

De illusie van inclusie

wonen en leven in de wijk

voor mensen met een psychiatrische aandoening

The illusion of inclusion

housing and living in the neighbourhood

for people with a psychiatric disorder



Onderzoek: De Illusie van Inclusie  
wonen en leven in de wijk  
voor mensen met een psychiatrische aandoening

Maya van der Lande  
4086120  
Msc 3/4 ExploreLab23 2016-2017

Onderzoeksdocent  
Cor Wagenaar

Ontwerpdocent  
Eireen Schreurs

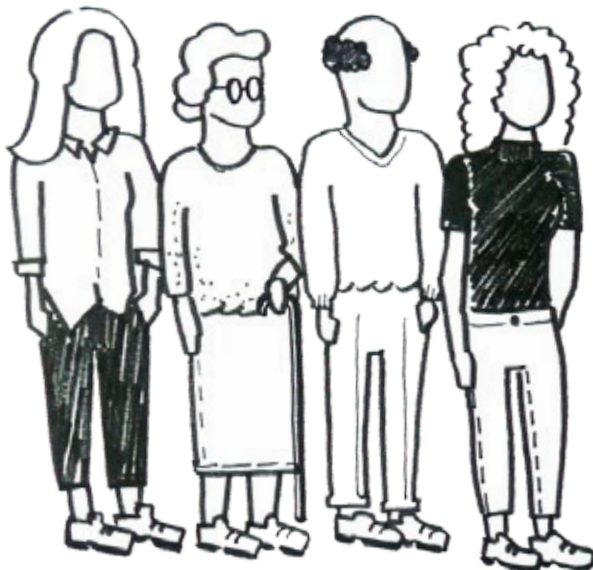
Bouwtechnologiedocent  
Hubert van der Meel



## **Inhoudsopgave**

	Voorwoord
	Preface
1	Inleiding
5	Aanleiding
9	Kwetsbare mensen met psychiatrische problematiek
11	Van 'Razende' naar 'Kwetsbare mens'
20	Onderzoeksthema's
21	Eenzaamheid en sociaal isolement
29	Stigmatisering in een niet geheel inclusieve samenleving
32	De wijk
41	Wonen
44	Best practices
45	28th Street Apartments, LA, USA
51	Casa Parana, NL
55	PVT Lorkens, B
61	Omnizorg, NL
65	Skaeve Huse, NL
67	Sugar Hill Developments, NY, USA
73	Best-practices: conclusies
80	Hoe te Wonen?
104	Architectonische Uitgangspunten
137	Bibliografie
140	Bronvermelding afbeeldingen

De bijlagen zijn te raadplegen op de bijgesloten CD



---

In mijn eigen omgeving is de psychiatrische aandoening geen vreemde. Mijn vader, Mark, heeft schizofrenie en daarbij tot voor kort te kampen gehad met een alcoholverslaving. Ook mijn in 2007 overleden oma Alice had schizofrenie, al trad dit pas in een latere fase van haar leven op. Goede vriendin Roos heeft sinds enkele jaren de diagnose manisch-depressie gekregen en verbleef enkele maanden met ups en downs in een instelling. Ik denk dat in ieders leven of in het leven van zijn naaste de psychiatrische aandoening aanwezig is, ook al behandelen we het onderwerp soms als een ver van ons bed show.

## Voorwoord

Dit onderzoek is bijbehorend bij het afstuderen aan de faculteit Bouwkunde van de TU Delft, specialisatie ExploreLab. Dit onderzoek vormt de basis voor het uiteindelijke ontwerp.

De keuze voor de afstudeerstudio van ExploreLab was voor mij een logische keuze, doordat dit momenteel de enige studio binnen bouwkunde is waar studenten zich op de zorg kunnen richten. Het afstuderen is voor mij een afsluiting van een periode waarin ik in theorie en oefening sinds enkele jaren bezig ben met de architectuur van de zorg. Het is ook het begin van een nieuwe periode waarin ik in de praktijk van de architectuur van de zorg aan de slag hoop te gaan.

Dit onderzoek staat in het teken van de veranderingen in het zorgstelsel in Nederland waardoor steeds meer mensen met een psychiatrische aandoening zelfstandig in de wijk zullen moeten wonen. Het onderwerp komt voort uit mijn fascinatie voor zowel psychiatrische zorg als voor architectuur. Niet alleen is de architectuur van de psychiatrische zorg een spiegel hoe wij als samenleving met hen omgaan die 'anders' zijn. Deze gebouwen zijn ook de plaatsen bij uitstek waar we als architecten kunnen bijdragen aan ondersteuning tot herstel van deze kwetsbare groep mensen.

## **Preface**

Vulnerable people with a psychiatric disorder are no longer staying in institutions outside of society, from now on they will live in the neighbourhood, in the so called 'inclusive society'. In reality, some challenges need to be overcome such as loneliness and social isolation while living independent, negative stereotyping and stigmatisation of people with psychiatric disorders, absence of the necessary safety nets of outpatient care, a lack of suitable low-cost rental housing and a society that is not entirely inclusive, resulting in, among others a high 'Not In My Backyard' attitude towards these people. This to be seen as the illusion of inclusion.

Psychiatric care has always been the sector that is influenced most directly by the conceptions of man and society. Again, psychiatric care will be influenced by societal, economic and social factors, and herewith also its built environment. The, politically driven, changing position and housing of vulnerable people causes society to increasingly come in touch with them. This requires an adjustment of both groups, on the one hand clients again have to 'learn' how to live and participate in society, on the other hand society has to make way for these people and accept that vulnerability is also a part of society. In this issue the neighbourhood and the house play an important role; these elements can support vulnerable people in their recovery and sense of safety and belonging.



This research aims to develop architectural principles to enable psychiatric patients to live independently within the neighbourhood. These architectural principles are developed by means of a literature review, best practices and interviews. From the literature review four research themes are distilled; loneliness and social isolation, stigmatisation in a not completely inclusive society, the neighbourhood and housing. These themes are the obstacles to overcome for independent living and will be researched socially as well as spatially. In literature about living independently with a psychiatric disorder not much has been written about actual architectural elements. However, some important conclusions could already be made. Superficial contact in the neighbourhood, such as in the dog park, is helpful to people when stepping into the role of citizen again and out of the role of patient. Also, the contact with peers is important for people when living independent. One of the conclusions that could be made from the best practices is that public facilities seem to be an ingredient for integration. These facilities are mostly made visible from outside the building, accessible for the public.

The interviews were held with mental health care institutions as well as with patients by means of a boardgame developed by me, named 'How To Live?'. The game is a board on which the players place four types of wooden blocks: the vulnerable resident with a psychiatric disorder, the 'normal' resident, care and public functions. Through the literature research some hypotheses could be made, which will be presented to the players. The game is a way to be able to talk about this socially engaged subject in a spatial way. The most striking outcome is that it is of importance for people to be able to live with peers and share facilities with them. Patients themselves stressed the importance, while care institutions thought more from the vision of the participation society where people have to live on their own in the neighbourhood. The position of the house in the neighbourhood is of importance, it's preferably situated in a calm area with the presence of facilities and care nearby. Houses could be situated around a garden, courtyard or small square to enhance social contact. The house itself should be simple and legible, with space for living, however not so much that it enhanced cluttering and stimuli. These and other architectural principles are presented in the final pages of these research.

## Inleiding

Kwetsbare mensen met psychiatrische problematiek verblijven voortaan niet meer in zorginstelling buiten de samenleving maar wonen in de wijk, in de zogenaamde 'inclusieve samenleving'. In de praktijk zijn hiervoor nog wel wat 'uitdagingen' te overwinnen zoals eenzaamheid en een sociaal isolement bij het zelfstandig wonen, negatieve beeldvorming en stigmatisering van mensen met een psychiatrische aandoening, de afwezigheid van de noodzakelijke vangnetten van ambulante zorg, een tekort aan geschikte goedkope huurwoningen en een samenleving die niet geheel inclusief is.

De psychiatrie is altijd al de sector geweest die het meest direct door de opvattingen over mens en maatschappij wordt beïnvloedt<sup>1</sup>. Wederom zal de psychiatrie door de maatschappelijke-, economische- en sociale factoren beïnvloedt worden, en hiermee ook de gebouwde omgeving van de psychiatrie. De al dan niet gestuurde veranderende positie en woonlocatie van kwetsbare mensen zorgt ervoor dat de samenleving meer met hen te maken zal krijgen. Voor beide groepen vergt dit een aanpassing, enerzijds moeten cliënten weer 'leren' wonen en deelnemen aan de samenleving, anderzijds moet de samenleving deze mensen hier de ruimte voor geven en kunnen accepteren dat kwetsbaarheid ook een deel is van een samenleving.

1. Mens, 2010, p. 161

Door de urgentie van het wonen van verschillende kwetsbare groepen in de samenleving wordt in toenemende mate over dit onderwerp gepubliceerd. In combinatie met architectuur verschijnen er vooral publicaties over het wonen van ouderen en asielzoekers. Publicaties over de gebouwde omgeving van de psychiatrische cliënt beperken zich veelal tot observaties van het huidige wonen in instellingen. De wijk en de woning spelen echter een grote rol om psychiatrische cliënten in staat te stellen hier zelfstandig te wonen, deze kunnen hen ondersteunen in herstel en een gevoel van veiligheid en verbondenheid bieden. Hier ligt dan ook een ontwerpopgave om het zelfstandig wonen van mensen met een psychiatrische problematiek in de wijk mogelijk te maken.

Dit onderzoek tracht door literatuurstudie, best practices, veldonderzoek en interviews inzicht te geven in de vraag:

“Welke architectonische uitgangspunten kunnen helpen de wijk en de woning vorm te geven zodat kwetsbare mensen met een psychiatrische aandoening zelfstandig kunnen wonen?”

Aan de hoofdvraag liggen enkele deelvragen ten grondslag:

- “Wat zijn de tendensen die de gebouwde omgeving van de psychiatrie in de loop der tijd hebben beïnvloedt?”
- “Wat ligt er aan de thema’s ten grondslag die de ‘inclusieve samenleving’ nog niet helemaal mogelijk maken en hoe zijn deze verbonden of te verbinden aan architectuur?”
- “Hoe wordt het zelfstandig wonen door zowel cliënten zelf als door de zorginstanties gezien en vormgegeven?”
- “Wat zijn eerdere voorbeelden van de architectonische vormgeving van woonvormen voor mensen met een psychiatrische aandoening?”

De relevantie van het onderwerp is reeds kort toegelicht, in het hoofdstuk 'Aanleiding' wordt dit verder uitgediept. De problematiek wordt hier met name vanuit het politieke kader beschreven. Zo wordt de transitie van de Nederlandse verzorgingsstaat naar de participatiesamenleving beschreven, waaruit onder andere de Wmo, de Participatiewet, is voortgekomen. Deze wet beoogt participatie en zelfredzaamheid, wat voor kwetsbare groepen niet altijd is op te brengen.

Binnen de kwetsbare groepen richt dit onderzoek zich specifiek op kwetsbare mensen met psychiatrische problematiek die zelfstandig in de wijk (gaan) wonen. Een deel van deze mensen woont momenteel nog in een Begeleide of Beschermd woonvorm of verblijft nog in de Maatschappelijke Opvang. Wie dit precies zijn, wordt duidelijk in het hoofdstuk 'Kwetsbare mensen met psychiatrische problematiek'.

Het denken over kwetsbare mensen met psychiatrische problematiek en hun plek in de samenleving heeft de gebouwen waarin zij woonden of verbleven sterk beïnvloedt. In de laatste honderd jaar is dit denken op te delen in enkele paradigmatische veranderingen. In het hoofdstuk 'Van 'Razende' naar 'Kwetsbare Mensen' worden de paradigma's toegelicht met de bijbehorende veranderingen in de architectuur.

Aan de hand van vier onderzoeksthema's wordt de problematiek die komt kijken bij het zelfstandig wonen vanuit het sociale, maatschappelijke en architectonische kader beschreven. Het 'Onderzoeksthema: Eenzaamheid en sociaal isolement' gaat in op de dynamiek die ten grondslag ligt aan de eenzaamheid en het sociaal isolement bij mensen met een psychiatrische aandoening. Het 'Onderzoeksthema: Stigmatisering in een niet geheel inclusieve samenleving' gaat in op het gegeven dat onze samenleving helemaal niet zo inclusief is voor mensen met een aandoening. Het 'Onderzoeksthema: De wijk' gaat dieper in op de rol die de wijk kan vervullen voor mensen met psychiatrische problematiek. De wijk kan mensen een gevoel van acceptatie, veiligheid en vertrouwdheid bieden. Het 'Onderzoeksthema: Wonen' tracht inzicht te geven in de vormgeving van de woning en de positionering in de wijk. Het gevoelsmatige verschil tussen het veilige thuis en de onveilige buitenwereld komt hier ook aan bod.

In het hoofdstuk 'Best practices' worden zes projecten van wonen voor mensen met psychiatrische problematiek beschreven en daarna onderling vergeleken op aan de hand van verschillende thema's. Hierin is een tendens te zien naar normalisatie en lijken openbare voorzieningen de sleutel tot integratie.

In het hoofdstuk 'Hoe te Wonen?' komen de gehouden interviews aan bod. De interviews zijn gehouden aan de hand van een door mij ontworpen spel, welke ook toegelicht wordt. Er zijn verschillende interviews uitgevoerd met vier zorginstanties, één cliënt en een combinatiegesprek met één cliënt en twee ambulante begeleiders. De transcripties van deze gesprekken zijn bijgesloten in de CD in de koft van de hardcopy van het onderzoek.

Het laatste hoofdstuk staat in het teken van de onderzoeksconclusies. De conclusies worden kort samengevat en vervolgens vertaald naar architectonische uitgangspunten. Deze architectonische uitgangspunten kunnen vervolgens als basis dienen voor het ontwerp, maar kunnen ook externen, zoals architecten en beleidsvormers, tot hulp zijn.

## Aanleiding

Nederland ondergaat een transitie. Voorheen was Nederland een verzorgingsstaat, waarin de overheid de verantwoordelijkheid droeg voor de zorg. Tegenwoordig stuurt de overheid aan op een participatiesamenleving met een verschuiving van de verantwoordelijkheden naar de gemeenten, zorgverzekeraars en de burger zelf. De verwachting van een grotere deelname aan de samenleving geldt ook voor kwetsbare burgers. Deze kwetsbare burgers, ouderen en mensen met een beperking, moeten in staat gesteld worden zo lang mogelijk thuis te blijven wonen en te kunnen participeren in de maatschappij<sup>1</sup>. De zorg moet naar de cliënten komen, in plaats van de cliënten naar de zorg, oftewel een instelling, toe. Dit proces heet in de ouderenzorg ‘extramuralisering’, in de geestelijke gezondheidszorg wordt dit proces ‘ambulantisering’, ‘beddenafbouw’ of ‘vermaatschappelijking van de zorg’ genoemd.

1. Graaff, 2016, p. 12

Het begrip vermaatschappelijking niet nieuw in de geestelijke gezondheidszorg. Al in de jaren zestig en zeventig is er vanuit de maatschappij en vanuit patiënten zelf toenemende kritiek op de gevestigde orde en instituties die te weinig democratisch en te autoritair zouden zijn, en op de welvaartsstaat in het algemeen. In de psychiatrie liep deze kritiek het hoogst op, de psychiatrie zou te geïnstitutionaliseerd zijn en had tot doel onaangepaste burgers uit de maatschappij te weren<sup>2</sup>. Het geheel van veranderingen die noodzakelijk zijn om het mogelijk te maken dat mensen met beperkingen van lichamelijke, verstandelijke en/of psychiatrische aard, chronisch zieken en kwetsbare ouderen zelfstandig kunnen wonen en aan de samenleving deel kunnen nemen, wordt de ‘vermaatschappelijking’ genoemd. Ruimtelijke gevolgen hiervan zijn zichtbaar in zelfstandige woonvormen in de wijk, woonzorgprojecten en gebiedsgerichte aanpakken, zoals woonservicegebieden<sup>3</sup>.

2. Verheij, 2014, p. 22-23

en Mens, 2010, p. 161

3. Lucas, 2016, p. 7

De vermaatschappelijking speelt dus al langer, de wet- en regelgeving is pas recenter gewijzigd. Hieruit voortkomend is de slogan “Nederland verandert, de zorg verandert mee” waarmee de overheid de burger inlicht over de veranderingen in het zorgstelsel. Per 1 januari 2015 is de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) grotendeels opgegaan in de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en de Zorgverzekeringswet. Het restant van de AWBZ is opgegaan in de Wet Langdurige Zorg (Wlz). Een van de belangrijkste redenen hiervoor was de nodige reductie van de overheidsuitgaven.

4. Verplanke, 2010, p. 141
5. Van Gijzel, 2016
6. Verplanke, 2010 en Kwekkeboom, 2009 in: Van Gijzel, 2016, p. 5

De Wmo wordt ook wel de participatiewet genoemd. 'Meedoen in de samenleving' is als maatschappelijk doel van de wet gesteld. Dit betekent dat de burger zelf verantwoordelijk is voor zijn zelfredzaamheid en participatie in de samenleving. Door aan te spreken op de eigen verantwoordelijkheid wil de regering de aanspraak op de professionele zorg en dienstverlening beperken. 'Niet leunen maar steunen', is het letterlijke motto van de wet<sup>4</sup>. Mensen moeten eerst hun problemen zelf proberen op te lossen. Eventueel kunnen zij hulp vragen aan mantelzorgers, een beroep doen op hun sociale netwerk of op vrijwilligers. Als dat allemaal niet lukt kunnen ze pas een beroep doen op de lokale overheid, de gemeenten. Gemeenten moeten kwetsbare mensen gericht ondersteunen in het zelfstandig wonen en bij het uitvoeren van algemene dagelijkse levensverrichtingen en het ontmoeten van anderen zodat zij in hun eigen leefomgeving kunnen blijven wonen en blijven meedoen in de maatschappij<sup>5</sup>. Naast het zelfstandig wonen van kwetsbare mensen wordt ook van hen dus ook zelfredzaamheid en participatie verwacht, wat voor hen niet altijd op te brengen is. Eenzaamheid en een sociaal isolement komt daardoor bij hen dan ook vaker voor<sup>6</sup>.

7. Kooistra, 2016, p.26
8. Kooistra, 2016, p.36
9. Kooistra, 2016
10. Polderman, 2016

Een onderdeel van de Wmo is het scheiden van wonen en zorg. Mensen met een lichte zorgvraag kunnen voortaan niet meer in een (geestelijke gezondheids)zorginstelling verblijven maar wonen zelfstandig. Mensen die nu in een Begeleide of Beschermd Woonvorm wonen kunnen hier ofwel blijven door een transformatie van het pand naar individuele woningen, of zij moeten zelfstandig in een 'losse' woning in de wijk gaan wonen<sup>7</sup>. Door de doorstroming van mensen naar een zelfstandige woning is er een verhoging van de vraagdruk op de sociale huurwoningvoorraad. Deze druk neemt toe doordat er een gebrek is aan de woningen die deze mensen zoeken; één- en tweekamer sociale huurwoningen<sup>8</sup>. Wanneer deze goedkopere huurwoningen wel aanwezig zijn, bevinden deze zich vaak in sociaal zwakkere wijken en in dezelfde complexen. Hoewel dit enerzijds hulp bieden vergemakkelijkt, steun geeft en eenzaamheid kan voorkomen, kan het ook een toename van problemen in een toch al zwakke wijk veroorzaken. Dit zijn problemen als geen of slechter contact tussen buurtbewoners, afnemende sociale cohesie, sociale onrust, slechtere leefbaarheid en verloedering<sup>9</sup>. Wijkbewoners zitten ook niet altijd te wachten op de komst van mensen met een psychische aandoening in hun wijk. Hoewel mensen vaak voor het opnemen van deze mensen in de samenleving zijn, is hier toch een heel hoog 'Not In My Backyard' gehalte<sup>10</sup>.

Onder de Wet Langdurige Zorg zijn GGZ zorgindicaties 1 en 2 afgeschaft per 2013. Er vielen 5.100 mensen onder zorgindicatie 1 en 2. Dat de indicatie niet meer aanwezig is, wil niet zeggen dat deze mensen en hun problematiek opeens verdwenen zijn. Begin 2015 verschenen er dan ook vele berichten in de media over 'verwarde personen op straat'. In september 2015 werd door Minister Ard van der Steur (VenJ), minister Edith Schippers (VWS) en Jantine Kriens (VNG) het 'Aanjaagteam verwarde personen' aangesteld. Dit team heeft in de zomer van 2016 het plan van aanpak 'Doorpakken!' gepresenteerd, met hierin bouwstenen voor de aanpak voor verwarde personen. Verwarde personen zijn echter geen nieuwe fenomeen. Tussen 2011 en 2015 zijn het aantal incidenten met verwarde personen landelijk met vijftenzestig procent gestegen. Zo waren er in 2011 40.000 meldingen, tot bijna 66.000 in 2015. Over de oorzaak zijn de meningen over verdeeld maar velen wijzen naar de ambulantisering. Tegen deze verklaring in blijkt uit een recentelijk verschenen rapport van het Trimbos-instituut<sup>11</sup>. dat er uiteindelijk maar bij een kwart tot een derde van de meldingen sprake is van een vermoeden van psychische problematiek. Gevolg van deze eerdere aanname is wel dat sinds twee jaar de term 'verwarde personen' een begrip geworden is in de politiek, de media en beleid. Daarbij is ook deze term voor vele verweven met het zijn van psychiatrisch patiënt. Oftewel, verwardheid staat gelijk aan het hebben van een psychiatrische aandoening, staat gelijk aan gevaarlijk. Deze negatieve beeldvorming vergroot het stigma waar deze mensen toch al vaak mee te maken hebben en maakt het voor hen moeilijker zoals ieder ander in de wijk te wonen en deel te nemen aan het sociale leven.



12. Kwekkeboom, 2009 in:  
Van Gijzel, 2016, p. 19  
13. College voor de Rechten  
van de Mens, 2016

In de inclusieve samenleving doen alle burgers mee en dragen zij zelf verantwoordelijkheid. Hierbij is er ook de verwachting dat een deel van de ondersteuning van onder andere kwetsbare mensen wordt opgepakt door weerbare of draagkrachtige burgers die zich actief inzetten voor de samenleving<sup>12</sup>. In landen als Australië, Nieuw Zeeland en de Scandinavische landen is er al langer sprake van een goedwerkende inclusieve samenleving. In Nederland wordt in verschillende media de vraag gesteld of onze samenleving hier al klaar voor is, waarbij factoren als de verregaande individualisering, de geschiedenis van de zorg en de inrichting van onze samenleving een rol spelen. Nederland was dan ook een van de laatste landen in Europa die het Verdrag inzake de rechten van personen met een handicap in werking stelde. Dit Verdrag biedt handvaten op de positie van mensen met een beperking te verbeteren<sup>13</sup>. Misschien zijn we het ‘verleerd’ mensen die anders zijn dan de norm in ons midden te hebben.

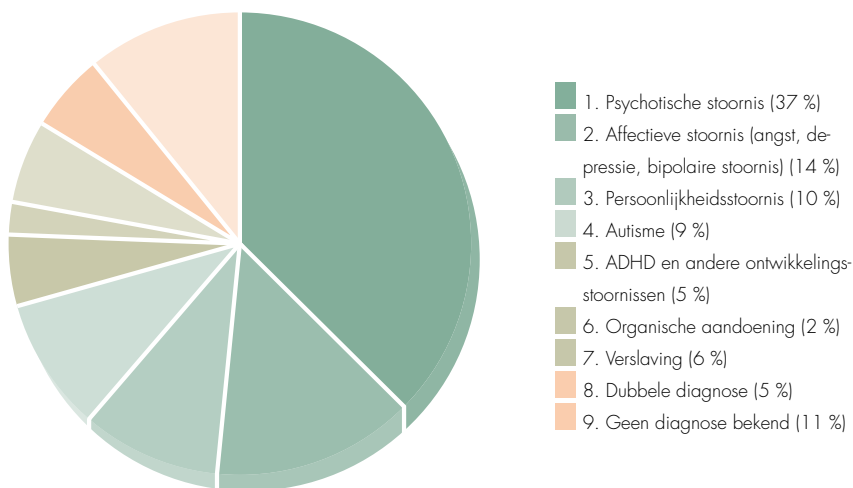
Concluderend kan gesteld worden dat de al dan niet gestuurde inclusieve samenleving in de praktijk voor nogal wat uitdagingen staat. “Ontwerp is een vorm van politiek”, om met Wouter van Stiphout te spreken. De wijk en de woning spelen een grote rol voor het zelfstandig kunnen wonen van psychiatrische cliënten en geven zo wellicht een aanzet naar een inclusievere samenleving. Om mensen zelfstandig te kunnen laten wonen kunnen wijken anders uitgerust worden, zoals met ontmoetingsplekken, dagbesteding, 24/7 professionele bereikbaarheid en inloop/opvang. Voor de woning zelf zijn ook architectonische uitgangspunten van belang, zoals de mate van clustering van de doelgroep. Hier ligt dan ook een ontwerpopgave om het zelfstandig wonen van mensen met een psychiatrische problematiek in de wijk mogelijk te maken. Deze opgave wordt in dit onderzoek verkend.

## Kwetsbare mensen met psychiatrische problematiek

De vermaatschappelijking houdt in dat mensen die moeite hebben met zelfredzaamheid nu ook zullen moeten gaan meedoen in de samenleving en hier actief in deelnemen doordat zij niet meer in instellingen verblijven maar zelfstandig in de wijk wonen. Dit onderzoek richt zich binnen de groep van mensen die moeite hebben met zelfredzaamheid specifiek op kwetsbare mensen met psychiatrische problematiek die zelfstandig in de wijk (gaan) wonen. Een deel van deze mensen woont momenteel nog in een Begeleide of Beschermd woonvorm of verblijft nog in de Maatschappelijke Opvang. Deze twee groepen worden in diverse onderzoeken maar ook in de formulering van beleid door gemeenten in samenhang bekeken.

De mensen die nu in een Beschermd Woonvorm wonen hebben verschillende psychische aandoeningen, de hoofddiagnose van de meesten van hen luidt een Psychotische stoornis, weergegeven in onderstaand schema (schema 1). Door de Toekomst Beschermd Wonen commissie van VNG, ofwel de commissie Dannenberg, is er een visie ontwikkeld op het Beschermd wonen. Deze visie stelt dat van de 10.000 mensen die nu Begeleid of Beschermd Wonen, ongeveer 6.600 mensen zelfstandig kan gaan wonen. Hoewel zij moeite hebben met zelfredzaamheid stelt de commissie dat ook zij in de inclusieve samenleving een plek dienen te krijgen<sup>1</sup>.

1. Kooistra, 2016, p. 23



Schema 1: het scala aan psychische aandoeningen van bewoners van Begeleid of Beschermd Wonen

De groep mensen die nu nog in de Maatschappelijke Opvang verblijft, heeft vaak een combinatie van verschillende problemen, zoals geweldsproblematiek, schulden, opvoedproblematiek, psychiatrische-, somatische- en/of verslavingsproblematiek. Hierdoor moeten of dreigen ze (gedwongen) hun thuissituatie verlaten. Net zoals bij de eerste groep speelt het voor hen een rol dat het steeds moeilijker is zich staande te houden en mee te kunnen draaien in een steeds complexer wordende samenleving. Deze groep bestaat uit landelijk ongeveer 70.000 mensen. Zij vallen niet allemaal onder de doelgroep van dit onderzoek door de verscheidenheid van mensen binnen deze groep. Het kan namelijk gaan om dak- en thuislozen, zorgmijders, mensen met een psychische crisis maar ook om mensen in de schulden of vrouwenopvang.

Niet alle kwetsbare mensen met psychiatrische problematiek die zelfstandig in de wijk (gaan) wonen kunnen in één van deze twee groepen geplaatst worden. Het gaat ook om mensen zijn die nu nog in een Geestelijke Gezondheidszorginstelling verblijven en door beddenafbouw hier niet meer kunnen blijven of mensen die momenteel al zelfstandig in de wijk wonen. De gemeenschappelijke deler is dat zij allen te kampen hebben met psychiatrische problematiek.

Psychiatrische problematiek betekent dat het dagelijkse leven van mensen verstoord wordt door hun stoornis. De problematiek ontstaat meestal voor het 30e levensjaar en heeft zeer uiteenlopende ziektebeelden als schizofrenie, borderline, manisch-depressie etcetera. De sociale zelfredzaamheid en het functioneren worden aangetast door de aandoening en veroorzaakt soms ook probleemgedrag. De sociale zelfredzaamheid is kleiner doordat het voor deze mensen vaak moeilijker is sociale contacten te leggen en te onderhouden en de directe naasten zijn vaak al zwaar belast. Sommigen hebben meervoudige problematiek. Dit betekent dat er naast hun chronische psychische problemen ook lichamelijke problemen en/of verslavingsproblematiek spelen.

2. Lucas, 2016, p. 9 en  
Kooistra, 2016, p. 36

Door de psychiatrische problematiek wordt tegenwoordig gesproken over 'kwetsbare burgers'. Velen hebben een specifieke behoefte van zorg en wonen. Vertrouwen en overzichtelijkheid zijn belangrijk, in de continuïteit van begeleiding maar ook in zaken als de grootte van de woning<sup>2</sup>.

1950  
komst psychofarmaca



Paviljoensysteem  
St. Vogelzang, Duinoord



Sanatorium  
Noorder-Sanatorium, Drennoord

1950 tot jaren '70  
defect of medisch religieuze paradigma



Psychotherapeutische gemeenschap  
De Viersprong, Halsteren

jaren '70 en '80  
ontwikkelingsgerichte paradigma

buiten de stad in de natuur

jaren '90 tot heden  
burgerschaps- of ondersteuningsparadigma



Beschermde woonvormen  
Fasehuis Het Fundament, Capelle aan den IJssel



Kleinschalige GGZ  
PCA, Amsterdam



Reguliere woning in de wijk  
Beschermd wonen Heemraadsingel, Rotterdam

in de stad



## Van 'Razende' naar 'Kwetsbare mens'

1. 2000 in Moonen, 2015,  
p. 26

2. Kwekkeboom, 2006,  
p. 20

De psychiatrie beweegt mee op maatschappelijke-, sociale- en economische tendensen. Het denken over mensen met psychiatrische stoornissen en hun plek in de samenleving heeft de gebouwen waarin zij woonden of verbleven sterk beïnvloedt. Hoogleraar pedagogiek Ad van Genneep<sup>1</sup> stelde vast dat de verandering in denken enkele fundamentele veranderingen kent in de laatste honderd jaar. Deze veranderingen zijn in te delen in paradigmatische veranderingen. Hoewel Van Genneep deze in eerste instantie opstelde voor de positie van mensen met een verstandelijke beperking vond deze indeling veel bijval in de geestelijke gezondheidszorg en de ouderenzorg. In al deze sectoren staat het vraagstuk over het deelnemen aan de samenleving centraal<sup>2</sup>.

3. Christenhusz, 2008,  
p. 17 en Laufer, Laffey,  
Davidson, 1974 in Verheij,  
2014, p. 37

De paradigmatische indeling start vanaf ongeveer de jaren vijftig van de twintigste eeuw. De revolutionaire intrede van de psychofarmaca in deze periode maakte een einde aan de onhandelbare, 'razende' patiënten. Vanaf de negentiende eeuw tot aan de jaren vijftig van de twintigste eeuw bestond de 'behandeling' uit meestal niet meer dan opvang, bescherming en bevoogding. Dit hield een combinatie van fysieke en morele beïnvloeding in, in de vorm van kruidenthee, bedrust, medicijnen en arbeid<sup>3</sup>. Aan de natuur wordt een geneeskrachtige werking toegeschreven. Veel krankzinnigengestichten staan buiten de stad in de natuur en tewerkstelling vormt een onderdeel van de behandeling.

Het defectparadigma, ofwel het medisch-religieuze paradigma, was van toepassing tot medio de jaren zestig van de negentiende eeuw. Dit paradigma doet zijn intrede met de komst van de psychofarmaca. Ook de verzorgingsstaat speelt een rol, met het ideaal van de maakbare samenleving met de overheid als regisseur<sup>4</sup>. Mensen met een psychiatrische aandoening zijn 'patiënten' en de nadruk in het denken ligt op de beperkingen van de patiënt. Goede zorg is nodig en moet gegeven worden in een instituut. Patiënten zijn niet geïntegreerd in de samenleving<sup>5</sup>.

- 4. Mens, 2003, p. 245
- 5. Moonen, 2015, p. 26

Een veel voorkomende typologie in deze periode is het paviljoensysteem. Het paviljoentype deed zijn intrede in de tweede helft van de negentiende eeuw en kon lang blijven bestaan doordat in de psychiatrie de techniek een ondergeschikte rol speelt en er geen centraal gelegen zware medische voorzieningen waren. Onder andere door nieuwe therapeutische inzichten nam de differentiatie tussen de paviljoens onderling wel toe<sup>6</sup>. Het bouwen volgens het paviljoensysteem bood voordelen; deze konden optimaal worden ingepast in de natuur, het was makkelijker om een fysieke scheiding tussen verschillende categorieën en klasse patiënten te realiseren, de opdeling zorgde voor grote overzichtelijkheid binnen het paviljoen en het gaf veel mogelijkheden tot uitbreiding<sup>7</sup>. Patiënten woonden samen met een huisvader en moeder in deze paviljoens, samen vormden ze een 'gezin' in deze periode is er een sterke maatschappelijke wens om het burgerlijk leven te reguleren en moraliseren<sup>8</sup>.

- 6. Mens, 2010, p. 47
- 7. Mens, 2010, p. 22
- 8. Mens, 2010, p. 51

Een andere typologie is het sanatoria, bedoeld voor de geesteszieke 'zenuwlijders'. Zenuwlijders waren vooral welgestelde stedelingen, die volgens de toen geldende opvatting anders waren dan de krankzinnigen doordat zij geen gevaar vormden voor de maatschappij en zich bewust waren van hun problematiek<sup>9</sup>. Sanatoria waren relatief luxe gebouwen in een natuurlijke omgeving, meestal gebouwd bij bestaande gestichten<sup>10</sup>.

- 9. Mens, 2010, p. 26
- 10. Mens, 2010, p. 57



- 11. Moonen, 2015, p. 26
- 12. Christenhusz, 2008, p. 19
- 13. Verheij, 2014, p. 22-23
- 14. Mens, 2010, p. 173

In de jaren zeventig en tachtig is het ontwikkelingsgerichte paradigma van toepassing. Hier ontstond een tweedeling in de zorg: sommige mensen hadden mogelijkheden, soms met wat training, om zich een plek in de samenleving te verwerven, andere mensen hadden meer beperkingen en bleven in de instellingen achter<sup>11</sup>. In de jaren zeventig kwam de antipsychiatrie op. De antipsychiatrie wees de psychiatrie niet af, zoals de naam suggereert, maar benaderde deze wel zeer kritisch<sup>12</sup>. Vanuit de samenleving neemt de kritiek op de gevestigde orde en instituties toe, die te weinig democratisch en te autoritair zouden zijn. Dit valt samen met een toenemende kritiek op de welvaartsstaat in het algemeen<sup>13</sup>. In deze periode staat dehospitalisering, schaalverkleining en de poging de grens tussen normaal en abnormaal op te heffen centraal<sup>14</sup>.

- 15. Mens, 2010, p. 170
- 16. Christenhusz, 2008, p. 20
- 17. Mens, 2003, p. 201
- 18. Mens, 2003, p. 246-247

Onder de invloed van de de-institutionalisatie werden in de jaren zeventig kleinschalige gemeenschappen gebouwd waar het wonen centraal stond. De intrede van allerlei vormen van psychotherapie en systeemtherapie in de behandeling zorgde ook voor een schaalverkleining, deze therapieën waren namelijk het best gebaat bij kleine groepen<sup>15</sup>. Op verschillende plaatsen ontstonden ‘psychotherapeutische gemeenschappen’, wat later de therapeutische gemeenschap of het therapeutisch milieu is genoemd. Hier woonden ‘bewoners’ in plaats van ‘patiënten’ die in gelijkwaardig verhouding met de hulpverleners stonden<sup>16</sup>. In elk plan werd wel een gemeenschapscentrum, ontmoetingsplek of sociale ruimte ontworpen. In het midden van de jaren tachtig bleek dat de patiënten in woongroepen een sterke onderlinge afhankelijkheid ontwikkelden, waardoor hun verblijf telkens gerekt werd. Het ‘Bostonmodel’ werd geïntroduceerd, wat inhield dat behandeling en wonen fysiek van elkaar gescheiden werden<sup>17</sup>. Voor woongroepen wordt het onderscheid naar leeftijd, naar de aard van de aandoening en de duur van de behandeling bepalend<sup>18</sup>.

- 19. Mens, 2010, p. 170

Om schaalverkleining tot stand te brengen was de bestaande huisvesting, ook bij de paviljoens, vaak te groot. In de jaren zeventig waren oplossingen hiervoor sloop en nieuwbouw en het kleinschaligheid-in-grootschaligheid principe, wat grotere gebouwen gaf die vervolgens weer veel kritiek kregen<sup>19</sup>. Onder invloed van de economische crisis werden de regels van het College van Ziekenhuisvoorzieningen voor het bouwen van psychiatrische ziekenhuizen strenger en kwam er een einde aan de sloop en nieuwbouw. De kleinschaligheid-in-grootschaligheid resulteerde in min of meer op zichzelf staande woonvoorzieningen bij of in de psychiatrische ziekenhuizen.

Mensen met een psychiatrische aandoening krijgen in deze periode steeds meer een plek in de maatschappij. De klinische behandeling schakelt om naar steeds meer ambulante of poliklinische behandeling. Wanneer mensen toch niet volledig in staat waren tot 'resocialisatie' ontstaat in de vorm van 'beschermde woonvormen'. De eerste Regionale Instelling voor Beschermde Woonvormen (RIBW) ontstaat in 1980 in Apeldoorn en bloeit vanaf 1989 overal op. Deze woonvoorzieningen worden zoveel mogelijk in de stad of nieuwbouwwijken geïntegreerd. De klassieke inrichtingen buiten de stad verloren hierdoor soms hun functie geheel of gedeeltelijk<sup>20</sup>.

20. Mens, 2003, p. 259, p. 200

In de jaren negentig ontstaat mede onder invloed van de burgerrechtenbeweging het burgerschaps- of ondersteuningsparadigma<sup>21</sup>. De nadruk ligt op menselijke waardigheid en kwaliteit van bestaan. De oorzaak en het verloop van psychiatrische stoornissen wordt beter begrepen. Diagnoses en behandeling zijn steeds meer gebaseerd op onderzochte, uniforme en als effectief bewezen methoden<sup>22</sup>. Mensen met een psychiatrische aandoening hoeven niet 'klaargestoomd' te worden om een plek in de samenleving te mogen innemen. Zij maken al deel uit van de samenleving en kunnen wanneer dit nodig is ondersteuning vragen aan anderen in die samenleving of aan instituties. In de behandeling staat het leren omgaan met een stoornis die vaak de rest van het leven zal blijven centraal. Dit denken heeft er toe geleid dat er in de wet- en regelgeving meer aandacht is voor mensen met een beperking, zoals te zien in de totstandkoming van de Wmo2015. Ook de vermaatschappelijking en geïndividualiseerde zorg komen hieruit voort.

21. Van Genneep, 1997 in Moonen, 2015, p. 26-27  
22. Christenhusz, 2008, p. 22

Rond 1990 ontstaat de Multi Functionele Eenheid (MFE) voor kortdurende en ambulante geestelijke gezondheidszorg, deze instellingen probeerden ambulante, klinische en poliklinische zorg te integreren. De MFE's hadden een voorkeur voor een locatie op of nabij het terrein van een algemeen ziekenhuis. Ook werd het woongedeelte zo 'normaal' mogelijk vormgegeven. De architectuur van de MFE's wil volgens Mens<sup>23</sup> daadwerkelijk bijdragen aan het functioneren van deze instellingen. Inmiddels zijn de multifunctionele eenheden en kleinschalige, geestelijke gezondheidscentra in de reguliere samenleving geïntegreerd en streven er in hun architectuur naar de patiënten een leefomgeving te bieden die nauwelijks afwijkt van wat er in de steden of nieuwe stadswijken gebruikelijk is<sup>24</sup>.

23. 2010, p. 240  
24. Mens, 2010, p. 288

25. Mens, 2010, p. 235

26. Mens, 2010, p. 239

27. Mens, 2003

De verschuiving van de psychiatrie van de terreinen in bossen en duinen naar kleinschalige voorzieningen in de stad<sup>25</sup> zet zich door in de jaren negentig. In de psychiatrische ziekenhuizen blijven slechts zwaar hulpbehoevende chronische psychiatrische patiënten achter en groepen die buiten de inrichtingen niet onder te brengen waren, soms werden deze ook naar andere inrichtingen overgebracht<sup>26</sup>. In de recente tijd vind er een herwaardering plaats van de leegstaande terreinen van psychiatrische ziekenhuizen. Deze terreinen zijn vaak omgevormd aan de hand een van de drie mogelijke strategieën. De eerste is de onttrekking van de functie. De tweede is het ombouwen en het op deze manier vormen van gedeïnstitutionaliseerde, kleinschalige voorzieningen. De laatste is het behoud van de functie als psychiatrisch ziekenhuis voor patiënten die specialistische zorg nodig hebben. Voor sommige patiëntgroepen blijft het noodzakelijk opgenomen te blijven en voor andere heeft het hun eigen voorkeur. Bij de laatste twee strategieën wordt regelmatig de patiënt gemengd met de gezonde bevolking op deze terreinen<sup>27</sup>.

De verschuiving van het wonen van de bossen naar de steden zet zich door in de tegenwoordige tijd. Het wordt door de politiek beoogd dat er een afbouw plaatsvindt van beschermde en begeleide woonvormen. Mensen moeten zelfstandig in de wijk wonen en de zorg komt voortaan naar hen toe, in plaats van andersom. In het hoofdstuk 'Best practices' zijn enkele voorbeeld typologieën te vinden voor het tegenwoordige wonen in de wijk.



## **Onderzoeksthema's**

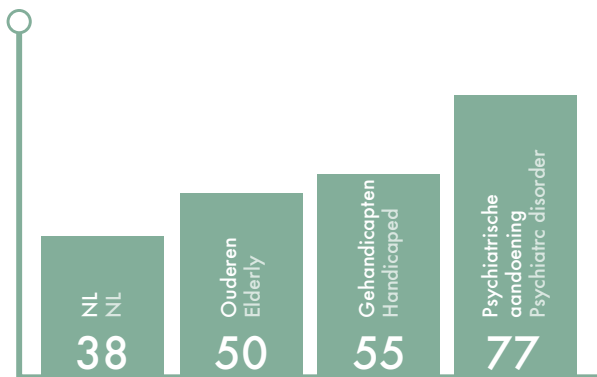
---

In dit hoofdstuk wordt aan de hand van vier onderzoeksthema's de problematiek die komt kijken bij het zelfstandig wonen vanuit het sociale, maatschappelijke en architectonische kader beschreven. Het 'Eenzaamheid en sociaal isolement' gaat in op de dynamiek die ten grondslag ligt aan de eenzaamheid en het sociaal isolement bij mensen met een psychiatrische aandoening. Het 'Stigmatisering in een niet geheel inclusieve samenleving' gaat in op het gegeven dat onze samenleving helemaal niet zo inclusief is voor mensen met een aandoening. Het 'De wijk' gaat dieper in op de rol die de wijk kan vervullen voor mensen met psychiatrische problematiek. De wijk kan mensen een gevoel van acceptatie, veiligheid en vertrouwdheid bieden. Het 'Wonen' tracht inzicht te geven in de vormgeving van de woning en de positionering in de wijk. Het gevoelsmatige verschil tussen het veilige thuis en de onveilige buitenwereld komt hier ook aan bod.

## Eenzaamheid en sociaal isolement

Wanneer kwetsbare groepen zelfstandig gaan wonen krijgen zij veel meer met eenzaamheid te maken dan de meesten van ons. De percentages van eenzaamheid onder deze groepen blijken uit meerdere onderzoeken schrikbarend hoog te liggen. Zo voelt zevenenzeventig procent (!) van de mensen met een langdurige psychiatrische aandoening zich regelmatig eenzaam (afbeelding E1). Of mensen wel of niet zelfstandig wonen heeft eigenlijk weinig samenhang met de ervaren eenzaamheid. Ook in een instelling, in een groep mensen, kan je je alleen voelen. Eenzaamheid heeft met de menselijke behoefte aan erkenning, het gevoel om nodig te zijn en ertoe te doen te maken. Vanuit de Wmo is het de bedoeling dat mensen met een hulpvraag deze hulp steeds meer krijgen uit hun directe en indirecte omgeving. Voor veel kwetsbare groepen brengt dit moeilijkheden met zich mee, hun sociale netwerk is over het algemeen veel kleiner, en het aangaan en onderhouden van deze contacten is moeilijker. Buurten en wijkbewoners willen op hun beurt wel hulp en ondersteuning bieden, maar onder voorwaarden en bij voorkeur aan mensen die men al kent<sup>1</sup>. De participatie en zelfredzaamheid die van deze groep mensen wordt verwacht, kunnen zij lang niet altijd opbrengen. Eenzaamheid en een sociaal isolement komt daardoor bij hen dan ook vaker voor<sup>2</sup> Onderstaand onderzoeksthema zal ingaan op de dynamiek die ten grondslag ligt aan de eenzaamheid en het sociale isolement bij mensen met een psychiatrische aandoening.

1. Kwekkeboom, 2006, p. 91
2. Verplanke, 2010 en Kwekkeboom, 2009 in: Van Gijzel, 2016, p. 5



E1. Eenzaamheid onder verschillende groepen Nederlanders in percentages

3. Mauss, 1990; Komter, 2003 in Bredewold, 2014, p. 173
4. 2014
5. Govaart, 2000 in Bredewold, 2014, p. 33
6. Gerlauff, 1997 in Bredewold, 2014, p. 33
7. Lu, 1992 in Bredewold, 2014, p. 33-34

De basis van contact tussen mensen is de uitwisseling van materiële of immateriële goederen<sup>3</sup>. Door Bredewold<sup>4</sup> is er een analysekader ontwikkeld waarin de verschillende mogelijke vormen van contact tussen kwetsbare burgers en 'normale' burgers is weergegeven (afbeelding E2). Mensen met een beperking hebben lange tijd vooral in de positie van 'ontvanger' verkeerd. Dit komt voort uit het oorspronkelijke idee van liefdadigheid; "ik doe iets goeds voor een minderbedeelde ander zonder dat ik hiervoor iets terugverwacht"<sup>5</sup>. Hierdoor ontstaan eenzijdige afhankelijkheidsrelaties. Hulp vragen komt gepaard met de onderliggende opvatting van onze cultuur dat dit hetzelfde is als onvermogen tonen<sup>6</sup>; het is in strijd met het ideaalbeeld van de zelfredzame burger. Het vragen van hulp roept voor kwetsbare mensen gevoelens van schaamte, schuld en afhankelijkheid op<sup>7</sup>, die zij logischerwijs liever ontwijken.

	Geven Giving	Ontvangen Receiving
Geven Giving	Wederkerigheid Reciprocity	Uitbuiting Exploitation
Ontvangen Receiving	Liefdadigheid Charity	Geen contact No contact

E2. Type interacties tussen burgers (op basis van Bredewold, 2014)

8. Bredewold, 2014, p. 178

Soms verkeren kwetsbare mensen in het grootste deel van hun sociale contacten in de positie van ontvanger waardoor zij het gevoel krijgen niet uit de rol van 'patiënt' te kunnen stappen. Hun gevoel van eigenwaarde kan hierdoor laag worden en omslaan in een gevoel van helemaal niets kunnen of te bieden hebben. Mensen met een beperking kunnen hierdoor afwachtend en passief worden, en verwachten dat de ander alles voor hen oplost<sup>8</sup>. In die zin kunnen wij als samenleving mensen ook institutionaliseren, dat gebeurt niet alleen binnen het instituut.

De meeste burgers met een psychiatrische aandoening hebben met andere burgers een relatie van ofwel geen contact, ofwel liefdadigheid. Om een relatie van wederkerigheid te krijgen, moeten beide partijen kunnen geven in contact. Geven geeft mensen het gevoel dat ze nodig zijn en dat zij iets te bieden hebben. Op dat moment kunnen mensen uit hun rol van 'patiënt' stappen en een 'rol' vervullen in de samenleving. Deze contacten komen het meest voor in de vorm van oppervlakkig contact op straat, waar mensen elkaar groeten en een praatje met elkaar maken<sup>9</sup>. De openbare ruimte leent zich goed voor deze oppervlakkige contacten; de hondenuitlaatplaats, de straat of de (buurt)winkel. Oppervlakkige contacten hebben een zekere lichtheid en mensen hoeven niet aan teveel ingewikkelde sociale codes te voldoen. Ook in de buurt gelden sociale 'regels' die prettig lijken te zijn voor beiden, namelijk het houden van een gepaste afstand en het niet met elkaars privé domein bemoeien<sup>10</sup>.

9. Bredewold, 2014, p. 177

10. Blokland, 2005 en Jager-Vreugdenhil, 2012 in Bredewold, 2014, p. 177

Sociale contacten bestaan voor mensen met een psychiatrische aandoening vooral uit contacten met hun familie, de persoonlijke begeleider en lotgenoten. Dit zijn de belangrijkste contacten en dit zijn vaak ook de mensen van wie ze steun krijgen en hulp vragen. Door de psychiatrische problemen is het contact met familie soms verstoord of zelfs niet meer aanwezig. Een aandoening werkt niet alleen belastend voor mensen zelf maar ook voor hun omgeving. De familiäre rol is vaak overgegaan in een zorgrol die op een gegeven moment de familieleden te zwaar belast. De band met de persoonlijk begeleider kan soms voor teleurstellingen zorgen doordat het besef er is dat de begeleider een zorgrol voor hen vervult, maar toch een belangrijke emotionele rol voor mensen vervult. Vaak hebben mensen ook wel een of meer contacten met vrienden of kennissen. Ook bij vrienden kunnen mensen terecht voor emotionele steun en opvang, in mindere mate voor hulp.



11. Verplanke, 2010, p. 96 Lotgenoten contact is voor veel psychiatrische cliënten heel belangrijk. Voor sommigen zijn dit soms de enige contacten die ze op een dag hebben. Zij ontmoeten hen vooral bij het dagactiviteiten- of inloopcentrum voor mensen met een psychische aandoening en vinden bij hen gelijkgestemdheid en vriendschap. Dit betekent niet automatisch dat dit voor alle cliënten belangrijk is. Sommigen gaan liever niet met lotgenoten om omdat zij belastend kunnen werken en hen confronteren met het eigen ziektebeeld<sup>11</sup>. Soms hebben mensen ook het gevoel dat ze gestigmatiseerd worden wanneer ze met lotgenoten optrekken.
12. Kwekkeboom, 2006, p. 92 Een huisdier is een aanleiding tot sociaal contact. Zo zorgt een hond ervoor dat mensen drie keer per dag naar buiten gaan en vaak een klein praatje maken. Veel mensen met psychiatrische problematiek blijken dan ook huisdieren te hebben: vogels, konijnen, honden of katten. Dieren kunnen helpen met het omgaan met de eigen problemen en zijn voor sommigen zelfs een reden om in leven te blijven<sup>12</sup>.



OME



Een zinvolle dagbesteding kan gevoelens van eenzaamheid verlagen. Door het hebben van werk worden makkelijker informele contacten of praatjes gemaakt en heeft de dag een invulling. Uit vrijwel elk onderzoek komt naar voren dat chronische psychiatrische patiënten niet of nauwelijks een baan hebben, ook vinden zij moeilijker een baan<sup>13</sup>. Van de Nederlandse beroepsbevolking heeft ongeveer zeventig procent een baan, tegenover ongeveer een vijfde van mensen met psychiatrische problematiek<sup>14</sup>. Vrijwilligerswerk wordt een stuk vaker gedaan, gemiddeld negen uur per week voor bijvoorbeeld een school, sportvereniging of kerk/moskee. Het moeilijk kunnen vinden van werk heeft niets te maken met het opleidingsniveau, dat wijkt namelijk niet af van de Nederlandse bevolking<sup>15</sup>. Vaak werkten mensen ook voordat zij psychische problemen kregen, het behouden van de baan was daarna niet meer mogelijk. Het niet hebben van gestructureerde dagactiviteiten heeft vaak veel met de aandoening te maken en mensen lijken dit ook niet altijd vervelend te vinden. Soms zijn mensen er nog niet aan toe, gaan ze liever hun eigen gang of zijn ze, zoals al eerder beschreven, de hele dag bezig met de eigen problematiek<sup>16</sup>. Door de psychiatrische aandoening worden mensen gevoeliger voor druk. Dit betekent bijvoorbeeld dat bij een toename van druk de psychose, waarvoor een grote gevoeligheid is, kan opspelen. Ook kan het door medicijngebruik gebeuren dan mensen passief worden en/of zich afgevlakt voelen en hierdoor geen actief leven kunnen leiden<sup>17</sup>.

Over het algemeen hebben mensen met een beperking minder geld te besteden. Hierdoor is er minder ruimte om geld te besteden aan activiteiten buitenshuis<sup>18</sup>. Overwegend vinden mensen dat ze het prima voor elkaar hebben en ze 'niet mogen mopperen'. Toch zijn de voor de meeste van ons normale activiteiten zoals een vakantie, bioscoopbezoek en zelfs een kopje koffie op een terras voor hen onbereikbaar. Dit staat in een bepaald opzicht het deelnemen aan de samenleving in de weg<sup>19</sup>. Overigens betekent het hebben van activiteiten niet automatisch het ontwikkelen van vriendschappen. Mensen zelf kunnen hier nog weleens teleurgesteld van raken<sup>20</sup>. Activiteiten kunnen in dat opzicht het best bekeken worden als een mogelijkheid tot kleine informele contacten, die ervoor zorgen dat mensen zich minder eenzaam voelen.

13. Kwekkeboom, 2006, p. 22, 86 en Place, 2014, p. 2

14. Meulenkamp, 2013 in Place, 2014, p. 2

15. Kwekkeboom, 2006, p. 85

16. Kwekkeboom, 2006, p. 88 en Verplanke, 2010, p. 92

17. Verplanke, 2010, p. 93

18. Kwekkeboom, 2006, p. 22

19. Kwekkeboom, 2006, p. 89

20. Kwekkeboom, 2006, p. 101



Still uit de documentaire 'Harry, Tiny en Sonja' door regisseur Maartje Nevejan

21. Verplanke, 2010, p. 82 Het hebben van weinig financiële middelen is ook een van de redenen waarom weinigen lid zijn van een vereniging of sportclub, samen met de reden dat sommigen een slechte conditie hebben door hun ziekte of medicijngebruik<sup>21</sup>. Een deel van de mensen onderneemt regelmatig een activiteit buitenshuis zoals zwemmen, fietsen, wandelen, vissen en biljarten. Daar tegenover staat dat een groot deel dat dus niet heeft, het gaat om ongeveer de helft van de mensen<sup>22</sup>. Sporten heeft effect op psychische aandoeningen; het herstel verloopt sneller door sporten. Het positieve effect van sport is het beste te zien bij mensen met een angststoornis.
22. Verplanke, 2010, p. 82

## Stigmatisering in een niet geheel inclusieve samenleving

In de wijk leven met een beperking betekent regelmatig dat mensen worden betiteld als ‘anders’ en hierdoor al snel met stigmatisering te maken krijgen. Stigmatisering heeft verschillende redenen. Ten eerste ervaren mensen met psychiatrische problematiek nog steeds stigmatisering en vooroordelen in het dagelijks leven. Hoewel het hebben van een psychiatrische aandoening steeds minder als taboe wordt gezien, is de acceptatie hiervan als iets wat bij of in de samenleving hoort nog niet zo. Zelf merk ik ook nog regelmatig een schrikreactie bij anderen wanneer ik vertel dat mijn vader schizofrenie heeft. Patiënten zelf zijn in de loop van de tijd wel steeds mondiger geworden en meer opgekomen voor hun acceptatie. Zo is op 23 november j.l. het platform ‘Wij Zijn Mind’ gelanceerd door minister Schippers ter voorkoming van psychische problemen en ter ondersteuning van mensen die hiermee te maken hebben. Ten tweede belemmert een afwijkend uiterlijk of slechte lichamelijke verzorging het wederzijdse contact tussen mensen met en zonder een aandoening. Ten derde werkt het tumult rondom ‘verwarde personen op straat’ niet mee aan het verlagen van stigmatisering. Als laatste is een tweede vorm van stigmatisering, namelijk het zelfstigma. Dit betekent dat mensen met een beperking soms een gebrek aan zelfvertrouwen en eigenwaarde hebben, gepaard met schaamte over hun aandoening. Door de angst op de mogelijke reactie van anderen op hun psychische problemen worden minder activiteiten genomen of isoleren mensen zich soms zelfs<sup>1</sup>. Zo bestaan er twee werelden, de wereld van de mens zonder een beperking en de wereld van de mens met een beperking<sup>2</sup>. Dit onderzoeksthema gaat in op het gegeven dat onze samenleving helemaal niet zo inclusief is voor mensen met een aandoening.

1. Place, 2014, p. 2 en Bredewold, 2014, p. 176
2. Bredewold, 2014, p. 176

Rechterpagina:

Stills uit de documentaire ‘Harry, Tiny en Sonja’ door regisseur Maartje Nevejan  
Na dertig jaar gewoond te hebben in een instelling voor Beschermd Wonen in Capelle aan den IJssel van Pameijer wonen Harry, Tiny en Sonja nu zelfstandig in een 55+ complex in een gewone woonwijk. Harry en Tiny eten mee met het gezamenlijke eten van het complex in buurtrestaurant de Viool.



De ideologie van de inclusieve samenleving deed in de jaren zeventig en tachtig zijn intrede samen met het pleidooi voor een verandering van de maatschappij. Hieruit ontstaat in de jaren negentig het burgerschaps- of ondersteuningsparadigma. Mensen met een psychiatrische aandoening hoeven niet 'klaargestoomd' te worden om een plek in de samenleving te mogen innemen<sup>3</sup>. Het is de taak van de samenleving van mensen zonder beperkingen ruimte te maken voor mensen met een beperking, en voor hen een volwaardig burgerschap mogelijk te maken. Het discours van het burgerschapsparadigma is dat door de nadruk op 'volwaardig' te leggen het bijzondere van de betrokkenen uit het oog wordt verloren en vervangen wordt door eisen, waar zij nou eenmaal niet aan kunnen voldoen<sup>4</sup>. Hoewel het burgerschapsparadigma dus staat voor volwaardig burgerschap wordt tegelijkertijd de uitsluiting van mensen gecreëerd.

3. Van Gennep, 1997 in Moonen, 2015, p. 26-27
4. Roovers, 2004 in Kwekkeboom, 2006, p. 21

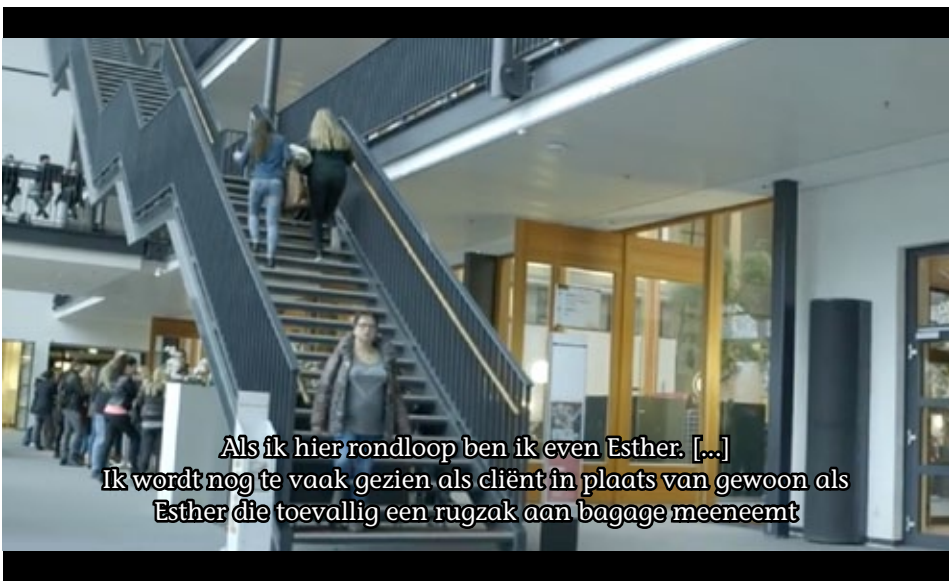
De gedachte van de inclusieve samenleving is vertaald in het wonen in de 'gewone' woonwijk, met de integratie zou het dan vanzelf wel goed komen. Er is in minder mate gedacht vanuit de woning en de wijk<sup>5</sup>. Zelfstandig wonen is voor mensen met een beperking gewenst, het geeft hen vrijheid en zelfstandigheid, maar het is ook regelmatig moeilijk en eenzaam en wijkt in vele opzichten nog wel af. Uit zelfstandig wonen vloeit niet automatisch een zinvolle dagbesteding, nieuwe contacten en burenzorg voort<sup>6</sup>. Het is voor hen moeilijker zoals ieder ander in de wijk te wonen en te leven. Aan psychiatrische patiënten blijft spijtig genoeg een hoge 'Not In My Backyard' factor kleven. De straat en de buurt zijn niet de zachte, ontvangende, inclusieve samenleving zoals wellicht verwacht was.

5. Verplanke, 2010, p. 9
6. Verplanke, 2010, p. 137

Misschien is de inclusieve samenleving voor kwetsbare mensen ook niet per se het doel wat zij nastreven. Voor hen is de kwaliteit van hun contacten met hun vrienden en familie en het leren 'copen' met hun aandoening van groter belang<sup>7</sup>. Maar, het zelfstandig wonen van kwetsbare mensen in de wijk is niet alleen goed voor henzelf. De samenleving wordt er ook milder en zachter van<sup>8</sup>. Richard Sennett beschrijft in 'The Spaces of Democracy'<sup>9</sup> hoe ieder individu de ervaring om uitgedaagd te worden door anderen om psychologisch en ethisch te groeien nodig heeft. Mensen ontwikkelen zich psychologisch door het ritme van desoriëntatie en herstel. Ethische, pijnlijke en oncomfortabele ontmoetingen met zij die anders zijn, zijn de enige manieren waarop een individu bescheidenheid kan ontwikkelen.

7. Kwekkeboom, 2006, p. 130
8. Tonkens, 1999 in Verplanke, 2010, p. 9
9. Sennett, 1998, p. 22





Stills uit de documentaire 'Ik Ben...' door Kwartiermakers Elten-Leur. Een documentaire over het leven met een psychiatrische aandoening. De levens van Esther, Kim en Hans worden in beeld gebracht. Hans praat over zijn werk en missie als Kwartiermaker, mensen vriendelijker en bewuster de psychiatrische patiënt tegemoet te laten treden. Esther praat over haar werk als docentcoach voor de studenten en docenten van de minor GGz.

## De wijk

Het huidige discours over mensen met psychiatrische problematiek heeft tegenwoordig vooral als uitgangspunt een zo groot mogelijke maatschappelijke participatie en integratie van deze mensen; zij moeten weer ‘meedoen’ met de samenleving. De uitwerking ligt in het behoud of het herstel van de zelfstandige leefsituatie<sup>1</sup>. Maar of de wijk echt bijdraagt aan de maatschappelijke participatie en integratie is niet direct te zeggen. Het lijkt alsof mensen met psychiatrische problematiek minder naar buiten zijn gericht en de buurt waarin hun huis staat een minder groter rol speelt. Hiervoor zijn enkele verklaringen. Allereerst is de hervonden autonomie van het zelfstandig wonen voor velen het belangrijkste<sup>2</sup>. De doorstroming naar zelfstandige woningen verloopt niet vloeiend doordat er een tekort aan goedkope huurwoningen is op de woningmarkt<sup>3</sup>. Na lang wachten op een zelfstandige woning is de autonomie zo’n vooruitzicht dat de wijk in mindere mate van belang wordt. Ten tweede hebben mensen vaak niet veel contacten in de buurt en wonen hier vrij anoniem<sup>4</sup>. Meer dan een groet of een praatje op straat lijkt het contact niet te zijn. Vervelend vinden ze dat zelf niet, de vrijheid en anonimiteit lijken zij wel op prijs te stellen<sup>5</sup>, zoals ook naar voren komt in het voorgaande onderzoeksthema ‘eenzaamheid en sociale isolatie’. Degenen voor wie de aandoening minder op de voorgrond staat lijken meer contacten in de buurt te hebben<sup>6</sup>. Als derde maakt het waarschijnlijk uit dat de zorg mensen vooral in hun woning helpt, en minder met het bekend maken van mensen in de wijk. Zo stelt de RMO<sup>7</sup> dat je de bewoner wel uit de instelling kan halen maar de instelling niet uit de bewoner. Voor patiënten is er wel een groot gevoelsmatig verschil tussen het verblijf in een instelling en het zelfstandig wonen. In instellingen is het geborgen en kunnen ze zijn wie ze zijn. Sommige patiënten ervaren een hoge druk bij het ‘zo gewoon mogelijk’ wonen in de buurt dat zij liever een aparte plek, buiten de samenleving hebben<sup>8</sup>. In onderstaand onderzoeksthema zal er dieper worden ingegaan op de rol die de wijk kan vervullen voor mensen met psychiatrische problematiek.

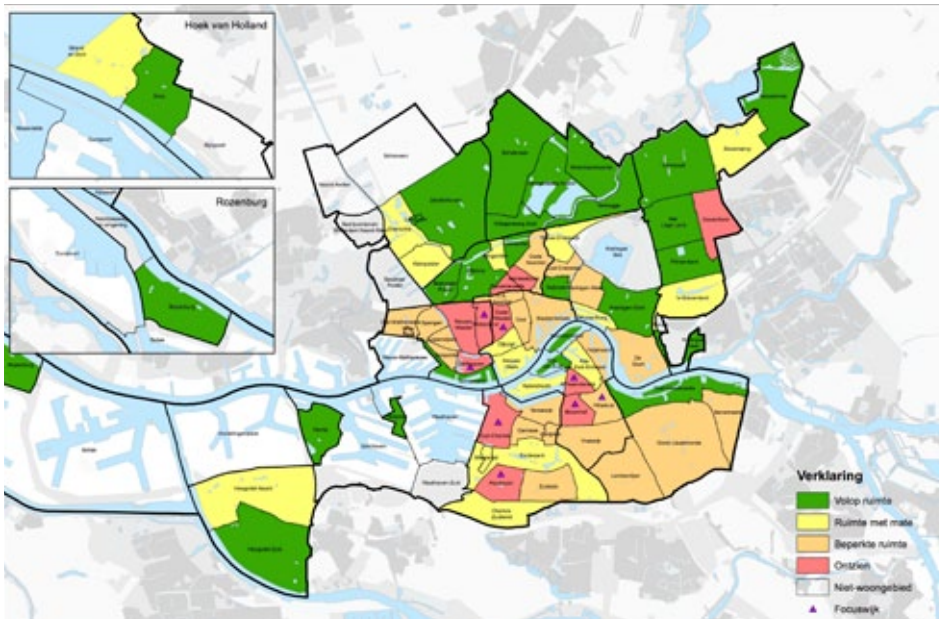
1. Kwekkeboom, 2006, p. 22
2. Verplanke, 2010, p. 89
3. Kooistra, 2016, p. 51
4. Verplanke, 2010, p. 83
5. Verplanke, 2010, p. 84
6. Verplanke, 2010, p. 85
7. RMO, Raad voor Maatschappelijke Onwikkelig Plempers en Van Vliet, 2002 in Verplanke, 2010, p. 30
8. Staatscourant, 2005 in Kwekkeboom, 2006, p. 21

Volgens nota's van de Tweede Kamer moet de vermaatschappelijking afgestemd zijn op het draagvlak van de samenleving. Omdat meerdere sectoren in de zorg, de GGz, de verslavingszorg, de ouderenzorg, de verstandelijk gehandicaptenzorg, vermaatschappelijken moet dit niet ten koste gaan van de leefkwaliteit in buurten. Concreet gezien betekent dit dat kwetsbare mensen verspreid moeten worden over buurten en wijken om concentratie van deze groepen te voorkomen. Concentratie in sociaal zwakke wijken kan een toename van problemen in een toch al zwakke wijk veroorzaken. Dit zijn problemen als geen of slechter contact tussen buurtbewoners, afnemende sociale cohesie, sociale onrust, slechtere leefbaarheid en verloedering<sup>9</sup>. Op dit moment wonen kwetsbare mensen nog wel vooral in wijken die sociaal zwakker zijn, doordat hier beschikbare en betaalbare woningen aanwezig zijn. Voor de zorg vergemakkelijkt clustering het bieden van hulp, geeft dit steun en kan eenzaamheid voorkomen.

De buurt kan kwetsbare mensen een gevoel van acceptatie, veiligheid en vertrouwdheid bieden. Wonen in de buurt van de instelling waar men eerst beschermd woonde lijkt de voorkeur te hebben omdat mensen hierdoor al bekender zijn met hun wijk en zorg kunnen krijgen vanuit deze instelling. De instellingen bevinden zich op hun beurt vaak weer in de sociaal zwakkere wijken. De sociaal zwakkere wijken zijn vaak wel wat gewend door de vele minderheden die hier wonen, en haar bewoners hebben vaak het nodige meegemaakt<sup>10</sup>. Kwetsbare mensen kunnen zich in deze wijken sneller geaccepteerd voelen en zijn. Psychiatrische patiënten voelen zich vooral op hun gemak als anderen ook niet geheel normaal of gemiddeld zijn waardoor ze zelf niet zo snel uit de toon vallen. Er is wel een balans in de geschiktheid van de wijk; in de betere buurten voelen mensen zich niet echt welkom maar in de zeer zwakke wijken heerst voor hen teveel onrust. De wijk moet bij voorkeur stabiel en rustig zijn, met bewoners die niet al te veroordelend zijn tegenover 'abnormaal' gedrag<sup>11</sup>. Verminderd buurtcontact hoeft bovendien niet alleen met de toenemende aanwezigheid van kwetsbare groepen in de wijk te maken te hebben maar kan ook te maken hebben met de herstructurering die vaak in deze wijken plaatsvindt. Door het grote aantal verhuisbewegingen dat hiermee gepaard gaat nemen mensen minder initiatief tot contact. Zo zijn mensen bijvoorbeeld minder betrokken bij de buurt en is er minder sociale controle over de straat<sup>12</sup>.

De gewenste spreiding van kwetsbare mensen over wijken komt in het beleid onder andere tot uiting in de Zoneringskaart Huisvesting Bijzondere Doelgroepen van de gemeente Rotterdam. Bij dit beleid zijn vraagtekens te stellen. Zo twijfelt ook de Veldacademie<sup>13</sup> aan de intentie van Rotterdam om de plaatsing van GGZ te bepalen aan de hand van deze kaarten. De verwachting is namelijk dat op de korte termijn het aantal locaties voor beschermd wonen niet direct zal afnemen omdat de cliënten uit klinieken nu deze plekken zullen innemen. Voor de uitstromers uit de beschermde woonvormen heeft een woning in dezelfde buurt de voorkeur, ook omdat zij op deze manier zorg kunnen krijgen van de beschermde woonvorm. Over het algemeen hebben zij een beperkt budget en zijn ze aangewezen op sociale huurwoningen. Er lijkt dan ook een positief verband te zijn tussen het percentage corporatiewoningen en het totaal aantal GGZ-cliënten in een gebied. De corporatiewoningen bevinden zich vaak vooral in de ‘sociaal zwakkere wijken’ zoals Charlois en Delfshaven. Laat dit nou precies de wijken zijn die op de Zoneringskaart zijn aangegeven als ‘ontzien’ en als ‘focuswijk’. Daarbij hebben GGZ-instellingen de wijk ook iets te brengen, zoals ogen op de straat door de constante aanwezigheid van zorg en hebben zij een monitorfunctie voor de cliënten in de wijk.

13. Persoonlijk gesprek met Karin Snoep, 22 november 2016



Zoneringskaart Huisvesting Bijzondere Doelgroepen van de Gemeente Rotterdam

14. Verplanke, 2010, p. 25

Minister Borst constateert in nota's van de Tweede Kamer in de tweede helft van de jaren negentig dat de ggz-instellingen nog te weinig investeren in extramurale hulp en steun. Extramuralisatie is alleen maar mogelijk wanneer in plaats van de plekken in de instelling maatschappelijke steunfuncties in de wijk worden gebouwd. Dit soort functies richten zich bij voorkeur op rehabilitatie, zoals arbeidsreintegratie<sup>14</sup>. Risico's als uitsluiting en vereenzaming liggen anders op de loer. In de GGZ konden cliënten al langer (semi-)zelfstandig wonen. Dit kan in de vorm van Beschermd- of Begeleid wonen.

15. Nieuwe wegen GGZ en Opvang, 2016

Vangnetten in de wijk bij een (psychische) terugval zijn van belang om zelfredzaamheid te bevorderen. Een terugval is bijvoorbeeld het optreden van een psychose, die kan optreden door stress, spanningen en geluiden. Soms moeten mensen hierdoor weer tijdelijk worden opgenomen. Een opname is voor mensen zelf, en hun omgeving, een heftige gebeurtenis. In Arnhem is het principe van Bed&Break opgezet, waar wordt ingezet op het voorkomen van een terugval en een kostbare opname. In een hotel kunnen mensen op adem en tot rust komen. Ze worden hier net zo behandeld als andere gasten. Aanvullend kunnen zij gebruikmaken van ervaringsdeskundige vrijwilligers voor ondersteuning, gezelschap of een luisterend oor<sup>15</sup>.

Activiteiten voor mensen met een beperking vinden steeds vaker gemixt plaats, met 'gewone' mensen. Mixen helpt ook om vertrouwd met elkaar te worden<sup>16</sup>. De mogelijkheid om anderen te ontmoeten in de wijk is belangrijk om vereenzaming te voorkomen. Ontmoetingsplekken vervullen hierom een belangrijke functie voor kwetsbare mensen. Echter, voor mensen met psychiatrische problematiek zelf maakt de mate van openheid voor publiek van deze plekken wel degelijk uit. Algemene ontmoetingsplekken zoals buurthuizen en wijkcentra worden door hen weinig bezocht. Redenen hiervoor is dat ze zich minder op hun gemak voelen bij de andere gebruikersgroepen die hier komen, de drukte en onrust die er heerst en er is een onaantrekkelijk of te duur aanbod van cursussen en activiteiten<sup>17</sup>. Ontmoetingsplekken waar lotgenoten komen, mensen die net als hen een psychische aandoening hebben, lijken de voorkeur te hebben. Het dagactiviteitencentrum (DAC) in de buurt wordt daardoor vaker bezocht. Mensen vinden hier begrip en overeenkomsten bij de andere bezoekers. Het idee van vermaatschappelijking heeft ook in zich dat mensen nu publiekelijk 'zichzelf' kunnen zijn<sup>18</sup>. Mensen met een beperking voelen zich in de publieke ruimte soms niet of nauwelijks thuis. Voor hen is het belangrijk dat ze niet opvallen in de publieke ruimte.

16. Verplanke, 2010, p. 140  
17. Verplanke, 2010, p. 87  
18. Verplanke, 2010, p. 138

De strijdigheid van bovenstaande komt naar voren in de Huizen van de Wijk van de gemeente Rotterdam. In het beleid 'Nieuw Rotterdams Welzijn 2016-2019' wordt welzijn geclusterd op een aantal door de gemeente gesubsidiëerde locaties. De Huizen van de Wijk combineren welzijn en zorg en hier zullen steeds meer verschillende doelgroepen samenkomen. Zorgaanbieders hebben hun zorgen geuit over deze Huizen en betwijfelen of GGZ-cliënten zich welkom blijven voelen in zulke publieke omgevingen<sup>19</sup>.

19. Veldacademie, 2016, p. 30

20. 2014

21. Bredewold, 2014, p.

180-181

Een tussenweg kunnen we vinden in het creëren van laagdrempelige ontmoetingen. In het thema 'eenzaamheid en sociaal isolement' is het schema van Bredewold<sup>20</sup> aangaande liefdadigheid en wederkerigheid beschreven. In de wijk lijkt licht, oppervlakkig en begrensd contact het best te werken voor contacten tussen buurtbewoner en kwetsbare bewoners, bij voorkeur op basis van wederkerigheid. Oppervlakkige contacten zijn veel diepzinniger dan mensen denken<sup>21</sup>. Deze contacten kunnen ontstaan door het opzetten van projecten waarin mensen met een beperking een duidelijke rol hebben, zoals een kinderboerderij, fietsenmakerij, plantsoendienst, winkel of restaurant. In deze voorzieningen hebben mensen een zinvolle dagbesteding die bijdraagt aan hun gevoel van eigenwaarde. Andersom neemt de waardering van burgers voor deze groep mensen toe, evenals de leefbaarheid van de wijk. Voor het in contact brengen van de beide groepen is 'laagdrempelig' de kern.

22. Bredewold, 2014, p.

169

23. Den Draak, 2016, p.

15-16

Naast de fysieke elementen in de wijk is het voor mensen ook van belang bekendheid met de wijk te hebben. Het is makkelijker meedoen in de wijk wanneer deze veilig en vertrouwd is en voorzieningen toegankelijk zijn. Wanneer mensen nog niet bekend zijn, doordat zij bijvoorbeeld reeds Beschermd of Begeleid woonden in deze wijk, kan de zorg hen helpen met het bekend worden met de wijk. Overigens gebeurt het nu nog weinig dat mensen hierbij professioneel worden ondersteund. Ook voor buurtbewoners kan het behulpzaam zijn om altijd terecht te kunnen bij een professional bij vragen of problemen met mensen met een beperking. Zij kunnen hierdoor makkelijker hulp inschakelen of ondersteuning regelen, bijvoorbeeld bij een acute noodsituatie. Ook kunnen mensen op deze manier voor informatie worden voorzien over ziektebeelden en advies krijgen over de omgang met mensen met een beperking<sup>22</sup>. Idealiter ontstaat er in de wijk een geïntegreerde en wijkgerichte zorg. Centraal staat de holistische benadering van 'de mens in zijn omgeving', in plaats van de ziekte<sup>23</sup>. Op deze manier kan de psychiatrische client uit zijn rol van 'patiënt' stappen en in zijn rol van 'buurtbewoner'.

Volgende pagina:

Een kwetsbare bewoner in Oud-Charlois probeert een praatje te maken. De omgeving maakt het hem hier alleen niet heel makkelijk, er zijn harde grenzen. Hierbij speelt de individualisatie een rol. De omgevingen die wij maken, zorgen ervoor dat we ware verbinding met onszelf en de ander zijn verloren, aldus Christopher Alexander.







Eigen Wjs  
Podopediaal

## Wonen

Het moge inmiddels duidelijk zijn dat het wonen dikwijls met moeilijkheden voor kwetsbare mensen komt. Eenzaamheid, stigmatisering, de afwezigheid van vangnetten in de wijk. In de eerste plaats zijn niet eens altijd geschikte woningen aanwezig. Maar, voorop gesteld moet worden dat mensen zelf graag zelfstandig willen wonen, ondanks de mogelijke moeilijkheden<sup>1</sup>. In de mate van zelfstandigheid is wel een verschil in voorkeuren of behoeften. Voor sommige mensen blijft een bepaalde mate van zorg en begeleiding altijd nodig, ook omdat ze hierdoor aanspraak blijven houden. Anderen kunnen steeds zelfstandiger wonen, waarbij de zorg alleen nog maar op een waakvlam staat<sup>2</sup>. Over of de woning voor kwetsbare mensen er anders uit moet zien dan de woning voor reguliere huurders is weinig bekend. Onderstaand onderzoeksthema tracht inzicht te geven in de vormgeving en positionering van de woning.

Bij de ambulantisering is het idee van ‘omklappen’ ontstaan. Dit betekent dat mensen uitstomen uit de instelling naar zelfstandige woningen die in het woningenbestand van de zorginstantie zitten. Wanneer mensen capabel blijken te zijn in het zelfstandig wonen kan het huurcontract overgeschreven worden op hun eigen naam. Het probleem ontstaat nu dat deze woningen uit het bestand van de instantie verdwijnen, waardoor instanties onbedoeld afbouwden. Hierdoor is dit principe voor sommige instellingen niet meer mogelijk, al proberen anderen er juist weer op aan te sturen. In Apeldoorn is het bijvoorbeeld de gemeente die dit principe is gaan toepassen, in samenspraak met de woningbouwcoöperatie en zorginstanties. Gecombineerd met het gegeven dat er steeds meer mensen zelfstandig gaan wonen, komen er steeds minder geschikte woningen beschikbaar.

In de gedachte van de inclusieve samenleving zit verpakt dat dit bewerkstelligd kan worden door mensen met een beperking zoveel mogelijk hetzelfde moeten doen zoals andere mensen. Dit is dus het hebben van een eigen woning, een eigen huishouden, een zo autonoom mogelijk bestaan en vanzelfsprekende contacten in de buurt. Het meedoen aan de samenleving geeft mensen met een beperking echter regelmatig gevoelens van verwarring, schaamte, mislukking en miskennis<sup>3</sup>. De buurt geeft niet altijd het ‘thuisgevoel’, dit zijn gevoelens van vertrouwdeheid en familiariteit.

1. Verplanke, 2010

2. Verplanke, 2010, p. 72 en interview met Paula van Zijp, 22 dec 2016

3. Verplanke, 2010, p. 137

4. Interviews met Paula van Zijp, 22 dec 2016 en Norbert van Ijperen 14 dec 2016

Zorginstanties zien mensen bij voorkeur 'gespikkeld' door de wijk wonen<sup>4</sup>. Gespikkeld betekent dat mensen zoveel mogelijk gemengd wonen in de wijk, in een woning die zo normaal mogelijk is. Het is volgens de instanties uit ervaring gebleken dat dit mensen beter 'in hun kracht zet'. Mensen in hun kracht zetten betekent hun zelfredzaamheid en welbevinden verhogen. Wonen zoals ieder ander helpt mensen uit hun rol van 'patiënt' te stappen. Zoals te lezen is in 'Hoe te Wonen?' betekent gespikkeld wonen niet per se alleen in de wijk wonen, het betekent vooral zelfstandig wonen met een eigen voordeur zoals ieder ander. Het gespikkeld wonen kan ook betekenen dat de woningen op een redelijke afstand van elkaar liggen, waarbij er ook een centraal zorgpunt kan zijn.

5. Verplanke, 2010, p. 138  
6. Kwekkeboom, 2006, p. 82

De woning biedt mensen het thuisgevoel dat de buurt hen niet altijd kan bieden. De eigen plek is vertrouwd, voorspelbaar en rustiger, al helemaal in vergelijking met de collectieve ruimten van het voorgaande verblijf in de instelling<sup>5</sup>. Eén van de nadelen van het delen van de woonruimte en het leven met anderen is dat mensen soms belast worden met de problemen van de andere bewoners boven op hun eigen problemen. De zelfstandige woning geeft mensen vrijheid en de mogelijkheid om hun eigen ritme volgen, hun eigen rituelen uitvoeren, eigen activiteiten ontplooiën en zonder problemen gasten ontvangen<sup>6</sup>. Het geeft ook een stukje mentale vrijheid omdat mensen een eigen wereld kunnen creëren waar zij zichzelf kunnen zijn en een eigen identiteit beleven.

7. Verplanke, 2010, p. 142  
8. Kwekkeboom, 2006, p. 108

De andere kant van de medaille is wel dat mensen met psychiatrische problematiek soms de neiging hebben zich terug te trekken in hun eigen huis<sup>7</sup>. Zelfstandig wonen betekent namelijk niet dat de psychiatrische problematiek verdwenen is. Mensen blijven op hun hoede voor een terugval, leven daardoor soms zelfs voorzichtiger. Prikkel worden als een gevaar voor terugval ervaren. Prikkel zijn allerhande, bijvoorbeeld door ervaren druk van het werk of sociale contacten. Velen piekeren ook, over situaties of gebeurtenissen. Piekeren is vaak verbonden met psychiatrische problemen, kan deze verergeren, en stimuleert het verkeren in de eigen binnenwereld<sup>8</sup>.

Het blijkt dat wanneer mensen met psychiatrische problematiek (weer) zelfstandig gaan wonen, hun leefsituatie vaak overeenkomt met hoe zij vroeger hebben gewoond<sup>9</sup>. Mensen die bijvoorbeeld eerder samenwoonden en eventueel getrouwd waren, wonen nu vaak in een eengezinswoning. Mensen die nooit hebben samengewoond, woonden bijna allemaal in een voorziening voor beschermd wonen, een sociaal pension of een HAT-eenheid. De meeste mensen met problematiek wonen alleen, een klein deel woont maar samen met een partner of anderen<sup>10</sup>.

9. Kwekkeboom, 2006, p. 80

10. Michon et al., 2003 in Kwekkeboom, 2006, p. 91

Een geschikte woning voldoet aan enkele elementen. De huurprijs is tot de vrije sector grens, 710,- euro. De meeste cliënten hebben een jaarinkomen van rond de 15.000,- euro, waardoor de huurprijs laag moet zijn. De woning is bij voorkeur een één- of twee kamer appartement. Het lijkt alsof er bij zwaardere problematiek een voorkeur is voor een kleinere woning vanuit de zorginstanties. Mensen hebben hierdoor minder kans rommel op te stapelen en behouden het overzicht in hun woning. De woning moet vooral simpel zijn qua indeling en overzichtelijkheid bieden. De kwaliteit van de woning lijkt ook af te nemen, hoe meer de zelfstandigheid van mensen toeneemt<sup>11</sup>. De staat van de woning maakt mensen minder uit, ze knappen met plezier de woning zo goed mogelijk op<sup>12</sup>.

11. Kwekkeboom, 2006, p.83

12. Kwekkeboom, 2006, p.83

### **Best practices**

---

In dit hoofdstuk worden zeven projecten van wonen voor mensen met psychiatrische problematiek beschreven en daarna onderling vergeleken op aan de hand van verschillende thema's. Hierin is een tendens te zien naar normalisatie en lijken openbare voorzieningen de sleutel tot integratie.

De projecten zijn gekozen op basis van hun architectonische kwaliteiten, deze projecten zijn spaarzaam en wordt in project beschrijvingen niet als eerst genoemd dat het gebouw voor kwetsbare mensen met een psychiatrische aandoening is.

## 28th Street Apartments

Wat: gemengd wooncomplex met wijkfuncties

Waar: E. 28th Street & Paloma, South Los Angeles (USA)

Architect: Koning Eizenberg Architecture

Typologie tags: wooncomplex, mixed-use, openbare plint, herbestemming

Bouw: origineel 1926, herbestemming 2012

28th Street Apartments heeft 49 studios voor een gemengde groep van kwetsbare mensen: jongeren die uit de pleegzorg komen, daklozen, mensen met een psychiatrische aandoeningen en mensen met een laag inkomen. In één van de studios woont een manager op locatie. In het gebouw zijn twee non-profit organisaties gevestigd. Een van de organisaties heeft verschillende ondersteuningsprogramma's voor de bewoners met een psychiatrische aandoening gericht op herstel, ondersteuning en keuze.

Het historische gebouw is een vroegere YMCA (Young Men's Christian Association) uit 1926 en bestond origineel uit één gebouw met 52 eenpersoonskamers van 8-10 m<sup>2</sup> met gedeelde sanitaire voorzieningen per verdieping. Op de begane grond waren voorzieningen voor de buurt en op de eerste verdieping een cafetaria. Door de herbestemming zijn de drie kamers naar één gevormd van 26-32 m<sup>2</sup> met ieder eigen sanitaire voorzieningen en een keuken, hierdoor zijn 24 studios ontstaan. Aan de achterzijde van het gebouw is een nieuwe vleugel met 5 verdiepingen en 25 studios toegevoegd, uitgevoerd met een gevel van geperforeerd wit staal. De bewoners hebben een gemeenschappelijk terras, wasserette en lounge. De appartementen zijn toegankelijk via de zijkant van de nieuwe aanbouw, de openbare ruimten vanaf de voorzijde van het historische gebouw. Het openbare gedeelte is gescheiden van de woningen en bevat wijkfuncties en een gymzaal op 650 m<sup>2</sup>. Dit wordt gerund door de tweede non-profit organisatie ter ondersteuning van de ontwikkeling en vooruitgang voor de omliggende wijk.

Koning Eisenberg Architecture is van opvatting dat de grootse kwaliteiten die we in een museum verwachten ook aanwezig moeten zijn in plaatsen voor het alledaagse leven. Met hun architectuur proberen ze informele ontmoetingen en de gemeenschap in en rond het gebouw te ondersteunen.



26TH STREET  
APARTMENTS










1006

MENS ENTRANCE



YOUNG  
CHRISTIAN

MENS  
ASSOCIATION

BOYS ENTRANCE



## Casa Parana

Wat: gemengd woon- werkcomplex

Waar: Paranadreef, Utrecht Overvecht (NL)

Architect: Dick van Gameren, Mecanoo

Typologie tags: woon- werkcomplex, mixed-use, openbare plint, solitair bouwblok

Bouw: 2014

Casa Parana is een woon- en werkcomplex voor zowel krachtige als kwetsbare bewoners. Er kunnen maximaal 44 ex dak- en thuislozen wonen van binnen en buiten de wijk en 24 reguliere woningzoekenden. Het gebouw biedt de kwetsbare bewoners Begeleid Wonen en Maatschappelijke Opvang. De reguliere woningzoekenden zijn de 'dragende bewoners' die een ondersteunende bijdrage leveren als bijvoorbeeld maatje, activiteitenbegeleider, receptionist of huiswerkbegeleider. Dit zijn mensen die er bewust voor kiezen om in de nabijheid van kwetsbare mensen te wonen. De woningen bestaan uit één- en tweekamerappartementen van verschillende groottes.

Op de begane grond is ca. 1200 m<sup>2</sup> ruimte voor maatschappelijke voorzieningen voor de wijk met kleinschalige leerwerkbedrijven zoals een wasserette, restaurant/cateraar, een Emmauswinkel/werkplaats en een fietsenwinkel/werkplaats. In deze bedrijven zijn veertig leerwerkplekken die door de bewoners vervuld kunnen worden maar ook door kwetsbare groepen uit de wijk.

Het project is geïnspireerd door 't Groene Sticht in Leidsche Rijn, door Op Ten Noort Blijdenstein Architecten en Adviseurs. Dit is een woonwerkgemeenschap in Leidsche Rijn Utrecht, op een Vinex locatie op en rond een oud boerenerf. De filosofie achter de gemeenschap verwijst naar het leven in een klooster, dat onder andere fungeerde als samenlevingsverband van mensen die er woonden uit noodzaak omdat ze niet zelfstandig konden wonen. ONB beschrijft het project als een 'symbiotische gemeenschap', met een combinatie van wonen en werken voor bijzondere groepen bewoners zoals verstandelijk gehandicapten, ex-daklozen en ex-psychiatrische patiënten en met voorzieningen en diensten voor de buurt.





Voorlandstraat





## PVT Lorkens

Wat: psychiatrisch verzorgingstehuis

Waar: Lorkenstraat, Gent Bloemekenswijk (B)

Architect: Patrick Lefebure, Archipl Architecten

Typologie tags: rijtjeshuis, Het Wilde Wonen, laagbouw

Bouw: 2003

PVT Lorkens is een psychiatrisch verzorgingstehuis, onderdeel van Psychiatrisch Centrum Dr. Guislain, gericht op mensen met een ernstig psychiatrische aandoening. Er wonen 60 mensen onderverdeeld in het 'Open Gedeelte' met 36 mensen en de twee leefgroepen 'Zorg en Structuur' voor elk twaalf bewoners. In het Open Gedeelte zijn vier woningen voor vijf bewoners, drie appartementen voor drie bewoners en zeven éénpersoons studios. De zorg is altijd oproepbaar maar niet altijd aanwezig en vergelijkbaar met het Nederlandse 'Begeleid Wonen'. Zorg en Structuur is vergelijkbaar met 'Beschermd Wonen', hier is de zorg altijd aanwezig en hier wonen mensen die bijzondere aandacht en nabijheid nodig hebben.

Het complex is georganiseerd als een zelfstandige straat die aansluit op het stedelijke weefsel van de Bloemekenswijk rondom. Het is een stukje buiten het terrein van Dr. Guislain gepositioneerd, waardoor het aan een zijde aan de volkse woonbuurt Bloemekenswijk grenst en aan de andere zijde aan de natuur. De woningen zijn gegroepeerd rondom kleine hofjes die met elkaar verbonden zijn door doorsteekjes, maar ook de woningen onderling zijn verbonden. Het idee erachter is dat mensen hier samen wonen met gelijkgezinden en door de verbonden woningen met meerdere keukens en leefruimtes zelf kunnen kiezen bij wie ze aansluiting zoeken.

Patrick Lefebure maakt samen met Archipl Architecten vele ontwerpen voor de zorg. Archipl zoekt naar een verzorgd wonen voor psychiatrische patiënten. Centraal in PVT Lorkens staan de algemene menselijke woonverlangens op het gebied van veiligheid, restruimten en identiteit. Volgens Archipl worden deze verlangens psychiatrische patiënten vaak ontzegd. Het complex is schijnbaar organisch gegroeid in de wijk, het ligt aan een ontworpen steeg in de wijk. Archipl maakt hiermee een pleidooi voor het gewone, het vertrouwde. De steeg is verbijzonderd door het in grote letters op de straat in het asfalt gedrukte gedicht van beeldend kunstenaar Jozef Legrand.





mar m









## Omnizorg

Wat: maatschappelijke opvang voor dak- en thuislozen met een verslavings- en/of psychiatrische achtergrond.

Waar: Stationsstraat, Apeldoorn centrum (NL)

Architect: FBW Architecten

Typologie tags: opvangcomplex, doorwaadbaar bouwblok, meerlaags, openbare plint

Bouw: 2008

Omnizorg is een opvangcentrum voor dak- en thuislozen met een verslavings- en/of psychiatrische achtergrond. Het hoofddoel is cliënten te begeleiden naar een definitieve woonvorm en werk. Het gebouw biedt ruimte aan de opvang van 85 mensen, waarvan 55 plaatsen voor pasanten- en hostelbedden (het 'bed, bad en brood' principe) en 30 bewoners die er maximaal een jaar verblijven. Er is een aanvullend programma met dagopvang, een niet-openbaar Grand Café met restaurant, een versterkingskliniek, een atelier en een bezinningsruimte.

Het gebouw ligt aan een nieuw plein waar ook woningen, winkels en uitgaansvoorzieningen aanwezig zijn. Dit moet het respect voor en de rehabilitatie van deze mensen vergroten. Het binnenhof is deel van de openbare passage door het gebouw. De bewoners kunnen hier rondhangen en hebben zo nog een eigen plek op straat, alleen aan het zicht van het straatbeeld onttrokken. In de plint van de passage zijn openbare functies als een kringloop- en cadeauartikelen winkel, een wasserette, een uitzendbureau, een fietsmakerij en een lunchroom. Ook zijn hier de versterkingskliniek gesitueerd. De gevel heeft vele verschillende gekleurde luiken, met als idee dat achter elk kleurig luik een ander mens met een eigen verhaal woont. Tegelijkertijd schermen deze de inkijk af vanuit de tegenoverliggende woningen. Het ontwerp is geïnspireerd op het woon-werkcomplex voor daklozen Cité de Refuge (1929) van Le Corbusier in Parijs.

FBW Architecten ziet Omnizorg als een Stadspaleis, met de bonte luiken, glanzende gevels en goudkleurige planten bakken. Hierin zit de ambiguïteit verscholen, achter de mooie gevel is de rauwe realiteit van de dak- en thuislozen opvang. FBW heeft er juist voor gekozen om het gebouw op te laten vallen als statement voor de volwaardige behandeling van deze vaak genegeerde groep mensen. FBW ziet zichzelf als een bureau dat idealistisch en moralistisch tegelijkertijd is.









## Skaeve Huse

Wat: zelfstandig wonen voor de groep maatschappelijke opvang

Vaar: Amsterdam, Nijmegen, Kampen, Utrecht, Tilburg en Almere (NL)

Typologie tags: prefab, wooncontainers

Skaeve Huse zijn geïnspireerd op het gelijknamige Deense model en is Deens voor 'rare huizen'. In Denemarken werden deze woningen in 1999 uitgevoerd voor daklozen en andere achterstandsgroepen met drank- en/of drugsproblemen en hierdoor moeilijk in normale woonwijken konden wonen zonder ook overlast te veroorzaken. De Skaeve Huse staan op honderd meter van woonwijken en zijn vijf tot tien geclusterde eenpersoons woningen van dertig- tot vijftig vierkante meter met eigen sanitair en keuken. Het wooncluster is daarnaast ook visueel gescheiden van de woonwijk waardoor de bewoners hun eigen, onorthodoxe leefstijl kunnen houden. Eén keer per dag komt er een sociaal beheerder langs om met de bewoners te spreken en eventueel hulp regelt wanneer nodig. In Denemarken zijn deze huizen een eerste stap voor re-integratie van dak- en thuislozen, terwijl deze in Nederlands soms meer functioneren als opvang wanneer mensen niet in de normale samenleving passen. Voor de bewoners betekent het soms voor het eerst in lange tijd kwaliteit van leven en stabilisering.



## Sugar Hill Developments

Wat: gemengd wonen voor lage inkomens

Waar: Saint Nicholas Avenue & West 155th Street, Harlem New York (USA)

Architect: David Adjaye Associates

Typologie tags: wooncomplex, mixed-use, hoogbouw, solitair bouwblok

Bouw: 2014

Sugar Hill is een mixed-use gebouw met goedkope woningen en een publieke programma met een educatie centrum en het 'Children's Museum of art and storytelling'. Het gebouw telt 13 verdiepingen en bevat 124 appartementen. Er is bewust voor gekozen om kwetsbare bewoners te mensen met krachtigere bewoners. In het gebouw wonen jong en oud, werkenden en werklozen, en kwetsbare groepen zoals mensen met een psychiatrische aandoening, HIV/AIDS, andere chronische aandoeningen en mensen met verslavingsproblematiek. Buurtorganisaties voorzien onder andere in hulp bij een zorgvraag, werktrajecten, afkick trajecten en coaching en begeleiding. Een kwart van de bewoners helpt anderen in het gebouw als conciërge op betaalde basis. De gemeenschappelijke deler tussen de bewoners is dat zij allen een laag tot extreem laag inkomen hebben.

In de transparante plint bevindt zich het museum van 1.600 m<sup>2</sup>. Het museum richt zich met voorlees sessies en kunst workshops bewust op kinderen van drie tot acht, om hen te stimuleren in taalgevoel en toekomstige educatie. Op de eerste verdieping is het educatie centrum voor 100 kleuters en hun ouders, toegankelijk via het publieke plaza op straatniveau. De gevel is gemaakt van prefab betonelementen met een textuur van cirkels. Dit zorgde voor een gebouw met veel uitstraling terwijl het tegelijkertijd voorziet in een goedkoop bouw materiaal. De vele verspreide ramen refereren naar de erkers van de huizen in de omliggende omgeving.

De omgeving van Sugar Hill in Harlem is een wijk met veel armoede, overbezette woningen en een lage kwaliteit van onderwijs. David Adjaye Associates heeft intensief samengewerkt met de woningbouw organisatie en de gemeenschap om duurzame oplossingen voor de problemen in de buurt te vinden. Adjaye beoogt het model van sociale woningbouw opnieuw uit te vinden door de integratie van het culturele programma en de ondersteuning van de omliggende wijk. Het bureau beoogt door hun projecten maatschappelijke betrokkenheid te bewerkstelligen.













## Best-practices: conclusies

Bij de beoordeling van de gepresenteerde best-practices moet meegenomen worden dat deze gebouwen voor de geestelijke gezondheidszorg architectonische hoogstandjes zijn. Deze projecten lijken spaarzaam, in de meeste gevallen is het programma ondersteunend en mengt dit met andere gebruikers groepen, de architectuur onderscheidt zich niet van de omliggende bebouwing. Dit sluit aan op de normalisatie, waarbij ook in de architectuur getracht wordt niet al te anders te zijn van de omgeving. In dat opzicht presenteren de best-practices zich afgezien van PVT Lorkens en Casa Parana zich expliciet als anders. In het geval van Omnizorg bijvoorbeeld uitdrukkelijk om de aandacht de vestigen op de vaak genegeerde groep mensen.

Waar het exterieur veel aandacht heeft gekregen lijkt dit niet altijd doorgetrokken zijn naar het volledige interieur. De openbare ruimten zijn bij vrijwel alle projecten met zorg ontworpen en gedetailleerd. Zo heeft in Sugar Hill het interieur van het museum en het educatie centrum een interactie tussen de ruimten onderling en met buiten, met daarbij een zorgvuldige materiaalkeuze. De appartementen van zowel Sugar Hill en 28th street lijken echter rechtstreeks uit een brochure te komen en hebben geen verbijzondering ten aanzien van de kwetsbare groep die er woont. De woningen zijn opgezet als studio's, hierdoor ligt de keuken in de woonkamer. Voor mensen met psychiatrische problemen kan dit onduidelijkheid scheppen en teveel prikkels geven. De woningen zijn solitaire ruimten die buiten de deur ruimte geven voor interactie. Enerzijds bevordert dit het gevoel van veiligheid in het eigen huis, anderzijds kan het voor mensen makkelijk worden te vereenzamen wanneer zij de deur achter zich sluiten. In PVT Lorkens zijn alle woongroepen onderling verbonden en is er expliciet ruimte om bij elkaar op bezoek te gaan, samen tv te kijken of samen te koken.

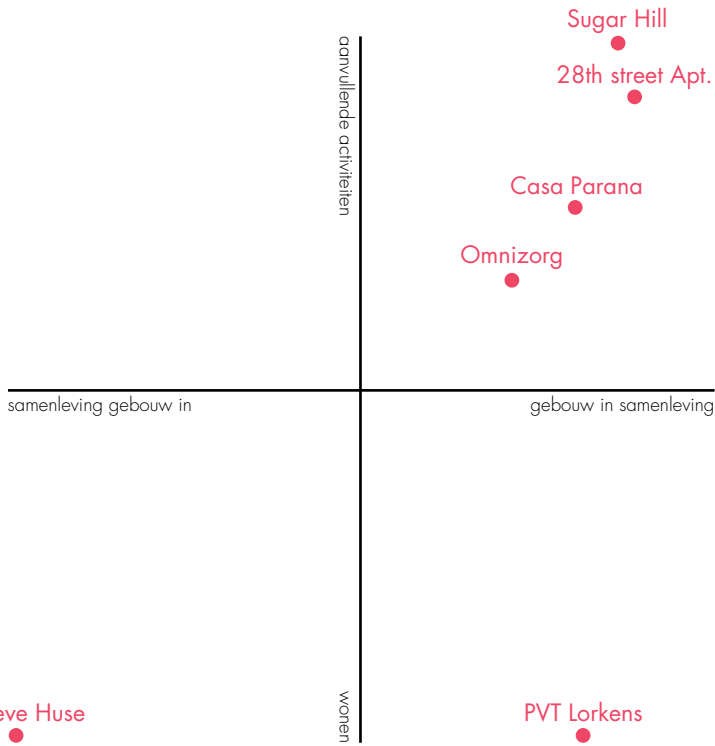
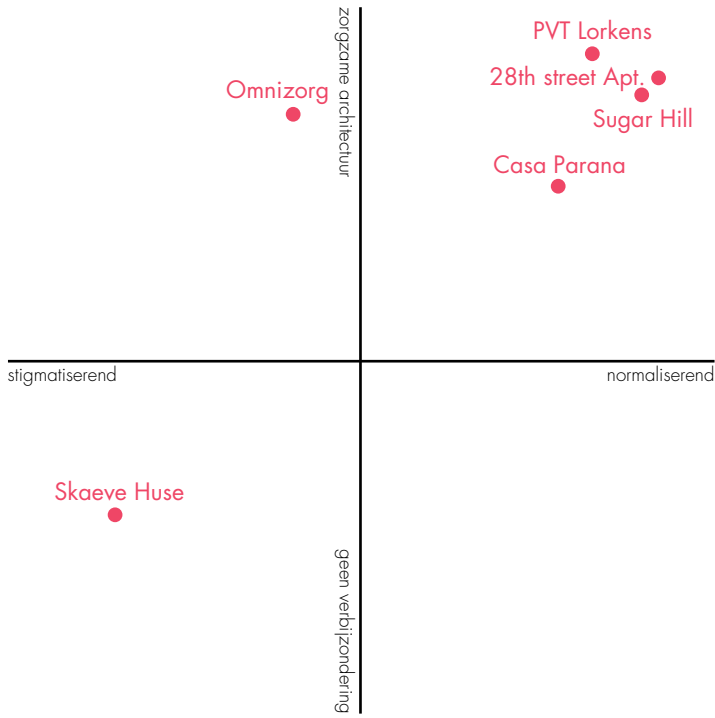
rechterpagina, van boven naar beneden:  
Studio in 28th Street Apartments  
Studio in Sugar Hill Development  
Woning Skaeve Huse

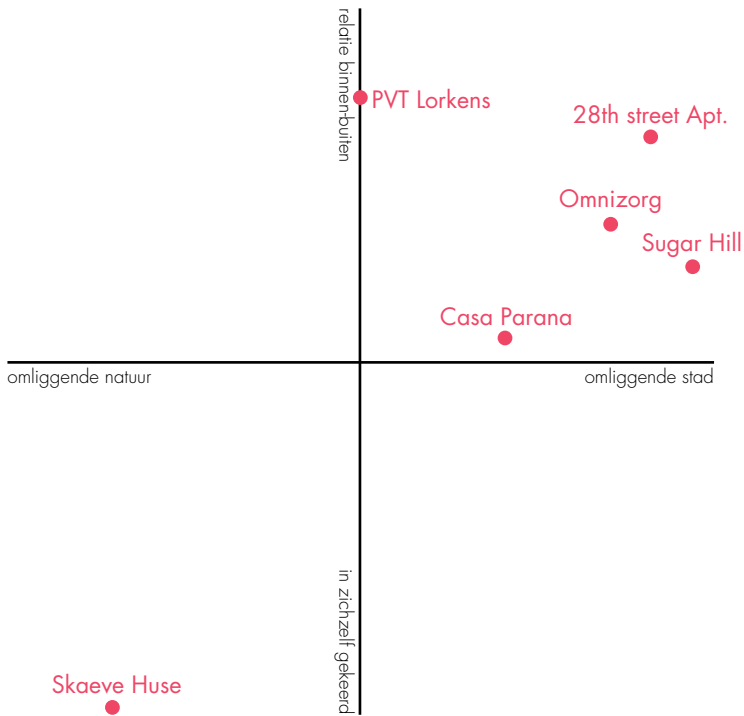
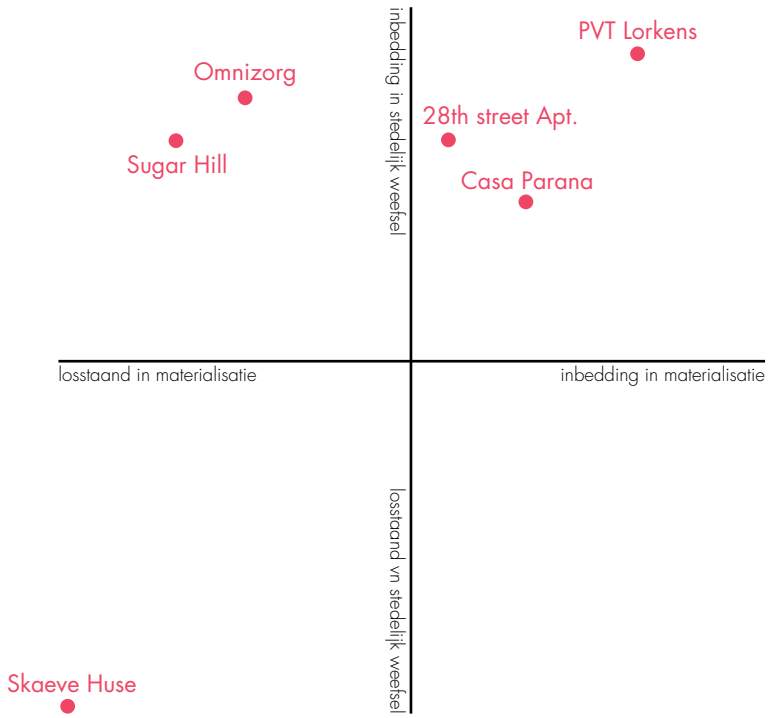


Op de leeggekomen terreinen van de psychiatrische ziekenhuizen vind een omgekeerde integratie plaats, hier worden steeds meer woningen gebouwd om de 'normale' bevolking te mengen met de patiënten. Voor de gebouwen van zelfstandig wonenden ex-psychiatrische patiënten lijkt het omgekeerde te gelden, deze worden steeds meer geïntegreerd met de samenleving. Mensen wonen gemengd zoals in alle case studies is te zien, met uitzondering van Skaeve Huse. In deze laatste is er voor gekozen de mensen met een psychiatrische aandoening hun eigen samenleving te laten hebben, waar zij zichzelf kunnen zijn en waar de omgeving geen overlast van hen ervaart. De menging in de andere gebouwen gaat veelal samen met vele activiteiten voor de wijk in het gebouw. Openbare voorzieningen lijken een ingrediënt tot integratie.

Kwetsbare groepen worden in Sugar Hill en Casa Parana ook gemengd met draagkrachtigere bewoners. In Casa Parana kiezen de draagkrachtige bewoners hier bewust voor en moeten zij een actieve bijdrage leveren voor de kwetsbare bewoners. Bewoners kunnen op deze manier aan elkaar wennen en voorzien in sterke netwerken, anderzijds kan het ervoor zorgen dat kwetsbare bewoners een constante afhankelijkheid en ongelijkheid ervaren. In 28th street zijn de woningen van kwetsbare bewoners fysiek gescheiden van de voorzieningen. Hierdoor is er enerzijds integratie maar houden de bewoners ook de ruimte voor het creëren van hun eigen leefwereld en samenleving. Tussen de mate van menging en de mate van het zichzelf kunnen zijn in de eigen leefwereld is een spanningsveld.

Het grootste deel van de projecten is gesitueerd in de stad, in de projecten selectie is hier bewust rekening mee gehouden. In de vrije ruimte gelden immers weinig beperkingen van de omliggende bebouwing en samenleving. De relatie tussen binnen en buiten van de projecten is ambigue. Enerzijds is bij vrijwel allen de plint openbaar en transparant. Anderzijds ligt de leefruimte van de bewoners en heeft weinig interactie met de straat en de publieke ruimte. Alleen de laagbouw en inmenging in het stedelijke weefsel van PVT Lorkens stelt dit gebouw in staat tot interactie. De overige vier projecten in het rechter boven kwadrant zijn allen solitaire bouwblokken. Hoewel de omliggende stad ook zo vormgegeven is, is er geen natuurlijke doorstroom door het blok waardoor ook informele ontmoetingen plaats kunnen vinden in de vertrouwde omgeving van de ex-patiënt. Omnizorg stelt mensen hier wel toe in staat, alleen de opzet hiervan is ook rondhangende bewoners aan het straatbeeld te onttrekken. In de ontwikkeling van deze nieuwe opgave is er nog ruimte voor de ontwikkeling van informele ontmoetingen.









## Hoe Te Wonen?

---

Naast het literatuur onderzoek zijn er verschillende interviews uitgevoerd met vier zorginstanties, één cliënt en een combinatiegesprek met één cliënt en twee ambulante begeleiders. De transcripties van deze gesprekken zijn bijgesloten in de CD in de kaft van de hardcopy van het onderzoek.

De interviews zijn gehouden aan de hand van het door mij ontworpen bordspel, Hoe te Wonen? Dit hoofdstuk licht de werking van het spel en de belangrijkste uitkomsten toe, aan de hand van een grafische weergave van de positioneringen op het bordspel. Uit de positioneringen zijn enkele gemeenschappelijke thema's naar voren gekomen: de positionering in de wijk, de positionering ten opzichte van de zorg, de positionering ten opzichte van voorzieningen en de positionering ten opzichte van lotgenoten. Doordat er interviews zijn gehouden met zowel zorginstanties als cliënten zijn er enkele spanningsvelden duidelijk geworden, zoals vooral bij het thema de positionering ten opzichte van van lotgenoten naar voren kwam.

De positioneringen zijn door de geïnterviewden zelf gemaakt, waarbij zij hardop redeneerden over hun keuzes. Enkele quotes van de geïnterviewden zijn uitgelicht per thema. Het voorleggen van enkele hypothesen zorgden voor verdere verdieping in de architectonische uitwerking van de positionering. Deze laatste zijn te vinden in het hoofdstuk 'Architectonische Uitgangspunten'.

## Hoe Te Wonen?

Voor het onderzoek zijn de vier zorginstanties, twee cliënten en twee ambulant begeleiders geïnterviewd.

De vier zorginstanties zijn gerepresenteerd door:

- Norbert van Ijperen, coördinator huisvesting, Pameijer, Geestelijke Gezondheidszorg, Rotterdam
- Paula van Zijp, coördinator huisvesting, Bavo Europoort, Geestelijke Gezondheidszorg, Rotterdam
- Bram Schinkelshoek, directeur, Kessler Stichting, Maatschappelijke Opvang, Den Haag
- David Rinsampessy, GZ-psycholoog en oprichter van Next Beschermd wonen, Arnhem

Het gesprek met een cliënt vond plaats met:

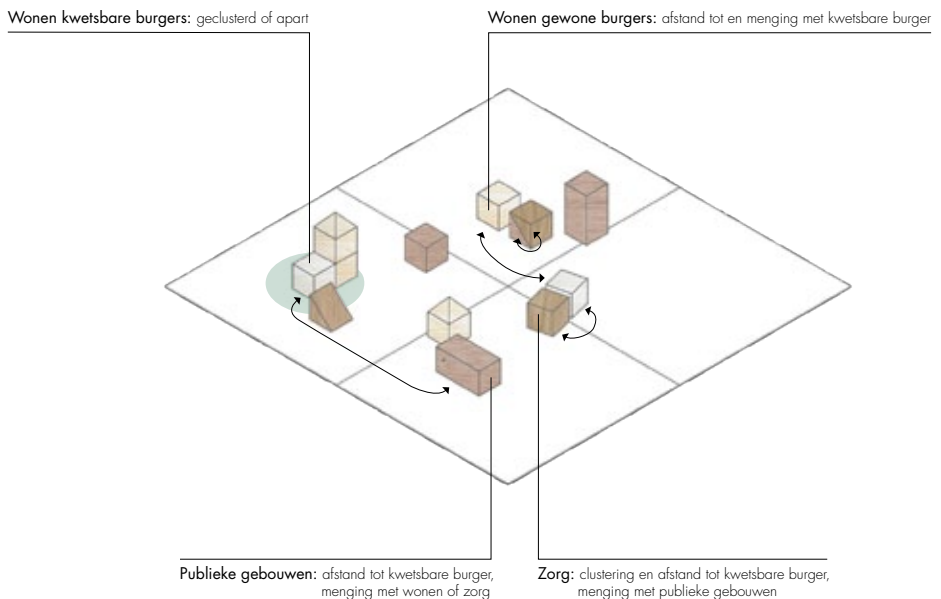
- Roos, vriendin en cliënt, gediagnostiseerd met manisch-depressie gecombineerd met lichamelijke problematiek (diabetes).

Het combinatie gesprek vond plaats met:

- Tristan, cliënt en promotieteam van Buurtcirkel, gediagnostiseerd met schizofrenie
- Michael de Jong, Buurtcirkel, Pameijer, Geestelijke Gezondheidszorg Rotterdam
- Melanie van Zanten, Buurtcirkel, Pameijer, Geestelijke Gezondheidszorg Rotterdam

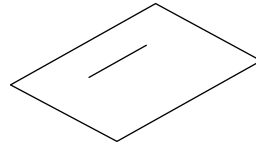
‘Hoe te Wonen?’ is een ruimtelijk speelveld, naar de geïnterviewden gecommuniceerd als bordspel. Op de volgende pagina’s is de inhoud van het bordspel weergegeven. In Schema H1 is de werking van het ruimtelijke speelveld toegelicht. Het is een methode om het mogelijk te maken over het social geëngageerde onderwerp van het zelfstandig wonen van kwetsbare groepen te praten op een ruimtelijke manier. De spelers krijgen vier verschillende typen houten blokken: (1, vurenhout) wonen voor mensen met een psychiatrische aandoening, (2, geolied vurenhout) wonen voor andere mensen, de reguliere wijkbewoners, (3, eikenhout) zorggebouwen en (4, meranti hout) publieke gebouwen (zoals winkels, musea, sportgebouwen, bibliotheken, gebouwen voor ontmoeting). Deze blokken worden op het speelbord in een stedelijke compositie geplaatst door de speler(s). De blokken worden op het bord geplaatst naar eigen inzicht met de gewenste onderlinge afstand, groepering, mogelijkheid tot interactie, enzovoorts. Hieruit komt het gesprek voort op basis van de thema’s zoals clustering en afstand tot anderen. Tijdens en na het plaatsen van de blokken worden de spelers hypothesen voorgelegd waarop de spelers reageren in woord. De hypothesen zijn tevens bijgesloten op de bijgeleverde CD. De hypothesen komen voort uit het literatuur onderzoek en zijn in de loop van het ontwerpproces aangevuld met vragen die op dat moment voor mij als ontwerper een rol speelden.

Schema H1. Het ruimtelijke speelveld van interactie



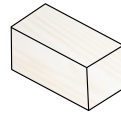


## Hypothesen

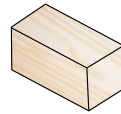


## Speelblokken

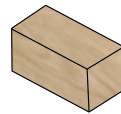
1. Vurenhout: wonen voor mensen met een psychiatrische aandoening



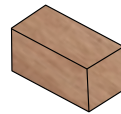
2. Geolied vurenhout: wonen voor andere mensen, de wijkbewoners



3. Eikenhout: zorggebouwen

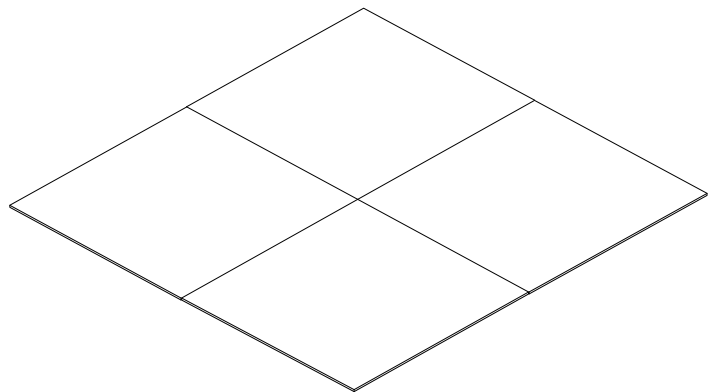


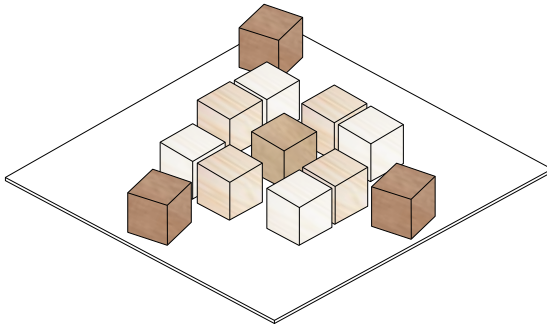
4. Meranti hout: publieke gebouwen



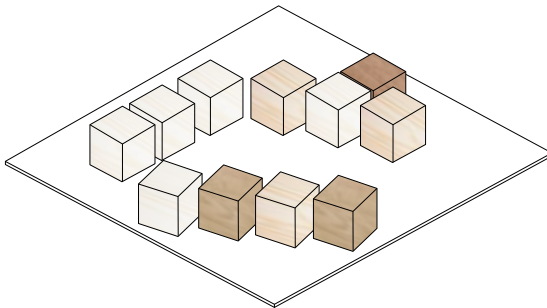
## Speelveld

4 witte plexiglasen speelvelden

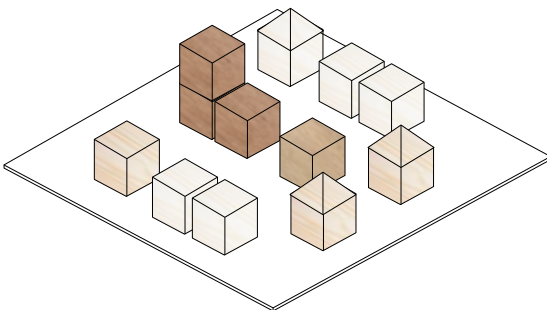




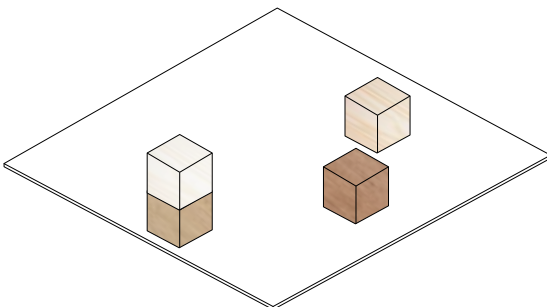
Norbert van Ijperen  
Pameijer



Paula van Zijp  
Bavo Europort

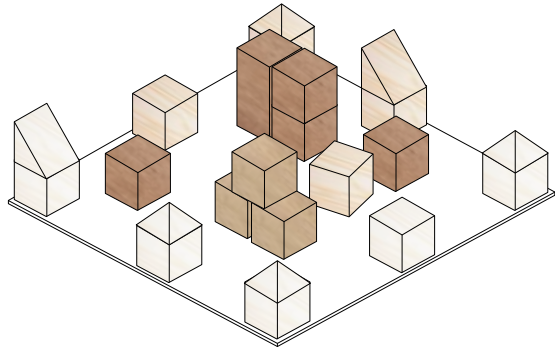


Bram Schinkelshoek  
Kessler

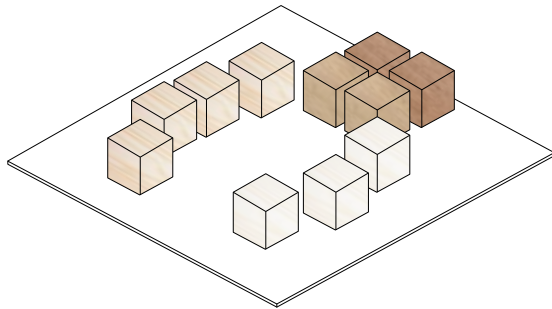


David Rinsampessy  
Next

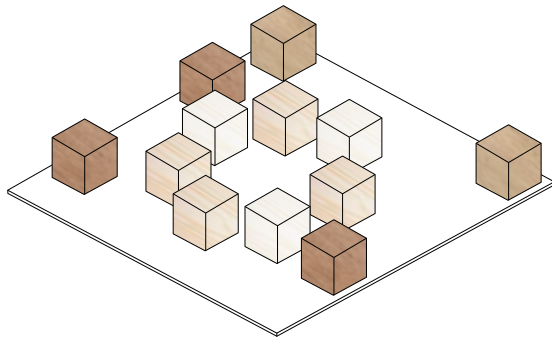
Roos  
Cliënt



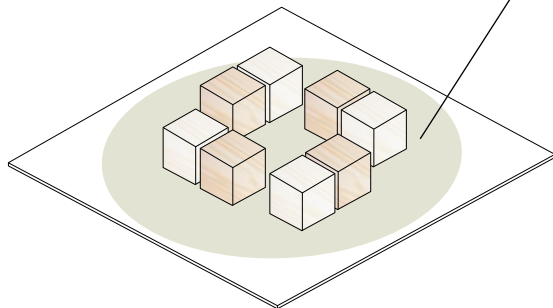
Tristan  
Cliënt



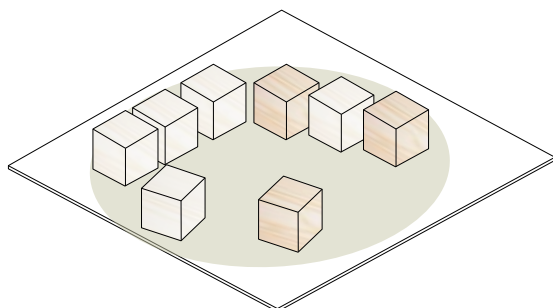
Michael  
Melanie  
Buurtcirkel



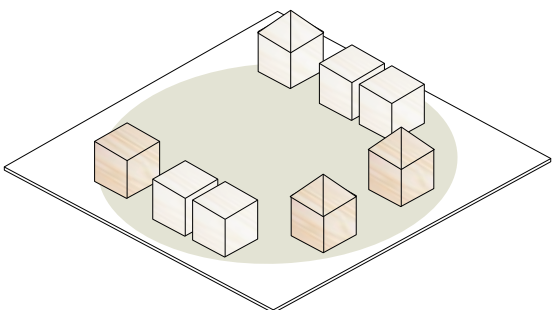
## Het stedelijke weefsel



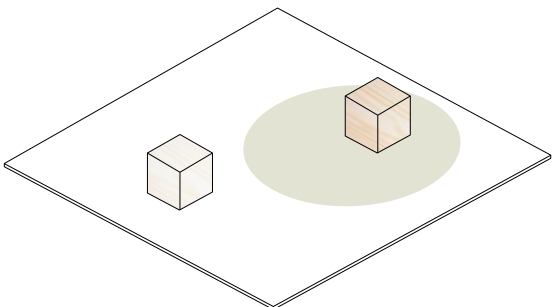
Norbert van Ijperen  
Pameijer



Paula van Zijp  
Bavo Europort



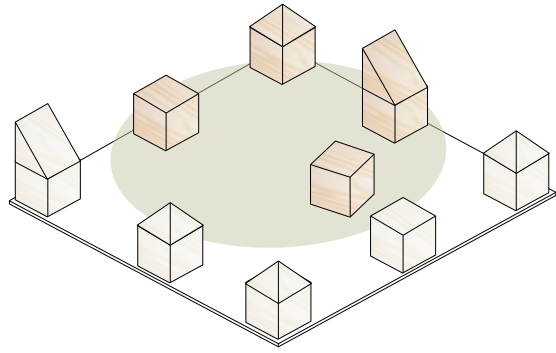
Bram Schinkelshoek  
Kessler



David Rinsampessy  
Next

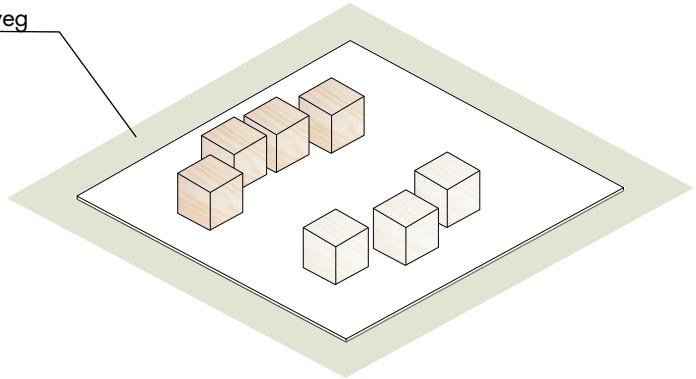


Roos  
Cliënt

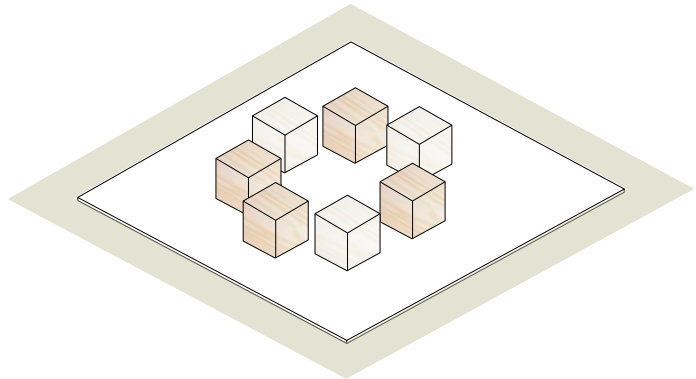


De drukke weg

Tristan  
Cliënt



Michael  
Melanie  
Buurtcirkel



**“Het is en beschut en het is midden in de wijk.  
Het is de combinatie die het succesvol maakt”.**

Norbert van Ijperen, Pameijer Rotterdam

**“Huizen staan in drukke centra. In het centrum van de stad ben je anoniem, ondanks dat het heel druk is. En hier [in de periferie] ben je de gek van de straat”.**

Bram Schinkelshoek, Kessler Stichting Den Haag

**“De mensen met psychiatrische kwetsbaarheid, in verband met die prikkelverwerking, zou ik ze wel aan de zijkant zetten. Ik zou daar wel de mogelijkheid geven voor bos en water. Geen spoorlijn, die ervaringen zijn meestal niet zo goed. Die mensen zien omdat ze zo ziek zijn vaker het leven niet zitten als wij”.**

David Rinsampessy, Next Arnhem

**“De huizen voor kwetsbare bewoners staan meer langs de rand van de wijk. Niet langs een drukke weg. Een natuurlijke omgeving: dat geeft rust wanneer je dat nodig hebt, de omgeving kan je dan niet overprikkelen”.**

Roos, cliënt

**“Die drukke straten er meer omheen leggen. Als je naar binnen komt dat het meer rustige wegen zijn”.**  
**“Ja, een beetje als een woonerf”.**

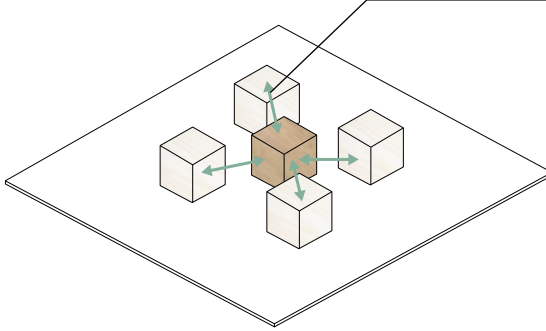
Michael de Jong & Melanie van Zanten  
Buurtcirkel Pameijer Rotterdam

## De positionering in de wijk

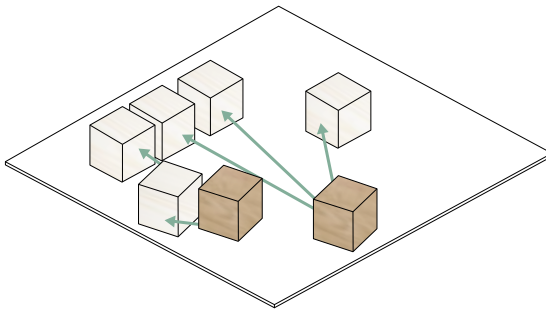
In de positionering in de wijk zijn twee tendensen te zien. Enerzijds zetten de grotere zorginstanties, Pameijer, Bavo Europoort en de Kessler Stichting, de woningen van kwetsbare mensen met een psychiatrische aandoening midden in het stedelijke weefsel. Hierbij speelt de visie een rol dat mensen nu zelfstandig gaan wonen en actief deel moeten nemen aan de samenleving. Hierbij wordt wel genoemd dat dit wel een beschutte plek in de stad moet zijn, om te veel prikkels te voorkomen. Anderzijds leggen kleinere zorginstanties, Next, en de cliënten en ambulante begeleiders de woningen bewust uit de drukte. Omgevingselementen als de nabijheid van spoorlijnen, coffeeshops, een makkelijke verkrijgbaarheid van drugs en een drukke weg hebben niet de voorkeur in de nabijheid van de woning. Uit de positioneringen van de laatste groep op het bord bleek er bijvoorbeeld een voorkeur te zijn voor een beschutte plek zoals wonen rondom een hof of op een woonerf.

Een ander opvallend aspect is dat kwetsbare groepen niet alleen op afstand van de normale bewoners op het bord werden gelegd vanwege hun behoefte aan meer rust en ter bescherming van de samenleving. Stigmatisering vanuit de samenleving zelf vormt ook een reden, ofwel afscherming van de samenleving ter bescherming van de cliënt. Zo benoemde David Rinsampessy en Paula van Zijp dat er op dit moment helemaal niet zo'n inclusieve samenleving is.

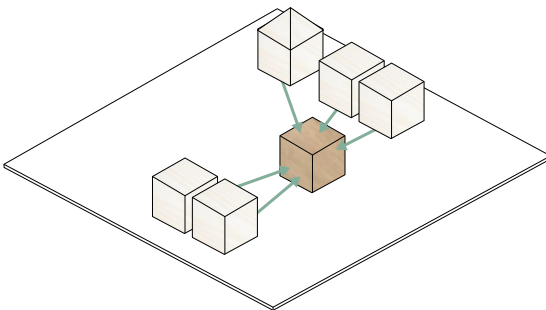
De zorg naar de cliënt of de cliënt naar de zorg



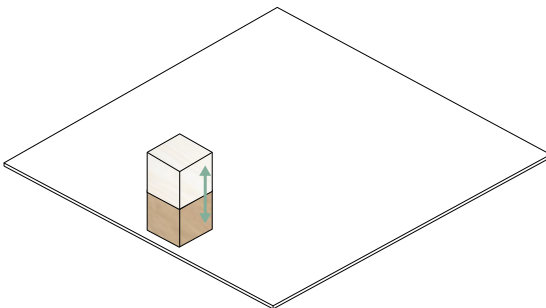
Norbert van Ijperen  
Pameijer



Paula van Zijp  
Bavo Europoort

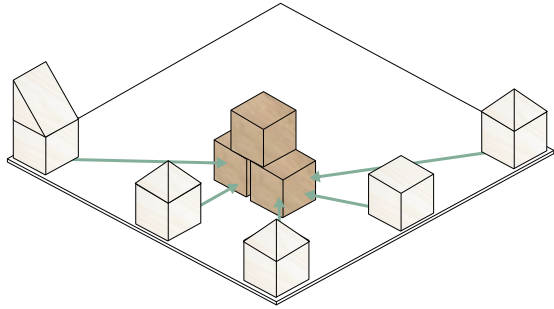


Bram Schinkelshoek  
Kessler

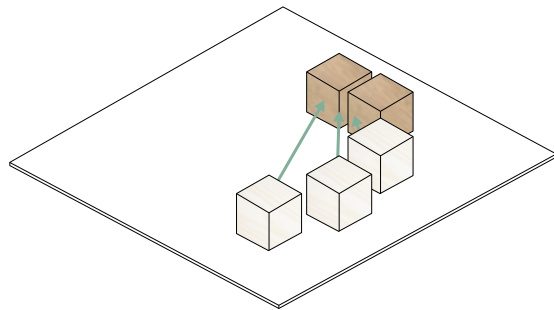


David Rinsampessy  
Next

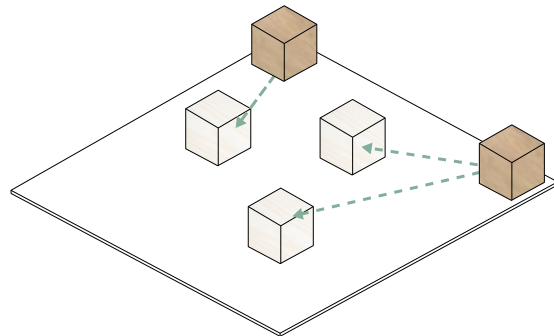
Roos  
Cliënt



Tristan  
Cliënt



Michael  
Melanie  
Buurtcirkel



**“Een waakvlam (de zorg). Dat het ook gewoon niet duidelijk dat je erbij hoort. Mensen zijn los of ze wonen een flat verder, maar dat daar wederzijds de kans is om mensen even weer wat dichterbij te halen maar ook heel snel weer los te laten omdat het heel vertrouwd is en ook kan. Dat zou voor mij ideaal zijn”.**

Norbert van Ijperen, Pameijer Rotterdam

**“Dat vind ik mooi als je dat dan zo kan organiseren dat die zieke mensen in de buurt zitten en dat die dan eventueel nog terug kunnen vallen op de zorg”.**

Paula van Zijp, Bavo Europoort Rotterdam

**“Dan is er in de buurt een zorginstelling. In de buurt, dat is een halve kilometer ongeveer. Op loopafstand. Omdat mensen vaak een terugval hebben en dan [...] kunnen ze ook even kort opgenomen worden in een vorm van een zorginstelling. Een voor hun bekende plek waar wij ze ook kennen. Dit zijn een soort satellieten om een zorginstelling heen (wijzend op de zorg)”.**

Bram Schinkelshoek, Kessler Stichting Den Haag

**“Ik heb dit bijvoorbeeld als een koppeltje gemaakt, waarbij een zorg cliënt en reguliere huurder gewoon naast elkaar wonen. Maar wel wellicht om een centraal punt heen. Dat kan ons kantoor zijn of misschien in de vorm van een wijkteam”.**

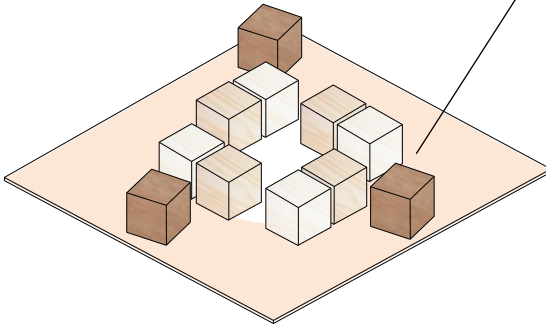
David Rinsampessy, Next Arnhem

## De positionering ten opzichte van de zorg

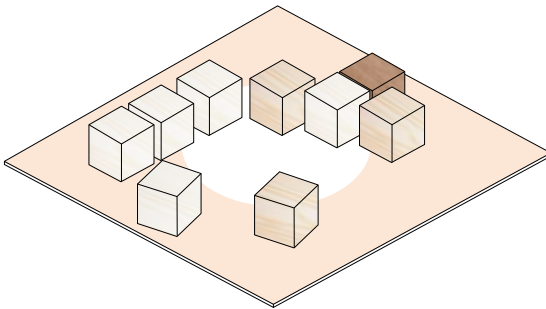
Voor alle geïnterviewden blijft de zorg een rol spelen in de wijk wanneer mensen zelfstandig gaan wonen. Zorg blijft voor deze kwetsbare groep mensen in grotere mate nodig, met name in onstabiele perioden wanneer een terugval dreigt. De zorg kan in het beeld van de zorginstanties nu een soort achterwacht of waakvlam zijn, en opschalen en afschalen al naar gelang de problematiek. Ook kan er hier een bed beschikbaar zijn, zodat mensen bij de zorg kunnen verblijven voor korte termijn bij een terugval. Wanneer de zorg zich in de nabije omgeving bevindt, is er een vertrouwdeheid opgebouwd waardoor mensen hun zorgvraag makkelijker kunnen stellen.

Een tegenstrijdigheid die uit de positionering naar voren kwam, is dat zorginstanties aangeven dat het nodig is nog bij mensen thuis te komen. Hierdoor is er beter toezicht mogelijk op de situatie van mensen, verrommelen ze, zorgen ze voor zichzelf. De cliënten geven juist aan dat dit onduidelijkheid kan geven. Wanneer mensen naar de zorg toe kunnen komen geeft dit meer rust, duidelijkheid en zelfregie. Dit is een spanningsveld met betrekking tot de manier van zorg verlenen bij zelfstandig wonen. De ambulante begeleiders van de Buurtcirkel hebben de visie dat door meer lotgenoten contact, de zorg steeds meer op afstand kan staan, door de sociale banden krijgen mensen een groter zelfoplossend vermogen. Deelnemer van de Buurtcirkel Tristan bleef de zorg echter dichtbij zijn woning plaatsen, redenen hiervoor waren dat de zorg als ontmoetingsplek kan dienen en prettig is voor een kort praatje. In het teveel terugtrekken van de zorg ziet David Rinsampesy een risico doordat de zorgvraag vaak niet wordt gesteld in het korte uurtje begeleiding die mensen thuis krijgen.

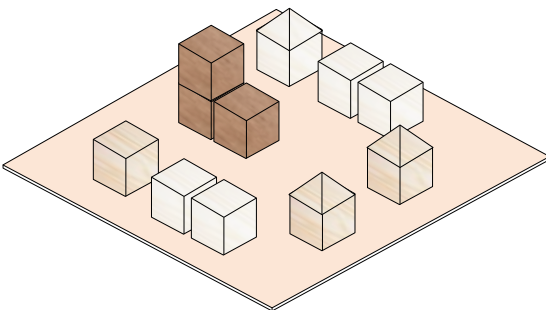
Het bereik van voorzienigen



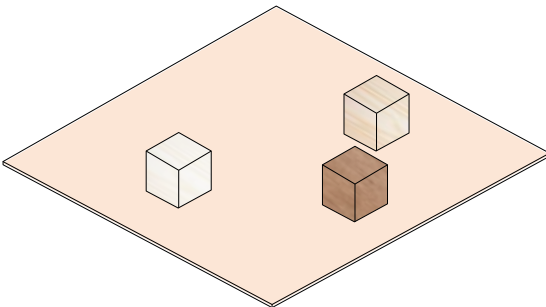
Norbert van Ijperen  
Pameijer



Paula van Zijp  
Bavo Europort



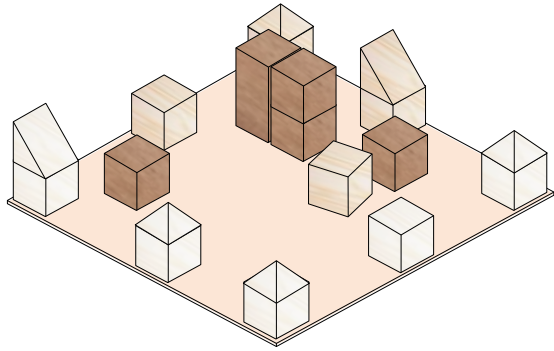
Bram Schinkelshoek  
Kessler



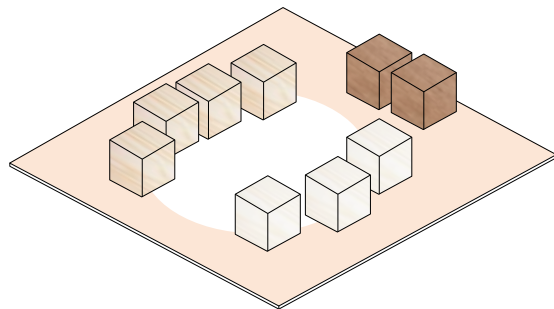
David Rinsampessy  
Next



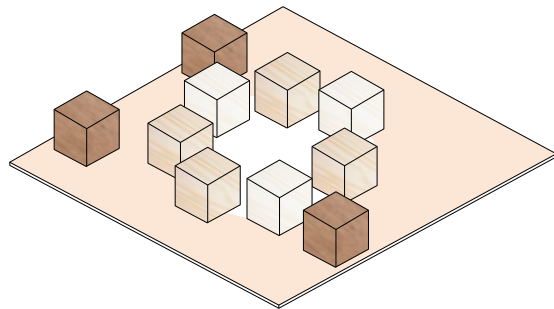
Roos  
Cliënt



Tristan  
Cliënt



Michael  
Melanie  
Buurtcirkel



**“Sociale voorzieningen eromheen, winkelcentra, openbaar vervoer en wijkteam dichtbij een bepaalde voorziening, of wij dat nou zijn op iemand anders. Dus al die faciliteiten zouden er idealiter omheen moeten liggen”.**

Norbert van Ijperen, Pameijer Rotterdam

**“Voorzieningen die zet ik zo hè. Die zouden daar een functie in kunnen hebben, soms een plek om terug te vallen. Maar soms ook niet”.**

Paula van Zijp, Bavo Europoort Rotterdam

**“Mensen zullen niet makkelijk snel contact maken. En als ze contact maken dan doen ze dat vaak op een beetje een aparte manier. Het helpt heel erg als er vaste ankerpunten zijn in de buurt waar je woont. Als je maar het klein maakt, dat het persoonlijk wordt”.**

Bram Schinkelshoek, Kessler Stichting Den Haag

**“Van die gezonde factoren, dat er een beetje wat te doen is, dat dat wel binnen handbereik is. Want door medicatie voelen mensen zich ook vaak vermoeid. Het moet ook niet zo zijn van: gehandicapten jullie kunnen niet ver, dus het moet allemaal dichtbij. Misschien moet dit wel gewoon lekker bij de gewone mensen zeg maar, maar niet te ver weg”.**

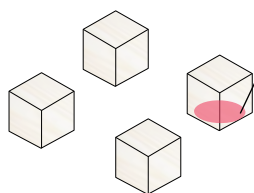
David Rinsampessy, Next Arnhem

## **De positionering ten opzichte van voorzieningen**

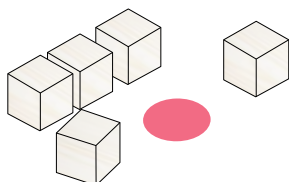
Voorzieningen hebben voor alle geïnterviewden een plek op het speelveld. Het enige verschil is of deze deel uitmaken van het bouwblok van woningen of niet. Dit is deels verklaarbaar doordat het speelveld soms gezien werd als de gehele wijk, met een abstracte weergave van locaties, of meer toegepast op een stedelijk ensemble waari woningen rond een hof of plein gegroepeerd werden.

Voorzieningen vervullen in de visie van allen een sociale rol, om anderen te ontmoeten in de buurtwinkel, om naar buiten te gaan, om in de samenleving deel te nemen. De voorzieningen zijn dus van de wijk, niet alleen van mensen met een aandoening, ook om stigmatisering te voorkomen. Cliënten zelf noemden een voorkeur voor een clustering van voorzieningen, op die manier kunnen activiteiten eerder wel gedaan worden doordat mensen er toch al zijn. Wanneer voorzieningen gekoppeld worden aan de zorg, zoals bijvoorbeeld door Norbert van Ijperen werd gedaan, kan de zorg zichtbaarder zijn en meeliften op de aanwas van mensen die naar de voorzieningen komen. De anonimiteit van grootschalige voorzieningen wordt wel als een risico genoemd door Bram Schinkelshoek, kwetsbare groepen worden hier sneller door overweldigd en de mogelijkheid om informele sociale contacten te krijgen neemt af.

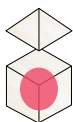
De locatie van te delen voorzieningen



Norbert van Ijperen  
Pameijer



Paula van Zijp  
Bavo Europoort

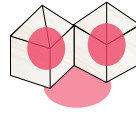


Bram Schinkelshoek  
Kessler

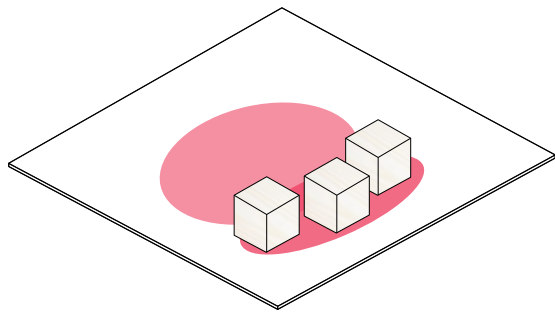


David Rinsampessy  
Next

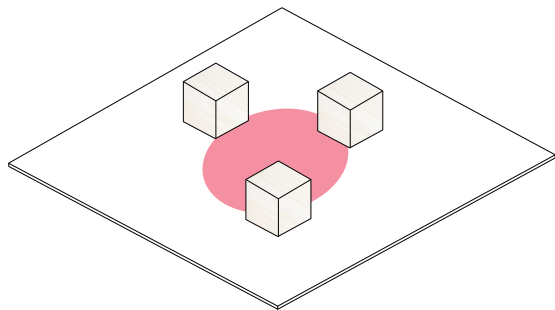
Roos  
Cliënt



Tristan  
Cliënt



Michael  
Melanie  
Buurtcirkel



**“Wij denken juist dat het bijna achterhaald is om alleen maar een pand te vullen met zorgbehoevenden. Zij komen meer in hun kracht juist als je ze ook in de aanraking laat komen met gewone mensen”.**

Norbert van Ijperen, Pameijer Rotterdam

**“We moeten niet vergeten dat er een aantal mensen zo kwetsbaar zijn dat je die dan beter met elkaar in een pand kunt laten wonen”.**

Paula van Zijp, Bavo Europoort Rotterdam

**“Als mensen bij elkaar gaan wonen met een soort lotgenoten idee, dan is het al heel wat als ze met elkaar een gemeenschap vormen”.**

Bram Schinkelshoek, Kessler Stichting Den Haag

**“Het groepsproces is heel belangrijk. Waar het vaak met deze mensen mis gaat, is dat ze alleen maar denken. Door met elkaar te praten, door met elkaar te zijn, te koken, haal je mensen uit hun hoofd. Die hele interactie met de buitenwereld ontstaat veel minder snel als ze alleen wonen”.**

David Rinsampessy, Next Arnhem

**“Lotgenoten met elkaar! Dat maakt de drempel minder hoog om überhaupt weer in contact te komen. Resocialiseren bereik je eerder door dat met elkaar te doen in plaats van alleen”.**

Roos, cliënt

**“Lotgenoten meer bij elkaar zetten”.**  
**“Waarom toch per se, Tristan?”**  
**“Ja, daar gaat mn voorkeur naar uit, ik vind dat prettiger. We lijken op elkaar”.**

Tristan & Melanie van Zanten, Buurtcirkel Pameijer Rotterdam

## De positionering van lotgenoten

Het thema lotgenoten vormde de grootste bron van een verschil in visie. Deze is in de delen in de visie van bovenaf, vanuit de zorg (en politiek), en de visie vanuit mensen zelf, de cliënten. Alle geïnterviewden zien echter het nut van lotgenoten in, lotgenoten geven mensen met een aandoening het gevoel van (h)erkenning. De literatuur onderschrijft dit aspect. De visie van bovenaf heeft te maken met de participatie samenleving. De overheersende tendens is dat mensen alleen in de wijk moeten wonen, dit zou hen beter helpen om deel te nemen aan de samenleving. Een enclave van mensen met een psychiatrische aandoening in de wijk wordt als risico van stigmatisering en uitsluiting gezien. Dit aspect is ook benoemd in de positionering in de wijk. De woning zou zich architectonisch ook niet moeten onderscheiden in de wijk of het straatbeeld. Waar de wens van aansluiten op de vormgeving bij de zorgpartijen voortkomt uit de visie de cliënten net zo normaal te laten zijn als de rest van de buurt. Bij de cliënt komt dit voort uit de visie dat opvallen stigmatisering kan betekenen.

De visie vanuit de mensen zelf, vanuit de cliënten, is dat zij zelf juist liever met lotgenoten wonen. Zij zien hierin dan ook geen risico tot stigmatisering, wanneer de woongroepen redelijk klein worden gehouden. De voorkeur werd duidelijk uitgesproken, zelfs wanneer dit tot discussie leidde zoals het geval was bij het combinatiegesprek met Buurtcirkel. Het wonen met lotgenoten wordt niet alleen gezien als het delen van een wooncomplex, maar juist in het delen van voorzieningen en ruimtes. Het delen wordt gezien als het delen van voorzieningen zoals een wasmachine, maar ook het delen van gemeenschappelijke ruimtes zoals een woonkamer of keuken. David Rinsampessy sprak ook deze voorkeur voor samenwonen uit. Zijn uitleg hiervoor is dat het delen van de woning mensen uit hun hoofd haalt en meer in het moment trekt. Lotgenotencontact kan er ook voor zorgen dat mensen eerder naar buiten gaan en wat gaan doen, doordat zij elkaar hiervoor hebben. Cliënt Roos verwoordde dit passend door te benoemen dat resocialisatie samen eerder bereikt wordt.

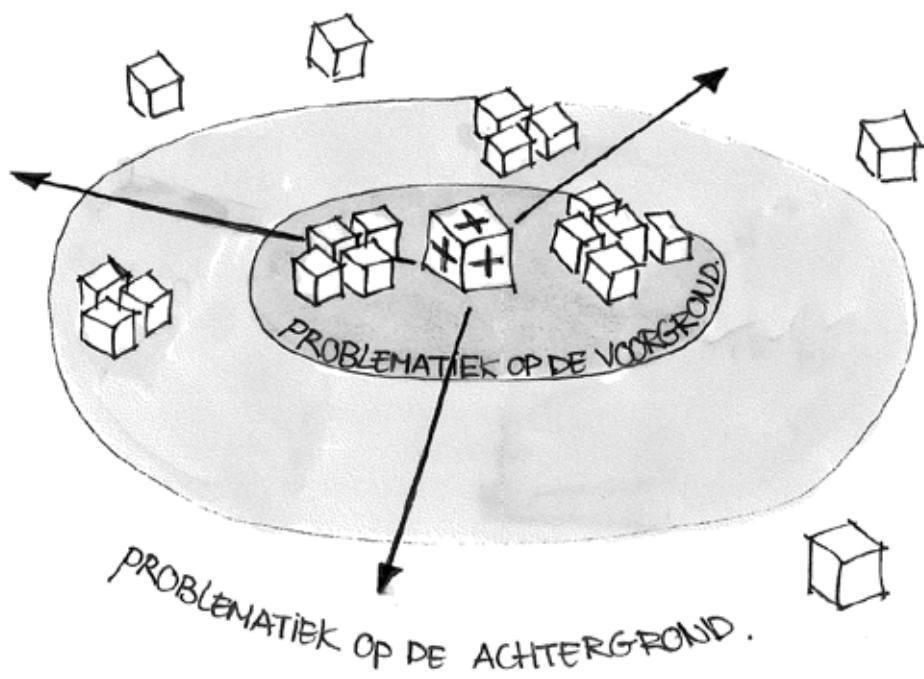




### **Architectonische Uitgangspunten**

In dit laatste hoofdstuk staan de onderzoeksconclusies centraal. De conclusies worden kort samengevat en vervolgens vertaald naar Architectonische Uitgangspunten. Deze architectonische uitgangspunten dienen vervolgens als basis voor het ontwerp, maar kunnen ook externen, zoals architecten en beleidsvormers, tot hulp zijn.

## Gespikkeld Is Niet Alleen



## **Conclusie**

---

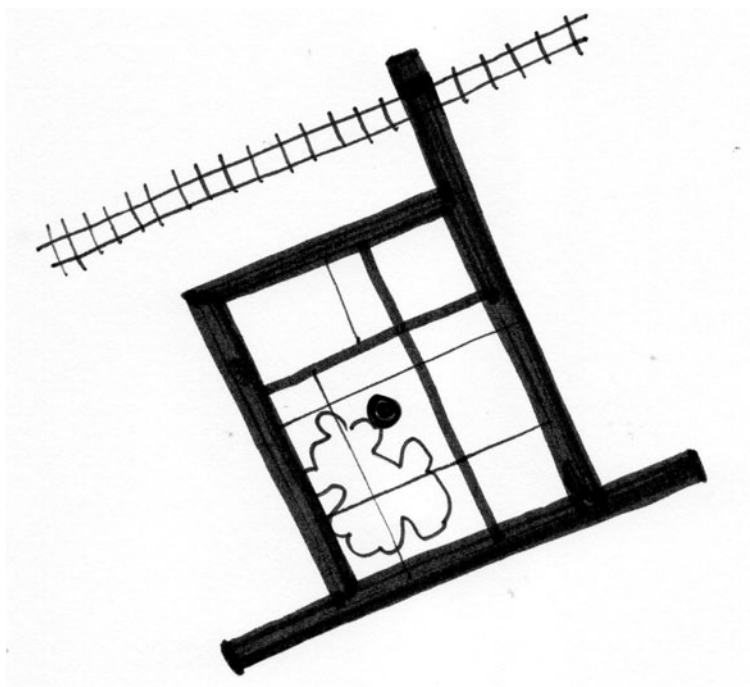
Uit de gehouden interviews blijkt dat zowel zorginstanties als mensen met een aandoening zelf de woningen verspreid door de wijk leggen. Dit heet in zorg-termen 'gespikkeld' wonen. Het gespikkeld wonen komt voort uit de visie van normalisatie. Mensen wonen zo normaal en zelfstandig mogelijk, net als ieder ander mens, of men nou zorg ontvangt of niet. Overigens betekent gespikkeld wonen niet altijd dat er geen clustering van lotgenoten meer bestaat. Hoe meer de problematiek op de voorgrond staat, hoe meer mensen vaak nog geclusterd wonen.

## **Architectonisch uitgangspunt**

---

Gespikkeld wonen betekent dus niet per se alleen in de wijk wonen, het betekent vooral zelfstandig wonen met een eigen voordeur zoals ieder ander. Het gespikkeld wonen kan ook betekenen dat de woningen op een redelijke afstand van elkaar liggen, waarbij er ook een centraal zorgpunt kan zijn.

## Beschutte Plek In De Wijk



## **Conclusie**

---

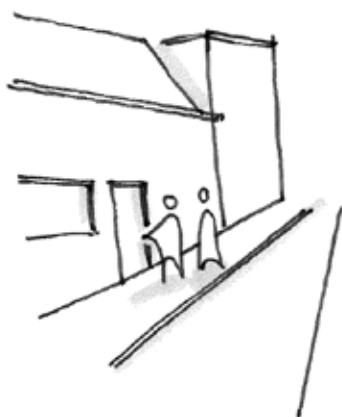
De kwetsbaarheid van mensen met een psychiatrische aandoening ligt hoger dan die van de gemiddelde mens. Er is een dikwijls een verhoogde gevoeligheid voor prikkels en verslavingen. Daarbij werd er in interviews ook gesproken over de strijd die sommigen van de cliënten hebben gehad met het leven. Omgevingselementen als de nabijheid van spoorlijnen dienen daarom vermeden te worden. Voor coffeeshops en een makkelijke verkrijgbaarheid van drugs in de omgeving geldt hetzelfde. Andere prikkels zoals een drukke weg hebben niet de voorkeur in de nabijheid van de woning. Uit de positioneringen op het bord bleek er bijvoorbeeld de voorkeur te zijn voor een beschutte plek zoals wonen rondom een hof of op een woonerf.

## **Architectonisch uitgangspunt**

---

De positionering van het ensemble dient rekening te houden met de kwetsbaarheid van deze groep mensen. Het ensemble moet zich positioneren op een beschutte plek in de wijk. Echter, er is een spanningsveld met het risico van (sociale) isolatie en de wederzijdse acceptatie die maatschappelijk gewenst is, verwijzend naar de Architectonische Uitgangspunten 'Het Stedelijke Leven' en 'Inclusief'.

## Oppervlakkige Contacten



## **Conclusie**

---

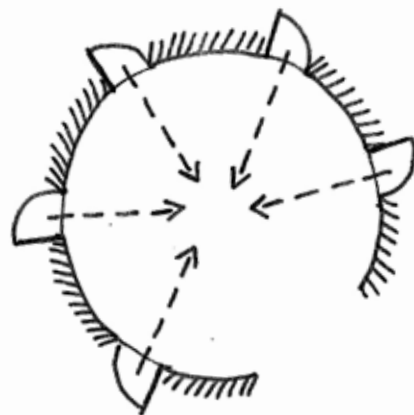
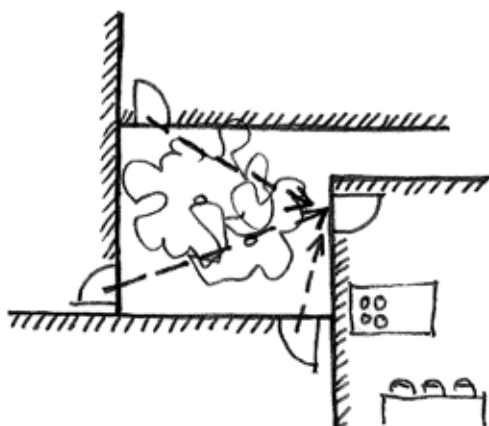
Mensen met een beperkingen verkeren in contacten vaak in de rol van ontvanger. Mensen zonder beperkingen helpen hen op basis van het idee van liefdadigheid. Dit zijn eenzijdige afhankelijkheidsrelaties, waardoor mensen het gevoel kunnen ontwikkelen niet uit de rol van 'patiënt' te kunnen stappen. Dit kan omslaan in houding van passiviteit en afwachtendheid. In die zin kunnen wij als samenleving mensen ook institutionaliseren, dat gebeurt niet alleen binnen het instituut.

## **Architectonisch uitgangspunt**

---

In contacten waarin beide partijen kunnen geven in contact kunnen mensen uit hun rol van 'patient' stappen en kunnen zij een 'rol' vervullen in de samenleving. Het blijkt dat mensen dit het meest ervaren in oppervlakkig contacten op straat, waar mensen elkaar groeten en een praatje met elkaar maken. Oppervlakkige contacten lijken op de regels voor contact die gelden in de buurt; namelijk het houden van een gepaste afstand en het niet met elkaars privédomein bemoeien, waar mensen met een aandoening zich vaak prettig bij voelen. De openbare ruimte leent zich goed voor oppervlakkige contacten; de hondenuitlaatplaats, de straat of de (buurt)winkel.

## Lotgenotencontact





## **Conclusie**

---

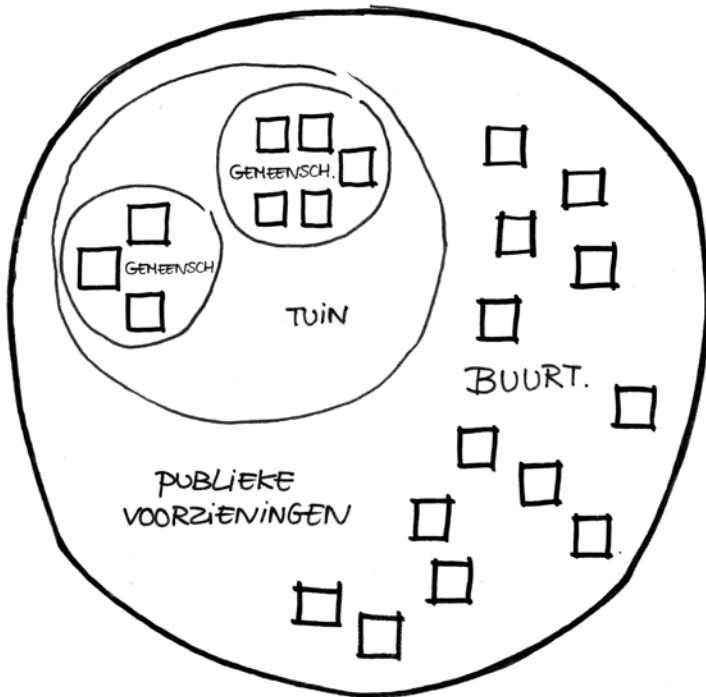
In de interviews en in de literatuur komt het belang van lotgenoten contact duidelijk naar voren. Vooral cliënten zelf zien dit als heel waardevol, doordat mensen bij lotgenoten onderling begrip en overeenkomsten vinden. Lotgenoten maken de drempel minder hoog om überhaupt weer in contact te komen met anderen. Roos, vriendin en cliënt, zette bijvoorbeeld de blokken op deze manier neer zodat mensen elkaar kunnen tegenkomen.

## **Architectonisch uitgangspunt**

---

Door in de buurt bewust zelfstandige woningen te maken voor mensen met een psychiatrische aandoening, iets wat nu niet wordt gemaakt, wordt het mogelijk hen bij elkaar te laten wonen. Zij hebben dan ieder hun eigen woning maar kunnen elkaar bijvoorbeeld bij de voordeur tegenkomen op een binnenplaats, die zowel buiten als binnen kan zijn. Om prikkels te voorkomen zouden dit niet teveel mensen moeten zijn, een kleine groep lijkt het best te werken.

# Gradaties Van Delen



## **Conclusie**

---

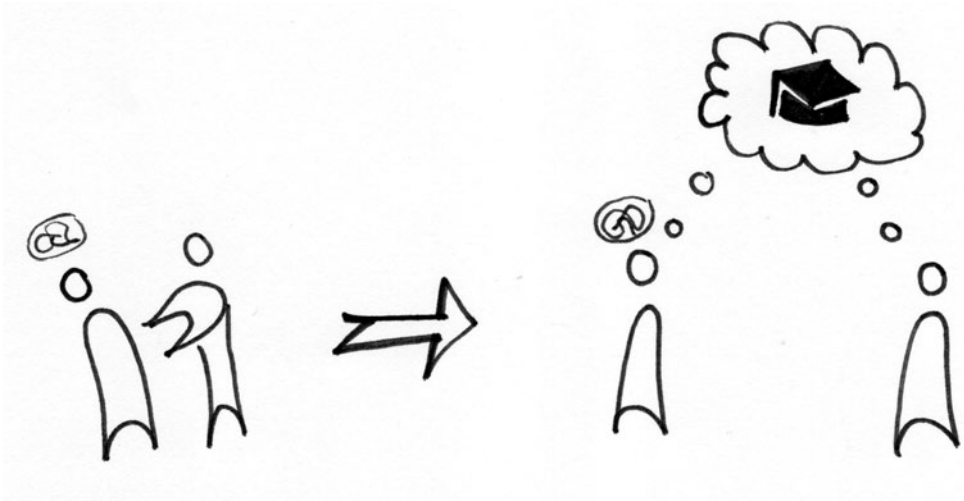
Dit uitgangspunt is aansluitend op het voorgaande uitgangspunt 'Lotgenotencontact'. Uit de interviews bleek dat het wonen met lotgenoten ruimer wordt gezien dan slechts een gebouw delen, lotgenoten willen graag meer delen dan dat. Het delen van de woning kan mensen meer uit hun gedachten halen en meer in het moment trekken. Lotgenotencontact kan er ook voor zorgen dat mensen eerder naar buiten gaan en wat gaan doen, doordat zij elkaar hiervoor hebben. Voorbeelden van voorzieningen of ruimtes om te delen zijn wasmachines, woonkamer en keuken. Ook werd aangegeven dat een groep lotgenoten met elkaar elementen kan delen, maar dat zij vervolgens ook weer deel zijn van een grotere groep die elementen deelt. Van de grotere groep maakten ook de reguliere buurtbewoners deel uit. Elementen om de delen zijn dan bijvoorbeeld een tuin, moestuin of hof.

## **Architectonisch uitgangspunt**

---

Lotgenoten zouden onderling voorzieningen en ruimtes binnen de woning kunnen delen. Zij maken vervolgens deel uit van een groter geheel met andere bewoners, die op hun plaats een gemeenschappelijke buitenruimte delen.

## Menging



## **Conclusie**

---

De gemiddelde bewoner zit niet altijd te wachten op de komst van zeer kwetsbare groepen, die er kwetsbaar uit zien, die kwetsbaar ruiken, die kwetsbaar gedrag vertonen. Inclusie moet van twee kanten komen, ook de maatschappij moet ruimte maken voor deze mensen.

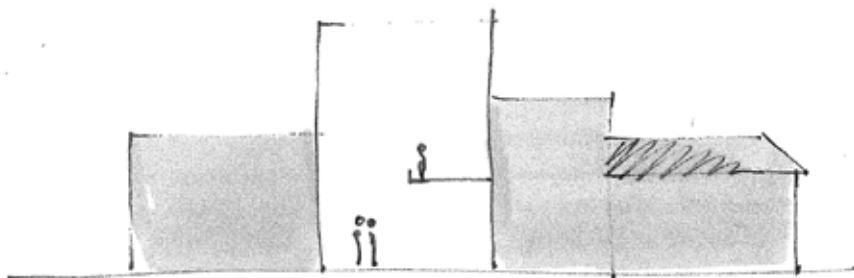
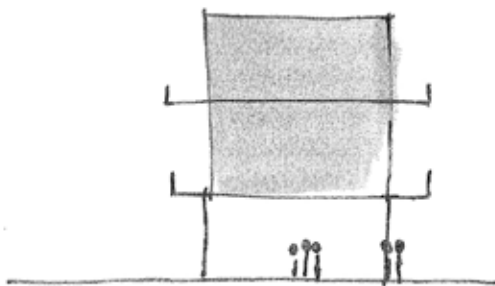
Het lijkt erop alsof we het soms zijn verleerd te wonen in de wijk met mensen die kwetsbaar zijn. Het mengen van gebruikersgroepen zou kunnen helpen om aan elkaar te wennen. In de Best practices zijn verschillende manieren van menging ingezet.

## **Architectonisch uitgangspunt**

---

Wanneer kwetsbare bewoners gemengd wonen met draagkrachtige bewoners kan dit ervoor zorgen dat kwetsbare bewoners een constante afhankelijkheid en ongelijkheid ervaren. Tussen de mate van menging en de mate van het zichzelf kunnen zijn in de eigen leefwereld is een spanningsveld. Als we mensen willen mengen, kwetsbare groepen en 'normale' burgers. Zou er een gemeenschappelijke deler moeten zijn, zoals dat je beiden jong bent. Zo kan er eerder aansluiting met elkaar ontstaan.

## Openbare Voorzieningen



## **Conclusie**

---

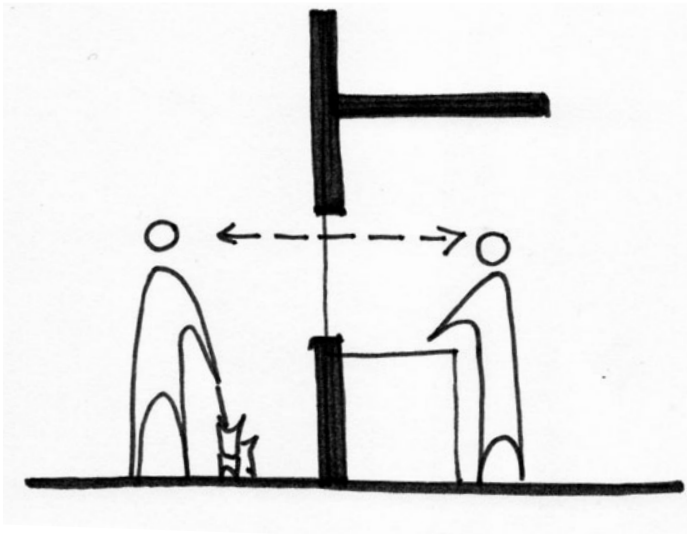
In de Best Practices valt het op dat hoe meer de gebouwen van de Best practices in de samenleving staan, hoe meer aanvullende functies zij hebben buiten het wonen.

## **Architectonisch uitgangspunt**

---

Openbare voorzieningen lijken een ingrediënt tot integratie. Dit kan in de vorm zijn van voorzieningen in de plint, maar ook een openbare voorziening in de nabijheid van het wonen.

# Het Stedelijke Leven





## **Conclusie**

---

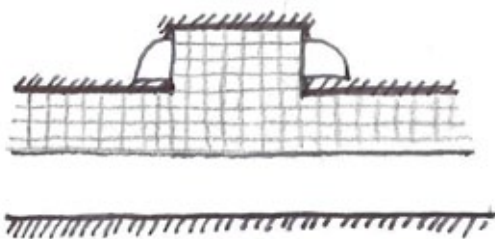
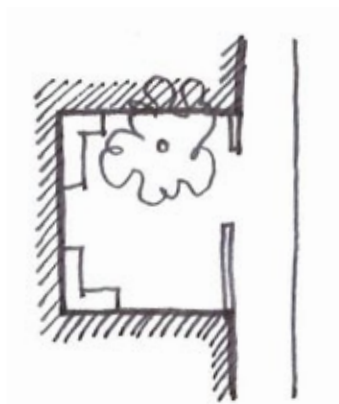
De woning kan voor mensen een veilige haven vormen, terwijl de buitenwereld onprettig en onveilig kan aanvoelen. Enerzijds heeft dit te maken met de samenleving die niet zo inclusief is als verwacht. Anderzijds kan het ensemble van woningen isolatie van mensen trachten te voorkomen. In de interviews werd bijvoorbeeld opgemerkt dat er niet teveel drempels tussen de woning en het stedelijk leven moeten zijn. De traditionele opzet van woningbouw waarbij een tuin de woning van de straat scheidt kan ervoor zorgen dat mensen ongezien in een isolement terecht kunnen komen. Vice versa zorgt dit er ook voor dat de sociale controle van anderen op kwetsbaren, het oogje voor elkaar in het zeil houden, vermoelijk wordt.

## **Architectonisch uitgangspunt**

---

De positioneringen van de woning ten opzichte van het stedelijke leven speelt een rol voor mensen om isolatie en zich terug trekken te voorkomen, maar ook om het mogelijk te maken dat mensen op elkaar kunnen letten. De woning zou zich zo moeten positioneren dat snel contact met het stedelijke leven en anderen mogelijk is.

## De Tussenruimte



## **Conclusie**

---

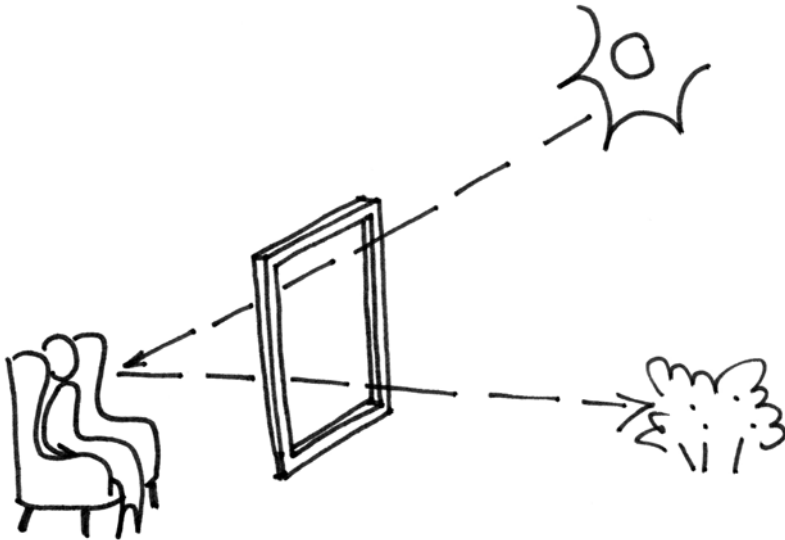
Mensen met een beperking voelen zich in de publieke ruimte soms niet of nauwelijks thuis. Voor hen is het belangrijk dat ze niet opvallen in de publieke ruimte.

## **Architectonisch uitgangspunt**

---

Het maken van tussenruimtes tussen het privé gebied en de publieke ruimte kan mensen helpen zich toch in de buitenruimte te bevinden, zonder dat zij hier gelijk deel van uit moeten maken.

## Relatie Met De Natuur



## **Conclusie**

---

Mensen met een psychiatrische aandoening kunnen de neiging hebben zich te isoleren in hun woning. De aandoening en medicatie kunnen er ook voor zorgen dat er een verminderd contact met de buitenwereld ontstaat. De buitenwereld moet hierdoor de kans krijgen de woning binnen te treden. Zicht op de seizoenen en de stand van de zon versterkt het contact met het moment van de dag, met het bio-ritme van mensen. Contact met de natuur werd ook veelvuldig genoemd als middel om rust in het hoofd te krijgen en als prikkelverlagend.

## **Architectonisch uitgangspunt**

---

De woning moet het contact met de buitenwereld verstevigen en bevestigen. Zicht op de seizoenen en de stand van de zon vanuit de woning versterkt het contact en het bio-ritme van mensen.

## Normaal Waar Het Kan



## **Conclusie**

---

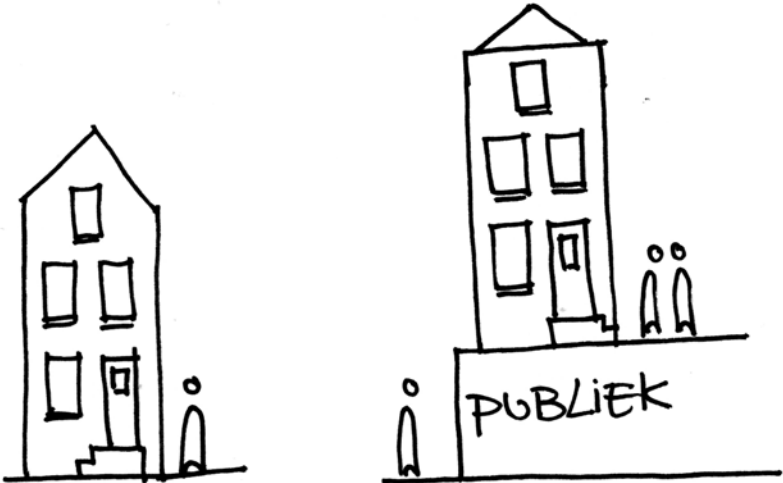
Uit de interviews bleek dat zowel cliënten als zorginstanties er de voorkeur voor hebben dat de woning zich niet onderscheidt. Waar de wens van aansluiten op de vormgeving bij de zorgpartijen voortkomt uit de visie de cliënten net zo normaal te laten zijn als de rest van de buurt. Bij de cliënt komt dit voort uit de visie dat opvallen stigmatisering kan betekenen.

## **Architectonisch uitgangspunt**

---

Woningen van kwetsbare groepen zouden zich zo normaal mogelijk moeten presenteren naar de buitenwereld. Echter, de bijzondere wensen aan de omgeving van de doelgroep moeten echter niet uit het oog verloren worden. Achter de gevel is ruimte voor verbijzondering.

Beperkte Bouwhoogte





## **Conclusie**

---

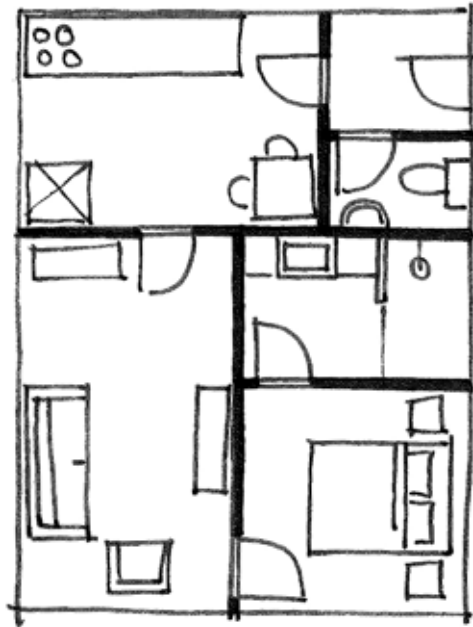
Een deel van de mensen met een psychiatrische aandoeningen heeft periodes gehad waarin zij veel aan de dood dachten. In de interviews kwam dit tevens naar voren, hierdoor werd een flat bijvoorbeeld niet als voorkeurstypologie gezien. Ook de symbolische afstand tot de samenleving werd genoemd als reden om niet te hoog in een gebouw te wonen. Anderzijds zijn de prikkels van een woning aan de straat een reden om de meer private vertrekken wellicht niet aan de straat te leggen maar een verdieping hoger.

## **Architectonisch uitgangspunt**

---

De woning zou niet hoger moeten zijn dan twee tot drie verdiepingen. Er kan voor gekozen worden de woningen verhoogd of terug te leggen, waardoor er minder directe prikkels van de straat de woning in komen.

# De Eenduidige Woning



## **Conclusie**

---

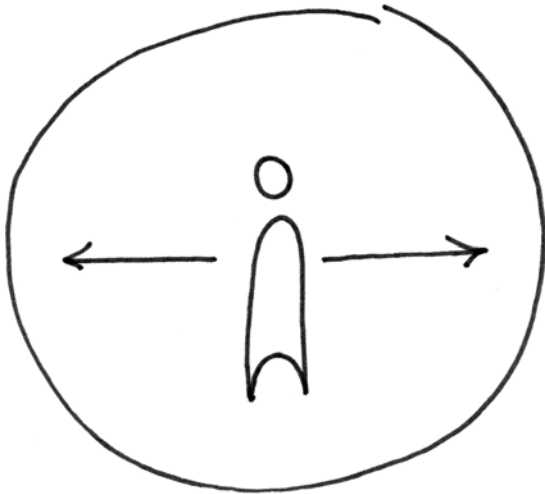
In de Best practices viel het op dat alle woningen zijn ingericht als studio's. Er is geen verbijzondering van het interieur ten aanzien van de kwetsbare groep die er woont. In de interviews werd in eerste instantie ook gezegd dat er geen verbijzondering van de woning nodig is. Echter, bij doorvragen bleek dat het vaak werd genoemd dat verrommeling in de woning een rol speelt, om dit te voorkomen wordt vaak ingezet op een kleine woning. Hierbij spelen de financiële middelen van de groep ook een rol. Verrommeling geeft mensen prikkels. De ruimte kan echter ook onrust en teveel prikkels geven wanneer er geen eenduidigheid van ruimtes is en hierdoor alle spullen en ruimtes zichtbaar zijn. Hierdoor zou de woning vooral simpel en overzichtelijk moeten zijn.

## **Architectonisch uitgangspunt**

---

De woning moet overzicht en rust bieden. Ruimtes moeten eenduidig zijn en geen menging van functies bevatten.

# Ruimte Om Te Leven



## **Conclusie**

---

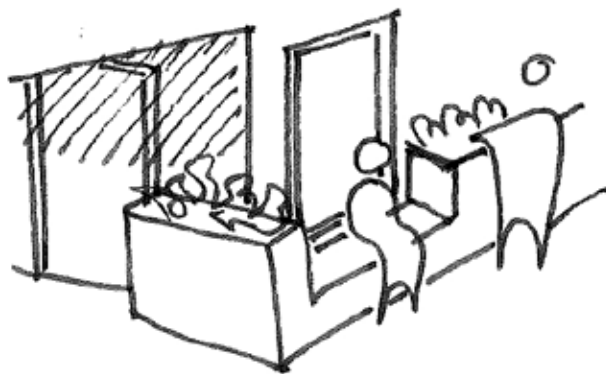
Uit het voorgaande architectonische uitgangspunt 'De Eenduidige Woning' blijkt dat mensen hun woning snel verrommelen. Een niet te grote woning is een middel om dit te voorkomen. Door de problematiek is het echter ook belangrijk om mensen levensruimte te geven. Zo werd bijvoorbeeld genoemd dat het voor normale mensen minder belangrijk is om ruimte te hebben in de woning, doordat wij beter in staat zijn deze prikkels te verwerken. Voor deze groep mensen is ruimte een middel om symbolisch aan te geven dat ze belangrijk zijn en ruimte mogen innemen. Ruimte voorkomt tevens overcrowding, wat vervolgens stress kan opleveren.

## **Architectonisch uitgangspunt**

---

De woning moet zorg uitstralen en ruimte geven om prikkels te voorkomen. De woning zou tegelijkertijd niet te groot moeten zijn, 40 tot 50 vierkante meter. De meeste mensen wonen alleen, het moeten dus overwegend één-persoons woningen zijn.

## De Zachte Omgeving



## **Conclusie**

---

Mensen met psychiatrische problematiek hebben soms de neiging zich terug te trekken in hun eigen huis. Mensen blijven op hun hoede voor een terugval en leven daardoor soms zelfs voorzichtiger. Prikkelers worden als een gevaar voor terugval ervaren.

In observaties van de publieke ruimte in Oud-Charlois (de ontwerplocatie) bleek dat de omgeving het voor mensen moeilijk maakte informele gesprekken aan te knopen, er zijn harde grenzen. De individualisatie speelt hierbij een rol. De omgevingen die wij maken, zorgen ervoor dat we ware verbinding met onszelf en de ander zijn verloren, aldus Christopher Alexander.

## **Architectonisch uitgangspunt**

---

Hoewel kwetsbare mensen met een psychiatrische aandoening nu dus zoals ieder ander in de wijk wonen, zijn zij gevoeliger voor prikkels dan de rest van ons. De omgeving zou hier rekening mee moeten houden en niet teveel prikkels bieden, de omgeving mag best wel wat zachter zijn, ons geborgenheid bieden.







## Bibliografie

- Bredewold, F. (2014). Lof der oppervlakkigheid, Contact tussen mensen met een verstandelijke of psychiatrische beperking en buurtbewoners. Gedownload 12-12-2016 van [https://pure.uva.nl/ws/files/1950788/132752\\_thesis\\_print.pdf](https://pure.uva.nl/ws/files/1950788/132752_thesis_print.pdf)
- Christenhusz, E. & Van Lieshout, M. (2008). Bang voor Bloemkool, rapportages uit de kinder- en jeugdpsychiatrie. Utrecht: De Tijdstroom.
- College voor de Rechten van de Mens (2016). Dossier, Nederland en het Verdrag inzake de rechten van personen met een handicap. Geraadpleegd 13-11-2016 van <https://www.mensenrechten.nl/dossier/nederland-en-het-verdrag-inzake-de-rechten-van-personen-met-een-handicap>
- Den Draak, M., Marangos, A., Plaisier, I. & De Klerk., M. (2016). Wel thuis? Literatuurstudie naar factoren die zelfstandig wonen van mensen met beperkingen beïnvloeden. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Graaff, P. et al. (2016). Wonen zonder zorg(en), van zorg met verblijf naar wonen met of zonder zorg. Veldacademie: Rotterdam.
- Kooistra, H., De Ruiter, G. & Van Triest, N. (2016). Doorstromers Beschermd Wonen en Maatschappelijke Opvang, Thuis in de wijk. Platform31: Den Haag.
- Kwekkeboom, M., De Boer, A., Van Campen, C. & Dorrestein, A. (2006). Een eigen huis... Ervaringen van mensen met verstandelijke beperkingen of psychiatrische problemen met zelfstandig wonen en deelname aan de samenleving. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Lucas, A., Van Triest, N., Mostert, F. (2016). Gebiedsgerichte aanpak wonen, welzijn en zorg, Kennisdossier Strategisch werken aan wonen, welzijn en zorg. Den Haag: Platform31.
- Mens, N. (2003). De architectuur van het psychiatrisch ziekenhuis. Wormer: Inmerc bv.
- Mens, N. & Wagenaar, C. (2010). Architectuur voor de gezondheidszorg in Nederland. Rotterdam: NAI Uitgevers.
- Moonen, X. (2015). Is inclusie van mensen met een verstandelijke beperking vanzelfsprekend? Inaugurale rede. Voerendaal: Schrijen-Lippertz.
- Nieuwe wegen GGZ en Opvang (16 november 2016). Bed&Break hotel voorkomt terugval psychisch kwetsbare mensen. Geraadpleegd 20-12-2016 van <http://www.nieuwewegenggzopvang.nl/praktijk/bedbreak-voorkomt-terugval-psychisch-kwetsbare-mensen/>
- Place, C., Hulsbosch, L. & Michon, H. (2014) Factsheet Panel Psychisch Gezien, Het landelijke panel voor mensen met langdurige psychische problemen. Utrecht: Trimbos-

instituut.

Planije, M., Van Hoof, F. (2016). 'Verwarde personen' of 'mensen met een acute zorgnood'? Trimbos-instituut: Utrecht.

Polderman, H. (2016, 3 juni). We zijn het ontwend om met verwarde mensen samen te leven. Geraadpleegd 13-11-2016 van <http://www.socialevraagstukken.nl/we-zijn-het-ontwend-om-met-verwarde-mensen-samen-te-leven/>

Sennett, R. (1998). *The Spaces of Democracy*. Michigan: The University of Michigan.

Van Gijzel, S., Overkamp, E. & Karbounaris, S. (2016). *Begrippenkader, Ten behoeve van het onderzoeksproject 'Gevolgen transitie AWBZ naar Wmo'*. Hogeschool Utrecht, Kenniscentrum Sociale Innovatie: Utrecht.

Veldacademie (2016). *Zicht op Zorghuisvesting, GGZ, Rotterdam. Een regionale en stedelijke inventarisatie van intramurale zorghuisvesting in de sector Geestelijke Gezondheidszorg*. Rotterdam: Veldacademie.

Verheij, F. e.a. (2014). *Klinische kinder- en jeugdpsychiatrie*. Assen: Koninklijke van Gorcum.

Verplanke, L., Duyvendak, JW. (2010). *Onder de mensen? Over het zelfstandig wonen van psychiatrische patiënten en mensen met een verstandelijke beperking*. Amsterdam: Amsterdam University Press.

## Geraadpleegde literatuur best practices

ArchDaily (11 Jun 2014). David Adjaye's Sugar Hill Development: A New Typology for Affordable Housing. Geraadpleegd 08-12-2016 van <http://www.archdaily.com/514785/david-adjaye-s-sugar-hill-development-a-new-typology-for-affordable-housing/>

Archipl (2016). PVT Lorkenstraat, Psychiatrisch verzorgingstehuis, Gent, 2001-2003. Geraadpleegd 08-12-2016 van <http://archipl.be/nl/project/pvt-lorkenstraat>

Broadway Housing Communities (2016). Sugar Hill Project. Geraadpleegd 09-12-2016 van <http://www.bhc.org/sugarhill/>

Dornseiffen, C. (2009). Omnizorg Apeldoorn, Kleurrijk onder dak. *PI*, 20(4), 54-58.

Dr. Guislain (2016). Zorg op maat: PVT Lorkenstraat. Geraadpleegd 08-12-2016 van <http://www.guislain.be/zorg-op-maat/initiatieven-en-samenwerking/pvt-lorkenstraat/>

Goes, R. (16 april 2015). Zelfstandig wonen voor bijzondere doelgroepen, Corporatiehandreiking voor huisvesting van mensen met psychiatrische problemen. Gedownload 09-12-2016 van <http://www.kenniscentrumwonzorg.nl/doc/nieuws/Zelfstandig-wonen-voor-bijzondere-doelgroepen.pdf>

Heilijgers (3 april 2014). Wethouder Everhardt opent Parana. Geraadpleegd 07-12-2016 van <http://www.heilijgers.nl/wethouder-everhardt-opent-parana/>

Koning Eizenberg Architecture (11-10-2012). Mixed Use, A sampling of work completed by Koning Eizenberg Architecture, with focus on the Mixed-Use building type. Gedownload 09-12-2016 van <https://issuu.com/koningeizenberg/docs/mixeduse>

Koning Eizenberg Architecture (19 augustus 2013). 28th Street Apartments Project. Gedownload 09-12-2016 van [https://issuu.com/koningeizenberg/docs/28th\\_street\\_v2](https://issuu.com/koningeizenberg/docs/28th_street_v2)

Stevens, P. (6 oktober 2015). David Adjaye completes mixed-use sugar hill development in Harlem. Geraadpleegd 09-12-2016 van <http://www.designboom.com/architecture/david-adjaye-sugar-hill-development-harlem-new-york-10-06-2015/>

Van de Luitgaarden, G. (21 oktober 2013). Skaeve Huse: Wat zijn het nou eigenlijk? Geraadpleegd 09-12-2016 van <http://www.dewijkin.nl/overlast-2/wat-zijn-skaeve-huse/>

## Bronvermelding afbeeldingen, per pagina

- Voorwoord Van der Lande, M. (2017). Persoonlijke motivatie [illustratie].
- 9 Van der Lande, M. (2016). Schema 1 [schema]. Gebaseerd op: Kooistra, H., De Ruiters, G. & Van Triest, N. (2016), Doorstromers Beschermd Wonen en Maatschappelijke Opvang, Thuis in de wijk. Den Haag: Platform31.
- 11-12 Van der Lande, M. (2016). Tijdslijn paradigma veranderingen [schema].
- St. Vogelzang: Geen naam (geen datum). Geen titel [foto]. Geraadpleegd 11-03-2017 van <https://1940-1945.bennebroek.nl/index.php?id=13>
- Noorder-Sanatorium: Geen naam (1947). Dennenoord, Noorder-Sanatorium, foto 1947. Geraadpleegd 11-03-2017 van <http://www.oudzuidlaren.nl/html/n-sanatorium.html>
- De Viersprong: Greiner Van Goor Huijten Architecten bv. (geen datum). Onno Greiner. Psychotherapeutisch Centrum De Viersprong, Halsteren. [foto]. Geraadpleegd 11-03-2017 van [http://www.nai.nl/collectie/bekijk\\_de\\_collectie/item/\\_rp\\_kolom2-1\\_elementId/1\\_668723](http://www.nai.nl/collectie/bekijk_de_collectie/item/_rp_kolom2-1_elementId/1_668723)
- Fasehuis Het Fundament: Geen naam (geen datum). Geen titel [foto]. Geraadpleegd 11-03-2017 van <https://www.yulius.nl/aanmelden-beschermd-wonen>.
- PCA, Amsterdam: Geen naam (geen datum). PCA Amsterdam Nieuw-Sloten [foto]. Geraadpleegd 11-03-2017 van <http://www.ervaringswijzer.nl/wonen/woonwijzer/vraag.php>
- Heemraadsingel: Geen naam (14-02-02). 1402-02 [foto]. Geraadpleegd 11-03-2017 van <http://www.staatbouwmanagement.nl/projecten/beschermd-wonen/>
- 21 Van der Lande, M. (2016). Schema E1 [schema]. Gebaseerd op: Coalitie Erbij (2014). Versterken aandacht voor eenzaamheid in de zorg en de samenwerking met welzijn. Utrecht: Coalitie Erbij. Geraadpleegd 24-11-2016 van <http://www.mezzo.nl/pagina/mantelzorg-en-eeenzaamheid>
- 22 Van der Lande, M. (2016). Schema E2 [schema]. Gebaseerd op: Bredewold, F. (2014). Lof der oppervlakkigheid, Contact tussen mensen met een verstandelijke of psychiatrische beperking en buurtbewoners. Gedownload 12-12-2016 van [https://pure.uva.nl/ws/files/1950788/132752\\_thesis\\_print.pdf](https://pure.uva.nl/ws/files/1950788/132752_thesis_print.pdf)
- 25-26 Van der Lande, T. (2016). Vrouw met hondjes [foto].
- 2,8 30 Nevejan, M. (2015). Harry, Tiny en Sonja [Still uit documentaire]. Hilversum: Human.
- 32 Kwartiermakers Etten-Leur (2016). Ik Ben... [Still uit documentaire]. GGZ Breburg: Tilburg.

35 Gemeente Rotterdam (nov 2015). Zoneringskaart HBD [kaart]. SO R&W: Rotterdam.

39-40 Van der Lande, M. (2016). De omgeving [foto].

46-50 Geen naam (2012). Geen titel [foto]. Geraadpleegd 09-12-2016 van <http://www.kearch.com/work/28th-street-apartments/>

52-54 Geen naam (3-03-2014). Geen titel [foto]. Geraadpleegd 07-12-2016 van <http://www.heilijgers.nl/wethouder-everhardt-opent-parana/>

56-60 Geen naam (2016). Geen titel [foto]. Geraadpleegd 08-12-2016 van <http://archipl.be/nl/project/pvt-lorckenstraat>

62 Geen naam (geen datum). Geen titel [foto]. Geraadpleegd 08-12-2016 van <http://www.fbwarchitecten.nl/en/work/projects/centre-omnicare-apeldoorn/>

63-64 Geen naam (06-2016). Geen titel [foto]. Geraadpleegd 08-12-2016 van <https://www.tactus.nl/gedeeldMagazine/index/details/id/38/page/227>

66 Rijnhout, T. (23-04-2013). Geen titel [foto]. Geraadpleegd 09-12-2016 van <http://www.bndestem.nl/regio/brabant/derde-locatie-in-beeld-voor-skaeve-husetilburg-1.3781336>

68 Zimmerman, W. (05-10-2015). Geen titel [foto]. Geraadpleegd 09-12-2016 van <http://www.archdaily.com/774725/sugar-hill-development-adjaye-associates/5719f749e58ece8b4800013b-sugar-hill-development-adjaye-associates-photo>

69-70 Reeve, Ed (05-10-2015). Geen titel [foto]. Geraadpleegd 09-12-2016 van <http://www.archdaily.com/774725/sugar-hill-development-adjaye-associates/5719f665e58ece8b48000131-sugar-hill-development-adjaye-associates-photo>

71-72 Zimmerman, W. (05-10-2015). Geen titel [foto]. Geraadpleegd 09-12-2016 van <http://www.archdaily.com/774725/sugar-hill-development-adjaye-associates/5719f827e58ece905d0000d2-sugar-hill-development-adjaye-associates-photo>

74 Geen naam (geen titel). Geen titel [foto]. Geraadpleegd van 09-12-2016. <http://cbhousing.org/communities/28th-street-apartments/>

74 Reeve, Ed (05-10-2015). Geen titel [foto]. Geraadpleegd 09-12-2016 van <http://www.archdaily.com/774725/sugar-hill-development-adjaye-associates/5719f6cbe58ece905d0000c5-sugar-hill-development-adjaye-associates-photo>

74 De Gooijer, Q. (19-08-2013). Geen titel [foto]. Geraadpleegd 09-12-2016 van <http://qdegooijer.wixsite.com/tempohousing/skeave-huse?lightbox=dataItem-ir20009t1>

77-78 Van der Lande, M. (2016). Conclusie [schema].

- 82 Van der Lande, M. (2016). Het ruimtelijke speelveld [schema].
- 83 Van der Lande, M. (2016). Hoe Te Wonen? [foto].
- 84 Van der Lande, M. (2016). De elementen van het ruimtelijk speelveld [illustratie].
- 85-86 Van der Lande, M. (2016). Positionering op het ruimtelijk speelveld [illustratie].
- 87-88 Van der Lande, M. (2016). Positionering in de wijk op het ruimtelijk speelveld [illustratie].
- 91-92 Van der Lande, M. (2016). Positionering ten opzichte van de zorg op het ruimtelijk speelveld [illustratie].
- 95-96 Van der Lande, M. (2016). Positionering ten opzichte van voorzieningen op het ruimtelijk speelveld [illustratie].
- 99-100 Van der Lande, M. (2016). Positionering van lotgenoten op het ruimtelijk speelveld [illustratie].
- 105-133 Alle tekeningen: Van der Lande, M. (2017). Architectonische Uitgangspunten voor het zelfstandig wonen van mensen met een psychiatrische aandoening [illustraties]

