

Enkele nieuwe woonvormen voor psychiatrische patiënten

door drs I. E. I. M. van Eynde

De jaren na de storm

De kritiek die vanaf de aanvang der jaren zeventig op de psychiatrische inrichtingen werd geuit was niet uit de lucht komen vallen. Wij hebben er elders op gewezen op welke wijze het medisch model in de vorm van de traditionele ziekenhuisbehandeling er debet aan was. In een kritisch jargon, al dan niet van antipsychiatrische zijde, werd aangegeven wat er zoal aan de psychiatrische inrichtingen haperde: een medisch-bureaucratische structuur, een autoritaire mentaliteit, een massificerend en hospitalisatiesyndroom-bevorderend milieu, een onleefbare en verschaalde leefwereld, het opbergen, de vrijheidsberoving, de medicamenteuze en andere dwangbuizerij, etc., etc.

De kritiek was makkelijk te formuleren, sloot bij het grote publiek aan bij bestaande vooroordelen en gaf de goegemeente het bevredigende gevoel dat alleesignaleerde ellende gelukkig weerom niet aan haar zelf te wijten was. Onbewuste schuldgevoelens over het uitstoten van medemensen zouden heerlijk worden afgereageerd op de toch zo ouderwetse gestichten. Ondertussen mochten de werkers in de inrichtingen het verder alleen uitzingen met al hun moeilijke 'opberggefallen'. Dit alles in vaak zeer moeilijke omstandigheden, met beperkte middelen, onder een permanent spervuur van kritiek uit de publieke opinie, uit sommige 'therapeutische gemeenschappen' die het zoveel 'beter' deden en uit de andere échelons in de gezondheidszorg die het nóg veel beter aanpakten. Dat uiteindelijk in talloze situaties ook de zgn. meer elitaire centra en andere sectoren der geestelijke gezondheidszorg te allen tijde royaal konden terugvallen op de inrichting kwam veel minder ter sprake.

In 'zo'n echte psychiatrische inrichting' werd toch maar gedaan aan 'medicijnen, isoleercel, spanlakens, arbeidstherapie' (N.R.C.-interview 4-6-1977). In 'zo'n echte psychiatrische inrichting' ston-

den echter de werkers met hun rug tegen de muur, zonder enige mogelijkheid om 'door te verwijzen buiten kantoor-tijden'!

Na enkele woelige jaren lijkt de kritische golf enigszins weggeëbd. Evenals alle andere kritische stromingen ontsproten aan de zestiger jaren lijkt ook de antipsychiatrie ter ziele gegaan. Voor enkele jaren kon nog worden verdedigd dat de inrichtingen maar zo vlug mogelijk moesten verdwijnen. De vroegere Britse standpunten en ervaringen in dezen zijn bekend. Ook sommige antipsychiatrische extremisten deelden in deze mening. Weinigen achten dit momenteel een haalbare kaart. Van Ree erkende 'dat het zo langzamerhand overduidelijk geworden was dat psychiatrische opnamen voor kortere of langere duur soms onvermijdelijk zijn en zullen blijven. Dit zowel voor de slachtoffers van meer of minder ernstige cerebrale beschadigingen, met bijkomende ernstige gedrags- en ervaringsontregelingen, alsook wanneer men de voornaamste ontregelingsoorzaken op het macro-, meso-, of micro-sociale niveau meent te moeten zoeken.'

Erkend moet worden dat binnen de psychiatrische inrichtingen mede dankzij of ondanks de vormen van antipsychiatrische kritiek de laatste jaren veel in positieve richting is geëvolueerd. Wij denken hierbij o.a. aan de uitbreiding en betere scholing van het personeel, aan de ontwikkeling van de democratisering, aan de aandacht voor de rechten van de patiënt, aan de uitbreiding van de therapeutische mogelijkheden, aan de toenemende inbreng van nieuwe disciplines, aan de verbetering van de outillage, aan de uitbreiding van de semi- en extramurale voorzieningen, aan de regionalisatie en regionale samenwerkingsverbanden.

Het feit dat men in de meeste psychiatrische inrichtingen op het vlak van behandeling en leefklimaat, architectuur en organisatiestructuur geënt blijft op het 'ziekenhuismodel' werpt op deze positieve tendenzen een donkere schaduw. Meer radicale ontwikkelingen in de richting van 'therapeutische woon- en leefgemeenschappen' worden er in ernstige mate door bemoeilijkt.

Zoeken naar alternatieven

Toch is het verheugend te constateren dat de intramurale woon-situatie en het wonen van psychiatrische patiënten de laatste tijd wat meer in de belangstelling komt. In de literatuur over de psychiatrische inrichtingen werd tot voor kort over het wonen van patiënten met geen woord gerept. Meestal vindt de aandachtige lezer in één of ander hoofdstuk over milieutherapie of sociotherapie nog wel enkele opmerkingen over het gezellig en huiselijk maken van dagzalen, over een kleurrijke aankleding van de wanden of over een passende bloem op tafel, etc. Daarbij bleef het meestal. Dit hoeft ons niet te verbazen. Van eigenlijk 'wonen' is voor psychiatrische patiënten in de loop der geschiedenis eigenlijk nooit sprake geweest. Misschien in de gezinsverpleging zoals zij reeds vanaf de middeleeuwen in het Brabantse Geel werd toegepast hierop de enige uitzondering. Verder laat de geschiedenis van de

woonsituatie van psychiatrische patiënten zich samenvatten tot een mensonterend vegeteren in kazerne-, gevangenis- of ziekenhuisachtige bouwwerken. De heersende opvattingen over de geesteszieke en zijn behandeling vinden hun neerslag in de architectuur. De Weense Narrenturm uit 1784 is het symbool van het volledig maatschappelijk isolement van de psychiatrische patiënt. Hij was letterlijk de gevangene van een veroordelend moralistisch denken, het slachtoffer van onkunde, bijgeloof en een vernietigende discriminatie. In de Narrenturm was de geesteszieke niet alleen een uitgestotene van de maatschappij doch ook van het ziekenhuis. De kerker was zijn woonplaats. Onder invloed van de medische hervormers werd in de 19e eeuw ook architectonisch het 'ziekenhuismodel' ingevoerd. Tot op heden zouden de bouwstijlen van de algemene ziekenhuizen hun invloed op de psychiatrische inrichtingen laten gelden.

Er zijn een aantal redenen aan te geven waarom het ziekenhuismodel geen ruimte gaf en geeft tot wonen:

- De 'behandeling' speelt zich af in de relatie therapeut-patiënt. Vroeger werd slechts voor een kleine groep patiënten het accent gelegd op de individuele medische behandeling. De grote massa der inrichtingbewoners kwam hiervoor niet in aanmerking om de eenvoudige reden dat na enige tijd bleek dat deze vorm van behandeling geen zin had. Zij waren voor hun verder langdurig verblijf aangewezen op de verpleegkundige zorg op de afdeling.

- Een ziekenhuis, ingesteld op korte behandelduur, biedt meestal qua woonruimte een 'hotelaccommodatie'. Dreigt een patiënt binnen een opnameafdeling 'chronisch' te worden dan kan hij altijd worden afgevoerd naar een schrale hotelaccommodatie: de 'verblijfsafdeling'. In de wandelgangen beschouwd als de mislukte producten van de 'machteloze' medische wetenschap worden de chronische patiënten in navenante woonsituaties ondergebracht. Wij vergeleken in 1971 de verblijfssituatie van de chronische patiënt in de gemiddelde psychiatrische inrichting met een beeld van T. S. Eliot: 'This is the dead land, This is cactusland'.

- Dat ziekenhuizen liever 'behandelbare' dan 'onbehandelbare' patiënten opnemen gold reeds in de oudheid. Onlangs hoorden wij zelfs verdedigen dat groepen chronische patiënten die niet 'behandelbaar' waren in feite ook niet meer 'ziek' waren en dan maar beter zo snel mogelijk 'gedepatiëntiseerd' konden worden. De patiënt die reeds jaren zijn plaats verloor in de maatschappij verliest nu ook nog zijn meestal schrale beschutte plaats in de inrichting.

- In ziekenhuizen is meestal wel veel aandacht voor hygiëne, orde en netheid. Door de overwaardering van individuele 'behandelingen' wordt aan aspecten als woonklimaat, sfeer, leefsituatie, leefgroepen, etc., veel minder waarde gehecht. Aan milieu- of sociotherapie komt men meestal niet toe. Door de grote aandacht voor de korte 'succesvolle' behandelingen is weinig animo, tijd, know-how, geld voor de langdurige, moeizame en vaak weinig spectaculaire behandelingen.

Meestal ziet men het ziekenhuis als de enige vorm waarin intramurale geestelijke gezondheidszorg kan plaats vinden. Schudel vermeldt dat de deelnemers aan een conferentie over 'Alternatives to the mental hospital' in York het er snel over eens waren dat geen echt alternatief bestaat voor het psychiatrisch ziekenhuis. Voor de chronische patiënten zijn de voorzieningen meer 'complementair' dan alternatief. Wij zijn het met deze stellingname niet eens. Een alternatief voor het psychiatrisch ziekenhuis kan alleen gevonden worden in een ingrijpende verandering van de intramurale situatie waardoor ruimte ontstaat voor een 'therapeutische woon- en leefgemeenschap'.

Dat ontwikkelingen in deze richting niet zo utopisch zijn blijkt uit de ervaringen met een Sociotherapeutisch Centrum te Wolfheze en elders en uit kritische geluiden t.a.v. de traditionele gestichtsopvang in de zwakzinnigenzorg.

Bij het zoeken naar nieuwe modellen voor de opvang van zwakzinnigen gaat men uit van twee principes: de normalisatie en de verdunning.

Normalisatie – Van Gennep stelt dat de vrees zwakzinnige mensen geheel uit te sluiten uit de samenleving waarschijnlijk de drijfveer is achter het zgn. 'normalisatiestreven' dat vooral opgang maakt in de Scandinavische landen. Het normalisatieprincipe betekent voor de zwakzinnige mens patronen en omstandigheden van het dagelijks leven toegankelijk maken, die zo nauw mogelijk aansluiten bij de patronen en omstandigheden van de meeste mensen in de samenleving. Normalisatie betekent het aanbieden van dezelfde levenscondities aan de zwakzinnige mens als aan iedereen. Het is een reactie op de overaangepastheid van het inrichtingsmilieu aan wat men denkt dat de zwakzinnige mens is, het verwerpen van de reductie van ervaringskansen, het verwerpen van de benadrukking van zgn. anders-zijn, apart zijn. Er dienen niet meer *aparte* voorzieningen te zijn dan strikt nodig is. Evenals voor ieder mens dient de zorg voor de zwakzinnige mens erop gericht te zijn voor hem een leefgemeenschap op te bouwen die zijn medemenselijkheid en zijn eigenheid maximaal tot uiting brengt. Van Gennep acht terecht de term 'normalisatie' bijzonder ongelukkig. Er zijn volgens hem *gevaren* aan verbonden. Normalisatie kan worden begrepen als het 'normaal' maken van de zwakzinnige mensen, als het opleggen van een norm, ontleend aan het statistisch gemiddelde, als het aanpassen aan het burgersmansbestaan in de bestaande maatschappij. De toepassing kan leiden tot het krampachtig willen wegwerken van alle verschillen, tot een voorbijgaan aan de eigen aard van deze zwakzinnige mens. In dat geval wordt het normalisatieprincipe maar half toegepast. Het principe zegt: 'Zo gewoon mogelijk'. Aan het 'mogelijk' mag volgens van Gennep nooit worden voorbijgezien.

Verdunning – In een publicatie van Nieuw-Dennendal wordt het traditionele inrichtingsmilieu beschouwd als een 'monokultuur'. In

de plantenkunde zou monocultuur betekenen dat er op één stuk één plantensoort overheerst, één plant die alle andere heeft overwoerd. Een monocultuur kan alleen met kunstmatige middelen in stand gehouden worden, want anders overleeft hij zichzelf. Alternatieven voor de inrichtingsmonocultuur zijn 'normalisatie' of 'verdunding'. Nieuw-Dennendal vatte de term 'normalisatie' nogal extreem op. 'Normalisatie' zou betekenen de inrichting op te heffen. Kleine groepen pupillen en hun begeleiders verhuizen naar de stad om daar samen met de stad opnieuw te beginnen. In de bovengeciteerde definitie hoefde normalisatie niet te leiden tot het sluiten van de inrichtingen.

Volgens Nieuw-Dennendal betekent 'verdunding' de samenleving, de 'stad', naar de inrichting te halen om 'samen' een nieuwe samenleving te vestigen. Het doel hierbij is van de inrichting een plek te maken die zowel relationele mogelijkheden wil openen als mogelijkheden om nauwe verhoudingen aan te gaan met het gehele buitengebeuren (een fijne buurt, kennissen, winkels, de natuur, arbeid, etc. . . .). Verdunding kan gestalte krijgen door het aantrekken van niet-patiënten als bewoners op het terrein, door het gemeenschappelijk gebruik van voorzieningen als zwembad, bibliotheek, restaurant, vakantieterrein, etc.

Wat verdunding *niet* betekent spreekt duidelijk uit volgende passage: 'Dennendal zou een fijne buurt moeten worden. Wij verwachten van onze burens niet de mateloze bereidheid om elke dag 5 zwakzinnigen op het warm eten te hebben. Wij vragen niet aan onze burens om een dienst over te nemen als er eens een groepsleider zich plotseling ziek meldt. Onze burens hoeven zich niet verplicht te voelen dagelijks een wandelingetje te maken met een groep pupillen. Onze burens zullen heel aardige burens zijn. Ze doen gewoon de gordijnen dicht als ze gaan slapen. Maar ze groeten ons hartelijk als we ze tegenkomen. Ze schrikken niet als een zwakzinnige ze plotseling omhelst. Misschien kennen ze een paar zwakzinnigen wat beter, hebben ze een paar vriendschappelijke contacten. Af en toe ga je bij de burens op de koffie. Niet iedere dag, niet met z'n allen: gewoon zoals in een fijne buurt.'

Over de positieve effecten:

'Verdunding zou kunnen leiden tot een uitbreiding van de contacten tussen zwakzinnigen en niet-zwakzinnigen. Deze contacten variëren van een vluchtige ontmoeting of, nog eenvoudiger, het kijken naar activiteiten van anderen dan alleen zwakzinnigen of groepsleiders, via gezellige buurtcontacten naar mogelijke vriendschappen en vaste relaties. Op zich zou het al een prachtig resultaat zijn als het terrein zijn niet zo leuke en stimulerende karakter van stille zondagmiddag zou kwijt raken. Door de verdunding zullen veelvormigheid en afwisseling als onderdeel van het opvoedkundig klimaat voor de zwakzinnigen in de plaats komen van verarming en monocultuur.'

Het lijkt ons zinvol 'normalisatie' en 'verdunding' niet als elkaar uitsluitende doch als complementaire mogelijkheden te zien om het bestaand inrichtingsmilieu om te vormen tot een leefgemeen-

schap. De ideeën over 'normalisatie' en 'verduunning' uit de wakkenninzorg zijn bij het zoeken naar een alternatieve vormgeving van de psychiatrische inrichting zeker het overwegen waard.

Nieuwe woonvormen

De laatste jaren zijn enkele inrichtingen reeds gestart met of hebben plannen voor een grondige verbetering van de intramurale woonsituatie en het leefklimaat. Over de ervaringen in Wolfheze met het Sociotherapeutisch Centrum verwijzen wij naar ons artikel 'Wonen en hospitalisatie'. Inrichtingen te Wagenborgen, Munsterbilzen, Franeker en Noordwijkerhout zijn gevolgd. In andere worden nog plannen voorbereid. Onderstaande korte beschrijvingen werden ontleend aan de bestaande literatuur. Met enkele projecten konden wij persoonlijk kennismaken. Wij hebben getracht van ieder project enkele essentiële aspecten samen te vatten: achtergronden en ontstaan, architectonische vormgeving, bewoners, personeel, eventuele resultaten en toekomstplannen.

A. Het project 'Beschut Wonen' te Noordwijkerhout

Achtergronden en ontstaan – Naar aanleiding van een breed opgezet onderzoek naar de situatie van de 'chronische patiënt' in het psychiatrisch ziekenhuis 'St. Bavo' kwam men tot de conclusie dat een langdurig verblijf in een ziekenhuis, c.q. psychiatrische inrichting, schadelijk is en leidt tot 'hospitalisatie'. Het inrichtingsmilieu is vooral schadelijk voor kinderen, psychisch labiele personen en bejaarden.

Men meent de 'hospitalisatie' te kunnen voorkomen door:

- schaalverkleining;
- doorbreken van het isolement;
- toename van prikkel- en keuzemogelijkheid;
- opheffing van het autoritair systeem.

Ad Schaalverkleining:

- menselijke afmetingen:
 - woonkamers en slaapkamers;
 - groepsgrootte 8 - 12;
 - per gebouw hoogstens 4 groepen;
- geen massaliteit:
 - geen zalen;
 - geen overzichtelijkheid;
 - geen netheid en orde als doel;
 - geen groepen van 40 tot 80.

Ad Isolement doorbreken:

- psychologisch 'begeiden', niet bewaken;
- geografisch 'in eigen milieu', niet 'elders'.

Ad Toename van prikkel- en keuzemogelijkheden:

- vrijheid in het ongestoord functioneren;
- ondersteuning in het gestoord functioneren.

Ad Autoritair systeem opheffen:

- begeleiden in plaats van verzorgen;
- opvoeden in plaats van betuttelen;
- tolerant zijn in plaats van eisend;
- sociaal denken in plaats van medisch;
- conflicten hanteren in plaats van afweren.

Het project 'Beschut Wonen' wil de chronische patiënt een woonvorm bieden waarin ruimte is voor

- keuze-mogelijkheid;
- een menselijke maat;
- een eigen leefgebied;
- wisselende ontmoetingsruimtes;
- contact met de buitenwereld.

Er dient te worden gestreefd naar een milieu van

- saamhorigheid;
- medemenselijkheid;
- affectiviteit.

Bij de opzet van het project 'Beschut Wonen' werd rekening gehouden met de bewonerseisen. Hiertoe werd een enquête gehouden onder mogelijke toekomstige bewoners. 172 van de 350 chronische patiënten namen deel aan de enquête naar de woonwensen. Zij hadden een duidelijke mening over de door hen gewenste situatie:

17 % wenst de huidige situatie (ziekenhuis-accommodatie) te behouden;

62,2 % wenst te veranderen van huisvesting.

Meer dan de helft wenst verspreid in gewone huizen te wonen, de anderen wensen dichter bij de maatschappij te wonen. Men geeft de voorkeur aan een laagbouw-ééngezinswoning, met daarin een eigen zit-slaapkamer met ruimte voor stoel, bed, tafel, kast, zitje en wastafel. Men wenst te wonen met zijn vrienden die men nu al in St. Bavo heeft. Men kwam tot de conclusie dat er behoudens de bestaande discriminatie geen enkele reden is waarom psychisch gehandicapten niet in een alledaagse woning zouden kunnen wonen. De bewoners kiezen zelf voor een alledaagse ééngezinswoning in laagbouw.

Architectonische vormgeving - Gekozen werd voor een gewone laagbouw-ééngezinswoning. Wat de ligging betreft, zou worden gebouwd op het inrichtingsterrein grenzend aan het dorp. Bij de indeling en inrichting van de woning zal men uitgaan van de bewonersenquête. Bij de te bouwen groep woningen komen twee centrale gebouwen, namelijk

- een crisisinterventie-afdeling voor mensen die tijdelijk meer begeleiding nodig hebben;
- een resocialisatie-afdeling.

Bewoners - In dit project is woonruimte voor 300 van de 800 patiënten, 33 % van de populatie. Het is bestemd voor alle patiënten van de chronische sector die hiervoor in aanmerking wensen te komen.

St. Bavo is een inrichting voor mannelijke patiënten. De bewoners van dit project zullen aanvankelijk uitsluitend heren zijn. De meeste bewoners zijn van middelbare leeftijd. Men zal in principe komen te wonen met een groep die men nu al kent.

Op de afdelingen ergo- en bezigheidstherapie is men gestart met de voorbereiding op het wonen door middel van zelfstandigheidsprogramma's (A.D.L., koken, etc.).

Men onderscheidt drie soorten woongroepen:

- huizen met volledige zelfstandigheid;
- huizen met begeleiding;
- huizen met een groep, die 'echt therapie nodig heeft'.

De meeste bewoners bezoeken de afdelingen arbeids/ergotherapie, de bezigheidstherapie, of de werkplaatsen waar zowel industrieel als ambachtelijk werk kan worden verricht. Op de arbeids-ergotherapie-afdelingen werkt men zoveel mogelijk in groepen ook als voorbereiding op het wonen in groepen.

Personeel - Veel waarde wordt in dit project gehecht aan de mentaliteit en houding van het personeel.

Het personeel moet streven naar:

- 1 een houding, die zich richt op het begeleiden van de bewoners van de psychiatrische inrichting;
- 2 een houding, die vooral tot stand komt op basis van sociale overwegingen;
- 3 een democratische opstelling ten opzichte van elkaar en (waar mogelijk) ten opzichte van de bewoners van de psychiatrische inrichting;
- 4 een acceptatie van meerdere, wellicht afwijkende vormen van leven in de maatschappij.

B. De Inrichtingsvervangende Huizen te Wagenborgen

Achtergronden en ontstaan - De 'instituuftervangende tehuizen' zijn gericht op het langs methodische weg ontwikkelen van de individuele ontplooiingsmogelijkheden van de bewoners. Het doel hierbij is: een begeleid ontslag, dan wel het creëren van een permanent beschermende woonsituatie. Middelen hiertoe zijn:

- a het gebruik maken van leefgroepen;
- b het scheppen van een beschermde woon-leefsituatie, zonder het gevaar van overbescherming uit het oog te verliezen;
- c het vormen/scheppen van leer/trainingssituaties, waarbij men zich richt op de maatschappij als geheel;
- d het scheppen van ontwikkelingsmogelijkheden voor de categorie mensen die, op grond van psychische en/of sociale beperkingen, momenteel niet tot zelfstandig functioneren in staat zijn.

Voorwaarden hierbij zijn:

- bepaalde mate van zelfredzaamheid,
- bepaalde mate van persoonlijke geïntegreerdheid,
- behoefte tot verdere ontplooiing moet bij de betrokkene aanwezig zijn (motivatie);

- e het bevorderen van familie- en andere relaties;
- f groepswerkmethode;
- g individuele begeleiding;
- h samenwerking met instanties en/of personen in relatie tot de bewoner (therapieën, paviljoens, G.S.W., vormingscentrum).

De I.V.H.'s zijn in 1968 opgezet met als doel: door plaatsing van mensen in de huizen ruimte binnen de overbevolkte paviljoens te bieden, waardoor er daar meer groepsgericht gewerkt zou kunnen worden en er in termen van mogelijkheden en behandelingsplanning gedacht zou kunnen worden. Men kwam er echter na verloop van tijd achter, dat men wel mensen van het paviljoen naar de woonwijk geplaatst had, doch vergeten dat er nauwelijks enige aandacht was geschonken aan het feit dat de mensen jarenlang als patiënt benaderd werden, en nu als bewoner moesten functioneren.

Het *vormingscentrum* werd een belangrijke schakel bij de plaatsing van toekomstige bewoners in deze wijk.

Architectonische vormgeving – De huizen, twee onder één kap, liggen niet op hetzelfde terrein als de paviljoens maar aan de overkant van de weg. Ze vormen een wijkje dat uiterlijk bij het dorp aansluit met straatjes, tuintjes, geparkeerde auto's, etc. De wijk bestaat uit 20 woningen.

De huizen, die er fleurig uitzien, liggen langs enkele straatjes, gegroepeerd langs het vormingscentrum en de winkel. In de huizen vinden we op de benedenverdieping: de huiskamer, ingericht met stoffering en meubilair wat uitgezocht is door de bewoners. In de kamer een eethoek en zitgedeelte met T.V. en radio. De huiskamer heeft een open verbinding met de keuken, waarin alle normale huishoudelijke apparatuur aanwezig is. Daarachter een was-hok met wasmachine. De gangen van twee aan elkaar grenzende huizen zijn verbonden door middel van een deur.

Boven heeft ieder een eigen zit-slaapkamer, ingericht naar eigen idee, met eigen meubilair. In één van de huizen is één van de slaapkamers ingericht als kantoortje voor de groepsleiding. In elk huis is douche en toilet aanwezig.

De huizen zijn iets groter dan een normale ééngezinswoning. In elke woning kunnen max. 6 mensen wonen, in de meeste wonen er vier of vijf.

Bewoners – Er wonen nu in totaal 84 van de 533 patiënten, 16 % van de populatie. De gemiddelde leeftijd is 50 jaar, opnameduur gemiddeld 20 jaar. Er is een mannen- en een vrouwenkant in de wijk. Hierop zijn echter enige uitzonderingen: bijv. een huis waarin sinds kort een man en een vrouw samenwonen en daarin begeleid worden. Verder zijn er veel vriendschappen, zowel binnen één huis, als tussen de mannen- en de vrouwenkant. Men is hierin volkomen vrij. Ook is men vrij om thuis te komen en weg te gaan wanneer men wil, dit hoeft niet gevraagd, hoogstens meegedeeld te worden. De sfeer in de huizen is van dien aard, dat men vrij

veel met elkaar optrekt, in de huiskamer verblijft, of samen weggaat. Er is echter ook de vrijheid zich op de eigen kamer terug te trekken.

Wat medicijnen betreft worden de meeste bewoners vrijgelaten in het al dan niet gebruiken: men krijgt een hoeveelheid per week.

Verder wordt men uitgebreid geïnformeerd over de aard van de medicijnen die men inneemt.

De taakverdeling binnen de huizen is zo verdeeld dat ieder zorg draagt voor de eigen kamer. Daarnaast is meestal één van de bewoners aangesteld als huishouder(ster), soms is dit een bewoner van een ander huis. Deze taak houdt in dat men gemeenschappelijke ruimten schoonhoudt, de boodschappen doet in de winkel op het terrein, eten kookt, de was doet, en verdere bijkomstige huishoudelijke taken verzorgt.

De huishouder(ster) krijgt een bepaald huishoudgeld per week, te besteden in de zelfbedieningswinkel op het terrein (gesloten systeem). Men overweegt in de toekomst alle boodschappen in het dorp te doen.

De bewoners gaan overdag naar de afdelingen arbeidstherapie of bezigheidstherapie of naar de Sociale Werkplaats in Appingedam. De huishoudster en eventueel mensen die niet naar de werkplaats willen of kunnen, blijven thuis. Dit geldt vooral voor de oudere bewoners.

Het *vormingscentrum* neemt in de wijk een belangrijke plaats in. Het is een centraal gelegen gebouw met bibliotheek, vergaderzaal, verschillende leslokalen, kookgelegenheden en de winkel. Hier worden in de winter allerlei vormende cursussen gegeven waarop men vrijblijvend kan inschrijven in twee richtingen namelijk:

- leerkant: lezen, schrijven, rekenen, etc.;
- vaardighedenkant: hier een éénjarige cursus als voorbereiding op het wonen, daarna diverse vervolgcursussen mogelijk als: koken, naaien, omgaan met geld, etc.

Verder worden nog allerlei activiteiten gedaan, eventueel gestimuleerd, zoals naar de stad gaan, weekends en vakanties etc.

Personeel – Het huidige personeel bestaat uit 14 groepsleiders, voornamelijk mensen die de part-time opleiding sociale academie doen of gedaan hebben en enkele verpleegkundigen, binnenkort met enkele mensen uit te breiden. Verder 1 part-time medewerkster verstelwerkzaamheden, 1 medewerker voor administratieve en materiële zaken en G.S.W. contacten, 1 coördinator, en een huisarts die 2 keer per week spreekuur houdt.

Dit team functioneert horizontaal en vergadert regelmatig.

De groepsleiding heeft zijn taak als volgt omschreven:

De bewoners via begeleiding en stimulering, verantwoordelijk leren zijn voor: a. indeling woonhuis, b. onderhoud woonhuis, c. reparaties verhelpen, d. derden of vakman inroepen.

Resultaten en toekomstplannen – Men probeert, waar mogelijk, de contacten met de familie te bevorderen of te herstellen. De con-

tacten met het dorp zijn niet zo geweldig. Sinds het project van start is gegaan zijn de reacties van het conservatieve dorpje vrij negatief: men is bang voor de vrijheden en zelfstandigheid die de 'gekken' zouden krijgen. Hun bezwaren zijn nog eens aangedikt door een verslaggever van een bekend ochtendblad.

Men is van mening dat vrijwel alle bewoners hier veel beter functioneren wat betreft zelfstandigheid, initiatief, etc. dan ze in de paviljoens deden. Dit blijkt ook wel uit het feit dat verschillende 'chronische' patiënten van hieruit zijn teruggekeerd in de maatschappij.

De meeste bewoners hebben het in deze woonsituatie erg naar hun zin. Men wil binnenkort nog enige huizen bijbouwen en zich dan ook gaan richten op jongere bewoners en echtparen. Verder zal getracht worden in de toekomst een beter contact te bewerkstelligen tussen het vormingscentrum, de therapieën en de woonwijk onderling. Ook heeft men plannen om huizen buiten Wageningen, bijv. in Delfzijl te kopen als vervolg- en/of doorgangshuizen.

Wat betreft de bewoners wordt rekening gehouden met doorstroming naar bejaarden-, verzorgingstehuis of gezinsvervangend tehuis.

In de praktijk is dit al enkele malen voorgekomen.

C. Het Sociotherapeutisch Centrum te Munsterbilzen

Achtergronden en ontstaan – Het centrum werd in 1976 gestart met als doelstelling voor chronische patiënten een nieuw leefmilieu te creëren min of meer los van het bestaande ziekenhuis. Het gericht zijn op het bevorderen van zelfstandigheid en zelfwerkzaamheid stond hierbij centraal. Bij de voorbereiding van de plannen vond overleg plaats met het Sociotherapeutisch Centrum te Wolfheze. Enkele medewerkers van Munsterbilzen liepen toen ook in Wolfheze stage. Het centrum wordt beschouwd als een brug tussen de psychiatrische inrichting en de maatschappij.

Therapeutisch komt het accent te liggen op het milieu, de leefbaarheid van de kleine groepen met begeleiding van een psychiatrische verplegende.

Architectonische vormgeving – Het gehele project, gelegen aan de rand van de inrichting, bestaat uit twintig appartementen gegroepeerd in vijf lage flatgebouwen. In elk gebouw zijn vier appartementen ondergebracht.

Bewoners – Er wonen 120 patiënten, 21 % van de populatie, in de huizen.

Het betreft uitsluitend chronische vrouwelijke patiënten, hoofdzakelijk lijdende aan defect-schizofrenie. De gemiddelde leeftijd is 50 jaar. De bewoners wonen in groepen van zes per woning.

De bewoners zijn overdag werkzaam op de arbeidstherapie-afdelingen, in de beschutte werkplaatsen of in een bedrijf buiten de in-

richting. De bewoners staan zoveel mogelijk zelf in voor het onderhoud van hun woning: zelf koken, onderhoud van de leefruimtes, vrijetijdsbesteding, etc.

Personeel – De staf bestaat uit een psychiater, twee hoofdverpleegkundigen, een klinisch psycholoog en vier psychiatrische verpleegkundigen per groep van vier huizen, dus per vier groepen van zes patiënten. De taak van de psychiatrische verplegende ligt vooral in het begeleiden van de patiënten in de woongroepen. Veel aandacht krijgt de permanente vorming, de bijscholing van het personeel. Ook werd een onderwijzer aangetrokken voor vorming en onderricht van de bewoners. Een huishoudelijk medewerkster richt zich vooral op het begeleiden van huishoudelijke activiteiten.

Resultaten en toekomstplannen – Het merendeel van de patiënten toonde door het verblijf in de woningen na enige tijd grotere verantwoordelijkheidszin zowel voor zichzelf als voor het groepsgebeuren. Na één jaar experimenteren was de algemene indruk zeer positief. Veel patiënten kregen door deze nieuwe woonsituatie meer zicht op hun reële mogelijkheden.

Verdere plannen voor de toekomst waren o.a.:

- gemengde populatie, dit benadert meer de gezinssituatie;
- ook 'ontslag-kandidaten' in het centrum laten wonen;
- positieve motivatie aankweken bij overplaatsing vanuit andere afdelingen naar het centrum;
- het accent nog meer leggen op het stimuleren van de sociotherapeutische aspecten van de woongroep;
- aandacht besteden aan de sociotherapeutische training van de verpleegkundigen.

D. De projecten 'Lankwert' en 'Voorstraat' te Franeker

Achtergronden en ontstaan – Het psychiatrisch ziekenhuis Franeker heeft sinds 1974 verscheidene woonprojecten voor psychiatrische patiënten ontwikkeld: het woondorp 'Lankwert' op het terrein 'Groot Lankum' buiten de stad gelegen, enkele gerestaureerde boerderijen eveneens buiten de stad, en de gerestaureerde woningen in de Voorstraat in het centrum van Franeker.

Met alle projecten werd beoogd de bestaande massaliteit in de verpleegafdelingen te doorbreken en een meer humaan woonmilieu voor de opgenomen psychiatrische patiënten te creëren. Door deze meer zelfstandige vormen van wonen zou de zelfredzaamheid en de resocialisatie bevorderd worden. Ook het voorkomen van brandgevaar speelde bij het kiezen voor kleine, los van elkaar gebouwde units, een rol.

Architectonische vormgeving – 'Lankwert' bestaat uit een aantal huizen gegroepeerd rondom straatjes en een pleintje. Struiken, bomen, grasveld, straatlantaarns, etc. maken het geheel tot een

knusse woonwijk. In de Voorstraat werden oude panden, vroegere herenhuizen en winkelpanden, volledig gerestaureerd.

Bewoners – Er wonen 280 patiënten, ongeveer de helft van de inrichtingspopulatie, in de verschillende nieuwe woonvormen: in Lankwert 98, in de boerderij 16, en in de huizen in de Voorstraat 71.

In de opname- en vervolgbehandelafdelingen worden de bewoners op deze woonvormen door middel van enige training voorbereid. Weinig woongroepen zijn tot dusver gemengd naar sexe. Alhoewel de accommodatie aanwezig is koken de bewoners nog niet zelf.

Enkele kanttekeningen

Bovenstaande projecten zijn, hoe verschillend ook qua achtergrond, opzet en omvang, belangrijke stappen in de richting van alternatieve woonsituaties. Zowel nationaal als internationaal zijn deze projecten nog te zeldzaam. Alhoewel vaak gelegen op de grens van de inrichting zijn het toch alternatieve intramurale woonvormen. De ontwikkelingen binnen de verschillende échelons en de tendenzen tot regionalisatie maken de indeling in intra- en extramurale voorzieningen op den duur minder functioneel. Door de zgn. vermaatschappelijking van de psychiatrische inrichting wordt het scherpe onderscheid tussen het tweede en het derde échelon afgezwakt.

Toch is het t.a.v. de woonvoorzieningen voor psychiatrische patiënten om allerlei redenen belangrijk aan te geven of het een intra- of extramurale situatie betreft. Een behandelingssituatie is 'intramuraal' wanneer gelocaliseerd op of in de directe omgeving van de inrichting en wanneer alle aspecten van een volwaardige 24-uurs-opvang binnen de inrichting voor de patiënt toegankelijk zijn. Vormen van gezinsverpleging, pensiontehuizen, hostels of dépendances zijn meestal geografisch los van het inrichtingsterrein gesitueerd. Hun bewoners hebben een 24-uurs-opvang niet langer nodig. Het zijn m.a.w. complementaire extramurale voorzieningen. Het intramuraal 'laten wonen' van psychiatrische patiënten is nog niet zo vanzelfsprekend. In zijn voordracht 'Bauen, Wohnen, Denken' stelt Heidegger dat wij slechts tot bouwen in staat zijn wanneer wij kunnen wonen. Wij kunnen slechts bouwen voor psychiatrische patiënten wanneer wij een visie ontwikkelen op het 'laten wonen'. In het 'laten wonen' komt de tegenstelling tussen het ziekenhuis- en het woongemeenschapsmodel het scherpst tot uitdrukking.

'Laten wonen' heeft alles te maken met een niet-totalitaire, een non-reductieve benadering, met respect voor de eigenheid, de individualiteit, het gewone 'er zo maar te zijn' van iedere patiënt-bewoner. Voor dit respectvol benaderen van het wonen als onvoorwaardelijk 'tevreden voor en bij zichzelf zijn' laat de fanatische behandeldrift van de therapeuten meestal niet veel ruimte.

Laten wonen betekent ook een gewoon laten gedijen in het heden. Dit 'laten gedijen' is het basisklimaat waaruit in een therapeutische woongemeenschap de expliciet therapeutische en revaliderende momenten ontspringen. Wonen als 'onvoorwaardelijk er zijn' relativeert enigszins de blinde 'revalidatie'- en 'resocialisatie'-drang, onze hooggewaardeerde 'heersende' behandelingsmodellen.

Wij kunnen ons vaak niet aan de indruk onttrekken dat een aantal weerstanden tegen de therapeutische woongemeenschap samenhangen met het 'gewone' van deze situatie. Een kwalitatief hoogstaande behandeling wordt meestal geassocieerd met imposante gebouwen, een uitgebreid therapeutisch team, een ingewikkeld jargon, een aantal vastgeroeste klinische rituelen en voorzieningen, etc.

Joop Fennis, jarenlang werkzaam als orthopedagoog in een zwakzinnigeninstituut, heeft in zijn boek 'Het vuile schort' een aantal situaties geschilderd waaruit de potsierlijke statussymboliek van het 'ziekenhuismodel' spreekt. Het borstbeeld van een vroegere geneesheer-directeur, de marmeren trap, de constante temperatuur in het hypermoderne lab, de gestructureerde leefruimte-met-reliëfwerking voor de mongooltjes, betekenen vaak veel meer dan men zou vermoeden.

Veel zwaar zieke en gestoorde patiënten kunnen ertoe komen om met enig kunst- en vliegwerk in zeer gewone eengezinswoningen op het inrichtingsterrein zelf te wonen. Dit blijft voor sommige waarnemers ongeloofwaardig. Zij concluderen vrij simplistisch dat deze bewoners in feite geen intramurale opvang meer nodig zouden hebben en dus beter elders kunnen wonen of dat hun toestand deze woonsituatie eigenlijk niet toelaat. Voor een volwaardige klinische begeleiding op basis van een zo gewoon mogelijk woonmilieu ziet men voor de intramurale situatie nog geen mogelijkheden.

In alle nieuwe woonprojecten voor psychiatrische patiënten wordt het 'normalisatie-principe' enigszins gerealiseerd. Men heeft gestreefd naar een zo gewoon mogelijke woonsituatie.

'Verdunning' als de 'stad' naar de inrichting toehalen werd nog niet gerealiseerd. Wel tracht men in Noordwijkerhout en Franeker via wooneenheden de inrichtingspopulatie meer te integreren in de bestaande stedelijke kernen.

Nog enkele opmerkingen over normalisatie en verdunning. Normalisatie kan zo ver gaan dat het wonen een te permanent karakter krijgt en het hospitalisatiesyndroom in een nieuwe vorm laat ontwikkelen. De stelling dat het creëren van woonsituaties op het ziekenhuisterrein zelf het hospitalisatiesyndroom in de hand zou werken is door de ervaring tegengesproken. Normalisatie dient een zo gewoon *mogelijke* situatie te blijven. Wooncentra binnen de inrichtingen blijven ook therapeutische settings met alle voor- maar ook nadelen van dien. Nadelen als gebrek aan privacy ook in de kleine woongroepen, therapeutische druk, het odium van de inrichting, maken het meer zelfstandig zijn in de maatschappij

toch nog aantrekkelijker dan het inrichtingsverblijf.

Ook aan het verdunningsprincipe zoals door Nieuw-Dennendal voorgesteld kleven een aantal bezwaren: praktische bezwaren i.v.m. de selectie van de 'goede burens', het inrichtingssterrein kan ook voor de bewoners-buitenstaanders en hun gezinnen soms te belastend zijn, nieuwe bewoners raken op den duur ook ingekapseld, de gunstige effecten zijn waarschijnlijk van zeer tijdelijke aard, gewenning treedt snel op, etc. Tegen verdunning pleit ook het feit dat sommige patiënten recht hebben op en baat hebben bij de veiligheid, de tolerantie en de beschutting van een meer besloten woongebied.

Een goede buurt kan ook een te fijne, een te gesloten buurt worden met een te sterk sub-cultureel karakter waardoor reële revalidatie en resocialisatie steeds moeilijker wordt. Soortgelijke bezwaren gelden trouwens ten aanzien van therapeutische gemeenschappen en therapie-vormen die neigen tot het hanteren van wereldvreemde realiteitsprincipes.

In de toekomst blijven zowel complementaire extramurale als alternatieve intramurale woonvoorzieningen noodzakelijk. Door het huidige gebrek aan goede tussenvoorzieningen blijven nog te veel patiënten langer dan nodig in de inrichting hangen. Aan een tendens om nieuwe woonvormen uitsluitend extramuraal te situeren zijn nogal wat nadelen verbonden. De inrichtingssituatie blijft hierdoor gevangen in het 'ziekenhuismodel'. De architectonische vormgeving, het woon- en behandelingsklimaat dreigen dan intramuraal onveranderd te blijven. Meestal heeft een extramurale voorziening weinig invloed op het therapeutisch klimaat binnen de inrichting.

Nieuwe woonvormen hangen nog te veel samen met de zorg voor de chronische patiënt. Aan het gebruik van het begrip 'chronisch' zijn heel wat bezwaren verbonden. Nog afgezien van het feit dat een functionele definitie van de chroniciteit nog moet worden gegeven, roept het begrip in de dagelijkse praktijk te veel associaties op met de hopeloosheid en uitzichtloosheid van de behandelings-situatie. Associaties die het therapeutische klimaat zeer ongunstig beïnvloeden en voor patiënten en personeel te vaak fungeren als een zichzelf vervullende profetie. Hoe dan ook, het is een urgente zaak de mogelijkheid van nieuwe woonprojecten voor *alle* opgenomen psychiatrische patiënten grondig te onderzoeken.

Literatuur

- Bouw Nota 'Beschut Wonen'*, Psychiatrisch Centrum St. Bavo, Noordwijkerhout, 1975.
- Bouwplan-documentatie*, Woonareaal Psychiatrisch Ziekenhuizen, Nationaal Ziekenhuisinstituut, Utrecht, 1977.
- Drift, H. van der, *Het wonen en zijn (therapeutische) waarde*, De Tijdstroom, Lochem, 1975.
- Een Goede Buurt, Filosofie van de verdunning op Dennendal, Werkgroep Bouwen - Wonen van Nieuw-Dennendal, *Nieuwsschrift* nr. 5, 1974.
- Elens, P., Het Socio-therapeutisch Centrum te Munsterbilzen, *Jaaroverzicht*,

Munsterbilzen, 1976.

Elens, P., e.a., *Het Socio-therapeutisch Centrum*, Munsterbilzen, 1967.

Emmerik, J. van, Niet altijd faalt de psychiatrie, *N.R.C. Handelsblad*, 4-6-1977.

Eynde, I. E. I. M. van, Waar het om gaat, *Kultuurleven*, 39, 1972, p. 387-390.

Eynde, I. E. I. M. van, Antropologisch denken en psychiatrie, *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 18, 1976, pp. 592-610.

Eynde, I. E. I. M. van, Therapeutisch klimaat en sociotherapeutische praxis, *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 18, 1976, pp. 409-419.

Eynde, I. E. I. M. van, Wonen en hospitalisatie, *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 18, 1976, pp. 87-99.

Eynde, I. E. I. M. van, *Wegen naar een 'therapeutische leefgemeenschap' voor psychiatrische patiënten*, Wolfheze, 1977.

Fennis, J., *Het vuile schort*, Bedenkingen over zwakzinnigenzorg, Dekker & van de Vegt, Nijmegen, 1976.

Gennep, A. van, *Het recht van de zwakste*, Boom, Meppel, Amsterdam, 1976.

Heidegger, M., *Vorträge und Aufsätze*, Neske, Pfullingen, 1967.

Jaarverslag, Psychiatrisch Ziekenhuis Franeker, Franeker, 1975.

Ja wier, it is hiel oars wurden, *Van verzorging naar behandeling, van gesticht naar ziekenhuis*, Psychiatrisch Ziekenhuis Franeker, Franeker, 1976.

Merken, M., *Het Socio-therapeutisch Centrum, het ziekenhuis nu*, Scriptie V.G.V.B., Brussel, 1976.

Ree, F. van, Fout op de drempel, *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 4, 1976, pp. 244-246.

Rondom Dennendal, Uitgave Sjaloorn, de Vork 2, Odijk.

Schudel, W. J., *Opgenomen ... opgegeven?*, van Loghum Slaterus, Deventer, 1976.

Schulte, W., *Klinik der 'Anstalts'-Psychiatrie*, Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 1962.

Verhoog, A. W., Inrichtingsvervangende tehuizen, een socio-therapeutische gemeenschap, *Volksgezondheid*, vol. 25, no. 8/9, 1973, pp. 297-299, pp. 337-341.

Visiecommissie Psychiatrisch Centrum St. Bavo, *Rapport 'De chronische patiënt'*, Noordwijkerhout, 1973.

Visiecommissie Psychiatrisch Centrum St. Bavo, *Stellingen, voorstellen en tabellen over de chronische patiënt*, Noordwijkerhout, 1973.

Voorberg, R., Serree, V., *Hospitalisatie, Alternatieve Woonvormen*, Scriptie Ergotherapie, 1976.