

NIETS SOCIALERS DAN EEN EIGEN DOMEIN

PSYCHIATRISCHE PATIËNTEN OP DRIFT

Jaap van der Stel

Eeuwenlang hebben mensen de integratie van wonen, werken en zorgen op een betrekkelijk 'natuurlijke' wijze gepraktiseerd in dorpsgemeenschappen, stadswijken of kloosters. Opmerkelijk is dat deze sociale eenheden vaak veerkrachtig genoeg waren om tevens een asielfunctie op zich te nemen. Dorpsgekken verstoorden geenszins de het idyllische dorpsleven; de opvang van zieken en gebrekkigen, waaronder mensen die niet goed 'bij hun hoofd' waren, was een belangrijke nevenfunctie van kloosters, – sommige stadskloosters richtten zelfs aparte ziekenhuizen (godshuizen) op en konden rekenen op aanzienlijke financiële steun van buitenaf.

Asiels op afgelegen plekken

Sinds de tweede helft van de negentiende eeuw, maar vooral in de eerste decennia van de twintigste eeuw, zijn er in Nederland talloze intramurale inrichtingen opgericht voor uiteenlopende doelgroepen. Deze instellingen voor klinische of intramurale zorgverlening (voor psychiatrische patiënten, zwakzinnigen en allerlei andere categorieën mensen met een handicap, moeilijk opvoedbare of pedagogisch verwaarloosde kinderen, et cetera) werden sinds de tweede helft van de negentiende eeuw in hoofdzaak buiten de stedelijke milieus gevestigd. In de steden was de daarvoor benodigde ruimte schaars en dus duur, bovendien ging men er uitdrukkelijk van uit dat *bos* en *lommer* een therapeutisch helende werking zouden hebben. De verlokkingen en de sociale wanorde van het stedelijke milieu waren in de afgelegen locaties ver te zoeken. Slechts eens of een paar keer per dag stopte een trein op een nabijgelegen station. Dat vormde de enige verbinding met het wereldse leven. De inrichtingen hadden in het begin minder een 'therapeutische' dan een asielfunctie – lange tijd werden ze ook als 'asiel' aangeduid.

De algemene ziekenhuizen, waarvan sommige al eeuwen oud waren, behielden overigens hun vestigingplaats in de stad. Deze instellingen gevoelden niet de noodzaak de patiënten aan een 'prikkelarme' omgeving bloot te stellen. Lange en stille gangen, witgepleisterde en 'hooggeplafonde' zalen, binnentuinen én een strak geroosterd regiem waren voldoende als omgeving voor het beoogde *lichamelijke* herstel. De patiënten waarbij het gedrag aanleiding gaf tot fronsen, werden verwezen naar een van de gespecialiseerde inrichtingen in de buitengewesten.

Autark en autonoom

De 'inrichtingen' die einde negentiende en begin twintigste eeuw werden opgericht waren op de keper beschouwd geïntegreerde voorzieningen: ze boden zorg, maar meer nog onderdak, en voor een deel waren ze afhankelijk van de arbeid van de 'bewoners'. Verschillende inrichtingen waren bijna autark, met eigen water- en energievoorzieningen, eigen land- en tuinbouw, een paar stuks vee, et cetera. Het waren kortom dorpen op zichzelf, zij het met een bijzonder karakter waarbij de meeste bewoners er beslist niet uit

'vrije wil' vertoefden – als ze tenminste *al* of *nog* in staat waren hun verlangens tot uitdrukking te brengen, en er iemand beschikbaar was die echt naar ze wilde luisteren. Deze *autonome* instituties zijn langzamerhand ter ziele gegaan – vaak al vóórdát de eigenlijke de-institutionalisering intrad. Het fysieke isolement van de inrichtingen werd na de jaren vijftig verminderd, mede doordat de dorpen eromheen uitgroeiden, de verkeersvoorzieningen toenamen en de communicatie met de buitenwereld vlotter verliep dan met slechts één telefoon in het hoofdgebouw, en in de vorm van briefwisselingen, mogelijk was. De instellingen werden minder afhankelijk van eigen voorzieningen, en zorginhoudelijke contacten met voorzieningen elders kwamen langzamerhand op gang.

Op de terreinen zelf bleef nog lang de paviljoensgewijze inrichting bestaan – ook nu nog is vaak de plattegrond van de instellingen ten tijde van de oprichting gemakkelijk terug te vinden. De 'hoofdgebouwen' hebben hun soms monumentale karakter weten te behouden; veel panden zijn slechts van binnen aangepast aan nieuwe behandelregiems of zorgconcepten. De vijvers, de bossages en de gazons zijn – compleet met de eigen onderhoudsdiensten – veelal nog volgens oorspronkelijk ontwerp. De de-institutionalisering bracht echter met zich mee dat veel gebouwen moesten worden gesloopt (of verkocht) en veel 'overbodig' gebied is reeds van de hand gedaan.

Nieuwe zorgconcepten

Sinds de jaren zeventig is in de gehele westerse wereld een ontwikkeling gaande dat zorgverlening 'op maat', dicht bij huis' en het liefst 'ambulant', dat wil zeggen niet in een afgelegen kliniek, wordt geleverd. Deze ontwikkeling is sterk gevoed door ideologische kritiek op de stigmatiserende en institutioneel repressieve werking van de traditionele klinieken of internaten. Hier komt bij dat men vakinhoudelijk op sociaal-psychologisch of farmacologisch vlak meer gereedschappen in handen kreeg om deze beweging ook mogelijk te maken. Langzamerhand zien we steeds meer instellingen hun parkachtige terreinen de rug toekeren.

Tegenwoordig vindt men dat cliënten (slechts medici duiden hun cliënten nog als 'patiënt' aan) zo snel als mogelijk na een opname weer zelfstandig te wonen; de benodigde zorg hoeft niet meer permanent in hun dagelijkse leefomgeving aanwezig te zijn. Velen lukt dit wonderwel, maar we mogen onze ogen niet sluiten voor de vele missers. Ten dele hangen deze samen met de voor veel cliënten onmogelijke opgave om zich geheel zelfstandig in de stedelijke omgeving te vestigen, zelf alle op hen af komende problemen het hoofd te bieden en zich zonder al te grote conflicten maatschappelijk te integreren. Om deze reden is er scala aan voorzieningen bij gekomen die alternatieven bieden op het vlak van wonen, werken en vrije tijdsbesteding. Op het vlak van de huisvesting zijn er veel beschermende woonvormen tot stand gebracht, waarin nog wel sprake is van een *zorgarrangement*, maar het accent – conform de 'rehabilitatiegedachte' – niet meer op het 'gestoorde' maar op het 'potentiële' deel van de betrokkenen wordt gelegd.

Opsluiten of integreren

De traditionele instellingen vormden vaak een slechte springplank voor maatschappelijke herintegratie. Om die reden zijn er al vele jaren vóór de Tweede Wereldoorlog ambulante voorzieningen opgericht, bijvoorbeeld voor de zorg voor alcoholisten, mensen met psychiatrische stoornissen en kinderen

met ontwikkelings- of opvoedingsproblemen. Soms zagen de oprichters deze voorzieningen uitdrukkelijk als een praktische vorm van kritiek op de feilen van de klinische voorzieningen: de verzorging en behandeling was er slecht én ze leidden tot langdurig – zo niet levenslang – verblijf. De inzet van de nieuwe, ambulante voorzieningen was het voorkómen van opname en het leveren van nazorg indien ontslag uit de kliniek of het internaat onverhoopt mocht plaatsvinden.

De ideologische kritiek op 'het grote opsluiten', zoals de Franse filosoof Michel Foucault (1926–1984) dat noemde, kreeg vorm in het begin van de jaren zeventig, en leidde tot de thans gangbare praktijk van de transformatie van klinische voorzieningen in allerlei alternatieve zorgarrangementen met een ambulant, poliklinisch of dagtherapeutisch karakter. Kenmerkend hiervoor is in het algemeen dat deze voorzieningen teruggeplaatst werden in de stad, ofschoon goed beschouwd voor de meeste voorzieningen van 'terug'plaatsing in de letterlijke betekenis van het woord geen sprake is. Voorheen bestonden ze daar niet of nauwelijks – de dolhuizen in of aan de rand van de stad uitgezonderd.

Vermaatschappelijking op straat

Met de 'de-institutionalisering' en 'vermaatschappelijking' van de zorg komt echter ook de asielfunctie van de inrichtingen onder druk te staan: wat er in de 'bossen' nog blijft bestaan aan klinische capaciteit dient vooral een behandeldeel te kunnen realiseren, terwijl in de stad nog slechts voor kortdurende opnames (na een crisis) bedden ter beschikking komen. Bij voorkeur vindt dagbehandeling plaats. Hiermee is een betrekkelijk nieuw verschijnsel ontstaan: de dak- en thuislozen met psychiatrische stoornissen alsmede de diverse voorzieningen die zich met deze 'doelgroepen' bezighouden. Vooral in de VS zijn de klinische instellingen vrij abrupt gesloten – alternatieven waren er vaak nog niet of lang niet goed genoeg. De problematiek werd soms letterlijk 'op straat' gezet en waar dit toe leidde laat zich raden. Gelukkig gaat de de-institutionalisering in Nederland geleidelijker, hier bestaat ook al een traditie van ambulante voorzieningen en daarbij komt dat er inmiddels al veel alternatieven bij zijn gekomen.

Deze ambulante voorzieningen kunnen geen wonderen verrichten. De stad is het milieu waarbinnen de betrokkenen zélf hun weg moeten zien te vinden – hoe complex de situatie voor hen ook is, hoeveel stress het straatleven ook oplevert, en hoe weinig de 'succesvolle' leden van de samenleving ook bereid zijn om werkelijk een plaats voor hen vrij te maken, in of vlakbij hun eigen werk- of woonmilieu. Projecten gericht op 'goede voorlichting' en 'kwartier maken' kunnen veel, maar lang niet alles. En het blijft zo dat de plekken waar de integratie moet plaatsvinden (de binnenstad of de goedkope wijken) vaak ook al object zijn van andere sociale interventies, vanwege de sociale problemen die daar bestaan.

Integreren in wat?

Dorpsgemeenschappen in de traditionele betekenis, of stadswijken zoals de spreekwoordelijke oude Jordaan in Amsterdam, bestaan niet meer – bovendien is wat er nog van over is thans minder aantrekkelijk voor mensen met gestoord gedrag en ernstige psychische problemen dan de stedelijke milieus waar, door de individualisering en de massaliteit van de stroom vluchtige contacten, niemand meer echt op een ander let. Vergeleken met

beelden op oude foto's en films is het straatbeeld flink veranderd - het autoverkeer heeft de voetgangers teruggedrongen tot gereserveerde winkelstraten die 's avonds uitgestorven zijn. Kinderen spelen meestal binnen omdat het snelverkeer het buitenspelen geleidelijk tot een 'risicofactor' heeft gemaakt. Buurtwinkels, waarvan de eigenaar een belangrijke sociaal-intermediërende functie vervulde, zijn bijna overal verdwenen. Kleine bedrijfjes, lompenhandels, timmerwerkplaatsen en dergelijke zijn uit het straatbeeld verdwenen. Huisvrouwen zijn er nog slechts boven een bepaalde leeftijd en daarmee is ook hun toezichthoudende rol in de buurt verloren gegaan; de verhoogde participatie van volwassenen vrouwen aan het arbeidsproces heeft het karakter van buurten overdag opmerkelijk veranderd. Kortom, termen als sociale integratie, gemeenschap, buren en dergelijke, hebben een ander karakter gekregen. De samenleving is - vooral vanuit het perspectief van de mensen aan de *randen* en de *onderkant* van de samenleving - sterk gefragmentariseerd, verzakelijkt, verkild en in een bepaald opzicht dus ook 'verstild'. Weliswaar ontstaan er telkens nieuwe vormen van sociale integratie en hoeven we ons om de *mainstream* van de samenleving misschien geen grote zorgen te maken, maar lang niet iedereen is in staat of wordt in de gelegenheid gesteld aan die nieuwe samenlevingsvormen deel te nemen.

Verloren verleden?

Het opheffen van de klinische voorzieningen in de inmiddels zo schaars geworden groene zones van ons land is onherroepelijk, althans binnen de tijdshorizon die voor ons beleidsmatig handelen van toepassing is. Het kan zijn dat over enkele decennia er weer een beweging ontstaat 'terug naar de natuur' maar dat is dan te laat voor het behoud van veel van de thans door de instellingen beheerde landschappen: deze zijn dan inmiddels grotendeels door projectontwikkelaars volgebouwd met villaparken of luxe bedrijfsterreinen. De opbrengsten van de verkoop van de grond zal de zorgsector nauwelijks voordeel bieden. Ze verdwijnen in de financiering van nieuwbouw elders, terwijl eventuele overschotten door de financiers zullen zijn afgeroomd. De ervaring van rust, ruimte, stilte, flora en fauna in een *natuurlijke* omgeving zal dan door de voormalige 'doelgroepen' nog slechts op geleide van een jaarlijks 'uitstapje' mogelijk zijn. Als integraal deel van het dagelijks leven zal het dan nog weggelegd zijn voor de beter gesitueerden, die er 'op de koop toe' alle moeite voor zullen doen om verstoringen van welke aard dan ook uit hun omgeving te weren. Liever nog sluiten ze zichzelf met een stevig hekwerk af van de buitenwereld.

De voorgaande passage duidt echter in hoge mate nog steeds op een *mogelijkheid* - het hoeft niet, en het kan anders. Het is goed mogelijk dat de huidige bestemmingsplannen en de ideeën van ambitieuze bestuurders van overheidswege die kant opwijzen, maar daarmee is een alternatieve ontwikkeling nog niet de pas afgesneden.