

Bieke Hillen

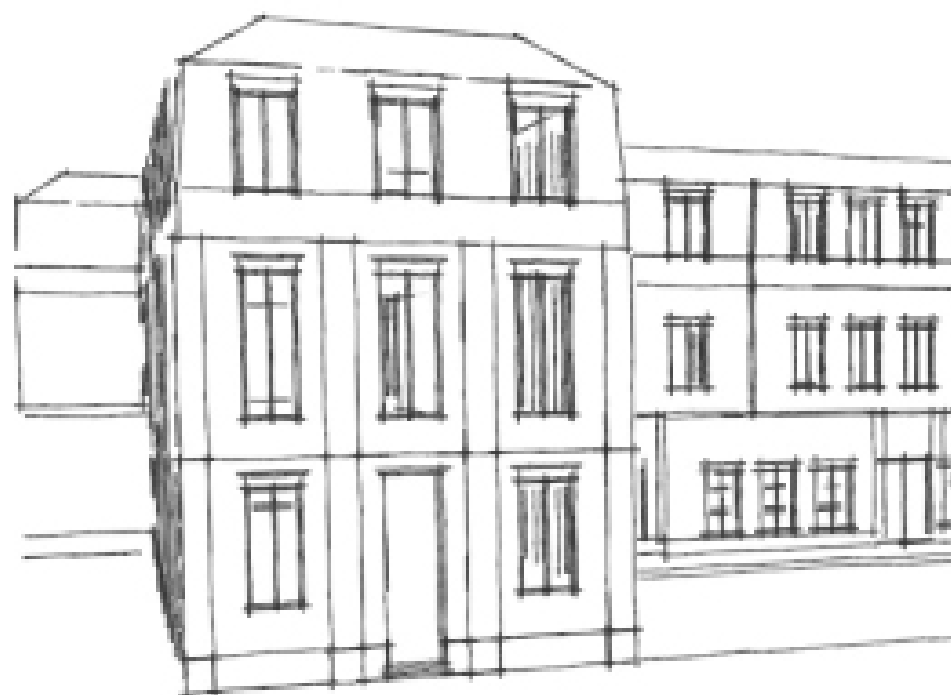
Titel: *Levensloop van het begin tot het einde...*
Herbestemming ruithuis Hoogstraten tot zorgcentrum met focus op palliatieve zorg.

Master interieurarchitectuur 2013 - 2014

Universiteit Hasselt

Promotor: Dr. Ann Petermans

Begeleider: Architect Vittorio Simoni





Voorwoord

Doorheen mijn vierjarige schoolcarrière op de universiteit Hasselt hebben we heel wat verschillende opleidingsonderdelen gezien; wonen, werken, scenografie, meubel, herbestemming en retail. Geen enkel onderdeel had betrekking op de zorgsector. Met deze thesis wil ik dit aspect nog toevoegen aan mijn ervaringen en mijn master met een meeslepend onderwerp afsluiten.

Dit eindwerk is tot stand gekomen door de hulp van heel wat verschillende mensen. Eerst en vooral wil ik Ere burgemeester Arnold Van Aperen en zijn kleinzoon Arnold bedanken voor alle inlichtingen omtrent het gekozen pand. Vervolgens bedankt ik alle mensen die hebben meegewerkt aan de interviews. Bij de aanvang van de studie was ik een volledige leek op het gebied van poliklinisch bevallen en palliatieve zorg. De respondenten deelden hun persoonlijke ervaringen met mij en daar heb ik enorm veel van geleerd. Tevens bedank ik de mensen die oprecht geïnteresseerd waren in het onderwerp en waarmee ik ervaringen en meningen uitgewisseld heb. Speciale dank aan Coda, De Mick¹ en geboortehuis De Zon voor de medewerking en de gastvrijheid. Een zeer belangrijk persoon in het schrijfproces was mijn promotor dr. Ann Petermans. Zij stond altijd klaar om vragen te beantwoorden en mij stap voor stap te ondersteunen. Haar steeds snelle respons en kennis over healing environments en positive design waren een grote hulp.

Dank ook aan mijn begeleider architect Vittorio Simoni voor de coaching en bijsturing tijdens het ontwerpproces. Van zijn ervaringen en feedback heb ik heel veel geleerd.

En 'last but not least' wil ik mijn ouders bedanken voor de steun tijdens de afgelopen vier jaar en bij het bereiken van deze kers op de taart. Ook mijn vriend, broer en vriendinnen wil ik graag bedanken. Deze laatste personen verdienen 'een dikke merci' voor de steun en het eeuwig luisteren naar mijn ellelange verhalen.

Zonder hen was dit nooit gelukt!

Ik ben enorm gefascineerd door het onderwerp, hopelijk de lezers ook!

Bieke

¹ (de twee palliatieve afdelingen die ik als case heb onderzocht)



Inhoudstabel

Levensloop van het begin tot het einde...

Herbestemming van het oude rusthuis in Hoogstraten tot een zorgcentrum met focus op palliatieve zorg.

1. Samenvatting	1
2. Inleiding	3
2.1. Onderzoeksvraag	4
2.2. Methodologie	
2.2.1. Literatuuronderzoek	4
2.2.2. Kwalitatief onderzoek	5
3. Literatuurstudie	
3.1. Healing environment: kan een omgeving bijdragen aan het welbehagen van de gebruiker?	7
3.2. Belangrijkste aspecten in het creëren van een healing environment.	9
3.3. Wat zijn de belangrijkste aandachtspunten?	
3.3.1. Exterieur	11
3.3.2. Interieur	11
3.3.3. Emotioneel ondersteunende middelen	11
3.3.4. Zintuiglijk comfort	12
3.4. Omgevingsanalyse	
3.4.1. Hoogstraten algemeen	13
3.4.2. Hoogstraten sociale –en zorgsectoren	16
3.4.3. Probleemstelling	17
3.5. Geschiedenis rusthuis	
3.5.1. Inleiding	19
3.5.2. 13de – 14de – 15de eeuw -16de eeuw	19
3.5.3. 17de eeuw	21
3.5.4. 18de eeuw	21
3.5.5. 19de eeuw	22
3.5.6. 20ste eeuw	24
3.5.7. 21ste eeuw	33
3.6. Analyse levensloop van het begin tot het einde...	
3.6.1. Poliklinisch bevallen	
3.6.1.1. Inleiding	35
3.6.1.2. Wat is poliklinisch bevallen?	35
3.6.1.3. Vergelijking thuisbevalling – ziekenhuisbevalling en poliklinisch bevallen	36
3.6.1.4. Geboortehuis	37

3.6.2. Stille studeerplek voor studenten	39
3.6.3. Palliatieve zorg	
3.6.3.1 Wat is palliatieve zorg?	41
3.6.3.2. Waar kunnen terminale patiënten terecht?	42
3.6.3.3. Palliatief verlot	43
3.6.3.4. Euthanasie	43
4. Kwalitatief onderzoek: case studies	45
4.1. Inleiding	45
4.2. Maggie's centre	
4.2.1. Wie is Maggie en hoe is Maggie's centre ontstaan?	47
4.2.2. Analyse Maggie's centre Cheltenham: inleiding	48
4.2.3. Exterieur	48
4.2.4. Interieur	50
4.2.5. Emotioneel ondersteunende middelen	51
4.2.6. Zintuigelijk comfort	54
4.3. Coda hospice, Gooreind, Wuustwezel	
4.3.1. Inleiding	55
4.3.2. Exterieur	56
4.3.3. Interieur	57
4.3.4. Emotioneel ondersteunende middelen	59
4.3.5. Zintuigelijk comfort	59
4.4. De Mick, Brasschaat	
4.4.1. Inleiding	61
4.4.2. Exterieur	61
4.4.3. Interieur	62
4.4.4. Emotioneel ondersteunende middelen	64
4.4.5. Zintuigelijk comfort	64
4.5. Etnografische studie	
4.5.1. Waarom Coda - De Mick – Maggie's Centre vergelijken?	65
4.5.2. Vergelijking aan de hand van een tabel	66
4.5.3. Bespreking resultaten	67

5. Ontwerp	
5.1. Concept: de levensloop van het begin tot einde...	
5.1.1. Inleiding	69
5.1.2. Tegenwoordige situatie	70
5.1.3. Gelijkvloers	71
5.1.4. Eerste verdieping	75
5.1.5. Tweede verdieping	77
5.2. Uitwerking palliatieve zorg	82
5.3. Renderbeelden	88
6. Discussie	95
7. Bijlagen: interviews	98
8. Referentielijst	
8.1. Bibliografie	108
8.2. Afbeeldingen	114

1. Samenvatting

Leven en dood kunnen heel ver van elkaar zijn, maar soms ook heel dichtbij elkaar. Het begin van het leven, de geboorte, is een fijn onderwerp om over te praten. Maar als het over de dood gaat, dan zetten we allemaal een stapje terug. We praten er niet heel graag over. Dit werk geeft antwoord op de vraag of we drie totaal verschillende fases van het leven, namelijk: geboorte, studententijd en het einde van het leven samen kunnen brengen onder één dak.

In mijn scriptie onderzoek ik hoe deze verschillende fases van het leven ‘vorm’ krijgen, maar het focuspunt ligt op de laatste fase van het leven, en dan met name de palliatieve zorg.

Het onderzoek is gestart met het doornemen van allerlei literatuur omtrent healing environment en positive design. (hoofdstuk 3.1. en 3.2.) Deze twee begrippen hebben het doel om een omgeving te creëren die het welbevinden van mensen bevordert. Uit deze literatuurstudie zijn de belangrijkste omgevingsfactoren die een invloed hebben op het welbehagen van een omgeving in de zorgsector gevloeid. (hoofdstuk 3.3) Hieruit volgt een uitgebreide studie in de vorm van tekst en beeld over de volgende onderwerpen: poliklinisch bevallen, een stille studeerplek en de palliatieve zorg. Focus zal liggen op de palliatieve centra.

Omdat mijn project een herbestemming betreft, ga ik in mijn scriptie dan ook de geschiedenis van het oude rusthuis te Hoogstraten uitgebreid na. (hoofdstuk 3.5)

De verschillende aandachtspunten die gevormd zijn in hoofdstuk 3.3 ga ik gebruiken bij het grondig onder de loep nemen van drie verschillende case studies (Coda in Gooreind, De Mick in Brasschaat en Maggie’s centre in Cheltenham – Engeland). (hoofdstuk 4)

Al deze gegevens breng ik vervolgens samen in een etnografische studie. Doormiddel ervaringsgericht leren aan de hand van vrijwilligerswerk, bezoeken aan verschillende palliatieve eenheden en interviews met ervaringsdeskundigen is het doel van de thesis immers om een zo mooi mogelijk palliatief centrum te ontwerpen. Een centrum waar mensen die zich in de laatste fase van het leven bevinden, naar omstandigheden ‘goed’ kunnen voelen. Door dergelijk kwalitatief onderzoek te doen, ging ik op zoek naar de gemeenschappelijke of verschillende eigenschappen binnen een palliatief centrum, dus ik ging na wat ‘beter kan’ en wat reeds ‘goed is’.

In hoofdstuk 5 verzamel ik al deze data en verwerk ik ze in het ontwerp van een mooie palliatieve afdeling. Hierbij houd ik rekening met het belang van zicht op de natuur, de zintuigelijke gegevens, het gang-aspect en het belang van privéruimtes waar mensen steeds terecht kunnen voor een lach en een traan.

2. Inleiding

"A beautiful day begins with a beautiful mindset. When you wake up, take a second to think about what a privilege it is to simply be alive and healthy. The moment you start acting like life is a blessing, I assure you it will start to feel like one. Time spent living is time worth appreciating." (Marcandangel, 2012)

Wat als het lichaam niet meer mee wil?
Wat als er behandeling meer mogelijk is?
Wat als het leven plots nog maar heel kort is?
Wat als het woord 'palliatief' of 'terminaal' onverwachts valt?
Dan hebben we toch op ten minste recht op een mooie en comfortabele omgeving om onze laatste dagen in door te brengen?

De meeste mensen vertoeven dan graag thuis, in hun vertrouwde omgeving. Maar vaak zijn de zorgen voor de familie of vrienden te zwaar. Daarom gaan mensen dan naar een palliatieve eenheid. Een centrum waar ongeneeslijk zieken in alle rust hun laatste levensdagen –of maanden kunnen doorbrengen in een aangepaste, comfortabele infrastructuur.

En wat als het moeder, vader, zus, broer, oma, opa, vriend of vriendin is? Ook dan heeft men recht op een omgeving die rust kan bieden en waar men waardig afscheid kan nemen van het leven.

Het is en blijft een zwaar onderwerp: de dood. Het is ook een soort van taboe. Maar toch ben ik er door gebeten geraakt en zelfs zo door geboeid om er een thesis rond te schrijven. Door de bezoeken aan de palliatieve eenheden, het lezen over palliatie, Maggie's centre en vooral door persoonlijke gesprekken de laatste maanden hebben me zowel een koud als een warm gevoel gegeven. Het einddoel van mijn thesis is dan ook om een mooie palliatieve eenheid te ontwerpen waar mensen zich zo goed als mogelijk voelen en hun laatste dagen in alle comfort kunnen doorbrengen.

In het begin van het jaar heb ik het leegstaande oude rusthuis in Hoogstraten leren kennen. Ik voelde al snel dat het perfect paste als pand voor mijn masterontwerp. Het pand is onbewoond sinds de bejaarden er in 2012 vertrokken zijn. Door het historisch onderzoek heb ik ontdekt dat het rusthuis vroeger echter dienst gedaan heeft als moederhuis. Vandaar mijn idee om in de scriptie en ontwerp deze twee contrasterende levensfasen samen te brengen. Het begin en het einde van het leven. Een derde aspect dat ik daaraan heb toegevoegd, zijn de studenten. Dit komt doordat Hoogstraten heel wat te bieden heeft op educatief gebied. Er bevinden zich 4 secundaire scholen en er zijn heel wat hogeschool -en universiteit studenten die pendelen naar Antwerpen, Vorselaar, Geel... Hierdoor creëer je een volledige levenscirkel, namelijk: geboorte, jeugd, bejaard (het nieuwe rusthuis, de assistentie woningen en de bejaardenwoningen achter het oude rusthuis) en de dood. Deze wil ik samen brengen op één domein, omdat ik denk dat ze een positieve invloed kunnen hebben op elkaar.

Momenteel zijn de meeste palliatieve afdelingen gevestigd in een ziekenhuis. Hierdoor krijgt men vaak enkel en alleen te maken met negatief nieuws. Een positief bericht kan echter een goede invloed hebben op mensen. Zou het niet leuk zijn om te horen te krijgen dat er weer een jongen geboren is in de materniteit? Of dat eender welke student weer een gekke stunt heeft uitgehaald? Dat men ook eens iemand anders tegen het lijf loopt in de tuin waar men een praatje mee kan maken? Er moeten positieve elementen toegevoegd worden om een positieve omgeving te verkrijgen. Dat verhaal, het verhaal van positive design en healing environments, wil ik onderzoeken in mijn scriptie en vertalen in mijn ontwerp.

2.1. Onderzoeksvraag

Kunnen we drie totaal verschillende fases van het leven (geboorten, studententijd, het einde van het leven) samenbrengen in één gebouw?

Is het mogelijk om een mooi palliatief centrum te ontwerpen en toch nog rekening houden met alle technische en hygiënische verplichtingen?

2.2. Methodologie

2.2.1. Literatuuronderzoek

Mijn thesis wordt ingezet met een hoofdstuk over healing environment. Want hier draait alles uiteindelijk om. De doelstelling van het ontwerp van een (palliatief) medisch centrum is; het creëren van een moderne gespecialiseerde infrastructuur waar zieken een totaalzorg krijgen met aandacht voor comfort, rust en dat in een warme en huiselijke sfeer. In dit hoofdstuk vertel ik meer over hoe een omgeving tot deze drie aspecten kan bijdragen.

Vervolgens gaat het over datgene waarmee ik mijn onderzoek gestart ben, namelijk het pand. Eerst en vooral heb ik Hoogstraten geanalyseerd en in kaart gebracht in verband met wat het allemaal te bieden heeft binnen de maatschappelijke en medische sectoren. Later heb ik een historisch onderzoek gemaakt omtrent het oude rusthuis van de Zusters Van Onze Lieve Vrouw van zeven weeën te Hoogstraten. Dit heeft geleid tot een hybride functiebeplanning, namelijk: poliklinisch bevallen, studentenhuisvesting en palliatieve zorg. Deze licht ik toe in de verdere hoofdstukken.

2.2.2. Kwalitatief onderzoek

Het literatuuronderzoek geef ik meerwaarde door een kwalitatief onderzoek. Dit is een onderzoek gebaseerd op interviews, observaties, visitaties, gesprekken... Dit was een zeer belangrijk gegeven in het schrijven van mijn thesis omdat alle drie de functies (poliklinisch bevallen, studenten en palliatieve zorg) rond mensen draait. De verschillende interviews kan men vinden in de bijlagen. Hierin staan onder andere interviews met een student, mijn grootmoeder die iets verteld over de geschiedenis van het pand,... Ook staat hierin een interview met mijn nicht, Lisa Van Looveren, zij vertelde me hoe poliklinisch bevallen juist te werk gaat. Langs deze weg ben ik in contact gekomen met een geboortehuis in Viersel, hier ben ik op bezoek geweest.

Tevens heb ik gepraat met de verpleegkundigen en patiënten in een palliatieve afdeling, interviews afgelegd met naasten, op visitatie geweest in De Mick en ik heb een dag als vrijwilliger in Coda meegelopen. Hierdoor ben ik doorheen dat gehele proces meer en meer gebeten geraakt door de palliatieve zorg. Het is iets bijzonder en als men er nog niet mee in aanraking is gekomen, weet men niet wat het exact is. Daarom ligt hier mijn focuspunt.

Omdat het een benard onderwerp is, leert men het beste vanuit de realiteit. Ik tracht palliatieve instituten toe te lichten aan de hand van drie case studies. Deze evalueer ik aan de hand van de belangrijkste aandachtspunten omtrent het creëren van een healing environment zoals ik in mijn literatuuronderzoek heb geconcludeerd. De cases die ik bespreek zijn de volgende: Maggie's centre in Cheltenham- Engeland, De otus-De Mick in Brasschaat en Coda in Gooreind.

Maggie's centre in Cheltenham
→ Literatuuronderzoek.

De Lotus in Brasschaat
→ Visitaties, annotaties en gesprekken

Coda in Gooreind
→ Visitatie, annotaties, gesprekken en vrijwilligerswerk

Deze drie verschillende case studies, men hun verschillen en raakpunten, leg ik finaal parallel naast elkaar. Zo ontstaat er een uiteindelijke conclusie en is het mogelijk om verder in te zoomen op het ontwerp. Op die manier wordt het literatuuronderzoek en het kwalitatief onderzoek samengebracht om uiteindelijk de juiste kennis te hebben om een 'mooi' palliatief centrum te ontwerpen.

3. Literatuurstudie

3.1. Healing environment; kan een omgeving bijdragen aan het welbehagen van de gebruiker?

“De plekken die we mooi noemen zijn daarentegen het werk van die geldzame architecten die nederig genoeg zijn om zich naar behoren in hun verlangens te verdiepen en vasthoudend genoeg om hun vluchtige ingzicht in vreugde om te zetten in een logisch ontwerp. Een combinatie die hen in staat stelt omgevingen te scheppen waardoor behoeften bevredigd worden waar we ons niet eens van bewust waren.” (De Botton –2006)

Kan een omgeving ons gelukkig maken?

Als we deze vraag stellen dan komen we terecht bij twee begrippen; positive design en healing environment. Positive design is een zeer recent opkomende term (Desmet & Pohlmeier, 2013). Het richt zich op de ontwikkeling van design dat een bijdrage levert aan een positief gevoel. Naar mijn mening past de term healing environment echter globaal beter bij dit onderzoek. Positive design is momenteel nog te beperkt en het richt zich vooral op productontwikkeling. In mijn ontwerp wil ik me echter richten op een omgeving die mensen op een gunstige manier stimuleert. Het gaat hier over interieur en architectuur maar uiteraard is het ook de bedoeling dat mensen zich omgeven met zaken die hen gelukkig maken.

Als ik persoonlijk denk aan een omgeving waar ik niet graag ben, is het bij de dokter, in het ziekenhuis, de tandarts... Ik denk dat als je dit aan meerdere personen gaat vragen dat het vaak dit antwoord gaat zijn. Vaak hebben mensen al hun slechtste herinneringen meegemaakt in een ziekenhuis. Het begint al bij de wachtruimte; er hangt vaak een vreemde geur, de mensen om je heen zijn vaak ook niet op hun gemak, de ruimte voelt niet hartelijk aan en je moet soms heel erg lang wachten voor je aan de beurt bent. Het geeft een angstig gevoel. (novimores, 2013)

De ziekenhuizen en andere medische gebouwen in onze omgeving zijn vaak kil, koud en er hangt een onpersoonlijke sfeer. Er wordt niet veel kleur gebruikt en het is er vaak stil. Het gebouw leent zich tot het medische en het functionele, maar dikwijls niet of toch veel minder tot het menselijke aspect. De term ‘healing environment’, die voor het eerst in de jaren '90 in Amerika toegepast werd, legt zijn focus wel op de mens. Hiermee bedoel ik, dat ze zich toespitsen op omgevingen en gebouwen waar mensen centraal staan en zich aangenaam voelen. Over smaken valt niet te twisten maar men wil een leefomgeving creëren waar diverse groepen zich goed invoelen. (studio dvo, 2012)

Kan een ‘omgeving’ dan echt ‘helend’ werken? Het gaat de ziekte niet genezen. Het is niet de bedoeling dat men bijvoorbeeld gaat besparen op personeel. Maar een behaaglijke omgeving of gebouw kan bij patiënten de stress verminderen en positieve energie geven. Dit is niet alleen gericht naar de patiënten toe maar ook naar het personeel en de familie of vrienden van de patiënt. Het grote doel is het werken in een medisch centrum, het op bezoek gaan bij een naaste of het ziek zijn niet vervelender maken.

3.2. Belangrijke aspecten in het creëren van een healing environment

Vier belangrijke punten die kunnen bijdragen in het ontwerpen van een 'healing environment' zijn: **natuur, geluid, lucht** en **licht**.

Met **natuur** bedoelt men uitzicht op het groen. Dit kan naar buiten zijn maar ook bijvoorbeeld binnen, door gebruik van kamerplanten. Treffend onderzoek: bij een onderzoek door Diette in 2003 werden 80 patiënten onderverdeeld in groepen volgens leeftijd, geslacht, diploma's, afkomst en gezondheidstoestand. Deze patiënten ondergingen een bronchoscopie (het bekijken van de binnenkant van de luchtpijp (vandale, 2014) De ene helft werd in kamers gelegd met een neutrale kleur op de muur en de andere helft in kamers waar een natuurbeeld op was geschilderd. Uit onderzoek bleek dat de mensen die zicht hadden op natuur, minder pijnmedicatie moesten toegediend krijgen. (A. E. Van Den Berg, 2005, pg.24)

Een ander aspect is **geluid**, dit houdt het geluid van de medische apparaten, het personeel en andere aanwezigen in het ziekenhuis en de akoestiek in. Ook muziek of gewoon het gefluit van een vogel kan een positief effect hebben op de patiënt. Het helpt bijvoorbeeld bij het uiten van emoties.

'De oorzaken van de ziekte worden niet weggenomen, maar de pijn wordt (kortstondig) verzacht.'
(Smeijsters H., 1991, pg. 2)

Een ruimte mag geen benauwd, beklemmend gevoel geven maar het mag ook niet te kil en te koel zijn. Het mag niet trekken als men in een bed ligt. Daarom is **lucht** een derde belangrijk aspect dat een meerwaarde geeft aan een 'gezonde ruimte'. Het verdunt verontreinigde stoffen binnenshuis, het verwijdert of voegt het nodige vocht in de lucht toe, het verwarmt of koelt. . . Dit kan zowel door natuurlijke ventilatie als door middel van een raam of mechanische ventilatie.

Hoe aangenaam of hoe onbehagelijk de ruimte ook aanvoelt, in een ziekenhuis blijft het medische aspect nog steeds het belangrijkste. De luchtkwaliteit moet behouden blijven en mag niet verontreinigd zijn.

Het laatste aspect is natuurlijk **licht**. Het opkomen van de zon bijvoorbeeld werkt meer stimulerend dan enkel en alleen kunstmatig licht. Een studie uitgevoerd door Walch in 2005 toonde dit aan: licht in een ziekenhuiskamer belangrijk is. Patiënten (die allemaal eenzelfde operatie ondergaan hadden) die aan de zuidkant, de zonnkant van het gebouw lagen ervoeren minder pijn dan de patiënten die aan de schemerkant van het ziekenhuis lagen. (Agnes E. Van Den Berg, 2005, pg. 38) Om dit te kunnen begrijpen is er eigenlijk geen onderzoek nodig. We voelen ons allemaal zoveel beter als de zon schijnt. Na een lange winterperiode van korte dagen en lange nachten is iedereen blij dat eerste zonnestralen verschijnen in de lente. We krijgen dan als het ware meer energie. (Laeven, z.j.)

Ook de inrichting van de ruimte is bepalend. Bepaalde kleuren en bijvoorbeeld kunst kunnen mensen triggeren. Het is de bedoeling dat het de zintuigen van de mensen prikkelt. En dat men een veilig en menselijk gevoel ervaart. Er zijn heel wat lastige elementen die kunnen bedragen aan een onaangenaam gevoel, namelijk: gebrek aan toegankelijkheid, de weg niet kunnen vinden, lange wachtrijen, lastig kunnen parkeren. . . (studio dvo, 2012) Bijvoorbeeld goede toegankelijkheid voor mindervaliden en een duidelijke routing kunnen zorgen voor een aangename werkomgeving, bezoek of verblijf in een medisch gebouw.

"Pas in samenhang met verdriet krijgen veel mooie dingen hun waarde."

(De Botton –2006)

3.3. Wat zijn de belangrijkste aandachtspunten?

De theorie van healing environment heb ik toegepast op verschillende case studies: palliatieve eenheid Coda te Gooreind, palliatieve eenheid De Mick te Brasschaat en Maggie's Centre in Cheltenham. Deze cases heb ik bestudeerd aan de hand van vier kenmerken. Deze kenmerken komen allemaal op één of andere manier terug in elke case. Ik bespreek de aandachtspunten hier even vanuit een theoretisch oogpunt. Later, in hoofdstuk vier, pas ik ze toe bij de analyse van mijn case studie. .

3.3.1. Exterieur

Het eerste onderwerp is exterieur. In het vorige hoofdstuk over healing environment heb ik het uitgebreid gehad over de invloed van natuur. De natuur, de omgeving eromheen, de tuin en het gebouw zelf hebben een gunstig effect op de beleving in een zorgcentrum.

3.3.2. Interieur

Het tegenovergestelde van exterieur is het interieur. In deze hoofdstukken bespreek ik vooral de individuele ruimtes zoals de kamers: zijn deze kamers ruim genoeg, is er voldoende lichtinval en kunnen de patiënten de ruimte tijdelijk eigen maken? Gesepareerd hiervan volgen de gemeenschappelijke ruimtes zoals de living en de keuken in de betrokken centra. Licht, lucht, ruimte en persoonlijkheid zijn hierbij drie belangrijke aspecten. Met persoonlijkheid bedoel ik de huiselijkheid en het 'thuis-gevoel'. Het gevoel dat men niet in een zorgcentrum verblijft.

3.3.3. Emotioneel ondersteunende middelen

Het derde onderwerp zijn de emotioneel ondersteunende middelen. Hierbij horen de bezinning –of stille ruimtes. De ruimtes waar men even tot rust kan komen, afgesloten van de rest. Deze ruimtes zijn voor zowel de gasten, de familie of vrienden als ook voor het personeel zeer belangrijk. Bij emotioneel ondersteunende middelen hoort ook de ruimte voor bijvoorbeeld een psycholoog. Dit onderwerp bespreek ik omdat het een zeer belangrijk aspect is in de palliatieve zorg. Ook bij andere zorgcentra kan dit van belang zijn maar dit neemt niet de bovenhand. Bij een palliatieve afdeling staat men vaak op korte tijd heel dicht bij de dood en wordt men geconfronteerd met enorm veel emoties. Een ruimte voor een traan en een goed gesprek is hier niet weg te denken. Evenzeer horen hierbij ook de middelen die de mensen en hun naasten doorheen het proces helpen. Vaak zijn het kleine dingen die hen oppeppen of steun bieden tijdens het verwerkingsproces. Dit facet is een goed voorbeeld van positive design.

Op 11 februari heeft Anna Pohlmeier van de TUDelft hierover een lezing gegeven aan onze faculteit. Zij vroeg ons "Wat is een (design) voorwerp dat jou gelukkig maakt"? Ik noteerde kleren en iPhone. Dit is heel banaal want uit een onderzoek van de TUDelft is gebleken dat auto's, GSM's, computers... ons niet écht gelukkig maken. Positive design is design dat verder gaat dan het design van nu. Het moet het negatieve verminderen en invloed hebben op het positieve, op het geluk. Positive design creëert mogelijkheden.

"We surround ourselves with design that makes us feel good, but does it make us happy?"
(Delft institute of positive design, 2012)

3.3.4. Zintuigelijk comfort

De meeste voorwerpen verminderen de problemen maar deze elementen bieden de mogelijkheid om het welzijn van de mens te verbeteren. Het zijn zinvolle activiteiten die mensen inspireren, hun relaties verdiepen en een invloed hebben op de menselijke ervaring. In een palliatieve afdeling gaat positieve design betrekking hebben op het verminderen van de negativiteit. De gasten, de verpleegkundigen en de bezoekers trekken zich op aan de positieve dingen zoals activiteiten, muziek, bezoek... Het gaat niet over de meest positieve ervaring, maar de laatste momenten die je kan delen met anderen dragen bij tot het groeien van de mens. Je kan er nog wel positieve herinneringen aan over houden. Je geluk moet je kunnen delen met mensen, anders heeft het geen zin, maar dit is ook zo met verdriet.

Het laatste item is zintuigelijk comfort. In dit hoofdstuk gaat het over de zintuigen. Deze hebben een grote invloed bij het beleven van een ruimte. Pallasmaa schrijft in het boek 'The eyes of the skin' (2005) dat wij ruimtes te veel ervaren door enkel onze ogen te gebruiken; de andere zintuigen laten we links liggen. Maar door multisensoriële ervaringen gaan we de ruimtes anders beleven. Men wordt meer betrokken bij de omgeving waar men zich in bevindt.

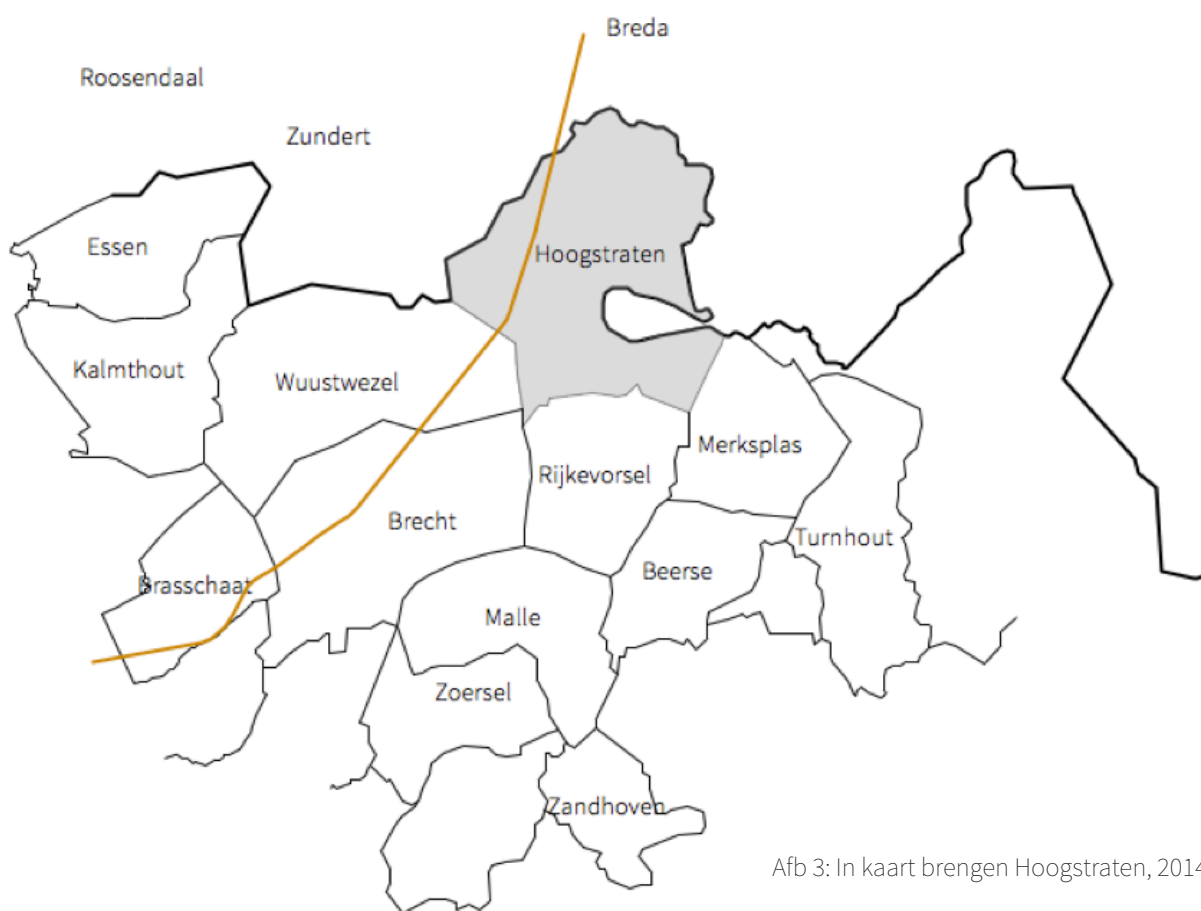
Een omgeving in zich opnemen met behulp van de verschillende zintuigen hangt samen met emoties. Een ruimte kan invloed hebben op de emoties door bijvoorbeeld door een bepaalde geur die nostalgische gedachten oproept, een bepaald schilderij dat men ziet, een liedje dat men hoort, een leuke sfeer of een bedrukte sfeer... Maar een emotie kan ook een ruimte beïnvloeden. Bij het bezoek aan een palliatieve afdeling kunnen er verschillende emoties optreden: het warm dankbaar dat men de laatste periode nog met zijn naaste in schoonheid kan doorbrengen of een eerder droevige gemoedstoestand. Door in te spelen op de verschillende zintuigen: horen, zien, voelen en ruiken (proeven is minder van toepassing) is het de bedoeling om een positieve omgeving te creëren.

In de analyse van mijn cases zal ik vooral behandelen wat men ziet (het kleurgebruik), wat men hoort en wat men ruikt. Bijvoorbeeld de geur van medische producten in een ziekenhuis is zeer stereotiep. Deze gegevens ga ik meenemen in mijn ontwerp.

3.4. Omgevingsanalyse

3.4.1. Hoogstraten algemeen

Het pand dat ik gekozen heb, ligt in Hoogstraten. Hoogstraten is sinds 1985 een stad. (beknopte geschiedenis Hoogstraten, z.j.) Ze telt momenteel in 2013, 20793 personen. (Statistieken Hoogstraten, 2014) Het is een stad dat zich helemaal ten Noorden van België bevindt, in de 'tweede bult'. Het grenst aan Nederland, aan Zundert en aan Breda. In België grenst het onder andere aan Turnhout, Rijkevorsel, Merksplas, Wuustwezel en Brecht. (Zie kaart hieronder) Doorheen Hoogstraten loopt de autostrade E19, zoals men kan zien op de afbeelding hieronder verbindt deze Antwerpen en Breda met elkaar.



Afb 3: In kaart brengen Hoogstraten, 2014

De gemeente is een fusie van 5 kleinere deelgemeenten: Wortel, Minderhout, Meer, Meerle en Meersel-dreef.



Afb 4: In kaart brengen Hoogstraten, 2014

Deze zijn verbonden door een heel groot netwerk aan fietsroutes die reiken naar alle uithoeken van de Noorderkempen. Een voorbeeld hiervan is de aardbeiroute. Deze route verwijst naar datgene waarvoor Hoogstraten zeer bekend is, namelijk de aardbeien. Elk jaar wordt er ongeveer 30 000 ton verhandeld, in het binnenland als ook export naar het buitenland. Het is het werk van meer dan 300 gezinnen in Hoogstraten die deze aardbeien telen. (De Hoogstraten aardbei, z.j.)

Ook is Hoogstraten gezegend met mooie natuur. Dit is niet alleen om door te fietsen maar ook om door te wandelen. In het jaar 2013 is het door de dienst toerisme in Antwerpen verkozen tot mooiste wandeling van het jaar. (wandeling van het jaar, 2013)

Afb 5: Wandeling van jaar, Hoogstraten, 2013



De stad promoot heel wat activiteiten voor de vele verenigingen. Hierbij hoort ook het regelmatig organiseren van culturele evenementen. Eveneens is er een permanent aanbod aan cultuur, onder andere het stedelijk museum, de grote bib... Hoogstraten is tevens in het bezit van heel wat indrukwekkend onroerend en roerend erfgoed zoals het Begijnhof (zie foto onderaan), het Gelmelslot en de Kolonie in Wortel. De stad heeft verschillende takken van onderwijs onder zijn vleugels; 4 scholen en een internaat. Hierdoor zijn er heel wat studenten, studentencafés, verenigingen en activiteiten. (Hoogstraten, z.j.)

Afb 6: Begijnhof, Hoogstraten, 1380.



3.4.2. Hoogstraten sociale -en zorgsectoren

Tijdens de 16de eeuw beleefde Hoogstraten een bloeiperiode in de handel. Het was een handelsstad dat op politiek, religieus en economisch vlak het voortouw nam in de huidige Noorderkempen. (beknopte geschiedenis Hoogstraten, z.j.) Ook vandaag zijn er nog heel wat horeca gelegenheden, winkels en andere commerciële doeleinden.

Evenzeer zijn er heel wat zorgcentra en andere zorgaanbiedingen gesitueerd in Hoogstraten. De stad beschikt over (deelgemeenten niet bijgerekend) een zeer groot aanbod aan artsen, namelijk: veertien dokters, twee apothekers, drie psychologen, negen kinesisten, één oogarts, één dermatoloog, één keelarts en zeven tandartsen.

Deze artsen worden gecoördineerd door LOGO, het “Lokaal Gezondheids Overleg van de Noorderkempen”. Het is een overkoepeling van de net genoemde zorgsectoren zoals de dokters, oogartsen, kinesisten en de apothekers maar ook van thuisverpleegkundigen, Kind en Gezin, Gezinszorg... Hierbij zijn ook alle mutualiteiten aangesloten. LOGO is hét aanspreekpunt voor de verbetering van de gezondheid binnen de 27 gemeenten van de Noorderkempen. Zij staan in voor plaatselijke initiatieven binnen de Noorderkempen, bijvoorbeeld de anti-tabaksreclame. (logokempen, 2013)

Een andere medische organisatie in Hoogstraten is “free clinic”. “Medische consultatie of Free Clinic” is een onderdeel van JAC (Jongeren advies centrum). Dit is een centrum die er op doelt om een aangename omgeving te creëren waar jongeren zich goed voelen om te komen praten over zijn/haar probleem. (Jac de kempen, z.j.) Free clinic stelt 1 uur in de week een arts ter beschikking speciaal voor de jongeren. De jongeren kunnen er terecht met al hun medische problemen en vragen waarmee ze door weifeling niet naar hun huisdokter kunnen gaan. Free clinic is volledig gratis als de jongeren in orde zijn met de ziekenfonds. (Hoogstraten, z.j.)

Een ander voorbeeld is het “centrum voor levens -en gezinsvragen” (CLG). Hier kan men terecht met alle vragen die te maken hebben met persoonlijke-, relationele -en gezinsproblematiek. In dit centrum geeft men advies en raad. Daarna kijken ze welke bijstand nodig is. (Hoogstraten, z.j.)

Een derde voorbeeld is het CAW, het “Centrum voor Algemeen welzijnswerk De Kempen”. Dit centrum legt zijn volledige aandacht op de kwetsbare bevolkingsgroepen, mensen die het even wat moeilijker hebben. (CAW, 2012)

Daarnaast hebt u ook een “Centrum voor Geestelijke gezondheidszorg”. (CGG) In dit centrum kunnen jongeren en ouderen terecht voor ambulante hulp bij psychiatrische, psychische, relationele en psychosomatische problemen. Ambulant betekent dat men niet wordt opgenomen in een ziekenhuis maar dat men op regelmaat bij de dokter of therapeut in het centrum moet langskomen. (CGG kempen, 2010)

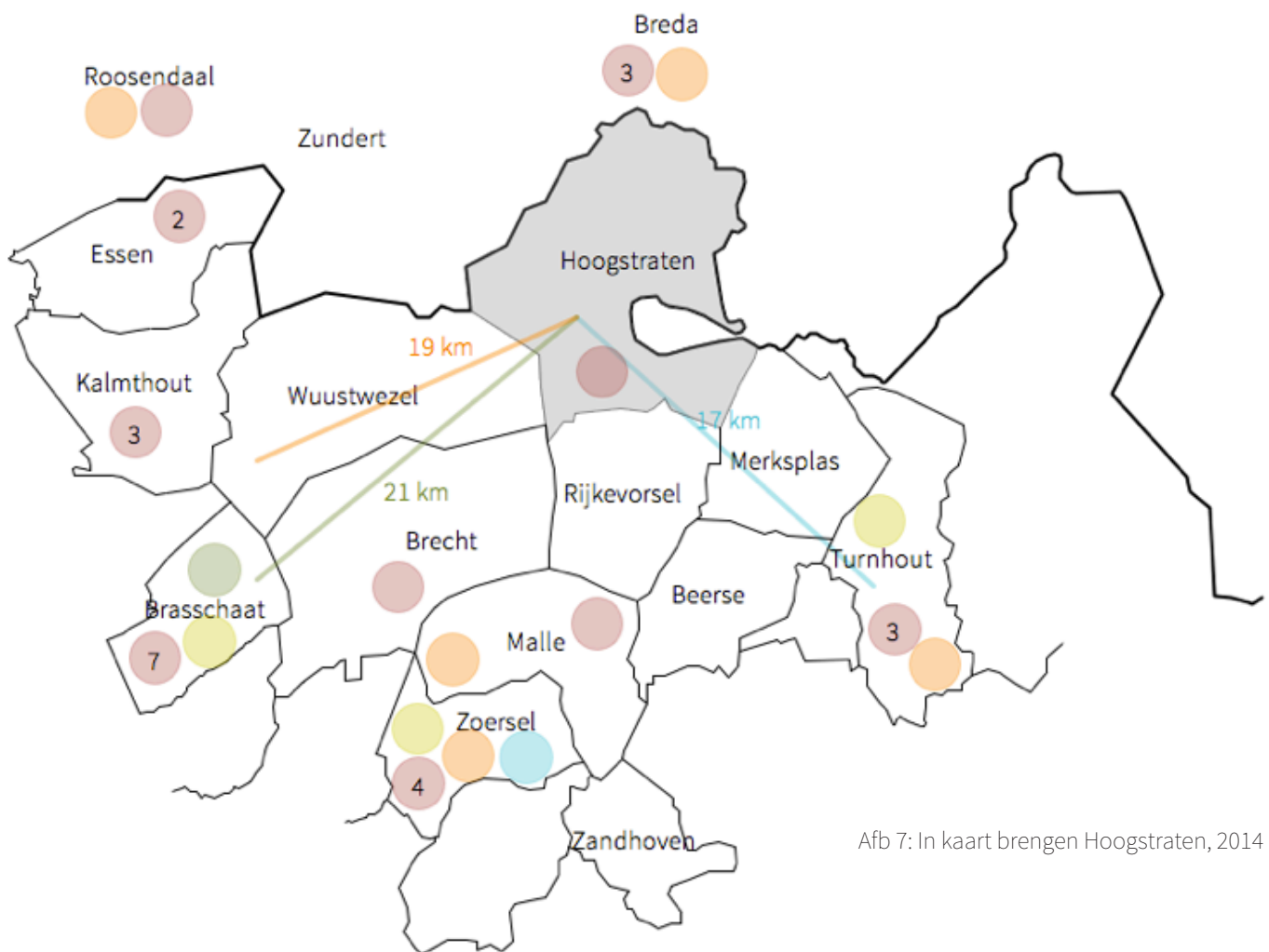
Alle info zoals openingsuren, adressen,... over bovenstaande gezondheidsvoorzieningen kan men terug vinden op ‘De sociale kaart van Hoogstraten’. Deze databank bevat ook alle informatie over de welzijnsvoorzieningen zoals het OCMW, vakbonden, comités in verband met zorgcentra, jeugddiensten... in Hoogstraten. (Hoogstraten, z.j.)

3.4.3. Probleemstelling



Uit mijn onderzoek heb ik kunnen concluderen dat er in Hoogstraten al heel wat zorgsectoren – en aanbieders aanwezig zijn. Maar mijn eerste pijnpunt is de palliatieve zorg.

In en rond Hoogstraten kan men buiten de palliatieve zorg in die ziekenhuizen of rusthuizen (zie de kaart hieronder. Straal van ongeveer 30 kilometer), maar drie centra vinden; de Mick te Brasschaat,

Coda in Gooreind en Ispahan (thuiszorg) in Turnhout. In theorie is enkel Coda volledig toegespitst op palliatieve zorg. Zij bestaan uit een thuiszorg instituut, een dagcentrum en een permanente opvang voor terminale personen. (Coda, 2013) Als men weet dat deze drie centra verdeeld zijn over 27 gemeenten met ongeveer 442.508 inwoners (cijfer van 2012), is dit een zeer laag aantal. (resoc kempen, 2012)



Afb 7: In kaart brengen Hoogstraten, 2014

-  Ziekenhuis + kraamkliniek
-  Revalidatiecentra
-  Psychiatrisch centra
-  Rusthuis
-  Ziekenhuis (materniteit)

Daarbij heb ik nog een tweede pijnpunt in het gehele zorgsysteem in de Noorderkempen gevonden. Zoals bovenstaande kaart het weergeeft zijn er momenteel 26 bejaardentehuizen in ongeveer een straal van 25 kilometer rond Hoogstraten. Dat zijn 26 verblijfcentra voor oudere mensen waar in een thuisvervangend milieu huisvesting en ouderenzorg wordt aangeboden. Het aantal zorgtehuizen voor bejaarden is terecht. Vlaanderen kampt nog steeds met 'de vergrijzing'. Dit betekent dat de gemiddelde leeftijd van de Vlaming omhoog gaat en het percentage van het aantal ouderen stijgt. De oorzaken hiervan is de daling van het geboortecijfer en het sterftecijfer. (Social security, 2014) Maar er is ook een stijging van het aantal kankerpatiënten. Het aantal gevallen van kanker in Europa stijgt ongeveer een 3% per jaar. (Nationaal Kompas Volksgezondheid, 2013) De vergrijzing en de stijging van het aantal kankergevallen hangt samen. Dit komt grotendeels doordat de levensverwachting stijgt. Geluk bij een ongeluk stijgt ook het aantal genezingen bij kankerpatiënten. Dit komt door betere screening, snellere diagnoses en verbeterde technologie.

Maar wat als men niet in een rustoord resideert? Of wat als u op prille leeftijd dit beruchte nieuws te horen krijgt en er geen behandelingen meer mogelijk zijn, waar kan men dan terecht? Patiënten komen naar de palliatieve zorg omdat ze van het ziekenhuis het beroerde nieuws gekregen hebben. Men kan al een tijd in het hospitaal verblijven maar dit is niet altijd even aangenaam. Of bij andere omstandigheden is men thuis. Maar de zorg kan vaak te zwaarwegend zijn voor de familie of men beschikt niet over de nodige apparatuur en/of infrastructuur. Het kan ook zijn dat de persoon in kwestie te veel pijn heeft en dat het controleren van de symptomen te moeilijk is geworden. Er bestaat uiteraard mantelzorg en thuisverzorging maar het is vaak emotioneel te zwaar voor de patiënt zelf en voor de familie.

Een ander bijkomende factor in verband met het tekort aan mooie palliatieve centra is geld. Het probleem begint al bij de overheid. Er is momenteel geen budget. Volgens de hoofdverpleegkundige van Coda zijn het aantal bedden die men invult als palliatieve zorg op. (Hoofdverpleegkundige Coda, persoonlijke communicatie, 27/01/2014) En toch zijn er mensen die aan het wachten zijn op een plekje waar men met alle nodige zorg en in alle rust het einde kan benaderen. De vrijgekomen bedden worden altijd onmiddellijk ingevuld. Dit budgettaire probleem zou ik oplossen door het ontwerpen van een zorgcentrum met verschillende functies. Een hybride organisatie. Hoogstraten biedt heel wat mogelijkheden voor verschillende leeftijdscategorieën. Daarom zou ik deze samenbrengen; geboorte, student zijn, ouderen en het einde van het leven.

3.5. Historisch onderzoek rusthuis van de "Zusters van onze lieve vrouw van zeven weeën"

3.5.1. Inleiding

Het te herbestemmen pand dat ik gekozen heb, bevindt zich in de Heilig Bloedlaan te Hoogstraten. Het oude rusthuis heeft een H-vormig grondplan en is drie etage hoog. Over de geschiedenis van 'Hospies D'Hoogstraeten' zijn vrij weinig bronnen te vinden. Bij het kadaster heb ik het document "Gaan voor dat gasthuis" gevonden waarin de acht eeuwige geschiedenis van het rusthuis van de "Zusters van onze lieve vrouw van zeven weeën" samengevat zijn.

3.5.2. 13de - 14de - 15de eeuw - 16de eeuw

Gedurende de 13de en 14de eeuw ontstonden er meer en meer godshuizen. Een godshuis was een ziekenhuis. Het situeerde zich vaak aan de stadsranden zodat arme, vermoeide passanten en kloosterlingen onderdak konden krijgen. Vanaf de 15de eeuw waren godshuizen klein huisjes die vaak gegroepeerd stonden rond een grote binnentuin. Ze werden opgericht door rijke burgers en gaven onderdak aan bejaarden of minderbedeelden. Ze waren dus een voorloper van de sociale huisvesting. In Brugge staan nog goed bewaarde godshuisjes. (visit Bruges, 2012) In de loop der tijd werden de godshuizen groter. Het waren geen aparte huisjes meer, maar wel één gebouw met verschillende kamers of slaapzalen.

De godshuizen verleenden diensten aan één of verschillende doelgroepen, bijvoorbeeld: tyfuslijders, wezen... Deze keuze had invloed op het uitzicht van het gebouw. Door de verspreiding en uitbreiding van de steden, groeide ook de bevolking. Om die reden moesten er ook meer godshuizen gebouwd worden. Deze godshuizen en het ontstaan ervan werden gefinancierd door weldoeners.

Meer en meer werd er een selectie gemaakt tussen de personen die wel of niet in een godshuis mochten verblijven. Dit kwam door de groeiende armoede. De vraag werd alsmaar groter. Dit kan ook de groei naar een echt hospitaal verklaren. Vandaar de benaming 'gasthuis' in de volksmond, die nog steeds verwijst naar het verblijf van passanten in een godshuis die er 'te gast' waren.

Er zijn helaas geen beelden of bronnen die ons iets vertellen over het uitzicht en de werking van het oude godshuis in Hoogstraten. Het enige dat men weet is dat het eerst een godshuis was voor mannen en later voor en door vrouwen. Maar het godshuis in Geel werd in dezelfde periode gebouwd en het treft hoogstwaarschijnlijk veel gelijkenissen. (Onderaan staan er twee foto's van dit gasthuis in Geel, dit heeft men volledig gereconstrueerd.) (Gaan voor dat gasthuis, z.j.) Ziek zijn werd in die tijd als een ondeugdelijkheid gezien. Dit verklaart waarom de ziekenzaal vaak aan een kapel gelegen was. Dit "avant la lettre" ziekenhuis was ondergebracht in een gewijde ruimte, dit noemt men "een bedehuis". De ziekenzaal was gescheiden van de kapel doormiddel van een eiken wand. In deze wand zaten luiken en deuren, deze konden opengezet worden tijdens een misviering zodat de mensen in de ziekenzaal deze viering ook mee konden volgen. De zieken lagen in alkoven, dit zijn kleinere slaapvertrekken die afgesloten konden worden met een gordijn of deur. Eveneens waren er enkele bedsteden aanwezig, dit zijn ingebouwde slaapplekken.

Er was niet altijd een chirurg of dokter aanwezig. Als ze al aanwezig waren dan voerde de dokter enkel een theoretische diagnose uit. De chirurg beperkte zijn taken tot het zetten van breuken, tanden trekken, verzorgen van wonden en aderlaten. De ziekenverpleging hield dus vooral het geven van onderdak en eten in. Het verzorgen van patiënten kwam op de laatste plaats. Mensen met een slepende of besmettelijke ziekte waren overigens niet welkom.

De zieke (vaak arme) mannen en vrouwen werden eerst opgenomen en dan werden ze vooral aangespoord om te biechten en te bidden (vooral voor de weldoeners van het godshuis). De zorg van de zusters hield het opdekken van bedden en het wassen van de patiënt in. (Gaan voor dat gasthuis, z.j. & Gasthuis museum Geel, 2010)

1284:

In teksten staat vermeld, dat op de plek van het gewezen rusthuis van 7 weëen van Hoogstraten al in het jaar 1284 ,op exact dezelfde plaats, een gasthuis was gevestigd. Dit gebouw staat momenteel niet meer op kaart. (Toerisme Hoogstraten, z.j.)

1348:

De ontwikkeling van het gasthuis kon worden voortgezet door geldschenkingen van bijvoorbeeld bankiers. Het gasthuis van Hoogstraten bestond uit 2 doelgroepen, namelijk;

- Behoeftige, noodlijdende personen van Hoogstraten
- Onderdak, eten en drinken aanbieden aan reizigers, pelgrims en vreemdelingen. Dit werd 'Den Beyaard' genoemd.

1486:

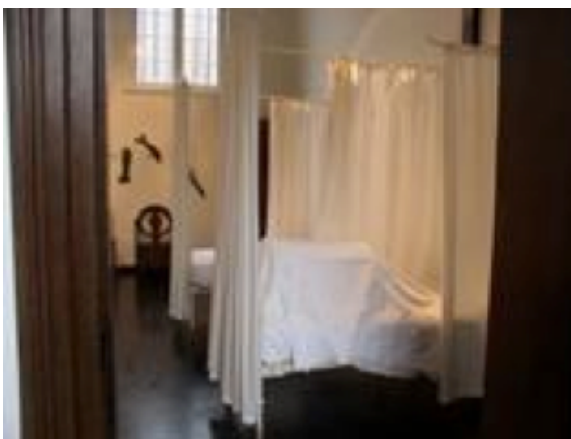
Er woedde een brand in het gasthuis.

1500:

Het gasthuis situeerde zich nu in de gasthuishoeve.



Afb 8: Gasthuis museum, Geel, 1971.



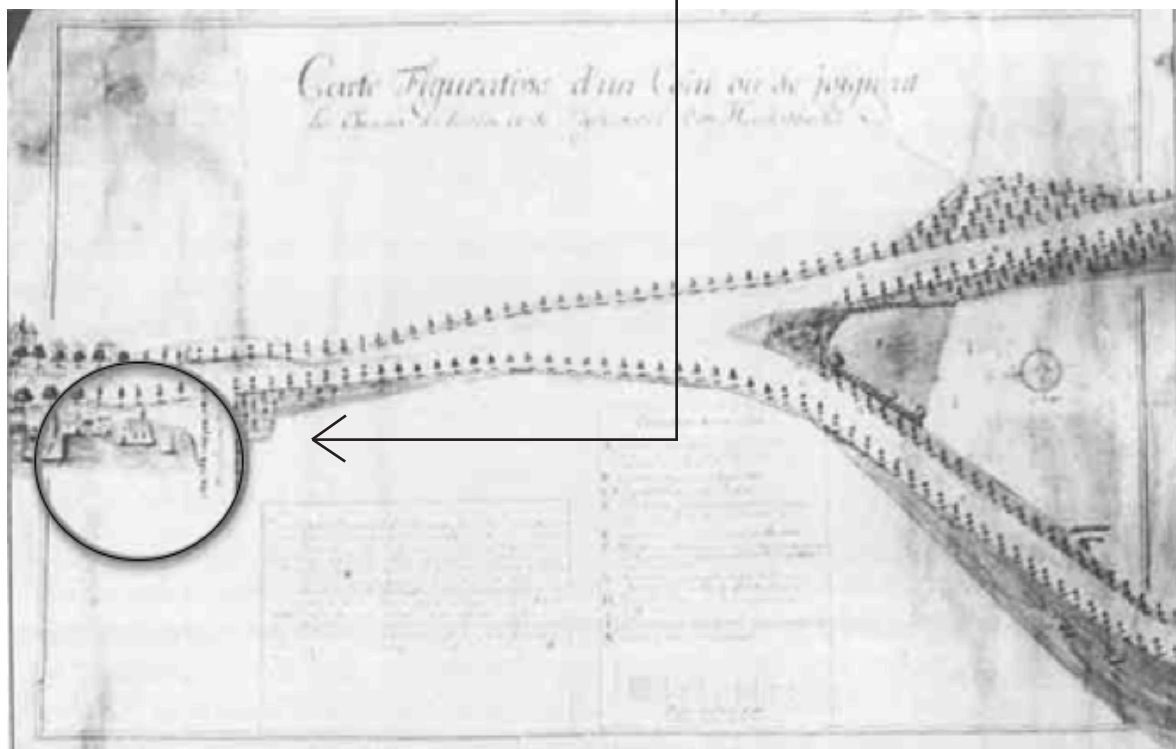
Afb 9: Gasthuis museum, Geel, 1971.

1688

In de 17de eeuw werd er in Ruislede een kleine congregatie van vier nonnen gevormd. Deze congregatie leefde nog niet onder de naam “zusters van zeven weën”. Het was eerder een gemeenschap van vier vrouwen die als kluisenaars afgesloten leefden van de rest van de omgeving.

Voor de 18de eeuw heerste er een theocratie. De kerk had het voor het zeggen. Men moest God gehoorzamen. Gedurende de Franse revolutie werd er komaf mee gemaakt. Men ging verlichtend denken. Dit betekend dat men zelf ging nadenken in plaats van klakkeloos de Kerk te volgen. Politiek, filosofie, wetenschappen en de rede werden steeds belangrijker. Dit had als gevolg dat vele Christelijke figuren werden vervolgd en goddelijke instanties werden gesloopt. Heel wat instellingen omtrent onderwijs en ziekenzorg waren in die tijd gevestigd in een Christelijke gebouw. Daardoor kregen deze twee instellingen heel wat te verduren. Alle instellingen werden gesecculariseerd, wereldlijk gemaakt. Men maakte ze los van de godsdiensten en alle religieuze verbanden. Ze werden één voor één openbare instellingen. Het ging zelfs zo ver dat de zusters niet meer samen mochten leven, alles kloosterordes werden opgeheven. Het begrip “kloosters” bestond niet meer. (Dingemans G., 2007, pg. 147)

Hieronder staat een afbeelding van een plan uit het jaar 1722. In de rode cirkel staat het gasthuis aan de rand van de stad.



Afb 10: Gasthuis, Hoogstraten, 1722.

3.5.5. 19de eeuw

1811

In dit jaar werd er voor het eerst gesproken over de congregatie van de “zusters van onze –lieve -vrouw van zeven weeën”.

1860-1865:

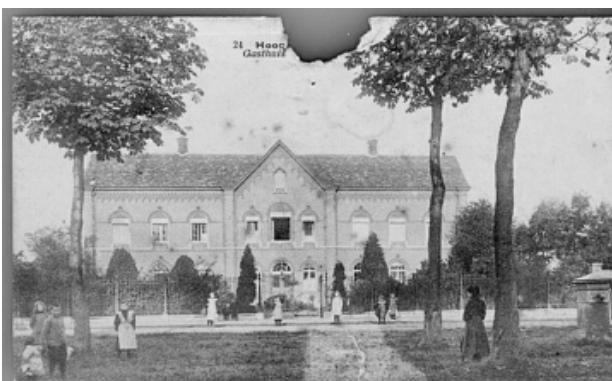
In deze periode werd er, zoals de afbeeldingen tonen, een nieuw gasthuis opgebouwd op de gronden van de oude gasthuishoeve. Jaar en dag heeft men in het godshuis de Heilige Blasius aanbeden. Hiervoor was een kapel gebouwd vlak voor de voorgevel van het pand.



Afb 11: J. Van Gastel, gasthuis, Hoogstraten, 1860-1865.



Afb 12: J. Van Gastel, gasthuis, Hoogstraten, 1860-1865.



Afb 13: J. Van Gastel, gasthuis, Hoogstraten, 1860-1865.



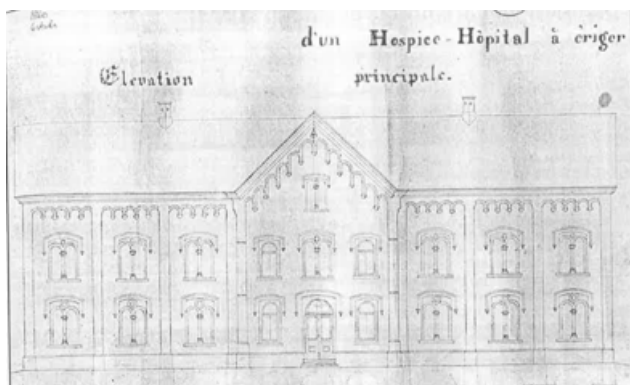
Afb 14: J. Van Gastel, Kapel gasthuis, Hoogstraten, 1860-1865.

Het nieuwe gasthuis werd ontworpen door architect Johan Van Gastel. Normaliter werd er in het verleden gebruik gemaakt van een provinciaal architect. Deze architecten werden aangesteld voor het toezicht van de bouw van religieuze -en overheidsgebouwen. Ze hadden in de meerderheid een traditionele bouwstijl. Deze architecten kregen ook een lager ereloon. In Hoogstraten was dit niet anders.

De afbeelding geeft de tekening weer die architect Van Gastel heeft gemaakt. Het is het ontwerp van de nieuwe voorgevel voor het "hôpital" van Hoogstraten. Het gebouwde resultaat leunt dicht bij de schets aan. Normaal gezien moest men enkel aan de linker-en rechtervleugel nog 2 schijnsteunberen voorzien die de gevel in drie parten verdeelden. Ook was het de bedoeling om voor de raamopeningen een gemetst middenzuiltje te voorzien. Dit moest de steekboog ondersteunen. In plaats daarvan heeft men gekozen voor rondbogen. Het andere verschil zit in de horizontaliteit en de verticaliteit. De tekening is langwerpiger en lager dan dat het daadwerkelijk gebouwde gasthuis.

1870:

Een kleine vijf jaar later besliste 'Het bestuur der godshuizen te Hoogstraeten' dat het gasthuis werd uitgebreid met een lazaret voor tyfuslijders. Een lazaret had de bedoeling om mensen met een besmettelijke ziekte, preventief op een veilige afstand van andere patiënten te houden. Dit deel van het ziekenhuis werd ontworpen door architect Jules Taeymans.



Afb 15: J. Van Gastel, gasthuis, Hoogstraten, 1860-1865.



Afb 16: J. Van Gastel, gasthuis, Hoogstraten, 1860-1865.

3.5.6. 20ste eeuw

WQ1:

Gasthuis kreeg weinig te verduren, de zorg kon doorgaans gewoon verder gaan.

1920:

Het rusthuis van ongeveer 800 vierkante meter was te klein geworden dus werd het door architect Jules Taeymans aangepakt.

In de jaren '20 – '30 werd er voor de uitbreiding géén provinciaal architect gebruikt. De wereld trok zich meer en meer open. Er was een uitgebreider aanbod aan informatie te vinden over architecten.

Architecten konden ook trips naar het buitenland maken en mensen kwamen zelf meer buiten (konden naar de grotere steden trekken door de opkomst van de tram). Tegelijk kende men meer buitenlandse architecten, hierover werd verteld op de academies.

Er ontstond een nieuwe architectuur waar gebruik werd gemaakt van exotische accenten en waarbij men met een knipoog verwees naar de scheepvaart (ronde ramen, balustrades...).

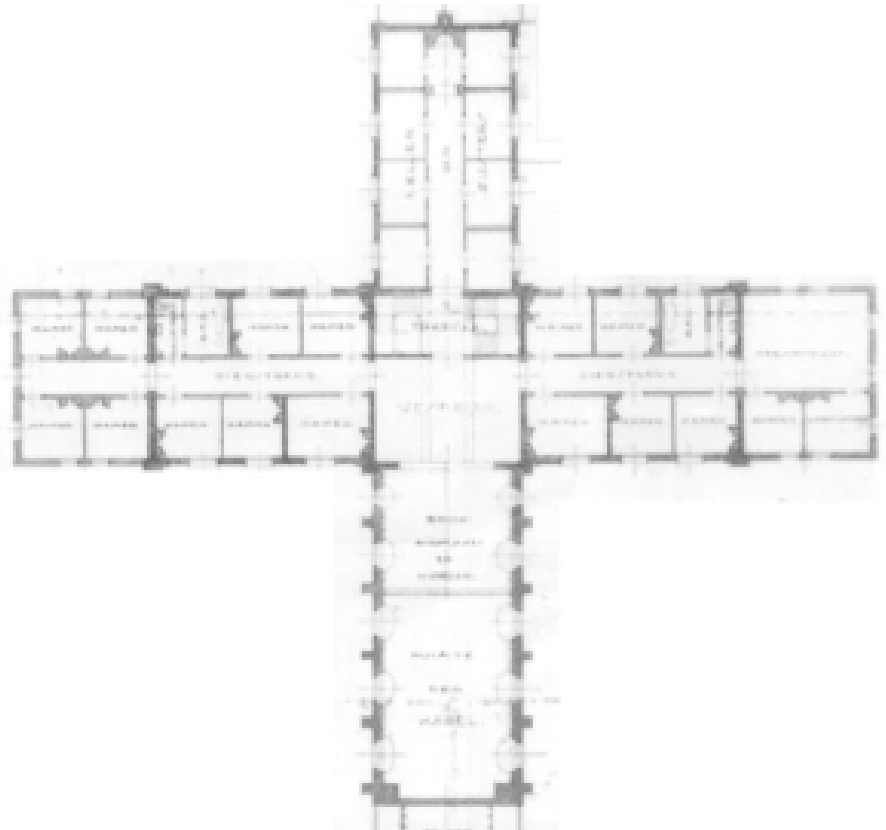
Maar waarom werd er dan werkelijk geen gebruik gemaakt van een provinciaal architect? Voor de wereldoorlog werd vooral in een neogotische stijl gebouwd en daarna ging men snel over naar een zeer modernistische stijl. Deze was zeer zakelijk. Hierdoor verloor het gebouw een zekere sacraliteit en heel wat eeuwenoude bouwtradities. Hiervoor zocht men een tussenweg. Door dit conflict ontstonden 'De Pelgrims'. Dit was een groepering van architecten. Ze brachten ook maandelijks een tijdschrift uit, bestaande uit hun pamfletten. Men organiseerde tevens congressen en tentoonstellingen. Hun doel was: 'Bijdragen tot het ontstaan en de verspreiding van een moderne religieuze Vlaamse kunst'.

Daarom was dus de keuze van een 'niet-provinciaal' architect niet zo onlogisch. Men koos nog steeds voor een zeer Christelijke architectuur. (Gaan voor dat gasthuis, z.j.)

1927:

De functie van het gasthuis ging meer en meer in de richting van een bejaardentehuis.

Volgens historische bronnen werden er in 1920 plannen gemaakt voor een heuse uitbreiding van het gasthuis door architect Jozef Huygh. Maar deze uitbreiding is nooit uitgevoerd geweest. Hiervan vind ik wel de grondplannen terug maar geen snedes. Boven –en onderaan werden er twee vleugels aan het oorspronkelijke, te kleine gebouw, aangebouwd. Dit deel werd ook links en rechts uitgebreid, zo vormde het een perfect Grieks kruis.



Afb 17: J. Huygh, rusthuis, Hoogstraten, 1920.

Er zijn wel enkele vermoedens in verband met het uitzicht van het gebouw. Deze niet uitgevoerde uitbreiding zou parallel lopen met de bouw van het Bethaniënziekenhuis in Zoersel. (Gaan voor dat gasthuis, z.j.)

Afb 18: J. Huygh, Bethaniënziekenhuis, Zoersel, 1922-1924.



1931:

De kapel voor de Heilige Blasius vooraan het gebouw, brak tijdens verbouwingen in twee. Dit was niet de intentie. In de toen grote tuin achteraan het rusthuis staat een tweede kapel, deze is wel bewaard gebleven.

Deze kapel staat er momenteel nog zoals de onderstaande afbeeldingen aangeven. De tuin daar en tegen is enorm ingeperkt.



Afb 19: Tuin rusthuis, Hoogstraten, 1931.

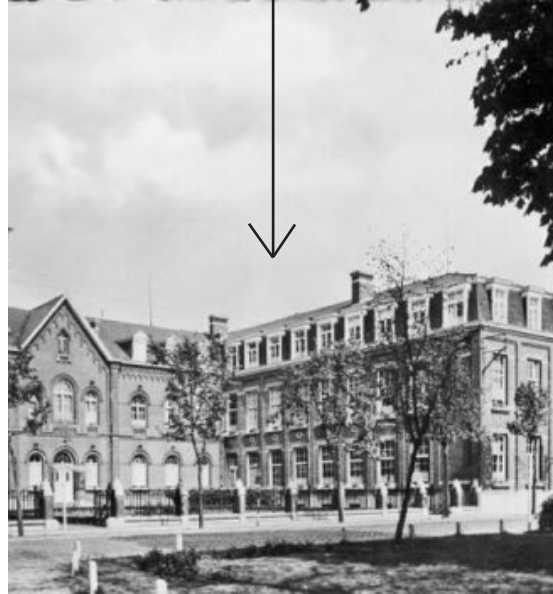


Afb 20: Kapel rusthuis, Hoogstraten, 1931.



Afb 21: Kapel rusthuis, Hoogstraten, 2013.

Des betreffende verbouwingen hielden een bijbouw aan de zuidkant (linkerkant) (loodrecht op het bestaande gebouw naar het ontwerp van architect Van Gastel) in. Architect C. Van Rijckeghem was hiervoor verantwoordelijk. Ook werd het interieur aangepakt.



Afb 22: Van Gastel, rusthuis, Hoogstraten, 1931.

1934:

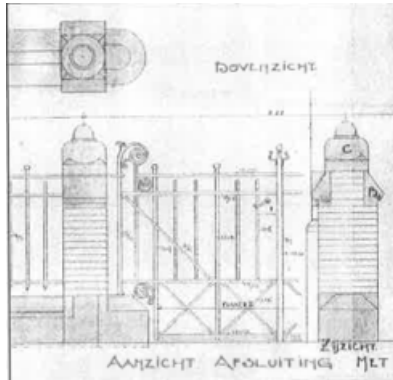
De huidige 'H-vorm' dateert van dit jaar. Aan de rechterkant (het noorden) werd in spiegelbeeld een tweede volledig onderkelderde zijvleugel loodrecht op het bestaande gebouw gebouwd en dit door architectenbureau Goeyvaerts-Merkx. (zie foto) Dit architectenduo was afkomstig van Antwerpen. Ze hebben heel wat gebouwen ontworpen die sedertdien opgenomen zijn in de erfgoed inventaris.



Afb 23: Goeyvaerts-Merkx, rusthuis, Hoogstraten, 1934.

Aan de achterkant werd een lavatory gebouwd; een toiletruimte dat later als fietsenhok diende. Deze werd een 80-tal jaren later gesloopt voor de bouw van het nieuwe rusthuis.

Ook werd er, zoals op onderstaande foto, aan de voorkant een hekwerk ontworpen en geplaatst. (deze werd in 1960 opnieuw afgebroken)



Afb 24: Goeyvaerts-Merx, hekwerk rusthuis, Hoogstraten, 1934.

WO2:

In het begin van WO2 kon men ook de zorg verder zetten maar tegen het einde van de oorlog, in 1944, kreeg Hoogstraten het zwaar te verduren. Het gasthuis werd onder vuur gelegd. Het pand was volledig met kogels doorzeefd. 'Nu is Hoogstraten dood zeiden de mensen'. (museum Hoogstraten, z.j.)

1954:

In het gasthuis werd enkel nog maar sporadisch aan ziekteverzorging gedaan. Vanaf 1954 werd het H-vormig gebouw in Hoogstraten officieel benoemd tot rusthuis. Ook was er al een groot deel in genomen als moederhuis. Na WO2 was er een heuse babyboom. Er werden veel meer kindjes geboren door de groeiende welvaart, verbeterde geneeskunde, groeiende economie... (socialstudie, z.j.) Omwille van deze reden werd het pand, van ongeveer 3500 vierkante meter, te klein.

Afb 25: Zusters van onze lieve vrouw van zeven weeën, Hoogstraten, 1954.





Afb 26: Stynen, materniteit, Hoogstraten, 1957.



Afb 27: Stynen, materniteit, Hoogstraten, 1957.



Afb 28: Stynen, materniteit, Hoogstraten, 1957.



Afb 29: Stynen, materniteit, Hoogstraten, 1957.

1957:

Aan de linkerkant van het gasthuis werd een nieuwe moderne materniteit gebouwd, uitgerust met allerlei innovatieve technieken. In het jaar 1963 is mijn grootmoeder in dit moederhuis bevallen van haar eerste zoon. Zij vertelde mij dat als je binnen kwam, er een balie en een wachtruimte was. Vooraan lagen de kamers. Eerst kwam je de negen eenpersoonskamers tegen, dit waren de luxe kamers. De luxe kamers bestonden uit een bed, een aparte wasruimte (alles werd nog met geëmailleerde wasbakjes gedaan want er was nog geen stromend water), een plek voor de kinderkribbe die afgesloten kon worden met een gordijn en een zithoekje. Verder achteraan lagen er zes tweepersoonskamers. Hierin stonden twee bedden met de kinderkribbe ernaast en een aparte wasruimte. Achteraan het gebouw was er, zoals de afbeeldingen tonen, één sterilisatiekamer, één couveuseruimte en één reanimatiekamer. (Hoogstraatse maand, 2011, pg. 22-23) Alle ruimtes hadden hoge ramen en hoge plafonds.

Architect Joseph Louis Stynen, die ook de heropbouw van de tijdens WO1 verwoestte Sint-Catharina kerk van Hoogstraten leidde, ontwierp de uitbreiding van het moederhuis. Dit moederhuis weerspiegelde het geloof in vooruitgang. Het was zeer licht en luchtig. Op het einde van het jaar 1957 werd deze nieuwe afdeling geopend.

1964-1966:

In deze periode van twee jaar werd de middenvleugel volledig heringericht en veranderd door architect J.L. Stynen. De achterbouw met wellicht de keuken en een kapel werd afgebroken. In plaats daarvan werd de achterkant van de zuidvleugel vergroot met een ruimere keuken en daarbovenop een kapel. Bij de bouw van deze kapel zijn enkele gewone ramen vervangen door glasramen. Stynen renoveerde en restaureerde in een modernistische stijl en altijd met veel respect voor het gebouw. Hij keek ook op naar de Arts and Crafts movement waar de ambacht naar voren kwam. Ook hield hij van de Art Nouveau, waarbij hij de geometrische natuurlijke elementen van ging overnemen. Dit was een typische stijl in het interbellum. Maar in het rusthuis van Hoogstraten heeft hij enkele steken laten vallen; de historisch waardevolle gevel met de puntvoorgevel en de boogramen werd vervangen door een niet veel zeggend exemplaar. (Gaan voor dat gasthuis, z.j.)

Het rusthuis was een typisch 19de eeuws gebouw. Ook het interieur was in die stijl verwezenlijkt. Naar mijn mening verloor niet alleen de gevel heel wat karakter, maar zoals de afbeelding aantoont werden er ook heel wat rijke elementen in het interieur verwijderd. (Gaan voor dat gasthuis, z.j.) Enkel in de kapel resteren er nog een drietal originele glasramen.

Wel ging de verbetering van het comfort en de hygiëne in het rusthuis in snelle stijgende lijn omhoog.

VOOR



Afb 30: Stynen, rusthuis, Hoogstraten, 1964-1966.



Afb 31: Stynen, interieur rusthuis, Hoogstraten, 1964-1966.

NA

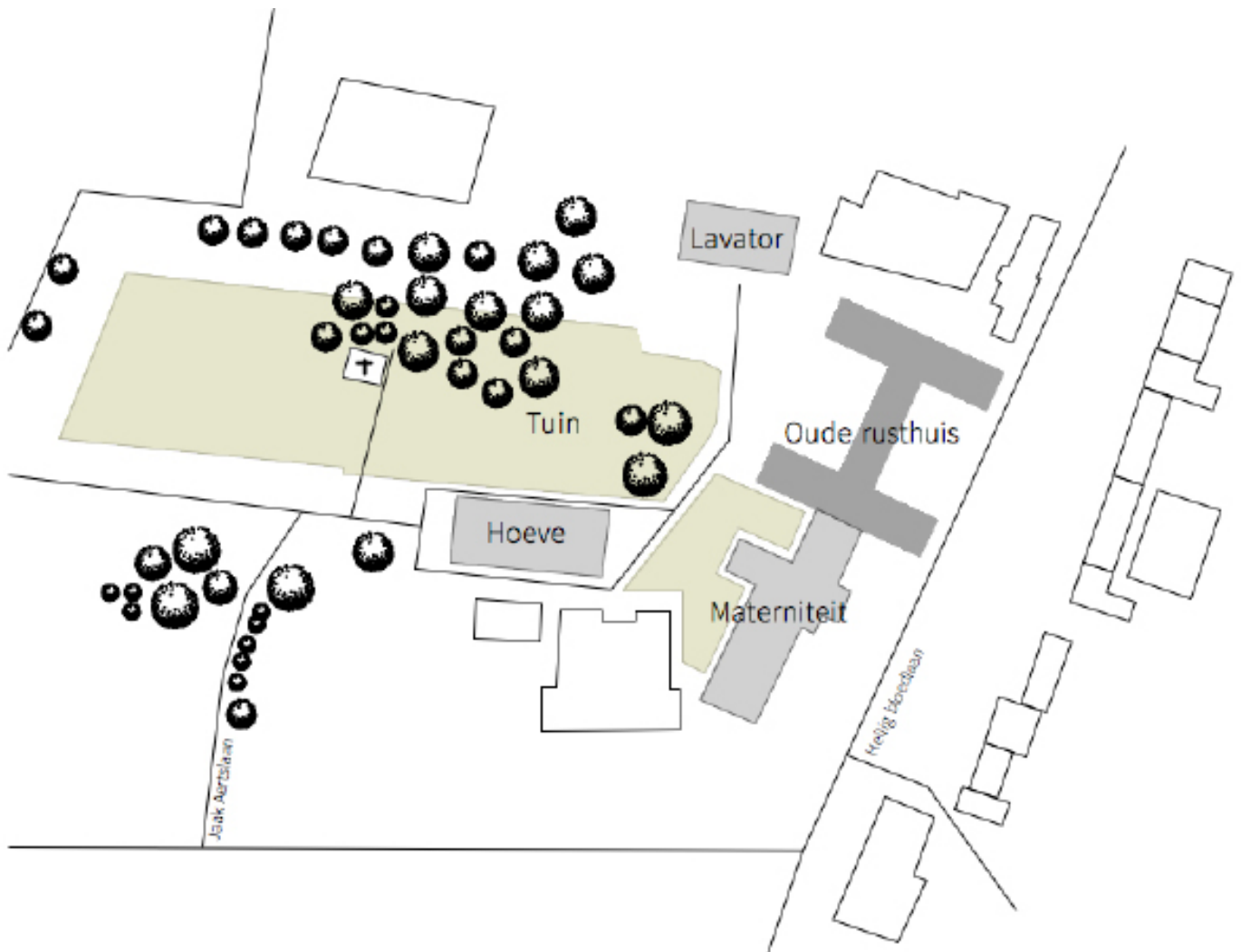


Afb 32: Stynen, rusthuis, Hoogstraten, 1964-1966.



Afb 33: Stynen, kapel rusthuis, Hoogstraten, 1964-1966.

Onderstaande foto geeft de situatie in 1967 weer. Het is een luchtfoto met daarop het zicht op het vernieuwde 'H-vormig' rusthuis. Bij de achteruitgang staat het oude lavator. Rechts ervan staat het moederhuis dat toen een tiental jaar oud was. Rechtsonder ziet u een stukje van de grote hoeve die later plaats moest maken voor de nieuwe blokken van het woonzorgcentrum.



Afb 34: Situering oud rusthuis, Hoogstraten, 1967.



Afb 35: Stynen, rusthuis en materniteit, Hoogstraten, 1967.

1974:

In een tijdspanne van 108 jaar werkten er 36 verschillende zusters in het rusthuis van Onze-Lieve-Vrouw van 7 weeën. In 1974 vertrok de laatste zuster. Dit werd uitgebreid gevierd.

(Hoogstraatse maand, 2011, pg. 22-23)

1975:

Op 27 mei 1975 werd het laatste kind geboren in het moederhuis/rusthuis van Hoogstraten. Vanaf toen werd het volledige gebouw ingepalmd als OCMW-rusthuis. (Hoogstraatse maand, 2011, pg. 22-23)

1980:

In 1980 werden de schuiframen naar het ontwerp van architect Van Gastel verwijderd door ramen met een andere indeling. Hierdoor verdween er nogmaals extra charme uit de gevel.

Het metselwerk van nu is nog steeds het originele metselwerk van 1865. Maar voor de rest is er van het 19de eeuws gasthuis amper iets te herkennen.

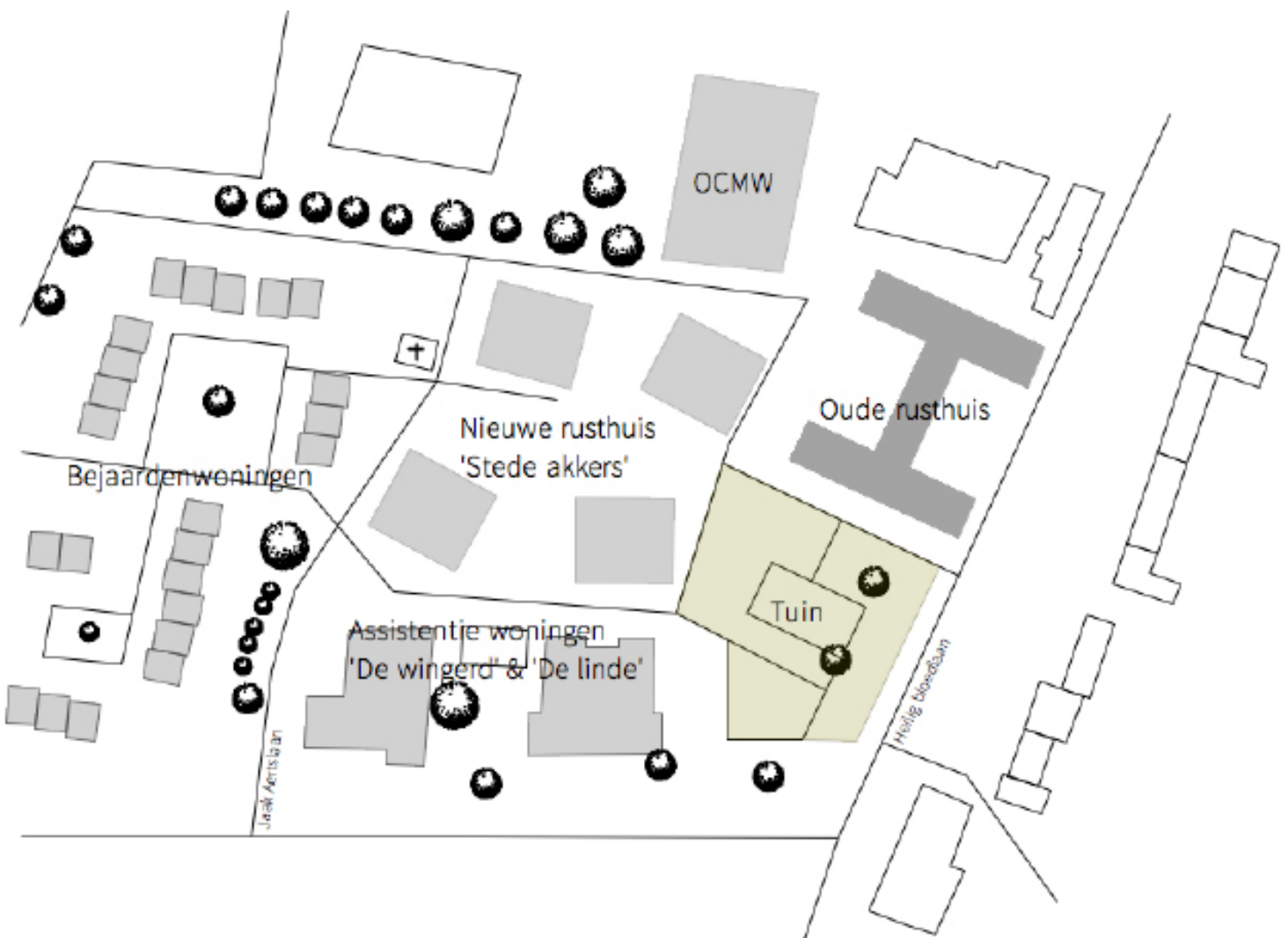
3.5.7. 21ste eeuw

2012:

Het moederhuis aan de zuidkant van het rusthuis van Hoogstraten werd in 2012 gesloopt om plaats te maken voor de tuin van het nieuwe OCMW rusthuis. Alle bejaarden verhuisden eind 2012 naar de nieuwe blokken van woonzorgcentrum 'Stede akkers'. De bewoners werden toen feestelijk onthaald in hun nieuwe thuis. Het rusthuis bestaat uit vier grote torens met veel ramen. Het bevat 150 gloednieuwe kamers met een eigen sanitaire cel, acht ruime leefruimtes, vier kamers voor kortverblijf en een aangename cafetaria.

Kritiek? Persoonlijk vind ik de vier blokken een heel mooi ontwerp. Het is licht en luchtig. Enkel de bewoners zagen het misschien liever anders. Ik heb met enkele bejaarden in het rusthuis gepraat en zij vonden het te koel. Het gehele interieur is in een witte kleur gecombineerd met hout en hier en daar een zachte kleurtint. Zij voelde zich er niet echt thuis omdat het te modern was.

Ook de inplanting van de vier blokken is enigszins ongelukkig want ze staan pal achter het gasthuis. Deze vier blokken overstijgen het oude rusthuis terwijl dit oudere pand ook al beeldbepalend is voor Hoogstraten. Voor deze prestigieuze bouw is een prachtige tuin moeten wijken. (zie vorige pagina) Men heeft wel een tuin voorzien aan de straatkant, rechts van het oude rusthuis, maar deze nodigt niet uit om een wandeling te maken of gewoon van het zonnetje te genieten.



Afb 36: Situering oud rusthuis, Hoogstraten, 2014.



Afb 37: Stynen, Oude en nieuwe rusthuis, Hoogstraten, 1980. ²

² Het pand heeft heel wat verbouwingfases doorstaan. Daardoor zijn er meerdere voorgaande architecten die een bijdrage hebben geleverd. Stynen is de laatste architect.

3.6. Analyse levensloop van het begin tot het einde

3.6.1. Poliklinisch bevallen

3.6.1.1. Inleiding

Tijdens het interview met mijn grootmoeder over het oude moederhuis in Hoogstraten vertelde ze me dat men ongeveer vijftig jaar geleden tien dagen lang in de materniteit moest blijven na de bevalling. De eerste vijf dagen moest men in bed blijven liggen. Alles werd voor hen gedaan. Zelfs hun eigen pasgeboren kindje werd voor hen gewassen. Na vier à vijf dagen mochten ze toekijken. En na dag zes mochten ze eens zelf proberen. Toen mijn grootmoeder thuis kwam moest ze rekenen op de hulp van haar moeder. Ze kon nog niets en ze kende haar kindje nog niet. Nu loopt het volledig anders. Vanaf dat het kindje ter wereld wordt gezet, worden de kersverse ouders betrokken bij heel het gebeuren zoals eten geven, wassen, aankleden... (hangt ook af van de vlotheid van de bevalling).

Ook zijn er momenteel allerlei manieren om te bevallen; thuis, in het ziekenhuis, poliklinisch, in een geboortehuis, in bad, in bed, op een zitbal... Om hierover meer te weten te komen ben ik mijn nicht Lisa gaan interviewen. Zij is een zestal maanden geleden poliklinisch bevallen van een zoon. Tevens ben ik een geboortehuis gaan bezoeken en heb ik van zelfstandig vroedvrouw Liesje daar een rondleiding gekregen.

3.6.1.2. Wat is poliklinisch bevallen?

Sommige vrouwen weten exact hoe en waar ze willen bevallen maar sommige geraken er maar niet over uit. Poliklinisch bevallen betekent dat men niet thuis wil bevallen, maar men wil ook geen 5 dagen in het ziekenhuis verblijven. Het houdt dus in dat men dezelfde dag of maximaal 48 uur nadat de baby geboren is, al naar huis mag. Toekomstige mama's kiezen ervoor om toch in een ziekenhuis te bevallen omdat men dan geruster is. Alle medische apparatuur en hulp is er aanwezig. Men kan tot op het moment zelf beslissen om poliklinisch te bevallen. Gaat de bevalling vlot, dan kan men beslissen om thuis blijven. Maar loopt het anders dan gepland, dan kan men ook sneller naar het ziekenhuis.

Het belangrijkste element waar men rekening mee moet houden, is dat men tijdens de bevalling geen medische complicaties oploopt. Dit kan leiden tot een eerder vertrek of een langer verblijf in het ziekenhuis. Bij de herbestemming van het oude rusthuis van Hoogstraten zal men dan moeten rekenen op de bijstand van het ziekenhuis te Turnhout. Dit ligt op ongeveer 20 kilometer of een half uurtje rijden van het centrum van Hoogstraten.

Een normale, gangbare bevalling start een poliklinische bevalling thuis. Vervolgens bepaalt een verloskundige aan huis wanneer het tijd is om te vertrekken. Als alles na de bevalling in orde is en de dokter geeft de toestemming dan mag men vrij snel naar huis.

Eens thuis, kan men kraamverzorging krijgen. Dit is echter niet verplicht. Ook kan men eventueel voor een bepaalde tijd hulp in het huishouden aanvragen



Afb 38: Baby, 2014

3.6.1.3 Vergelijking thuisbevalling – ziekenhuisbevalling – poliklinisch bevallen

Thuisbevalling	Poliklinische bevalling	Ziekenhuisbevalling
Bij het begin van de bevalling, komt de verloskundige bij het koppel thuis langs. Ze observeert de weeën, kijkt hoe het met de toekomstige mama en de baby gaat. Men moet op voorhand heel wat dingen geregeld en gehaald hebben.	Bij het begin van de bevalling komt de verloskundige bij het koppel thuis langs. Zij geeft aan wanneer de ontsluiting groot genoeg is om naar het ziekenhuis of geboortehuis (zie volgend hoofdstuk) te vertrekken. De verloskundige begeleidt de toekomstige mama door de eerste weeën heen. Nadeel: men moet in de auto met opkomende weeën.	Als het water breekt dan gaat men naar het ziekenhuis. Men is op voorhand al eens in het moederhuis geweest. In een ziekenhuis is alles bij de hand, dit geeft de meeste vrouwen een veilig gevoel. Het garandeert ook een zekere rustperiode.
Wanneer men in het laatste stukje van de ontsluitingsfase zit, belt de verloskundige de kraamverzorgster.	De verloskundige komt op tijd en stond kijken. De kraamverzorgster is al in het zieken- -of geboortehuis.	De verloskundige komt op tijd en stond kijken. De kraamverzorgster is al in het ziekenhuis.
Men is thuis, in een huiselijke sfeer, in uw eigen omgeving. De toekomstige ouders hebben zelf meer te bepalen over de bevalling. Men heeft zelf voor de nodige infrastructuur gezorgd. Verloskundige is gast.	Na min. 24 uur en max 48 uur na de bevalling, kan men het zieken –of geboortehuis verlaten. De mama en het kindje krijgen dus de eerste zorgen in het zieken –of geboortehuis	Men is gast in het ziekenhuis. De bewegingsruimte is beperkt. Men heeft enkel een eigen kamer en douche en krijgt eten van het ziekenhuis. De kamer heeft alles wat een normale bevalling nodig heeft.
Bevalling loopt niet normaal? Verloskundige neemt contact op met het ziekenhuis. Men gaat met de eigen auto of met de ambulance.	Alle medicijnen, medische apparaten en personeel zijn in het ziekenhuis bij de hand. In een geboortehuis wordt de bevalling geleid door een zelfstandige vroedvrouw. Hierbij zijn er een beperkter aantal aan personeel en medische middelen aanwezig. Bij complicaties vertrekt men direct naar het ziekenhuis.	Alle medicijnen, apparaten en personeel zijn bij de hand.
Kindje geboren? Zij/hij wordt nagekeken door de verloskundige en verzorgd door de kraamverzorgende. Geen kinderarts.	Kindje geboren? Zij/hij wordt nagekeken door de verloskundige en verzorgd door de kraamverzorgende. De kinderarts is aanwezig.	Kindje geboren? Zij/hij wordt nagekeken door de verloskundige en verzorgd door de kraamverzorgende. De kinderarts is aanwezig.
Verloskundige blijft tenminste 1 uur na de bevalling. Ze legt alle zorg uit voor na de bevalling. De kersverse ouders kunnen haar altijd telefonisch bereiken. De mama kiest zelf wat ze aan kan en wat niet. Ze is zelf verantwoordelijk voor haar rust.	Na min. 24 uur en max 48 uur na de bevalling, kan men het ziekenhuis verlaten. Eens thuis, komt er een andere kraamverzorgster. Men kan ook huishoudhulp aanvragen. De mama kiest zelf wat ze aan kan en wat niet. Ze is zelf verantwoordelijk voor haar rust.	In het ziekenhuis kan men enkele dagen blijven. Alle verzorging is bij de hand. Men kan op uw eigen tempo tot rust komen.
Kosten van thuisbevalling worden volledig vergoed.	Kosten van verloskundige worden volledig vergoed + ziekenhuiskosten.	Kosten van verloskundige worden volledig vergoed + ziekenhuiskosten.



Een geboortehuis maakt vaak deel uit van een woning waar een zelfstandige vroedvrouw een eigen praktijk beheert. Het maakt geen deel uit van een moederhuis maar het is wel belangrijk dat het geografisch dichtbij gelegen is. (geboortehuizen in Vlaanderen, z.j.) Moesten er complicaties optreden tijdens een bevalling in het geboortehuis, kan men zich niet permitteren om nog een uur naar het ziekenhuis te rijden. Uit voorzorgsmaatregelen moet er dus dichtbij een geboortehuis een moederhuis gesitueerd zijn. Tussen het geboortehuis en het dichtstbijzijnde moederhuis loopt vaak een samenwerkingsverband.

In geboortehuis 'De zon' te Viersel-Zandhoven wist zelfstandige vroedvrouw Leentje mij alles te vertellen over de werking van een geboortehuis. Het begint bij de consultaties tijdens de zwangerschap bij de vroedvrouw in het geboortehuis.

Normaliter word dit gedaan bij een gynaecoloog. Dit is in principe niet meer nodig. De vroedvrouw stuurt de toekomstige moeder enkel nog drie keer gedurende de negen maanden zwangerschap naar de gynaecoloog voor een echo. De rest van de controles gedurende de zwangerschap voert de vroedvrouw zelf uit door te voelen aan de buik. Tijdens deze begeleidingen krijgt het koppel heel wat informatie over de zwangerschap en de uiteindelijke bevalling. Ook kan men in de meeste geboortehuizen zwangerschapscursussen volgen zoals zwangerschapsyoga.

De vroedvrouwen in een geboortehuis kunnen de vrouwen op verschillende manieren begeleiden tijdens een bevalling. Het koppel kiest de manier van bevallen volledig zelf. Oftewel begeleidt men de bevalling thuis, doet men aan diagnose arbeid (de vroedvrouw komt bij het koppel thuis langs en beslist tijdig wanneer men naar het ziekenhuis moet vertrekken om te bevallen) of men kan in het geboortehuis bevallen. Dit houdt in dat het toekomstig gezin het geboortehuis binnenkomt als het bijna zover is. Men is dus tot op het einde thuis gebleven. De verloskamer in het geboortehuis te Viersel is zoals je kan zien op de foto op de volgende pagina haast een hotelkamer. Een ruimte dat zeer huiselijk, geborgen, veilig en hartelijk aanvoelt.

Er is een natte cel voorzien met een bad, een douche, een lavabo en een toilet, een tweepersoonsbed en een kinderkribbe. Men kan tot op het moment zelf kiezen op welke manier men graag bevalt; in bad, onder de douche, op een zitbal... De vroedvrouw begeleidt de vrouw tijdens de bevalling. Dit verschilt van een bevalling in een bevallingskwartier van een ziekenhuis. De sfeer is volledig verschillend, het is gemoedelijker en er zijn geen klinische apparaten zichtbaar. Alles is mooi opgeborgen in een kast.

Na de bevalling kunnen de kersverse moeder en vader samen met het kind in bed kruipen en krijgt men ontbijt op bed. Dit noemt men 'birth and breakfast'.

Deze manier combineert thuis bevallen, poliklinisch bevallen en bevallen in een ziekenhuis. Vaak hebben mensen schrik om thuis te bevallen omwille van de opkuis of dergelijke. Maar het tegenovergestelde, bevallen in een moederhuis vind men te kil, te koel en te afstandelijk. Daarom is bevallen in een geboortehuis de ideale oplossing.

Er zijn wel sterke voorwaarden aan verbonden om te mogen bevallen in een geboortehuis. De zwangerschap moet perfect verlopen, men moet 37 weken zwanger zijn (dus geen prematuren), men moet bij een vorig kind ook op een natuurlijke wijze bevallen zijn... Dit doet men om zich te kunnen indekken bij complicaties. Moest er zich toch een probleem voor doen tijdens de bevalling, dan neemt men geen enkel risico en zet men de bevalling verder in het ziekenhuis.

Of je nu in het ziekenhuis bevallen bent, thuis of in het geboortehuis, men kan postnatale verzorging thuis of in het geboortehuis verwachten. De zelfstandige vroedvrouwen staan de kersverse mama's en papa's zowel medisch, psychisch als sociaal bij. Na de bevalling kunnen moeder en kind ook nog allerlei cursussen (bijvoorbeeld omtrent borstvoeding) volgen in het geboortehuis.

In Nederland komt dit al regelmatig voor maar in België zijn er maar enkele geboortehuizen die dit volledige pakket aanbieden.

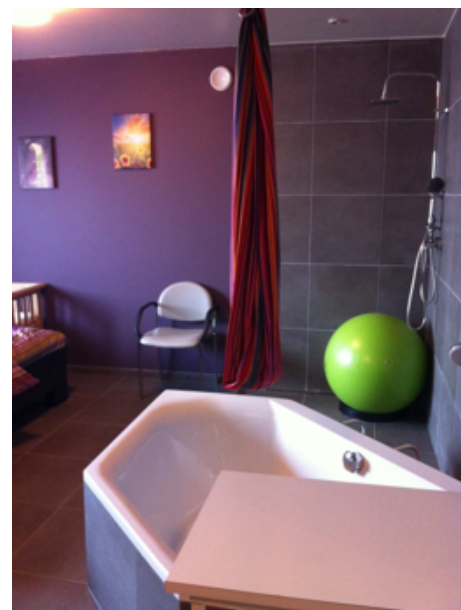




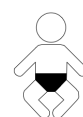
Afb 39: Geboortehuis, Viersel, 2013.



Afb 40: Geboortehuis, Viersel, 2013.



Afb 41: Geboortehuis, Viersel, 2013.



3.6.2. Stille studeerplek voor studenten

“Students at all levels of academic proficiency need and want to go to the library now more than ever before. There is an expectation that the library is the place to be. It is where the action is.” (Freeman, 2005)

Hoogstraten telt vier scholen onder de schoolgemeenschap ‘Markdal’. Namelijk:

- VITO: technische vakschool
- Klein seminarie: ASO en TSO
- Spijker: ASO
- VTI: kok –en hotelschool en toerisme

Hoogstraten staat vooral op gebied van onderwijs bekend voor zijn internaten. In omstreken is het de enige in zijn soort. Je hebt namelijk het jongensinternaat van het Klein Seminarie en het meisjesinternaat van ’t Spijker. (Hoogstraten, z.j.)

Buiten dat Hoogstraten onderwijs biedt aan ongeveer 4200 jonge studenten (A. Van Aperen, persoonlijke communicatie, 10/03/2014), zijn er ook nog heel wat mogelijkheden op gebied van volwassenonderwijs en kunstonderwijs. Het kunstonderwijs is een deeltijdse studierichting in het IKO (instituut voor creatieve opvoeding). Daarbij hoort ook de academie voor muziek en woord de Noordenkempen. (onderwijs Hoogstraten, z.j.)

Naast studenten uit het secundair onderwijs zijn er ook heel wat hoger onderwijs studenten. Hoogstraten heeft een eenvoudige bus –en trein verbinding met de stad Antwerpen. Hoger onderwijs studenten, op kot of niet op kot, studeren meer en meer in de bibliotheek. In Antwerpen is er zowaar geen plaats meer in de bibliotheek van de universiteit. (De standaard, 2011) Naast de grote hogeschool –of universiteit bibliotheken trekken deze studiehoofden ook vaak naar kleine bibliotheken in het dorp of leescafés. (De standaard, 2014)

Waarom slaat dit zo aan? De meeste jongeren kunnen zich hier beter concentreren. Op kot zijn er vaak luidruchtige medebewoners en thuis lopen ouders, broers en zussen rond die muziek spelen, stofzuigen, een praatje willen komen maken... In de bib is het muisstil. Studenten komen samen om in groep te werken aan een opdracht (spontaan samen leren). Of ze komen naar de bib om studeren voor een examen, men heeft allemaal verschillende leerstof maar één doel; met zijn alle slagen (individueel samen leren). Het is een soort van sociale controle. (Vrije universiteit Brussel, 2012) En een stimulerende conversatie met medestudenten geeft ook moed. Het geeft je het gevoel dat je niet alleen bent. De bibliotheek gaat ook niet meer alleen over boeken uitlenen. Maar het wordt uitgebreid met zit, eet –en drankvoorzieningen. Zo wordt het een sociaal gebeuren. (Van Doren, 2012)

Uit een onderzoek van Maaike Van Doren, studente aan de VUB (vrije universiteit Brussel), is gebleken dat de afstand tussen de woonplaats en studeeraccommodatie de grootste reden is om niet aan ‘massa-studeren’ te doen. Men vindt de verplaatsing tijdverlies. Voor het oude rusthuis in Hoogstraten, het pand dat ik ga herbestemmen, staat een bushalte van De Lijn. Hierlangs komt een bus die rechtstreeks naar Antwerpen rijdt. Studenten kunnen eenvoudig voor en na een les of examen studeren in het herbestemde pand in Hoogstraten.



Faculteit		
	Rechtgeleerdheid en criminologie	191
	Economische, sociale en politieke wetenschappen	485
	Psychologie en educatiewetenschappen	197
	Wetenschappen en bio-ingenieurswetenschappen	294
	Geneeskunde en farmacie	776
	Letteren en wijsbegeerte	367
	Ingenieurswetenschappen	189
	Lichamelijke opvoeding en kinesithérapie	379
	Lerarenopleiding	60
	RITS	39

Afb 42: Van Doren M., Tabel thesis over massa-studeren, 2012.

De Universiteit Hasselt heeft er sinds 2013 een nieuwe campus bij. De faculteit rechten situeert zich nu in de oude gevangenis van Hasselt. Het oude gebouw is volledig herbested door architectenbureau Noa-Architecten uit Brussel. De vroegere structuur van het pand bestond nog, dus deze heeft men grotendeels in waarde gehouden. De voormalige cellen zijn nu studiecellen geworden. Het architectenbureau heeft het maximale gelaten zoals het was. Men heeft alles leeggemaakt (sanitair weggehaald) en opnieuw geschilderd. Ze hebben wel de stalen deur vervangen door een glazen deur en de tafel is als een brits (een bed) maar wel hoger hangend aan de muur. Het was de bedoeling om een serene, neutrale studieplek te creëren met een verrassend lichtinval. (Noa architecten, persoonlijke communicatie, 5/02/2014) Het zijn studieplekken waar één of meerdere leerling(en) in kunnen vertoeven om te studeren, een les te herhalen voor een examen of een groepswork te kunnen maken.

Sarina Thijs, studente aan de universiteit Hasselt, vertelde me tijdens een interview dat ze deze aparte studiecellen beter vindt dat één grote open ruimte zoals in een bibliotheek. Er is minder afleiding. De cellen zijn zeer populair, er is er niet altijd één vrij. (Thijs S., persoonlijke communicatie, 24/02/2014) Dus de vraag naar plekken om rustig te kunnen studeren is zeer groot.

Een tweede fenomeen zijn Erasmus studenten. Deze studenten komen terecht in een volledig onbekende omgeving. Een kot zoeken in het buitenland kan moeilijk verlopen. Hiervoor bestaan wel allerlei organisaties die hierbij hulp bieden. Zo zijn er bijvoorbeeld ook gastgezinnen die hun deuren open zetten voor buitenlandse studenten. (yfu, 2014) Het zou handig zijn moesten deze studenten vlak bij school zitten, een studeerplek hebben en een verblijf. Voor deze doelgroep zou er plaats zijn in Hoogstraten. Daarom voorzie ik een studentenvoorziening in mijn hybride functie die erasmus studenten of studenten op stage een verblijfplek aanbieden.



Afb 43: Noa-architecten, universiteit Hasselt, Hasselt, 2013.



Afb 44: Noa-architecten, universiteit Hasselt, Hasselt, 2013.



3.6.3. Palliatieve zorg

3.6.3.1. Wat is palliatieve zorg?

Palliatieve zorg betekent letterlijk: "zorg voor iemand die ernstig ziek is en niet meer kan genezen." (npzl, 2014)



Afb 45: Palliatieve zorg, 2014

“Het woord ‘palliatief’ komt van het Latijnse woord ‘palliare’. Dit betekend, verzachten, een mantel omdoen, ommantelen, omringen, beschermen, koesteren.” (palliatief verplegen, z.j.)

Het doel is om de patiënten in de laatste fase van het leven een zo hoog mogelijke levenskwaliteit te garanderen. Men behandelt de symptomen die de deugdelijkheid van het leven aantasten. Een zeer uitgebreid team aan verpleegsters, artsen, psychologen, vrijwilligers, sociaal assistenten... zorgen voor lichamelijke en psychische ondersteuning. Evenals op sociaal, spiritueel en emotioneel vlak wil men de pijn draaglijker maken. Men richt zich volledig op de persoon, niet op de ziekte. Het is de bedoeling dat men geen langere levensverwachting levert maar dat men het (voor de tijd die nog rest) zo aangenaam mogelijk maakt. Dit doet men niet alleen voor de patiënten maar ook voor de naaste familie en vrienden.

De totaalzorg houdt in:

- Optimaliseren van lichamelijke zorg: pijn draaglijker maken met alle middelen die er nodig zijn.
- Psychologisch/emotioneel: plaats maken voor verdriet en woede. Emotionele ondersteuning om te leren omgaan met de ziekte en met rouwafecten.
- Sociaal: aandacht schenken aan de privacy van de patiënten. De naasten begeleiden in het komende verlies. Ook begeleiden ze de familie en vrienden in het verwerkingsproces na het overlijden. Open, eerlijke, oprechte en warme communicatie is belangrijk.
- Spiritueel: rekening houden met elke gast zijn/haar levensverhaal en vragen. Respect hebben voor verschillende overtuigingen en religieuze vragen. (UZ leuven, 2013 & Panal, z.j.)

*“Alles wat nog gedaan moet worden als men denkt dat er niets meer kan gedaan worden”
(Het palliatief zorgbeleid Begralim, z.j.)*



3.6.3.2. Waar kan men terecht als men terminaal is?

Wat als mensen dit erbarmelijke nieuws voor het eerst te horen krijgen, waar kan men dan terecht?

Er zijn drie grote opties:

- De meeste patiënten verblijven eerst een tijd in het ziekenhuis. Men doet er nog alles aan om deze mensen te helpen door middel van chemo en dergelijke. Elk hospitaal heeft een persoonlijke PST ploeg. Dit is een palliatief support team. Alle benodigdheden zijn standaard aanwezig om het de patiënten lichamelijk zo comfortabel mogelijk te maken. Ook staat dit team in voor de sociale, spirituele en emotionele zorg van de patiënten. Maar een ziekenhuis is niet de meest aangename plek om te verblijven. Dit komt door de sfeer die er hangt, het eten, het beperkte aanbod aan faciliteiten en tijd... Om deze reden komen we aan optie nummer twee.

- Als de familie het wil, dan kunnen deze mensen hun laatste periode van het leven thuis doorbrengen. Vaak kan de familie de zorg niet alleen aan, daarom schakelt men een palliatieve thuiszorg equipe in.

- Een derde optie is een palliatief zorgcentrum. Enkele voorbeelden hiervan zijn Coda, palliatieve afdeling De Lotus in De Mick... Deze centra zijn volledig gespecialiseerd in de zorg van terminale patiënten. Elk palliatief centrum ontwikkelt zijn eigen zorgcultuur. Je hebt dagcentra en permanente verblijven. De dokters, verpleegkundigen, psychologen... staan in voor de zorg van de gasten en hun naasten. De gasten verblijven er gemiddeld zeven weken. Vaak steunt een palliatief centrum op een systeem van vrijwilligers. Een groot verschil met het verblijf in een ziekenhuis is het eten. In een ziekenhuis eet men wat de grootkeuken bereid heeft. Heeft men in een gespecialiseerd centrum zin in iets anders, dan kan daarvoor gezorgd worden. De zorgverlenende richt zich op de gast als een persoon, niet als een patiënt. Men doet er alles aan om het einde van de gasten hun levensloop zo comfortabel mogelijk te maken.



Afb 46: Thuiszorg, 2011

Terminaal zijn komt niet alleen hard aan voor de persoon zelf maar ook voor zijn/haar naaste kring van vrienden en familie. Zij moeten zich namelijk op een vrij korte tijd mentaal klaar maken om afscheid te nemen. Palliatieve hulpverleners in een ziekenhuis, hospice of thuisverpleging proberen hen daar zoveel mogelijk in bij te staan.

Er zijn ook heel wat mensen die hun partner/kind/vriend/... graag zelf willen bijstaan. Hiervoor bestaat er in de organisatie van gezondheidszorg in België zoiets als palliatief verlof.

Medische, sociale, administratieve of psychologische hulp verlenen aan terminale patiënten neemt veel tijd en (emotionele) energie in beslag. Werknemers kunnen door het palliatief verlof deeltijds gaan werken (dit kan enkel als men voltijds werkt) of een variëteit van loopbaanonderbreking nemen.

De persoon waar men hulp aan verleent, hoeft niet noodzakelijk een familielid te zijn. Bij de aanvraag van een palliatieve onderbreking blijft de identiteit van de ongeneeslijk zieke persoon onvermeld. Men is zeer discreet. De voorwaarde is wel dat deze persoon zijn domiciliëring in België, Zwitserland of een ander land uit de EER (Europese economische ruimte) heeft. (Social security, 2014) Ook moet men een officiële verklaring van een dokter hebben dat de desbetreffende persoon palliatieve zorg gaat verlenen.

Men kan één maand palliatief verlof aanvragen. Deze kan nogmaals één maand verlengd worden. De werknemer is dan volledig beschermd tegen ontslag (en eveneens de drie opvolgende maanden).

Als de terminale patiënt sterft dan kan de werknemer ervoor kiezen om in loopbaanonderbreking te blijven of men kan het werk hervatten. Gedurende een palliatief verlof krijgt men een onderbrekingsuitkering van de RVA (rijksdienst voor arbeidsvoorzieningen). (RVA, z.j.)

Indien men als zelfstandige voor een terminale dierbare wil zorgen dan kan men maximaal drie maanden het werk neerleggen. Vanaf vier weken werkonderbreking, kan de desbetreffende zelfstandige een uitkering krijgen. Dit alles betekent dat men de zaak moet stilleggen. Het is wel toegelaten om een derde het werk te laten voortzetten. De vereiste hierbij is dat het uw partner of kind is waar u voor zorgt.

Euthanasie is nog steeds een zeer spraakmakend onderwerp. Waar ligt de grens om euthanasie toe te passen?

Toch wordt men er vaak mee geconfronteerd in de palliatieve zorg. Euthanasie is het weloverwogen beëindigen van het leven door een derde, op vraag van desbetreffende ernstig zieke of terminale patiënt. De belangrijkste regel is dat het erkend wordt door een wettelijke dokter en dat het uitdrukkelijk op verzoek van de patiënt gebeurt. De dokter maakt het natuurlijk overlijden waardiger en minder moeizaam. Men steekt Moeder Natuur een handje toe zodat de pijn gevoelsmatig en lichamelijk draaglijker wordt.

Er zijn 3 soorten euthanasie:

- Indirecte euthanasie of palliatieve sedatie: Men stopt alle behandelingen van de patiënt. Door het toedienen van slaapmedicatie leidt men de patiënt naar een natuurlijke dood. Hij/zij bezwijkt uiteindelijk stilletjes aan de onderliggende aandoening. Men verlicht uiteindelijk enkel de pijn van de patiënt.

- Passieve euthanasie: Men laat de terminale patiënt op een natuurlijke wijze overlijden ten gevolge van zijn/haar ziekte. Hierbij stopt men ook alle behandelingen. Dit is onder begeleiding van een verpleegster en op toestemming van de dokter. In werkelijkheid is het geen echte euthanasie.

- Actieve euthanasie: Hierbij is het doel; sterven. Dit gebeurt op vraag van de terminale patiënt die al een lange lijdensweg achter de rug heeft of te veel pijn lijdt. Hiervoor moet hij/zij eerst de toestemming krijgen van een arts. De arts voert de euthanasie zelf uit. Men dient slaapmedicatie toe gecombineerd met spierverslappers. Hierbij sterft de patiënt langzaam aan de toegediende medicatie, het is geen natuurlijke dood.



4. Kwalitatief onderzoek: case studies

4.1. Inleiding

In het vierde hoofdstuk onderzoek ik drie cases. De eerste case study is een centrum in Cheltenham, Engeland. Dit is één van de veertien Maggie's centres. Toen ik voor het eerst 'the architectural brief' van Maggie's centre las, werd ik volledig warm. Dit heeft me overhaald om volledig te gaan voor het ontwerpen van een palliatief centrum. Maggie's centre is geen palliatieve afdeling maar het ondersteunt mensen met een kankerdiagnose (van begin tot het einde). Alle instituten die ondertussen verwezenlijkt zijn, zijn één voor één voorbeelden voor de toekomstige architectuur rond positive design en healing environments. In Nederland komt dit al meer en meer voor maar in België zijn er nog te weinig mooie omgevingen voor mensen die ziek zijn. Omwille van die reden wil ik een mooi palliatief zorgcentrum ontwerpen. Ik heb het Maggie's centre in Cheltenham gekozen omdat ik dit persoonlijk het mooiste vind. Het spreekt me het meeste aan en het leunt het beste aan bij mijn concept.

De twee overige case studies zijn Coda in Gooreind en De Mick in Brasschaat. Deze twee palliatieve centra heb ik gekozen omdat ze het dichtst bij mij staan. Heel wat vrienden en familie zijn hier ooit mee in contact gekomen.

Coda is momenteel het enige palliatief centrum in Vlaanderen dat zowel een thuiszorg equipe, een hospice en een dagcentrum omvat. Via de directeur van Coda ben ik eerst op bezoek mogen gaan. (Directeur Coda, persoonlijke communicatie, 27/01/2014) Ze hebben me een rondleiding gegeven. Omdat ik vond dat dit nog te beperkt was, heb ik gevraagd om een dag vrijwilligerswerk te mogen doen.

Op een maandagochtend mocht ik eerst meedraaien in het dagcentrum. Hier heb ik mee helpen koken, gezelschapspelletjes gespeeld, de krant gelezen en vooral met de mensen gepraat. De dag begon met het drinken van een tas koffie samen met de gasten en eventueel hun familie. En de voormiddag eindigde met een glas cava en een vers gemaakte maaltijd.

In de namiddag ging ik naar de hospice. De hospice is de permanente opvang. Mensen verblijven hier gemiddeld zeven weken. In de namiddag krijgen de mensen vaak bezoek. Dus daarom mocht ik meelopen met een andere vrijwilligster. Zij ging langs op alle zeven kamers, bracht iets waar het nodig was en deed een praatje met de mensen. Tegen de avond begon men aan het avondeten. Pas na deze ervaring heb ik echt gesnapt wat het was. Een palliatief centrum is geen triestige boel, er is plaats voor een mopje en een lach. Natuurlijk ook voor een traan en een zucht. Maar men doet er alles aan om het de mensen zo aangenaam mogelijk te maken en hen toch nog zo veel mogelijk te laten genieten.

Ook bij palliatieve afdeling De Lotus in revalidatiecentrum De Mick te Brasschaat ben ik op bezoek geweest. Hier mocht ik helaas geen vrijwilligerswerk doen omwille van de privacy van de mensen. Wel heb ik een uitgebreide rondleiding gekregen en het hele verhaal over hoe men te werk gaat.



De laatste twee case studies heb ik ondersteund door interviews. Deze interviews vond ik zeer belangrijk omdat ik met menselijke aspecten bezig ben. Op het internet en in boeken kan je veel lezen. Maar mensen die er mee geconfronteerd worden in hun leven kunnen vaak veel meer vertellen. Het is een zwaar gespreksthema dat diep gaat. Mensen hebben hun eigen mening en emoties. Dit was hierbij zeer belangrijk.

Ik heb onder andere gepraat met de hoofdverpleegkundige van Coda. Zij kon me veel praktische elementen doorspelen op gebied van het ontwerp van een palliatief centrum. Tijdens mijn dag vrijwilligerswerk heb ik met het personeel en de vrijwilligers kunnen praten die er dagelijks mee in contact komen door hun job. Deze mensen staan dicht bij de gasten. Maar de mensen die me het meeste konden vertellen waren de gasten zelf. Hierbij kon ik geen interviews doen omdat het persoonlijk moest blijven en het een gevoelig onderwerp is. Met de mensen in Coda heb ik aan tafel gezeten en gepraat. Zij hebben hun ervaringen en levensverhalen verteld, hoe ze er mee omgaan en wat ze goed en slecht aan Coda vonden. Niet alleen de mensen die terminaal zijn hebben hun ervaringen, maar ook de familie en vrienden erom heen. Het gaat over ieders eigen gevoel.

Deze drie verschillende case studies ga ik bespreken aan de hand van de al eerder besproken aandachtspunten in hoofdstuk 3.3. Namelijk: exterieur, interieur, emotioneel ondersteunende middelen en zintuiglijk comfort.



4.2. Maggie's centre

4.2.1. Wie is Maggie en hoe is Maggie's centre ontstaan?

Maggie Keswick Jencks (1941- †1995) was een landschapsarchitecte uit Engeland. In 1993 werd de diagnose borstkanker voor de tweede keer vastgesteld. Deze keer sloeg de kanker sterker toe en kreeg ze te horen dat ze nog twee tot drie maanden te leven had.

Gedurende haar chemotherapie werkte zij en haar echtgenoot Charles Jencks (een architectuur- criticus) nauw samen met het medische team, vooral met Laure Lee. Zij was een verpleegkundige op de afdeling oncologie. Samen met haar ontwikkelden ze een nieuwe manier om kankerbestrijding te benaderen. Het idee kwam nadat ze, na het horen van de fatale diagnose, onmiddellijk terug op de gang werd gestuurd want er waren nog andere wachtenden. Ze kwamen terecht in een wachtzaal zonder privacy en met nog allerlei vragen.

Maggie en Charles geloofden er in dat men de kankerpatiënten meer moest betrekken bij de medische behandeling, zoals bij de verwerkingsstrategieën en psychologische bijstand. Zij vinden dat als men meer ingelicht zou zijn, men positiever tegenover de kanker zou kunnen staan. Ook de kans om te praten met andere mensen in dezelfde situatie zou een meer serene sfeer creëren in bijvoorbeeld een ziekenhuis. Hun doel was:

"[...] people should not lose the joy of living in the fear of dying". (Who was Maggie?, z.j.)

In 1995 is Maggie overleden aan borstkanker. Eén jaar later, november 1996, werd het eerste Maggie's centre geopend in Edinburgh. De droom van Maggie Keswick Jencks werd gerealiseerd. Laura Lee is de CEO van Maggie's centre. Ondertussen zijn er al veertien inloopzorgcentra gebouwd in Groot-Brittannië. En het groeit nog steeds.

Allemaal hebben ze het doel om mensen met kanker gratis te assisteren. Het is geen alledaags ziekenhuis waar men de gewoonlijke kankertherapieën zoals bestraling en chemotherapie aanbiedt.

Het doel is een zorgzame omgeving aan te bieden waar men ondersteuning, info en advies kan verwerven.

Het bestaat uit een professioneel team; specialisten in de oncologie, psychologen, voedingsdeskundige... Dit is niet alleen voor (ex-) kanker patiënten maar ook voor hun naaste familie en vrienden. Alle veertien centra bevinden zich dicht in de buurt van een ziekenhuis maar ze zijn volledig onafhankelijk van elkaar.

De gebouwen waar de centra zich in bevinden zijn één voor één toonaangevende gebouwen en zijn allemaal ontworpen door bekende architecten zoals Frank Gehry, Zaha Hadid, OMA... Zij werden gevraagd om huiselijke en open gebouwen te ontwerpen die in contact staan met de omgeving. Ze worden niet overladen met allerlei lijstjes in verband met regelgevingen en verplichtingen omtrent de zorgcentra maar de focus moet op belevingen en emoties liggen. (Van der Linden, 2013) De architecten krijgen volledig vrij spel, daarom is er zo'n sterke diversiteit in de verschillende centra in Groot-Brittannië. Maggie en Charles Jencks geloofden erin dat een gebouw het vermogen heeft om mensen positiever in het leven te laten staan. Ze vormen een 'healing environment' voor de bezoekers. Een ziekenhuis daarentegen heeft vaak een tegenstrijdig effect op de patiënten, het werkt niet motiverend. De gebouwen zijn vaak somber, koel en onpersoonlijk. Het personeel heeft vaak weinig tijd om veel informatie en steun te geven. Een Maggie's centre werkt therapeutisch, het is de bedoeling dat mensen zich wat beter voelen als ze buiten komen.



4.2.2. Analyse Maggie's centre Cheltenham: inleiding

Het 170 m² grote Maggie's Cancer Centre in Cheltenham is sinds september 2010 open. Het is ontworpen door MJP architecten. De oprichter van dit architectenbureau, Richard MacCormac, was bevriend met Maggie Keswick Jencks. Niet alleen hierdoor stond hij dicht bij Maggie's Centre. Enkele jaren voor hij het gebouw ontwierp, overleefde zijn vrouw keelkanker, hij heeft de pathologie dus van zeer dichtbij meegemaakt. Het centrum biedt gratis service aan voor kankerpatiënten, hun families en vrienden. Men biedt informatie aan en eveneens emotionele en psychologische ondersteuning.

De stalen constructie bekleedt met hout is gebaseerd op de vorm van een schip en toont heel wat vormen van vakmanschap. Het is een combinatie van openheid en intimiteit.

Het moet vooral een toevlucht zijn. Een centrum dat mensen een uitweg kan bieden uit de drukte van de afdeling oncologie in een ziekenhuis.

4.2.3. Exterieur

De afbeelding hieronder toont het gebouw, het is een combinatie van oud en nieuw. Vooraan bevindt zich een gerestaureerd oud victoriaans gebouw met aan de zij- en achterkant een nieuwe aanbouw. De oude victoriaanse woning is herbestemd naar een zorgcentrum, dit is ook één van de redenen waarom ik deze case study gekozen heb.



Afb 47: MJP architects, Maggie's centre, Cheltenham, 2010.



De overgang tussen interieur en exterieur is zeer vloeiend. Er loopt door de tuin een pad dat de bezoekers naar binnen lokt. De tuin werkt rustgevend en de zintuigen worden geprikkeld. Dit gebeurt door waterbeeldhouwkunst, de geur van de bloemen...

Midden in de tuin prijkt een grote boom dat het teken van 'leven' is. Deze domineert de voortuin. Hiernaast staat een pergola. Bezoekers kunnen ook tuinieren in de tuin.

Het terras heeft uitzicht op de rivier 'De Chelt'. (Dezeen, 2011) Zo kan men genieten van de groene omgeving.

Volgens Maggie's wil, is het ook belangrijk dat er een grote parking aanwezig is. Dit verkleint de drempel tussen de straat en het centrum. Het geheel moet zeer toegankelijk zijn.



Afb 48: MJP architects, Maggie's centre, Cheltenham, 2010.

"A house protects you from the 'outside'. Equally the 'outside' of a garden is a buffer to the real 'outside'. It is a place where you can feel sheltered but enjoy a bit of the kinder sides of nature."
(Architectural brief Maggie's centre, z.j.)

Afb 49: MJP architects, Maggie's centre, Cheltenham, 2010.



4.2.4. Interieur

De keuken en de woonkamer in het Maggie's centre in Cheltenham lopen door elkaar. Zoals de afbeelding hieronder weergeeft, is er in de woonkamer een open haard aanwezig en een 'bibliotheek'. Er werd veel eiken hout gebruikt, dit geeft een zeer huiselijke sfeer.

De keuken met zicht op de tuin, ziet er uit als een keuken bij iemand thuis. Er staat een grote tafel waar iedereen rond kan zitten. In het midden staat een kookeiland waar men rond kan staan waardoor de interactie vergroot wordt. Het moet uitnodigen om zelf een tas koffie of thee te nemen.

Bij de meeste centra is er een apart onthaal. Hierin is het administratieve onderdeel ondergebracht. Bij Maggie's Centre is dit ook aanwezig maar het loopt meer vloeiend in elkaar. Het ziet er niet uit als een kantoor. Alle apparaten zoals printers en computers staan ergens apart. Het onthaal dient dus enkel om iemand welkom te heten.

Het grote verschil met mijn verdere case studies is dat het enkel en alleen een dagcentrum is. Niemand verblijft in Maggie's Centre Cheltenham. Daardoor zijn de badkamers de enige individuele ruimtes. Hierin is vooral rekening gehouden met het feit dat er een rolstoel eenvoudig moet kunnen bewegen.



Afb 50: MJP architects, Maggie's centre, Cheltenham, 2010.



Afb 51: MJP architects, Maggie's centre, Cheltenham, 2010.



Afb 52: MJP architects, Maggie's centre, Cheltenham, 2010.



Afb 53: MJP architects, Maggie's centre, Cheltenham, 2010.



4.2.6. Emotioneel ondersteunende middelen

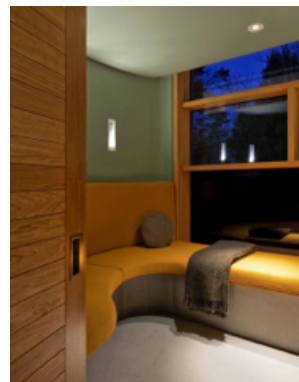
De bedoeling van Maggie's is dat het ontworpen gebouw op zich emotionele steun biedt, dat tegelijk rust en energie geeft. Het zijn aangename ruimtes waar men individueel kan bepalen welke strategie men wil aannemen gedurende de medische behandeling en het algemeen welzijn.

Het is zeer belangrijk dat de bezoekers de mogelijkheid hebben om privé-gesprekken te kunnen hebben met hun familie, vrienden, psycholoog... Of dat men gewoon eens even alleen kan zijn. Het is in principe niet alleen voor de bezoekers maar ook voor het personeel, als ze het even moeilijker hebben. Er is plaats om een boek te lezen, muziek te luisteren maar ook om te huilen. Deze privé-vertrekken kunnen afgesloten worden met schuifdeuren. Ze komen uit op de gemeenschappelijke ruimtes zoals de living en keuken. Het zijn allemaal een soort van nissen (of 'snugs') in een ruimte. Door middel van de akoestisch geïsoleerde schuifdeuren kan men deze groter of kleiner maken, intiem of open.

"Maggie's is amazing, a cushion of love and kindness to fall back upon, an inspiring, healing environment with tears and laughter side by side. A haven!"
(Centre visitor Maggie's Cheltenham, z.j.)



Afb 54: MJP architects, Maggie's centre, Cheltenham, 2010.



Afb 55: MJP architects, Maggie's centre, Cheltenham,



De twee belangrijkste zijn de twee cilindervormige ruimtes met zicht op de tuin.



Afb 56: MJP architects, Maggie's centre, Cheltenham, 2010.



Afb 57: MJP architects, Maggie's centre, Cheltenham, 2010.



Afb 58: MJP architects, Maggie's centre, Cheltenham, 2010.



Naast de kleinere privé vertrekken zijn er grotere kamers. Hierin worden vaak activiteiten zoals relaxatiesessies gehouden. Er zijn ligbedden. Hier kunnen mensen rusten. Ook deze zijn zo ontworpen dat ze volledig afgesloten kunnen zijn van al de rest of volledig opengezet kunnen worden door middel van schuifdeuren.

Mensen worden vooral geholpen door te praten, relaxatiesessies te organiseren, kooknamiddagen te volgen... Dingen die de bezoekers hun gedachten verzetten. Ook na het hele kankerproces (ongeacht dat men genezen is of niet) kunnen zij en hun naasten hier nog terecht. (Maggie's centre, z.j.)

Ook de omgeving kan een emotioneel hulpmiddel zijn. De natuur werkt helend. Het is de bedoeling dat de drempel tussen buiten en binnen klein is. Ook dat de drempel tussen de verschillende ruimtes minimaal is. Openheid is een zeer belangrijk begrip, maar wel met het behoud van genoeg privacy en gevoel van geborgenheid.



Afb 59: MJP architects, Maggie's centre, Cheltenham, 2010.



4.2.7. Zintuiglijke comfort

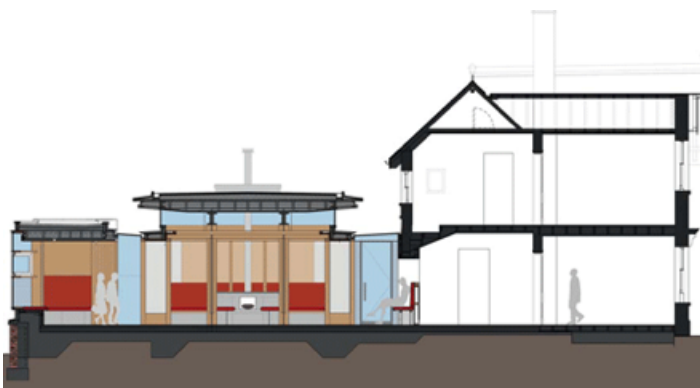
De bedoeling van Maggie's centre is dat de mensen zich beter moeten voelen in plaats van slechter. In een ziekenhuis omgeving zakt de moed de meeste mensen in de schoenen. (Van Der Linden, 2013) Dus men wil uitermate vermijden dat het een klinisch gevoel geeft. Maggie's lijkt op een gewone woning. Het heeft als doel de patiënt te laten voelen dat hun leven, hoe weinig tijd hen nog rest misschien, mooi en waardevol kan zijn.

Maggie's Centre in Cheltenham bestaat uit veel glas. Het dak drijft als het ware op het gebouw, zo creëer je een lichtstrook boven de kasten. Natuurlijk daglicht, zowel lateraal als zenitaal, is zeer belangrijk.

Het kleurgebruik is zeer huiselijk. Men heeft hier niet de toepasselijke pastel –of witte kleuren gebruikt maar paars, okergeel en donkerrood. De verlichting is in elke ruimte apart regelbaar en dimbaar.

Een ander groot aspect dat een zorgcentra kan doen staan of vallen, is het personeel. Ik bespreek dit onderdeel omdat het bij de komende case studies een groot verschilpunt is. Het personeel in Maggie's centre werkt in zijn dagelijkse kledij. Dit heb ik zelf niet kunnen ervaren maar heb dit waargenomen op foto's. Dit draagt bij tot de huiselijke sfeer die men wil creëren.

“Ziekenhuizen zijn vaak onpersoonlijke, onaangename en intimiderende plaatsen”. (Van Der Linden, 2013)



Afb 60: MJP architects, Maggie's centre, Cheltenham, 2010.



Afb 61: MJP architects, Maggie's centre, Cheltenham, 2010.



4.3. Coda hospice te Gooreind (Wuustwezel)

4.3.1. Inleiding

Coda is het enige multidisciplinair palliatief zorgcentrum in heel Vlaanderen dat bestaat uit zowel acht bedden in de hospice, een dagcentrum en thuiszorg. Het situeert zich al 20 jaar in Gooreind. (Coda, 2013) Ze bieden een totaalzorg aan voor mensen waarbij men geen zicht meer heeft op genezing. Ook verleent men steun aan de naasten van de gasten. De verpleegkundigen, artsen, psychologen en de maatschappelijk werkers in Coda doen er alles aan om het lichamelijk en psychisch zo dragelijk mogelijk te maken. Het sociale en spirituele komt ook aan bod. Coda wordt heel sterk ondersteund door vrijwilligers. Elke dag zijn er minstens vier gemotiveerde vrijwilligers die Coda bijstaan. Het palliatief zorgcentrum in Gooreind heeft een pluralistische visie. Men vindt het huiselijke, het samenleven zeer belangrijk.

Elk jaar worden er een 135-tal terminale gasten in de hospice ontvangen. (Coda, 2013)

Ook zijn er ongeveer een vijftigtal mensen die voor een kortere dagopname terecht kunnen in het dagcentrum van Coda. Een dagopname is bedoeld voor ernstig zieke mensen die thuis nog zorg kunnen krijgen door hun naasten. Maar vaak moeten mensen gaan werken of is de partner te oud om dit zeven dagen op zeven vol te houden. Daarom biedt Coda alle wekdagen een dagcentrum aan dat de belastende situatie net iets draaglijker maakt. Daarnaast zijn er 250 patiënten die beroep doen op de thuiszorgdienst. (Coda, 2013)

Coda werkt samen met hospitaal AZ Klina te Brasschaat. Als men het beruchte nieuws te horen krijgt in het ziekenhuis, is het mogelijk dat men het einde van hun levensloop in Coda doorbrengt. De kosten blijven nochtans beperkt tot de normale ziekenhuiskosten. (Coda, 2013)

Noa architecten uit Brussel is door de Vlaamse Bouwmeester geselecteerd om Coda aan te pakken. De plannen liggen al klaar, nu is het nog wachten op het startsein van dit grote verbouwingsproject.



4.3.2. Exterieur



Afb 62: Coda, Gooreind, 1994.



Afb 63: Coda, Gooreind, 1994.



Afb 64: Coda, Gooreind, 1994.



Afb 65: Coda, Gooreind, 1994.



Afb 66: Coda, Gooreind, 1994.

Coda is gelegen in een landelijk, rustig dorp. Het ligt op de rand van de dorpsgrens. Aan de linkerkant bevindt zich een rusthuis en verder is het omgeven door enkele huizen en weiland. Ook Coda Hospice is een gedateerde, oude hoeve. Deze is dringend toe aan vernieuwing. In de winter geeft het een sombere indruk. Omdat Coda omgeven is door een groene omgeving, heeft het een grote tuin met een bos er om heen. In de zomer worden er in deze tuin groenten geteeld, zijn er geiten en kippen... In de zomer is de codamobiel actief. Dit is een golfkarretje waarmee kinderen kunnen rondrijden. Ook wordt deze gebruikt voor mensen die niet meer goed te been zijn. Zo kunnen zij dan ook mee 'wandelen' in de tuin.

Er zijn voldoende parkeerplaatsen aanwezig voor zowel het personeel als de bezoekers.



4.3.3. Interieur

Het interieur wordt nog eens onderverdeeld in twee delen: de kamers en de gemeenschappelijke ruimtes.

De kamers zijn zeer verschillend. Ze hebben allemaal hun eigen voor- en nadelen:

- Eén kamer is vrij aanzienlijk van formaat (ongeveer 35 vierkanten meter) maar hierbij is de afstand tussen het bed en de badkamer te groot. Hierdoor is de wandelafstand vaak te intensief. Deze is ook vrij donker.
- Twee kamers zijn eerder aan de kleine kant (ongeveer 20 vierkante meter). Deze hebben wel een terras, mooi lichtinval en uitzicht op de tuin.
- Drie andere kamers zijn vrij ruim (28 vierkante meter) maar hebben een zicht op een bakstenen wand. Deze zijn ook donkerder.

De natte cel in de kamers is met een schuifdeur afsluitbaar.

Men probeert de kamers wat persoonlijker te maken voor de mensen. Het heeft bijna geen nut dat men meubels of dergelijke meeneemt (als dit van belang is, is dit uiteraard wel mogelijk) want het gaat vaak over een kort verblijf. Ze worden wel eigen gemaakt met kaders, bloemstukken en dergelijke die men op de kasten en schabben kan zetten. Men kan iets ophangen zolang de verf niet beschadigd wordt. Alle kamers zijn voorzien van televisie en radio.



Afb 67: Coda, Gooreind, 1994.

De slaapkamers in een ziekenhuisafdeling komen allemaal uit op één lange gang. Architect Peter Zumthor heeft hierover in zijn project 'Home for senior Citizens' al bemerkingen gegeven. Hij ontwierp hier een gang, met multifunctioneel gebruik: wandelgang om de kamers te bereiken maar ook gemeenschappelijke zitruimte met zicht naar buiten toe. (Galinsky, 2006) In Coda loopt deze (nog steeds vrij onpersoonlijke) gang uit op een groot raam met zicht op de tuin. Als de zon binnen schijnt geeft dit een zomers gevoel. De hulp bij het wandelen die bevestigd is aan de muur is in hout, zo valt deze niet erg op. Ook heeft men enkele zitelementen in de gang geplaatst waar men rustig een krant kan lezen.



Als tweede punt zijn er ook de gemeenschappelijke ruimtes. Bijvoorbeeld de keuken. De keuken in de hospice is behoorlijk afgelegen van de kamers. Er is geen interactie (bijvoorbeeld door geuren krijgt een mens zin in eten). Deze is wel ruim. Er zijn 2 kookpitten, 2 koelkasten, 2 ovens... voorzien. Hier wordt elke dag vers gekookt; 's morgens, 's middags en 's avonds. De gasten in de hospice en het dagcentrum mogen kiezen wanneer ze eten en waar ze eten, bijvoorbeeld op de kamer of in de gemeenschappelijke ruimte.

In het dagcentrum is de keuken minimaal, terwijl hier ook elke dag vers wordt gekookt. Ook vertelden de medewerkers me dat ze het spijtig vinden dat ze constant met hun rug naar de gasten staan. Een kookeiland zou beter zijn.



Afb 68: Coda, Gooreind, 1994.

Een tweede gemeenschappelijke ruimte is de living. In de hospice voelt deze zeer huiselijk aan. Het is wel belangrijk dat een gast er ook eens met zijn ziekenhuis bed kan vertoeven.

In het dagcentrum is er geen living aanwezig. De gasten zitten aan tafel of in de relaxzetels in dezelfde ruimte. De relaxzetels staan achteraan de ruimte met zicht op de tuin. Hier kan men ook tv kijken. Dit gedeelte noemt men de living. Ook zijn hier enkele ziekenhuisbedden voorzien voor als men nood heeft aan rust. De ramen kunnen volledig opengezet worden in de zomer en men kan op het terras zitten. De tuin is een grote troef. Coda wil dat de gasten een gevoel van vrijheid hebben en niet dat men vast zit tussen vier muren.

De interactie tussen verpleegster en vrijwilliger en gast is zeer groot. Het enige nadeel is dat deze ruimte vol staat, er is te weinig plaats. Als men hier wil passeren met een rolstoel dan moet half het lokaal verzet worden. Buiten is er nog een extra lokaal; de orangerie. Deze heeft een mooi zicht op de tuin.



Afb 69: Coda, Gooreind, 1994.

Er is een gemeenschappelijke badkamer. Hierin staat een hoog-laag bad. Naar mijn mening is deze basic en wat verouderd. Het is vooral belangrijk dat het praktisch is ingericht. Het moet bijvoorbeeld groot genoeg zijn om met een douche stoel –of bed te kunnen bewegen.



4.3.5. Emotioneel ondersteunende middelen

Vooraan in het onthaal ligt een boek waar men ervaringen kan neer schrijven.

Voor de kinderen gaat er een prentenboek rond. Hierin wordt er op infantiele wijze uitgelegd wat er momenteel met mama/papa/grootmoeder/grootvader... aan het gebeuren is.

De bezinnings -of stille ruimtes voor personeel, bewoners of familie zijn een zeer groot minpunt in Coda. Er kunnen maximaal vier personen in deze ruimte. Ze werken ook niet uitnodigend. Als er zich een familiegesprek of dergelijke voordoet dan vertoeft men vaak in de orangerie. Er is ook geen ruimte om een gesprek te hebben met een psycholoog.

Coda staat er wel enorm om bekend dat ze er alles aan doen om de mensen nog een laatste aangename tijd te gunnen. Wil men naar de zee, dan gaat men naar de zee. Droomt men van een luchtballonvaart, dan probeert men dit te realiseren.

4.3.6. Zintuiglijke comfort

Bij zintuiglijk comfort heb ik alle punten genomen die de zintuigen prikkelen. Zoals het visuele (kleurgebruik en verlichting), de geuren, het geluid...

In Coda wordt er een neutraal maar huiselijk kleurgebruik toegepast zoals: muntgroen, beige, gebroken wit... Deze huiselijke kleuren worden aangevuld met verlichting die men ook in huiskamers kan vinden; wandverlichting in de gang (zie foto pg. 67) , pendelverlichting in de living (zie foto pg. 68) en plafondverlichting en sfeerverlichting in de kamers (achter het bed). Dus geen ziekenhuis verlichting en tl-lampen. Het enige nadeel is dat de kamerverlichting niet regelbaar en bedienbaar is vanuit het bed.

Bij het aspect 'geluid' komt het landelijke zeer sterk naar boven. Buiten hoort men de geiten mekkeren. Binnen is een volière voorzien, gedurende de hele dag hoort u de vogeltjes fluiten. Dit is zeer aangenaam voor de mensen. Het is overdag dan ook vaak een gespreksonderwerp.

In Coda hangen geen vreemde geuren. Er hangt allesbehalve een ziekenhuisgeur. Toen er in het dagcentrum gekookt werd, werden de ruimtes gevuld met etensgeuren. Vaak hebben mensen die tegen het einde van hun levensloop zijn geen zin meer om te eten, maar deze geur werkt zeer stimulerend. Het wekt de eetlust op.

Op het laatste kon mijn schoonmoeder niets meer eten. Maar ze was helemaal weg van ijsjes. Zelfs om 10 uur 's avonds [...] kreeg ze een heel grote bokaal ijs.
(Valerica Snacov, 2014)



4.4. De Mick te Brasschaat

4.4.1. Inleiding

Een viertal jaar geleden heeft men een nieuwe vleugel aan het rustoord De Mick gebouwd. Hierdoor kwam er een afdeling vrij in het revalidatiecentrum van De Mick. Deze vrije afdeling werd een palliatieve afdeling: De Lotus. (Persbericht Belfius, 2010) De eenheid heeft plaats voor zes patiënten. Er is geen dagcentrum. Net zoals Coda zorgen zij voor emotionele, lichamelijke, sociale en levensbeschouwelijke steun in de laatste terminale levensfase van de gasten. Men wordt ook omringd door een hele ploeg van vrijwilligers. Naast de verplegers, psychologe, artsen en dergelijke is er ook plaats voor paramedici. Dit betreffen fysiotherapieën, ergotherapieën, ... In de Lotus vindt men vooral een goed gesprek zeer belangrijk. Tevens moet er ook plaats zijn om te huilen, te luisteren, te troosten maar ook om feest te vieren: Kerstmis, verjaardagen...

4.4.2. Exterieur

De Mick is gelegen in een bosrijke wandelomgeving in Brasschaat. Het is er enorm rustig en men gaat vaak wandelingen maken in het bos. Maar er is geen aangrenzende tuin dus even snel naar buiten zonder begeleiding zit er niet in.

Het gebouw is uit 1953 en is recent verbouwd. Het is dus zeer degelijk. Er is een zeer ruime parking voorzien, voor zowel het personeel als de bezoekers.



Afb 70: De Mick, Brasschaat, 1953.



4.4.3. Interieur

Eerst gaat het over de individuele ruimte; de kamers. Alle kamers zijn vrij recent, zeer ruim en hebben een mooie lichtval. Het uitzicht verschilt van kamer tot kamer. Sommige kijken uit op het bos dat rond De Mick gelegen is en andere op de parking. De bedden zijn nieuw en zijn niet meer de typische ziekenhuisbedden, ze zijn van hout en hebben een huiselijke-look.

De natte cel is volledig afgesloten van de kamer. Aan de muur van de kamer hangen haakjes. Deze haakjes gebruikt men om schilderijen, portretten of foto's aan op te hangen. Zo kan ieder zijn eigen kamer personaliseren. Alle kamers zijn voorzien van televisie, radio en dergelijke. Geen enkele kamer heeft een eigen terras of balkon. Buiten zitten is er zeer beperkt.

Alle ruimtes (ook de gemeenschappelijke ruimte) lopen uit op één lange gang. Dit voelt niet huiselijk aan en is veeleer zoals in een ziekenhuis. Dit wordt versterkt door het kleur- en materiaal gebruik. Enkele planten fleuren het geheel op.



Afb 71: De Mick, Brasschaat, 2010.



Afb 72: De Mick, Brasschaat, 2010.



De keuken is de eerste gemeenschappelijke ruimte. De keuken is vrij recent en huiselijk ingericht. Deze ruimte is niet zeer groot omdat deze door elkaar loopt met de living en de speelhoek voor kinderen. Dit heeft dan wel weer het voordeel dat er meer interactie is met de gasten. In De Mick wordt er niet ter plaatse vers gekookt, maar wel in de keuken van de hospice. Het eten komt met karren rechtstreeks vanuit de grootkeuken van het revalidatiecentrum. Als mensen andere wensen hebben dan kan men wel iets klaarmaken. Dit gaat van cake tot biefstuk.



Afb 73: De Mick, Brasschaat, 2010.

De badkamer is net zoals in Coda zeer sterk gericht naar de verzorging en bruikbaarheid. Toch doet men hier net iets meer moeite om het 'menschelijker' te maken. Dit doet men door middel van een douchegordijn rond het bad te hangen zodat men een afgeschermd gevoel krijgt. Ook blijft de warmte dan beter gecentreerd. Men heeft er mooie handdoeken, verzorgingsproducten voor de gasten... voorzien. Er hangen raamstickers met bloemmotieven op de ramen. Voor zover het kan, probeert men om een huiselijk gevoel te creëren.



Afb 76: De Mick, Brasschaat, 2010.

De living is beperkt maar voldoet aan alle noden. Er is weinig ruimte om eens een bed in te zetten. Ook hier is geen terras of buitenruimte aan gekoppeld.



Afb 74: De Mick, Brasschaat, 2010.



Afb 75: De Mick, Brasschaat, 2010.



4.4.5. Emotioneel ondersteunende middelen

Rond dit onderwerp werkt De Mick zeer actief. In de gang staat er een boom waar kinderen een tekening in kunnen ophangen die beschrijven wat ze voelen. Ook kunnen volwassen mensen hun gevoelens neerpennen en deze hierin ophangen. Deze enveloppen in de boom blijven ook na het overlijden van de desbetreffende persoon nog een hele tijd hangen.

Voor de kinderen is er ook een bokaal met stenen hartjes voorzien. Men kan er één uitnemen, dit onder het kussen van mama/papa/grootmoeder/grootvader... leggen. Als hij/zij sterft dan neemt men deze steen terug mee naar huis. Alle dromen, alle gedachten, alle leuke momenten zitten in deze steen. Dit dient als een laatste aandenken.

De bezinnings – of stille ruimte in De Mick is enigszins groter dan in Coda.

Er zijn onder andere boeken en kinderboeken voorzien voor als men zich even wil terug trekken. Ook is er een apart vertrek voor de gesprekken met de psycholoog.

4.4.6. Zintuiglijke comfort

Ook in de Mick is het kleurgebruik zeer neutraal. Dit is logisch omdat er heel wat verschillende mensen worden ontvangen. Er zijn wel meer kille kleuren in de gangen gebruikt. Hier tegenover zijn de kamers en de gemeenschappelijke ruimte in bruintinten, eerder huiselijke kleuren geschilderd. Men maakt gebruik van wandverlichting op de gang om het huiselijke te respecteren. Toch voelt het door de lange gang, zonder overdreven natuurlijk lichtinval, nog steeds ‘ziekenhuis-achtig’ aan. In de kamers is er meer sfeerverlichting. Deze kan men zelf bedienen.

Omdat dit zorgcentrum in een bosrijke omgeving ligt, is het er zeer stil. Zoals in een ziekenhuis. Deze sfeer krijgt men ook doordat het ruikt naar een ziekenhuis. Men maakt wel gebruik van aromatherapieën om de geur te optimaliseren. Deze aromatherapie werkt ook rustgevend.

Een groot verschil met Coda en Maggie’s centre is de kleding van het personeel. Maggie’s centre en Coda hebben gemeen dat ze vooral streven naar een huiselijke omgeving. Dit creëren ze deels doordat het personeel zijn dagelijkse kledij draagt. In De Lotus is dit anders, hier draagt het personeel een uniform. Dit is niet verplicht maar ik kan begrijpen dat het hygiënischer is. Toch geeft dit meer een ziekenhuis gevoel.



4.5. Etnografische studie

4.5.1. Waarom Coda – De Mick – Maggie’s Centre vergelijken?

Er zijn heel wat palliatieve afdelingen in verschillende ziekenhuizen te vinden. Enkele voorbeelden hiervan zijn: de dienst in het GZA ziekenhuis Sint-Vincentius, Sint-Augustinus ziekenhuis. ... In de Noorderkempen zijn er daarbuiten drie onafhankelijke centra. Ispahan is moeilijk bespreekbaar omdat deze gespecialiseerd is in thuiszorg. Daarom vergelijk ik Coda en De Mick.

Coda is gelegen in een oude, kleine boerderij en De Mick is een deel van een geheel in een revalidatiecentrum. Deze beide organisaties verschillen zeer sterk maar desondanks hebben ze ook heel wat gelijkenissen.

Hierbij heb ik nog een derde case studie die ik ga vergelijken met Coda en De Lotus in De Mick. Namelijk Maggie’s Centre in Cheltenham. Dit kankercentrum is vrij recent en heeft de meest moderne technieken toegepast. De drie case studies zijn, in vergelijking met gewone ziekenhuizen, zeer sterk naar de mens toegespitst en niet naar het medische. Men probeert de mensen psychologisch, emotioneel, spiritueel en sociaal te helpen. Lichamelijk probeert men het hen ‘gewoon eenvoudiger te maken’. Dit probeert men te doen door een laagdrempelige huiselijke sfeer te vervaardigen.

Het grote verschil is dat bezoekers niet overnachten in Maggie’s centre en in Coda en De Mick wel. Dit was dus een onderdeel dat ik niet kon vergelijken. Ook het aspect geur en geluid was moeilijk te bepalen omdat ik dit zelf niet heb kunnen waarnemen en in de twee andere wel. Bij Coda en de Mick ben ik op bezoek geweest. Tevens bevindt Maggie’s centre zich in een ander land, namelijk Engeland, dan Coda en De Mick te België.

Het tweede grote verschil tussen de drie is dat Maggie’s Centre in Cheltenham speciaal gebouwd is om een hulpcentrum voor kankerpatiënten te zijn. De ontwerpers hiervan hadden vrij spel. Coda is een oude hoeve en De Mick een revalidatiecentrum. Hierdoor moest men het doen met een bestaand pand en hieruit het maximum halen om een mooi palliatief centrum te verkrijgen.

4.5.2 Vergelijking aan de hand van een tabel

	Coda	De Mick	Maggie's centre Cheltenham
Gebouw	☆☆☆	☆☆	☆☆☆☆
Omgeving	☆☆☆☆	☆☆	☆☆☆
Woonkamer	☆☆	☆	☆☆☆☆
Keuken	☆☆	☆☆	☆☆☆☆
Badkamer	☆	☆☆	
Personeel	☆☆☆☆	☆☆	☆☆☆☆
Bezinnings- ruimte -of stille ruimte	☆	☆☆	☆☆☆☆
Kamers	☆☆	☆☆☆	
Verlichting	☆	☆☆	☆☆☆☆
Geluid	☆☆☆☆	☆	
Geuren	☆☆☆	☆	
Kleurgebruik	☆	☆	☆☆☆

☆ Niet goed

☆☆ Matig

☆☆☆ Goed

☆☆☆☆ Zeer goed



4.5.3. Bespreking resultaten

In mijn ontwerp ga ik trachten te streven naar “perfectie”, wat overeenkomt met vier sterretjes in elke kolom.

In wat volgt, bespreek ik enkele aspecten uit de tabel hierboven.

De resultaten zijn mijns inziens overduidelijk. Maggie’s centre scoort overduidelijk beter dan Coda en De Mick. Dit heeft uiteraard verschillende redenen. Een van deze redenen is dat Coda en De Mick, beide gespecialiseerd in palliatieve zorg, al enkele jaren ouder zijn dan Maggie’s centre. Maar bij Maggie’s centre ligt de nadruk bij kankerpatiënten. Omdat Coda en de Mick beide palliatieve centra zijn en men hier nog geneeskundige hulp (geen genezing) toedient moet het meer gefocust zijn op het medische aspect. Bij Maggie’s centre verblijft er niemand en komt men in principe ‘enkel’ op consultatie of om activiteiten te volgen. Ook is Maggie’s volledig gefinancierd door privé investeerders. Het is duidelijk zichtbaar dat men een groter budget ter beschikking had. Het is een architectuur voorbeeld. Coda en De Mick zijn afhankelijk van de overheid dus dit brengt soms enkele beperkingen met zich mee. Ze hebben beide hun eigen min –en pluspunten.

Een andere reden is dat Maggie’s in het buitenland ligt, waar andere regels en waardes worden toegepast.

Een zeer treffend voorbeeld zijn de bezinnings –of stille ruimtes. In Coda krijgt dit maar één ster en in Maggie’s centre vier. Dit komt omdat Maggie’s centre zich focust op deze ruimtes. Het gebouw is zo ingedeeld dat men hoeken creëert zodat ieder zijn eigen ding kan doen. Deze ruimtes zijn zo ontworpen dat ze multifunctioneel en flexibel zijn. In Coda en tevens in de Mick zijn deze ruimtes zeer miniem.

Een tweede verschil in resultaat is de verlichting. De grootste reden van het verschil is dat Coda en de Mick al wat verouderd zijn. Omdat Maggie’s centre een nieuwbouw was, heeft men met veel indirect licht kunnen werken. In Coda kunnen de gasten het licht in hun kamer niet bedienen vanuit het bed, in De Mick wel. Dit is een argument waarom De Mick net dat ene sterretje meer heeft gekregen.

Coda scoort op gebied van geluid heel goed. Dit hangt ook samen met de goede bevindingen omtrent ‘omgeving’. In Coda hoort men de vogeltjes fluiten en de geiten mekkeren. Dit geeft een zeer positief en huiselijk gevoel.

De keuken en de woonkamer in Maggie’s centre scoren hoge punten. Zij zijn nu eenmaal ideaal; er is een open haard, een keukeneiland, het is ruim, er staat een grote tafel, er is een goede materiaalkeuze gemaakt... In Coda en De Mick loopt dit ongeveer gelijk op. Ze zijn in beide zorgcentra nogal aan de kleine kant en nodigen niet zo sterk uit als in Maggie’s centre te Cheltenham. Men moest het natuurlijk doen met de middelen (budget en ruimte) die men ter beschikking krijgt.



5. Ontwerp

5.1. Concept: de levensloop van het begin tot einde...

5.1.1. Inleiding

Het gekozen pand, het oude rusthuis van de “Zusters van onze Lieve Vrouw van zeven weeën” omvat drie verdiepingen. Om dit gebouw een nieuwe bestemming te geven moeten alle drie de etages een concrete invulling krijgen. Het programma van eisen omvat globaal drie onderwerpen, namelijk het ontwerpen van een polikliniek op het gelijkvloers (focus op het ‘begin van het leven’), een palliatieve afdeling op de eerste verdieping, en op de tweede verdieping een stille studeerplek voor studenten.



5.1..2. Tegenwoordige situatie

Exterieur



Afb 77 - 78: Rusthuis Hoogstraten, Hoogstraten, 1980.

Gelijkvloers



Afb 79 - 82: Rusthuis Hoogstraten, Hoogstraten, 1980.

1ste verdieping



Afb 83 - 86: Rusthuis Hoogstraten, Hoogstraten, 1980.

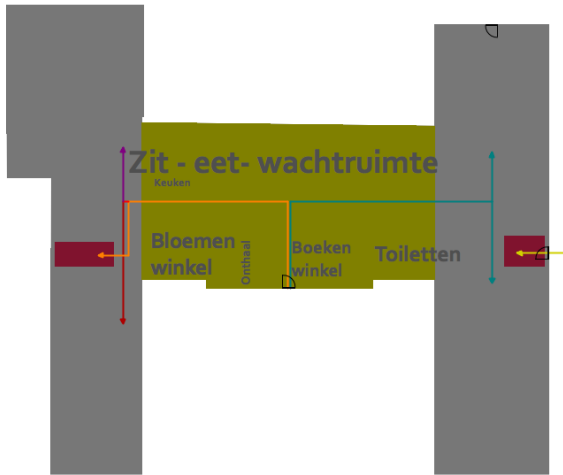
2de verdieping



Afb 87 - 88: Rusthuis Hoogstraten, Hoogstraten, 1980.

5.1.3. Gelijkvloers

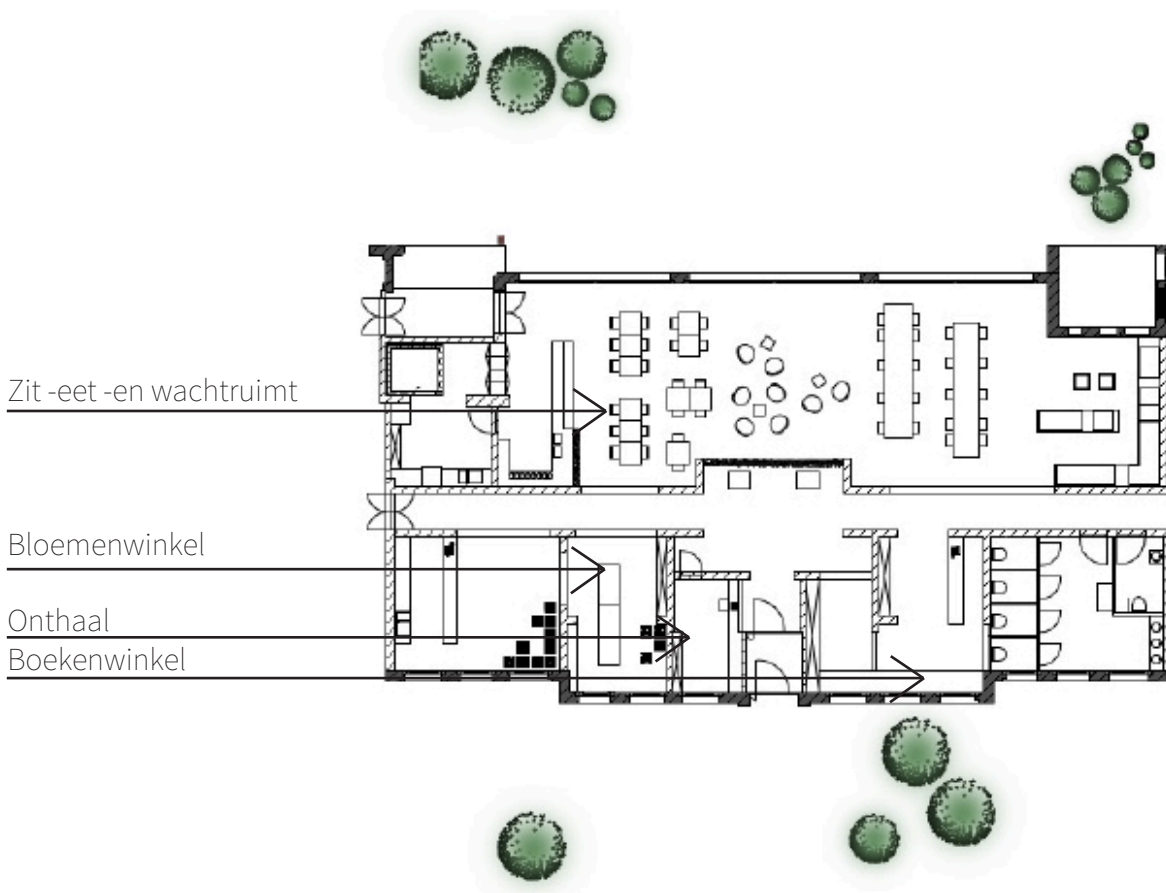


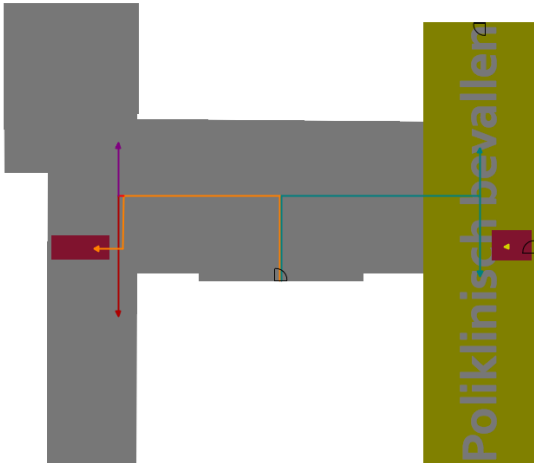


- Circulatie eerste verdieping
- Circulatie Kind&gezin
- Circulatie cursusrimte
- Circulatie studentenwoningen
- Trappenhall

Aan de inkom van het gebouw staat een paviljoen. Dit paviljoen zorgt voor de overgang tussen binnen en buiten, van het drukke leven op straat tot de sereniteit in het gebouw.

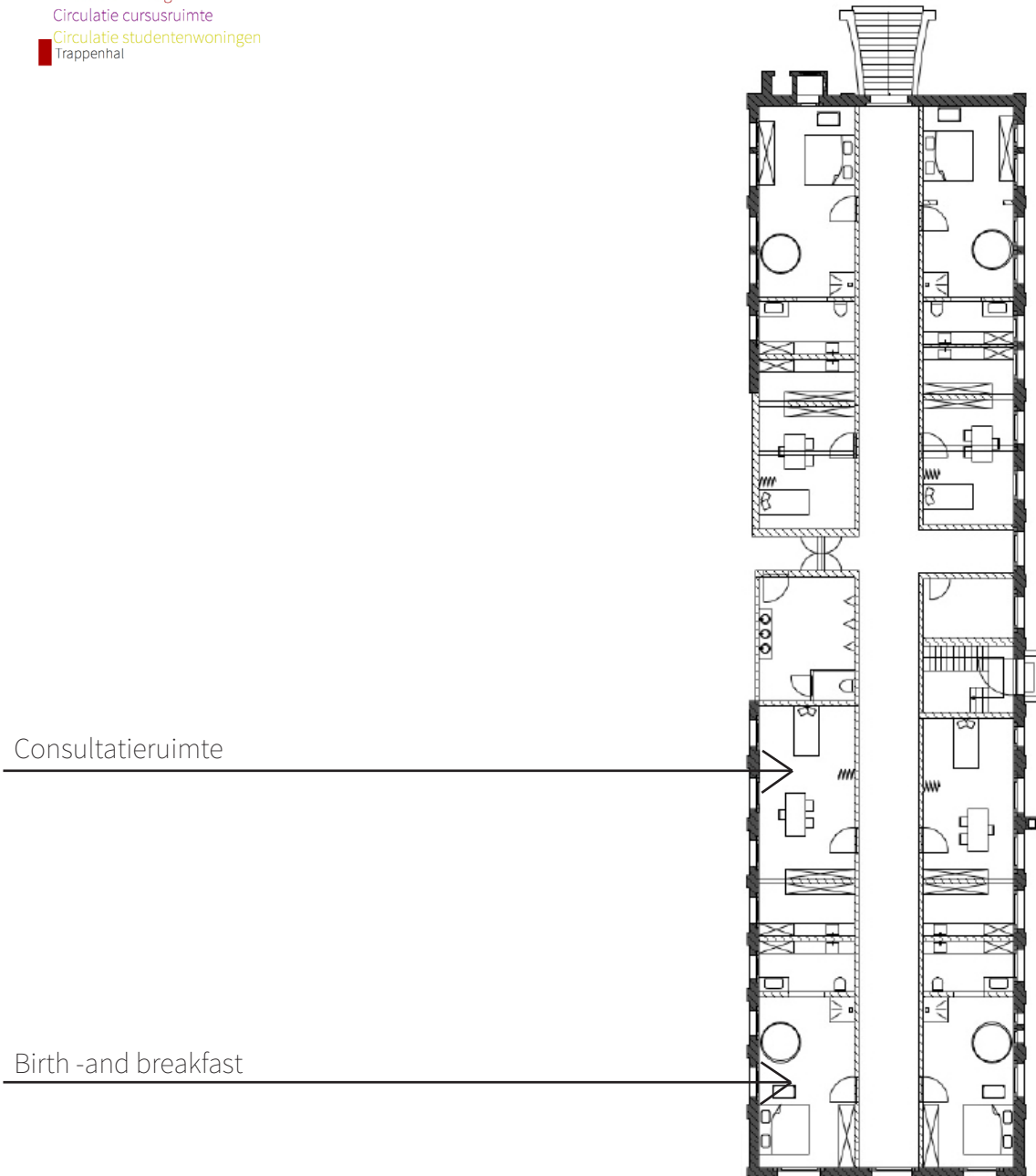
Op het **gelijkvloers**, in de middenvleugel, bevindt zich een grote polyvalente ruimte. Deze ruimte dient als wachttruimte maar ook als plek waar de bezoekers iets kleins kunnen eten. Bij het binnenkomen passeert men eerst de administratie en later de bloemen –en boekenwinkel. Hier kunnen de bezoekers bijvoorbeeld een bos bloemen kopen voor de grootmoeder die in de palliatieve afdeling verblijft, of een tijdschrift voor tijdens het wachten.



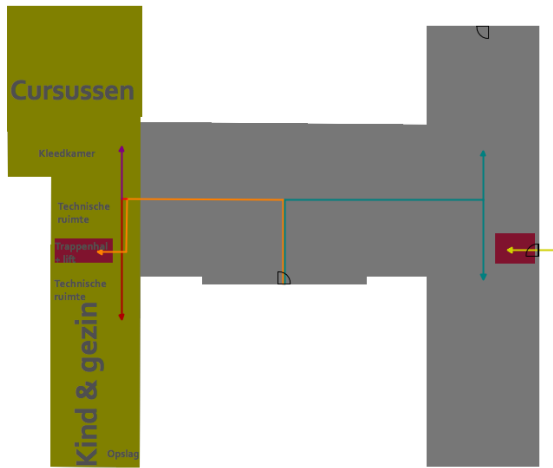


- Circulatie eerste verdieping
- Circulatie Kind&gezin
- Circulatie cursusruimte
- Circulatie studentenwoningen
- Trappenhal

In de rechtergevel situeren zich vier kabinetten van vier verschillende zelfstandige vroedvrouwen. Elke praktijk omvat een consultatieruimte met bureau, onderzoeksbed, kinderhoek en een natte cel. Daar aansluitend hoort de birth -and breakfast bij. Hier kunnen de kersverse ouders op een ongedwongen manier hun kindje ter wereld zetten. Bed, bevallings-bad, douche, kinderkribbe en een natte cel zijn allemaal tegenwoordig. Hier moet een huiselijke sfeer hangen. Bij het optreden van complicaties waarbij het koppel naar het ziekenhuis moet vervoerd worden, kan de ambulance het pand via de achteruitgang bereiken.



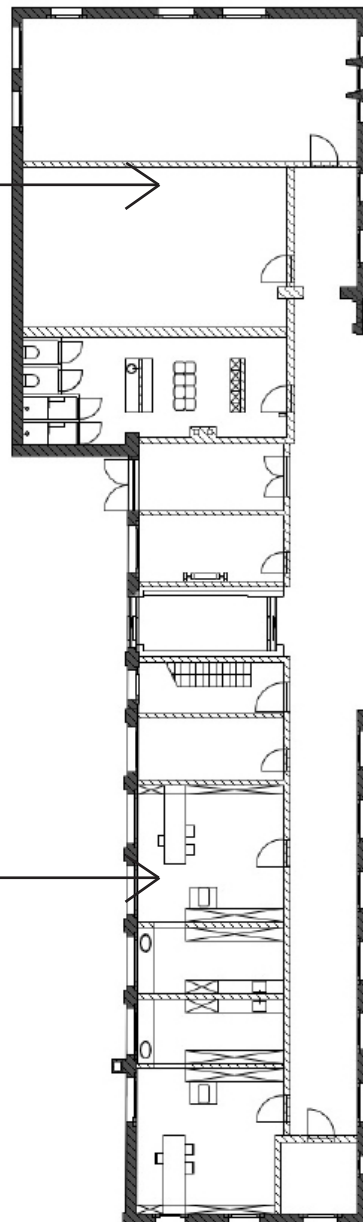
In de linkervleugel bevinden zich twee cursus ruimtes. Hierin kan bijvoorbeeld een sessie zwangerschapyoga of een borstvoedingscursus aangeboden worden. Tevens zijn hier ook twee ruimtes die bezet worden door Kind&Gezin. Zo kan men ook voor de na-verzorging van de baby hier terecht.



- Circulatie eerste verdieping
- Circulatie Kind&gezin
- Circulatie cursusruimte
- Circulatie studentenwoningen
- Trappenhuis

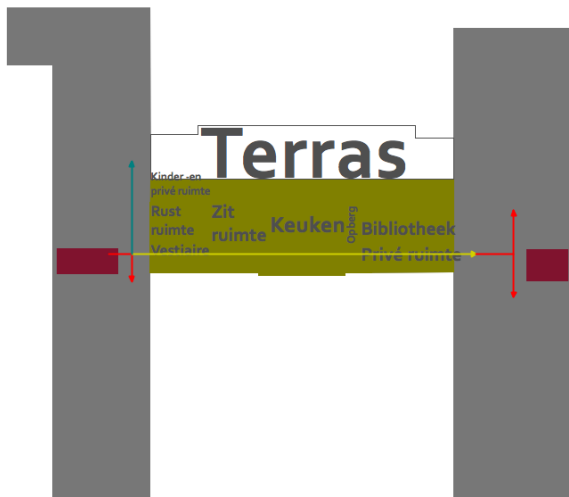
Cursusruimte

Kind & gezin

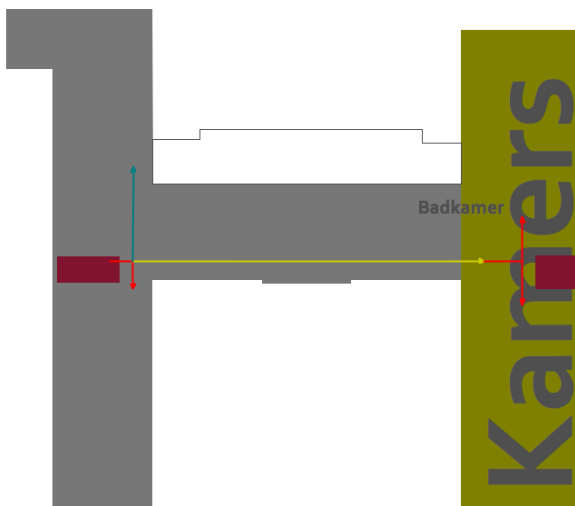




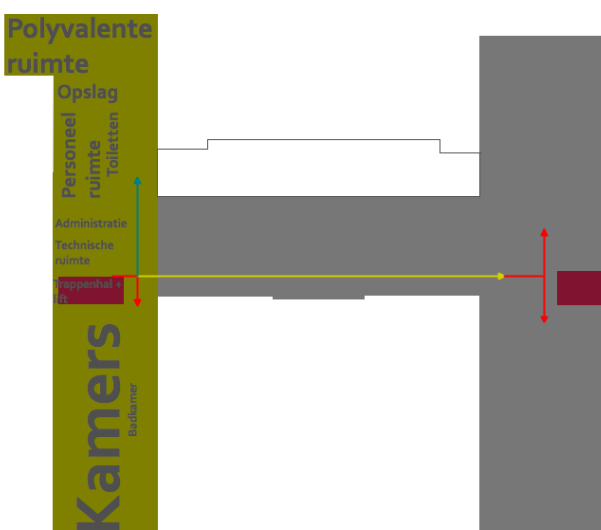
Op de **eerste verdieping** bevindt zich de palliatieve afdeling. In het middensegment bevindt zich de leefruimte. Het opzet is dat de bezoekers rechtstreeks hierheen trekken. Hier bevindt zich een grote leefkeuken, woonruimte en bibliotheek.



In de vleugel aan de rechterkant kan men de kamers van de gasten in het palliatief centrum vinden en een grote badkamer. Deze komen in spiegelbeeld terug in de linkervleugel van het pand.

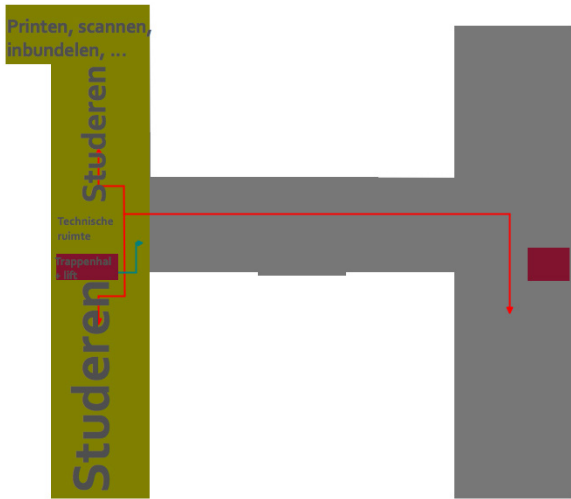


In het linkersegment van het oude rusthuis bevinden zich ook een polyvalente vergaderzaal, kleine administratie en een vertrek voor het personeel. De palliatieve afdeling wordt meer in het detail uitgewerkt. Een extra toelichting volgt in het komende hoofdstuk.



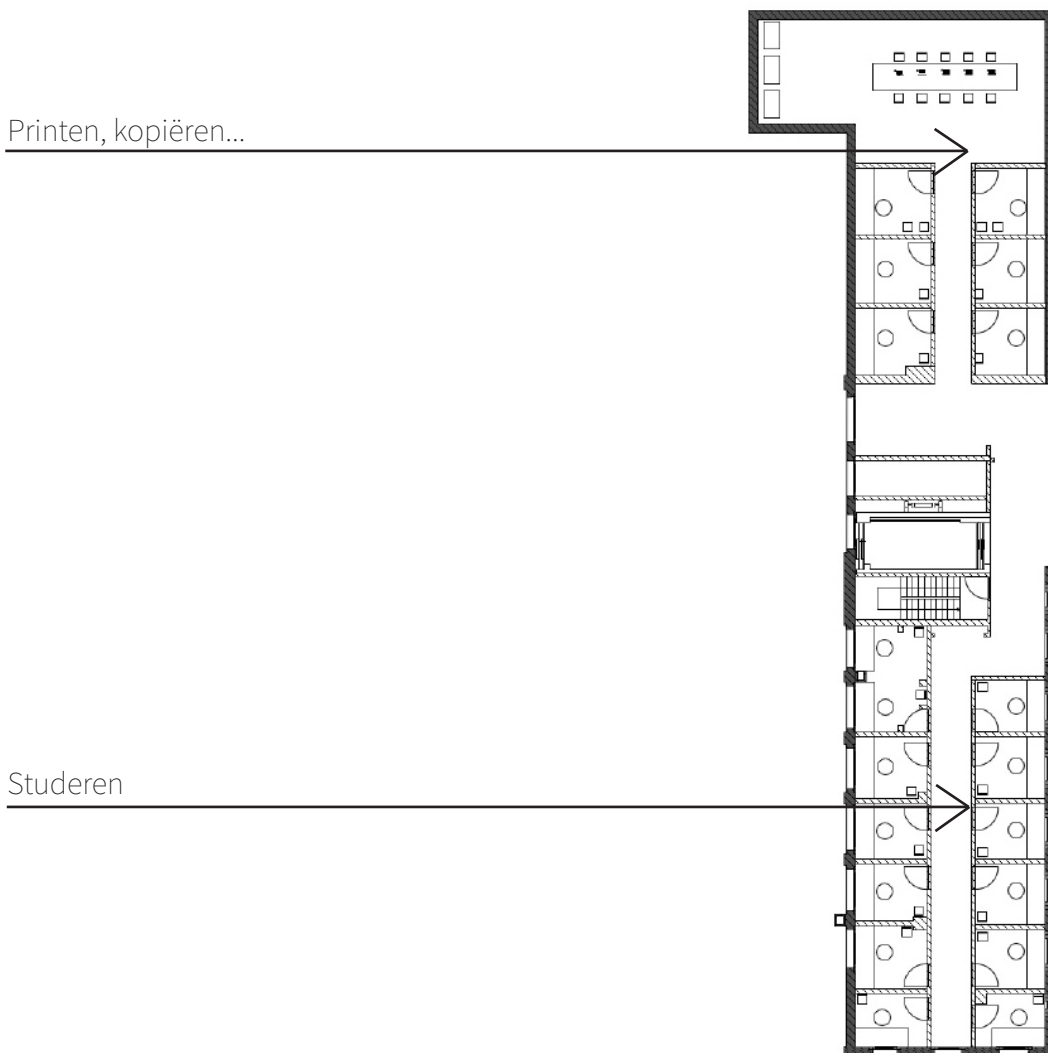
- Circulatie kamers
- Circulatie personeel
- Circulatie gemeenschappelijke ruimte
- Trappenhal

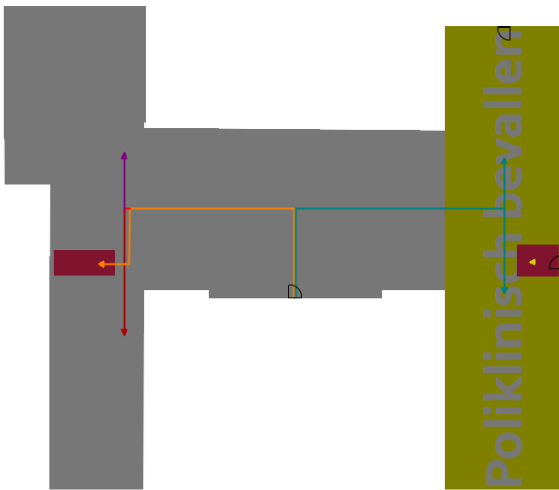




■ Circulatie studeerruimtes
■ Circulatie administratie
■ Trappenhuis

De **tweede verdieping** wordt ingevuld door de stille studeerplek voor studenten. Qua grootte heb ik ervoor gekozen om de kamers die in het oude rusthuis van Hoogstraten voorzien waren voor ouderen te behouden. Deze kamers zijn ruim genoeg en hebben een goede lichtinval. Ze krijgen wel een nieuwe rol. Ze worden ingezet als individuele of collectieve studeerruimtes. Elke studeerruimte bevat een bureau en standaard een kleurrijke zitbal of een gewone stoel. De deuren in de lange gangen worden vervangen door matglazen exemplaren. Bij het betreden van de derde verdieping passeren de studenten langs de administratie. Hier worden hun namen genoteerd, en wordt er doorgegeven welke kamers er nog ter beschikking zijn. Men kan hier ook een laptop huren. Ook is er een ruimte waar de scholieren kunnen printen, kopiëren, teksten kunnen inbindelen...





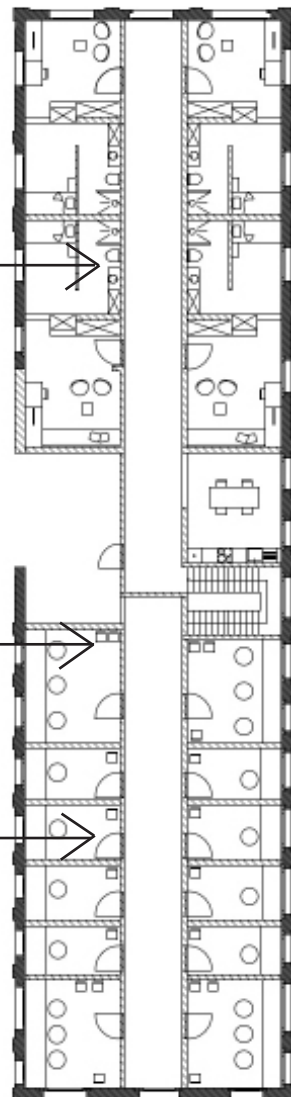
- Circulatie studeerruimtes
- Circulatie administratie
- Trappenhal

De rechtereulegel wordt voor het meerendeel ingenomen door studeerplekken. Aan de linkerzijde bevinden zich de studentenvoorzieningen. Dit zijn vier studentenkoten die verhuurd kunnen worden aan erasmusstudenten, studenten verpleegkunde die stage lopen in het zorgcentrum... Elke studentenvoorziening heeft een eigen zithoek, bureel, slaapruiimte en persoonlijke badkamer. In het begin van de gang bevindt zich de gemeenschappelijke keuken. De studenten die hier verblijven hebben een eigen trappenhal die leidt naar de zijuitgang van het gebouw. Zo is het niet mogelijk om tijdens de sluitingsuren van de studeerruimtes of de polikliniek rond te dolen in het gebouw.

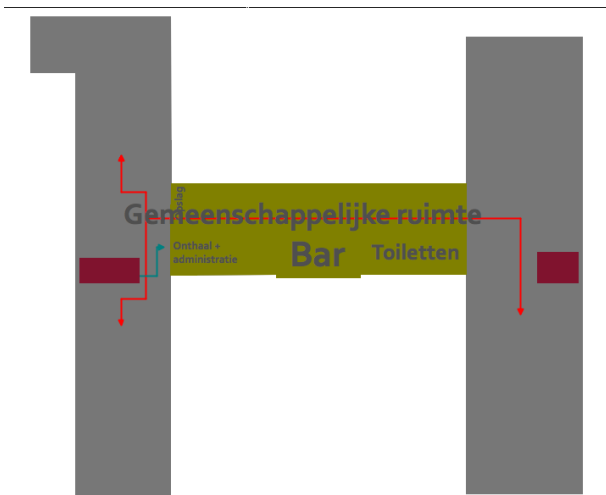
Studentenvoorziening

Collectieve studeerruimte

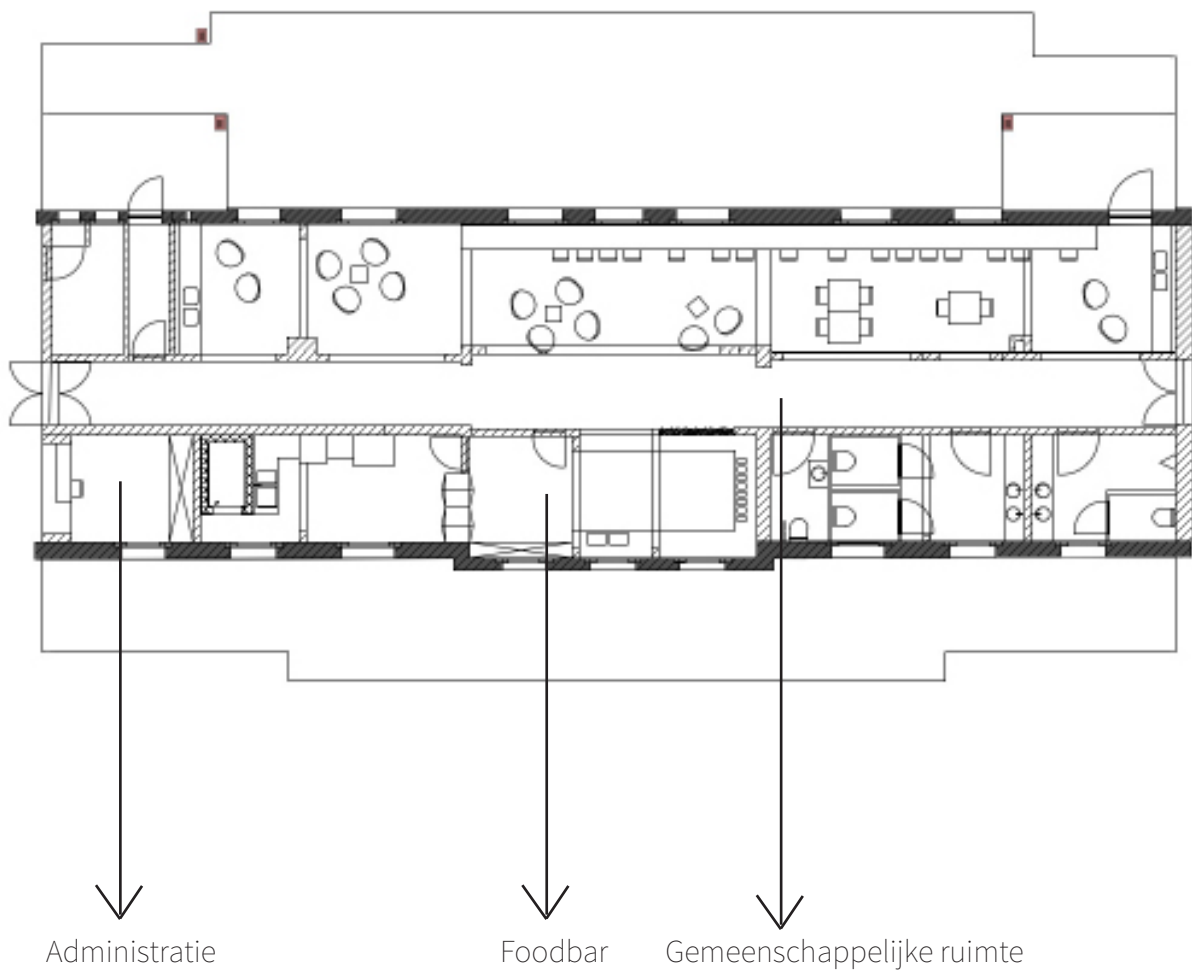
Individuele studeerruimte



Mits studiehoofden ook nood hebben aan pauze en eten is er een gemeenschappelijke ruimte voorzien in het middensegment van het gebouw. Hierin bevindt zich een kleine food-en drink bar. Zo ontstaat er een stimulerende leeromgeving.



Circulatie studeerruimtes
 Circulatie administratie
 Trappenhallen



Links van het pand bevindt zich een grote tuin. Het oude moederhuis heeft voor deze tuin plaats moeten maken. Het zou zeer spijtig zijn om hier niets mee te doen. Momenteel is deze tuin nog vrij sober, open en verlaten. In mijn ontwerp wordt deze tuin wordt opnieuw aangeplant met allerlei bloemen en planten zodat het een kleurrijk decor wordt waar kersverse ouders, studenten en mensen in de palliatieve afdeling maar ook hun familie en vrienden, alsook de bejaarden van het nabijgelegen bejaardentehuis 'Stede akkers' kunnen vertoeven. Ik zou graag hebben dat er een ontmoetingsplek tussen gelijkgestemden, maar misschien ook tussen de generaties kan ontstaan.

De tuin aan de voorzijde wordt opnieuw aangeplant. Tevens de tuin aan de achterzijde, zo kan men bij goed weer buiten zitten, wachten, iets eten..

5.2. Uitwerking palliatieve zorg

Het schooljaar was te kort om alle drie de departementen tot in detail uit te werken. Daarom heb ik ervoor gekozen om de palliatieve afdeling gedetailleerder te behandelen. Deze palliatieve afdeling fungeert als een dagcentrum en een permanente hospice. Het biedt een bed aan acht terminale patiënten die permanent hulp nodig hebben maar ook aan een zestal mensen die in het weekend en 's avonds nog naar huis kunnen. De tweede verdieping kan men bereiken via de lift of trap. Om werkelijk de palliatieve afdeling te betreden heeft men een code nodig, dit is vanwege het wegloopgedrag van de gasten of het vermijden van ongewenste bezoekers.

De centrale ruimte, is de leefruimte. Bij het binnenkomen is er ruimte voorzien om jassen en persoonlijke spullen te kunnen opbergen. In de kast zitten ook enkele kluisjes verwerkt zodat alles veilig opgeborgen kan worden, en problemen vermeden kunnen worden. Vervolgens komt men terecht in de woonruimte met grote open keuken. In het zitgedeelte kan men aan de openhaard vertoeven. Hier aansluitend is een ruimte waar men privé kan zitten. Deze plek is tevens bedoeld als speelkamer voor de (klein)kinderen. De open keuken is uitgerust met allerlei snufjes zodat ook de gasten met een beperking mee kunnen helpen in de keuken. Het werktablet kan variëren in hoogte zodat er eenvoudig onder gereden kan worden met een rolstoel. Ook de oven en dergelijke zijn eenvoudig te bedienen. Er is geen grootkeuken aanwezig; er wordt elke dag vers eten bereid.

Aansluitend aan de keuken is een grote eettafel waaraan iedereen zich kan verzamelen. Ook is er ruimte voor de vrijwilligers, verpleegkundigen en bezoekers van de gasten.

De keuken en aansluitende berging verdeelt de leefruimte in twee delen. Achter dit volume bevindt zich de bibliotheek. Hier kan men in alle rust een boek lezen. Deze ruimte is ook multifunctioneel. Door middel van de 'softwall van Molo' kan deze ruimte in verschillende compartimenten opgedeeld worden zodat er ook meer private ruimtes ontstaan waar de mensen met hun familie of vrienden kunnen samen zitten zonder gestoord te worden.

De natuur van buiten wordt op een abstracte manier naar binnen toe gebracht.

De elementen die de verschillende leggers in bijvoorbeeld de boekenkast dragen hebben de kleuren van een berkenboom.

Het volume dat centraal in de ruimte staat is deels bekleed met kurk. Hier kan men bijvoorbeeld aankondigingen en tekeningen van (klein)kinderen aan pinnen zodat het een persoonlijke wand wordt.

Aanpalend aan de leefruimte is er een groot (overdekt) terras. Deze twee worden gescheiden door grote ramen zodat de leefruimte uitkijkt op het groen. Ook bevindt er zich een waterpartij. Dit heeft een rustgevend en stress verminderend effect. Van binnen naar buiten, op het terras, loopt een verticale groenwand. Hierin worden kruiden en andere kleine planten geteeld. Dit zorgt voor een positieve afleiding.

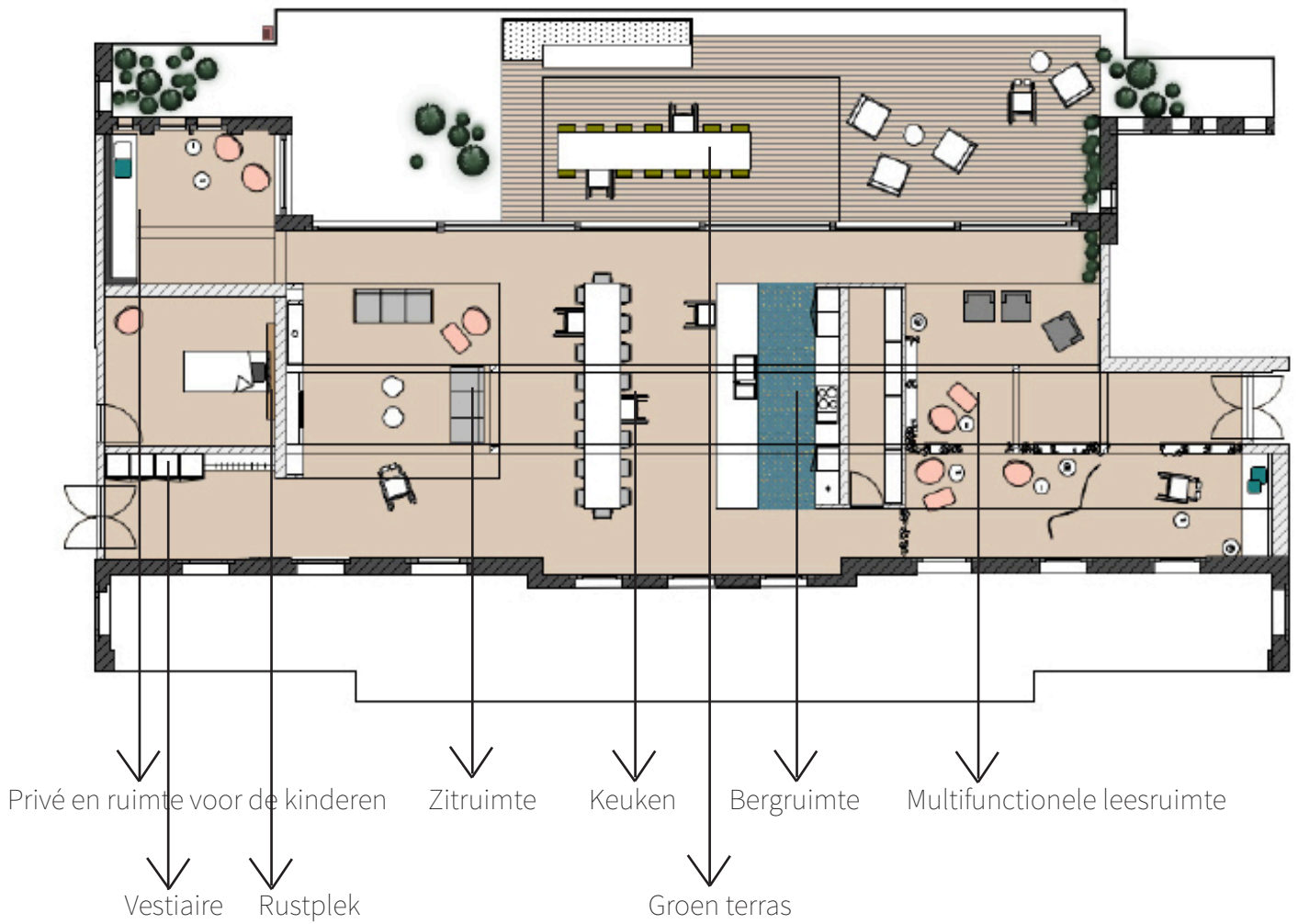
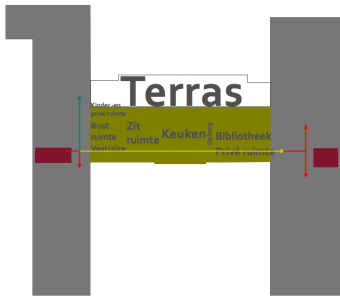
Ook staat er in bepaalde hoeken een ontwerp van Constance Guisset, "De duplex". Dit is een designobject dat een vogelkooi en visbokaal met elkaar vermengd. Deze zingende vogeltjes hebben een positief effect op de gemoedstoestand van de gasten.



Afb 89: Molo, softwall, 2011.



Afb 90: Constance Guisset, Duplex, 2007.



In de rechtse en de linkse vleugel bevinden zich de kamers. Om deze kamers te bereiken loopt men door een gang. De ideale situatie zou zijn dat er geen gangen aanwezig waren in het gebouw. Maar omdat het over een herbestemming gaat en deze gangen een dragende functie hebben in het gebouw moest ik deze laten staan. Het type 'ziekenhuisgang' wordt echter doorbroken doordat ik gebruik maak van glazen panelen in matglas.

Omdat het gehele gebouw drie totaal verschillende functies heeft is het heel moeilijk - en mijns inziens ook niet echt wenselijk - om een interactie tussen de verschillende verdiepingen te creëren. Dit wordt wel deels gedaan door de publieke eetruimte op het gelijkvloers waar bijvoorbeeld gasten van het palliatief centrum met de familie naar wens iets kunnen komen eten, maar evenals ook de studenten, bejaarden uit het rusthuis of de kersverse ouders. Ook de invulling van de gangen draagt hiertoe een steentje bij. Aan de muren worden grote foto's gehangen van de pasgeboren kindjes in de polikliniek. Dit wordt uiteraard regelmatig veranderd. Op die manier kunnen de verschillende afdelingen op een subtiele wijze met elkaar 'kennis maken' en interageren.

Het streefdoel in het ontwerpen van de kamers was dat deze niet op een ziekenhuiskamer maar op een hotelsuite zouden lijken. Men moet zich hier helemaal thuis kunnen voelen en op het gemak kunnen zitten. Elke kamer bestaat daarom uit drie compartimenten. Een grote *badkamer* met douche, hoog-laaglavabo met verstelbare spiegel en een toilet. Door bijvoorbeeld chemotherapie bij kankerpatiënten kan de fijne motoriek verminderd zijn. Hierdoor wordt het draaien aan kranen moeilijk. Daarom zijn alle kranen van Hans Grohe, zij werken met een speciaal drukssysteem om het water te regelen.

In de *slaapruimte* staat een kast, een bed en een rek. De kast is op een zekere hoogte geplaatst zodat men er eenvoudig met de rolstoel onder kan rijden. Het bed staat centraal in de ruimte zodat het personeel eenvoudig te werk kan gaan. Het bed moet uiteraard de nodige functies zoals omhoog-omlaag, hoofdstun plat of recht... hebben. Maar ik heb bewust gekozen voor een bed dat niet lijkt op een standaard ziekenhuis bed. Het is eerder zo een exemplaar zoals de meeste mensen thuis hebben.

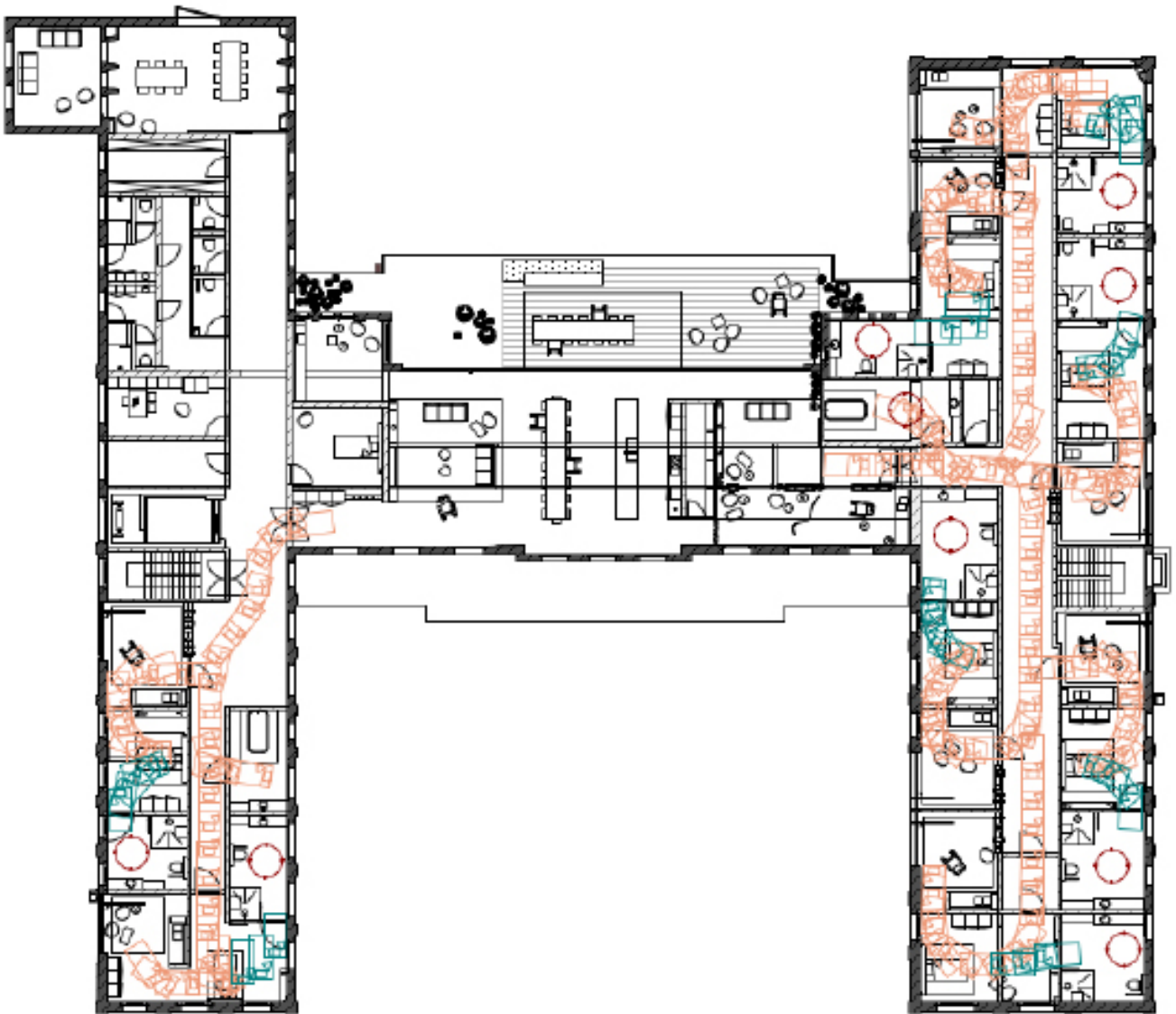
Boven het bed zijn er wel technische installaties voorzien zodat het mogelijk is om zuurstof of perslucht aan te sluiten, stopcontacten voor extra apparatuur en een oproepsysteem. Deze zijn allemaal verwerkt in de hoofdstun van het bed. Ook is er ruimte voorzien voor een extra bed zodat de familie kan overnachten. De twee bedden kunnen eventueel aan elkaar gekoppeld worden opdat men de nacht naast elkaar zou kunnen doorbrengen. In de badkamer en/of slaapkamer wordt er gewerkt met tekeningen van abstracte natuur in de vorm van bijvoorbeeld een douchegordijn of behangpapier.

Het derde compartiment is de *ontspanningsruimte*. Hier kan men alleen of met bezoek vertoeven. Hier komt enorm veel daglicht binnen. (ramen zijn vergroot) Er bevindt zich een groot raam van vloer tot plafond. Dit kan volledig opengezet worden zodat men het gevoel heeft dat men buiten zit. Zo vormt deze ontspanningsruimte een overdekt balkon. Tevens wordt er in elke kamer een healwell lichtstelsel van Philips geïnstalleerd. Dit creëert mijns inziens samen met een persoonlijke muziekinstallatie de ideale ruimte om volledig tot zichzelf te komen.

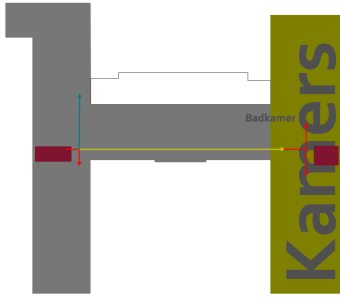
In de rechtere vleugel bevindt zich een isolatiekamer. Zo zijn mensen met een besmettelijke ziekte ook welkom. Hier is -verplicht- gewerkt met een sas voor men de kamer in kan. Ook is er in elke kamer gewerkt met een goed koeling -en verwarmingssysteem. Bij sterfte kan de kamer zodanig gekoeld worden zodat de familie nog kan komen groeten op de persoonlijke kamer.

In de twee tegenover elkaar liggende vleugels (links en rechts) bevindt zich een grote badkamer. Hier kunnen mensen naar wens een bad nemen. Dit is uiteraard een hoog-laag bad met daarboven een patiëntenlift. Ook dit is zo huiselijk mogelijk ontworpen.

Het is zeer belangrijk dat deze badkamer bereikbaar is met een bed en rolstoel. Daarom is de gehele circulatie in het gebouw van groot belang. De draaicirkels en de circulatie van de rolstoel en bed heb ik hieronder uitgetekend op plan. Zelfs de leefruimte en het terras zijn toegankelijk voor een ziekenhuisbed.



Circulatie bed en draaierolstoel



Vergroten ramen kamers.

Badkamer

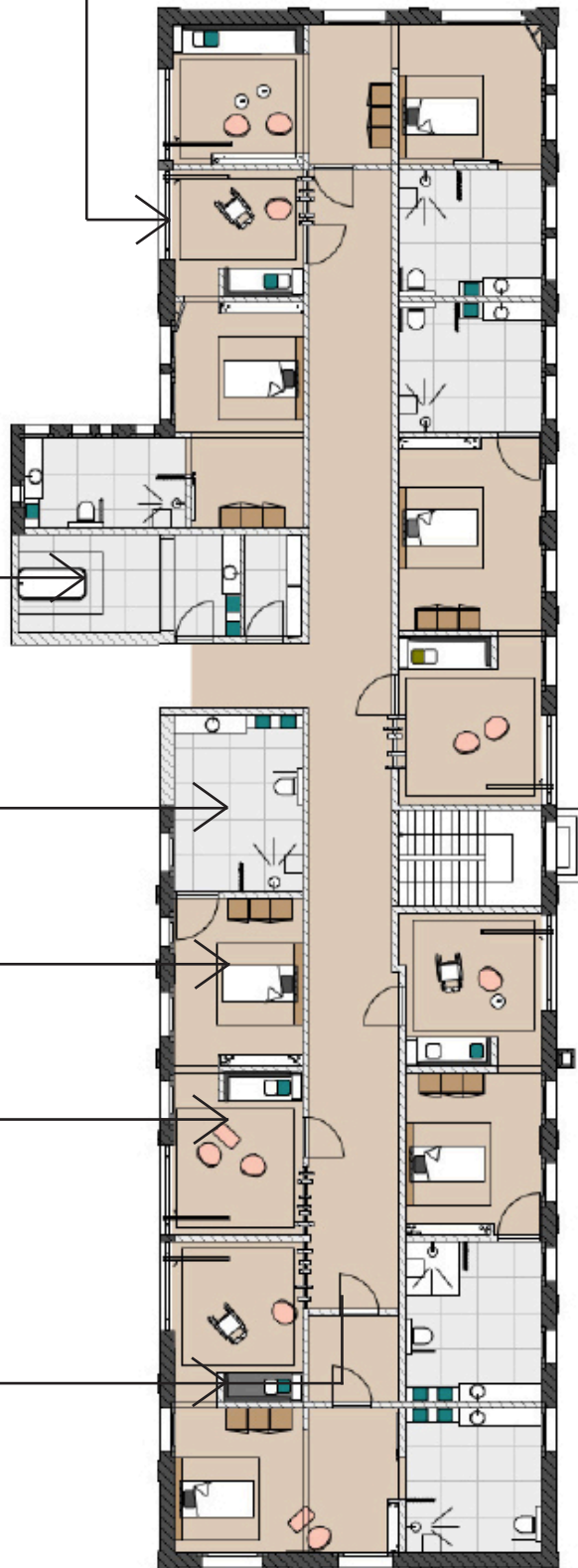
Kamer

Badkamer

Slaapruimte

Ontspanningsruimte

Isolatiekamer met sas

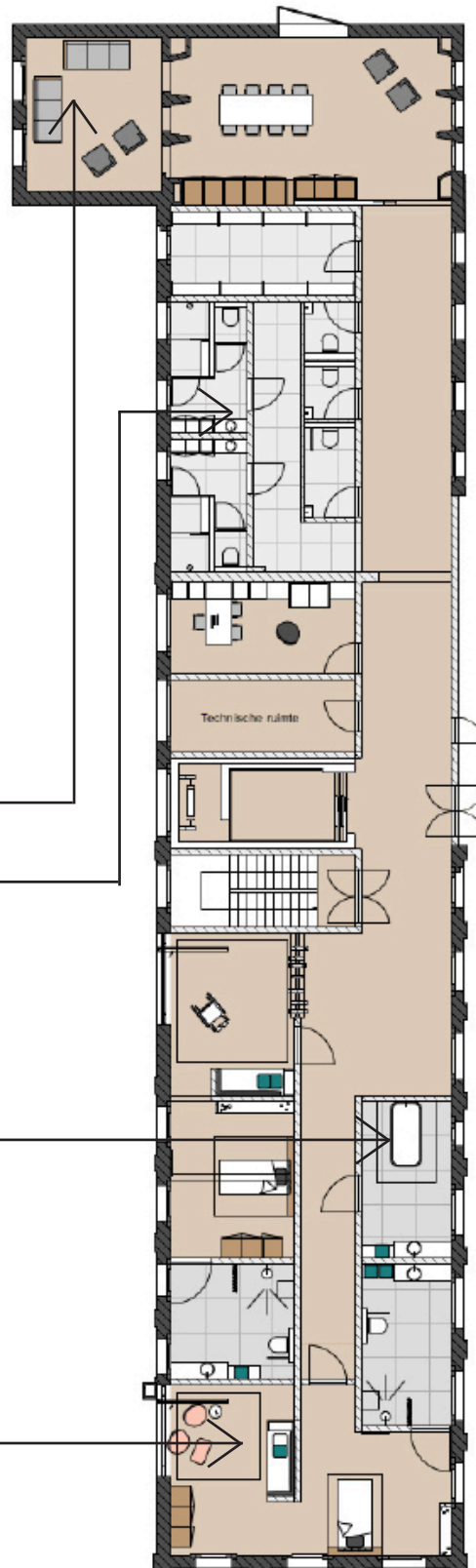
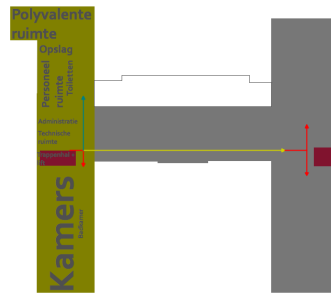


De oostkant van de derde vleugel is ingericht als polyvalente ruimte. Dit is bedoeld als ruimte waar familiegesprekken, vergaderingen van het personeel, doktersgesprekken,... kunnen plaatsvinden. Deze kan volledig afgesloten worden van de rest van het gebouw.

In de gehele afdeling werkt men met aromatherapie. Deze therapie heeft een kalmerend effect en neutraliseert eveneens ongewenste ziekenhuisgeuren zoals ontsmettingsmiddelen, medicatie maar ook urine.

Tevens heb ik gelet op het gebruik van de gepaste materialen. In de leefruimte, gangen en kamers ligt een tegel met eikenhoutlook. Een vloer met houttekening geeft een instant warm en huiselijk gevoel.

Al deze aspecten moeten een serene omgeving vormen waar mensen graag vertoeven. Men moet zich volledig thuis kunnen voelen. Door te spelen met open en gesloten ruimtes worden er ruimtes gecreëerd waar mensen elkaar kunnen ontmoeten, zich kunnen terugtrekken en tot rust komen. Het ontwerp tracht te bekomen dat gasten even al hun zorgen, pijn, lijdensweg en de kern van gedachte rond 'het palliatief zijn' vergeten.



Polyvalente ruimte

Personeelsruimte

Badkamer

Kamer

5.3. Renderbeelden



Zit - eet - en wachtruimte gelijkvloers



Bibliotheek gemeenschappelijke ruimte palliatieve zorg



Kamer palliatieve zorg



Kamer palliatieve zorg



Studeerruimte

6. Discussie

Ook na het afronden van mijn thesis ben ik nog steeds zeer gefascineerd door het onderwerp. Dit laatste hoofdstuk biedt dan ook een reflectie van het gehele onderzoek, waarin gefocust heb op poliklinisch bevallen, de studententijd en palliatieve zorg.

In mijn onderzoek probeerde ik te achterhalen of deze drie levensfasen te combineren zijn in één pand. Dit was ook een van mijn onderzoeksvragen. Mijn antwoord hierop is nog steeds dat dit mogelijk is. Een hybride functie zal altijd enige negatieve reacties met zich meebrengen. Men kan zich bijvoorbeeld afvragen of de studenten niet voor geluidshinder gaan zorgen? Of dat de twee gemixte gevoelens van blijdschap en verdriet niet te ver van elkaar liggen? De stille studeerplek waar studenten hun taken komen maken en lessen komen leren brengt heel veel jongeren met zich mee. Mensen die zich minder goed voelen zien hen door de tuin wandelen, zien moeders met hun pasgeboren kindje op de bank zitten... Zulke 'kleine dingen' kunnen mijns inziens nostalgische gedachten en gevoelens met zich meebrengen en een kleine lach op hun gezicht. De verschillende doelgroepen gaan elkaar onbewust en bewust beïnvloeden en in mijn ogen gaat dit enkel positief zijn.

Als ik nog meer tijd had gehad voor mijn scriptie en ontwerp, zou ik er graag nog dieper in gegaan zijn en alles nog verder uitgewerkt hebben. Vooral het aspect regelgeving is in mijn thesis nog vrij beperkt gebleven. Wel heb ik van Coda een bescheiden inlichting in verband met hygiëne, benodigdheden in een bad -en slaapkamer... ontvangen via het document 'aanbevelingen verbouwingen Coda Hospice'. Via deze weg kon ik op een correcte manier beginnen ontwerpen. Maar als ik de zelf ontworpen palliatieve afdeling echt zou moeten realiseren zou ik hiermee uiteraard meer rekening moeten houden. Dergelijke wetgeving gaat over valpreventie, hygiëne, materialen,... Hierover heb ik matig onderzoek gedaan maar realistisch gezien zou ik over dit onderwerp nog een heel hoofdstuk kunnen uitweiden.

Ik zou bijvoorbeeld een interview kunnen vastleggen met een advocaat die gespecialiseerd is in ziekenhuisrecht of met een architecten -of interieurarchitectenbureau dat ervaring heeft met ontwerpen van gebouwen met een zorgfunctie. Met name een ontwerpbureau die in de praktijk al vaak hebben moeten 'worstelen' met het zoeken naar een 'vereniging' van hun concept met de heersende wetgeving.

Het verhaal met betrekking tot de opbouw van mijn scriptie is allemaal begonnen met het idee om te werken met de 'photo elicitation' methode. Dit is het gebruik van foto's in kwalitatieve interviews. Maar omwille van het respect voor de bewoners in palliatieve afdelingen, was dit niet mogelijk. Doch werk ik nog steeds met veel beeldmateriaal in mijn scriptie en heb ik getracht om het geheel woordelijk zo goed mogelijk te omschrijven. Het was niet altijd eenvoudig om de juiste emoties en de juiste woorden te vinden omtrent het onderwerp 'palliatieve zorg'.

Het uiteindelijke doel van de thesis is om een toelichting aan te bieden omtrent poliklinisch bevallen, studeren en palliatieve zorg. Op het aspect palliatieve zorg ben ik dieper ingegaan en ben ik gaan werken met case studies in het binnen -en buitenland. Door te werken met een vergelijking van cases probeer ik duidelijk te maken dat het hier in België nog net iets beter kan. In Coda en De Mick doet men enorm hard zijn best om een zo aangenaam mogelijke plek te creëren voor residenten maar in vergelijking met Maggie's centre, dat vrij recent gebouwd is, zijn er nog enkele werkpunten. Door deze vergelijking heb ik veel aandachtspunten mee kunnen nemen naar mijn ontwerp.

Door het gekozen onderwerp van de thesis is het geheel niet bij iets oppervlakkig gebleven. In palliatief centrum De Mick ben ik op bezoek geweest. Dit bezoek ging door merg en been. De verpleegster heeft me verhalen verteld die een zekere indruk op mij hebben nagelaten. Ook het vrijwilligerswerk in Coda gaat me nog heel lang bijblijven. Door middel van participerende observatie in de twee verschillende palliatieve afdelingen heb ik een inzicht gekregen op de praktische kant.

Op zich zijn er niet veel officiële richtlijnen. Het is niet zo strikt als bij een ziekenhuis maar toch zijn er verschillende aandachtspunten omtrent hygiëne, voorzien van medische apparatuur... waarmee er tijdens het ontwerpen rekening gehouden moet worden.

Het vrijwilligers werk in Coda heeft me vooral geleerd dat heel wat mensen nog tot veel in staat zijn. Een palliatieve afdeling is meestal geen trieste bedoeling. Er wordt over de dagelijkse dingen gepraat en de gasten maken er nog het beste van. Tevens tracht de familie om de laatste momenten nog zo mooi mogelijk te maken. Door het bezoek heb ik een inzicht gekregen in de denkbeelden, de gedragingen en de gevoelens van de verpleegkundigen, naasten en de gasten zelf. Ook voor de verpleegkundigen en vrijwilligers heb ik een enorm respect gekregen. Petje af voor zij die er elke dag met een lach klaar staan! Ze proberen alle wensen van de gasten uit te laten komen en dit gaat van helicoptervluchten tot nog een keertje naar zee gaan.

Alle opgedane leerrijke bagage die ik verzameld heb in mijn onderzoek heb ik samengebonden en omgezet in een ontwerp. Het zorgcentrum met een hybride functie situeert zich in het oude rusthuis van Hoogstraten. Het gelijkvloers focust op het 'begin van het leven'. Hier bevinden zich dan ook de faciliteiten met betrekking tot poliklinisch bevallen, een plek voor Kind&Gezin, een cursusruimte die kersverse ouders en kind bijstaat en een semiopenbare ruimte die fungeert als wachtruimte of een plek om iets te eten. Op de tweede verdieping bevindt zich de palliatieve afdeling en op de derde verdieping de stille studeerplek met enkel studentenwoningen.

Omdat het te veel was om alles tot in het detail uit te werken, heb ik me in overleg met mijn promotoren gefocust op de palliatieve zorg. De andere twee verdiepingen zijn dus beperkter uitgewerkt. Uiteraard functioneren deze qua organisatie. Het ontwerp moest bijvoorbeeld zo gemaakt worden dat de studenten die logeren in een studentenvoorziening op de bovenste verdieping eenvoudig het gebouw kunnen verlaten wanneer men wil en dat zonder andere voorzieningen te passeren.

Bij het ontwerpen van de palliatieve afdeling is vooral rekening gehouden met het groene aspect, de individuele afleiding zoals bijvoorbeeld de aanwezigheid van een kruidentuintje en een keuken die ook toegankelijk is met de rolstoel, het 'geen-ziekenhuis' gevoel dus eerder een hotelkamer en de balans tussen privé –en gemeenschappelijke ruimtes. En hierbij natuurlijk rekening houdend met bepaalde richtlijnen en voorschriften. Omdat de palliatieve afdeling op de tweede verdieping gelegen is, was het een uitdaging om toch een groenzone en een terras/balkon voor iedere kamer te creëren.

Zodoende hoop ik een omgeving te kunnen creëren waar mensen graag, zonder stress en in alle rust de laatste periode in hun leven doorbrengen.

Het gehele onderzoek over de verschillende levensfasen was voor mij een echte levenservaring!

7. Bijlagen: interviews

Interview Narda Hillen (moemoe) – Bevallen in het vroegere moederhuis

Vraag 1: Kan u het exterieur van het moederhuis in Hoogstraten beschrijven?

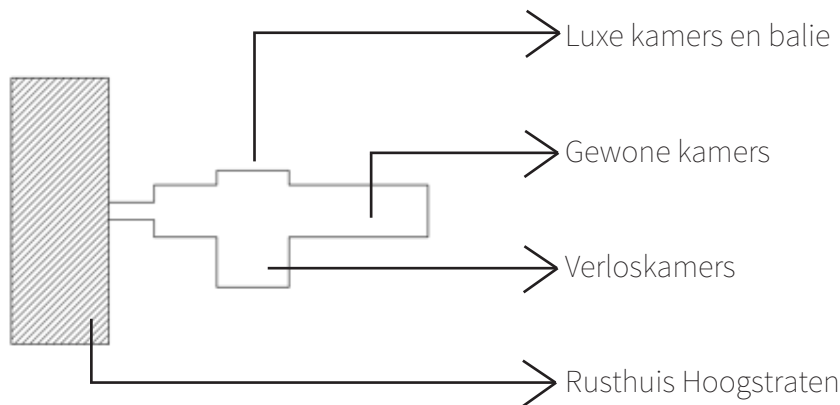
Er was een kleine vleugel en een lange vleugel met daarachter nog een voor de couveuses en verloskamers. Het was een volledige laagbouw.

Vraag 2: Hoe was de indeling van het pand?

Als men binnen kwam dan was er aan de rechtekant een balie met een wachtkamer. Hier stonden enkele stoelen. Vooraan lagen de luxe kamers en achteraan de kamers voor meerdere personen.

Helemaal achteraan lagen de couveuses en verloskamers.

Het oude rusthuis en materniteit waren met elkaar verbonden.



Vraag 3: Hoe zag het interieur eruit? Materiaalgebruik?

Zeer sober en wit. Enkel de gestreepte gordijnen gaven het geheel wat kleur. Heel het interieur bestond uit wit geëmailleerde tafels, wastobben... en chromen bedden.

De gangen waren ook volledig wit, af en toe zat er een rondboog in het plafond.

Er waren wel veel en grote ramen aanwezig.

Vraag 4: Was er een grote tuin?

Ja, een zeer grote tuin. In de tuin stond er een kapel.

In het rusthuis van toen was er nog een grotere kapel. Hier werden geen kindjes gedoopt. Dit was in de kerk in het dorp.

Vraag 5: Dus u bent nog in het rusthuis geweest? Hoe zag dit er uit?

Ik ben (denk ik) naar de kapel geweest. Het rusthuis was ook zeer sober. Niet veel tierlantijntjes.

Ik denk dat er vroeger, voor ik ben bevallen in het moederhuis van Hoogstraten, een deel van de materniteit zich in het rusthuis bevond. Maar dit werd te klein en daarom hebben ze een nieuwe materniteit gebouwd.

Heel vroeger was het een klooster van de zuster van 7 weëën.

Vraag 6: Hoe zag er een kamer eruit?

Het waren kamers voor drie personen of een luxe eenpersoonskamers.

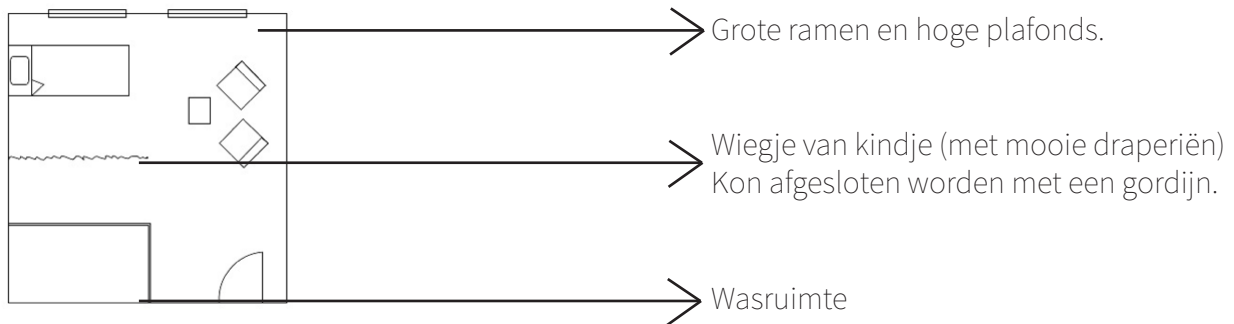
Er was nog geen stromend water. De kindjes werden gewassen in wit geëmailleerde wasbakjes met een gieter. Wij mochten dit niet zelf doen. Na vier à vijf dagen mochten we toekijken. Na dag zes mochten we eens proberen.

Er was ook een ruimte aanwezig waar er een ziek kindje apart kon liggen.

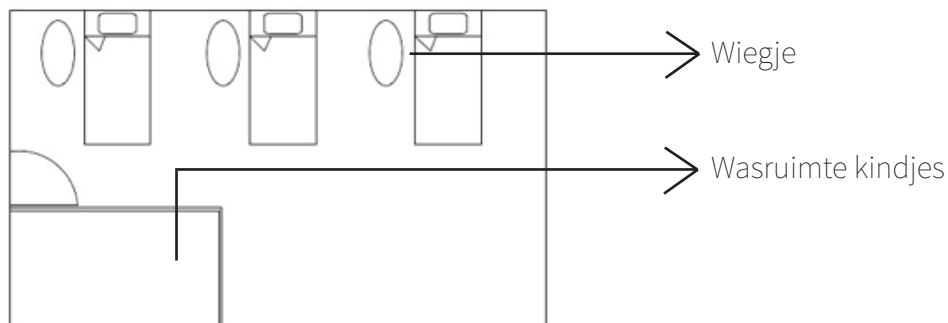
Later is dit wel geëvolueerd tot stromend water.

In Turnhout was er ook een moderne materniteit en hier hadden ze meer faciliteiten. Hier ben ik met mijn twee laatste kinderen bevallen.

Luxe kamer:



Kamer met meerdere personen:



Vraag 7: Hoelang moesten jullie dan verblijven?

Tien dagen. De eerste twee à drie dagen mochten we zelfs niet uit ons bed komen. Na tien dagen hadden we nog niets zelf geprobeerd dus als we thuis kwamen werden we aan ons lot overgelaten en moesten we plots alles zelf doen.

Vraag 8: Was het eten van een grootkeuken?

Ja, dit is ongeveer hetzelfde zoals nu. Het eten werd aan bed gebracht met een karretje. Het lag op een plateau. Vanaf dag drie à vier konden we wel aan tafel eten.

Vraag 9: Was er ergens een grotere ruimte waar men kon eten, bezoek kon ontvangen...?

Neen, dit was er niet. Alles was op de kamer te doen, maar dit was zeer beperkt dus als er bezoek was dan ging men vaak naar de balie om daar in de wachtzaal te zitten.

Interview: Lisa Van Looveren – Is poliklinisch bevallen

Vraag 1: Hoe kom je erbij om poliklinisch te bevallen? En waarom bij de andere drie niet?

Ik wou dit bij Bō ook doen (de derde jongste) maar toen hadden we bang, toen zijn we een nacht gebleven. Onze meisjes hebben heel veel scheidingsangst, als ik hen verlaat dan beginnen ze direct te wenen. Dan hebben we heel veel informatie gevraagd aan de gynaecoloog. En omdat al mijn bevallingen super goed waren verlopen, hebben we dit overwogen.

Vraag 2: Er zijn al meer en en meer vrouwen die op die manier willen bevallen, maar de meerderheid bevalt toch nog steeds in een ziekenhuis. Hoe ben je er op gekomen?

In Nederland is dit zeer populair. Daar zijn ook veel meer thuisbevallingen.

Ik wou eerst thuis bevallen maar dit zag Kim (mijn man) niet zitten. Hij was bang dat er iets ging gebeuren. Poliklinisch bevallen komt hier in België ook vaker voor.

Vraag 3: Waar ben je bevallen?

In Klina te Brasschaat.

Vraag 4: Hoe gaat het te werk?

Eerst komt de vroedvrouw bij u thuis langs, dan zegt zij wanneer we naar het ziekenhuis moeten vertrekken.

De dag nadien komt de vroedvrouw ook langs en zij geeft tips. De eerste week komt ze om de twee dagen.

Vervolgens een week ertussen en dan twee weken. Toen voelde ik zelf aan dat het niet meer nodig was.

Ik heb geen huishoudhulp in geroepen, hier heb ik geen behoefte aan. Dit zou wel eventueel mogelijk zijn via de landelijke thuiszorg.

Vraag 5: Hoelang ben je in het ziekenhuis gebleven?

Ik ben om half drie 's nachts vertrokken omdat ik weeën had en om half tien ben ik bevallen. Om half vijf ben ik naar huis mogen gaan. Brick (de zoon) moest 3 keer gegeten hebben en stoelgang gemaakt hebben, dan mochten we naar huis.

Vraag 6: Wat vond je beter aan poliklinisch bevallen dan bevallen in het ziekenhuis?

Het is veel rustiger. Het is aangenaam. Je kan je zelf zijn. Je kan ineens terug in uw omgeving zijn.

Vraag 7: Waarschijnlijk is dit ook makkelijker omdat je er al drie andere hebt rondlopen?

Dat ook. Onzen Brick is ineens gewoon aan de drukte. Anders lig je vier dagen in het ziekenhuis, kei stil en dan kom je thuis en dan is er heel veel lawaai. Dit was er nu direct vanaf het moment dat we thuis kwamen en hij heeft er nooit problemen van gemaakt.

Hoe drukker, hoe liever.

Vraag 8: In het ziekenhuis ben je verplicht om te rusten. Thuis moet je het zelf doen. Is dat moeilijk?

Kim is nog 10 dagen thuis geweest. Dus ik heb 'gerust'. De nodige rust heb ik genomen. Je voelt dat zelf aan wat je kan en wat je niet kan.

Vraag 9: Hoe staat de gynaecoloog daar tegenover?

Onze gynaecoloog staat er zeer goed tegenover. Hij heeft ons heeft veel informatie gegeven. Hij heeft wel gezegd dat als ik geen vroedvrouw had, dan mocht ik ook niet naar huis. Hij wou dat er een vroedvrouw aan huis kwam voor de nazorg.

Vraag 10: Waarom is poliklinisch bevallen aan te raden?

Mijn ervaring is dat je zelf rustiger bent. In het ziekenhuis word alles voor u gedaan en dan kom je thuis en dan moet je alles ineens zelf doen. Nu komt de vroedvrouw u tips geven en die kan je thuis zelf toepassen. In het ziekenhuis heb je hiervoor de kans niet. Je moet geen eten maken, geen boodschappen doen... Thuis moet dit allemaal wel doen. Je leert beter met je kind omgaan, je leert het sneller kennen. Je moet ineens terug in je rol als mama zitten.

Vraag 11: Wat als je zelf een kamer in het moederhuis zou mogen ontwerpen, wat zou u er dan aan toevoegen?

Het moet een huiselijke kamer zijn; warmere kleuren, gordijnen, een deftige zetel...

In Klina bijvoorbeeld is alles nog zeer koud en wit.

Ook zou ik een schommelstoel voorzien, dit is aangenaam om eten te geven.

Sfeer verlichting zou ook beter zijn, is gezelliger.

Normen aan hygiëne en veiligheid moet men natuurlijk wel respecteren.

In Klina is ook maar één kamer met een bad. Dus als je pech hebt en deze kamer is bezet dan kan je niet onderwater bevallen.

Moest het mogelijk zijn, dan zou ik overal een bad voorzien. Ik denk dat dit in opmars is. Als je dit wil, dan moet men dat zelf vragen. Men vraagt het niet als je binnen komt.

Vraag 12: Heb je nog een tijdelijke kamer of is het rechtstreeks naar de verloskamer?

Je gaat, als je aankomt, direct naar het bevallingskwartier. Dit mag ook veel huiselijk. Niet dat ziekenhuis gevoel.

Na de bevalling krijg je nog wel een kamer.

Vraag 13: Hoe staat de partner er tegenover?

Hij stond er helemaal achter. Voor hem was het aangenamer. Want als papa moet je na de bevalling heel veel doen; doopsuiker halen, geboortekaartjes halen en opsturen... Brengt stress. Dit kan allemaal rustiger en gemoedelijker thuis.

Ook moet je maar voor één dag oppas voorzien, anders voor bijna een hele week. Als je al kindjes hebt, is het nu eenmaal gemakkelijker want dan ben je zelf ook thuis.

Als ik het ervoor had geweten, dan was ik bij de drie oudste ook op die manier bevallen.

Maar het hangt ook volledig af van de bevalling. Als je bijvoorbeeld een spoedkeizersnede moet ondergaan, zoals een vriendin van mij, dan slaagt het sterk tegen dat je dan achteraf nog moet blijven. De gedachten staan op poliklinisch bevallen, dat je direct naar huis mag.

Als je 's avonds bevalt, dan mag je ook niet naar huis, dan moet je een nacht blijven.

In het ziekenhuis staan de vroedvrouwen er ook volledig achter.

Vraag 14: Is het financieel voordeliger?

Alles word bijna volledig terug betaald als je een goede hospitalisatie verzekering hebt. Dit is zowel bij een ziekenhuis bevalling als een poliklinische bevalling. Je krijgt ook een geboortepremie, dit dekt ziekenhuiskosten. Enkel het eten en telefoon kosten moet je betalen. Maar als je thuis bent bel en eet je ook, dus dit komt op hetzelfde neer.

Ik heb enkel twee euro auto kosten moeten betalen van de vroedvrouw.

Interview Noa architecten – Ontwerpers studiecellen

Vraag 1: Hoe zijn jullie op het idee gekomen om studiecellen te maken?

Het zijn gepaste plekken als concentratie werkplek.

Vraag 2: Wat was jullie inspiratie?

Ik had er geen, ik ken namelijk geen voorbeeld. Het is vertrokken van wat zich aandienende als ruimte en het programma van een leergebouw. Dit hebben we samengebracht.

Vraag 3: Hoe hebben jullie het aangepakt?

Heel eenvoudig. We hebben het maximale gelaten zoals het was. Alles leeggemaakt en opnieuw geschilderd. Wel hebben we de stalen deur vervangen door een glazen deur. De tafel is als een brits (een bed) maar wel hoger hangend aan de muur.

Vraag 4: Welke motivatie hadden jullie in verband met dat dit zou werken? Hadden jullie verwacht dat het succes ging hebben?

Het blijkt inderdaad een groot succes, we hebben hier niet aan getwijfeld. Maar eerlijk gezegd hadden we niet verwacht dat het zo goed ging draaien.

Vraag 5: Het zijn zeer neutrale cellen, vanwaar deze keuze?

Zo waren ze ook vroeger, kaal, zonder opsmuk. We hebben wel het sanitair weggenomen. De vorm is specifiek; maat van de ruimte, het tongewelf.

Vraag 6: Welk gevoel wilden jullie overbrengen?

We hebben het vooral zo willen maken dat er voldoende licht binnen kwam via de bovenramen. In de nieuwe binnen gangen, langs de auditoria, zijn de bovenramen niet zichtbaar vanuit de gang omwille van de luifel.

Dus eens in de ruimte word je wel aangenaam verrast door het licht.

Verder is het een cel gevoel. Het is zoals in de gevangenis tijd een smalle gang met het raam erboven en buiten. Nu wordt het eerder een soort monniken cel, dit mag screen zijn.

Interview Sarina Thijs – Student dat studeert in de studeercellen

Vraag 1: Vind u het idee van studiecellen te maken goed?

Ik vind het één heel goed idee om studiecellen te maken. Het is heel handig om groepswerken te maken. Je zit helemaal apart dus dat is zeer handig.

Vraag 2: Nodigen de studiecellen uit om er te gaan studeren, aan een groepswork te werken of een taak te maken?

Ja. Veel mensen gaan er voor de lessen studeren of opdrachten maken. En groepsopdrachten maken natuurlijk. Je kan er altijd binnen; je hoeft niet te reserveren of een sleutel te gaan halen.

Vraag 3: Zijn er veel studenten die er gebruik van maken of studeren er nog vaak studenten thuis? Is er uiteindelijk altijd één beschikbaar of zijn ze vaak bezet?

Als je een cel zoekt dan moet je wel altijd zoeken. Soms zijn er geen vrij, dus dit betekent dat er heel wat studenten gebruik van maken.

Vraag 5: Vroeger was het een cel, voelt dit nog zo aan?

Het voelt niet aan als een cel omdat de deur gewoon glas is. Dus er is geen opgesloten gevoel. Naar mijn mening klinkt het wel als een cel, maar ik denk dat dit komt omdat het een kleine ruimte is.

Vraag 6: Is er genoeg daglicht?

Er is enkel daglicht in de twee gangen aan de cellen. Omdat de deur gewoon glas is en de gangen grenzen aan de binnenkoer, is er wel voldoende daglicht. In de cellen van de andere twee gangen is er geen daglicht.

Vraag 7: Ze zijn zeer neutraal gehouden, té neutraal?

Neutraal vind ik wel goed. Je bent er toch geen volledige dagen aanwezig. Je bent ook minder snel afgeleid omdat er geen figuur of tekst op de muren staat.

Vraag 8: Zou u er iets aan veranderen? Zo ja, wat zou u veranderen?

Het licht in de cellen vind ik niet ideaal. Ik krijg er nogal snel hoofdpijn. Voor de rest vind ik het een goed initiatief.

Vraag 9: Vind u het beter om in dergelijke ‘cellen’ te studeren of studeert u liever in de bib?

Het is handig dat je op school zelf zit. Je kan er dus eenvoudig voor en na de les heen gaan.

Vraag 10: Wat zijn de voordelen van de ‘cellen’? Voordelen van de bib?

Je zit volledig apart. In de bib zit u met meer mensen in een ruimte. Zo geraak je meer afgeleid. Het voordeel van een bib is, dat als je een opdracht doet, dat er boeken bij de hand zijn die je nodig hebt.

Vraag 11: Vind u dat dit meer moet voorkomen in scholen?

Ja, ik vind dat dit in alle scholen mogelijk zou moeten zijn. Op school geraakt altijd iedereen, dit is enorm gemakkelijk om af te spreken voor groepswerken.

Interview Valerica Snacov – Schoonmoeder verbleef in Coda

Vraag 1: Dus eerste vraag; hoe bent u in aanraking gekomen met Coda?

Doór mijn schoonmoeder, zij had ALS. Dit is een spierziekte. Ze had een zeer agressieve vorm. Eerst verbleef ze thuis maar toen werd de verzorging heel zwaar. En voor haar ook mentaal. Toen zijn wij ons gaan informeren. Ze is begonnen in de daghospice, twee dagen in de week. Dit was om het haar gemakkelijker te maken, dat ze niet altijd thuis moest zitten.

Vraag 2: En hoe ervoer ze eerst de hospice?

Voor haar persoonlijk was het in het begin heel moeilijk. Omdat ze in contact kwam met andere mensen. Ze waren daar heel vriendelijk en open. Ze wist niet hoe ze dat in het begin moest plaatsen, ze vond het raar de eerste keren.

Vraag 3: Is ze het na een zekere tijd 'gewoon geraakt'?

Jaja, zeker. Ze keek er naar uit. Ze hebben er enorm veel dingen gedaan. Ze zijn nog naar de zee geweest en ze ging buiten wandelen. Ze was heel graag in de natuur en daar was alles mogelijk. Ze planden het in voor iedereen daar, wat ieder graag deed. De gesprekken hebben voor haar enorm deugd gedaan, met de mensen van coda.

Ze was een positief iemand.

Vraag 4: Waarom hebt u voor Coda gekozen? Zijn jullie er eerst gaan kijken? Of hoe is dit te werk gegaan?

Ze had zelf ervaring met Coda. Ze was zelf een verpleegkundige, ze werkte in een rusthuis hier in Essen. Ze had kennis van Coda.

We hebben wel geprobeerd om haar zo lang mogelijk thuis te laten.

Vraag 5: Wat was uw eerste indruk van Coda?

In het begin brachten we ze alleen maar. Dan heb je weinig contact, je zegt enkel een goedendag en dan ben je weg. En haar ook gaan halen. Maar met de tijd werden wij er meer bij betrokken. Als we binnen kwamen, mochten we gaan zitten, kregen we een tas koffie. Zo leerde we ook de mensen kennen die daar kwamen. Zo kom je in contact met de ervaringen van de mensen daar. Op het laatste keken wij er zelf naar uit om naar daar te gaan, het was er altijd gezellig.

Vraag 6: Ik moet natuurlijk ook iets over de architectuur vragen. Wat vond u van het gebouw? Vond u het oud?

Ze had niet de indruk dat het oud was. Het was gericht naar de mensen die daar waren. Het was toegankelijk voor iedereen. Je kon zelf met het bed buiten, alles was mogelijk. Je kwam niet tegen dat de deur te klein was of dat er iets u tegenhield om buiten te gaan.

Vraag 7: Mag men ten alle tijden in de tuin? Of heb je toestemming nodig?

Nee, je mag altijd in de tuin. Je moest alleen even vermelden dat je buiten was. Je mocht alles, hoe raar het ook klinkt.

Vraag 8: Binnen; men doelt op huiselijkheid. Zijn ze hierin geslaagd? Voelde uw schoonmoeder zich thuis? En uzelf? Als je bijvoorbeeld uw hart eens moest luchten, had je het gevoel dat je dat daar kon doen?

Ja, absoluut. We keken daar zelfs met zijn alle tv. Tot heel laat 's avonds. Er was niemand om ons te zeggen, nu moet je naar huis. Wij bleven er zelfs slapen. In het begin ging ze enkele dagen naar daar maar het ging heel snel achteruit dus is mijn schoonmoeder opgenomen. Ze heeft daar nog ongeveer één maand verbleven. Iedere avond mocht er een iemand van de kinderen daar blijven slapen. Als we zelf wilden.

Vraag 9: Coda zelf vind de familieruimte een minpunt. Deze gebruikt men bijna niet om dat het te klein is. Had u, toen u alleen of met de familie daar naartoe ging voor een gesprek, privacy genoeg?

Nee, ik had dat gevoel niet. De laatste dag was er voor Cory, mijn schoonmoeder, besloten dat ze 's avonds palliatieve sedatie ging uitvoeren. Maar de man van Cory is met een heel grote familie. Iedereen van de familie mocht afscheid komen nemen van haar. Alle zussen en broers. Die dag waren we met zijn alle daar. Ik heb nooit het gevoel gehad dat wij in de weg stonden of dat mensen zich daaraan ergerden of dat er te weinig plaats was. We zijn gezellig taart gaan eten, koffie gedronken en iedereen heeft een beetje gebabbeld. Iedereen heeft mogen zeggen wat hij/zij er van denkt. Het was een heel serene dag. De ruimte was zeker niet te klein, dat heb ik niet ervaren.

Vraag 10: De omgeving heeft een grote impact. Vond u dat er genoeg daglicht was en dat het uitzicht goed was? Uw schoonmoeder had geen terras, vond u dit een minpunt?

Nee, je kon met haar buiten. Had ze bijvoorbeeld meer nood aan licht, je kan altijd met haar buiten. In haar rolstoel. We gingen met haar alle dagen wandelen, omdat ze dat graag had. Op de kamer ging ze vooral rusten. Het hangt ook af van kamer tot kamer. Voor haar was het goed. Ze kon de vogeltjes horen en dat was voor haar geweldig.

Vraag 11: Hadden deze vogeltjes invloed?

Ja, was een goede ervaring. Vond ze heel leuk.

Vraag 12: Wat mij ook opviel de eerste keer, waren de geiten. Is dit positief? Is men hier mee bezig?

Vooraf voor de kleinkinderen. Als wij daar waren was dit een reden om de kinderen mee te nemen. Ze gaan buiten spelen. Je betreft er iedereen bij. Van iemand klein tot heel oud, men houdt er rekening mee. Dat er mogelijkheden zijn om dingen samen te doen.

Men had bijvoorbeeld ook een boek voor de kleinkinderen dat de situatie in kindertaal uitlegde.

Vraag 13: En qua begeleiding?

De begeleiding was heel goed. Je moest je daar thuis voelen. Wees niet verlegen. Als je een tas koffie wil, gewoon pakken. Op het laatst kon mijn schoonmoeder niets meer eten. Maar ze was helemaal weg van ijsjes. En om 10 uur 's avonds, de verzorging was te zwaar en ze was een beetje aan het klagen. En de verpleging heeft haar verteld dat als het hen lukt dan kreeg ze zelfs daneen heel grote bokaal ijs. Omdat ze dat van haar wisten. Er werden grapjes gemaakt.

Vraag 14: Ik ben ook op bezoek geweest bij de Mick in Brasschaat. Daar hadden ze haakjes waar men allerlei dingen kon ophangen; schilderijen, tekeningen... In hoeverre mocht men de kamer in Coda personaliseren?

Heel veel. De kleinkinderen hadden tekeningen gemaakt of dingen voor haar verjaardag. Alles mocht op de muren met 'zo die soort kauwgom'. Mochten alles doen. Foto's, kadertjes...

Vraag 15: En meubels? Was dit mogelijk of is dit niet noodzakelijk?

Dat weet ik niet. We hebben toen de vraag niet gesteld omdat we het zelf niet nodig vonden. Zij ook niet. Ze wou eigenlijk van thuis niets. Ze zei dat ze van haar thuis afscheid had genomen. En wat er thuis was, laat ik thuis. Ik kom hier en ik zie wat er gebeurt. Ze had er geen nood aan. Misschien voor andere mensen.

Vraag 16: Hebt u op het kleurgebruik gelet? Het is allemaal vrij neutraal?

Ik weet niet in de mate van, om voor iedereen goed te doen. Meestal is de opname in Coda zeer kort, mijn schoonmoeder is maar één maand daar geweest. Het langste wat ik toen daar heb gehoord, was drie maanden. Is voor hen lang. Je kan met heel veel dingen rekening houden maar voor mij persoonlijk dat dit een hele grote inpakt heeft. Als de rest zo goed is dat iets kleins. Ik ervaar dat zo.

Vraag 17: Word er genoeg aandacht besteed aan de veiligheid? Leuningen, alarmbellen...?

Ik denk persoonlijk wel. Ik weet wel, mijn schoonmoeder kon niet meer rechtstaan, de spieren namen af. Men had wel alle nodige toestellen om haar op een veilige manier te verzorgen. Ze was heel angstig in de passieve tillift. Wij hebben dit eerst thuis geprobeerd. Eentje gehoord. Ze was panisch. Daar heb ik haar nooit een probleem horen maken. Ze heeft meer vertrouwen gehad in die mensen dan bij ons thuis. Ze voelde zich daar veilig.

Vraag 18: Is een badkamer op de kamer noodzakelijk?

Ik denk wel dat het noodzakelijk is. Zij kon niet meer voor zichzelf zorgen, zij moest volledig gewassen worden. Eerst kon het nog in de badkamer, op de stoel maar op het einde ging dit niet meer dus moest ze volledig in bed gewassen worden. Maar als er mensen zijn die dat nog wel kunnen. Bijvoorbeeld bij kanker waarbij ze zichzelf nog kunnen douchen. Ze kon zich ook douchen in haar eigen badkamer in de stoel. Ik denk wel dat het nodig is.

Vraag 19: Wat vind u van de kamers?

Die zijn ruim genoeg. Ze had de ruimte voor de dingen die ze nog nodig had.

Vraag 20: Zijn deze huiselijk? Bijvoorbeeld in De Mick hadden ze hoog-laag bedden dat precies een gewoon bed was. In Coda zijn het nog echt ziekenhuis bedden. Zou dit verbeterd kunnen worden?

Ik denk met de tijd wel. Maar nu stoorde het niet.

De verzorging was er enorm goed. De mensen waren er goed voor haar.

De kamer was voor haar enkel om te slapen en om even te rusten. Maar als wij daar met zijn alle waren, waren wij in de grote zaal, in de living of buiten.

Vraag 21: In de hospice te Coda, vonden ze het vervelend dat ze met de rug naar de mensen aan het koken waren. Als we iets zouden veranderen, zouden we een kookeiland installeren. Wat vond u hiervan?

Dat geloof ik. Als wij in de keuken kwamen 's morgens was het ook een beetje te hectisch.

Wel een gezellige drukte.

Ik denk dat het voor de mensen die er werken meer frustrerend is, dan voor de mensen die er rond lopen.

Vraag 22: Als u iets negatief zou kunnen zeggen, wat zou dit zijn?

Moeilijke vraag want ik heb het zo goed ervaren, dat ik weinig negatiefs kan zeggen of dingen die ik zou veranderen. Het enige wat ik als 'minpunt' kan zeggen, is de keuken misschien. Maar voor de rest zou ik daar weinig veranderen.

Nu werk ik fulltime en is het niet mogelijk maar als ik de kans zou hebben om minder te gaan werken, zou ik later verkiezen om daar als vrijwilliger te werken.

8. Referentielijst

8.1. Bibliografie

Boeken:

(2002). **B**ouwen door de jaren heen 16N. Turnhout: Brepols.

Craps, B. (2013). *Niet alleen als je niet meer kunt genezen*. Berchem: Beullens.

Mens, N. & Wagenaar, C. (2009). *Healing environment : anders bouwen voor betere zorg*. Bussum: Toth.

Laureys, D. (2004). *Bouwen in beeld*. Turnhout: Brepols.

Mirkoff, H. (2011). *What to expect when you're expecting? (In verwachting, wat kun je verwachten?)*. Houten: Unieboek – Het spectrum.

Woodruff en Doyle, R. en D. (2011). *Handboek voor palliatieve zorg*. Antwerpen: Houtekiet.

Artikel:

Gaan voor dat gasthuis!, pp. 14-52.

Horsten, F. (2011). Kloosters en kloosterlingen. H.,F. (Ed.) *Hoogstraatse maand*, pp. 22-23. Hoogstraten: De Hoogstraatse pers bvba.

(2013). **P**alliatieve zorgen E-learningcursus RVT's groep gasthuiszusters van Antwerpen.

Scriptie of paper:

Van Den Berg, A. (2005). *Health impacts of healing envirnments*. Niet-gepubliceerde paper. Wageningen: Wageningen university and research center.

Van Der Linden, V. (2013). *Maggie's: 'Healing Environment' in ontwerppraktijk en gebruikerservaring*. Niet-gepubliceerde scriptie. Leuven: KU Leuven.

Van Doren, M. (2012). *Het fenomeen massa-studeren: een verkennend onderzoek*. Niet-gepubliceerde scriptie. Brussel: Vrije universiteit Brussel.

Online artikels

JDL. (2014). Studenten trekken steeds vaker naar de bibliotheek om er te studeren. *Nieuwsblad*. 11 januari 2014 via http://www.nieuwsblad.be/article/detail.aspx?articleid=DMF20140110_00921736 [Geraadpleegd op 1 april 2014]

RAM. (2011). Onderzoek naar serviceflats in oude rusthuis. *Nieuwsblad*. 10 februari 2011 via <http://www.nieuwsblad.be/article/detail.aspx?articleid=HS365QHE> [Geraadpleegd op 25 november 2013]

Verheijen, T. (2012). Werf in uitvoering: het nieuwe woon –en zorgcentrum. *Gazet van Antwerpen*. 25 februari 2012 via <http://www.gva.be/regio-kempen/hoogstraten/werf-in-uitvoering-het-nieuwe-woon-en-zorgcentrum.aspx> [Geraadpleegd op 19 december 2013]

Verheyen, T. (2011). Bibliotheek UA vol met blokkende studenten. *De Standaard*. 12 januari 2011 via <http://www.standaard.be/cnt/9634sa3p> [Geraadpleegd op 26 januari 2014]

E-books

Dingemans, G. (2007). *In vredesnaam; religie in een democratische samenleving* (ebook), via http://books.google.be/books?id=n8vSjJ37kJ4C&printsec=frontcover&dq=in+vredesnaam;+religie+in+een+democratische+samenleving&hl=nl&sa=X&ei=sPpLU_3TNImPtAb6qYGwDQ&ved=0CDIQ6AEwAA#v=onepage&q=in%20vredesnaam%3B%20religie%20in%20een%20democratische%20samenleving&f=false [Geraadpleegd op 3 april 2014]

Dr. Smeijsters, H. (1991). *Muziektherapie als psychotherapie* (ebook), via http://books.google.be/books?id=MpDDck1-55UC&pg=PA1&dq=muziektherapie&hl=nl&sa=X&ei=2Xs6U4_TCq7Y7AbRhID4BA&redir_esc=y#v=onepage&q=muziektherapie&f=false [Geraadpleegd op 1 april 2014]

Nieuwboer, C. (2005). *Samen zwanger* (ebook), via http://books.google.be/books?id=YdWpObs8gFAC&pg=PA104&dq=poliklinisch+bevallen&hl=nl&sa=X&ei=IY6U4CPliiThQeCjYGQDw&redir_esc=y#v=onepage&q=-poliklinisch%20bevallen&f=false [Geraadpleegd op 10 maart 2014]

Prof. Dr. Wouter, W.A. (2006). *Als genezen niet meer mogelijk is* (ebook), via <http://books.google.be/books?id=LiLX8BVFNWMC&pg=PA87&pg=PA87&dq=prof+de+wouter+wat+als+genezen+niet+meer+mogelijk+is&source=bl&ots=ywTS503Xks&sig=l-BEwL5IVMW1LxOk3GmCuFKgLS&hl=nl&sa=X&ei=omxqU7S2JcSVP-JaHgbgl&ved=0CDgQ6AEwAQ#v=onepage&q=prof%20de%20wouter%20wat%20als%20genezen%20niet%20meer%20mogelijk%20is&f=false> [Geraadpleegd op 17 december 2014]

Sternberg, E. (2009). *Healing spaces* (ebook), via http://books.google.be/books?id=EiV42F85iDgC&printsec=frontcover&dq=healing+places&hl=nl&sa=X&ei=5x1ZU_j-F8yCyAO12YHQBA&redir_esc=y#v=onepage&q=healing%20places&f=false [Geraadpleegd op 2 april 2014]

Websites:

- A**rchitects journal. (2010). *Maggie's Cancer Caring Centre, Cheltenham, by MJP Architects*, via <http://www.architectsjournal.co.uk/maggies-cancer-caring-centre-cheltenham-by-mjp-architects/8608760.article> [Geraadpleegd op 22 februari 2014]
- B**NI. (2011). *Healing environment*, via <http://www.bni.nl/bni-magazine/magazine/healing-environment.php> [Geraadpleegd op 1 april 2014]
- C**ongregatie Zusters Onze-Lieve-Vrouw van 7 Weeën Ruiselede. (2014). *Geschiedenis van de congregatie*, via <http://www.olv7weeen.be/nl/geschiedenis-van-de-congregatie> [Geraadpleegd op 15 december 2013]
- D**elft institute of positive design. (2012). *Our mission*, via <http://studiolab.ide.tudelft.nl/diopd/about-us/mission/> [Geraadpleegd op 14 maart 2014]
- D**ezeen. (2011). *Maggie's Centre Cheltenham by MJP Architects*, via <http://www.dezeen.com/2011/01/04/maggies-centre-cheltenham-by-mjp-architects/> [Geraadpleegd op 5 november 2013]
- D**e sociale zekerheid. (2014). *Loopbaanonderbreking in het kader van het palliatief verlot*, via https://www.socialezekerheid.be/CMS/nl/citizen/displayThema/private_life/PRITH_7/PROTH_3_4.xml [Geraadpleegd op 5 maart 2014]
- E**rfgoedbank Hoogstraten. (2013). *Beeldbank Hoogstraten*, via <http://www.erfgoedbankhoogstraten.be/php/hoogstraten1.php> [Geraadpleegd op 19 december 2013]
- G**alinsky. (2006). *Home for senior citizens, Chur, Switzerland-Peter 1993*, via <http://www.galinsky.com/buildings/elderly/> [Geraadpleegd op 16 april 2014]
- 't **G**eboortehuis. (2014) *Wat doen we?*, via <http://www.tgeboortehuis.be> [Geraadpleegd op 25 januari 2014]
- G**eboorte info centrum. (2014). *Pas bevallen?*, via <http://www.geboorte-infocentrum.be/pasbevallen.html> [Geraadpleegd op 7 maart 2014]
- G**eboortehuizen in Vlaanderen. (2014). *Definitie*, via <http://www.geboortehuizen.be/> [Geraadpleegd op 7 maart 2014]
- G**ezondheid. (2011). *Palliatieve sedatie*, via http://www.gezondheid.be/index.cfm?fuseaction=art&art_id=3328 [Geraadpleegd op 10 januari 2014]
- G**ommer, AM. (2013). *Neem het aantal mensen met kanker toe of af?*, via <http://www.nationaalkompas.nl/gezondheid-en-ziekte/ziekten-en-aandoeningen/kanker/trend/> [Geraadpleegd op 12 maart 2014]
- H**olgate, P. (2012). *A Case Study Evaluation Of Maggie's Cancer Caring Centre Cheltenham*, via <http://www.presidentsmedals.com/Entry-13490> [Geraadpleegd op 5 maart 2014]
- H**oogstraten stadsbestuur. (2014). *Sociale kaart*, via <http://www.hoogstraten.be/Sociale-Kaart.html> [Geraadpleegd op 18 december 2013]
- H**oogstraten stadsbestuur museum. (2014). *De stadsgeschiedenis van Hoogstraten*, via <http://museum.hoogstraten.be/Stadsgeschiedenis.html> [Geraadpleegd op 18 december 2013]

- K**empen resoc. (2014). *Streekpactcijfers – demografie*, via <http://www.resockempen.be/regiocijfers/streekpactcijfers-demografie/> [Geraadpleegd op 26 februari 2014]
- K**ind & gezin. (2013). *Bevallingsplaats*, via <http://www.kindengezin.be/zwangerschap-en-geboorte/geboorte/geboorte-voorbereiden/bevallingsplaats/#In-een-kraamkliniek-beval> [Geraadpleegd op 5 december 2013]
- K**irsten. (2013). *Wachtbeleving ziekenhuis*, via <http://www.novimores.nl/2013/03/wachtbeleving-ziekenhuis/> [Geraadpleegd op 14 april 2014]
- L**eaven. (2014). *De invloed van licht op de mens*, via <http://www.laeven.net/invloed-van-licht-op-mens/> [Geraadpleegd op 2 april 2014]
- M**aggie's. (2014). *Who was Maggie?*, via <https://www.maggiescentres.org> [Geraadpleegd op 5 november 2013]
- M**JP architects. (2014). *Maggie's cancer care centre*, via <http://www.mjparchitects.co.uk/projects/maggies-cancer-care-centre/> [Geraadpleegd op 26 februari 2014]
- N**etwerk palliatieve zorg. (2014). *Wat is palliatieve zorg?*, via <http://www.npzl.be/nl/wat-is-palliatieve-zorg> [Geraadpleegd op 31 januari 2014]
- N**etwerk palliatieve zorg Gent-Eeklo. (2005). *Palliatieve zorg: wat, waar en welke tegemoetkomingen?*, via <http://www.alsliga.be/index.php?id=123> [Geraadpleegd op 31 januari 2014]
- N**ierman, G. (2013). *Healing environment*, via <http://www.royalhaskoninggebouwinstallaties.com/nl-nl/The-ma's/Pages/Healing%20Environment.aspx> [Geraadpleegd op 5 december 2013]
- O**pen ceiling. (2014). *Healing environment*, via <http://www.openceilings.nl/nl/healingenvironment> [Geraadpleegd op 1 april 2014]
- P**alliatief verplegen. (2014). *Wat is palliatieve zorg?*, via <http://www.palliatiefverplegen.nl/index/palliatieve%20zorg.html> [Geraadpleegd op 3 april 2014]
- P**anal VZW. (2014). *Definitie van palliatieve zorg*, via <http://www.panal.be/nl/page/definitie-van-palliatieve-zorg.html> [Geraadpleegd op 20 december 2014]
- P**ortaal Belgium. (2012). *Palliatief verlof*, via http://www.belgium.be/nl/werk/loopbaanbeheer/verlof_en_loopbaanonderbrekingen/tijdskrediet_en_loopbaanonderbreking/palliatief_verlof/ [Geraadpleegd op 31 januari 2014]
- S**int Elisabeth Hasselt vzw. (2014). *Het palliatief zorgbeleid*, via <http://www.begralim.be/documents/rechter-menu/woonenzorgcentra/palliatief-zorgbeleid-definitief4.pdf> [Geraadpleegd op 2 april 2014]
- S**tadsbestuur Geel. (2010). *Gasthuis museum Geel*, via <http://www.gasthuismuseumgeel.be> [Geraadpleegd op 9 december 2013]
- S**tichting tegen kanker. (2014). *Palliatief verlof*, via <http://www.kanker.be/palliatief-verlof> [Geraadpleegd op 10 januari 2014]
- S**tudio dvo. (2012). *Healing environment*, via <http://www.studiodvo.com/healing-environment/> [Geraadpleegd op 3 april 2014]

Team Vlaamse bouwmeester. (2014). *Pilootproject 4: vzw Coda in Wuustwezel*, via <http://www.vlaamsbouwmeester.be/thema%27s/zorg/pilootprojecten/wuustwezel.aspx> [Geraadpleegd op 5 februari 2014]

Tilman, H. (2013). Nieuwe zakelijkheid in verschiet, via <http://www.dearchitect.nl/blogs/2013/08/26/zakelijkheid-ziekenhuis-evidence-based-ontwerp.html> [Geraadpleegd op 31 januari 2014]

UZ Leuven. (2013). *Palliatieve zorg*, via <https://www.uzleuven.be/palliatieve-zorg/palliatieve-zorg> [Geraadpleegd op 20 december 2014]

VanDale. (2014). via <http://www.vandale.be> [Geraadpleegd op 2 april 2014]

Van Dijk, J. (2013). *Wat is healing environment?*, via <http://www.omgevingspsycholoog.nl/healing-environment/> [Geraadpleegd op 1 april 2014]

Van Hulst, W. (2005). *Genezende ziekenhuisgebouwen*, via <http://www.archined.nl/nieuws/genezende-ziekenhuisgebouwen/> [Geraadpleegd op 5 december 2013]

Van Kets, L. (2010). *Persbericht*, via <https://www.belfius.be/NR/rdonlyres/13D2CD09-4536-4380-9B09-746C3A1FD416/0/PersberichtDeMickBrasschaatDexiaFoundation23112010.pdf> [Geraadpleegd op 2 april 2014]

Wandeling van het jaar. (2013). *Gevangen tussen grens en groen Hoogstraten*, via <http://www.wandelingvanhetjaar.be/wandeling/gevangen-tussen-grens-en-groen-hoogstraten/> [Geraadpleegd op 15 november 2013]

YFU. (2014). *Op uitwisseling met YFU*, via <http://www.yfu.be> [Geraadpleegd op 2 april 2014]

9.2. Afbeeldingen

1. Bieke Hillen, 2014 (eigen beeldarchief: rendering)
2. Nobofoto. (2010). *Once upon in Zwollywood*, via <https://www.flickr.com/photos/nobofoto/4866375208/>[...] [Geraadpleegd op 16 april 2014]
3. Kaarten overgenomen van werkelijke documenten zoals stafkaart en google earth.
4. Kaarten overgenomen van werkelijke documenten zoals stafkaart en google earth.
5. Wandeling van het jaar. (2013). *Gevangen tussen grens en groen Hoogstraten*, via <http://www.wandelingvanhetjaar.be/wandeling/gevangen-tussen-grens-en-groen-hoogstraten/> [Geraadpleegd op 15 november 2013]
6. Van Balen, J. (2011). *Excursie Hoogstraten, met fotooverslag*, via (http://www.voetvanoudheusden.nl/index.php?option=com_content&view=article&id=507) [Geraadpleegd op 15 april 2014]
7. Kaarten overgenomen van werkelijke documenten zoals stafkaart en google earth.
8. Stadsbestuur Geel. (2010). *Gasthuis museum Geel*, via <http://www.gasthuismuseumgeel.be> [Geraadpleegd op 9 december 2013]
9. Stadsbestuur Geel. (2010). *Gasthuis museum Geel*, via <http://www.gasthuismuseumgeel.be> [Geraadpleegd op 9 december 2013]
10. Gaan voor dat gasthuis!, pp. 14-52.
11. Gaan voor dat gasthuis!, pp. 14-52.
12. Gaan voor dat gasthuis!, pp. 14-52.
13. Gaan voor dat gasthuis!, pp. 14-52.
14. Gaan voor dat gasthuis!, pp. 14-52.
15. Gaan voor dat gasthuis!, pp. 14-52.
16. Gaan voor dat gasthuis!, pp. 14-52.
17. Gaan voor dat gasthuis!, pp. 14-52.
18. Ghielens. (2014). *Restauratiewerken Ghielens*, via <http://ghielensnv.be/Schilderwerken.asp> [Geraadpleegd op 15 april 2014]
19. Gaan voor dat gasthuis!, pp. 14-52.

20. Erfgoedbank Hoogstraten. (2013). *Beeldbank Hoogstraten*, via <http://www.erfgoedbankhoogstraten.be/php/hogstraten1.php> [Geraadpleegd op 19 december 2013]
21. Erfgoedbank Hoogstraten. (2013). *Beeldbank Hoogstraten*, via <http://www.erfgoedbankhoogstraten.be/php/hogstraten1.php> [Geraadpleegd op 19 december 2013]
22. Erfgoedbank Hoogstraten. (2013). *Beeldbank Hoogstraten*, via <http://www.erfgoedbankhoogstraten.be/php/hogstraten1.php> [Geraadpleegd op 19 december 2013]
23. Erfgoedbank Hoogstraten. (2013). *Beeldbank Hoogstraten*, via <http://www.erfgoedbankhoogstraten.be/php/hogstraten1.php> [Geraadpleegd op 19 december 2013]
24. Erfgoedbank Hoogstraten. (2013). *Beeldbank Hoogstraten*, via <http://www.erfgoedbankhoogstraten.be/php/hogstraten1.php> [Geraadpleegd op 19 december 2013]
25. Horsten, F. (2011). *Kloosters en kloosterlingen*. H.,F. (Ed.) Hoogstraatse maand, pp. 22-23. Hoogstraten: De Hoogstraatse pers bvba.
26. Erfgoedbank Hoogstraten. (2013). *Beeldbank Hoogstraten*, via <http://www.erfgoedbankhoogstraten.be/php/hogstraten1.php> [Geraadpleegd op 19 december 2013]
27. Erfgoedbank Hoogstraten. (2013). *Beeldbank Hoogstraten*, via <http://www.erfgoedbankhoogstraten.be/php/hogstraten1.php> [Geraadpleegd op 19 december 2013]
28. Erfgoedbank Hoogstraten. (2013). *Beeldbank Hoogstraten*, via <http://www.erfgoedbankhoogstraten.be/php/hogstraten1.php> [Geraadpleegd op 19 december 2013]
29. Erfgoedbank Hoogstraten. (2013). *Beeldbank Hoogstraten*, via <http://www.erfgoedbankhoogstraten.be/php/hogstraten1.php> [Geraadpleegd op 19 december 2013]
30. Erfgoedbank Hoogstraten. (2013). *Beeldbank Hoogstraten*, via <http://www.erfgoedbankhoogstraten.be/php/hogstraten1.php> [Geraadpleegd op 19 december 2013]
31. Gaan voor dat gasthuis!, pp. 14-52.
32. Bieke Hillen, 2014 (eigen beeldarchief)
33. Gaan voor dat gasthuis!, pp. 14-52.
34. Bieke Hillen, 2014 (eigen beeldarchief)
35. Gaan voor dat gasthuis!, pp. 14-52.
36. Bieke Hillen, 2014 (eigen beeldarchief)
37. Bieke Hillen, 2014 (eigen beeldarchief)

38. Holebi info. (2014). *Primeur: wetenschappers genezen met HIV besmette baby*, <http://www.holebi.info/php-news/kortnews.php?action=fullnews&id=10701> [Geraadpleegd op 15 april 2014]
39. Bieke Hillen, 2014 (eigen beeldarchief)
40. Bieke Hillen, 2014 (eigen beeldarchief)
41. Bieke Hillen, 2014 (eigen beeldarchief)
42. Van Doren, M. (2012). *Het fenomeen massa-studeren: een verkennend onderzoek*. Niet-gepubliceerde scriptie. Brussel: Vrije universiteit Brussel.
43. Reynders. (2013). *Oude gevangenis universiteit Hasselt*, via <http://www.reynders.be/nl/projecten-in-uitvoering/bouw/oude-gevangenis-universiteit-hasselt/> [Geraadpleegd op 17 maart 2014]
44. Reynders. (2013)? *Oude gevangenis universiteit Hasselt*, via <http://www.reynders.be/nl/projecten-in-uitvoering/bouw/oude-gevangenis-universiteit-hasselt/> [Geraadpleegd op 17 maart 2014]
45. MagUZA. (2014). *Palliatieve zorg: comfort staat centraal*, via <http://www.maguza.be/dossiers/p/artikel-dossier/palliatieve-zorg-comfort-staat-centraal> [Geraadpleegd op 1 april 2014]
46. Familiezorg West-Vlaanderen. (2011) Vrijwilligers gezocht voor aanvullende thuiszorg, via http://oronieuws.blogspot.be/2011_09_18_archive.html [Geraadpleegd op 1 april 2014]
47. Dezeen. (2011). *Maggie's Centre Cheltenham by MJP Architects*, via <http://www.dezeen.com/2011/01/04/maggies-centre-cheltenham-by-mjp-architects/> [Geraadpleegd op 5 november 2013]
48. Dezeen. (2011). *Maggie's Centre Cheltenham by MJP Architects*, via <http://www.dezeen.com/2011/01/04/maggies-centre-cheltenham-by-mjp-architects/> [Geraadpleegd op 5 november 2013]
49. Dezeen. (2011). *Maggie's Centre Cheltenham by MJP Architects*, via <http://www.dezeen.com/2011/01/04/maggies-centre-cheltenham-by-mjp-architects/> [Geraadpleegd op 5 november 2013]
50. Dezeen. (2011). *Maggie's Centre Cheltenham by MJP Architects*, via <http://www.dezeen.com/2011/01/04/maggies-centre-cheltenham-by-mjp-architects/> [Geraadpleegd op 5 november 2013]

51. Dezeen. (2011). *Maggie's Centre Cheltenham by MJP Architects*, via <http://www.dezeen.com/2011/01/04/maggies-centre-cheltenham-by-mjp-architects/> [Geraadpleegd op 5 november 2013]
52. Dezeen. (2011). *Maggie's Centre Cheltenham by MJP Architects*, via <http://www.dezeen.com/2011/01/04/maggies-centre-cheltenham-by-mjp-architects/> [Geraadpleegd op 5 november 2013]
53. Dezeen. (2011). *Maggie's Centre Cheltenham by MJP Architects*, via <http://www.dezeen.com/2011/01/04/maggies-centre-cheltenham-by-mjp-architects/> [Geraadpleegd op 5 november 2013]
54. Dezeen. (2011). *Maggie's Centre Cheltenham by MJP Architects*, via <http://www.dezeen.com/2011/01/04/maggies-centre-cheltenham-by-mjp-architects/> [Geraadpleegd op 5 november 2013]
55. Dezeen. (2011). *Maggie's Centre Cheltenham by MJP Architects*, via <http://www.dezeen.com/2011/01/04/maggies-centre-cheltenham-by-mjp-architects/> [Geraadpleegd op 5 november 2013]
56. Holgate, P. (2012). *A Case Study Evaluation Of Maggie's Cancer Caring Centre Cheltenham*, via <http://www.presidentsmedals.com/Entry-13490> [Geraadpleegd op 5 maart 2014]
57. Dezeen. (2011). *Maggie's Centre Cheltenham by MJP Architects*, via <http://www.dezeen.com/2011/01/04/maggies-centre-cheltenham-by-mjp-architects/> [Geraadpleegd op 5 november 2013]
58. Dezeen. (2011). *Maggie's Centre Cheltenham by MJP Architects*, via <http://www.dezeen.com/2011/01/04/maggies-centre-cheltenham-by-mjp-architects/> [Geraadpleegd op 5 november 2013]
59. Maggie's. (2014). *Architecture and design*, via <https://www.maggiescentres.org> [Geraadpleegd op 5 november 2013]
60. Dezeen. (2011). *Maggie's Centre Cheltenham by MJP Architects*, via <http://www.dezeen.com/2011/01/04/maggies-centre-cheltenham-by-mjp-architects/> [Geraadpleegd op 5 november 2013]
61. Dezeen. (2011). *Maggie's Centre Cheltenham by MJP Architects*, via <http://www.dezeen.com/2011/01/04/maggies-centre-cheltenham-by-mjp-architects/> [Geraadpleegd op 5 november 2013]
62. Team Vlaamse bouwmeester. (2014). *Pilootproject 4: vzw Coda in Wuustwezel*, via <http://www.vlaamsbouwmeester.be/thema%27s/zorg/pilootprojecten/wuustwezel.aspx> [Geraadpleegd op 5 februari 2014]
63. Team Vlaamse bouwmeester. (2014). *Pilootproject 4: vzw Coda in Wuustwezel*, via <http://www.vlaamsbouwmeester.be/thema%27s/zorg/pilootprojecten/wuustwezel.aspx> [Geraadpleegd op 5 februari 2014]
64. Team Vlaamse bouwmeester. (2014). *Pilootproject 4: vzw Coda in Wuustwezel*, via <http://www.vlaamsbouwmeester.be/thema%27s/zorg/pilootprojecten/wuustwezel.aspx> [Geraadpleegd op 5 februari 2014]

65. Team Vlaamse bouwmeester. (2014). *Pilootproject 4: vzw Coda in Wuustwezel*, via <http://www.vlaamsbouwmeester.be/thema%27s/zorg/pilootprojecten/wuustwezel.aspx> [Geraadpleegd op 5 februari 2014]
66. Team Vlaamse bouwmeester. (2014). *Pilootproject 4: vzw Coda in Wuustwezel*, via <http://www.vlaamsbouwmeester.be/thema%27s/zorg/pilootprojecten/wuustwezel.aspx> [Geraadpleegd op 5 februari 2014]
67. Team Vlaamse bouwmeester. (2014). *Pilootproject 4: vzw Coda in Wuustwezel*, via <http://www.vlaamsbouwmeester.be/thema%27s/zorg/pilootprojecten/wuustwezel.aspx> [Geraadpleegd op 5 februari 2014]
68. Team Vlaamse bouwmeester. (2014). *Pilootproject 4: vzw Coda in Wuustwezel*, via <http://www.vlaamsbouwmeester.be/thema%27s/zorg/pilootprojecten/wuustwezel.aspx> [Geraadpleegd op 5 februari 2014]
69. Team Vlaamse bouwmeester. (2014). *Pilootproject 4: vzw Coda in Wuustwezel*, via <http://www.vlaamsbouwmeester.be/thema%27s/zorg/pilootprojecten/wuustwezel.aspx> [Geraadpleegd op 5 februari 2014]
70. Bieke Hillen, 2014 (eigen beeldarchief)
71. De Mick. (2010). *Foto's*, via http://www.demick.be/fotos_woon_en_zorgcentrum_centrum_voor_kort_verblijf.html [Geraadpleegd op 18 november 2013]
72. Bieke Hillen, 2014 (eigen beeldarchief)
73. De Mick. (2010). *Foto's*, via http://www.demick.be/fotos_woon_en_zorgcentrum_centrum_voor_kort_verblijf.html [Geraadpleegd op 18 november 2013]
74. De Mick. (2010). *Foto's*, via http://www.demick.be/fotos_woon_en_zorgcentrum_centrum_voor_kort_verblijf.html [Geraadpleegd op 18 november 2013]
75. De Mick. (2010). *Foto's*, via http://www.demick.be/fotos_woon_en_zorgcentrum_centrum_voor_kort_verblijf.html [Geraadpleegd op 18 november 2013]
76. De Mick. (2010). *Foto's*, via http://www.demick.be/fotos_woon_en_zorgcentrum_centrum_voor_kort_verblijf.html [Geraadpleegd op 18 november 2013]
77. Bieke Hillen, 2014 (eigen beeldarchief)
78. Bieke Hillen, 2014 (eigen beeldarchief)
79. Bieke Hillen, 2014 (eigen beeldarchief)
80. Bieke Hillen, 2014 (eigen beeldarchief)
81. Bieke Hillen, 2014 (eigen beeldarchief)
82. Bieke Hillen, 2014 (eigen beeldarchief)
83. Bieke Hillen, 2014 (eigen beeldarchief)
84. Bieke Hillen, 2014 (eigen beeldarchief)

85. Bieke Hillen, 2014 (eigen beeldarchief)
86. Bieke Hillen, 2014 (eigen beeldarchief)
87. Bieke Hillen, 2014 (eigen beeldarchief)
88. Bieke Hillen, 2014 (eigen beeldarchief)
89. Detail daily. (2011). *Modular system for a soft shelter*, via <http://www.detail-online.com/daily/modular-system-for-a-soft-shelte-153/> [Geraadpleegd op 5 mei 2014]
90. Ramono. (2010). *Duplex*, via <http://www.ramona.typepad.fr/ramona/2010/09/duplex.html> [Geraadpleegd op 4 mei 2014]

