



IMPACT

ONDERBOUWEND ONDERZOEK

van aken architecten

**VA
A.**



© van aken architecten, 2007 - 2010

door:

Branka Vuksanović
Maarten Castelijns
Roel Lamers
Maartje van Bavel

contactgegevens:

adres	postbus 6424 5600 HK eindhoven
telefoon	040-2163311
fax	040-2163311
email	info@vanakenarchitecten.nl
website	www.vanakenarchitecten.nl

INHOUDSOPGAVE

Aanleiding en motivatie		4
Aanpak van de case study		5
(A) onderbouwend onderzoek		
A1	Wanneer ben je gek? Cultuur en diagnose.	8
A2	Een psychose in woord en beeld.	10
A3	Van door de duivel bezeten tot cliënt.	12
A4	Stand van zaken in de hedendaagse Nederlandse psychiatrie.	13
A5	Het psychiatrische ziekenhuis in historische perspectief, in woord.	16
	Het psychiatrische ziekenhuis in historische perspectief, in beeld.	26
A6	De kwaliteit van de huisvesting in het hedendaagse psychiatrische ziekenhuis.	30
A7	Deskundigen over huisvesting in de psychiatrie	
	a. Luc Nelissen, een bouwmanager in de psychische zorgsector.	32
	b. Philippe Delespaul, een beleidsmaker in de psychiatrie.	34
	c. Willem Rijks, praktiserend psychiater.	37
	d. Remy Roest, praktiserend psychiater.	40
	e. Detlef Petry, praktiserend psychiater.	43
	f. Remco, psychiatrisch patiënt, bewoner van een gesloten afdeling.	45
A8	Om gek van te worden. Een etmaal in het gekkenhuis.	48
(B) bijlagen		
B1	Conclusie	54
B2	Dankwoord	57
B3	Beschrijving van psychiatrische stoornissen	58
B4	Verklarende begrippenlijst	62
B5	Literatuurlijst	63

In 2007 is van aken architecten begonnen met een opdracht: 'het ontwerp voor de nieuwe, vervangende huisvesting voor de patiënten in de langdurige psychiatrische zorg'. Bij aanvang van een dergelijk ontwerpproces, krijgt de architect een uitgekiend Programma van Eisen waarin alle onderdelen van het toekomstige gebouw worden beschreven. Ook staan hierin zaken zoals de grootte van elke ruimte, hoe de onderlinge relaties zijn tussen de verschillende ruimten in het gebouw, de bouwtechnische en installatietechnische eisen per ruimte en de lijst met de toe te passen materialen.

Als architect ben je in het ontwerpteam in gesprek met een aantal betrokken mensen: de huisvestingsadviseur van de instelling, de managers van de instelling, teamleiders van de betreffende afdeling, af en toe met de afdelingspsychiater.

In het begin van dit ontwerpproces, was het werkgebied van de GGZ een onbekend terrein voor ons. Met overgave verdiepten we ons in het PVE. Tijdens de vergaderingen met het ontwerpteam stelden we vele vragen aan de andere teamleden. 'Wie zijn eigenlijk de mensen die het toekomstige gebouw gaan bewonen?' 'Wie zijn deze mensen die gemiddeld 7 jaar lang in een gesloten afdeling verblijven?' 'Wie zijn die volwassen mensen die zonder de begeleiding niet naar buiten mogen?' 'In welke vorm, organisatie en structuren gaan we het vuistdikke Programma van Eisen vertalen?' We merkten dat we naar specifieke antwoorden zochten die niet in het PVE stonden.

Het eerste bezoek aan de gesloten afdeling van deze instelling laat een onuitwisbare indruk op ons achter. In een lage, brede, donkere gang schuifelen de mensen doelloos rond. Voetje voor voetje. Onder het TL-licht zien ze er bleek uit. De gang, die nergens toe leidt, ligt middenin het flatgebouw. Zonder ooit een straaltje daglicht. Het plafond van donkerbruine houten latjes maakt de gang nog donkerder. Op de vloer ligt hard linoleum, die duidelijke sporen vertoont van duizenden schuifelende schreden. Een troosteloze omgeving, waar deze mensen verblijven. Dag in, dag uit, jaar in jaar uit. Sommigen zijn hier al meer dan 20 jaar tijdelijk op bezoek...

Met een ongemakkelijk gevoel, verlaten we het gebouw. De verleiding om verontwaardigd te worden over de huisvesting van deze zieke mensen, is groot. We vragen ons af of er in deze omgeving een stap naar het

welbevinden van deze patiënten mogelijk is, ondanks de deskundigheid en toewijding van de zorgverleners van de instelling. We veronderstellen dat destijds het ontwerp voor dit gebouw uit allerbeste bedoelingen is ontstaan. Zeer waarschijnlijk ook met een uitgekiend Programma van Eisen met de nieuwste ideeën over de beste huisvesting als basis. Toch blijkt dit gebouw totaal ongeschikt te zijn voor deze groep patiënten. Hoe kunnen we voorkomen dat steeds dezelfde fouten opnieuw worden gemaakt?

We hebben besloten om ons te verdiepen in deze materie met het doel om antwoorden te zoeken op de volgende vragen:

- *Wat zijn de ingrediënten van het ontwerp voor een adequate huisvesting voor psychiatrische patiënten, die aangewezen zijn op de langdurige zorg in een gesloten setting ?*
- *Welke elementen van de gebouwde omgeving het welbevinden van zijn bewoners bevorderen en welke het welbevinden in de weg staan?*

Dat was het begin van deze casestudie, IMPACT, die nu voor u ligt.

Met IMPACT vragen we aandacht voor de kwaliteit van de leefomgeving van de mensen met een psychiatrische aandoening in de langdurige zorg. Het slotstuk van deze studie, het IMPACT instrument, biedt beleidsmakers en ontwerpers handvatten in het proces van het oprichten van een huisvesting voor deze groep zorgbehoevende mensen.

van aken architecten, december 2010

team IMPACT: Branka Vuksanović
Maarten Castelijns
Maartje van Bavel
Roel Lamers

“IMPACT onderzoekt hoe architectuur ingezet kan worden om het leven van bewoners van een gesloten inrichting voor langdurige psychiatrische zorg te verrijken.”

De studie is opgebouwd uit drie onderdelen. Te beginnen met het opbouwen van een theoretische basis; gevolgd door het uitwerken van een ontwerp onderzoek, dat uiteindelijk resulteerde in het derde deel, het IMPACT-instrument.

A. Het onderbouwend onderzoek

In het eerste deel, de theoretische basis, hebben we relevante informatie en aanwezige kennis uit verschillende bronnen verzameld en bestudeerd. De focus van het vooronderzoek ligt op het typeren van de bewoners van een gesloten afdeling en hoe de huisvesting in de psychiatrie zich door de jaren heen heeft ontwikkeld. Hiervoor hebben we literatuuronderzoek verricht op diverse gebieden. Uiteenlopend van statistische gegevens over het aantal mensen met een psychiatrische aandoening in Nederland en de aard van de ziekte beelden, omgevingspsychologie tot aan de ‘healing-environment’ thema’s. Er is een studie gedaan naar de historie en actualiteit van de huisvesting van de psychiatrische patiënten. Daarnaast hebben we een aantal deskundigen en betrokken partijen op dit vlak geïnterviewd; zoals verschillende psychiaters, een beleidsmaker in de GGZ, een huisvestingsadviseur op gebied van GGZ en psychiatrische patiënten. Om enigszins een idee te krijgen hoe het aanvoelt om in een psychiatrische instelling te verblijven, heeft een van de teamleden, architect Maarten Castelijns, een dag en een nacht doorgebracht op een gesloten afdeling voor langdurige psychiatrische zorg. Deze ervaring heeft op Maarten een diepe indruk achtergelaten. Door 24 uur lang zelf te ondervinden op welke manier een bewoner zijn dag in een gesloten afdeling doorbrengt, beleefde Maarten de dagelijkse gang van zaken en proefde de sfeer tussen de patiënten onderling en tussen de patiënten en de staf. Hij won op deze manier het vertrouwen van de bewoners en stafleden waardoor hij de kans kreeg om informele gesprekken met ze te kunnen voeren. Informatie uit het vooronderzoek vormt het fundament van het tweede deel van de casestudie: het ontwerp onderzoek.

B. Het ontwerp onderzoek

Uit het theoretische en ervaringsgerichte

vooronderzoek is het ontwerp onderzoek ontstaan, dat de eigenschappen van de gebouwde omgeving, het leefgebied van de bewoner van een gesloten inrichting in de langdurige psychiatrische zorg, analyseert en bestudeert. Het leefgebied van de bewoner kan gedefinieerd worden als een optelsom van verschillende leefruimten, de schillen. Het ontwerp onderzoek begint bij de meest private leefruimte van de bewoner en gaat vervolgens telkens een stapje verder buiten de persoonlijke cirkel, tot het moment waarop het leefgebied van de bewoner volledig in kaart gebracht is. Elk van de schillen, de verschillende leefruimten, wordt geanalyseerd waarbij de invloed van de eigenschappen van een leefruimte op de bewoner het uitgangspunt is. Deze eigenschappen worden gedefinieerd op drie gebieden: de ‘mindware’, de ‘software’ en de ‘hardware’. Met de mindware worden de gewenste karakteristieken van elke leefruimte in beeld gebracht, de software omschrijft de aanpasbare fysieke eigenschappen van de ruimte, de hardware de permanente fysieke eigenschappen.

C. Het IMPACT instrument

De gegevens en bevindingen uit het ontwerp onderzoek worden omgezet naar een toepasbaar ontwerpgerederschap, het IMPACT instrument. De functie van het IMPACT instrument is om ontwerpers en besluitvormers bewust te maken van de enorme invloed, de IMPACT, die elke ontwerpkeuze heeft op het leven en welbevinden van de bewoners in een gesloten afdeling. Het IMPACT-instrument is een leidraad die begeleidt in het maken van veel keuzes tijdens het ontwerpproces. De gebruiker van het instrument krijgt een extra portie fundamentele informatie vanuit het perspectief van de bewoners van een gesloten afdeling in de langdurige zorg, diegene waar het een gebouw voor gebouwd wordt.

In dit deel word het eerste deel van het onderzoek toegelicht, het onderbouwend onderzoek.

ONDERBOUWEND ONDERZOEK



A1. WANNEER BEN JE GEK? CULTUUR EN DIAGNOSE

Wat betekent de term “psychiatrische patiënt” nu eigenlijk? Binnen de geneeskunde is de psychiatrie een specialisme dat gericht is op bestudering van de psychische ziektebeelden en behandeling van mensen met een psychische stoornis, de psychiatrische patiënten. In de spreektaal worden de mensen met een psychische aandoening vaak als ‘gek’ of ‘abnormaal’ aangeduid.

Grens tussen normaal en abnormaal en cultuur en tijd

Wat in een samenleving wel en niet als normaal wordt beschouwd, wordt in de regel bepaald door de meerderheid, de grote groep. Het is de cultuur, gedefinieerd als het geheel aan waarden en normen, die bepaalt wat in een groep als normaal of niet normaal geldt. Zo kan het gebeuren dat bepaald gedrag ‘abnormaal’ wordt genoemd door een groep, terwijl anderen dat gedrag heel normaal vinden. Mensen uit Indonesië die na de oorlog naar Nederland verhuisden, kregen vaak ten onrechte de diagnose schizofrenie gesteld, als ze psychisch in problemen kwamen. Men veronderstelde dat ze hallucineerden. Er werd geen rekening gehouden met Indonesische culturele gebruiken, waarin geesten veelvuldig voorkomen.

Psychiatrische patiënten wijken kennelijk af van de norm die binnen een bepaalde cultuur geldt. Een psychiatrische patiënt wijkt in zijn gedrag, waarneming en denkpatroon af van de meerderheid. Hij lijkt in een andere wereld te leven en denken. Maatschappelijke regels gaan vaak aan hem voorbij of gelden in mindere mate. Een psychiatrische patiënt hanteert een andere logica en handelt daarna. Deze persoon is moeilijk te benaderen en sluit zich regelmatig af, soms is hij agressief en beangstigend, soms suïcidaal. Een gevaar voor zich zelf en voor zijn omgeving. De omgeving ervaart het ziektebeeld als “buiten de realiteit” leven wanneer een persoon waanideeën heeft of hallucineert. Voor de persoon zelf zijn de verschijnselen die hij waarneemt volstrekte realiteit.

De waarden en normen van een samenleving zijn tijdgebonden. In de middeleeuwen werden de mensen met een sterk afwijkend gedrag beschouwd als door de duivel bezeten en niet als ziek. Pas in de late 18^e eeuw werden de individuen met een sterk afwijkend gedrag als een zieke mens gezien, die dan ook door de geneeskundigen behandeld zou kunnen worden. In het begin van de 19^e eeuw ontstaat de psychiatrie als een zelfstandig medisch specialisme gericht op

het behandelen van de mensen met een psychische ziekte.

Grens tussen normaal en abnormaal en medische benadering

Psychiatrie is een specialisme in de geneeskunde dat zich bezighoudt met de diagnostiek, behandeling en voorkoming van psychische aandoeningen. In de psychiatrie wordt een psychische stoornis omschreven als een aandoening die wordt gekenmerkt door afwijkende ervaringen en gedrag. Om de juiste diagnose, en dito behandeling, te stellen, wordt in de Nederlandse psychiatrie gebruikt gemaakt van het “Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders”, vaak aangeduid met de afkorting DSM.

De DSM is een classificatiesysteem van psychische afwijkingen met telkens een definitie, diagnostische criteria en differentiële diagnose van de beschreven groep psychische afwijkingen. Dit classificatiesysteem wordt gebruikt om in enkele woorden en op overzichtelijke manier duidelijk te maken waar de problematiek van de patiënt over gaat, met als doel een passende behandeling te kunnen aanbieden. De DSM doet vooral uitspraak over de belemmeringen in het dagelijks functioneren: persoonlijk, relationeel, sociaal en beroepsmatig. Hoewel niet onomstreden, wordt de DSM wereldwijd als standaard in de psychiatrische diagnostiek gebruikt.

De DSM-IV (verschenen in 1994) bestaat uit vijf assen:

- As 1: Klinische stoornis
- As 2: Persoonlijkheidsstoornissen
- As 3: Lichamelijke aandoeningen
- As 4: Psychosociale en omgevingsfactoren
- As 5: Algehele beoordeling van het functioneren (schaal van 0 - 100)

Behandeling

Naast de medische aanpak, voorschrijven van de geneesmiddelen zoals antipsychotica, antidepressiva, sedativa en anxiolytica, maakt de psychiatrie ook gebruik van de behandelingen die uit verschillende soorten therapieën bestaan: van gesprekstherapieën tot muziek of drama therapie. De psychiatrische patiënten worden behandeld door psychiaters en door vele andere behandelaars in dit vakgebied, zoals sociaalpsychiatrisch verpleegkundigen, klinisch psychologen, huisartsen en maatschappelijk werkers. Van deze beroepsbeoefenaars zijn de psychiater en klinisch psycholoog de behandelaars met de langdurigste opleiding en de kostbaarste om in te

zetten. Uitsluitend de psychiater en de huisarts zijn gerechtigd om medicatie voor te schrijven.

Zoals in de hele geneeskunde geldt ook in de psychiatrie dat er onderscheid gemaakt kan worden tussen de ernstige, vrijwel onbehandelbare ziekten en de kwalen die goed te behandelen zijn. Voor bepaalde aandoeningen bestaan er medicamenten die de symptomen van de ziekte onderdrukken en mogelijk maken dat de patiënt vrijwel niet belemmerd wordt in zijn dagelijks functioneren. De effectiviteit van de medicatie is wisselend en varieert van individu tot individu. Medicijnen die genezen in de zin dat 'de oorzaak' van de psychische ziekte verhelpen, bestaan nog niet.

Een lijst van psychiatrische ziektebeelden:

Aandacht tekort stoornis (ADHD)
 Aanpassingsstoornissen
 Angststoornissen
 Autisme
 Borderline stoornis
 Cognitieve stoornissen
 Dementie
 Depressie
 Dwangstoornissen
 Eetstoornissen
 Gedragsproblemen
 Geheugenverlies
 Hersenletsel, niet aangeboren
 Impuls controle stoornissen
 Korsakov
 Levensfaseproblematiek
 Manisch-depressieve stoornis
 Neurosen
 Ontwikkelingsstoornis
 Organische problemen
 Paniekstoornissen
 Persoonlijkheidsproblematiek
 Postnatale depressie
 Posttraumatische stressstoornis
 Psychosen
 Psychosociale stoornissen
 Relatieproblemen
 Schizofrenie
 Seksueel geweld/misbruik
 Somatoforme stoornissen
 Stemmingsstoornissen
 Stress
 Traumagerelateerde stoornissen
 Winterdepressie

* In de bijlage van dit boek bevindt zich voor elke stoornis een omschrijving.

A2. EEN PSYCHOSE IN WOORD EN BEELD

“Nee, het is allemaal niet zo’n vrolijke boel als je gek bent. Maar een grote doffe ellende is het ook niet. Het is anders, vreemd, bizar, levert veel verdriet op, maar het kan, juist vanwege die ‘andersheid’, ook veel wijsheid, inzicht, energie en wie weet zelfs kunst opleveren.”

Wouter Kusters, een van de auteurs van het boek “Alleen”.

“...de psychiatrische patiënt is rebel tegen wil en dank. Hij is anders, denkt en ervaart anders dan anderen, maar vaak wil hij juist liever normaal zijn en erbij horen...”

Wouter Kusters, een van de auteurs van het boek “Alleen”.

“Veel mensen denken dat waanzin je geheel meesleept, dat de gek een razende natuurmens is. Het tegenovergestelde komt dichterbij de waarheid : de waanzinnige is eerder een scherp observator, zo messcherp dat hij uitschiet tot diep in zijn eigen vlees of ziel. Hij ziet zo veel dat zijn ogen uit zijn kassen lijken te rollen en hij niet meer weet door wie en vanuit welk perspectief er wordt gekeken.”

Wouter Kusters, een van de auteurs van het boek “Alleen”.

Jannemieke Tukker, Kruispunt



'...Plotseling merkte ik dat de mensen in het huisje naast ons over mij aan het praten waren. Ze hielden me nauwlettend in de gaten. Toevallig had ik een kleine bandrecorder paraat. Ik ging naar buiten en legde de recorder omzichtig in de opnamestand in de bosjes tegenover het huis van de burens en verwijderde me door om ons huisje heen te lopen en wilde via een zijdeur binnengaan. Terwijl ik omliep, viel me een man met een hond op, die opkeek. Hij zei niets. Die man hoorde bij die mensen in dat huisje naast ons, of hij kende ze tenminste. Hij zat dus in het complot. Dan maar beter niet die zijdeur in maar de deur tegenover het huisje naast ons. Gewoon doen, niets aan de hand. Ze kunnen die recorder niet in de gaten hebben. Even kijken of die man met de hond er nog staat. Glurend van achter de vitrage: ja hoor, alleen doet hij nu net alsof hij zijn hond uitlaat. Allemaal een onderdeel van het spel. Nu even vlug die recorder halen en luisteren. Veel geruis en gemurmel en daarna duidelijk een vrouwenstem die zegt: "Nu gaat hij weer naar binnen." Ze praten dus over mij. Ze volgen me. Ze willen me aanvallen, als ik ze de kans geef. Ik moet hier onopvallend maar snel zien weg te komen.

Even later, als ik weer buiten kom, ontdek ik een slak tegen het huis. Een af luisterapparaat, tenzij het een echte slak is. Ik pluk de slak van de muur maar kom geen kleverig rupsachtig beest tegen. Het slakkenhuis voelt zwaar aan. Hier zit duidelijk een af luisterapparaat in. Dit is het bewijs dat die mensen mij bespioneren. Ik moet het de Rijkswacht vertellen. Die weet daar wel raad mee. Ondertussen kan ik het beste valse informatie geven. En hoewel ik dadelijk zou vertrekken naar mijn vriendin, zeg ik tegen ,mijn familie het tegenovergestelde. Ik blijf nog een nachtje. Mijn familie begrijpt er weinig van. Ik leg niets uit. Ik smokkel de slak vervolgens mijn auto in, draai het contact aan en zet de autoradio aan. Zo hebben mijn af luisteraars iets om naar te luisteren. Vervolgens spoed ik me weer naar binnen. Daar drink ik nog een kop thee en zeg dan dat ik zo direct ga vertrekken. Ik heb me bedacht. Er is een grote kans dat ik achtervolgd zal worden. Ik vraag mijn zuster om even op de uitkijk te gaan staan. Als ze niemand ziet, moet ik bliksemsnel vertrekken...'

Een fragment uit "Mijn diagnose luidt : paranoïde - schizofreen " door Michel Vandenbossche

Jannemieke Tukker, Auto 1



A3. VAN DOOR DE DUIVEL BEZETEN TOT CLIËNT

Benamingen voor de psychiatrisch patiënt door de eeuwen heen:

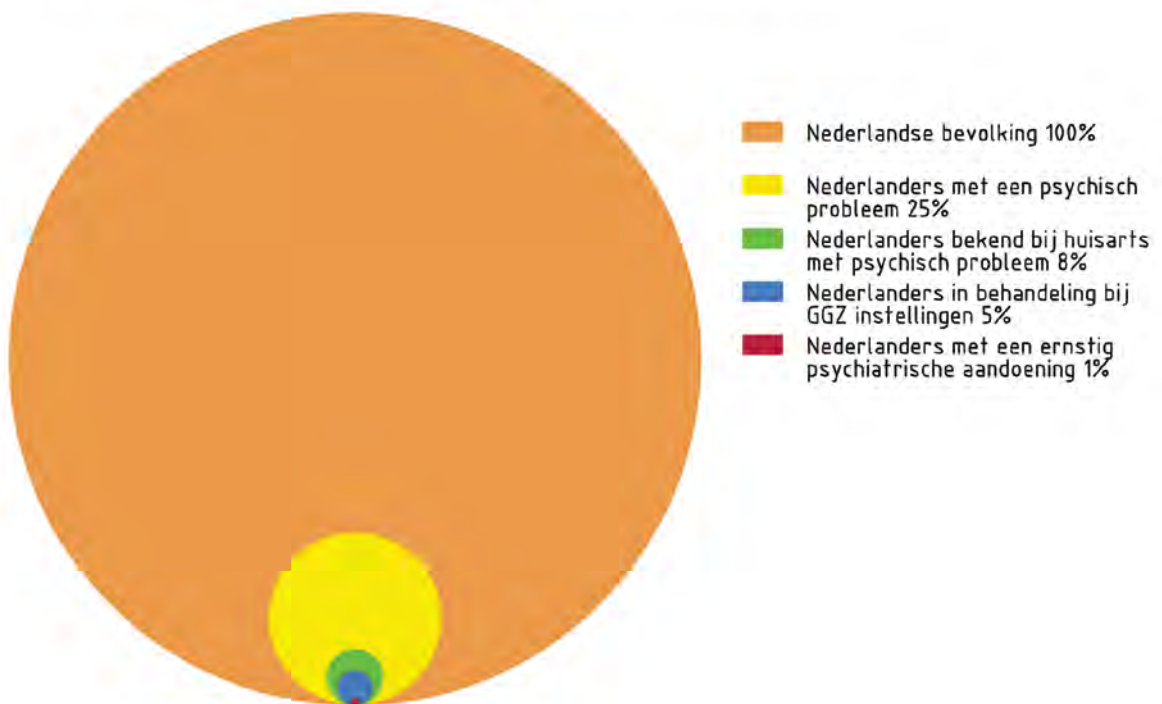


A4. STAND VAN ZAKEN IN DE PSYCHIATRIE

Een kwart van de Nederlandse bevolking heeft een psychiatrisch probleem. Meer dan één derde van de inwoners van Nederland heeft tijdens zijn of haar leven last van psychische problemen, meestal zijn ze angstig of depressief. Slechts bij een klein deel van deze mensen is professionele psychiatrische hulpverlening

noodzakelijk. Het aantal personen met psychische problemen wordt in Nederland vaak onderschat, het schema hieronder laat de verhouding zien tussen de Nederlandse bevolking en het aantal personen in Nederland met een psychisch probleem.

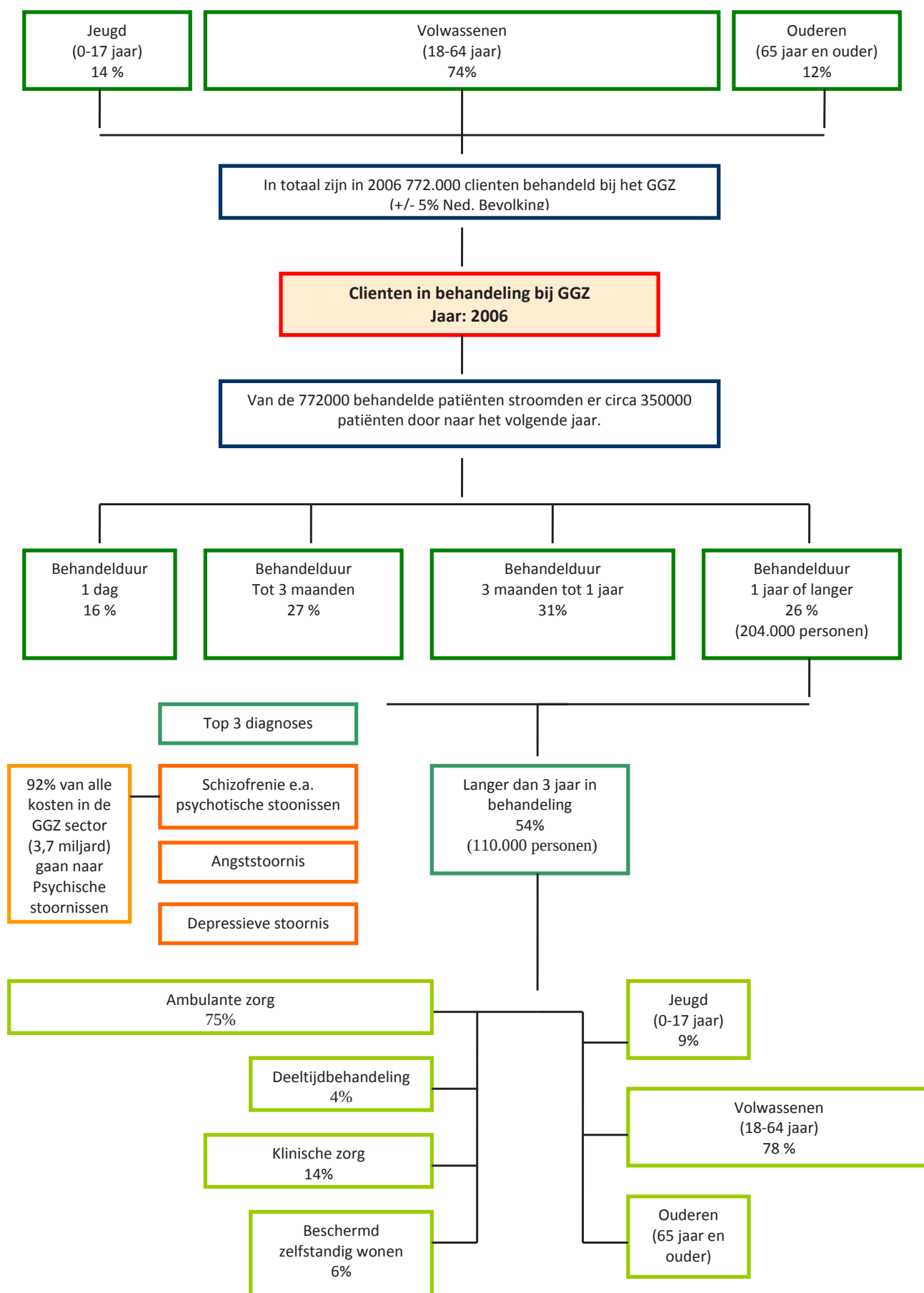
Gemiddeld percentage Nederlanders met een Psychisch probleem op elk moment.

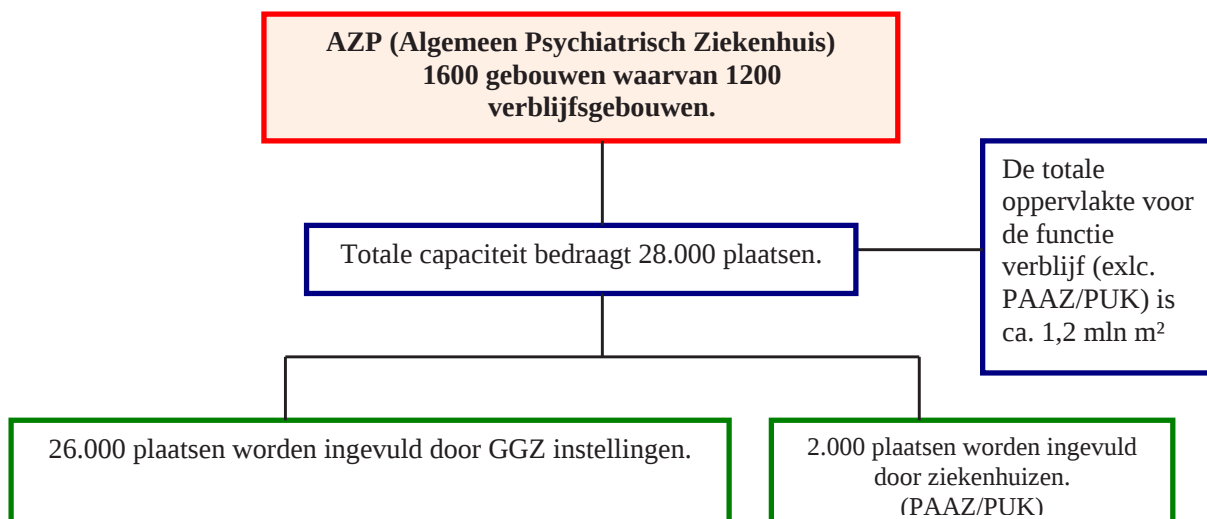


Vrouwen hebben vaker stemmings- en angststoornissen dan mannen.
Mannen daarentegen hebben vaker last van een drugsverslaving en een alcoholstoornis.

De 5% van de Nederlandse bevolking die in behandeling is een GGZ instelling heeft kans hier voor een langdurige tijd opgenomen te worden. Op de volgende pagina staat een schema om een beter beeld te krijgen hoeveel mensen langdurig opgenomen worden en om welke leeftijdscategorie het gaat.

Langdurig psychiatrische patiënten hebben een 10 jaar kortere levensverwachting dan 'normale mensen'. Dit komt door de fysieke ontwikkeling van groter risico op hart- en vaatziekten en door het gebruik van medicatie.





A5. HET PSYCHIATRISCH ZIEKENHUIS IN HISTORISCH PERSPECTIEF, IN WOORD EN BEELD

Een overzicht vanaf de 18e eeuw tot heden, de maatschappelijke en culturele context en de behandelmethoden vertaald in de architectuur van de psychiatrische inrichting.

De architectuur van de psychiatrische ziekenhuizen is door de eeuwen heen sterk beïnvloed geweest door de voortdurende verandering in opvattingen die men had over psychische ziekten en over mensen met een psychische aandoening. De architect nam die opvattingen vervolgens mee in zijn ontwerp. Aan de psychiatrische inrichtingen, die pas sinds de 18e eeuw werden gebouwd, valt duidelijk af te lezen hoe de heersende maatschappelijke opvattingen over geesteszieken op dat moment waren. Aan deze gebouwen is ook te zien wat men toen de juiste behandelmethodes en huisvesting voor de geesteszieke vond.

Middeleeuwen: Het dolhuis

In middeleeuwen had de geesteszieke mens op het platteland een eigen plek in de samenleving. Ze werden aan de 'zorg' binnen de familiekring overgeleverd of als dorpsgekken door de gemeenschap enigszins geaccepteerd. De situatie in de steden was anders. In overvolle middeleeuwse steden werden de krankzinnigen, door hun afwijkend gedrag gezien als gevaar voor de openbare orde en daarom opgesloten in dolhuizen. Deze opvangplaatsen, midden in de stad, hadden de functie om de onwerkzame, niet-productieve personen uit de samenleving te halen en hen onder het strenge toezicht aan het werk te zetten. Er werd geen onderscheid gemaakt tussen criminelen, krankzinnigen of landlopers. De dolhuizen waren bewaarplaatsen waar "de zinneloze" als beesten vastgeketend, zonder kleren in donkere hoeken werden opgesloten. Er was geen sprake van enige vorm van behandeling of humane opvang.

Het eerste dolhuis in Nederland was het Reijner van Arkelhuis in Den Bosch, gebouwd in 1442. Hierna kregen ook Utrecht en Amsterdam dolhuizen die de functie van een bewaarplaats hadden. De stichters van de dolhuizen waren welgestelde burgers die door de christelijke plicht tot naastenliefde met hun nalatenschap zorgden voor de oprichting van de dolhuizen. De plattegrond bestond vaak uit een reeks kleine cellen die rondom een open binnenplaats waren gegroepeerd.

De 18e eeuw: Het gesticht

Pas in de late 18e eeuw ontstond het denkbeeld dat de lichamelijke ziektes en de krankzinnigheid afwijkingen waren die niet alleen als noodlot beschouwd moeten worden maar die ook behandeld zouden kunnen worden. De heersende denkbeelden in de late 18e eeuw werden sterk beïnvloed en geïnspireerd door de Verlichting, een beweging die de opvattingen over politiek, filosofie, wetenschap, religie en maatschappij binnen de westerse wereld grondig wijzigde. De

aanhangers van de Verlichting waren overtuigd dat het handelen op basis van de rede en kennis tot grote maatschappelijke vooruitgang gaat leiden. De meest verstrekkende consequentie was de overtuiging dat een volledige hervorming van het hele maatschappelijke bestel de beste remedie was tegen alle fysieke en geestelijke kwalen. Een opvatting die sindsdien als 'leitmotiv' wordt gehanteerd bij het voortdurend sleutelen aan de omgevingsfactoren, die als middel moeten dienen om bepaalde misstanden op te heffen. Binnen de nieuwe verlichtende stromingen werden de esthetische, emotionele en helende waarden van de natuur geïdealiseerd. De natuur zou het ideale kader zijn voor een gelukkig leven zonder ziekte, gekte en criminaliteit. Men ging ervan uit dat bepaalde ziektes, zoals krankzinnigheid, voor een groot deel veroorzaakt werden door de negatieve invloed van de omgeving. Isoleren uit die omgeving zou de zieke mens positief beïnvloeden.

Door statistische gegevens over geboorte en sterfte werd de verspreiding van ziekten gekoppeld aan geografische kenmerken. Aan de hand van de statistieken was men in staat om verschillende stadswijken en stadsdelen met elkaar te vergelijken. Zo werden gezonde en ongezonde leefomgevingen in kaart gebracht. De conclusie die stevast uit de statistieken rolde, was dat dichtbevolkte, stinkende wijken met meer ziekten en een hoger sterftecijfer te kampen hadden dan ruimer opgezette stadsdelen. De lessen die daaruit te leren waren, vormden een van de pijlers van de hierop volgende revolutionaire ziekenhuisarchitectuur.

De ziekenhuizen ontwikkelden zich tot de centra van medisch onderwijs en onderzoek. In combinatie met het gesticht werd bovendien mogelijk om de omgeving en het gedrag van de patiënten volledig te beheersen. Het ontwerp van een ziekenhuis of een gesticht moest de ideale helende omgeving opleveren waar ziekten en andere afwijkingen konden worden verlicht of

uitgebannen.

In de 18^e eeuwse medische wetenschap heerste de overtuiging dat het zogenaamde 'miasme', uitwasemingen van de rottende stoffen, de grootste veroorzaker van ziektes was. Het letterlijk wegblazen van de schadelijke lucht gold in die periode als de beste remedie tegen ziekten, dus ook tegen de krankzinnigheid. Daarom werden de ziekenhuizen ontworpen als gigantische luchtverversingsinstallaties. Twee typen ziekenhuizen werden bijzonder populair. Het ziekenhuisgebouw met een plattegrond als een wiel met spaken, een soort uitvergroete statische ventilator, en het type dat losse paviljoens voorstelde. Meestal waren dat twee rijen kleinere, aparte gebouwen aan weerszijden van een plantsoen.

Voor krankzinnigengestichten werd zelfs een speciaal type gesticht ontworpen: de 'Carré Isolé'. Arts Jacques Tenon maakte een opzet gebaseerd op het principe van een gesloten vierkant, het carré isolé, waarbij cellen rondom een hof zijn gegroepeerd. Het plan werd door architect Bernard Poyet verder uitgetekend. Het complex voorzag in twee geschakelde hoven met in het centrum de centrale woonvoorzieningen op de begane grond om te voorkomen dat suïcidale patiënten uit het raam sprongen. Bovendien vergemakkelijkt laagbouw het schoonhouden van patiëntenverblijven. In dit ontwerp werd veel aandacht geschonken aan het centrale badhuis. Watertherapie, waarbij patiënten korte of lange tijd in koud water werden gedompeld, gold in deze tijd als probaat middel ter bestrijding of verzachting van geestelijke kwalen. Lange tijd was watertherapie de enige specifieke therapie die voor deze kwalen beschikbaar was.

Moral Treatment

Eind 18^e eeuw ontstond in Engeland de behandelmethode 'Moral Treatment', als reactie op de waantoestanden in de asylums. De behandelmethode schafte extreme vormen van lijfswang en mechanische dwangmiddelen af. De nadruk werd gelegd op comfort van patiënten door goede voeding, kleding en aangename vertrekken. Groot vertrouwen werd gesteld in de helende werking van de natuur op de patiënten. Sociale en fysieke verbeteringen zouden gestimuleerd worden als er een evenwichtige natuurlijke, sociale en fysieke omgeving werd gecreëerd.

Dankzij de vele ziekenhuizen die in deze eeuw werden gebouwd, voornamelijk in Frankrijk en Engeland, staat de 18^e eeuw bekend als de 'Eeuw van het Ziekenhuis'. Tegelijkertijd is deze periode, in de woorden van de Franse filosoof Michel Foucault, de 'Eeuw van de grote opsluiting' geweest. Niet eerder verdwenen zoveel 'onproductieven' achter slot en grendel, ongeacht of ze ziek, krankzinnig of crimineel waren.

De 19^e eeuw: De modernisering in de krankzinnigenzorg

De ontwikkeling uit de laatste kwart van de 18^e eeuw, zette zich voort in de 19^e eeuw, met name in Frankrijk en Engeland. Een baanbrekend experiment halverwege de 19^e eeuw in Engeland kwam van de Britse psychiater John Conolly, die een therapeutische vernieuwing teweeg bracht en de geesteszieken uit hun boeien bevrijdde, dit is bekend geworden als 'Non-

Restraint'. Later ontwikkelde deze therapie zich tot een sociaalpsychiatrische beweging. Conolly probeerde het probleem van een agressieve patiënt terug te dringen zonder toepassing van mechanische dwangmiddelen. Zieken werden niet langer als gevangen gezien, maar als zieken die geneesbaar zijn. Het ontketenen van de krankzinnigen werd gezien als een humanitaire daad die parallel liep met de uitgangspunten van de Verlichting. Een interessant element van de therapie was de overtuiging dat de architectuur van het gebouw een bevorderende werking op de patiënt zou hebben. Conolly pleitte voor een opgewekte in plaats van een imponerende uitstraling van het gebouw. Ook de ligging van het gesticht zou bijdragen aan genezing. Tussen tuinen of boerderijen, kortom op het platteland in de natuur. Conolly ging uit van een halfgrond, klassiek panopticumplan met paviljoens langs de halfronde buitenzijde. De essentie van een panopticum is dat alle verblijfruimten, kamers voor patiënten, vanuit één centraal punt te overzien zijn.

Het hoogtepunt van de architectonische vernieuwing in de psychiatrische inrichtingen is Hôpital La Charenton in Saint-Maurice, Frankrijk. De inrichting, gesticht in 1645 door de paters, werd in 19^e eeuw omgebouwd tot het invloedrijkste model voor een psychiatrische inrichting van de 19^e eeuw. Het ontwerp werd geïnspireerd door de ideeën van de psychiater en de directeur van de inrichting, Jean-Étienne Dominique Esquirol. Het door de architect E. Gilbert ontworpen ziekenhuis werd tussen 1838 en 1886 gerealiseerd, volkomen volgens de oorspronkelijke opzet. De basis van de lay-out van het ziekenhuis is het 'Carré Isolé' die hier vermenigvuldigd werd tot twee parallel lopende rijen van vier aaneengeschakelde carrés per strook. Tussen de twee reeksen van binnenhoven, loopt een servicestraat die in het centraal gedeelte met service gebouwen van het complex uitmondt. De mannen- en vrouwenafdelingen werden strikt gescheiden. Daarnaast huisvestte elk hof een bepaald type patiënten. De architectonische taal is onmiskenbaar classicistisch maar ook utilitair en economisch verantwoord.

In het buitenland werd tijdens de 19^e eeuw grote vooruitgang geboekt in de gezondheidszorg voor mensen met een geestesziekte. In Nederland wilde dit soort nieuwe ontwikkelingen niet vlotten. De Gouden Eeuw was voorbij hetgeen een sociaaleconomische en politieke stagnatie van de Nederlandse samenleving veroorzaakte. Ook al ontbrak het niet aan instellingen die op maatschappelijke hervormingen aandrongen, zoals de 'Maatschappij voor het Nut van Algemeen', liep Nederland een aanzienlijke achterstand op ten opzichte van Engeland en Frankrijk.

Pas in het begin van de 19^e eeuw keerde het tij. Een nieuw beleid van koning Willem I zorgde onder meer voor hervormingen en verbeteringen in het onderwijs, de armenzorg, het gevangeniswezen en de krankzinnigenzorg. Het Koninklijk Besluit van 1818, dat de geschiedenis inging als het 'Menschlievend besluit', riep op tot verbetering van de opvang van krankzinnigen in gestichten. Doel van de gestichten was om krankzinnigen te genezen. De gebouwen moesten dit faciliteren. Krankzinnigen werden niet

meer over één kam geschoren met criminelen.

In 1824 kreeg Reinhart Scherenberg het verzoek een rijksgesticht te ontwerpen voor geneeslijke en ongeneeslijke geesteszieken. Scherenberg was geen architect, maar een rijke Amsterdamse koopman met een filantropische inslag, betrokken bij het oprichten van diverse inrichtingen in de armenzorg. Scherenberg ontwierp een zestal rijksgestichten. Elk rijksgesticht kon 600 patiënten opnemen. Het moest de eigenschappen hebben van een hospitaal, maar de patiënten verbleven in verzekerde bewaring. De ideale locatie was op de droge grond, nabij stromend water. De overtuiging van Scherenberg was dat de frisse lucht en lichaamsbeweging 'de hoofdgeneesmiddelen zijn tegen deze ziekte'. Onder lichaamsbeweging werd voornamelijk het arbeid verstaan, dus moest het gesticht aan uitgestrekte tuinen en bouwgronden verbonden zijn. Het gesticht werd gescheiden in een mannen- en een vrouwenafdeling. Verder werd onderscheid gemaakt tussen verschillende categorieën patiënten. Scherenberg onderscheidde epileptici, geneeslijke en herstellende zinnelozen, droefgeestige, krankzinnigen, opgewekte waanzinnigen, razenden, geneeslijke en ongeneeslijke niet-razenden en convalescenten.

De lay-out van de inrichting heeft de vorm van een halve cirkel die door een middengebouw in de noord-zuid as opgedeeld werd in twee hoven, de mannen- en vrouwenafdeling. Het model doet denken aan het ontwerp van de ideale stad Chaux van de architect Claude Nicolas Ledoux. De afdelingen werden via een galerij met elkaar en met het middengebouw verbonden. De galerijen dienden als wandelplaatsen bij slecht weer. Tussen de ronde gebouwvleugels bevond zich een grote Engelse tuin. De ruimten van de afdelingen moesten flexibel zijn zodat ze groter of kleiner gemaakt konden worden, zonder hiervoor ingrijpende verbouwingen te moeten organiseren. Bovendien moest de inrichting van het gebouw bij de bewoners een gevoel van vrijheid teweegbrengen. Hiervoor zou het gebouwgedeelte bestemd voor krankzinnigen op één bouwlaag worden gesitueerd. Zonder bovenverdiepingen zodat de bewoners niet het gevoel kregen opgesloten te zijn. In het concept werd ruim aandacht besteed door gunstige ligging van de slaapvertrekken en doorstroming van verse lucht en afvoer van besmette lucht door vensters aan beide zijden van de slaapkamers. De miasmatheorie, die al sinds het eind van de 18^e eeuw een stempel drukte op elk vernieuwend ontwerp in de architectuur van ziekenhuizen en gestichten, kenmerkte dus ook Scherenberg's plannen.

Helaas bleef de beloofde Nederlandse staatsteun volledig achterwege. Politieke ontwikkelingen na de Tachtigjarige Oorlog eisten hun tol en lieten Nederland afsterven op een bankroet. Scherenberg's voorstellen werden onbetaalbaar en verdwenen uiteindelijk de la in. Niettemin vormden zijn plannen de basis van verbeteringen in de krankzinnigenwetgeving.

Pragmatische aanpak: De grondige renovatie van Willem Arntsz Huis, Utrecht

In 1827 werd geneesheer en hoogleraar fysionomie

en anatomie aan de Universiteit van Utrecht, Jacobus Schroeder van der Kolk, regent van het Willem Arntsz Huis, een dolhuis dat in 1461 opgericht was. De nieuwe regent trof een verouderd huis aan, waarin 27 schamele hokken ingericht waren voor de krankzinnigen. Schroeder van der Kolk verzette zich tegen het zonder meer opsluiten van krankzinnigen alsof het beesten waren. Hij wilde ze voortaan een huiselijke omgeving bieden. Belangrijk vond hij dat krankzinnigen lichamelijk arbeid en huishoudelijk taken verrichtten, om zoveel mogelijk 'vadzigheid en ledigheid te weeren'. In plaats van dwang werden zachtere methoden aangewend. Goed gedrag en ijver werden beloond. In overeenstemming met de principes van het 'Non Restraint' verving Schroeder van der Kolk de ijzeren kettingen en dwangbuizen door boeien die met leer waren gevuld. Patiënten werden elke dag gewassen en kregen aan tafel te eten. De vetrekken van het gesticht werden dagelijks schoongemaakt. Wandelplaatsen werden uitgebreid en ingericht met een schommel en kegelbaan.

De eerste plannen voor de verbouwing kwamen uit de hand van architect Christiaan Kramm. Het plan voorzag in sloop, herinrichting en uitbreiding van het huis zodat het een geschikte huisvesting zou worden voor 200 krankzinnigen. De ideeën van Schroeder van der Kolk werden vertaald in een opzet waarin de scheiding tussen de mannen- en vrouwenafdelingen, afdelingen voor de verschillende maatschappelijke klassen en afdelingen voor onrustigen en bedaarden strikt doorgevoerd werd. Het resulteerde in een rechthoekige plattegrond die door een middengebouw opgedeeld werd in twee hoven. In het middengebouw werden de strafvertrekken, een bakkerij, een washuis, de eetzaal en de badinrichting gesitueerd.

Wegens de gefaseerde aankoop van de omliggende gronden, werd het oorspronkelijk ontwerp in een aangepaste vorm gerealiseerd. Het is een kleinschaligere verbouwing en aanbouw geworden die toch de grote verbetering van de huisvesting heeft opgeleverd. Er zijn twee nieuwe vleugels van twee bouwlagen hoog gebouwd. Op de begane grond van de nieuwe vleugels werd een eetzaal en een dagverblijf gerealiseerd. De verdiepingen kregen de bestemming als slaapkamers en slaapzalen. In de centrale voorzieningen werd de ruimte voor de werkplaatsen, behandelruimte en een badinrichting gerealiseerd. De scheiding tussen de mannen- en vrouwenafdeling, de scheiding naar de klassen en naar ziektebeelden werd volledig gerealiseerd.

De verbouwing van het Willem Arntsz Huis is historisch interessant vanwege de lange reeks voorzichtige maar goed doordachte ingrepen die uiteindelijk een complete renovatie teweeg bracht. Door zijn pragmatische inslag kreeg Schroeder van der Kolk het voor elkaar om fundamentele verbeteringen in een bestaand instituut te realiseren die decennia lang als modelinrichting gezien werd.

Invoering Krankzinnigenwet (1841)

Schroeder van der Kolk's innovatieve aanpak voor verbeteringen verscherpte het contrast met de wantoestanden die nog steeds de meeste Nederlandse

gestichten beheersten. Er werd een inventarisatie gemaakt over de toestanden in verschillende gestichten. Duidelijk was dat de gestichten gemoderniseerd moesten worden en dat de overheid daarin een sterke rol moest spelen. Van overheidswege werden nauwelijks nog nieuwe inrichtingen gebouwd, maar dankzij bepaalde financiële tegemoetkomingen droeg de staat wel bij aan het uitbreiden van de bestaande inrichtingen. Om te laten zien hoe redelijke leefomstandigheden voor geesteszieken gerealiseerd konden worden, werd het Willem Arntsz Huis als modelgesticht bestempeld. Gestichten mochten niet te groot zijn en moesten in de buurt van een stad worden gebouwd. Met aparte mannen- en vrouwenafdelingen. Razenden werden afgezonderd in aparte zalen. Tuinen kregen overdekte galerijen en elke schijn van een gevangenis moest worden vermeden. Schroeder van der Kolk pleitte voor geheel nieuw stelsel van krankzinnigeninrichtingen, bij voorkeur kleinere provinciale rijksgestichten in stedelijke omgevingen, met hooguit 200 bedden.

Zijn inzet leidde tot de krankzinnigenwet die in 1841 van kracht werd. Deze wet bepaalde dat elk psychiatrisch ziekenhuis voortaan onder staatstoezicht zou vallen en regelde de opname en ontslag van de patiënt en toezicht op de zorg. Daarin stonden ook richtlijnen en eisen over de fysieke ruimte en de accommodatie van een patiënt. De wet stelde ook het maximum aantal patiënten per inrichting. De overheid kreeg met de krankzinnigenwet de bevoegdheid om de instellingen die een fatsoenlijke behandeling boden, het predicaat geneeskundig gesticht te verlenen. Er werd vastgelegd dat er alleen krankzinnigen in ondergebracht mochten worden. Dat vergemakkelijkte het toezicht en het voorkwam dat mensen zomaar onopgemerkt werden opgeborgen. Het impliceerde ook een einde van de privéklinieken voor welgestelde zieken.

Hoewel de richtlijnen van Schroeder van der Kolk, die na 1841 van kracht werden, resulteerden in complexen die zeer verbeterd waren vergeleken met de oude situatie, kleefden er onvermijdelijk nadelen aan deze geleidelijke aanpassingen en vernieuwingen. De scheiding van verschillende categorieën patiënten was niet eenvoudig op de beperkte percelen van een stadsgesticht. Veel nuttige ruimte ging verloren aan gangen, in de stedelijke gestichten werden deze zo smal mogelijk gehouden. Geheel vrij van deze stedelijke nadelen, daarentegen, was het landelijk gelegen Provinciaal Gesticht Meerenberg.

Provinciaal Gesticht Meerenberg

De Krankzinnigenwet ontketende een golf van nieuwbouw en renovaties van psychiatrische ziekenhuizen. Het Provinciaal Gesticht Meerenberg bij Santpoort (1844-1849) is onder deze nieuwe krankzinnigenwet gebouwd. Meerenberg is hiermee een beroemd voorbeeld geworden van de radicale vernieuwingen in de geestelijke gezondheidszorg. Nog steeds wordt het gesticht, ontworpen door architect Jan David Zocher, gezien als een van de onbetwiste mijlpalen in de architectuur van de psychiatrische instellingen.

Meerenberg werd in een idyllische omgeving gesitueerd, tussen de duinen en afwisselend parklandschap.

De keuze voor deze geïsoleerde locatie was heel bewust om de patiënten af te kunnen zonderen van de maatschappij. De aanblik op de natuur en fysieke inspanningen in de buitenlucht zouden de krankzinnigen van hun ontstemde en verwarde gedachten moeten afhouden. De neoclassicistische architectuur van het gesticht straalde gezag en grandeur uit.

Meerenberg werd opgebouwd volgens het 'carré corridor'-stelsel en bestond uit vier vleugels rondom een binnenplaats. Een lang middengebouw scheidde de mannen- en vrouwenafdeling van elkaar. In het middengebouw werden de voorzieningen gesitueerd: kantoren voor de directie, de woningen voor de artsen en beambten, keukens, magazijnen en de apotheek. Aan de achterzijde van het carré werden de werkplaatsen gesitueerd. Tussen de afdelingen, op de strategische plekken bevonden zich de therapeutische badinrichtingen met straal, stort en drop baden.

Kort na de oplevering ontstond er behoefte om het gesticht uit te breiden met nog 200 plaatsen. Tegelijkertijd werden verbouwingen uitgevoerd die de behandelmethodes als 'Moral Treatment' en 'Non-Restrain' mogelijk maakten: arbeidstherapie en een strikte dagindeling. De uitbreiding en verbouwing van Meerenberg door architect A. van der Linden resulteerde in een gesticht dat uit 24 afdelingen met 24 bijbehorende tuinen circa 500 patiënten huisvestte. Ondanks de status van voorbeeldfunctie kreeg het modelgebouw geen navolging.

Eind 19^e eeuw en begin 20^e eeuw: Het paviljoen

De invoering van de Krankzinnigenwet in 1841 luidde een nieuw tijdperk in voor de geestelijke gezondheidszorg. Vóór de invoering werden krankzinnigen gezien als criminelen en asociale, een gevaar voor de samenleving. Hoewel de wet van 1841 vasthield aan gedwongen opname door tussenkomst van de rechtelijke macht, verschoof ook in Nederlands het accent van opsluiting naar behandeling.

De wet bracht een verschil aan tussen bewaarplaatsen en gestichten, om puur uit praktische overwegingen psychisch gestoorde niet langer permanent op te sluiten maar ze te behandelen. Uitvaardigen van deze wet boekte veel succes en maakte een einde aan de wantoestanden in vele gestichten. Mede door het aanstellen van inspecteurs die de gestichten bezochten om te beoordelen of ze de erkenning 'geneeskundig gesticht' verdienden. Die omschakeling betekende dat er volstrekt andere functie-eisen aan een gebouw gesteld werden. Verschillende gestichten werden grondig verbouwd en gerenoveerd. Met kleinschalige ingrepen lukte het al om de leefomstandigheden te verbeteren. Hokken werden vervangen door cellen en kamers, stro maakte plaats voor matrassen. De patiënten kregen kleding van het instituut. De kamers werden verwarmd en er werden werkplaatsen ingericht om de verveling tegen te gaan. Warm eten werd opgediend in schalen op gedekte tafels en niet meer in bakken die aan de muur waren vastgeketend. Paar keer per week werd vlees geserveerd. Steeds meer instellingen kregen bezoek van een geneesheer die de patiënten onderzocht. Eind 19^e eeuw werden vaker succursale gestichten buiten de stad opgericht, een

soort dependance als uitbreiding op het platteland, omdat de binnenstedelijke gestichten niet verder konden uitbreiden. Bovendien was de grond buiten de stad aanzienlijk goedkoper. Vanaf dat moment werd de vraag actueel of de stedelijke context wel geschikt was voor verpleging en behandeling van krankzinnigen. De praktijk wees uit dat veel krankzinnigen weinig kans hadden op genezing en re-integratie in de maatschappij. Een buitengesticht bood ten minste een gezonde, humane en goedkope huisvesting.

Begin 20^e eeuw: De ontvluchting uit de stad, het paviljoen

Eind 19^e eeuw stagneerde de succesvolle ontwikkelingen binnen de geestelijke gezondheidszorg. Behandelmethoden zoals voorgeschreven in 'Moral Treatment' en de 'Non-Restraint' bleken niet altijd en soms zelf helemaal niet te werken. Bakens werden verzet waardoor een geheel ander soort gesticht ontstond. De overplaatsing van een groot deel van de bewoners uit de stadsgestichten naar de nieuwgebouwde instellingen op het platteland betekende een grote verbetering. Dat was zeker het geval bij de eerste generatie paviljoenziekenhuizen die uit betrekkelijk kleine afdelingen bestonden, verspreid opgetrokken tussen het groen. Idealiter leenden deze paviljoens zich voor het nabootsen van de gezinssituatie, iets wat de protestante en katholieke instituten als beste omgeving voor geesteszieken zagen. Latere generaties paviljoens kregen een veel omvangrijkere opzet, waarbij elk paviljoen, door differentiatie in verpleging van verschillende klassen en categorieën zieken, een kleine psychiatrische inrichting op zich werd. De inrichting van de psychiatrische ziekenhuizen weerspiegelt de therapeutische opvatting van eind 19^e eeuw. Men dacht dat psychiatrische afwijkingen in essentie somatisch van aard waren, dus voortvloeiend uit lichamelijke gebreken. Patiënten werden daarom voornamelijk in bed verpleegd.

Rond de eeuwwisseling werd met de psychiatrische inrichting Veldwijk in Ermelo het paviljoenstelsel geïntroduceerd in de Nederlandse architectuur. Het bestaat uit verschillende kleinere, los van elkaar staande gebouwen in een parkachtige omgeving, waarin verschillende categorieën geesteszieken worden ondergebracht, in verschillende klassen. Het paviljoenstelsel werd in tegenstelling tot Provinciaal Gesticht Meerenberg wel op grote schaal nagevolgd. Gelegen in de landelijke streken in de Achterhoek en de Veluwe werd de gunstige invloed van het natuurlandschap ten volste benut. In deze periode was er sprake van een explosieve toename van het aantal opgenomen psychiatrische patiënten en werden steeds meer instellingen opgericht gebaseerd op een levenbeschouwde grondslag. De psychiatrie stond in het teken de verwetenschappelijking en professionalisering van de geestelijke gezondheidszorg en de enorme kwantitatieve groei van het aantal geesteszieken. Nog steeds moest een rechter uitmaken of een geesteszieke opgenomen moest worden.

Begin 20^e eeuw groeide het belang van religieuze organisaties in psychiatrische inrichtingen. Ze namen deel aan de behandeling en verpleging en wensten hun

godsdienstige uitgangspunten daarin zoveel mogelijk mee te nemen. Ze gingen daarmee aanmerkelijk verder dan het louter organiseren van geregelde kerkdiensten en godsdienstoefeningen die ze in de gestichten opvoerden. Consequentie van de opkomst van religieuze instellingen was een bouwhausse die tot een aanzienlijke toename van psychiatrische inrichten leidde. Bij de katholieken bleef de invloed eerst beperkt tot het leveren van verpleegkundigen. Later bouwden Rooms-katholieke congregaties ook zelf inrichtingen. De grootste activiteit ging uit van de gereformeerden, die hiermee de kans zagen een vastere positie te veroveren in de geestelijke gezondheidszorg, dat een onderdeel vormde van een veel bredere emancipatiebeweging. De zogenoemde 'kleine luiden' zetten zich in voor het verbeteren van derderangspositie waarin de armen binnen de kerk zich bevonden, waaruit later de 'Vereeniging tot Christelijke Verzorging van Geestes- en Zenuwzieken' ontstond. Doel van deze vereniging was 'de bevordering van een Christelijke verzorging naar het Woord van God, van Krankzinnigen en Zenuwlijders' en hiervoor inrichtingen te organiseren.

Paviljoen Veldwijk

Een van de eerste resultaten was het in 1884 door de Vereeniging aangekochte landgoed Veldwijk in Ermelo, ontworpen volgens het moderne paviljoensysteem. Het gold direct als modelgesticht. Er werd een streng onderscheid gemaakt in het huisvesten van mannen en vrouwen, rustige en onrustige patiënten. In Veldwijk konden krankzinnigen volgens christelijke beginselen verpleegd worden. De vrijstaande paviljoens boden de mogelijkheid om patiënten met verschillende ziektebeelden in afzonderlijke gebouwen te huisvesten en daarmee eventueel overlast te beperken. Bovendien leenden ze zich uitstekend om voor het creëren van een gezinsituatie. De Vereeniging meende dat een nagebootst gezin de gemoedstoestand van de patiënten zou bevorderen. De opzet was tamelijk symmetrisch. Een as deelde het terrein met gebouwen in tweeën, een vrouwen- en een mannenzijde. In het midden stond het hoofdgebouw, met daarachter de keuken, de kerk, het washok en de cellen voor onrustige patiënten. Veel aandacht werd aan de fraaie tuinen besteed. Na Veldwijk werden verschillende inrichtingen gebouwd met paviljoens, zoals Duin en Bosch in Castricum en het Paviljoen III van het Wilhelmina Gasthuis in Amsterdam, dat verbonden was aan de Vrije Universiteit en ook als universitaire kliniek ging dienen.

De jaren 30: Het sanatorium

Halverwege de jaren 30 van de vorige eeuw markeert het 'sanatorium' een omslag in de psychiatrie. Wat in de decennia daarvoor niet gelukt was, bereikte men wel tussen de twee wereldoorlogen in: het gesticht werd van zijn negatieve imago verlost. Het sanatorium werd neergezet als een nieuw soort ziekenhuis voor welgestelde geesteszieken.

Het sanatorium was bedoeld voor een nieuwe categorie patiënten, zenuwlijders, die zich vrijwillig konden aanmelden voor een zo'n best mogelijke

behandeling. Deze categorie patiënten week af van krankzinnigen, omdat ze geen gevaar opleverden voor de samenleving en vaak zeer bewust waren van hun aandoening. Volgens de nieuwste wetenschappelijke theorieën binnen de psychiatrie zou de confrontatie met de moderne industrialisatie en verstedelijking tot grote geestelijke problemen hebben geleid.

In de architectuur markeerde het sanatorium eveneens een doorbraak, vanwege het streven om met tamelijk luxe gebouwen een nieuwe status van de psychiatrie te vertegenwoordigen. Nadruk kwam te liggen om de groene omgeving die een bijdrage zou leveren aan de fysieke en geestelijke genezing van de zenuwlijders, ook vanuit het gebouw zelf. Klinieken voor zenuwlijders stelden hoge eisen aan de architectonische uitstraling. Niet te sombere uitstraling, lichte kamers met veel balkons. Ook luxe voorzieningen zoals centrale verwarming werden getroffen. De bedoeling was dat zenuwlijders hun ziekte zo snel mogelijk zouden vergeten. De verzuiling die voor meer verfijning zorgde, vond ook in de medisch zorg plaats, inclusief de psychiatrische voorzieningen. Eind jaren 20 brak een periode van hervormingen aan, waarbij men veel belang hechtte aan actieve arbeidstherapie en ontspanning die aan genezing van geesteszieken zouden bijdragen. Uitgangspunt was dat de patiënt geen geïsoleerd ziek persoon is, maar een sociaal wezen dat aan een verstoorde relatie met de maatschappij lijdt en heropgevoed moet worden. Het organiseren van arbeidsprocessen met daarbij de gezamenlijke verantwoordelijkheid voor het werk maakten hiervan deel uit. In 1927 maakte 75% van de patiënten gebruik van werkplaatsen. Ook moesten gelegenheden worden gemaakt om familieleden van de patiënten te ontvangen.

Het Noordersanatorium

In 1935 werd het Noordersanatorium in Zuidlaren geopend, het kan gezien worden als een van de best geslaagde voorbeelden van deze tijd. Het gebouw kenmerkt zich door een rustige en zakelijke architectuur, ook in het interieur. De architect, Egbert Reitsma, liet zich bij het ontwerp uitvoerig adviseren door dokter Wetter, geneesheer-directeur van het sanatorium. Het gebouw is volledig volgens de nieuwste inzichten ontworpen. Met een centrale toren voor centrale en administratieve functies en patiëntenverblijven op het zuiden. Twee vleugels voor aparte categorieën patiënten en met grote raamoppervlakten voor veel daglichttoetreding. De facilitaire ruimten en de isoleercellen liggen in minder gunstige delen van het gebouw. Er waren operatie-, behandel- en onderzoekskamers en een laboratorium. De vloeren van de dienstvertrekken werden voorzien van tegels. In de slaapzalen, dagverblijven, eetzaal en onderzoekskamers kwam rubber of linoleum op de vloer die goed en gemakkelijk schoon te houden zijn.

De Tweede Wereldoorlog: De donkere bladzijde

De Tweede Wereldoorlog is een donkere bladzijde in de geschiedenis. Voor de psychiatrische patiënten nog donkerder dan voor veel anderen. Onder de invloed van de rassentheorieën werden de psychiatrische patiënten gezien als een smet op het superieure Arische ras en

de smet moest geëlimineerd worden. Als een van de eersten hebben de psychiatrische patiënten kennis mogen maken met de concentratiekampen.

De jaren 50 en 60: De impact van psychofarmaca

In de jaren 50 en 60 bouwde men verder op de innovaties van de jaren 30. Opnieuw trachtte de geestelijke gezondheidszorg aansluiting te vinden met het moderne ziekenhuis. Dat blijkt uit de inrichting van de slaap- en woonvertrekken en de invoering van moderne medische afdelingen in de inrichtingen. Deze ontwikkeling hield gelijke tred met de institutionalisering van de psychiatrische ziekenhuizen, die zich zoveel mogelijk wilden profileren als een medisch centrum. Net als deze ziekenhuizen vertegenwoordigden ze toenemende betekenis van wetenschap en techniek, die zich het duidelijkst manifesteerde in de opmars van de psychofarmaca.

De invoering van medicijngebruik voor psychiatrische patiënten had een enorme impact op het wonen en op de inrichting. Onrustige patiënten veroorzaakten met hun nauwelijks te beteugelen gedrag een geweldige stempel op de sfeer van een afdeling en uiteraard op het interieur. Verhuiselijking van de afdeling werd pas mogelijk toen dit probleem door het gebruik van medicijnen grotendeels werd overwonnen. Bovendien maakte deze overwinning de weg vrij voor het op grote schaal introduceren van verschillende soorten therapieën, geënt op het sociale model. Aan wonen zoals in de traditionele gezinsverpleging, werd een belangrijke rol toegekend. Wonen impliceert hierbij privacy en geborgenheid, thema's die in de grootschalige institutionele inrichtingen nauwelijks te realiseren waren. Grote slaapzalen zijn daarvan een goed illustrerend voorbeeld.

De jaren 60 en 70: De tijd van de emancipatie, kleine gemeenschappen

Na de sobere jaren van de wederopbouw, kwam er, dankzij de breed ervaren welvaart, een emancipatie golf: het geloof en de verzuilde samenleving werd tot in haar grondvesten door elkaar geschud. Individualisering van de maatschappij, democratisering van de samenleving, verzet tegen de verzuiling en identificatie met het collectief, het feminisme, de zelfontplooiing en zelfexpressie kwamen centraal te staan. Kortom, de oude maatschappelijke structuren voldeden niet meer aan de verwachtingen van de burger en werden verlaten.

Ook de geestelijke gezondheidszorg werd sterk beïnvloed door deze emancipatie golf. Het was de tijd van de 'anti-psychiatrie'. Staat de opsluiting van de psychiatrische patiënt niet haaks op de opvattingen over zelfbeschikking, vrijheid en ruimte voor anders te kunnen zijn? Deze opvattingen hebben hun weerspiegeling gevonden in de nieuw te bouwen inrichtingen. Het accent van de psychiatrische hulpverlening wordt verlegd van het ziekenhuis naar de patiënt zijn eigen milieu, met uitbreiding van ambulante en semimurale hulpverlening als het gevolg. De intramurale inrichtingen ondervonden een metamorfose: kleinschaligheid, menselijke maat, geborgenheid en gezelligheid werden de speerpunten

die gevraagd werden om in een ontwerp vertaald te worden.

Een gesticht mocht niet langer een gesticht zijn, de psychiatrische patiënt moest dichterbij de maatschappij komen te staan. De relaties buiten de instelling moesten intensiever worden en het hospitaliseren van de patiënt moest terug gedrongen worden. Als gevolg hiervan, werden de bestaande inrichtingen gesloopt. Menig architectonisch interessant complex werd verruild tegen kleinschaliger opgezette complexen.

Schaalverkleining werd de trend van de jaren 70. Kleinschalig stond op één lijn met geborgenheid, natuurlijk, ongedwongen, beschut. Het gebruik van natuurlijke materialen of onbewerkte materialen, zoals beton, moest deze sfeer onderstrepen. Om meer privacy te kunnen bewerkstelligen in de grote inrichtingen werd de oplossing gevonden in de zogenoemde 'sociowoningen', normale woningbouw in de buurt van een inrichting. Wonen en behandelingen werden gescheiden, waarbij het scala aan behandelmethoden op het terrein van de inrichting plaatsvond en het en wonen aan de rand hiervan. Veel sociowoningen zijn er niet gebouwd, dus de meeste gestichtsbewoners bleven in de inrichting.

In de jaren 70 kreeg het collectieve wonen meer aandacht en maakten steeds verfijndere behandelmethoden kleinere groepen mogelijk. Aanpassingen van oude ziekenhuizen werden onvermijdelijk en de oude paviljoens voldeden niet meer. Men begon veel waarde te hechten aan de gemeenschappelijke woongroep die werd gezien als een leerschool, een ideaal therapeutisch kader. Meedoen met de groep vond met beter voor de patiënt dat terugtrekken op een eigen kamer. Heel de omgeving moest uitnodigen tot groepsactiviteiten of op zijn minst tot bij elkaar willen zitten. Er werden hiervoor tal van patio's, zitkuilen en 'cosy corners' ingericht.

Politieke invloed

De politiek heeft zich altijd sterk bemoeid met de ontwikkeling van huisvesting voor psychiatrische zorg. Eind jaren 70 stelde toenmalig staatssecretaris Van Volksgezondheid en Milieuhygiëne Els Veder-Smit de deplorabele toestand van de huisvesting in de psychiatrie aan de kaak: minstens 50% van alle bedden in de psychiatrische ziekenhuizen voldeden niet aan de standaard. Aanpak voor de verbetering van de huisvesting leidde onmiddellijk tot grote bouwdrift van nieuwe ziekenhuizen. Hieruit kwam halverwege de jaren 70 de Moratoriumgedachte naar voren, een antipsychiatrische gedachte die vaststelde dat patiënten niet meer in een ziekenhuis verpleegd moeten worden, maar in de samenleving. Verschillende ziekenhuizen werden gesloten en patiënten werden voortaan verzorgd via ambulante behandelmethoden en thuiszorg. Dat ging helemaal mis. Vele patiënten werden op straat gezet, waardoor de meesten gingen zwerven en letterlijk in de goot terecht kwamen.

Jaren 80: Terug in de stad, de sociowoningen

De jaren 80 werden in Nederland gekenmerkt door de ernstige economische crisis die het fundament van de verzorgingsstaat aantastte. Er moest flink

bezuinigd worden, er was geen plaats meer voor de sociale utopieën van de jaren 70. Aanvankelijk werd er vastgehouden aan de idealen van de kleine geborgen woongroepen. Ondertussen werden de normeringen en bouwmaatstaven aangescherpt. De gangen werden smaller en de plafonds lager.

In de laatste decennia was wel duidelijk geworden dat er forse nadelen kleefden aan de woongroep als therapeutisch kader. Minder aandacht voor de individualiteit van de patiënt ten koste van de identiteit van de groep, maakte de patiënt erg afhankelijk van de groep. Hierdoor werd het onmogelijk voor een patiënt om buiten de groep te functioneren en om weer een plek te vinden in de maatschappij. Die ontwikkeling stond haaks op het ideaal patiënten zo kort mogelijk te behandelen.

Voor de categorie patiënten die in principe de kans hadden weer terug te keren in de maatschappij, werd wonen, behandelen en werken apart gehouden. Tegelijkertijd werd een aantal voorzieningen overgeheveld naar kleinschalige inrichtingen in de stad. Het wonen werd zoveel mogelijk geïndividualiseerd: patiënten kregen een appartement met eigen sanitair. Een steeds kleiner deel van de bewoners in psychiatrische inrichtingen verblijft in afzonderlijke afdelingen op het terrein van het klassieke psychiatrische ziekenhuis. Van normale woningen is geen sprake, privacy wordt ingeperkt door de noodzaak van toezicht en intensieve zorg.

Deze afdelingen zijn in feite bedoeld voor de chronische zieken, die weliswaar een menswaardige woonomgeving verdienen, maar zelf niet in staat zijn dat te regelen. Dit in tegenstelling tot een groep chronische patiënten die wel zelfredzaam zijn en weinig zorg nodig hebben. Voor deze mensen biedt de beschermde woonvorm een uitkomst, omdat ze dan dicht bij de inrichting zijn gehuisvest.

De beschermde woonvormen werden in de steden geïntegreerd. Beschermde wonen betekent dat het verblijf tijdelijk is. Ondanks dat die 'tijdelijkheid' soms toch enkele jaren kan duren, blijft de intentie terugkeer naar de samenleving. Dit soort woningen lijken meer op hotels dan op privévertrekken. Ze zijn comfortabel, maar bestemd voor kortstondig verblijf, zonder al te veel persoonlijke of individuele inbreng. Bescheiden van afmeting en zonder luxe. Aanvankelijk hadden de patiënten geen eigen sanitair, maar maakten gebruik van de gemeenschappelijke badkamer op de gang. Maar als meer belang aan privacy wordt gehecht, wordt sanitair op de kamers gerealiseerd.

Jaren 90: Multifunctionele eenheden

In de jaren 90 speelt de overheid een belangrijke rol in de geestelijke gezondheidszorg. De nadruk valt op schaalverkleining, vermaatschappelijking en normalisering. Het instituut verdwijnt geleidelijk ten gunste van woonwijken en buurten voor langdurig zorgbehoevende patiënten. Deze zogenoemde multifunctionele eenheden (MFE) zijn psychiatrische voorzieningen waar circa 80 mensen bij elkaar wonen, midden in een verstedelijkt gebied. Binnen deze MFE's werden allerlei soorten zorgbehandelingen verricht.

Uit de Moratoriumgedachte die eind jaren 70 binnen de GGZ populair was, valt één voordeel te bespeuren.

Namelijk dat men veel beter ging nadenken over de behoefte aan huisvesting voor geesteszieke mensen. Opdrachtgevers en ontwerpers zijn zich gaan bezinnen op wat zo'n type gebouw aan faciliteiten nodig heeft. Ook werd belangrijk dat de patiënt zelf hierin werd gehoord. De zogenoemde MFE werd eind jaren 80 een nieuwe manier van huisvesting binnen de GGZ. Alom door de overheid gepromoot als de beste manier om decentraal de geestelijke gezondheidszorg te organiseren. Patiënten werden voortaan verwezen naar 'community-based' zorghuisvesting, in de wijk en werden niet meer opgenomen in hoofdlocaties. Architecte Terry van de Heide was een van de voorlopers. Zij ontwierp voor de GGZ de eerste MFE's in een woonwijk.

Hoewel de overheid de richting aangeeft, streeft diezelfde overheid sinds de jaren 80 van de vorige eeuw naar een veel grotere rol van de verschillende partijen en trekt zichzelf terug. De relatie tussen overheid en particuliere organisaties, tussen planning en markt, blijft een lastig thema. Voor de kwadratuur van de cirkel, het streven naar de prijsverlagende effecten die aan de werking van de vrije markt worden toe geschreven, op een terrein waar alle tendensen wijzen in de richting van kostenverzwaring, is nog steeds geen overtuigende en werkzame formule gevonden. Dat verklaart wellicht waarom de overheid de teugels rond de eeuwwisseling schoorvoetend laat vieren.

De wet Uitvoeringsorganen Volksgezondheid gaf een aantal bevoegdheden uit handen aan partijen die werkzaam zijn in het veld. Een van die bevoegdheden is het vaststellen van de bouwmaatstaven, die eerst werden voorbereid door het College Bouw Ziekenhuisvoorzieningen en uiteindelijk door de minister werden vastgelegd. Dit Bouwcollege ontwikkelde de bouwnormen en maakte grotendeels uit hoe een ziekenhuis gebouwd moest worden. Geleidelijk aan veranderde het College van een toetsingsinstantie in een adviserende instantie

Tegen het einde van de 20^e eeuw werd gestart met de grote opruiming van de oude psychiatrische ziekenhuizen. Vaak worden ze gesloopt of gerenoveerd en maken plaats voor nieuwe woongebouwen. Nieuwe typen instellingen werden gebouwd zoals de Sint Franciscushof in Raalte, dat als psychiatrisch ziekenhuis werd getransformeerd tot een instelling voor ambulante zorg. De 'ambulantisering' werd eind jaren 90 een veelgevolgde trend binnen verschillende GGZ-instellingen.

Begin 21^e eeuw: De overheid trekt zich geleidelijk terug
Geleidelijk aan trekt de overheid zich terug en let via haar toezichthouders alleen op de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg. Het Bouwcollege is sinds 2009 onderdeel van het Centrum Zorg en Bouw van TNO, die bouwpartijen in de zorg alleen nog ondersteunt en adviseert. Het bouwregime dat onder toezicht viel van het Bouw College Zorginstellingen (CBZ) is niet meer van toepassing. De basiskwaliteiten die het CBZ heeft voorgeschreven en getoetst, zijn geen verplichting meer maar louter een leidraad.

Het financieringsstelsel voor nieuwbouwprojecten in de geestelijke gezondheidsector wordt ingrijpend veranderd. Bezuinigingen die in de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten worden aangekondigd zullen de GGZ zwaar treffen.

De vraag naar het waarborgen van de kwaliteit van bouw in de gezondheidszorg is bij de totstandkoming van de 'Wet Toelating Zorginstellingen' onvoldoende aan bod gekomen. De kwaliteit spitst zich op zaken als veiligheid en geschiktheid van een gebouw voor de daarin te verlenen vormen van zorg, de facilitaire taak van een gebouw. De vraag is met welk instrument deze kwaliteit wordt geborgd na de afschaffing van het wettelijk bouwregime. Belangrijk daarbij is welke kwaliteit en veiligheid de overheid wil waarborgen. Hierbij wordt betrokken de bijdrage die koepelorganisaties in de gezondheidszorg leveren aan normontwikkeling voor zorgbouw. Kortom, hoe en wat zal er nog gebouwd worden voor geesteszieke mensen die jarenlang verpleegd moeten worden?

voornaamste bronnen:

Noor Mens; *De architectuur van het psychiatrisch ziekenhuis* (2003)
Harry Oosterhuis; *Verward van geest en ander ongerief* (2009)

IMPACT

A6. DE KWALITEIT VAN HUISVESTING IN HET HEDENDAAGS PSYCHIATRISCH ZIEKENHUIS

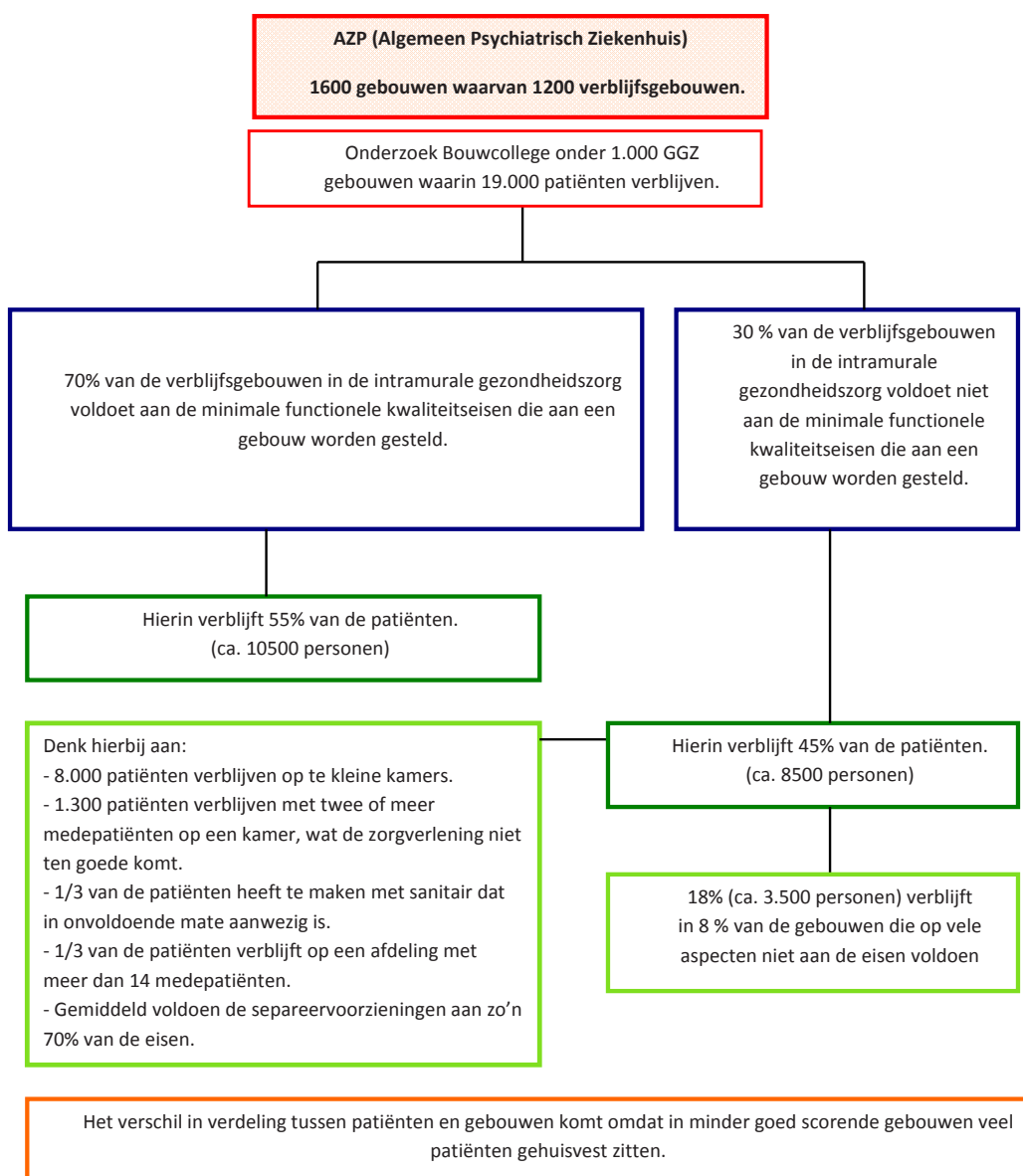
Als gevolg van maatschappelijke ontwikkelingen zijn de opvattingen over de zorgverlening en daarmee de bouwkundige invulling in de loop der tijd veranderd. Hierdoor verloopt de functionele veroudering van verblijfsgebouwen sneller dan de bouwtechnische veroudering.

De patiënten die langer dan een jaar in een instelling verblijven, zijn gemiddeld beter gehuisvest dan de patiënten met een verblijfsduur van minder dan een jaar. De kwaliteit van grote gebouwen (meer dan 50 patiënten) voor langdurig verblijf op de grote locaties, blijft achter bij de gemiddelde kwaliteit. 60% van deze

gebouwen (ca. 1700 personen) voldoet niet aan de basiskwaliteitseisen.

De bouwtechnische staat van de gebouwen is gemiddeld goed. Slechts 3% van de geïnspecteerde verblijfsgebouwen vertoont één of meer gebreken zoals aan kozijnen, daken of dragende gevels.

De resultaten van het onderzoek van Bouwcollege per thema:



Categorie	Basiseis	Onderverdeling	Voldoet wel aan de basiskwaliteitseisen (% patiënten)	Voldoet niet aan de basiskwaliteitseisen (% patiënten)
Zit-/slaapkamer	- <u>Eén persoonskamer</u> , min. 10 m ² (categorie licht, zwaar) bestaande bouw min. 12 m ² (categorie beveiligd) bestaande bouw min. 15 m ² nieuwbouw	Eenpersoonskamers (74% van de patiënten)	60% van de één persoonskamers voldoet	40% van de kamers is te klein Er zijn bijna geen kamers die aan deze eis voldoen.
	- <u>Twee persoonskamer</u> , min 2 * oppervlakte éénpersoonskamer	Eén medepatiënt (19%)	20% van de twee persoonskamers voldoet	80% van de kamers is te klein
	- <u>Meerpersoonskamer</u>	Twee of meer medepatiënten (7%)	Meerpersoonskamers komen in de categorie beveiligd niet voor.	Meerpersoonskamers voldoen per definitie niet.
Sanitair	- <u>Aantal toiletten</u> , min 1 gemeenschappelijk toilet per 4 patiënten (bestaande bouw)	aantal	71% van de patiënten heeft 1 toilet beschikbaar per 4 patiënten	29% van de patiënten heeft te weinig toiletten.
	- <u>Aantal bad-/doucheruimte</u> eis 1 bad-/doucheruimte per 4 cliënten (bestaande bouw)	aantal	66% van de patiënten heeft voldoende bad/doucheruimte	34% van de patiënten heeft te weinig bad-/doucheruimte
	- <u>Oppervlakte badkamer</u> , min 1,6 m ² (categorie licht, zwaar en beveiligd) bestaande bouw	Oppervlakte	78% van de bad-/doucheruimte voldoet aan de min. oppervlakte	22% van de bad-/doucheruimte voldoet niet aan de min. oppervlakte
Groeps-grootte	- <u>Bestaande bouw</u> , max. 14 personen	groep ≥ 14 personen (31% van de patiënten)	In het verleden werd dit wel toegestaan	groep ≥ 14 personen voldoet niet aan eisen (31%)
	- <u>Nieuwbouw</u> , Groepsgrootte max. 10 personen (categorie zwaar, beveiligd) Groepsgrootte max. 6 personen (categorie licht)	Groep ≥ 10 personen	65% van de categorie zwaar en 86% van de categorie beveiligd voldoen aan de groepsgrootte. 78% van de categorie licht voldoen aan de groepsgrootte.	35% van de categorie zwaar en 14% van de categorie beveiligd voldoen niet aan de groepsgrootte. 22% van de categorie licht voldoen niet aan de groepsgrootte.
Gemeen-schappelijke ruimte	- <u>Oppervlakte gemeenschappelijke ruimte</u> , min. 6m ² p.p. (categorie beveiligd) bestaande bouw min. 3 m ² p.p. (categorie licht, zwaar) bestaande bouw	Oppervlakte	89% voldoet 98% voldoet	11% voldoet niet 2% voldoet niet
	- <u>Aanwezigheid van keuken woonkamer, multifunctionele ruimte en rookruimte</u> (therapieruimte is niet verplicht wel wenselijk)	Woonkamer Multifunctionele ruimte Rookruimte Keuken	100% aanwezig 18% aanwezig 34% aanwezig 100% aanwezig	82% niet aanwezig 66% niet aanwezig

A7. DESKUNDIGEN OVER HUISVESTING IN DE PSYCHIATRIE: LUC NELISSEN

Luc Nelissen is huisvesting adviseur en richt zich al sinds 1977 op huisvesting in de psychiatrische zorg. Hij werkte voor verschillende koepelorganisaties in de GGZ, hij controleerde voor hen de ontwerp- en bouwprocessen. Later was hij een van de oprichters van SNH partner. Hij was een van de eerste bouwmanagers die programma's van eisen opstelde als leidraad voor het ontwerp en de bouw van psychiatrische ziekenhuizen. Luc Nelissen is sinds 2009 met pensioen.

Form follows function

Luc Nelissen vindt dat een ontwerper van gebouwen oog moet hebben voor de functie van het gebouw. Dat geldt met name bij het bouwen van psychiatrische instellingen. "Er zijn zoveel verschillende typen geestesziekten, die vragen ieder om een eigen manier van huisvesten."

Nelissen legt uit dat er voor architectuur van psychiatrische ziekenhuizen zeeën van mogelijkheden liggen om de functie van het gebouwde ziekenhuis goed in kaart te brengen. Een braakliggend terrein, dus. "Er wordt in de ontwerpfase nog veel te weinig nagedacht over de functie van het ziekenhuis. In de zin van hoe moet een dergelijk gebouw eruit zien en voor wie bouwen we het eigenlijk?" In 1982 verrichtte Nelissen diepgaand onderzoek naar de typologie van de huisvesting voor psychiatrische zorg. Hij ontwikkelde een bouwmodel waarmee bepaalde aandachtspunten zoals de mate van vrijheid, toezicht, grootte van de groepen van psychiatrische patiënten op een afdeling beslissende factoren worden binnen het ontwerp. Hieruit ontstonden geschikte woonvorm voor bepaalde categorieën psychiatrische patiënten. "Vaak moet er diep in de organisatie gedoken worden om een goede vertaalslag te kunnen maken. De politiek heeft zich altijd sterk bemoeid met de ontwikkeling van huisvesting voor psychiatrische zorg. Eind jaren '70 stelde Els Veder-Smit, toenmalig staatssecretaris van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, de deplorabele toestand aan de kaak van minstens 50% van alle bedden in de psychiatrische ziekenhuizen. "De verbetering van de condities voor bedden leidde onmiddellijk tot grote bouwdrift van nieuwe ziekenhuizen", vertelt Nelissen. "Als reactie hierop ontstond halverwege de jaren '70 de Moratoriumgedachte, een antipsychiatrische gedachte die vaststelde dat patiënten niet meer in een ziekenhuis verpleegd moeten worden, maar tussen normale mensen wonen, in de samenleving, in de wijk. Verschillende ziekenhuizen werden gesloten en patiënten werden voortaan via ambulante behandelmethoden en thuiszorg verzorgd. Met alle gevolgen van dien. Patiënten kwamen op straat te staan, waardoor ze gingen zwerven en letterlijk in de

goot terecht kwamen."

MFE

Nelissen constateert dat uit de Moratoriumgedachte, en het hieruit volgende beleid, één voordeel is voortgekomen: men ging wel beter nadenken over de behoefte aan huisvesting voor geesteszieke mensen. "Men is gaan bezinnen wat zo'n type gebouw aan faciliteiten nodig heeft. Ook werd belangrijk dat de patiënt zelf hierin werd gehoord." De zogenoemde multifunctionele eenheden (MFE's) werden halverwege de jaren '80 een nieuwe manier van huisvesting binnen de GGZ. Alom door de overheid gepromoot als de beste manier om decentraal de geestelijke gezondheidszorg te organiseren. Patiënten werden voortaan verwezen naar "community based"-zorghuisvesting, dus in de wijk en niet meer naar hoofdlocaties. Met deze nieuwe focus op de MFE werd een duidelijke lijn getrokken tussen de niet-behandelbare, chronische psychiatrische patiënten en de behandelbare patiënten die korter dan 1 jaar in behandeling waren, ongeveer 90% van de totale patiënten. Deze ontwikkeling was alles behalve voordelig voor de huisvesting van de chronische patiënten.

Flexibiliteit als toverwoord

Volgens Nelissen is nog nooit vastgesteld hoeveel invloed de gebouwde omgeving heeft op een patiënt. Tal van plannen zijn over zijn bureau gegaan en kan hij duidelijk de succes- en faalfactoren binnen een project aanwijzen. "Als ontwerper van gebouwen moet je oog hebben voor de keuzemogelijkheden die een gebouw te bieden heeft voor verschillende ziektebeelden", meent hij. "Elke kliniek heeft 24 tot maximaal 42 bedden. Flexibiliteit is het grote toverwoord. Er moet de mogelijkheid gecreëerd worden om afdelingen groter of kleiner te maken, afhankelijk van het aanbod. Verder moeten er ruimtes zijn waar iets te beleven valt, een ruimte de patiënt zelf mee kan vormgeven. Daarnaast is het belangrijk dat verveling zoveel mogelijk wordt tegengegaan. Ieder mens heeft behoefte aan licht, lucht en kleuren, psychiatrische patiënten natuurlijk ook, maar zijn zij vaak hypersensitief voor alle prikkels, waardoor er toch op een andere manier mee omgegaan

moet worden. Maar er zijn gradaties in ziektebeelden. Er is intensieve en minder intensieve zorg en er zijn verschillende stappen in het behandelproces. Duidelijk moet zijn welke locatie dan het meeste geschikt voor een bepaald stadium in het behandelproces. Mensen die terug zullen keren naar de maatschappij vinden het wellicht prettige om aan de buitenkant van het terrein te wonen met zicht op de stad. Andere veel ziekere mensen blijven liever middenin het terrein, zonder al te veel impulsen van de buitenwereld. Binnen een gebouw moet bekend zijn welke locatie geschikt is voor jeugdpsychiatrie of verslavingstherapie. Of voor chronische patiënten die 7 jaar of langer in een instelling moeten blijven gelden weer andere uitgangspunten. Niet alle patiënten kunnen zomaar bij elkaar worden gezet. De grootte van de groepen is ook vaak reden tot discussie, maar een slimme architect weet meestal wel goede combinaties te maken en bedenkt de mogelijkheden binnen een bepaald ontwerp. De grootte van een woongroep hangt af van de beschikbaarheid van personeel, die de situatie moet kunnen beheersen.”

Volgens Nelissen is binnen een gesloten afdeling een groep van 6 tot 10 personen de meest ideale woonvorm. Voor heel moeilijke patiënten is een groep van 2 tot 4 personen het beste. “Eigen sanitair is een must.” Het liefst ziet Nelissen dat patiënten een eigen woonkamer hebben van 22 vierkante meter inclusief een eigen sanitaire cel. Er moet genoeg ruimte zijn om zowel individueel als gezamenlijk de tijd door te brengen, de vrijheid om te kiezen speelt hierbij een belangrijke rol. Daarbij moet men beseffen dat psychiatrische patiënten altijd de mogelijkheid willen hebben om de medebewoners, verzorgers en buitenstaanders te kunnen vermijden of ontlopen, lijfelijk contact of zelfs toenadering is in principe ongewenst. De bewoner van een psychiatrisch kliniek heeft een vrij normale habitat en dat is gewoonweg meer fysieke ruimte dan nu de norm is. Nelissen vindt vrijheid en keuzemogelijkheid voor de bewoners broodnodige kwaliteiten, maar die in een psychiatrische kliniek vrij moeilijk te realiseren zijn. “Soms is dit eenvoudig te realiseren, door kleine aanpassingen. In de RGC van Hengelo zijn drie separeercellen uitgedost met drie verschillende kleurstellingen. De patiënt heeft, ook tijdens een vreselijk schokkend gebeuren zoals separatie, de mogelijkheid om te kiezen welke kleur het best bij zijn of haar stemming past”.

Gezond lichaam is een gezonde geest

Nelissen ondervindt dat de Nederlandse trend waarbij teveel bemoeizucht als hinderlijk wordt ervaren, nadelig uitwerkt voor psychiatrische patiënten. “Te weinig bemoeienis betekent voor deze mensen dat ze compleet aan hun lot worden overgelaten. Ze kunnen hun gang niet gaan, want er valt niks te kiezen waarin ze gang kunnen gaan. Ze moeten vermaakt worden, omdat ze zijn opgesloten. Daarbij ligt het sterk aan de filosofie van een instelling of er activiteiten worden ontplooid. Binnen de inrichting kan er dan wel een patiëntensociëteit zijn georganiseerd, maar als personeel tekort schiet en te weinig met deze mensen onderneemt, doen ze niets anders dan de hele dag

heen en weer lopen tussen de flipperkast en de bar. Dat schiet dus niet op, ze gaan zich enorm vervelen. Met andere woorden, prettig wonen is niet alleen afhankelijk van een fraaie omgeving. Een instelling moet zorgen voor een goed aanbod aan vermaak, in een omgeving die mensen stimuleert, uitdaagt of verleidt en dat voor getoonde interesses een dagprogramma wordt opgetuigd door de staf. Met deze mentaliteit worden leefbare omgevingen gecreëerd.” Nelissen vindt het ziekenhuis in Wolfheze een succesvol voorbeeld hiervan. “Wolfheze staat bekend om een groot areaal aan dag- en takenactiviteiten. Het motto is: dagelijkse discipline door hard te werken om te overleven. De woningen zijn transparant. Je ziet andere mensen buiten naar een werkplaats lopen en vaak stimuleert dat andere patiënten om ook buiten de deur activiteiten te gaan doen. Zo simpel bedacht, maar het werkt perfect.”

Toekomst

Nelissen vermoedt dat in de aankomende tijd de bouw van psychiatrische instellingen zal stagneren. “De heersende gedachte is dat er al voldoende gebouwd is voor de geestelijke gezondheidszorg. Bovendien is er geen geld meer om te bouwen.” Door de invoering van de marktwerking in de algehele zorgsector genieten, ten opzichte van enkele jaren geleden, andere segmenten van het zorgbedrijf prioriteit. “De focus ligt duidelijk op de optimalisatie in bedrijfsvoering, ook bij beslissingen over huisvesting. Het nieuwe financieringstelsel ontketent een reorganisatiestorm in bijvoorbeeld personele bezetting, infrastructuur en facilitaire structuren. Ook de huisvesting zal niet ontzien worden, men zal hetzelfde moeten waarmaken met minder gebouwen. Dit betekent dat er nu vaker gekozen wordt voor renovatie en herbestemming dan nieuwbouw.” Volgens Nelissen heeft dat een vermindering van klinische voorzieningen en opvang tot gevolg waardoor meer ambulante behandelingen poliklinische opnamen zullen plaatsvinden. Hij vreest dat hierdoor de zware gevallen op straat gezet zullen worden omdat zij geen onderdak meer vinden. Of de inrichtingen zullen strenger en geïsoleerder worden ingericht om gewelddadige patiënten in onder te brengen.

Nelissen vreest, door de intensivering van de samenleving, een forse toename aan de behoefte voor intensieve en specialistische zorg in de psychiatrie, zoals verslavingszorg, forensische klinieken en jeugdpsychiatrie. “Het is een lastige tijd voor de jeugd,” meent hij. “Jongeren worden geconfronteerd met allerlei problemen omdat hun opvoeders niet meer opgewassen zijn tegen de hoge eisen die de maatschappij tegenwoordig stelt aan de jeugd. “Ik voorzie daar erg veel problemen, waarvoor geen huisvesting beschikbaar is op dit moment,” besluit Nelissen.

15 juni 2009

interviewers Branka Vuksanović en Maarten Castelijns

A7. DESKUNDIGEN OVER HUISVESTING IN DE PSYCHIATRIE: PHILIPPE DELESPAUL

Psychiater Phillipe Delespaul, volgde opleidingen voor klinische psychologie, wiskundige psychologie en psychologische methodologie aan de Universiteit in Leuven. Al geruime tijd is hij werkzaam als klinisch psychiater en manager binnen een psychiatrische kliniek in Zuid-Limburg. Daarnaast is hij onderzoeker en onderzoeksleider aan de Universiteit van Maastricht. Delespaul is gespecialiseerd in de diagnose en behandeling van patiënten met een zeer ernstige psychiatrische stoornis, met name schizofrenie. Naast het klinisch werk, is Delespaul al meer dan 20 jaar betrokken bij het onderzoek in de 'ecologische psychiatrie'. Hij begeleidt verschillende onderzoeken naar deze vernieuwende stroming binnen de psychiatrie. Sinds 2000 werkt hij als case-manager, consulent, psychotherapeut en supervisor voor de Psycope, een samenwerkingsverband tussen verschillende Zuid-Limburgse GGZ-instellingen en de Universiteit Maastricht.

Sfeer en organisatie bepalen de afdeling

Een van de vragen die aan psychiater Delespaul wordt gesteld is als je een kliniek hebt met verschillende patiënten, hoe verdeel je de patiënten over de verschillende woongroepen? Is er ook iets wezenlijks te zeggen over de ideale grootte van woongroep.

Delespaul legt uit dat twee praktische strategieën binnen de zorg worden gehanteerd, namelijk het concentreren van zorg voor moeilijke gevallen en het deconcentreren, dus verspreiden van moeilijke gevallen over verschillende afdelingen. Volgens Delespaul reduceert deconcentreren juist escalatie. "In niet-geconcentreerde situaties is vaak een normale, gewone woonomgeving te creëren. Waarbij een paar moeilijke gevallen tussen minder moeilijke gevallen worden gezet. Gevaar dreigt wel dat die ene moeilijke patiënt de onrust vaker verstoort, waardoor de situatie een stuk lastiger wordt."

"Overigens impliceert deconcentreren niet dat er kleinere groepen ontstaan. Concrete voorbeelden van deconcentratieplekken zijn er nog niet", weet Delespaul. Het verdelen van patiënten over woongroepen hangt volgens Delespaul sterk af van de sfeer en organisatie van de afdeling. "Afdelingen worden over het algemeen niet diagnostisch specifiek onderverdeeld," stelt hij vast. Ook al komen verschillende ziektebeelden wel bij elkaar op een afdeling. Een aantal aspecten speelt een cruciale rol bij de sfeer op een afdeling. "Zoals logistiek en begeleiding. De ene afdeling krijgt intensieve begeleiding de andere wat minder. Waar niet genoeg begeleidend personeel voorhanden is, worden moeilijke patiënten bij elkaar gezet. Communicatie over en weer tussen moeilijke patiënten en begeleiders veroorzaakt in zo'n situatie regelmatig problemen."

Geluk en frustratie

Frustratie is een van de sterkst confronterende problemen van patiënten in een gesloten afdeling.

De afhankelijkheid van andere mensen, personeel of familieleden speelt grote parten. Voorkomen van frustratie is eigenlijk nog belangrijker dan het organiseren van een afdeling in een intensievere of een gespreide zorgverleningstactiek. "De vraag in welke omgeving een mens zich het gelukkigst voelt, is nagenoeg niet te beantwoorden", zegt Delespaul. Geluk is voor iedereen anders. Wel is bekend dat geluk afhangt van de grootte van een groep. De ideale groepsgrootte is niet groter dan 2 of 3 patiënten. Meestal worden mensen opgenomen in groepen van 12, 25 of 30 personen. Stress bij patiënten wordt vaak veroorzaakt door de grote omvang van deze groepen. Mensen storen zich vaak aan elkaar of aan de afhankelijkheid van andere patiënten, zoals eetgewoonten of gedrag aan tafel. Of aan de keuze voor een Tv-programma. "Het lijkt soms of demotivatie of een introverte houding van patiënten veel te maken hebben met de sfeer en de organisatie van een afdeling. Alsof apathische gedrag van sommige patiënten sterk afhankelijk is van de omgeving waarin ze zich bevinden."

Groepsgrootte en dynamiek

Bij het nadenken over een omgeving voor psychiatrische patiënten zijn criteria als sfeer en organisatie vaak veel belangrijker dan diagnoses, stelt Delespaul vast. "Sommige mensen gedijen goed als ze op zich zelf kunnen zijn. Anderen zoeken graag contact met andere patiënten. Er zijn weinig mensen die goed gedijen in middelgrote groepen van 12 tot 15 mensen. Heel af en toe zijn er mensen die zich goed voelen in satellietposities. Er zijn mensen die de hele dag relatief gelukkig kunnen zijn door in de huiskamer te zitten en de wereld om zich heen te zien bewegen. Er zijn mensen die een halve dag op een station zitten om naar andere mensen te kijken. Ze zoeken die plek heel bewust op, maar participeren verder niet. Dat kan op den duur wel eens veranderen, maar dan moet

een instelling ook weer voor deze doorstromers een geschikte ruimte beschikbaar hebben. De afdeling met 2 of 3 mensen is in feite een gewoon woonhuis. Probleem blijft dat ze nooit zelfstandig een eigen plek kunnen kiezen of voor andere patiënten kunnen kiezen waarmee ze het liefst willen samenleven.

Volgens Delespaul wordt er teveel verwacht van het leven in een groep. “Het is maar de vraag of een groep van 12 patiënten dynamisch genoeg kan zijn om daaruit een betekenisvolle omgeving en samenleving te laten ontstaan. Groepen zijn niet te arrangeren wanneer de groepsleden niet willen participeren. Het is uitermate moeilijk om mensen met een geestesziekte eigen verantwoordelijkheden te geven waarmee een gezamenlijke dynamiek in een groep ontstaat. Dat is al lastig in een studentenhuus of andere artificiële communes, waar afspraken gemaakt kunnen worden op een totaal ander niveau dan in een institutionele omgeving zoals een instelling. Patiënten wonen nu eenmaal in een psychiatrische instelling waarbij het gebouw is ingericht op de handicap van de bewoners. Een patiënt logeert in een psychiatrische instelling, maar hij is er niet thuis. De manier van wonen en de inrichting zijn van minder belang, dan de kwaliteit van de zorgverlening. Bovendien heeft de psychiatrische patiënt veel minder vierkante meters tot zijn beschikking dan een huurder van een woningcorporatie”, stelt Delespaul relativerend vast, “Ongeveer een kwart van een gemiddelde kleine sociale huurwoning”.

Intolerante samenleving

Institutionaliseren van mensen betekent een grote mate van zorgverlening. Als groepen veranderen van samenstelling heeft dat consequenties voor de ontwikkeling van een patiënt. Soms pakt dat gunstig uit, soms minder gunstig. Vaak worden patiënten maar bij elkaar gezet omdat niemand weet waar ze anders heen moeten. Delespaul vindt dat de samenleving aan het verrechtzen is en steeds meer intolerant wordt naar mensen die anders zijn dan de maatschappelijk meer geaccepteerde burger. De huidige isolatie en institutionalisering van de zware psychiatrische patiënt is een afspiegeling van de algemene kijk op ongewone mensen.

Volgens Delespaul kan de oplossing voor de te grote zorgvraag in de-institutionalisering gevonden worden. “Waarbij de zorg aansluit bij de behoefte van mensen, in een omgeving die de zorgverstrekking ondersteunt en niet een deel van het probleem wordt.” De oplossing ligt in de omgeving van de psychiatrische patiënt, de patiënt zelf is het probleem niet. Crisisopvang zal altijd blijven bestaan, zeker voor gewelddadige mensen. “Opsluiten van patiënten voor een extreme lange tijd, zoals 30 jaar, zou eigenlijk vermeden moeten worden”, vindt Delespaul. “Jarenlange opsluiting houdt intensieve zorg automatisch in stand. Het is evident dat deze wijze van hulpverlening niet van de ene dag op de andere te veranderen is. Het zou eens vaker uitgetoetst moeten worden of de institutionalisering jarenlange zorgverlening kan voorkomen. Zeker bij nieuwe groepen psychiatrische patiënten kan in elk geval bekeken worden of de zorgverlening anders kan

dan jarenlang opsluiten.

Extramurale verzorging

Delespaul onderzoekt op dit moment de mogelijkheden om de zorg extramuraal te organiseren. Zodat niet alleen die 200 mensen die in zijn instelling zijn opgenomen worden verzorgd, maar ook die 3000 thuiswonende mensen die intensieve zorg nodig hebben. Opvang is dan alleen nodig in het geval van ernstige geestelijke crisis. Volgens Delespaul moet de infrastructuur aangepast worden om de intensieve zorg ook in een thuissituatie te kunnen verlenen.

Het blijkt lastig om wijken te organiseren waar geesteszieke mensen tussen normale mensen kunnen wonen. De maatschappij stelt zich er niet altijd even gemakkelijk voor open. “Toch raar als je beseft dat 42% van de Nederlandse bevolking ooit in zijn of haar leven een psychiatrisch probleem gehad heeft.” Delespaul vindt niet dat de gesloten kliniek niet meer nodig zou zijn en opgedoekt moet worden, maar geeft wel aan dat er teveel mensen zijn die te lang verblijven in een gesloten kliniek.

Verveling

Hoe kan de verveling in een psychiatrische kliniek tegen worden gegaan? Verplichte activiteiten of taken leveren een stuk regelmaat op in het leven en brengen sociale interactie met medepatiënten met zich mee. Het brengt structuur in het leven. Delespaul ziet dat er goed bedoelende hulpverleners hun best doen om het de patiënten zo aangenaam mogelijk te maken, maar vaak met averechts resultaat. Het is te vergelijken met het activeren van adolescenten. “Reacties van een patiënt kunnen zo complex zijn. Als mensen iets moeten, kunnen ze daardoor al van streek raken. Anderzijds vervelen ze zich te pletter. Sommige artificiële dingen ontstaan automatisch met de beste bedoelingen, maar pakken volledig anders uit dan was te voorzien. Het moet een keuze zijn actief te zijn of niet, maar daarvoor dienen wel de mogelijkheden en faciliteiten aanwezig te zijn, bij voorkeur geïntegreerd in de omringende maatschappij.

Psychose. Wat is dat?

“Niemand kan zeggen welke ruimte geschikt is voor een patiënt die in een psychose raakt”, zegt Delespaul. Dat hangt sterk af van de psychose en van de patiënt. Het is verkeerd om te veronderstellen dat een psychose, een gemoedstoestand is die buiten de realiteit lijkt te staan. Een psychose geeft voor 90% normale reacties die elk normaal mens kan invullen. Meestal zwijgt een patiënt in een psychose, want hij weet dat niemand anders dat stemmetje hoort. Dat leidt meestal tot sociale isolatie. “Een psychose is uiterst complex. Onduidelijk is welke zorg de beste is wanneer iemand zo angstig wordt, dat hij een bedreiging is voor zichzelf of voor zijn omgeving. Separatie in de zin van opsluiting of fixatie kan meer angst veroorzaken en is dus niet altijd de oplossing. Separatie in de zin van een rustgevende plek aanbieden, is wel een oplossing om iemand kalm te krijgen. Als een patiënt zo angstig is en de separeerruimte als een beschermende ruimte ervaart, zal hij daar weer tot rust komen. Een gesloten

deur in de separeerruimte leidt tot frustratie en onrust. Een deur die open blijft, indien mogelijk natuurlijk, geeft de patiënt het gevoel van kansen en perspectieven”.

Kern van het probleem

Psychiatrische instituten zijn erop ingericht om de problematiek onder controle te houden. In de traditionele wijze van separatie is een patiënt compleet afhankelijk van de veiligheidsmethoden van de hulpverlener. Hij beoordeelt wat er met de patiënt moet gebeuren. Delespaul vindt dat de huidige oplossingen voor psychiatrische zorgverlening voortdurend kritisch beoordeeld moeten worden.

“Als iemand totaal onhandelbaar is, moet een hulpverlener uitermate goed beseffen wat de consequentie kan zijn van een bepaalde behandeling. Dat heeft sterk met risicomanagement te maken. We moeten ons hierbij wel afvragen of de beheersing van het risico niet zelf een risico creëert. Het gebeurt maar al te vaak dat teveel gefocust wordt op preventieve zorgverlening. Zonder al te veel bewust te zijn welke effecten dat teweeg brengt. Hoe los je bijvoorbeeld het hooligangedrag van voetbalfans op? Door de ME op ze af te sturen? Of stewards door de voetbalmenigte te laten rondlopen? Actie veroorzaakt reactie. Je kunt dan wel tijdelijk een onveilige situatie hebben opgelost, maar de vraag is of je daarmee niet een onveilige situatie hebt gecreëerd”, besluit Delespaul.

9 juli 2009

interviewer Maarten Castelijns

A7. DESKUNDIGEN OVER HUISVESTING IN DE PSYCHIATRIE: WILLEM RIJKS

Willem Rijks werkt als klinisch psychiater bij Mondriaan Zorggroep in Zuid Limburg. Hij is de behandelende arts van psychiatrische patiënten met een ernstige, langdurige stoornis. Rijks neemt geen blad voor de mond en zegt waar het op staat. Kortom, een waardevolle gesprekspartner voor de casestudy Impact. De kliniek waar dokter Rijks werkt is een uitgewoond flatgebouw uit de jaren 80. De patiëntenverblijven beschikken niet over een buitenruimte, de patiëntenkamers zijn qua afmeting klein, de sanitaire voorzieningen op de afdelingen worden door meerdere mensen gebruikt. Willem Rijks heeft onder meer een gesloten afdeling onder zijn hoede, waar 14 patiënten in de langdurige zorg zijn opgenomen. Op deze afdeling woont een grote verscheidenheid aan patiënten; mannen en vrouwen, van jong volwassenen tot bijna pensioengerechtigden, met verschillende psychische aandoeningen. Bijna alle patiënten zijn psychotisch. Een enkeling heeft een persoonlijkheidsstoornis. Sommige patiënten verblijven al meer dan 20 jaar op de afdeling. Twee van de veertien patiënten leven in totale afzondering. Gemiddeld verblijft een patiënt 7 jaar op deze afdeling.

Het effect van ruimte

“De gemeenschappelijke ruimte van een afdeling moet groot genoeg zijn. Als mensen willen mee-eten, moet dat kunnen”, zegt Rijks. Op afdelingen waar elke bewoner een woonslaap kamer heeft, is dat niet strikt noodzakelijk. Deze afdelingen hebben vaak kleine gemeenschappelijke woonkamers met een woonkeuken. Bij afdelingen met grote gemeenschappelijke ruimtes zijn de patiëntenkamers klein. “Soms te klein voor patiënten om zich overdag in eigen kamer terug te kunnen trekken.”

“Veel ruimte is goed voor een patiënt, vooral gemeenschappelijke ruimte.” Psychiater Rijks ziet beperkte ruimte als een probleem. “Wanneer een afdeling meer dan 24 patiënten huisvest, kan de sfeer soms uitermate ongemakkelijk en onrustig worden. Zeker wanneer meerdere bewoners in een persoonlijke crisis belanden, dan krijgen patiënten het beklemmende gevoel opgesloten te zitten met een stel andere gekken.” Volgens Rijks mag een gesloten afdeling in een psychiatrische kliniek maximaal 17 bewoners hebben, dat is het absolute maximum. Een afdeling voor acute, korte opnames met een snelle doorstroming heeft relatief minder vierkante meters nodig dan een afdeling voor langdurige zorg. Een overvolle afdeling met weinig doorstroming heeft een nadelig effect op de gemoedstoestand van de patiënt. Vaak duurt een opname dan ook langer dan vooraf is voorspeld. Psychotische patiënten die samen op een afdeling zitten en behoorlijk in de war zijn, moeten soms wel 6 weken langer blijven. Terwijl een behandeling gemiddeld niet langer dan 2 of 3 weken mag duren.

Ruimte voor de activiteiten

Rijks vertelt dat er steeds minder ruimte is voor activiteiten, letterlijk en figuurlijk, bijvoorbeeld om groepsactiviteiten te organiseren. Rijks vindt het

vreemd dat bij het ontwerpen van nieuwe ziekenhuizen hiervoor nauwelijks aandacht is. “Het is toch raar dat niet wordt nagedacht over hoe op een simpele manier activiteiten gefaciliteerd kunnen worden? Hier zitten patiënten die al 20 jaar opgenomen zijn. Ze doen de hele dag niets. Dat is voor een normaal mens toch bijna niet voor te stellen? In theorie zijn er genoeg goedkope en simpele manieren om activiteiten te organiseren voor de afdeling, maar deze worden nooit uitgevoerd omdat de activiteitenbegeleiding tekort schiet en de ruimte vaak beperkt is.” Rijks legt uit dat patiënten in langdurige verblijfssituaties vaak in een woongroep wonen met een gezamenlijke, grote eet-woonkeuken. “Dit type woonvorm past weliswaar perfect bij deze mensen, maar jammer genoeg is er veel minder ruimte beschikbaar voor de individuele woon- en slaapkamer. Geen eigen woonruimte hebben, betekent de hele dag verplicht in een ruimte zitten met andere gekken.” Wanneer gezamenlijke voorzieningen gedeeld moeten worden, levert dat regelmatig irritaties en stress op. Tot hooglopende ruzies aan toe. Vooral douches veroorzaken nogal eens problemen, merkt Rijks op, wanneer patiënten ze als toilet gebruiken en vol met uitwerpselen achterlaten. “De stank kan uiteindelijk niet meer worden weggepoetst. Douches zorgen op deze manier voor blijvende overlast en worden vervolgens eruit gesloopt. Dat is niet de oplossing voor het probleem. Zo houd je op den duur geen douche meer over.”

Ideale grootte van de ruimte

“Een ruimte moet niet te klein zijn, maar ook niet te groot”, zegt Rijks, “Een gemeenschappelijk patiëntenverblijf moet altijd ruim zijn, zodat mensen elkaar niet in de weg zitten.” De gangen moeten breed genoeg zijn, zonder onoverzichtelijke hoeken, daarmee zijn ze veilig. Soms worden spiegels gebruikt om onoverzichtelijke hoeken

inzichtelijk te maken, maar dit veroorzaakt vooral veel verwarring en onrust op een afdeling, omdat de patiënten alle activiteiten ook in spiegelbeeld zien en dan overladen worden met prikkels. De gangen zijn te beveiligen met camera's, maar te smalle gangen blijven gevaarlijk. "In het geval dat een patiënt door twee begeleiders naar een separeerruimte wordt gebracht, moeten de gangen breed genoeg zijn zodat begeleiders, met de patiënt tussen hen in, gemakkelijk door kunnen lopen. Hiervoor is een minimaal 2 meter brede gang nodig. Bouwers letten niet altijd op functionaliteit en houden geen rekening met de juiste oppervlakten en afmetingen binnen een ziekenhuis. Mensen moeten zich thuis voelen in een gebouw en niet een verloren gevoel, of opgesloten gevoel hebben."

De ideale ruimte voor langdurige opname

Rijks weet dat patiënten die langer dan 10 jaar in een instelling verblijven erg gesteld zijn op persoonlijke spullen in hun eigen kamer. Bijvoorbeeld een eigen zitje om mensen te kunnen ontvangen. "Hiervoor hebben we helaas te weinig plaats. Patiënten die voor kortere tijd hier zijn, verblijven liever in een ziekenhuisachtige omgeving, zoals een ziekenzaal. Bij hen leeft het gevoel spoedig te kunnen herstellen en het ziekenhuis snel te verlaten.

Voor afdelingen voor chronische patiënten gelden andere eisen en wensen. De patiëntenkamers zouden geluidsdicht moeten zijn om te voorkomen dat de hele afdeling wakker wordt van één schreeuwende patiënt. Op afdelingen met een slechte geluidsisolatie gebeurt het regelmatig dat alle patiënten slaappillen moeten slikken om 's nachts ongestoord door te kunnen slapen. Het is ontzettend triest dat iedereen medicatie krijgt toegediend, omdat één psychotische patiënt met doodsangsten de boel op stelten zet." Kortom, het gebrek aan voldoende geluidsisolatie wordt opgelost met slaappillen. Slaappillen zijn overigens niet zonder bijwerkingverschijnselen. Een slaappil heeft dezelfde uitwerking als medicatie tegen angst. Een patiënt kan door die slaappil de volgende dag meer last krijgen van angsten. "Dat wordt een eindeloze spiraal waar je niet snel uit raakt," meent Rijks.

De uitzichtloosheid van een patiënt

Een patiënt moet de kans krijgen om onafhankelijk naar buiten te kunnen gaan. Volgens Rijks kan dat prima gerealiseerd worden met een goed afgesloten binnentuin op het ziekenhuisterrein. In die binnentuin moeten activiteiten mogelijk zijn, zoals sporten. "Het is zo triest dat de patiënten op onze gesloten afdeling nooit naar buiten kunnen. Om een frisse neus te halen moeten meerdere begeleiders mee, uit veiligheid. Dat kost veel tijd, dus gaan ze niet naar buiten."

Een eigen boompje als therapie

Een gesloten afdeling is dikwijls het eindstation voor de chronische patiënt, de laatste stap in de molen van de psychiatrie. Ze verdwijnen eigenlijk uit de samenleving, met weinig kansen op terugkeer naar de maatschappij. "Elk ziekenhuis zou een binnenplaats moeten hebben met een ruim bemeten tuin waarin patiënten planten en bomen kunnen verzorgen. Dat heeft een fantastische

uitwerking en geeft ze het gevoel onmisbaar te zijn. Bovendien geeft een tuin een fraai uitzicht naar buiten, beter dan die saaie stenen muren!"

Perspectief op vrije beweging

De meeste patiënten op de gesloten afdeling kunnen nergens heen. "Op onze gesloten afdeling is helemaal niets doen. Patiënten kunnen niet eens zelf koken." Rijks legt uit dat het sterk van de aandoening afhangt, welke activiteiten geschikt zijn voor een patiënt. "Deze instelling heeft door ruimtegebrek simpelweg niets te bieden. Geen plek om mensen te laten klussen of zoiets dergelijks. We zouden graag een paar werkplaatsen willen hebben om patiënten bezig te houden, voor metaalbewerking of om aan brommers sleutelen. Zo zouden we ze een vakopleiding aan kunnen bieden." Rijks legt uit dat werkplaatsen met deuren naar weer andere ruimten tevens symbolische waarde heeft. "Deuren geven patiënten het idee dat er een weg naar buiten is. Een toegang tot een andere situatie biedt een beloftevol perspectief, ondanks het uitzichtloze bestaan in de kliniek."

Sommige patiënten keren wel terug naar de maatschappij. "Ook al zijn ze er slecht aan toe, bestaat de kans dat ze weer een redelijk normaal leven kunnen leiden. Onder begeleiding in een wooneenheid, ergens in een woonwijk. Ze doen niet zo heel veel, beetje vrijwilligerswerk hier en daar. Belangrijk is dat ze iets kunnen doen of iets betekenen voor een ander, dat ze meetellen in de maatschappij. Dat kan al door iemands voortuin te onderhouden." Rijks betreurt het dat zijn afdeling geen mogelijkheden heeft om dat soort kansen te exploiteren.

Nuttige taken

Volgens Rijks zou het ontzettend helpen wanneer er een grote waskeuken zou zijn. "Met allerlei wasmachines zodat iedereen zijn eigen was kan doen. Als er iets is wat ze zelf goed kunnen, dan is het wel hun eigen was doen. Of voor anderen. Zinvol werk, het ruikt lekker en het wordt schoon. Mooi werk geeft genoegdoening en gevoel voor eigenwaarde. Patiënten knappen enorm op van klusjes doen voor anderen, ze nemen weer deel aan een arbeidsproces. Ze kunnen vertellen dat ze in wasserij werken en iets wezenlijks te doen hebben. Een bakkerijwerkplaats zou ook een enorme vooruitgang kunnen uitlokken. Simpele ambachten die dagelijks eenvoudig te organiseren zijn als je de faciliteiten hiervoor hebt." Vroeger was het heel normaal dat patiënten allerlei huishoudelijk werk verrichtten binnen klinieken. Ze werkten op de boerderij en in de moestuin. Of ze hielpen mee met wassen, poetsen of eten voorbereiden. "Onder goede begeleiding lukt dat prima. Het werk gaat weliswaar allemaal veel trager, maar wat maakt dat uit? Het gevoel weer deel uit te maken van de maatschappij draagt enorm bij aan het herstelproces of aan de gemoedstoestand van de patiënt," zegt Rijks.

Ruimte voor privé, privacy en luxe

Een gesticht is behoorlijk stigmatiserend. De meesten bewoners en ook bezoekers willen snel weer weg. Sommige patiënten zijn zo ziek, dat ze het liefst met

rust gelaten willen worden. Ze zitten er al twintig jaar en willen verder ook geen gedoe. Ze willen vooral hun eigen gang gaan.” Voor patiënten moet een afdeling vooral stabiel zijn, vindt Willem Rijks. Situaties moeten niet teveel veranderen. Een aantal patiënten woont hier in een eigen HAT-eenheid (Housing-Apart-Together), met 3 individuele woonslaapkamers en een gemeenschappelijke ruimte in een soort woonhuis. Deze woonvorm biedt een gevoel van geborgenheid en saamhorigheid. “Niet iedereen kan op deze manier samenwonen”, legt hij uit. “Zelfstandig wonen betekent immers ook eigen tijd invullen en vermaak bedenken voor de avonden. Dus hoe voorkom je verveling en sleur? Dat lukt niet bij iedere patiënt.”

Het positieve effect van luxe en rust

Luxe heeft een positieve uitwerking op patiënten, status is wel degelijk belangrijk. In een dure wijk voelt een geesteszieke patiënt zich meer gewaardeerd. Beter dan weggemoffeld te worden in een achterstandswijk. Wonen in een huis geeft ze het idee weer onderdeel te zijn van de maatschappij. Hierbij is wel belangrijk dat de woonomgeving een sfeer van veiligheid en geborgenheid uitstraalt. “Het zou prettig zijn als afdelingen op een woning lijken. De eigenwaarde van een patiënt stijgt wanneer hij of zij omringd wordt door de eigen spullen.

Een statig gebouw hoeft niet per definitie een positieve uitwerking te hebben op een patiënt. Mensen in de directe omgeving zijn minstens zo belangrijk. Als psychiatrische patiënten bang worden, verandert de angst in een psychose. Veiligheid wordt dan vooral vanuit de groep geboden. Een veilige omgeving ontstaat uit het contact met ander mensen.” Dat geldt overigens voor elk mens. De plek waar je ouders of je gezin verblijven, ervaart iedereen als een veilige, een vertrouwde omgeving. Niet het gebouw maar de mensen die er wonen, geven geborgenheid en veiligheid. “Voor patiënten is het bijzonder prettig als familie vaak op bezoek komt. Wanneer de patiënten in een rustige omgeving verkeren en zelf de rust kunnen vinden, neemt het verblijf in de separeer wel af.

Onderlinge vriendschappen en relaties

“Soms krijgen patiënten een liefdesrelatie die ze geweldig oppept. Het houdt een patiënt op de rit of het verbetert zelfs zijn situatie.” Maar hoe zit dat dan met seks? Rijks vertelt dat patiënten seks mogen hebben in hun eigen kamer, hiervoor gelden wel regels. Intimiteiten moeten strikt privé blijven. “Het grootste gedeelte van de vrouwen op de afdeling zijn getraumatiseerd vanwege seksueel misbruik. “Deze vrouwen hebben een verschrikkelijke jeugd gehad en vrijwel nooit een veilige plek gekend, deze afdeling moet wel die veilige plek zijn voor hen. “We laten geen prostituees toe in groepen waar ook seksueel misbruikte vrouwen wonen. We laten ze wel toe bij bewoners die een eigen ingang hebben, dan wordt er niemand mee geconfronteerd. De patiënten vrijen op hun eigen kamer, niet op een speciale kamer die hiervoor is ingericht, dat werkt weer drempelverhogend. “Daarbij wordt ook de gezondheid van elke patiënt goed in de gaten gehouden, dus ook op het gebied van geslachtsziekten. We controleren

voortdurend op HIV en hepatitis en we houden ook in de gaten wie met wie omgaat.”

Opgesloten in de separeer

Tijdens een werkperiode in Zwitserland heeft Willem Rijks ervaring opgedaan met de *Weiche Zimmer*, de milde kamer. Dat is geen separeercel, maar een geluidsluwe kamer die aangenaam is ingericht. De *Weiche Zimmer* heeft een deur naar een omsloten tuin, patiënten kunnen dus naar buiten als ze dat willen. “Ook de Nederlandse separeercellen zouden prettig ingerichte kamers moeten zijn”, zegt Rijks. “Het klinkt misschien raar voor een buitenstaander, maar in de separeercel moet een patiënt vooral tot rust kunnen komen. Een separeer moet met een aantal bijzondere zaken uitgerust.” Separeercellen zijn nu erg sober, ze hebben bijvoorbeeld zelden een rustgevend uitzicht. Als er ramen in zitten, zijn ze vaak geblindeerd of mat. “Of kijk je uit op een stenen muur. Nooit eens op een weiland of een bos.” Rijks vindt dat time-outkamers, een separeerruimte met open deur, naast de separeercel nodig zijn. Ook wanneer de individuele slaapkamers geluidsdicht zijn. “Als iemand stijf staat van de drugs of uiterst agressief is, wil je hem wel even kwijt. In onze kliniek is het geluidsprobleem echt een heel groot probleem. Mannen maken vaak meer lawaai dan vrouwen en er zijn hier veel mannen op de afdeling. Mannen die jarenlang niet naar buiten zijn geweest. Dat loopt weleens uit de hand met veel kabaal.”

Even weg

Met voldoende begeleiding kunnen patiënten wel eens naar buiten, even weg naar een andere omgeving. “Vaak lukt dat niet”, zegt Rijks. “Het probleem is dat veel patiënten proberen weg te lopen. Daarom worden ze opgesloten en moet een afdeling een behoorlijke bezetting van personeel hebben om die patiënten in toom te houden.” Als iedereen nu iets te doen zou hebben, is er minder verveling. In dit geval gaat het om chronische psychiatrische gevallen, deze patiënten zijn er het slechtst aan toe. Ze kunnen niets zelfstandig, ze zitten regelmatig in een psychose en denken bijvoorbeeld dat ze gemarteld of verkracht worden. Ze gillen dus vaak. Van dit soort gesloten afdeling is dan ook geen gewone afdeling te maken. De separeercellen blijven dan ook nodig”, besluit Rijks.

11 juni 2009

interviewers Roel Lamers en Maarten Castelijns

A7. DESKUNDIGEN OVER HUISVESTING IN DE PSYCHIATRIE: REMY ROEST

Remy Roest is praktiserend psychiater, in het verleden op De Grote Beek in Eindhoven (GGZE), tegenwoordig bij Huize Padua in Boekel (GGZ Oost Brabant). Dokter Roest is daarnaast actief in de regionale commissie Middelen en Maatregelen voor dwangtoepassing in de GGZ. Dit illustreert de betrokkenheid die hij heeft met het lot van de chronische psychiatrische patiënten. In het verleden is Dokter Roest co-auteur geweest van enkele wetenschappelijke artikelen over de alternatieve indeling van de psychiatrische zorg.

De Paradox in de psychiatrie

"De paradox in de psychiatrie is hoe mooier je de intramurale voorzieningen maakt, hoe sterker je ze in stand houdt. Psychiater Roest is van mening dat met goed georganiseerde ambulante begeleiding minder intramurale zorgverlening nodig zal zijn. "Van ambulante begeleiding moet een soort zuigkracht uitgaan, die goede voorzieningen echter niet in de weg mogen staan." Huize Padua te Boekel, waar dhr. Roest als psychiater werkzaam is, past op grote schaal ambulante begeleiding (ACT en FACT) toe. Door deze vorm van persoonlijke begeleiding zijn minder intramurale verblijfszettingen nodig. Goede ambulante begeleiding biedt patiënten veel meer ruimte om terug te keren naar de maatschappij. Mooie woonvoorzieningen op het ziekenhuisterrein zouden die ontwikkeling wel eens kunnen tegenwerken." Roest denkt dat die paradox jarenlang heeft bijgedragen aan het trage verloop van de ambulantisering in Nederland. Terwijl in het buitenland psychiatrische afdelingen werden gesloten. Realiseerde men in Nederland, na de jaren tachtig toen de bouw van nieuwe ziekenhuizen werd stopgezet, de prachtigste huizen in en aan de rand van de ziekenhuisterreinen. "Achteraf gezien had die trage ambulantisering toch nog een voordeel. Voor sommige mensen heeft ambulante begeleiding geen zin. Zij zijn veel meer op een beschutte woonplek aangewezen." Roest die allerlei woonconcepten van psychiatrische ziekenhuizen onder ogen heeft gezien, stelt dat er geen eenduidig antwoord is op de beste woonomstandigheden. Zoals hij stelt dat in het concept van normale huizen, waarbij je verwacht van mensen die arbitrair bij elkaar worden gezet een gezinnetje te vormen dat om therapeutische redenen te doen onzin is. "Voor onze cliënten is het belangrijk dat zij op een afdeling een eigen kamer, met eigen sanitair hebben, met daarnaast een gemeenschappelijke ruimte. Een eigen honk waar je verantwoordelijk voor bent is een belangrijk iets. Bij zijn weten bestaat er dan ook geen positieve indicatie om meerdere psychiatrische patiënten langdurig op een zaal bij elkaar te zetten."

Samenlevingsvorm

Volgens Roest is een samenlevingsvorm voor

psychiatrische patiënten afhankelijk van de zwaarte van het ziektebeeld. Het ligt meer aan de persoonlijke criteria die de cliënten stellen dan aan het ziektebeeld dat ze hebben. "Voor mensen met forse problematiek die begeleiding nodig hebben, is het beste om overzichtelijke gesloten afdelingen te hebben, met gemeenschappelijke ruimtes van verschillende afmetingen en verschillende klimaten, waar iedereen zijn eigen plek heeft. Een praktisch voorbeeld zijn stervormige afdelingen met een centrale verpleegpost en gangen erom heen." Clustering vindt plaats bij mensen met ernstige psychiatrische problemen. Dat zijn vaak mensen die last hebben van psychoses of schizofrenie. Of die drugsverslaafd zijn. Je kunt niet zomaar mensen met schizofrenie of psychotische mensen, of drugsverslaafden bij elkaar of juist niet bij elkaar zetten. Wat je ziet is dat mensen met persoonlijkheidstoornissen, borderline bijvoorbeeld, nogal eens ontwrichtend kunnen zijn voor een andere groep. Maar als ze bij elkaar zitten wordt het ook interactieve chaos. Wat je zeker moet hebben is de mogelijkheid om mensen met fors ontwrichtend gedrag ergens apart op een eigen plek te zetten. Zoals een prefab gebouwtje of bouwkeet dat binnen no time in elkaar is gezet. Volgens mij werken dit soort snel demontabele settings of flexibele gebouwen heel goed. Omdat je ze steeds kunt bijstellen, al naar gelang het beeld van mensen, of combinaties van mensen. Zodat een plek idealiter kan worden afgeschermd, al naar gelang dat in meer of mindere mate noodzakelijk is voor een bepaalde periode, een maand of langer. "

Pushy behavior

Volgens Roest hangt huisvesting meer af van het persoonlijk gedrag van een patiënt dan van het ziektebeeld waaraan hij lijdt: "Vaak is meer ruimte beter, maar niet in alle gevallen. Het ziektebeeld bepaalt natuurlijk wel hoe patiënten zich gedragen. Maar we moeten wel uitkijken om van alles aan dat ziektebeeld te koppelen. Gedrag is ook sterk afhankelijk van interacties. Wij hebben daarom niet iedereen op onze gesloten afdeling bij elkaar zitten. Soms gebeurt het dat mensen met een dubbele diagnose, dus schizofrenie en drugsgebruik, teveel bij elkaar zitten. Dan ontstaat

er een broeierig *pushy behavior* sfeertje. Dan moet je mensen uit elkaar kunnen zetten. “In een crisissituatie worden mensen soms in een separeerkamer gezet. De positie van een separeerkamer is belangrijk omdat het separeren ook voor de mede bewoners een enorme impact heeft en gevoelens van herbeleving veroorzaakt. En natuurlijk zegt iedereen in het openbaar debat niet of minder separeren maar daarmee gaat ook de veiligheid van de mede patiënten en het personeel gepaard. Gelukkig wordt er steeds meer aandacht besteed aan tussenvormen zoals comfort rooms waar patiënten in een afgesloten vriendelijke kamer tot rust kunnen komen. Maar in feite heb je het nog steeds over separeren. En daar doet men verontwaardigd over terwijl we als maatschappij wel tolereren dat we mensen lange tijd opsluiten in een instelling, in een gesloten afdeling en ze dus segregeren van diezelfde maatschappij.

Open

In het ziekenhuis waar Roest werkzaam is, mag een eigen kamer nooit op slot. Als mensen opgesloten moeten worden, gelden hiervoor veiligheidseisen voor brandgevaar of moeten ze tegen zichzelf worden geschermd. Roest: “Een eigen kamer moet ook hun eigen kamer kunnen blijven en mag nooit als een separeer worden gebruikt.” Het punt is wel dat juist een gesloten afdeling veel meer geïndividualiseerd moet zijn. Hier wonen mensen die omwille van hun problematiek nooit naar buiten kunnen zonder begeleiding van familie of verpleegkundigen. Die patiënten gun je van harte een tuintje, inclusief een groot hek eromheen en toezicht van verpleging. Als een ziekenhuis meer wil in zoemen op de individuele patiënt, is een hele range aan voorzieningen nodig om die mensen het zo aangenaam mogelijk te maken. Voor elk type ziektebeeld wordt een eigen dagstructuur georganiseerd. De meeste mensen die in dit ziekenhuis terecht komen voor langdurige zorg, verblijven jarenlang. Sommigen tot aan hun dood. Eigenlijk moeten we in de psychiatrie uitgaan van een invaliditeitsmodel met revalidatie. Geesteszieken genezen zelden. Wat niet wil zeggen dat ze altijd in een ziekenhuis moeten verblijven. Er zijn er ook die na een opname zich bijzonder goed redden in de maatschappij onder begeleiding.”

Omgeving

Voor welke omgeving voor een psychiatrisch ziekenhuis het meest ideale is, gelden volgens Roest geen algemene aannames. Er moet een continuüm ontstaan voor de patiënt. Een glijdende schaal die mensen de mogelijkheid biedt om in de best passende omstandigheden bij hun zorgbehoefte te verblijven. Hierbij zijn de ACT en FACT's spinnen in web, de promotors die de patiënt in beweging houden. Sommigen handhaven zich prima in de stad. Anderen weer niet. Dat wil niet zeggen dat ze perspectiefloos in een grote bunker opgesloten hoeven te worden. De problematiek waaraan mensen lijden is uitermate divers. Hiervoor moeten verschillende woonomgevingen worden gerealiseerd. En dat kan op allerlei manieren. In een eigen miniwereldje, met een eigen werk- en

vrijtijdsvoorzieningen. Het zij zo. Voor andere mensen werkt een dergelijk omgeving helemaal niet. Hiervoor moet een andere omgeving worden gecreëerd. Het moeilijkste is om al die variabelen op een rijtje te zetten en hiervoor een fysieke omgeving te ontwikkelen. Roest geeft als voorbeeld dat in het kader van openheid de hekken rond het terrein zijn weggehaald. “Dat houdt jammer genoeg wel in dat de mensen op de afdelingen moeten blijven en niet naar buiten kunnen.” Roest vindt het van belang dat de maatschappij binnen de gesloten afdeling gebracht moet worden. “Patiënten moeten zoveel mogelijk betrokken blijven met wat er zich buiten de kliniek afspeelt.”

Architectonische kernwaarde

“Sommige cliënten maken er zo'n ongelooflijke zooi van, dat ik niet weet welk interieur hen het meeste zal behagen. De een of de ander verschilt hierin natuurlijk. De een is keurig de ander is minder gevoelig voor netheid. Dat is persoonsgebonden en niet institutiegebonden of afdelinggebonden. Cliënten ervaren een ziekenhuis vaak als eigendom van de staf en niet als hun eigen woning. Dus ze voelen zich er niet voor verantwoordelijk. Toiletten voor personeel en cliënten zijn gescheiden. Als er bordjes op de deur zouden hangen voor zwarten en voor blanken, haalden we onmiddellijk de pers. Een kliniek is een vorm van totale institutie. Roest verwijst hierbij naar Erwin Gottman. Die in de jaren 60 een sociologische studie heeft gedaan naar overeenkomsten in totale instituties zoals gevangenissen, kloosters en marineschepen, waar wonen, werken en vrije tijd onder één dak worden beleefd. En men dus het instituut niet als van zichzelf beschouwd maar van de staf, bewoners met verkleinwoorden worden aangesproken en wordt gekenmerkt door veel fysiek geweld voorkomt.

In een inrichting wordt het collectieve en regressief gedrag vaak versterkt door oude meubels en heerst de instelling onder cliënten en ook personeel van “het maakt allemaal niets uit”. En dan zou het best wel eens positief kunnen werken om op een gesloten afdeling designmeubels neer te zetten, een aantal cliënten zouden dat op prijsstellen.

Een fysieke omgeving die van invloed is op het herstel van de cliënten de zogenaamde *healing environment* daarvan zouden wat Roest betreft de vier kernwaarden in de architectuur vertaald dienen te worden:

1. *Persoonlijke oriëntatie, eerst de mens zien, en niet als een zak met ziektesymptomen of als een wandelend probleem;*
2. *Keuzemogelijkheden van de patiënt, binnen de beperkingen die er zijn;*
3. *Betrokkenheid van de patiënt, bij patiëntenprogramma's;*
4. *Hoop, toekomst, perspectief in de behandelmethodes.*

Het maken van keuzes binnen de financiële beperkingen die we hebben, is voor ons wel de belangrijkste kernwaarde. Er moet ook iets van hoop en toekomstperspectief in het behandelprogramma worden gelegd. Hoe dat in architectuur moet worden

vertaald, daar kan ik geen antwoord op geven, helaas. Eigenlijk zou je keuzemogelijkheden en cliëntbetrokkenheid als kernwaarden in de architectuur terug willen zien.”

Invloed

Roest weet zeker dat een bebouwde omgeving mensen beïnvloedt die erin wonen en werken. “Licht en ruimte zijn wezenlijke zaken. Maatschappelijke omstandigheden hebben van de psychiatrische ziekenhuizen een paradoxale karikatuur gemaakt: met tweederangs patiënten en derderangs personeel in vierderangs gebouwen.” Roest vindt wel dat een kernwaarde als zelfbeschikking in een architectonisch opgave dient te worden vertaald. Zoals zonwering wel of niet zelf kunnen bedienen. Een ruimte wel of niet mogen verduisteren. Hoe meer ruimte er is voor individualisering hoe meer cliënten zelf kunnen kiezen, hoe beter het is. “

Cliënten die voortgang boeken in hun herstel, worden van een gesloten naar een halfopen en later open afdeling verhuisd wat voor sommige eigenlijk weer een straf voor hun herstel oplevert. Want ze functioneren op hun plek goed maar dienen te verhuizen beter is om op maat op diezelfde plek in hun behoeften voorzien. Genezen is een illusie maar het zoeken naar “meer passende prothesen” is het aanpassen van de afdeling in een glijdende schaal inspeland op de behoeften. Hierin geldt dus de kernwaarde hoop.

In een dergelijk voorziening hoort ook iets wat symbolisch is voor de contacten met buiten. De maatschappij naar binnen brengen zoals een consulentskamer. Waar de ACT medewerkers, de mensen van de reclassering en de politie komen.

Voor veel mensen is de instelling hun hele wereld.

Je kunt de instelling in de stad plaatsen maar dan ontbreken weer faciliteiten zoals je op een dergelijk terrein hebt. Maar die geldt voor een aantal mensen voor anderen zou je weer een tussenvorm wensen. De omgevingsvariabelen zijn overwegend van persoonlijke criteria en niet zo zeer specifiek voor bepaalde ziekte beelden. Dat zie je ook hier bijvoorbeeld bij de persoonlijke inrichting van de kamers van diverse cliënten. Stel dat je vraagt een grote of klein kamer zal iedereen zeggen een grote kamer. En bied je ze de dan mogelijkheid om deze bijvoorbeeld met schotjes in te delen. In het kader van individualisering zou je graag willen dat je ze de keuze laat tussen meerdere opties van kamers. Maar daar zit natuurlijk de beperking van de financiering van de zorg in. Je zou bij wijze van spreke een vakantieoord setting kunnen voorstellen met diverse soorten en typen van huisjes waar men hun voorkeur in kan kiezen.

Voor onze cliënten is het zo dat de gemeenschappelijke ruimte voorziet in een behoefte. Dus enkel het bieden van zoveel mogelijk *private space* maakt dat deze mensen meer op hun eigen stek blijven waardoor ze anderzijds ook eerder vereenzamen. Echter om dan ook onder het mom van sociotherapie sterke verantwoordelijkheden verplicht op te leggen gaat voor deze cliënten te ver. Het gaat wederom om de

mogelijkheid bieden en de cliënt de keuze te laten.

Terug naar het individu en persoonlijke oriëntatie is een ongelooflijk belangrijke kernwaarde, die eenvoudig omgezet kan worden in een architectonische opgave. “Heel simpele dingen als het rondbrengen van de post is al anders dan het hebben van een eigen brievenbus.” Roest zegt dat in de psychiatrie je altijd moet inspelen op intermenselijke en intra menselijke aspecten.

Het vergroten van de kleefkracht van de ambulante begeleiding en niet de omgeving minder aantrekkelijk maken stelt Remy Roest dus centraal in dit interview.

9 juni 2009

interviewer Roel Lamers

A7. DESKUNDIGEN OVER HUISVESTING IN DE PSYCHIATRIE: DETLEF PETRY

In de NCRV documentaire 'Uitbehandeld maar niet opgegeven' uit 2008 wordt een portret gemaakt van de uit Duitsland afkomstige psychiater Detlef Petry. Daarin legt dokter Petry uit hoe hij het uiteindelijk voor elkaar kreeg om fatsoenlijke huisvesting voor zijn patiënten te regelen. De inmiddels gepensioneerde arts was werkzaam bij psychiatrisch ziekenhuis Vijverdal in Maastricht. Geïnspireerd door Amerikaanse ziekenhuisarchitectuur en het ideaal van een Community Mental Hospital werd in 1972 aan de rand van Maastricht een revolutionaire psychiatrische inrichting gebouwd: een sterflat die deel uitmaakte van een imposant gebouwencomplex met onder andere zes aan elkaar gebouwde paviljoens, een polikliniek, een kapel en een zwembad. Aanvankelijk straalde Vijverdal psychiatrisch optimisme uit, maar na enkele jaren al gold de flat als symbool van vervreemding en medische hoogmoed. In de flat wonden chronische psychiatrische patiënten op afdelingen met 30 bedden in 4-persoonskamers. De ramen konden niet open vanwege suïcidale neigingen die sommige patiënten hebben. Aan het begin van de ingebruikname van dit ziekenhuis was de afspraak dat de patiënten met begeleiding naar buiten zouden mogen. Wegens gebrek aan personeel, heeft men zich aan de afspraak niet kunnen houden. Hierdoor kwamen de patiënten van Vijverdal niet buiten en kregen ze praktisch nooit frisse lucht. De psychiater Detlef Petry streed jaren lang voor een humanere huisvesting voor zijn patiënten. In 2007 was het zover. Onder luid applaus van de bewoners werd de gevreesde flat opgeblazen en gesloopt. In plaats daarvan, verrees een complex van kleinschalige groepswoningen aan de rand van het ziekenhuisterrein waar de patiënten vrijwel zelfstandig wonen. Deze patiënten zijn door de reguliere psychiatrie uitbehandeld. Dat houdt onder meer in dat groepsgesprekken, dagtherapieën en medicijnen op deze patiënten geen effect meer hebben. De behandeling richt zich op begeleiding in het dagelijks leven. Uitbehandeld, maar niet opgegeven is het motto van de dokter Petry.

Liefde is de beste genezing....

Patiënten

"De meeste patiënten lijden aan schizofrenie, met psychose als belangrijkste symptoom. Patiënten in een psychose horen stemmen die hun allerlei opdrachten geven die ze vervolgens ook gaan uitvoeren. Sommige patiënten kunnen heel angstig worden hierdoor. De stemmen beheersen hun geest, ze kunnen geen kant meer op.

Een psychische ziekte wordt vaak voor het eerst zichtbaar bij jonge mensen tussen de twintig en dertig jaar en komt vaker bij mannen dan bij vrouwen voor. Het verloop van een geestesziekte is bij elke patiënt anders. Sommigen hebben zelden last van een psychose. Bij anderen komen de psychosen regelmatig en in alle hevigheid terug, ondanks therapie en psychofarmaca. Soms geeft een psychiater aan dat een patiënt levenslang ziek zal blijven. Dan staat tevens vast dat een patiënt uitbehandeld is en zal hij verder moeten leren leven met psychose.

Een psychose is een destructief proces bij mensen. Veel mensen herstellen, maar veel ook niet. Gebleken is dat mensen die al 20 jaar zijn opgenomen in psychiatrische

inrichtingen, het in Vijverdal uitstekend doen in hun eigen kamer met een tuintje. Daar gaat het dus vanzelf goed mee. Ze hebben wel goede begeleiders nodig, een soort levensbegeleiders. Bijvoorbeeld een psychiater die full time met één persoon bezig is.

De meeste chronische patiënten worstelen met het dagelijkse leven tot in de kleinste dingen. Petry benadrukt dat voor het welzijn van de patiënten de betrokkenheid van begeleiders en familie allerbelangrijkste is. "In een ideale situatie hebben patiënten een vaste begeleider. Teveel personeelwisselingen hebben een bijzonder slechte uitwerking op de patiënt. Helaas is te weinig personeel beschikbaar voor een efficiënte begeleiding. Het is echt noodzakelijk dat deze mensen op een betrokken, humane manier begeleid worden. Sleutelwoorden zijn aandacht, warmte, ontspanning, een benadering van mens tot mens."

Dokter Petry is geen voorstander van de psychofarmaca. "Tegenwoordig wordt sneller naar pillen gegrepen. Dat gaat ten koste van andere therapieën." Hij verwacht dat deze tendens zich gaat voortzetten als gevolg van de bezuinigingen op het personeel in de gezondheidszorg en de druk die de farmaceutische industrie op artsen legt. Volgens dokter Petry hebben deze medicijnen een verwoestende uitwerking op de patiënt. Ze beschadigen de hersenen en andere organen met als gevolg dat veel psychiatrische patiënten last van hart-

en vaatziekten krijgen en sterven vaak op relatieve jonge leeftijd.

Ideale huisvesting

Volgens dokter Petry, stellen de psychiatrische patiënten dezelfde eisen aan de huisvesting als iedereen. Het moet veiligheid, geborgenheid, privacy kunnen bieden. Een normaal huis dus. Dokter Petry gelooft niet in gesloten afdelingen en het opsluiten van de patiënten. Separeren heeft alleen zin als iemand zwaar suïcidaal of verslaafd is en een gevaar oplevert voor zichzelf, voor de medepatiënten en behandelaars.

Wat betreft het huisvesten van de patiënten, is Petry sterk voorstander van een eigen huisje of appartement voor elke patiënt. "Een zeer heilzame maar volstrekt onbetaalbare oplossing", geeft hij toe. Als *second best* ziet Petry veel voordelen in kleine woongroepen voor drie tot vier mensen die een 'normaal' huis wonen. Iedere patiënt beschikt dan over een eigen slaap- en zitkamer met sanitair. Naast het privégedeelte is er een gemeenschappelijke huiskamer. Het nadeel van het groepswonen is dat de medebewoners elkaar niet hebben gekozen wat soms tot de spanningen binnen de groep kan leiden. "Een klein beetje luxe, zou fijn zijn, en een paar eigen spullen in de kamer", zegt dokter Petry.

Groene omgeving hoeft niet per se

De woongroepen hebben bij voorkeur een locatie in een rustige omgeving en niet midden in de stad. De patiënten zijn een kwetsbare groep. Het zijn vaak slachtoffers van drugsdealers. De woonsetting moet juist het gevoel van veiligheid bevorderen. Een rustige buurt in de nabijheid van het ziekenhuis of zorgsteunpunt is een goede locatie. De omgeving zou een mix moeten zijn van een rustige woonbuurt en de natuur. Volgens Petry levert de aanwezigheid van veel groen geen essentiële verbetering op een geestesziekte. "Het is onzin om aan te nemen dat een groene omgeving een positieve uitwerking op patiënten zou hebben. Prikkel die een stad uitzenden hebben evenmin een negatieve invloed. Wat niet wil zeggen dat een fraai park met mooie lanen geen prettig verblijf is. Zulke omgevingen bieden vermaak en verstrooiing, maar de patiënten genezen er niet van."

Activiteiten

Petry is er geen voorstander van dat activiteiten die voor psychiatrische patiënten worden georganiseerd, een verplicht nummer moet zijn. "Als iemand wat anders wil doen, moet hij zijn gang kunnen gaan. Dat geldt trouwens ook voor arbeidstherapie. Stel het niet verplicht. Dat heeft een tegendraadse uitwerking." Petry vindt ook dat patiënten alleen moeten deelnemen aan sport en bewegen als ze er zin in hebben. "Een ideale situatie is als in de buurt van de woongroepen activiteiten te doen zijn in een wijkcentrum. Dat geldt zeker voor creatieve bezigheden zoals muziek, poëzie,

schilderen."

Liefde is alles

Wat de intieme relaties betreft kan Petry kort zijn: "Liefde is de beste genezing! "Chronische psychiatrische patiënten zijn mensen zoals u en ik. Ze hebben dezelfde behoeften, wensen en vragen zoals iedereen. Betrokken familie, maar zeker liefdesrelaties geven een beschermd gevoel, veiligheid. Tot een aantal jaren geleden was het familiebezoek in de klinieken taboe. Psychiaters wilden geen familieleden van patiënten over de vloer. Ze werden gezien als pottenkijkers. Dat is nu helemaal veranderd." Petry moedigt de betrokkenheid van familie sterk aan en organiseert regelmatig familiedagen. Petry legt uit dat het bezoek per patiënt verschillend is. "De meeste mensen die in groepswoningen van Vijverdal wonen, hebben familie waarmee ze regelmatig contact hebben. Of de patiënten gaan naar huis op bezoek. Dat vraagt wel om extra zorg. Het is niet vanzelfsprekend dat iemand zomaar mee kan. Om dat te organiseren moeten familieleden dat goed voorbereiden."

De benadering van de patiënten als mens tot mens is voor dokter Petry allerbelangrijkste. Niet opsluiten, maar een patiënt benaderen als een vriend. Niet managen maar begeleiden. Voor Petry reikt het vak psychiater verder dan behandelend medicus. Hij viert Sinterklaas met zijn patiënten, gaat op stap met ze. Hij was niet alleen de arts voor zijn patiënten, hij bouwde een persoonlijke, vriendschappelijke band met ze op.

Tijdens het interview kwam een patiënte onbevangen de kamer binnen. Zij overlaadde Petry met vragen over haar bed, dat niet lekker zou liggen en bovendien veel te kort was. Ze sprak Petry aan met Detlef. En Detlef beantwoordde onverstoord haar vragen. Zelfs toen ze na 5 minuten opnieuw zijn werkkamer binnenliep met alweer vragen over dat bed. De patiënte verliet de kamer volledig gerustgesteld, want met haar bed komt het goed. Dat heeft Detlef immers beloofd.

2 juni 2009

interviewers Roel Lamers en Branka Vuksanović

A7. DESKUNDIGEN OVER HUISVESTING IN DE PSYCHIATRIE: REMCO, DE PATIËNT

De vraag: “Wat is de invloed van de gebouwde omgeving op het welbevinden van een patiënt met een psychische stoornis”, is de centrale vraag van deze casestudie. Naast het literatuuronderzoek, de interviews met de behandelaars en de ervaring van een dag meelopen in een kliniek, hebben we nog steeds behoefte gehad om met een “ervaringsdeskundige” hierover van gedachten te wisselen. Het 24-uurs verblijf in de kliniek bleek onvoldoende te zijn om de antwoorden op de specifieke vragen over de invloed van de ruimte te krijgen. In dit interview hebben we gesproken met een patiënt die in het laatste traject van zijn behandeling zit.

“De blauwe stoel van Remco”

De instelling waar we ons bevinden is een grote zorgaanbieder op het gebied van GGZ, gelegen in een parkachtige omgeving aan de rand van de stad. We zitten in de spreekkamer van het dagactiviteiten centrum. Tegenover ons zit Remco (dit is een fictieve naam), een welbespraakte, rustig uitziende, gezette man van begin 30. Na de enigszins aarzelende voorstelronde, zorgt het meegebrachte gebak voor een soepel begin van het gesprek.

Remco verblijft inmiddels 3 jaar in de Forensisch Psychiatrische Kliniek waar intensieve zorg wordt geboden aan de psychiatrische patiënten met een strafrechtelijke titel. “Verbazingwekkend, je doet bijna niks maar de tijd vliegt voorbij,” zegt hij. “Zo lang ben ik hier nog niet. Er zijn ook mensen die hier al 15 jaar zitten.”

Binnenkort gaan de patiënten van de kliniek waar Remco verblijft verhuizen naar een splinter nieuw gebouw. Tijdens het bezoek aan het nieuwe onderkomen in aanbouw, heeft Remco kunnen zien waar hij straks komt te wonen en kan hij een vergelijking maken met het gebouw waarin hij nu zit.

Remco is lid van cliëntenraad van de kliniek. Curieus is het gegeven dat de cliëntenraad geen inspraak had tijdens het ontwerpproces ten behoeve van de nieuwe kliniek. “Ik vind dat erg vreemd. Wij, de psychiatrische patiënten, zijn de mensen die in de nieuwe kliniek gaan verblijven, en toch, werden we niet gevraagd om mee te denken over de nieuwe kliniek”.

De vragen die we stellen, gaan over zijn beleving van de ruimte: over zijn kamer, over de gemeenschappelijke ruimten, over de buitenruimte. Verder, willen we weten hoe een dag in de kliniek eruitziet, wat voor therapieën aangeboden worden en hoe men de tijd in de kliniek doorbrengt.

Tijdens het interview viel op dat Remco een zeer goede kijk op zijn fysieke omgeving heeft. Hij gaf een gedetailleerde omschrijving van de verschillende ruimten en de invloed die deze ruimten op hem

uitoefenen. Zelfs geeft hij suggesties over hoe het beter zou kunnen. Zijn scherpe observaties, versterken ons in de overtuiging dat de kwaliteiten van de fysieke omgeving voor iemand die een lange tijd in een gebouw verblijft, van vitaal belang zijn.

De kamers

Remco vertelt hoe de kamers van de patiënten er nu uitzien. De kamers zijn 3 bij 4 meter groot met een eigen sanitaire ruimte inclusief een toilet, wastafel. Soms ook een douche. Verder staat er een bed, een klein bureau en een kast. Op de vloer ligt linoleum. “Het is goed schoon te maken, maar mooi vind ik het niet”. De wanden van de kamers zijn grijs van kleur. “Ik vraag me af”, zegt Remco, “of de muren grijs gemaakt zijn omdat de kamers prikkelarm moeten zijn? Ze hebben trouwens het hele gebouw van binnen geschilderd in die grijze kleur. Voorheen had de woonkamer nog een gifgroene wand maar nu zit je tegen een saaie, grijze muur aan te kijken. En waarom moet alles recht zijn? Stel je voor dat bijvoorbeeld de bovenzijde van een deur een boog is, dat is toch veel mooier!”

Rondom de kliniek staan geen hekken en dat geeft een prettig uitzicht. Dit heeft echter ook het nadelige gevolg, in verband met de veiligheid zijn de ramen niet te openen. Remco legt ons uit wat hij daarvan vindt: “De ramen in het gebouw kunnen niet open. Je kunt nooit eens lekker je kamer luchten. In de zomer staat de zon op de ramen en wordt het soms erg warm binnen. Er is wel zonwering aan de buitenkant maar dit helpt niet altijd goed. Er is ook een keer brand geweest, daarna bleef die rooklucht nog lang hangen omdat de ramen niet open konden.”

In de nieuwe kliniek worden de kamers niet groter. Volgens Remco, hoeft dat ook niet, die 12 m² is voldoende. Het grootste verschil tussen de kamers in de oude en de nieuwe kliniek is de verandering van het separeerbeleid.

Separeerruimte en het kamerprogramma

In de nieuwbouw zal naast de separeerruimte ook

het 'kamerprogramma' worden toegepast. "Men wil afzonderen van patiënten in separeerruimten afbouwen om over te stappen naar kamerprogramma", licht Remco toe. Bij een kamerprogramma worden de patiënten op hun eigen kamer gesepareerd. De deur gaat op slot en alleen onder begeleiding mag de patiënt de kamer verlaten. In de kamers van de nieuwbouw staat een aan de vloer verankerd bed en een grote kast. Alle overige spullen moeten in deze kast passen, zodat er bij de separatie op eigen kamer alleen nog een bed staat.

Indien een patiënt naar de separeerruimte gebracht wordt, moet de instelling het separeren volgens de wet melden aan de huisarts van de patiënt en aan de Inspectie voor de Volksgezondheid. Bij een kamerprogramma, hoeft de separatie niet gemeld te worden. "Je bent bij de invoering van het kamerprogramma overgeleverd aan de goden," vindt Remco. "Ik vind het geen prettig idee om in je eigen kamer gesepareerd te worden. Kamers mogen niet met eigen spullen worden ingericht omdat alle spullen in die kast moeten passen. Er is alleen maar een houten regel op de muur om dingen aan op te hangen. Een kalender of zo. Ik heb nu nog een blauwe luie stoel om TV in te kijken maar straks mag dat niet meer omdat deze niet in de kast past. Voor een lekkere luistoel moet je dan in de woonkamer gaan zitten. Daar zit je bij de andere bewoners met wie je moet praten."

"De kast waar alle spullen in gaan, is heel robuust en vandaalbestendig, met zware deuren. Dit is niet praktisch, want als je de kleding wilt pakken moet je twee hele zware deuren open doen. Voor je eigen beleving is dit ook niet prettig. Je ziet die zware deuren en denkt; die kast is er voor wanneer ik gek ga doen," vertelt hij. "Daarbij komt ook nog dat we deze kasten niet zelf op slot kunnen doen. Iemand kan mijn kamer binnenkomen en mijn spoelen meenemen."

"Ik zit nu in de laatste fase van mijn behandeling en ik hoop nooit een separatie mee te maken of opgesloten te worden in mijn kamer. Mijn eigen kamer zou mijn beschermde omgeving moeten zijn."

De gemeenschappelijke ruimte

"Wij zaten met 9 mensen op de afdeling, maar wegens de verbouwing wordt de huiskamer tijdelijk gedeeld met twee groepen. Nu, zitten we in de gemeenschappelijke woonkamer met 18 mensen. Het is veel te druk geworden", vertelt Remco.

Het eten wordt gebracht door een cateringbedrijf. Meestal wordt er gezamenlijk gegeten in de huiskamer. De ene groep eet 's middags warm, de andere 's avonds. Een klein aantal onrustige patiënten eten in eigen kamer. Patiënten die aan het einde van hun behandeling zitten en zelfstandig naar buiten mogen, worden gestimuleerd om een paar keer in de week zelf te koken. "Maar ja, het aanrecht is veel te klein om alle mensen tegelijk hun maaltijd te laten bereiden. Er staan twee koffiezetapparaten en vier koelkasten in de keuken, terwijl daar eigenlijk geen plaats voor is", merkt Remco op.

Op de vraag of hij behoefte heeft aan een keuken in zijn kamer, zegt Remco: "Een eigen keuken lijkt me ook niet bruikbaar. Veel mensen mogen niet hun eigen

boodschappen doen, omdat ze zonder begeleiding de kliniek niet uit mogen. Daarnaast mag er in de keuken niet met grote messen gewerkt worden, hooguit het gebruik van een aardappelschilmesje is toegestaan."

Om toch voldoende ruimte aan de gebruikers van de huiskamer te kunnen bieden, zijn de behandelkamers toegevoegd aan de huiskamer. Deze verbouwing van de afdeling heeft als gevolg dat de huiskamer een multifunctionele ruimte is geworden. De ruimte wordt niet alleen als woonkamer en keuken gebruikt, tegenwoordig vindt hier ook de therapie plaats en het bezoek wordt in dezelfde ruimte ontvangen.

Remco ergert zich aan deze verandering: "We zitten hier om behandeld te worden, maar behandelkamers zijn er niet meer. Als een psychiater zijn patiënt wil spreken, moet hij in de huiskamer gaan zitten. Het is niet fijn om de therapie in dezelfde ruimte te hebben, waar andere patiënten ook rondlopen." De hoeveelheid bezoek verschilt per patiënt. De één ontvangt bezoek met grote regelmaat, voor de ander is al jaren lang niemand geweest. En als de familie of vrienden al komen, worden ze in de multifunctionele ruimte ontvangen, die tegelijkertijd ook door andere patiënten gebruikt wordt. Er is geen gelegenheid om een privé gesprek te voeren.

Remco vertelt dat er weinig contact is tussen de patiënten onderling. Een ongeschreven regel is dat men elkaar niet naar de reden van het verblijf in de kliniek vraagt. "Ik weet niet waarom de anderen hier zitten. Ik vertel ook niet veel over mij zelf. Het zou goed zijn om in groepsverband te bespreken waarom mensen hier zitten. Dat wordt in deze kliniek niet gedaan. Privacy wordt hier hoog in de wandel gehouden. Toch, brengt deze houding een zeker spanning met zich mee omdat niet bekend is waarom iemand hier zit." De regels zijn duidelijk: "Je mag niet bij elkaar op de kamer komen. Je ontmoet elkaar alleen in de woonkamer of buiten op het terras. De contacten zijn nogal wisselend. De een is nogal teruggetrokken en zit de hele dag op zijn kamer. De ander zoekt liever gezelschap en zit vaker in de woonkamer."

Sinds het rookverbod van kracht is, zijn de onderlinge contacten minder geworden. "In de gemeenschappelijke ruimten mag niet gerookt worden. Patiënten mogen op hun eigen kamer roken, behalve 's nachts wanneer de kamerdeuren op slot gaan, dan moeten alle sigaretten worden ingeleverd. Er is wel een gezamenlijk rookkamertje, maar daar ga je niet voor je plezier zitten. Mensen verkiezen hun eigen kamer boven het rookhok. Na het eten gaat bijna iedereen op eigen kamer zitten."

De tuin

Iedereen die geen kamerprogramma heeft, mag in principe gebruik maken van de tuin. In de eerste vier maanden van zijn behandeling mocht Remco ook niet naar buiten, omdat hij toen nog geen medicijnen nam. "Als ik daar nu op terug kijk, vind ik het vreselijk dat ik niet naar buiten mocht. Het drong nog niet zo tot me door dat ik in een TBS-kliniek zat. Ik nam een houding aan van: als ik niet praat, kunnen ze me ook niet behandelen. Er is niets mis met mij", dacht Remco. Remco benadrukt het belang om naar buiten te mogen:

“Nu hebben we een buitenruimte waar je een rondje van ongeveer 140 meter kunt maken. In de nieuwbouw gaan we vooruit. De tuin van de nieuwe kliniek wordt zo groot als een voetbalveld.”

De locatie

De instelling ligt in de buurt van de woonwijken en diverse voorzieningen op een ruime, parkachtig ingerichte terrein. Volgens Remco is de locatie van de kliniek bijzonder gunstig. “De stilte hier is heel prettig. We zitten in een natuurlijke omgeving aan de rand van de stad. Wat mij opviel, toen ik weer buiten de kliniek mocht gaan, was de stank van het verkeer. Dat was ik eigenlijk vergeten. Je bent hier afgezonderd van de buitenwereld, je ziet weinig beweging op het instellingsterrein. Het enige contact met de buitenwereld is de televisie. De eerste keer dat je naar buiten mag, ga je onder begeleiding een klein rondje rondom het terrein maken. Naarmate het beter met je gaat, maak je steeds grotere cirkels. Op een gegeven moment mag je naar de stad fietsen. Naar het winkelcentrum bijvoorbeeld, of naar de bibliotheek.”

De rustige, groene omgeving van de kliniek wordt door Remco op prijs gesteld. Hij moest geleidelijk wennen aan de drukte van de stad. “Ik kan me niet voorstellen dat ik mijn eerste rondjes buiten meteen door de drukke stad zou moeten lopen.”

Dagindeling

Een dag in de kliniek wordt volgens een strak schema ingedeeld. ‘s Ochtends, om 08.00 uur, gaan de deuren van de kamers open. “Niet op alle afdelingen gaan de deuren op slot, maar de afdeling waar ik zit is een afdeling voor mensen met psychose. Die mensen kunnen ‘s nachts nogal luidruchtig en onrustig zijn, daarom gaan de deuren van onze kamers op slot” vertelt Remco. “De andere afdeling is voor mensen met een persoonlijkheidstoornis, de deuren gaan ‘s nachts niet op slot.”

Om 08.45 uur begint het dagprogramma, blok 1. Een blok duurt 1,5 uur waarin verschillende activiteiten te doen zijn, zoals arbeid, sport of drama. Met arbeid kunnen de patiënten 3 euro per blok verdienen. Iedere patiënt krijgt trouwens, buiten het geld dat hij in de kliniek verdient, nog 59 euro per twee weken van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Na het eerste blok is er een kwartier koffiepauze, om 10.30 uur begint het tweede blok en duurt tot 12.00 uur. Dan is het tijd voor de lunch, dit kan warm of koud eten zijn. De middag is op dezelfde manier ingedeeld: twee blokken van ander half uur met een koffiepauze ertussen. Om 16.30 uur is het dagprogramma afgelopen en heeft iedereen voor het avondeten nog een half uurtje pauze. Na het eten is men ‘vrij’ om te doen wat hij of zij wil: televisie kijken, in de tuin zitten, wat lezen of een sigaret roken.

Sport

Remco vindt sporten belangrijk: “Je kunt in totaal drie blokken sport per week doen. Dat is veel te weinig om in conditie te blijven en niet dik te worden. Sport is een soort uitlaatklep. Ontspanning. Ik sport graag. Heb hardlopen geprobeerd in de binnentuin, maar

ik raakte geblesseerd. Nu heb ik een fiets en mag zonder begeleiding gaan fietsen, meestal anderhalf tot twee uur. Van het fietsen knap ik behoorlijk op.” Volgens Remco, er is een grote behoefte aan sporten tussen de patiënten van de kliniek. “We hebben met de afdeling een hometrainer gekocht, zodat we in de multifunctionele ruimte ook na het dagprogramma kunnen sporten. We zouden ook graag een loopband willen, maar daar is helaas geen plaats voor.”

Voorzieningen

De patiënten wassen zelf hun kleding. De afdeling beschikt over twee wasmachines en twee drogers. De patiëntenkamers en de gemeenschappelijke ruimten worden door een ingehuurd bedrijf schoongemaakt. Remco vindt dit wel jammer want het zou ook door de patiënten zelf gedaan kunnen worden. “Zo zouden we nog een zakcentje kunnen bijverdienen. Het geld dat je hier krijgt is niet veel. Voor mensen die roken is het budget vrij krap. Wel zou het schoonmaken onder begeleiding moeten gaan, want het is belangrijk dat er goed schoongemaakt wordt.”

Therapie

Om de twee weken, heeft Remco gesprek met een psycholoog. “We praten over hoe ik het op de afdeling vind en hoe het met de therapieën gaat.” In de kliniek worden verschillende soorten therapieën aangeboden: muziektherapie, dramatherapie of psychologische motorische therapie. Toch, ligt de nadruk op medicijngebruik, volgens Remco. “Toen ik medicijnen ging gebruiken, veranderde iets in mij. Om de twee weken, krijg ik een injectie. Van bijwerkingen heb ik gelukkig geen last, ik merk vrijwel niets van die medicijnen. Mijn behandelaars vinden dat het, dankzij de medicijnen, met mij veel beter gaat.”

Remco is spraakzaam over de andere therapieën. Zijn voorkeur gaat uit naar de dramatherapie: “Hoewel ik dramatherapie voor mijn gevoel niet echt nodig heb, ik ben namelijk minder psychotisch dan mijn behandelaars denken, vind ik het leuk om te doen. Je leert om op een andere manier naar jezelf te kijken. Je leert anderen regisseren. Je mag een ander vertellen hoe het toneelspel beter moet.”

De naam Remco is gefingeerd.

7 juni 2010

interviewers Maartje van Bavel en Branka Vuksanović

A8. OM GEK VAN TE WORDEN, EEN ETMAAL IN HET GEKKENHUIS

Tijdens deze casestudie hebben we lange tijd met de neus in de boeken gezeten, betrokken experts gesproken en allerhande verwante informatie opgespoord. Maar hoe is het nu echt? Hoe gaat er het aan toe in een psychiatrische kliniek? Hoe ziet een dag er uit? Is het ook wel eens gezellig? Wie doet eigenlijk de afwas? Er blijven legio vragen over welke de boeken en de experts niet kunnen beantwoorden, maar toch belangrijk zijn voor ons. We moeten gevoel krijgen bij wat de patiënt meemaakt, dag na dag, maand na maand, jaar na jaar...

De Mondriaan Zorggroep in Heerlen maakte het mogelijk om 24 uur te komen logeren op een van de gesloten afdelingen voor langdurige zorg voor volwassenen. Er verblijven gemiddeld 14 patiënten op deze afdeling, waarvan twee bijzondere patiënten die in totale afzondering leven. De bewoners zijn van allerlei pluimage; mannen en vrouwen, van jong volwassen tot bijna pensioengerechtigd, van arbeiders tot universitair geschoolde mensen. Veruit de meeste bewoners zijn psychotisch, een enkeling heeft een persoonlijkheidsstoornis. Sommige bewoners wonen al meer dan 20 jaar op deze afdeling, zonder ooit een voet buiten de deur te hebben gezet. De gemiddelde verblijfsduur is 7 jaar.

7.00 uur

Ik grijp tandenborstel, een paar schone sokken en een schetsboekje en ga een etmaal logeren bij de mensen waar we zoveel over gelezen hadden. Hier volgt een relaas.

8.00 uur

Opstaan! De dag begint ook hier op tijd. Alle bewoners van de afdeling -patiënten met hardnekkige, chronische psychische aandoeningen- worden door de stafleden gewekt, iedereen wordt geacht op te staan en zich klaar te maken voor een nieuwe dag. De bewoners staan alles behalve te springen om op te staan, liever niet zelfs, maar ze hebben geen keuze. Tandpoetsen, opfrissen en douchen gebeurt mondjesmaat, de staf moet hier en daar helpen onder de douche of op het toilet. Voor de hele groep zijn maar drie douches beschikbaar, het geen voor wrijving op de afdeling zorgt. Gelukkig hebben de bewoners wel een eigen toilet en wastafel, voor de voornaamste lichamelijke verzorging. Samira douchet het liefst zo min mogelijk: "Niet iedereen laat de douche netjes achter, hij wordt ook wel eens als toilet gebruikt. Een eigen douche zou mij erg gelukkig maken".

9.00 uur

Het is tijd om te ontbijten. In principe is het de bedoeling dat de groep samen ontbijt, maar ongeveer de helft van de patiënten nuttigt het ontbijt op de eigen kamer. Berry is, voor de zoveelste keer, niet op tijd voor het ontbijt. Hij is met het verkeerde been uit bed gestapt en weigert ook zijn medicijnen in te nemen. "Die gaat nog veel heibel schoppen vandaag", zegt

Sylvia.

De koelkast en de vriezer in de gezamenlijke keuken zijn op slot. Wanneer de bewoners iets uit de koelkast willen hebben, ook gedurende de rest van de dag, zullen ze het aan de staf moeten vragen. Dat geldt vandaag ook voor mij. Het lijkt een futiliteit, maar het geeft me een gevoel van onmacht, van onvermogen.

9.30 uur

Het toedienen van medicijnen blijft een veelbesproken onderwerp in de psychiatrie. Ook op deze afdeling is er veel weerstand van de bewoners tegen de verplichte medicijntoediening, de bijwerkingen zijn dermate heftig en onuitwisbaar dat alle bewoners tegenstribbelen. De medicijnen holt de persoonlijkheid van een mens uit; het lichamelijk vermogen gaat snel achteruit, het denkvermogen verliest aan kracht en snelheid en het verwerken van emotionele impulsen wordt moeilijk. Maar het zwakt ook de intensiteit van bijvoorbeeld een psychose af en verlicht daarmee het leven met een chronische psychische stoornis.

10.00 uur

De bewoners van de gesloten afdeling lijken een weelderig leventje te leiden. De was wordt gedaan, de afdeling wordt regelmatig voor hen schoongemaakt en het eten komt dagelijks op vaste tijdstippen binnen. De kliniek heeft een omvangrijke facilitaire dienst die voor alles zorgt. Het lijkt luxueus, maar Peter, verpleger op deze afdeling, vertelt dat hij en de meeste andere bewoners niet in staat om dit zelf te verzorgen. "We zijn te zeer aangedaan door de geestelijke aandoening en de medicijnen." Maar hier heerst volgens mij de macht der gewoonte, ik vraag

me af of dit ook een beetje gemakzucht is.

11.00 uur

Koffietijd. Tweemaal daags wordt er een koffie- en theekar de afdeling binnengereden, waarvan de bewoners zichzelf kunnen voorzien. De meesten komen snel een 'tas' halen en verdwijnen daarna weer op de kamer. De eigen kamer is de enige plek waar de bewoners rustig de dag door kunnen brengen, de enige eigen plek in hun bestaan. De kamers zijn, inclusief voorruimte met toilet en wastafel, ongeveer 12 m² groot. Hierin staan een bed, een bureau met stoel en een kleine kledingkast. De bewoners die hier al langer wonen en hebben aangetoond enige verantwoordelijkheid aan te kunnen, mogen met persoonlijke spullen de kamer inrichten. Mieke heeft zelfs een parkiet op de kamer. "Mijn eigen spulletjes zijn heel belangrijk voor mij, ik voel me meer thuis en op mijn gemak. Ik zou ook graag mijn kamer in een andere kleur verven, maar dat mag niet". De persoonlijke spullen geeft de bewoners een identiteit, een belangrijk bezit van een mens.

11.30 uur

Ik heb vandaag aan verschillende bewoners gevraagd of ze zich thuis voelen op deze afdeling. Sommigen wonen er al meer dan 10 jaar en dan zou er toch iets van een thuisgevoel moeten kunnen ontstaan? Maar nee, voor de bewoners zal de kliniek altijd de kliniek blijven en nooit een thuis worden. Dat heeft uiteraard veel te maken met de geestelijke omstandigheid waarin de bewoner zich bevindt, maar ook met het niet kunnen uitkiezen van je huisgenoten, geen controle hebben over de gang van zaken in je leven en het verliezen van je vrijheid om te gaan en staan waar je wilt. "Ik zou hier graag weg willen lopen, zo ver mogelijk weg van deze plek", zegt Mieke, "alleen ben ik toch te bang voor hoe het daarbuiten is". De afdeling biedt gelukkig ook bescherming en veiligheid, dat vergeet ik nog wel eens sinds dat ik hier ben.

12.00 uur

De dagen duren lang op de afdeling. Dat is niet raar, omdat er werkelijk niks te doen is. Ik ben hier nu pas vier uur, het nieuwe is er nu vanaf en ik verveel me te pletter. Er is vrijwel geen enkele vorm van gemeenschappelijke dagbesteding. Jacques, teamleider van de staf vandaag, vertelt me dat een activiteit erg moeilijk te organiseren is, omdat er binnen de afdeling geen activiteitenruimte aanwezig is. Een activiteit moet altijd ruim tevoren gepland worden in verband met reserveren van ruimte en begeleidend personeel. Daarnaast zijn de bewoners moeilijk te porren voor activiteiten, omdat ze vaak futloos en verward zijn. "We organiseren elke week een zwemuurtje, maar daar is weinig animo voor. Het zou waarschijnlijk veel beter lukken wanneer er spontaan iets actiefs ondernomen kon worden."

Sommige bewoners geven zelf vorm aan de dag en proberen zelf een blik in de toekomst te werpen, zoals de 31-jarige Richard, die druk bezig is alsnog het VWO-diploma te behalen, via de computer en zeer beperkt toegang tot internet. "Zodra ik mijn diploma

binnen heb, wil ik een HBO-opleiding gaan volgen, het liefst een technisch vak. Architect zijn zoals jij lijkt me ook wel wat." Een zeer bewonderenswaardige ambitie en ijver in deze toch inspiratieloze gemeenschap, met dank aan de moderne technologie. De stafleden stimuleren hem dan ook zo veel ze kunnen. Het is duidelijk te zien dat ook zij zich optrekken aan deze positieve ontwikkeling van Richard, in een omgeving met veel tegenvallers en desillusies.

13.00 uur

Het is tijd voor de lunch. Op de woongroep eet men 's middags warm, de bewoners kiezen elke vrijdag welk menu ze de komende week gaan eten, elke dag is er keuze uit drie gerechten voor soep, hoofdgerecht en toetje. "Het eten is best goed hier", zegt Peter. De maaltijden worden centraal bereid en op elke afdeling in de regenererooven opgewarmd. Een enkele keer kookt een van de bewoners zijn eigen kostje in de keuken, het liefst als er niemand anders van de keuken gebruik maakt. Dit is echter meer uitzondering dan regel. Vrijdag is een bijzondere dag, dan wordt er door de staf friet met frikadellen en kroketten gehaald. De staf eet altijd samen met de bewoners, dit komt wel ten goede aan de ambiance aan tafel. Hoewel de sfeer ook nu geladen blijft, maar misschien komt dat door mijn aanwezigheid, als vreemdeling.

14.00 uur

De bewoners zouden graag op eigen houtje naar buiten gaan. Al was het maar een omsloten tuin of terras. Maar helaas is er op deze afdeling geen buitenruimte aanwezig. Volgens Jacques zou het geweldig zijn als de bewoners op eigen gelegenheid naar buiten zouden kunnen, om even stoom af te blazen of een frisse neus te halen. "We zijn met te weinig stafleden om de bewoners te kunnen begeleiden voor een wandeling. Enkele bewoners mogen, wanneer ze een lange status van goed gedrag hebben opgebouwd, op afgesproken tijden een ommetje maken over het terrein. Helaas gaat dit niet altijd goed."

Later op de dag ga ik mee met Richard, die voor het eerst sinds lange tijd een kwartiertje mag luchten in de patio op de begane grond, nog onder begeleiding. Het sneeuwt, dus voor het eerst sinds 5 jaar heeft hij kans om weer eens een sneeuwbal te gooien. "Eigenlijk weet ik niet zo goed meer hoe het leven is in de wereld buiten de kliniek, ik ben al zó lang niet buiten geweest. Ik ben er ook bang voor geworden, bang voor hoe andere mensen op mij zullen reageren, bang om weer terug te vallen in oude gewoonten". Richard verwijst naar zijn heftige drugsverleden, dat de katalysator is geweest van zijn agressieve, psychotische aanvallen.

14.30 uur

Separatie is en blijft een controversieel onderwerp binnen de psychiatrie. Op deze afdeling kan een bewoner op twee manieren gesepareerd worden, vrijwillig of onder dwang. De bewoners leren herkennen wanneer de psychose te heftig wordt. Dan kunnen ze, in overleg met de staf, een tijdje in de time-out kamer, een prikkelarme kamer waar men tot rust kan komen. Deze kamer is open en geeft dus geen gevoel van

opgesloten zijn, de bewoner houdt zelf min of meer controle over de situatie. “Deze kamer bestaat nog niet zo lang op deze afdeling”, zegt Jacques die hier al lang werkt. “Het heeft het aantal gedwongen separaties naar de isoleercel drastisch verminderd”. Separatie naar de isoleercel, onder dwang, is vele malen heftiger en aangrijpender. De psychiatrische patiënt heeft geen keuze en wordt, vaak onder hevige fysieke dwang, door twee of drie stafleden naar de isoleercel geëscorteerd. De isoleercel is zo veel mogelijk inhoudsloos, er staat een bed vast aan de grond, een klok achter het raam en wat kartonnen schaaltes als toiletpot. Vandaag is er gelukkig geen sprake van separatie, maar zelfs een korte tijd in deze ruimte geeft mij al de bibbers.

15.00 uur

Voor de tweede keer die dag wordt de kar met koffie en thee naar binnen gereden. Er zijn weer eens geen schone kopjes om de koffie in te schenken. Er bestaat een corveeschema, maar de bewoners hebben moeite om het te kunnen volgen. Corveedienst betekent tafel dekken en afruimen voor de maaltijden en de vaat doen van die dag. Dit gaat echter vaak mis, omdat een aantal bewoners van de groep nalaat deze plichten te volbrengen. De staf moet hier dan weer achteraan en wordt er moedeloos van.

16.00 uur

Rond deze tijd is het bezoekuur op de afdeling. Het blijft echter verwonderlijk stil. Er komt niet zo veel bezoek op de afdelingen voor langdurige zorg. De meeste patiënten zijn elke sociale binding met de buitenwereld in de loop van de tijd verloren, met uitzondering van de directe familie. Maar ook de familie komt maar weinig op bezoek. Dat is een treurige situatie, deze uitsluiting van sociale contacten stimuleert zeker niet. Jammer genoeg is er ook geen goede bezoekruimte, waar de bewoners even alleen met familie of vrienden zou kunnen zitten en praten. Misschien zou een dergelijke rustige ruimte het bezoek stimuleren, voor de bezoekers is het confronterend om op de afdeling te moeten zijn.

Telefonisch contact is er wel met regelmaat, vaak gaat het om praktische zaken, maar het heeft ook een sociale functie. De bewoners kunnen, op bepaalde tijden en onder begeleiding, gebruik maken van de telefooncel op de afdeling. Er kan ook naar de afdeling gebeld worden, dat gebeurt dan ook regelmatig. Mobieltjes en computers met internetverbindingen zijn uit den boze, omdat hiermee drugsoverlast enorm wordt aangezwengeld. Onder begeleiding is het wel mogelijk om soms een halfuurtje te internetten, vooral de jongere bewoners maken hier dankbaar gebruik van.

16.30 uur

Nero is een buitengewone patiënt. Hij woont permanent in zijn eigen isoleercel met eigen badkamer, omdat hij extreem gewelddadig en gevaarlijk is voor zijn omgeving. Elke dag krijgt hij een paar keer bezoek van de staf, die in verband met de veiligheid met vijven tegelijk zijn kamer binnengaan.

Voordat de groep naar binnen gaan, moet Nero zich achter een lijn op de vloer bevinden en hij mag hier tijdens de aanwezigheid van de staf niet overheen stappen. Tussen Nero en de rest van de wereld staat letterlijk een permanente afstand: een aanraking, een toenadering is onmogelijk. Nero heeft een paar weken mogen zorgen voor een plantje, een toets om een eventueel sociaal en verzorgend vermogen te ontdekken, maar helaas is het plantje na een hoopvol begin gesneuveld. Nero mag tegenwoordig, na 3 jaar onafgebroken binnengezeten te hebben, onder begeleiding van 5 stafleden wekelijks naar buiten, in een luchtkooi. Ik sla dit alles gade via de beveiligingscamera en vraag me af wat er van deze jongen ooit terecht moet komen. Het laat een aangrijpende naar mismoedige indruk bij me achter.

17.00 uur

Naarmate de middag vordert, begint de echte verveling toe te slaan. Onder andere bij mij zelf, omdat de vijver met nieuwe indrukken nu al is opgedroogd, maar zeker ook bij de bewoners. Thijs, een man van middelbare leeftijd, rijdt de hele dag ongedurig rondjes in zijn rolstoel. Van zijn kamer naar de keuken naar de woonkamer over de gang weer naar zijn kamer. Drie minuten later weer. Drie minuten daarna weer. Oneindig. Thijs, net als ik een in Delft opgeleide ingenieur, woont nu 12 jaar op de afdeling. “Ik word alleen rustig wanneer ik muziek kan luisteren. Welke muziek hè! Op de langspeelplaat”. Even later galmen de zompige klanken van Pink Floyd keihard over de afdeling. Thijs weigert pertinent een koptelefoon te gebruiken, en dwingt zijn medebewoners dus mee te luisteren. Nu merk ik dat de geluidsisolatie in dit 40 jaar oude gebouw bar slecht is. Dit blijkt ook een groot probleem te zijn. De bewoners worden geplaagd door de stemmen in het hoofd, maar hier ook door de maar half gedempte stemmen en geluiden door de muur of van een toilet op de verdieping erboven. Deze ondefinieerbare klanken wakkeren de psychotische waanbeelden weer aan, met als gevolg dat veel bewoners nooit tot rust kunnen komen.

18.00 uur

Het avondeten wordt ingevuld met boterhammen, net zoals het ontbijt. Tijdens het eten zit de helft van de bewoners aan tafel in de eetkeuken, maar er wordt weinig gepraat. Ik zie dat de patiënten elkaar zo veel mogelijk mijden. Iedereen leeft in zijn eigen psychedelische cocon en lijkt genoeg te hebben aan de stemmen en waanbeelden in het hoofd. De weinige gesprekken die gevoerd worden zijn uiterst kort, oppervlakkig en eindigen vrijwel altijd in een geschil. De bewoners hebben geleerd elkaar zo veel mogelijk te ontwijken en negeren, maar dat is verdomd moeilijk in een woongroep waar de ruimte en privacy minimaal is. De staf dient nog wel eens als medium om een vileine boodschap over te brengen naar een medebewoner, vandaag gebruiken ze ook mij hiervoor.

19.00 uur

's Avonds wordt er vooral TV gekeken. Overdag ook

trouwens. De bewoner met de afstandsbediening in de hand beslist wat er gekeken wordt. Een aantal bewoners heeft een eigen TV op de kamer en komen daardoor vrijwel nooit meer naar de woonkamer, alleen nog om sigaretten te roken.

Vandaag is Berry de baas van de TV in de woonkamer. Berry is een ontzettend dikke man. Later op de avond hoor ik van de staf dat Berry twee keer per dag shoarma of soortgelijks eet naast de gewone maaltijden. Daar is hij vrij in, zolang hij genoeg zakgeld heeft. De shoarmabezorgdienst heeft in het verleden goede zaken gedaan als drugskoerier, door de verdovende middelen in de pizza of shoarmabroodje te bakken. Het duurde niet lang voordat er elke dag meerdere bestellingen langs kwamen. Toen begon het belletje bij de staf te rinkelen.

20.00 uur

Bijna alle bewoners roken, en roken veel. Dat is een algemeen verschijnsel onder psychiatrische patiënten, het roken is een manier om de nervositeit en eindeloze verveling tegen te gaan. Velen zitten dagenlang sjekkies te draaien, de een na de ander. Op de afdeling mag alleen gerookt worden in de rookruimte. Aangezien er geen separate rookruimte of vrij toegankelijke buitenruimte is, is de woonkamer bestempeld als rookruimte. In de eetkeuken, waar ook een TV staat, is het niet toegestaan om te roken. Deze is dan ook bijna altijd leeg. Het roken zorgt er wel voor dat de bewoners in contact komen met elkaar, maar de lichamelijke gezondheid komt het niet ten goede.

21.00 uur

De tijd kruipt hier traag voorbij. Uur na uur, dag na dag, maand na maand en jaar na jaar. De bewoners doden de tijd door te roken en te lopen. Of beter schuifelen, sloffen, ijsberen en sjokken. De bewoners worden lichamelijk hevig beïnvloed door de medicijnen, ze raken erdoor enorm versuft en verzwakt, verliezen de beheersing over het lichaam en krijgen last van serieuze lichamelijke ongemakken, soms zelf tot invaliditeit aan toe. De gang op de afdeling is een rondgang en daarmee een eindeloze ijsbeerbaan. De geestelijke dwaalsporen waar psychiatrische patiënten onder lijden, komt tot uiting in de onophoudelijke loopdrang.

22.00 uur

Op de hele afdeling, behalve de eigen kamers van de bewoners, staat de radio aan, via een intercomsysteem. Hetgeen de bewoners op de radio horen, of op TV zien, confronteert de bewoners continu met het feit dat ze opgesloten zijn. Zo komt er vrijwel elk uur een radiospelletje voorbij waar luisteraars concertkaarten of een stedentrip kunnen winnen. “Ja, wij zitten hier maar. Ik zou er potverdorie ook wel eens uit willen”, mompelt Thijs verbeten.

23.00 uur

De meeste bewoners gaan rond deze tijd naar bed. Maar een goede nachtrust zit er vaak niet in. De medicijnen maken je murw en slap, de hele dag is

een lange sluierslaap. Aan het eind van de dag is er, ook door gebrek aan activiteiten of beweging, geen behoefte aan slaap. “In de nacht komen de meest akelige demonen in naar boven”, zegt Samira, in het donker stilliggen, wakkert de psychotische bronnen weer aan.

0.00 uur

Gedurende de nacht is er één staflid aanwezig die de drie afdelingen op de verdieping in de gaten houdt. Overdag zijn er per afdeling drie stafleden aanwezig, ze zijn erg belangrijk voor de dagelijkse gang van zaken. De staf communiceert onderling uitvoerig, ook tussen de verschillende afdelingen. Ook wordt alles gerapporteerd, elke bewoner heeft een logboek dat meerdere malen op een dag wordt bijgewerkt. Dit is belangrijk in de overdracht tussen de dag- en nachtdienst, zo kan de staf of dienstdoende psychiater direct inzien hoe de gang van zaken is geweest. Naast de verzorgende functie, heeft de staf ook een sociale en ondersteunende taak. De bewoners leunen zwaar op de schouders van de stafleden, pas nu zie ik wat een, met name mentaal, zwaar beroep deze mensen hebben.

2.00 uur

Deze nacht is er een als elke ander. Minuten, uren, dagen, weken, maanden en jaren kruipen traag voorbij, zonder duidelijk onderscheid tussen de ene of de andere. De teneur van ochtenden, middagen of avonden verschilt niet van elkaar, de dinsdag verschilt niet van zondag, februari is gelijk aan september. Een leven in de psychiatrische kliniek is niet voor niets eerder “een keten van lege zondagen” genoemd. Wij in de ‘buitenwereld’ hebben veel ankerpunten in het leven; heugelijke gebeurtenissen, verwachtingen naar de toekomst, regelmatig veranderingen in de alledaagsheid en wij mogen de veranderingen van weer en seizoen zintuiglijk waarnemen. De bewoners van de afdeling, met een gemiddelde verblijfsduur van 7 jaar, missen al deze essentiële kleinigheidjes die het leven kleurrijk maken.

4.00 uur

De nacht kan erg onstuimig zijn, wanneer een van de bewoners onrustig wordt. Door de gebrekkige geluidsisolatie worden ook de andere bewoners opgewonden en kan het uit de hand lopen. “Dat is geen pretje”, zegt Sylvia, “wanneer je als nachtzuster in je eentje overzicht moet houden over 3 afdelingen tegelijk”. Gelukkig is het vannacht rustig.

7.00 uur

Een nieuwe dag breekt aan. Voor de bewoners een dag als alle andere, een in een lange rij van identieke dagen. Voor mij is dit een nieuw begin, een bevestiging van het de noodzaak van het onderzoek waar we mee begonnen zijn. De leegheid van het bestaan achter de deuren van de psychiatrische kliniek is zorgwekkender dan ik me had kunnen voorstellen. Dit is een omgeving om gek van te worden, laat staan als je het al bent. Wij architecten kunnen maar een paar factoren in het leven van deze psychiatrische patiënten beïnvloeden,

maar alle beetjes helpen. Ik ben ervan overtuigd dat een goede gebouwde omgeving een basis kan vormen voor een behaaglijker en vreedzamer leven én wie weet een voorspoediger herstel.

De namen van bewoners en staf zijn gefingeerd.

Maarten Castelijns
8 januari 2010

BIJLAGEN BIJ HET ONDERZOEK



B1. DE CONCLUSIE

Vier architecten van architectenbureau Van Aken uit Eindhoven hebben 3 jaar lang een studie verricht naar huisvesting van psychiatrische patiënten. Ze deden literatuuronderzoek en interviewden verschillende psychiaters en patiënten. Een bijzonder onderzoek, vol emoties en verbazing over de wijze hoe mensen in gesloten afdelingen van ziekenhuizen moeten wonen.

Ondanks die aangrijpende confrontaties lukte het de architecten, praktisch zoals ze zijn, om uit deze casestudie een hanteerbaar instrument te ontwikkelen. Bruikbaar voor iedereen die zich bemoeit met het huisvesten van psychiatrische patiënten. Van beleidsmaker tot bouwer. De vier onderzoekers van Van Aken zijn de architecten Branka Vuksanović, Maarten Castelijns, Maartje van Bavel en Roel Lamers. Ze noemen dit instrument IMPACT.

Vaststaande afmetingen

“Voordat er wordt gebouwd staan de bouwkundige termen meestal allang vast en men wijkt daar niet meer van af”, zegt Branka Vuksanović. Afmetingen van slaapkamers, de hoeveelheid lux aan verlichting en waaraan de ventilatie moet voldoen. Het stopcontact in de hoek van de woonkamer bepaalt waar de TV komt te staan. Vast staat ook waar de keuken en de bakkamer komen en met welke andere ruimten ze in verbindingen staan. Het verbaast Vuksanović dat beschrijvingen over het type uitstraling en sfeer van een ruimte, zoals geborgenheid, gezelligheid en veiligheid zelden als bouwkundige termen worden aangeduid. “Vrijwel nooit wordt bij een bouwkundig ontwerp aangegeven hoe iemand een ruimte moet ervaren of aanvoelen. Wij noemen dit de mindware en leggen daar juist sterk de nadruk op.” “Op zich is het raar dat in een ontwerp over mindware weinig wordt nagedacht”», vult Castelijns aan. “Het zijn namelijk wel zeer bruikbare aanknopingspunten die een architect helpen bij een goed ontwerp. Voor hem zijn aanwijzingen zoals gezellig of transparant toegankelijke zaken die letterlijk tot de verbeelding spelen. Hij kiest de materialen, de kleuren en de vorm die passen bij de ruimte. Met meer of minder ramen en de plek voor de deuren.” Castelijns vindt het vreemd dat de zorgaanbieders hieraan nauwelijks aandacht besteden. “Terwijl zij juist het beste weten hoe een ruimte voor bijvoorbeeld psychiatrische patiënten eruit moet zien en welke functies het patiënten moet bieden. Ze zijn immers de hele dag met patiënten bezig en weten dus veel beter dan ontwerpers welke leefomgeving de meest ideale is”, zegt Castelijns.

24 uur op dezelfde plek

Tijdens hun onderzoek ontdekten de vier architecten van het team IMPACT dat patiënten die langdurig zijn

opgenomen veel waarde hechten aan hun fysieke omgeving. Ook houden ze van variatie. Zoals ieder ander mens. “Bewoners van een gesloten afdeling zitten hier 24 uur per dag op dezelfde plek. Soms jarenlang.”, geeft Van Bavel aan. In tegenstelling tot de verplegers, die voortdurend wisselen van ruimten en daar ook niet wonen. Dus ze beleven die ruimte van de afdeling anders”, Van Bavel merkte tijdens haar bezoek aan inrichtingen op dat patiënten zich nauwelijks verplaatsten. Of de hele dag heen en weer lopen op de gang, steeds dezelfde route. Volgens Castelijns is zelfbeschikking erg belangrijk voor een patiënt in een gebouw moet hebben. “In een psychiatrische inrichting is meestal alles al bepaald voor bewoners die er gemiddeld 7 jaar verblijven. Patiënten hebben geen enkele keuzevrijheid in de manier van wonen. Dat werkt enorm beklemmend. Voor hen is het dus erg belangrijk dat ze de mogelijkheid hebben van de ene naar de andere ruimte te gaan. In de ontwerpfase kan al rekening worden gehouden met de functie van een ruimte, zonder hiervoor extra kosten te maken. Of patiënten er zelf over mogen beschikken of juist niet. Eenvoudige zaken zoals het zelf bedienen van de zonwering, of de lichtkleuren zelf kiezen en wat er aan de muur komt te hangen. Of het raam open kan. Of er naar muziek geluisterd kan worden. “Kleine dingen die het grote verschil maken”, zegt Castelijns. “Patiënten moeten de keuzemogelijkheid hebben om zich terug te trekken op hun eigen kamer of liever gezelschap zoeken bij anderen in de collectieve ruimtes. Fysieke oplossingen die de sfeer veraangenamen.” Van Bavel voegt toe dat ruimtes zich ook moet onderscheiden in uitstraling en sfeer. “Slaapkamers of privévertrekken moeten een totaal andere sfeer uitstralen dan een collectieve woonkamer. Het interieur van een isoleercel hangt ook niet aan vaststaande contouren. Zelden wordt nagedacht over hoe een psychotische patiënt

zich moet voelen als hij opgesloten zit.” Volgens Castelijns is het gemakkelijk voor te stellen dat bij meer verschillende ruimtes mogelijk minder conflicten ontstaan op een afdeling. “Minder ruzie behoeft minder zorg, zo eenvoudig ligt het.”

Ander denkpatroon

Bij elke nieuwe bouwopdracht krijgt een architect een lijvig boekwerk met het Programma van Eisen. Daarin staan veel bouwtechnische zaken omschreven, maar het Programma mist op alle fronten informatie over mindware. “De taak om een sfeer te duiden ligt vaak bij een ontwerper”, zegt Vuksanović. Hij gaat met materialen aan de slag en maakt collages en tast vervolgens bij zijn opdrachtgever af of het ontwerp hem bevalt. “Veel efficiënter is in dit geval dat een opdrachtgever van te voren uitvoering informeert over zijn ideeën over de vorm, uitstraling en functie van het gebouw. Hiermee is een veel strakker en gericht gebouwontwerp te maken. Met psychiatrische patiënten als bewonersdoelgroep valt het niet mee om hun wensen boven tafel te krijgen. Vooral als de groep soms erg moeilijk uit hun woorden komt. Ingewikkeld wordt het voor een ontwerper om zich te verplaatsen in een geesteszieke. “Een school ontwerpen is iets eenvoudiger voor te stellen, omdat wel duidelijk is hoe een ideale schoolomgeving voor kinderen en leerkrachten is, omdat iedereen ooit in de schoolbanken heeft gezeten. Maar voor het ontwerpen van een psychiatrische inrichting is het een stuk lastiger.” Zelfs voor Vuksanović, die al jarenlang projecten doet in de zorg, blijft het lastig om zich in de belevingswereld van een psychiatrische patiënt te verplaatsen. “We hebben geen beeld van geesteszieken en we begrijpen nauwelijks waarvan ze last hebben. Het is lastig om te achterhalen welke invloed een fysieke omgeving heeft voor iemand die in een psychose zit of dement is? Hoe ervaart een demente bejaarde een ruimte? Hoe ziet een psychotische patiënt kleuren?”

Complexe materie

Vuksanović legt uit dat zij de casestudie zijn begonnen om de belevingswereld van de geesteszieke enigszins te bevatten. “Omdat in deze mensen verplaatsten zo moeilijk lukt.” Ondanks jarenlang ervaring met bouwprojecten voor psychiatrische ziekenhuizen, is ze nog steeds op zoek naar het beeld achter de ziekte en probeert als gezond mens deze ziekte te begrijpen. “Het is heel complexe materie waarvan ik slechts een sluijer heb opgetild. Je kunt er jarenlang over blijven lezen en discussiëren. De ziekte is zo grillig en blijft me verbazen. Dus zoek ik ook voortdurend naar ontwerpen die raken aan geschikte en bouwgerichte oplossingen. Wij kunnen als architecten weinig invloed uitoefenen op hun ziektebeeld. Wel kunnen we een geschikte leefomgeving voor ze creëren die misschien een positieve invloed heeft op hun gemoedstoestand.” Voor de casestudie IMPACT hebben de architecten verschillende psychiaters geïnterviewd. Het eerste wat ze opviel was dat psychiaters nauwelijks interesse tonen voor de fysieke ruimte van patiënten. “Alsof omgeving niets met patiënten te maken heeft. Ze vinden het wel nodig dat de bewoners van een gesloten afdeling

zijn voorzien van een eigen kamer en eigen sanitair. Ook kunnen ze uitleggen dat een kleine woongroep de meest ideale samenlevingsvorm is voor patiënten, maar met fysieke zaken zoals vorm, materialisatie en kleuren van een ruimte zijn ze helemaal niet bezig”, stelt Vuksanović vast.

Verschillende voorkeuren

Castelijns legt uit het IMPACT team aanvankelijk wilde onderzoeken of verschillende geesteszieke patiënten bepaalde voorkeuren hebben voor vorm, kleur of materialisatie. “Uit ons onderzoek zouden klip en klaar allerlei conclusies rollen zoals een autist houdt niet van blokjesbehang, maar verblijft graag in een hoge ruimte met een hoogpolig tapijt en designmeubelen. Nuttige informatie waarmee een pragmatische lijst met uitkomsten kan worden opgesteld om in kaart te brengen wat die mensen nu prettig vinden om in te wonen. “ Door heel veel over psychiatrie te lezen en met betrokkenen te praten, noteerde het IMPACT Team uiteindelijk dat geen psychiatrische patiënt hetzelfde is of op dezelfde wijze reageert op zijn omgeving. Van het idee een ziektebeeld te koppelen aan bepaalde voorkeuren werd snel afgestapt. “We kunnen dus niet vaststellen dat elke schizofrene patiënt een sterke voorkeur voor blauw heeft.” De onderzoekers merkten hieruit op dat een fysieke omgeving ontwerpen voor geesteszieke mensen niet per se hoeft af te wijken van welk regulier ontwerp dan ook. “Psychiatrische patiënten reageren sterker op zintuiglijke prikkels uit hun omgeving. Iets wat sterk moet meespelen in een ontwerp van een ruimte zodat je in kunt schatten welke IMPACT zo’n ruimte later heeft doet met een patiënt.” Het IMPACT team is zich gaan richten op het omschrijven van handvatten voor een goed ontwerp. Hierin moet staan welke effecten bepaalde bouwkundige elementen op de ruimte hebben waarin een patiënt verblijft, die anders zijn dan voor niet-zieke mensen.

Oninteressante groepen

Castelijns heeft zelf een etmaal in een inrichting doorgebracht. Om uit te vinden hoe dat voelt, een dag en een nacht in gesloten afdeling van een psychiatrische inrichting. Hij vond het schokkend om te zien hoe minimaal de verzorging is. “Mensen zitten daar een hele dag en doen verder niets. Sommige patiënten zijn al 20 jaar niet meer buiten geweest.” Volgens Castelijns wordt psychiatrische zorg steeds verder uitgeknepen. “Waarschijnlijk heeft het ermee te maken dat commerciële partijen de psychiatrische zorgsector niet interessant genoeg vinden”, meent hij. Ook de overheid lijkt weinig met deze groep op te hebben. “De sector krijgt een steeds strikter stramien opgelegd waarbij vergaande efficiëntie, bezuinigingen en korten op personele bezetting wordt geëist. Het is al heel moeilijk om een nieuw psychiatrische inrichting te realiseren binnen het vastgestelde budget. Als daarin ook nog zaken moeten passen zoals een hogere efficiëntieslag en aantrekkelijkere leefomgeving voor de patiënten, wordt de financiële last alleen maar groter. Die vergeet men liever dan ze mee te nemen in het bouwproject. Daar ligt de nadruk immers op

het behalen van doelstellingen. Zolang wordt voldaan aan het budget, de vierkante meters en de facilitaire structuren die hierop leunen, is het project een succes en kan het gebouw in gebruik genomen worden. Meer belang hecht men aan stipt de maaltijden op tafel en voldoende schone was in de kast, dan hoe de patiënt zijn omgeving verder beleeft”, meent Castelijns. “Architecten kunnen weinig invloed hierop uitoefenen”, vult Van Bavel aan. “Je kunt wel een gymzaal ontwerpen voor het ziekenhuis, maar wat hebben patiënten eraan als ze door tekort aan toezicht of personele begeleiding er nauwelijks gebruik van kunnen maken?”

Eenvoudige technische oplossingen

Als de verveling op een afdeling toeslaat is dat niet met een goed ontwerp op te lossen. Wel kunnen architecten ervoor zorgen dat binnen hun ontwerp activiteiten eenvoudig te organiseren zijn. “Het is handig om bijvoorbeeld een activiteitencentrum binnen de gesloten afdeling te hebben”, stelt Castelijns voor. “Personeel en patiënten blijven gewoon op de afdeling, waardoor extra personele begeleiding niet strikt noodzakelijk is. Het probleem is op deze manier gemakkelijk opgelost. Punt is wel dat een fitnesszaal ruimte inneemt. De beleidsmaker in de zorg moet er uiteindelijk voor kiezen dat die vierkante meters worden ingevuld met een sportruimte en hiervoor financiële mogelijkheden aandragen.” Vuksanović neemt de tuin als voorbeeld. “Voor patiënten die in een flatgebouw verblijven, is de kans klein dat ze ooit naar buiten gaan. Personeel heeft geen tijd om met patiënten op en neer naar beneden te gaan met de lift”, zegt Vuksanović. “Een architect kan hiervoor een paar praktische ideeën aandragen. Daktuinen bijvoorbeeld of grote gesloten balkons. Of je bouwt een ziekenhuis zonder flats, met slechts een bouwlaag op het maaiveld en een grote tuin erom heen.” Kleine ingrepen in bestaande gebouwen kunnen eveneens sterk bijdragen aan een beter leefklimaat. Zoals akoestische isolatie aanbrengen in slaapruidtes die geluidsoverlast veroorzaken als een patiënt in een psychose raakt en de hele afdeling wakker schreeuwt. Vaak genoeg krijgt de hele afdeling in een dergelijk situatie extra medicijnen toegediend om ongestoord verder te kunnen slapen. De staf kiest hiervoor om vooral te voorkomen dat andere patiënten niet worden aangestoken door de onrust van de psychotische patiënt. Extra comfort en rust vragen om extra investeringen, leert de praktijk. Uiteindelijk leveren ze wel meer voordelen op. Meer rust op de afdeling en minder medicijngebruik. “Ondanks vele voordelen kiest met toch voor een andere oplossing: slaappillen. En blijkt onvoldoende budget de grote boosdoener. Het ligt niet aan onwil of desinteresse of slecht beleid van het ziekenhuis. Integendeel. Het budget is simpelweg niet toereikend om alle wensen te vervullen”, geeft Vuksanović aan. Zij pleit ervoor om de gebouwbeheerskosten eens tegenover de exploitatiekosten te zetten voor de termijn van de totale levensduur van 30 jaar bijvoorbeeld. “Wetenschappelijk nog niet bewezen, maar het zou zomaar kunnen dat patiënten in een comfortabele leefomgeving en omringd met goede zorg, minder medicijnen nodig hebben.’ Daarin zitten volgens Vuksanović de harde

besparingen. En niet in het weglaten van akoestische isolatie.

Het IMPACT team zet met hun casestudie een breed spectrum aan opties neer, voor het creëren van comfortabele leefruimte in gesloten inrichtingen. “We hebben met IMPACT een serie mogelijkheden in kaart gebracht, die als leidraad kunnen dienen bij het ontwerpen van een psychiatrisch ziekenhuis”, zegt Castelijns. “We proberen hiermee alle partijen die betrokken zijn bij het bouwen en beheren van een psychiatrisch ziekenhuis, ervan bewust te maken van al die mogelijkheden. “Met als onderliggende boodschap aan de zorgbeleidsmakers in Nederland dat we hopen dat de juiste keuzes worden gemaakt waarmee uiteindelijk veel meer kwaliteit in het leven van de patiënten wordt gebracht.”, besluit Castelijns.

19 oktober 2010
interviewer Tosca Vissers

B2. DANKWOORD

Deze casestudie hadden wij niet kunnen voltooien zonder de hulp van onderstaande personen. Wij willen hen hartelijk bedanken voor de steun en het geloof in ons project.

De directie van VAA

Bedankt voor het scheppen van de ruimte om deze casestudie te maken en tot een mooi einde te brengen.

Mondriaan Zorggroep te Heerlen,

met in het bijzonder gelsoten afdeling 2A

Bedankt voor het kijken in de keuken en achter de schermen van de zorginstelling. De Limburgse gastvrijheid, openheid en vriendelijke medewerking was geweldig.

Tosca Vissers

Bedankt voor de kritische blik en het goed redigeren van onze teksten.

Luc Nelissen

Philippe Delespaul

Remy Roest

Willem Rijks

Yldiz de Koning

Bedankt voor de openheid en gastvrijheid tijdens de interviews die we hebben mogen afnemen.

Ine de Louw

Gaby van Lierop

Simon George

Bedankt voor de inzet als tijdelijk teamlid van de IMPACT onderzoeksgroep.

Jannemiek Tukker

Bedankt voor de inspiratieve schilderijen en tekeningen en de mogelijkheid om deze te gebruiken voor deze casestudie.

TNO Bouw & Zorg

Bedankt voor de levering van veel bruikbare informatie.

B3. BIJLAGE: BESCHRIJVING VAN PSYCHIATRISCHE STOORNISSEN

ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder oftewel Alle Dagen Heel Druk)

Een gewoonlijk tijdens de jeugd ontwikkelde stoornis, gekenmerkt door gebrek aan aandacht (niet luisteren, achteloosheid in het werk, gemakkelijk afgeleid), hyperactiviteit (niet stil kunnen zitten, voortdurend praten) en impulsiviteit (dringt zich op, kan zijn beurt niet afwachten). Dit leidt vaak tot storend gedrag in de klas of de groep.

Aanpassingsstoornissen

Emotionele en gedragsmatige overreactie op een herkenbare stressveroorzakende situatie of gebeurtenis, die zich binnen 3 maanden na die stressveroorzakende factor voordoet. Deze stoornis leidt tot beperkingen in sociaal en beroepsmatig functioneren, ernstiger dan men 'normaal' zou verwachten.

Angststoornissen

Bovenmatige angst of zorgen over gebeurtenissen of bezigheden; de bezorgdheid is moeilijk in de hand te houden en kan leiden tot o.a. rusteloosheid, opgefokt gevoel, moeite zich te concentreren, slaapproblemen. Het gevolg is ernstige beperking in sociaal en beroepsmatig functioneren.

Autisme Spectrum Stoornis (ASS)

Onder deze term vallen alle stoornissen die passen binnen het Autisme Spectrum. Men noemt het geheel van Autisme Stoornissen een Spectrum om daarmee aan te geven dat autisme op vele verschillende manieren tot uiting kan komen. Mensen met een Autisme Spectrum Stoornis (ASS) vormen een zeer divers gezelschap. Geen twee mensen met een ASS zijn hetzelfde. Ze hebben ieder hun eigen persoonlijkheid, temperament, ervaringen, beperkingen en kwaliteiten.

Autistische stoornis (Autistic Disorder)

Een Autistische stoornis (Autistic Disorder) is het zuivere klassieke beeld van autisme, zoals deze oorspronkelijk door Leo Kanner werd beschreven. In de DSM-IV-TR (2000) staat omschreven dat iemand een autistische stoornis heeft als er sprake is van een aantal problemen op de volgende drie gebieden:

Aan autisme verwante stoornis, zoals atypisch autisme

Deze termen verwijzen naar een stoornis die binnen het Autisme Spectrum valt. Het gaat hierbij om stoornissen die vele overeenkomsten vertonen met de autistische stoornis, maar niet aan alle criteria voldoen. Het betreft dus een minder zuivere vorm van autisme waarbij het

mogelijk is dat de stoornis minder scherp en/of niet op alle ontwikkelingsgebieden is doorgedrongen. De bijkomende problemen kunnen echter wel ernstig van aard zijn.

Asperger Syndroom (Asperger's Disorder)

Mensen met de Stoornis van Asperger functioneren, in tegenstelling tot mensen met een "klassieke" vorm van autisme, over het algemeen wat betreft taalgebruik (verbaal) beter dan wat betreft visueel, ruimtelijke en motorische vaardigheden (performa). "Aspergers" hebben een normale spraakontwikkeling. Dit wil overigens niet zeggen dat de communicatie ook normaal is. Kenmerkend is dat taal vaak heel concreet en letterlijk wordt opgevat. Ze kunnen lange discussies aangaan, halen er de meest onlogische argumenten bij en kunnen iemand "onder de tafel kletsen". Het gaat vaak om mensen met een normale tot hoognormale intelligentie die motorisch onhandig zijn en beperkingen hebben die passen bij een autisme stoornis. De diagnose "Stoornis van Asperger" wordt de laatste jaren veel vaker gesteld en heeft een eigen plaats in de DSM-IV gekregen. Over het idee dat de Stoornis van Asperger alleen voorkomt bij mensen met een normale tot hoognormale intelligentie is discussie. Er zijn mensen die zich afvragen of de Stoornis van Asperger ook voor kan komen bij mensen met een lagere intelligentie.

Meervoudig Complexe Ontwikkelingsstoornis (McDD, Multiplex Developmental Disorder)

Een Meervoudige complexe Ontwikkelingsstoornis is een specifieke classificatie binnen de groep van stoornissen binnen het Autisme Spectrum. De term McDD staat voor meervoudige complexe ontwikkelingsproblemen, dat wil zeggen dat de ontwikkeling op meerdere fronten verstoord verloopt. Mensen met McDD hebben, naast de kenmerken van een Autisme Spectrum Stoornis, vooral ook problemen met het reguleren van de emoties. Daarnaast is er bij deze mensen geen tekort aan verbeeldend vermogen, maar juist een teveel hieraan.

Stoornissen in de regulatie van emoties, met name angst en agressie. Bijvoorbeeld angst schiet door in paniek en boosheid ontaardt in extreme driftbuien. Stoornissen in de gevoeligheid voor sociale signalen en stoornissen in het sociale gedrag in relatie tot leeftijdgenoten en volwassenen. Bijvoorbeeld grenzeloos in de contactname of juist sociale contacten vermijden, een gebrek aan empathie. Stoornissen van het denken, waarbij fantasie en werkelijkheid door elkaar lopen. Bijvoorbeeld van de hak op de

tak springen, bizarre fantasieën, geheel opgaan in fantasieën, moeite hebben met het onderscheid tussen fantasie en werkelijkheid. Mensen met McDD hebben vaak weinig greep op hun emoties en gedachten en missen het gevoel voor sociale verhoudingen. Ze kunnen te heftig reageren op gebeurtenissen en voelen grenzen niet aan. De wereld is voor hen vaak een onrustige en onvoorspelbare chaos. Daarnaast is er vaak sprake van denkstoornissen, waarbij deze mensen zich verliezen in vreemde associaties en op hol geslagen fantasieën, die hen heel angstig kunnen maken. Ze zijn hierbij niet in staat om zichzelf te corrigeren of gerust te stellen.

Borderlinestoornis

Persoonlijkheidsstoornis, beginnend in de vroege volwassenheid, gekenmerkt door voortdurende instabiliteit in stemming, relaties en zelfbeeld, zoals: krampachtige pogingen te voorkomen dat men (echt of vermeend) in de steek wordt gelaten, impulsief en schadelijk gedrag (bijvoorbeeld drugs/alcoholmisbruik, op seksueel gebied), intense relaties met wisselingen tussen idealiseren en kleineren, onbeheersbare woede, chronisch gevoel van leegte, terugkerende dreiging met suïcide of zelfverminking.

Cognitieve stoornissen

Aandoeningen van het bewustzijn (o.a. de aandacht niet goed meer kunnen richten), van de waarneming of van de cognitieve functies (geheugendefect, oriëntatieproblemen, taalstoornis). Ze kunnen het gevolg zijn van de algehele medische toestand van de cliënt, of van gebruik van middelen, als drugs, alcohol, medicijnen.

Dementie

Een cognitieve stoornis, gekenmerkt door verminderd vermogen nieuwe informatie op te nemen of eerder geleerde informatie te reproduceren; daarbij kunnen stoornissen optreden in het hanteren van de taal, het uitvoeren van handelingen, herkenning en in logisch denken en organiseren, wat een manifest negatieve invloed op het algemeen functioneren heeft. Deze stoornissen treden op nadat de cognitieve functies zich hebben ontwikkeld - er is dus altijd sprake van achteruitgang.

Depressie

Gevoel van neerslachtigheid en droefheid, gepaard aan verminderde activiteit. Dit kan een normale reactie zijn op een frustrerende ervaring, of verlies. Van depressieve stoornis wordt gesproken als deze stemming voortduurt en vergezeld gaat van symptomen als: concentratie- en slaapproblemen, verminderde eetlust en energie, gevoelens van schuld en waardeloosheid, gedachten aan suïcide.

Dwangstoornissen (obsessieve-compulsieve stoornissen)

Terugkerende, aanhoudende gedachten, ideeën of impulsen die ongewild zijn, maar niet kunnen worden onderdrukt. Ze lokken impulsieve (dwang-)handelingen uit als poetsen, controleren, tellen, waarvan de

zinloosheid door betrokkene wordt ingezien, maar die het lijden verlichten.

Eetstoornissen

Anorexia en boulimie. Anorexia houdt in de weigering het lichaamsgewicht op normaal peil te houden, hevige angst voor gewichtstoename, afwezigheid van menstruatie. Boulimie wordt gekenmerkt door weerkerende vreetbuien, die worden gecompenseerd door bijvoorbeeld gebruik van laxemiddelen, zelfopgewekt braken, vasten, buitensporige lichaamsbeweging.

Fobieën

Aanhoudende, overdreven angst voor een bepaald voorwerp of situatie (bijvoorbeeld een dier, hoogte, bloed). Confrontatie met dat voorwerp of situatie veroorzaakt, hoewel de betrokkene zich van de onredelijkheid van de angst bewust is, een onmiddellijke reactie die kan uitlopen in een paniekaanval.

Gedragsproblemen

Een stoornis in de jeugd, gekenmerkt door een hardnekkig gedragspatroon waarbij de grondrechten van anderen of de sociale normen ernstig worden geschonden. Dit komt tot uiting in agressie en geweld jegens mens en dier, vernieling van eigendom (brandstichting), leugenachtigheid, diefstal, schending van de regels (van huis weglopen, spijbelen) en veroorzaakt ernstige beperkingen in sociaal, school- of beroepsmatig functioneren.

Geheugenverlies

Geheugenverlies kan tijdelijk of voortschrijdend zijn en verschillende oorzaken hebben. Geheugenproblemen kunnen bijvoorbeeld optreden bij stress. Deze problemen kunnen verminderd dan wel weggenomen worden. Geheugenverlies kan ook het gevolg zijn van hersenletsel en dementie. Het soort hersenletsel bepaalt of enig 'herstel' mogelijk is. Bij dementie is (in principe) sprake van steeds verder schrijdend geheugenverlies.

Hersenletsel, niet aangeboren (NAH)

Beschadiging van het hersenweefsel, na de geboorte ontstaan door traumatisch letsel (bijvoorbeeld een ongeval) of door een proces binnen het lichaam (zoals een infarct, tumor, Alzheimer). Dit kan zeer diverse gevolgen hebben die meer van de plaats en de omvang van het letsel afhankelijk zijn, dan van de oorzaak zelf.

Impulscontrolestoornissen

Stoornissen in het vermogen een impuls te weerstaan tot het verrichten van een daad die schadelijk is voor de persoon zelf of voor een ander. Bijvoorbeeld kleptomanie (drang tot stelen van zaken die je eigenlijk niet nodig hebt), pyromanie (dwangmatige brandstichting, fascinatie voor brand), pathologische goklust, onmacht zich te verzetten tegen agressieve impulsen die leidt tot geweldpleging en vernieling.

Korsakov

Doorgaans aan alcoholisme toegeschreven storing

van het centrale zenuwstelsel, die wordt gekenmerkt door verwarring, stuurloosheid en geheugenverlies met confabulatie (het construeren van feiten of gebeurtenissen om gaten in de herinnering te vullen).

Levensfaseproblematiek

Problemen die samenhangen met een bepaalde fase in de ontwikkeling of een andere levensomstandigheid die ernstig zijn, maar doorgaans niet het gevolg van een psychische stoornis. Bijvoorbeeld problemen bij huwelijk of scheiding, voor het eerst naar school gaan, het gezin verlaten, de start van een nieuwe baan, pensionering.

Manisch-depressieve stoornis

Stoornis waarbij perioden van depressie worden afgewisseld door manische episodes, die zich kenmerken door een abnormaal verhoogde stemming van euforie of prikkelbaarheid, vaak samengaan met toegenomen activiteit, gedachtenvlucht, grootheidsideeën, koopwoede, gebrek aan discretie.

Neurosen

In onbruik geraakte term voor geestelijke stoornissen gekenmerkt door angstsymptomen, waarvan werd aangenomen dat ze samenhangen met onopgeloste conflicten.

Ontwikkelingsstoornis

Stoornis die doorgaans tijdens de jeugd tot uiting komt. Eronder vallen zwakzinnigheid (laag verstandelijk functioneren met beperkingen in het aanpassingsgedrag) en leerstoornissen, die gekenmerkt zijn door een opvallende kloof tussen de prestaties op een bepaald leervlak (lezen, rekenen, schrijfvaardigheid) en de algehele intelligentie van de persoon.

Organische problemen

Verouderde term voor stoornissen waarvan werd aangenomen dat ze een uitsluitend lichamelijke oorzaak hebben, nl. permanent of tijdelijk hersenletsel: stoornissen van de verstandelijke vermogens, het geheugen, de emotie.

Paniekstoornissen

Een plotselinge angstaanval met ernstige desorganisatie van de persoonlijkheid door symptomen als ademnood, hartkloppingen, duizeligheid, doodsangst. Deze stoornis kan al dan niet samenhangen met agorafobie (de angst in omstandigheden te komen vanwaar geen ontsnappen mogelijk is, en daardoor de neiging die omstandigheden te vermijden - bijvoorbeeld niet op straat durven komen).

Persoonlijkheidsproblematiek (stoornis)

Problemen van de persoonlijkheid die zich onderscheiden door een duurzaam patroon van beschouwen van en denken over zichzelf en zijn omgeving op een manier die afwijkt van wat men zou verwachten. Het daaruit voortkomende starre gedragspatroon beslaat een breed veld van persoonlijke en sociale situaties, en veroorzaakt beperkingen in het functioneren evenals

persoonlijk lijden.

Postnatale depressie (Postpartumdepressie)

Van postnatale depressie is sprake wanneer zich over langere tijd typisch depressieve verschijnselen voordoen bij de moeder na de bevalling. Daarbij horen: lusteloosheid, hyperventilatie, irritatie, geen zin in seks, gebrek aan moedergevoel of juist overbezorgdheid. In de ernstigste gevallen treden waandenkbeelden op, die gevaar kunnen betekenen voor moeder en/of kind.

Posttraumatische stressstoornis

De voortdurende herbeleving van een traumatische ervaring in het verleden die angst en hulpeloosheid met zich meebracht (verkrachting, gijzeling); pogingen alles wat aan het trauma herinnert te vermijden, gepaard aan gevoelens van vervreemding, verminderde affectiviteit, gebrek aan toekomstverwachting.

Psychosen

Toestand van verminderd in staat zijn de werkelijkheid te herkennen en met anderen te verkeren en communiceren, waardoor iemand ernstig belemmerd wordt in het voldoen aan de eisen des levens. Een psychose kan onderdeel zijn van diverse geestesstoornissen. Waandenkbeelden, hallucinaties en buitensporige emotionaliteit worden tot de psychosen gerekend.

Psychosociale stoornissen

Stoornissen ontstaan uit de botsing tussen individueel-psychologische factoren en de eisen die de samenleving stelt.

Relatieproblemen

Problemen in de wijze waarop leden van een samenlevingsvorm (partners, ouders, kinderen) op elkaar reageren en die ernstige beperkingen veroorzaken in het functioneren van die leden, of in het functioneren van de relatie zelf. Bijvoorbeeld: verstoorde onderlinge communicatie, stelselmatige negatieve kritiek, overprotectie van een kind, onrealistische verwachtingen gesteld aan de partner. Zulke problemen kunnen al dan niet het gevolg zijn van of verergerd worden door een psychische stoornis of lichamelijke aandoening.

Rouwen

Het geleidelijke proces van pijnverwerking en acceptatie na het lijden van een onherstelbaar verlies, zoals de dood of de (echt)scheiding van een geliefd persoon, het kwijtraken van een lichaamsdeel of vaardigheid door bijvoorbeeld een ongeluk, werkloos raken. Rouwreacties kunnen bestaan uit uiteenlopende klachten, vaak: slecht slapen, weinig eetlust, lusteloosheid, emotionele instabiliteit, neiging zich af te sluiten, (vaak irrationele) schuldgevoelens.

Schizofrenie

Een psychiatrische aandoening, die zich kenmerkt door het vaak in episodes voorkomen van wanen en hallucinaties, de zgn. positieve symptomen. Daarnaast komen ook negatieve symptomen voor zoals affectieve

vervlakking, moeilijk tot iets kunnen komen, geen plezier aan dingen beleven. Soms zien we mensen zich terugtrekken uit sociale contacten. Ook cognitieve problemen kunnen kenmerkend zijn voor schizofrenie met name concentratie problemen, moeite met plannen maken, problemen met informatie verwerking. Hoewel schizofrenie op zich een ernstige aandoening is blijken veel mensen met goede ondersteuning (behandeling, rehabilitatie) ondanks hun beperkingen een heel goed leven te kunnen leiden. In deze zin spreken we van herstellen van schizofrenie.

Seksueel geweld/misbruik

Wordt gepleegd wanneer iemand tot seksuele handelingen wordt gedwongen. Niet de seks zelf, maar het gevoel of het slachtoffer het (zo) gewild had, maakt het geweld uit. Er is altijd sprake van een ongelijke machtsverhouding. Slachtoffers hebben vaak verminderd zelfvertrouwen, gevoelens van schuld en schaamte tot gevolg, hetgeen kan leiden tot verslavingen en diverse psychiatrische problemen.

Somatoforme stoornissen

Lichamelijke klachten of symptomen die ernstig lijden of beperkt functioneren met zich meebrengen, maar waarvoor geen lichamelijke oorzaken te vinden zijn. De klachten zijn onbeheersbaar voor de lijder (er wordt dus niet gesimuleerd).

Stemmingsstoornissen

Verstoorde, onregelde stemmingstoestand, hetzij door innerlijke, hetzij herkenbare oorzaken van buitenaf. Depressie en manisch-depressiviteit zijn voorbeelden van stemmingsstoornissen.

Stress

Stress ontstaat als iemand een tijdlang meer of moeilijkere dingen moet doen dan waartoe hij of zij zichzelf in staat voelt. Dat is een bedreigende situatie. Als zo een vorm van stress langere tijd bestaat, is er sprake van chronische stress.

Traumagerelateerde stoornissen

Klachten of problemen die samenhangen met traumatische ervaringen, zoals seksueel misbruik, lichamelijk geweld of geestelijke mishandeling. De voornaamste symptomen zijn: vervreemding of emotionele afstomping, herbelevingen, nachtmerries, buitensporige waakzaamheid. Patronen van eet-, slaap- en seksuele stoornissen, concentratieproblemen, stemmingswisselingen, agressie-uitbarstingen, relationeel geweld en arbeidsproblemen kunnen ook trauma-gerelateerd zijn.

Winterdepressie

Depressieve stoornis die specifiek in de winter voorkomt en vermoedelijk samenhangt met de dan verminderde hoeveelheid daglicht. De gevoelens van depressiviteit gaan vergezeld van chronische vermoeidheid, slaapstoornissen (zeer langdurig slapen, omkering van het dag-nachtritme) en een verstoord eetpatroon (extra veel koolhydraten).

B4. VERKLARENDE BEGRIPPENLIJST



B5. LITERATUURLIJST

BOEKEN

Agnes van den Berg & Magdalena van der Berg; *Van buiten word je beter, een essay over de relatie tussen natuur en gezondheid*; Alterra, 2001

Agnes van den Berg; *Health Impacts of Healing Environments, A review of evidence for benefits of nature, daylight, fresh air, and quiet in healthcare settings*; Van Eck & Oosterink, 2005

Wouter Kusters, Sam Gerrits & Jannemiek Tukker; *Alleen, berichten uit de isoleercel*; Lemniscaat; 2008

Wouter Kusters & Wiel Kusters; *Pure waanzin, een zoektocht naar de psychotische ervaring*; Nieuwezijds; 2004

Barbara Huelat; *Healing Environments, Design for the Body, Mind & Spirit*; Medezyn; 2003

Noor Mens; *Zorgboulevards, verkenningen in het zorglandschap van morgen*; Stagg; 2005

Noor Mens; *De architectuur van het psychiatrisch ziekenhuis*; Inmerc; 2003

Ed Hoekstra & Ine van Liempd; *Ruimte – vragen, bouwen aan zorginstellingen vanuit cliëntenperspectief*; Stagg; 2004

Dirk Bergvelt, Hans van Rossum & Jetse Oosterbaan; *Het beste van drie werelden, de architectuur van wonen en zorg*; Architectuur Lokaal; 2002

Detlef Petry; *Onderweg, een trialogische biografie*; Stichting

Onderweg Maastricht; 2005
Bouwen aan de architectuur van de zorg; College Bouw Zorgvoorzieningen; 2007

Zorgzame architectuur, zorg voor wonen, wonen met zorg; College Bouw Zorgvoorzieningen; 2003
Healthcare 2025: buildings for the future; College Bouw Zorgvoorzieningen; 2007

Oscar Newman i.o.v. Institute for Community Design Analysis, Center for Urban Policy Research; *Creating Defenceable Space*; Rutgers University; 1996

Anthony Vidler; *The Architectural Uncanny, essays in modern unhomely*; MIT Press; 1992

Anthony Vidler; *Claude Nicolas Ledoux: architect of the revolution between vision and utopia*; Birkhauser; 2006

Anthony Vidler; *Warped space: art, architecture and anxiety in modern culture*; The MIT Press; 2001

Hilde Heynen, André Loeckx, Lieven De Cauter en Karina Van Herck; *Dat is Architectuur, sleutelteksten uit de twintigste eeuw*; Uitgeverij 101, Rotterdam 2001

Agnes E. Van den Berg, Cor Wagenaar en Frans Jaspers; *Health Impacts of Healing Environments*; Van Eck en Oostelink; 2005

Prof. Dr. B.J. Kouwer; *Het spel van de persoonlijkheid*; Bijleveldpress; 1997

Jac Hoevenaars Bohn; *Leven met een fobie*; Stafleu en van Loghum; 2002

Alain du Botton; *De architectuur van het geluk*; Hamisch Hamilton; 2006

Cor Wagenaar, Abram de Swaan, Stephen Verderber, Charles Jencks, Aaron Betsky, Roger Ulrich e.a.; *The architecture of hospitals*; NAI Publishers; 2006

Frans Jacobs; *Twaalf emoties, filosofische bespiegelingen*; Uitgeverij Nieuwezijds; 2000

Angela Wright; *The beginners guide to colour psychology*; Colour Affects; 1998

Kleurengids, alle theorie van het kleurenlab; Kleur Op team; 2003

J.C.R.M. Verhulst; *Psychiatrie in de praktijk*; Noordhoff Uitgevers; 1994

ARTIKELEN

B. Maandag; *Logistiek en organisatie opnieuw doordacht*; De Architect; Sdu Uitgevers; april 2005

Cor Wagenaar; *Humanisering van de collectivistische zorgfabriek*; De Architect; Sdu Uitgevers; april 2005

Joke Mat & Frederiek Weeda; *Poepen in een doos*; NRC Handelsblad; 15 februari 2009

Peter Henk Steenhuis; *De waanzinnige ruimte verkend en verbeeld*; Trouw – De Verdieping; 3 april 2007

Kwaliteit van de fysieke zorgomgeving, stand van zaken onderzoek omgevingsvariabelen en de effecten op de (zieke)

mens; College Bouw
Ziekenhuisvoorzieningen; 2008

Healing Environment; College
Bouw Ziekenhuisvoorzieningen;
2006

Kaethe Burt-O'Dea, Plan&Project
Partners; *The European health
property network, design impact
study*; 2005

Gary W. Evans & Janetta Mitchell
McCoy; *When buildings don't work:
the role of architecture in Human
Health*; Cornell University; 1998

Sita Ananth, MHA; *Building
healing spaces*; Optimal Healing
Environments, Explore; november
- december 2008

Alex Genov, Simone Schnall &
James Laird; *In search of the
intrinsic emotional meaning of
color: implications for design*; Clark
University, Worcester; 1999

Arne E. Vaaler; *Effect of a
psychiatric intensive care unit
in an acute psychiatric ward*;
Norwegian University of Science
and Technology; 2007

P.J. Jongerius; *De psychiater als
milieukundig ingenieur*; Tijdschrift
voor psychiatrie 23; 1981

Diewke de Haen; *Een kleurrijk
leven, een onderzoek naar
de invloed van verzadiging
en structuur in het interieur
op het welbevinden en de
zorgconsumptie van bewoners
van een somatische afdeling van
een verpleeghuis*; studie Sociaal-
Culturele Wetenschappen 2005

Separeer kan beter; Medisch
Contact, 3 oktober 2008

Lonneke Jansen; *De invloed
van interieur en deelname aan
activiteiten op het welbevinden van
bewoners in verpleeghuizen*; Vrije
Universiteit Amsterdam; 2004

Marleen van Essen; *De
communicatie tussen interieur en
welbevinden in de zorgsector, een
onderzoek naar de invloed van
het interieur op het welbevinden
van bewoners van een*

verzorgingstehuis; Vrije Universiteit
Amsterdam; 2004

*Inrichten van zorginstellingen:
Kunst of kunde?*; Symposium
SWIZ; november 2003
Christina Trijntje Ceulemans;
*Interieureffecten op sociaal contact
en welbevinden bij bewoners in
verpleeghuizen*; Vrije Universiteit
Amsterdam; 2004

Karin Slegers; *Literatuuronderzoek
naar de invloed van het interieur
op het welbevinden van patiënten/
bewoners en medewerkers in
zorginstellingen*

Anjali Joseph, The center of
health design; *The role of the
physical and social environment
in promoting health, safety and
effectiveness in the healthcare
workplace*; 2006

Bert van der Werf; *Ervaringen in
Noorwegen: hoezo gedwongen
separatie?*; Psychopraxis, 2002

Ronald Hamel; *De beleving van
ruimte in de omgeving*; Blind,
interdisciplinair tijdschrift, 2009

Bert van der Werf; *De separeer en
de prikkelarme omgeving*; Sociale
psychiatrie; oktober 2003

Marty PN van Kerkhof; *Liever
behandelbare krankzinnigen
dan ernstig geesteszieken*; Psy;
november 2008

Birgit de Bruin; *Het huis van mijn
vader*; Universiteitsblad Delta;
november 1993

Yvonne A.W. Slangen - de
Kort; *De fysieke omgeving
van zorg: context, medicijn,
of wondermiddel?*; lezing
Jubileumcongres Bouwcollege;
oktober 2002

Ariane Buining; *Evidence based
design: quod est demonstrandum!*;
Tijdschrift Facilitair, Zorgspecial;
2008

Ad Pruyn; *Evidence Based Design
van Healing Environments: Wat
is er precies 'bewezen'?*; lazing
Architecture in Health; 2008

Een keten van lege zondagen;
Trimbos instituut; november 2001

Harry Oosterhuis; *Verward
van geest en ander ongerief:
opmerkingen over de geschiedenis
van de psychiatrie en de
geestelijke gezondheidszorg*;
lezing tijdens Symposium SG over
psychiatrie; 2010

*Naar herstel en gelijkwaardig
burgerschap, visie op de
langdurende zorg aan mensen
met ernstige psychische
aandoeningen*; GGZ Nederland;
maart 2009

OAZIS; TNO entrum Bouw en
Zorg; 2009

Post occupancy evaluation;
*Regionale GGZ-centra Haarlem
en Hoofddorp*; College Bouw
Ziekenhuisvoorzieningen; oktober
2008

Post occupancy evaluation; GGZ-
instelling Meerkanten te Ermelo,
de nieuwbouw van de langdurige
zorg voor volwassenen; College
Bouw Ziekenhuisvoorzieningen;
oktober 2008

*Agressie in de psychiatrie,
veiligheid in de GGZ*; College
Bouw Ziekenhuisvoorzieningen;
maart 2003

*Separeer- en
afzonderingsvoorzieningen,
bouwmaatstaven voor
nieuwbouw*; College Bouw
Ziekenhuisvoorzieningen; maart
2003

*Cahier Qind, een nieuw
evaluatieinstrument voor integrale
gebouwkwaliteit*; College Bouw
Ziekenhuisvoorzieningen; juni
2004

*Humane zorg in een gesloten
setting*; College Bouw
Ziekenhuisvoorzieningen; 2004

Mieneke W.H. Weenig; *Het
welbevinden van mensen in
zorginstellingen, onderzoek naar
het welbevinden van de bewoners
in een verzorgingshuis voor en na
een interieurverandering in de hal
en de recreatieruimte*; Universiteit

Leiden; 2002

Vastgoedbeheer in de GGZ, tijd voor een nieuwe strategie; In perspectief, College bouw en ziekenhuisvoorzieningen; juni 2007

Monitoring gebouwkwaliteit in de geestelijke gezondheidszorg; College Bouw en Ziekenhuisvoorzieningen; juli 2005

Vastgoedstrategie: een 'must', gebouwbeheer in de GGZ; tijdschrift Zorginstellingen, februari 2007

Trendrapportage GGZ 2008; Trimbos instituut; 2008

Kerncijfers uit de GGZ, 2001 t/m 2003; GGZ Nederland

Nationale monitor geestelijke gezondheidszorg, jaarboek 2006; Trimbos instituut; 2006
Zorg op waarde geschat, sectorrapport GGZ 2009; GGZ Nederland; 2009

GGZ Monitor Zuid-Limburg; Philipe Delespaul; 2008

The uncanny and the architecture of deconstruction; Bart van der Straeten; Online magazine of the Visual narrative

Anthony Vidler and the Urban Uncanny (oneirism); Prof. Jarzombek en Robert S. Brown; Paper Three, Thinking about architecture; MIT

WEBSITES

www.bouwcollege.nl
www.tno.nl/zorgenbouw
www.trimbos.nl
www.planetree.org
www.swiz.nl
www.agnesvandenbergh.nl
www.hetoudegesticht.com
www.ggz nederland.nl
www.wikipedia.com
www.ypsilon.org
www.psychiatrienet.nl
www.nvvp.net
www.ggzconsult.nl
www.psychowijzer.nl
www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl

IMPACT