

deel van de positieve uitwerking op de consument verloren door de context waarin deze processen zich afspeelen. Dat schreeuwt om betere architectuur, maar daarbij blijft het niet: ook het hele distributiemodel van zorgvoorzieningen dient ter discussie te staan. Grootchaligheid gaat ten koste van de consument, maar kleinschaligheid veronderstelt specialisatie – een klein ziekenhuisje kan onmogelijk uitmunten in het hele scala aan medische verrichtingen.

Hoe beïnvloedt de systeemwissel het 'zorg-landschap' van morgen? Allereerst valt op dat de drie velden: het ziekenhuiswezen, de psychiatrie en de ouderenzorg, een eigen dynamiek aan de dag leggen. De ouderenzorg is het verst: die is grotendeels 'geëxtramuraliseerd'; de instituties lossen op, de woonvoorzieningen voor ouderen onderscheiden zich nauwelijks van die voor anderen, de opkomst van de levensloopbestedige woning, de aanpasbare woning, de ouderen-vriendelijke wijk leidt tot vergaande normalisatie. Ook grotendeels genormaliseerd is de psychiatrie. Veel grotere complexen zijn verlaten, en de kleine- en in de stad neergelaten voorzieningen bestaan vaak uit combinaties van 'normale' componenten: een kantoorvleugel als therapiegebouw, gescheiden van een 'hotel' als verblijfsgebouw, waarbij het overgangsgebied idealiter deel uitmaakt van de gewone openbare ruimte van de stad. In het ziekenhuiswezen overheerst nog de trend naar grootschalige fusiegebouwen, die vervolgens met kunst- en vliegwerk worden veraangenaamd. Aan alternatieven wordt druk gewerkt, vooral het systeem van kleine gespecialiseerde klinieken als onderdeel van grotere netwerken is populair. Wat zijn de consequenties van de systeemwissel voor de kunsttoepassing? Uiteraard dat die zich meer dan voorheen op de gebruikers moet richten, en minder als representatie voor de goede bedoelingen van de instellingen kan gelden. Twee dilemma's dienen zich op de smaak van de massa te richten, wat tot populisme aanleiding zou kunnen geven. De tweede de inzet van kunst als therapeutisch hulpmiddel – in dat geval dient de vraag naar de impliciete waarde van kunst zich op. Tegenover deze dilemma's staan even zovele uitdagingen – het is ten slotte niet per definitie zo dat werk dat velen aanspreekt en een goed gevoel geeft daarmee als kunst heeft afgedaan.

the institutions have been dissolved, the provision of housing for the elderly can hardly be distinguished from the provision of housing in general, the arrival of housing designed to deal with the changes that arise during a lifetime, adaptable housing, and the old people-friendly district have all led to far-reaching normalization. Psychiatry too is largely normalized. Many of the larger complexes have been abandoned, and smaller facilities, set up in the town, are often made up of combinations of 'normal' components: the wing of an office block is used as a therapy building, separated from a 'hotel' which provides residential accommodation, with the transitional area ideally forming part of the town's normal public space. The hospital system is still dominated by the trend for large-scale, combined buildings, later made more pleasant by all kinds of tricks. People are working hard to find alternatives, with one particularly popular alternative being a system of small, specialized clinics forming parts of larger networks.

What consequences will the system change have for the use of art? Art will of course have to be more concerned with the user than before, and will be less able to serve as a representation of the institution's good intentions. Two dilemmas automatically present themselves. The first is the temptation to follow the direction of public taste, which could provoke populism. The second is the application of art as a therapeutic aid, which would raise questions about the intrinsic value of art. Each of these dilemmas presents its own individual challenge; after all, it is not true that, by definition, the fact that many find a work appealing and it makes them feel good detracts from its quality as art.

# 06

## The Dwelling and the Asylum

TOWARDS A NEW VISION OF SPATIAL DEVELOPMENT IN RURAL MENTAL HEALTH CARE INSTITUTIONS

BY NIKOLAAS VANDE KEERE & REGIS VERPLAETSE

The oldest rural institutions for mental health care in the Netherlands date from the middle of the nineteenth century. They are situated in parkland with pavilions which traditionally accommodated patients and various therapeutic and care functions. The extensive green surroundings were thought to have a curative effect on the mentally ill. Countering this original optimism, these institutions were subsequently stigmatized as being bewildering places, filled with white coats and hopelessness. It is no surprise to learn that the innumerable ideological experiments carried out led, from the 1980s on, to their being gradually dismantled in the name of 'resocialization'. Many departments moved to cities; some institutions closed their doors for good.

For example, the Meerenberg provincial hospital in Santpoort has now been renamed Park Brederode and has been earmarked as a development site for a luxury housing estate. Here, ideas about integration were translated literally into the relocation of large groups of patients to Amsterdam. Patients were, subsequently, more often assigned to ambulatory care and gained greater autonomy through more effective medication. It was thought that an urban environment would give many patients the chance to reintegrate into society and benefit from having a social life. But a substantial number of the group fell back into a marginal state of addiction and criminality, or began leading a nomadic existence. The institutions housing the patients who remained had to cope with under-utilization and buildings

# 06

## De woningen het gesticht

NAAR EEN NIEUWE VISIE OP DE RUIMTELIJKE ONTWIKKELING VAN DE LANDELIJK GELEGEN INSTELLINGEN VOOR GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG

DOOR NIKOLAAS VANDE KEERE & REGIS VERPLAETSE

De oudste landelijk gelegen instellingen voor geestelijke gezondheidszorg in Nederland dateren uit het midden van de negentiende eeuw. Ze zijn gesitueerd in een parklandschap met paviljoens waarvoor oudsher patiënten woonden en verschillende therapie- en zorgfuncties zijn ondergebracht. De uitgestrekte groene omgeving zou een heilzame werking hebben op de geesteszieke. Tegenover dit oorspronkelijke optimisme dragen deze instellingen het stigma van verloren plekken, van witte jassen en uitzichtloosheid. Talloze ideologische experimenten hebben er vanaf de jaren tachtig dan ook toe geleid dat ze onder de noemer 'resocialisatie' geleidelijk ontmanteld werden.

Veel afdelingen verhuisden naar de stad en sommige instellingen sloten zelfs definitief hun deuren. Zo is het provinciale ziekenhuis Meerenberg te Santpoort inmiddels omgedoopt tot Park Brederode waar een luxe villa-wijk is gepland. Ideeën rond integratie vertaalden zich hier letterlijk in de verplaatsing van grote groepen patiënten naar Amsterdam. Patiënten werden meer aangewezen op ambulante zorg en kregen een grotere autonomie door doeltreffender medicatie. De stedelijke omgeving zou veel patiënten weer de mogelijkheid bieden deel te nemen aan het maatschappelijk leven. Een substantiële groep verviel echter in de marginaliteit van verslaving en criminaliteit, of ging een zwaardersbestaan leiden. De instellingen die overbleven hadden te kampen met leegloop en daardoor leegstand van gebouwen. Het aantal patiënten, dat achterbleef, bleek moeilijk te integreren. Ze bevinden zich hierdoor vaak op gespannen voet met hun omgeving. Een voorzitter van een cliëntenraad omschreef de toestand eens als volgt: “er zijn hier geen gezellige gekken meer maar junkies en bewakingscamera's tot in het dorp”.

Inmiddels is er een kentering op gang gekomen. Schoorvoetend wordt onderkend dat deze landelijke instellingen opnieuw een belangrijke rol (kunnen) spelen in de geestelijke gezondheidszorg. De parkachtige, prikkelarme omgeving is immers geschikt voor veel patiënten en zorgactiviteiten die geen plek vinden in de stad. Ook het beleid van integratie dat sinds de jaren tachtig toonaangevend is geweest, transformeert in de jaren negentig in een beleid waar in plaats van een gedwongen integratie de zogenoemde omgekeerde integratie wordt gepredikt. De maatschappij wordt het terrein van de psychiatrische instelling binnengelaten. Dit uit zich in het bijzonder door de ontwikkeling van zelfstandige woningen op het terrein, al dan niet voor patiënten.

#### Integratie versus segregatie

In de jaren negentig wordt de geleidelijke privatisering van de gezondheidszorg in werking gezet. Tegenover het recht op gezondheidszorg staan de torenhoge kosten, die vrijwel niet meer zijn op te brengen. In 2006 treden de nieuwe Wet Toelating Zorginstellingen en de nieuwe Zorgverzekeringswet in werking.

Ondertussen worden veel stedenbouwkundige masterplannen getekend voor het herschikken of opnieuw benutten van de terreinen en gebouwen van psychiatrische instellingen. Inrijpende fusies leiden zelfs tot de verkoop van terreinen, waarmee ze voorged voor de psychiatrie verloren gaan. Om zich te positioneren op de markt gaan de

left unoccupied as a consequence of the move. The patients who were left behind turned out to be difficult to integrate and therefore often found themselves at odds with their surroundings. The chairman of a patients' council once described the situation as follows: "There are no more nice lunatics here, only junkies, with surveillance cameras all the way to the village."

Meanwhile a change of direction has gotten under way. It has reluctantly been recognized that these rural institutions played – and in time, could again – an important role in mental health care. After all, a relaxed, park-like environment is suitable for many patients and types of care for which there is no place in the city. Furthermore, in the 1990s, the policy of integration that had set the tone through the 1980s was transformed into a policy which preached 'reverse integration' rather than forced integration. Members of the public were permitted into the grounds of the psychiatric institutions. This permission was expressed in particular by the development, in the grounds, of independent dwellings which were not just for patients.

#### Integration Versus Segregation

The 1990s saw the start of the gradual privatization of health care. The public's right to health care meant that the government had to deal with soaring costs which were becoming practically impossible to meet – 2006 had seen the implementation of the new Act for the Admission of Care Institutions (*Wet Toelating Zorginstellingen*) and the new Act for Health Insurance (*Zorgverzekeringswet*).

Meanwhile many master plans for urban development prepared the buildings and grounds of psychiatric institutions for redevelopment or re-use. Some radical mergers even led to the grounds being sold, meaning they were lost to psychiatry forever. To create a position for themselves in the market, institutions began to specialize in the treatment of specific conditions such as autism, brain damage and addiction. Many psychiatric premises began to accommodate new functions such as forensic psychiatry, but also private housing and, to a lesser extent, dwellings for patients who were already undergoing treatment in the grounds. Making provision for new 'residents' gave institutions opportunities to make money that some of them sorely needed.<sup>707</sup>

Forensic clinics are mostly built with government support. They are in fact heavily protected zones, clearly demarcated and are often walled or enclosed by barbed wire fences. The municipal authorities and residents of districts surrounding such a clinic often find it frightening. Moreover, the perception

instellingen zich specialiseren in het behandelen van specifieke ziektes zoals autisme, hersenletsel en verslaving. Veel psychiatrische terreinen gaan nieuwe functies herbergen zoals forensische psychiatrie, maar ook reguliere woningbouw en in mindere mate woningen voor patiënten die al in behandeling zijn op het terrein. Met de voorzieningen voor de nieuwe 'bewoners' valt geld te winnen, wat broodnodig is voor sommige instellingen.<sup>707</sup>

De forensische klinieken worden met steun van de overheid gebouwd. Dit zijn in feite zwaar beveiligde zones die duidelijk afgebakend worden, vaak ommuurd of met prikkeldraad afgezet. Veelal vormen ze een schrikbeeld voor de gemeentelijke instanties en omringende bewoners. Ook staat de perceptie van een instelling voor geestelijke gezondheidszorg als een criminele instelling lijnrecht tegenover de beoogde integratie. Het stigma van de instelling als gesticht dat nu juist bestreden wordt, dreigt zo in een andere vorm terug te keren.

In het verlengde van de privatiseringsgolf jivert de overheid ook voor een verregerende splitsing van wonen en zorg. De zorgsector moet zich meer en meer gaan toeleggen op zijn *core business*, namelijk zorg. De behandeling moet zich ontwikkelen tot een zorg op maat, liefst van korte duur, eerder dan op huisvesting van cliënten. Woonvoorzieningen kunnen beter ontwikkeld worden door woningcorporaties en vastgoedontwikkelaars, is de algemene opvatting.

Het verder ontvoogden van de patiënt, die voortaan cliënt heet, sluit hierbij aan. Het past binnen het rehabilitatiedenken dat hem of haar weer aan moet zetten tot zelfredzaamheid en zelfstandigheid.<sup>708</sup> In de praktijk levert dit echter vaak problemen op omdat niet altijd duidelijke grenzen tussen zorg en wonen kunnen worden getrokken. Emotionele of sociale steun komt vaak in het gedrang. Veel hulpverleners op het terrein zien zorg niet als een afgebakende dienst maar als een vast en essentieel onderdeel van het leven van de patiënt. Dit geldt met name voor de langdurige zorg, terwijl de overheid juist steeds sterker inzet op kortlopende zorg.

Nu de instellingen financieel steeds minder op de overheid kunnen steunen, moeten nieuwe wegen gevonden worden om zelf geld binnen te halen. Een daarvan is het ontwikkelen van woningen op het terrein. Opvallend is dat de vastgoedontwikkeling voor de hand liggende en ironisch aandoende oplossingen kiest. Vaak worden patiënten juist geveerd uit de historische paviljoens en verbanen naar andere, minder aantrekkelijke delen van het terrein. Het huidige Meerakanten (vroeger Veldwijk) in Ermelo gaat zelfs een stap verder. De nieuwe

**Park Brederode**  
Voorpagina promotieboekje van Park Brederode waar luxe woningbouw wordt gerealiseerd op het terrein van het voormalige Meerenberg te Santpoort.



**Park Brederode**  
Front page of the promotional booklet for Park Brederode, where luxury housing is to be built in the grounds of the former Meerenberg Mental Hospital in Santpoort.

of a mental health care institution as an institution for criminals is diametrically opposed to the intended integration. Thus the stigmatization suffered by an institution as a mental asylum, precisely what the authorities in question sought to combat, threatened to return in a different form.

As a follow-up to the wave of privatization, the government has also been working on the separation of housing and care. The care sector is increasingly required to concentrate on its core business, namely, care. Treatment has to develop into the provision of customized care, preferably short term, rather than housing for clients. The general view is that any development in the provision of housing is best left to housing corporations and real estate developers.

The further emancipation of the patient, who was henceforth to be referred to as the client, is in line with this view, conforming as it does to ideas of rehabilitation that force the client to be independent





**Meerkanten**  
Nieuwe woningen voor patiënten op Meerkanten (vroeger Veldwijk) te Ermelo.

**Meerkanten**  
Nieuwe woningen voor de duurdere klasse in een historiserende stijl.



**Meerkanten**  
New dwellings in the more expensive price bracket, in a historic style.

reguliere woningen in een duurdere klasse krijgen een historiserende stijl, overgenomen van de oorspronkelijke paviljoens, terwijl de nieuwe woningen voor de patiënten in een modern jasje zijn gestoken. Waar de huisvestingsmanagers van de instellingen klagen over de beheerskosten van historische gebouwen, wordt het 'historische' karakter in vastgoedontwikkeling van woningen juist aangeprezen als meerwaarde.

In werkelijkheid is de zogenaamde omgekeer de integratie slechts een slogan en is er zelfs sprake van segregatie. Zoals de psychiatrische terreinen in het verleden zones onderscheiden voor 'rustigen', 'half-onrustigen' en 'onrustigen', tonen ook de recente masterplannen een vergelijkbare opdeling, maar nu als zorgvuldige scheiding van groepen in naam van de markt. Dat de forensische klinieken afgezonderd worden, is nog begrijpelijk vanwege het justitiële karakter van deze verblijven. Voor de verhouding tussen wonen en zorg van minder gevaarlijke patiënten worden hier echter kansen gemist.

#### Ontwonderzoek

Nederland heeft een lange traditie van kwalitatieve collectieve woningbouw. Het is dan ook jammer dat de psychiatrische zorg zijn 'consument' nog

niet zoveel heeft te bieden. Daar is een aantal redenen voor. Allereerst maken de gemeentes het de instellingen niet altijd gemakkelijk en voeren ze een star stedenbouwkundig beleid: vastgelegde bebouwingspercentages op het terrein beperken de ontwikkeling ervan. Het monumentale parklandschap moet onaangetaast blijven en nieuwbouw kan alleen als een ander gebouw wordt afgebroken.

Ook de managementcultuur, die sinds de jaren negentig hoogtij viert, zorgt ervoor dat veel van de huidige masterplannen een gedegen visie ontberen. Vaak zijn ze te reduceren tot een "aantal lijnen op papier", aldus een vastgoedontwikkelaar, en vloeien de inhoudelijke uitgangspunten voort uit overwegingen van beheersbaarheid, eerder dan uit overwegingen van ruimtelijke kwaliteit. Er zijn niet veel bouwplannen die dit patroon doorbreken.

Daarnaast hebben veel instellingen nog teveel het archaische imago van het gesticht en zijn organisatie, waar ze nu juist van af willen. Dit betekent echter niet dat ze historische gebouwen of terreinen zouden moeten afstaan of negeren. Het bouwkundige patrimonium hoeft geen blok aan het been

character is recommended, as it brings added value when developing residential real estate.

In fact, 'reverse integration' is no more than a slogan: the actual situation can often be described as segregation. Just as in the past the grounds of psychiatric institutions were separated into zones for patients described as 'calm', 'semi-agitated' or 'agitated', even quite recent master plans display a similar subdivision, but more as a careful separation of groups in the name of the market. The fact that forensic clinics are isolated can still be explained by the judicial character of such accommodation, but opportunities have been missed for doing something about the relationship between housing and care for less dangerous patients.

#### Design Research

Given the long Dutch tradition of quality collective housing it is unfortunate that psychiatric care still has so little to offer its 'consumers'. There are a number of reasons for this. Firstly, municipalities do not always facilitate projects of institutions as 'rigid' town planning policies are pursued and fixed building





**Masterplan Grote Beek** te Eindhoven door Tarra Eindhoven's Grote Beek architectuur en stedenbouw. De zoning aan de zuidzijde toont een gesloten landschap met forensische zorg, een besloten landschap met andere zorgfuncties en een open landschap met reguliere woningbouw.

Master plan for Eindhoven's Grote Beek by Tarra architectuur en stedenbouw. The zoning on the south side shows an enclosed landscape with forensic care facilities, an enclosed landscape with other care facilities and an open landscape with private residential housing.



te zijn, maar kan juist onderdeel worden van een kwalitatief totaalplan.<sup>03/</sup>

Waar in het verleden vooraanstaande architecten zich nog openlijk bemoeden met de maatschappelijke opgaven, lijken ze het nu verleerd te hebben zich al te kritisch uit te laten. Zo is er een schrijnend tekort aan woningen voor chronische patiënten, maar de betere ontwerper en de betrokken opdrachtgever zijn voornamelijk niet geïnteresseerd.<sup>04/</sup> In de huidige cultuur van vastomlijnde opdrachten, budgetbewaking en strikte regelgeving is dit type woningen geen voor de hand liggende opgave meer.

Het gaat echter te ver om het spanningsveld tussen integratie en segregatie te zien als een ideologische clash. Het is effectiever opnieuw de vraag te stellen tot op welke hoogte geïntegreerd kan worden, en vanaf welk punt gesegregeerd moet worden. In de geestelijke gezondheidszorg maar ook in andere sectoren, bijvoorbeeld in de ouderenzorg, evolueert de verhouding tussen zorg en wonen misschien wel vergelijkbaar met die tussen werken en wonen: net zoals werk dat meer en meer thuis verricht wordt, kan zorg een onderdeel worden van wonen.

Het ontwerp kan aan deze herijking tegemoetkomen door bewuster om te gaan met het afbouwen van het oorspronkelijke institutionele karakter van de instelling. Allereerst zou de gebruikelijke zoning fijnmaziger kunnen. Op veel terreinen staan de gebouwen op enige afstand van elkaar, gescheiden door veel groen. Deze groene open ruimten zijn evenredig verdeeld over het terrein. Nieuwe bouwplannen zouden meer rekening moeten houden met de schaal van individuele gebouwen of plekken, en niet zozeer met de grootschaliger zones. De parkachtige setting kan functies op een organische wijze met elkaar confronteren en harde scheidingslijnen in de vorm van strakke, verticaal

geprononceerde perceelsgrenzen vermijden. In plaats van de 'probleemgevallen' weg te moffelen kan een beheerste en zorgvuldige confrontatie de abnormaliteit een plaats geven. Het wonen te midden van klinieken is wel degelijk mogelijk als je maar voldoende afstand creëert en de kostprijs voor de woningen niet al te hoog is. Op het terrein van de Gelderse Roos in Wolfheze bijvoorbeeld wordt een aantal centraal gelegen paviljoens, die worden bewoond door gezinnen, omringd door zorgfuncties. Eerder dan het creëren van veiligheid gaat het erom goed nabuurschap te stimuleren. Het concreet voelbaar maken van verschillen levert vaak meer begrip op voor verschillende leefwijzen en woonstijlen.

Masterplan Duin en Bosch te Castricum door Ontwerp- en adviesbureau BIS. De noord-oost- en zuid-ooststrand is bestemd voor reguliere woningbouw, het centrale gedeelte is een woonzorgzone, het Duindorp is bestemd voor specialistische zorg.

Master plan for Castricum's Duin en Bosch, by Ontwerp- en adviesbureau BIS. The north-east and south-east borders are reserved for private residential housing, the central section is zoned for residential care and the Duindorp is reserved for specialist care.

comparable to that between employment and housing: in the same way that more and more work is being done at home, care can become a component of housing.

The management could then meet this recalibration by bringing in architects who are becoming more aware of the need to reduce the original, overly 'institutional' character of the institution. First of all the usual zoning arrangements could be refined. In the grounds of many institutions, the buildings are located some distance apart, separated by a generous amount of green space. These green open spaces are spread evenly throughout the grounds. Plans for new buildings must take more account of the scale of individual buildings and sites, and less of the larger-scale zones. The park-like setting can combine different facilities organically, avoiding any firm dividing lines in the form of fixed, vertically indicated plot boundaries. Instead of hiding away the 'problem cases', a restrained and conscientious confrontation can allow space for abnormality. Having members of the public living in the middle of a clinic is perfectly possible if sufficient distance is provided and the cost of the houses is not too high. For example, in the grounds of the Gelderse Roos in Wolfheze, a number of centrally located pavilions, occupied by families, are surrounded by care facil-



de noord-ooststrand

"Terug naar Springer"

het Duindorp

de zuid- & oostrand



De Gelderse Roos te Wolfheze: tuin aan de achterkant van een paviljoen dat nu gebruikt wordt voor gezinswoningen en (rechts) een therapiegebouw.

The Gelderse Roos in Wolfheze: the garden and rear of a pavilion now used for family housing, with (on the right) a building where therapy is provided.



Opvallend is dat de meeste woonvormen voor patiënten op de instellingsterreinen vaak dezelfde modelloos makende institutionele uitstraling hebben als de verpleeghuizen. Ze kenmerken zich door gebouwen van één of twee bouwlagen, met expressieve dakranden, geïmprovisiseerd hekwerk rond het gebouw, het obligate linoleum en de al te onderhoudsvriendelijke standaard binnenafwerking. Dat het individuele woonoppervlak doorgaans kleiner is dan bij reguliere woningbouw, betekent nog niet dat de uitstraling en kwaliteit van deze patiëntenwoningen minder of zelfs anders hoeven te zijn.

De buitenruimten die oorspronkelijk een geïntegreerd deel van de gezondheidsinstelling waren,

ties. The issue here is not so much the creation of security but rather the encouragement of neighbourliness. Making differences physically tangible often results in a greater understanding of different lifestyles and types of housing.

Surprisingly, most forms of housing in the grounds of an institution are often every bit as dispiriting as the institutions themselves. Typically, the buildings are one or two storeys and feature decorative eaves and makeshift fencing. In addition to the inevitable linoleum, the interiors have an all too maintenance-friendly, standard interior finish. The fact that the floor space for individual units is generally less than that of private housing does not mean that the character and quality of patient

komen meer en meer los te staan van het zorgprogramma of de dagactiviteiten. Het monumentale park is veelal gereduceerd tot onaantastbaar kijkgroen of restruimte.<sup>085</sup> Veel patiënten hebben een dwangmatig wandelgedrag en hangen of dolen rond buiten de gebouwen, soms als tijdelijke vlucht voor de drukte of voor de behandeling.<sup>086</sup> Alleen al de aanleg van een dichter padennetwerk kan hieraan tegemoetkomen.

Als een vorm van therapie kan de tuin door de patiënt worden toegeëigd voor zelfbouw- of andere experimenten, zoals dat ook gebeurt in elke suburbane buurt. Woningen kunnen in en naar het landschap gericht worden. Hierdoor ontstaat een vermenging van het private en openbare domein.

accommodation has to be of a lesser quality or even in any way different.

The outside spaces which originally formed an integral part of the health care institution are becoming less and less relevant to care programmes or the patients' daily activities. The monumental park is often reduced to sacrosanct ornamental gardens or residual space.<sup>085</sup> Many patients walk compulsively, hang round outside the buildings or just wander around, sometimes as a temporary escape from pressure or treatment.<sup>086</sup> Simply constructing a denser network of paths would help by providing a structured route to walk along.

As a form of therapy, the garden can be appropriated by the patient for do-it-yourself or



**UR architects**  
ontwerponderzoek mix  
woningen voor patiën-  
ten en niet-patiënten,  
plattgrond op een  
bestaand terrein.

other hobbies, like those carried out in any suburban neighbourhood. Housing can be part of the landscape and be oriented towards the landscape, blending the private and public domains. This idea counters the one-sided view that any changes would mean the grounds would forfeit their public nature or lose their monumental character.

It is frequently observed that the psychiatric patient is imprisoned in the straitjacket of the aid relationship. Aid is unavoidably accompanied, explicitly or not, by authority on the one hand and subjection on the other. This is certainly the case in psychiatry. The situation is difficult to change – the help required is often for a chronic condition – but it can certainly be moderated. Encouraging the creation of a personal environment can contribute to such modification. In the days of the mental asylum, the life of the patient was determined from beginning to end. Currently, there is scope for a speci-

**Deze opvatting staat tegenover de eenzijdige visie dat het terrein hierdoor aan openbaarheid zou inboeten of zijn monumentale karakter zou verliezen.**

**Vaak wordt opgemerkt dat de psychiatrische patiënt gevangen zit in het keurslijf van de hulpverleningsrelatie. Hulpverlening, zeker ook in de psychiatrie, gaat onvermijdelijk gepaard met een at dan niet uitgesproken (machts-)verhouding. Deze is moeilijk te doorbreken – de hulp is vaak chronisch – maar ze kan wel worden gerelativeerd. Het stimuleren van een persoonlijke leefomgeving kan hieraan een bijdrage leveren. In het vroegere gesticht lag de levensloop van de patiënt van begin tot eind vast. Tegenwoordig is er ruimte voor een bepaalde vorm van zelfstandig wonen, hoezeer dit ook slechts 'oefenwonen' is, en daarmee een kans tot zelfontplooiing. 'Privatisering' in de betekenis van het creëren van privacy levert dan misschien wel wat op.**

**Het ontwerp voor een alternatieve ruimtelijke ontwikkeling van de instellingsterreinen is een complexe opgave. Er is een bestaand patrimonium met vaak monumentale gebouwen, een rijk park-landschap en een bestaand stedenbouwkundig kader. Typologisch ligt het ergens tussen de residentiële tuinwijk en het sanatorium in. Programmatisch dient het rekening te houden met diverse bewoners en opdrachtgevers of ontwikkelaars. Het ontwerp kan als onderzoekende discipline bemiddelen tussen de zorgsector, de markt en de overheden. De inzet is dan niet alleen de creatie van een aangename (woon)omgeving, maar ook een meer directe omgang met de overeenkomsten en verschillen tussen patiënt en bewoner.**

Deze tekst maakt deel uit van het ontwerpdocument 'Het psychiatrische sanatorium ontmaakt', over de toekomstige gebruiksmogelijkheden van de landelijk gelegen instellingen voor geestelijke gezondheidszorg, waaraan UR-architecten sinds 2007 in samenwerking met psychiater Arne Popma werken. Dit onderzoek is financieel mede mogelijk gemaakt door het Stimuleringsfonds voor Architectuur, het Fonds Psychische Gezondheid, de EFL-stichting en Twynstra Gudde Adviseurs en Managers.

fic form of independent housing, even if it is really only 'practice housing', bringing with it a chance of personal development. 'Privatization', in the sense of the creation of privacy, may well do some good.

Designing an alternative style of spatial development in the grounds of an institution is no simple task. There is an existing heritage, which often includes monumental buildings and rich parkland, and an existing framework of town and country planning. Typologically it lies somewhere between a residential garden suburb and a sanatorium. Programmatically its modification needs to take account of a variety of residents and clients or developers. The design can serve as an investigative discipline mediating between the care sector, the market and different levels of government. The object is not only to achieve a pleasant residential environment but also to treat – directly – the similarities and differences between patients and residents.

This text forms part of the research-by-design exercise 'The Psychiatric Sanatorium Dismantled', which deals with the possible future use of rural mental health care institutions, on which UR architects have been working in cooperation with the psychiatrist Arne Popma since 2007. This research would not have been possible without the financial support provided by the Netherlands Architecture Fund (Stimuleringsfonds voor Architectuur), the Mental Health Fund (Fonds Psychische Gezondheid), the EFL Foundation (EFL-stichting) and Twynstra Gudde Consultants and Managers.



## NOTES:

/01/  
Een en ander valt samen met hervormingen van de wet Bijzondere Opnemingen Psychiatrische Ziekenhuizen en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten.

/02/  
De ontvoogding slaat op het recht van de patiënt om zelf te beslissen over zijn situatie, in het bijzonder zijn woonomgeving. Dit kent zijn voorlopers in de naoorlogse bouw van sociaalwoningen of talloze beschutte woonvormen.

/03/  
Veel instellingen gaan onzorgvuldig om met hun zorgvergoed, in het bijzonder het naoorlogse patrimonium. Ze zijn vaak veel oude gebouwen liever kwijt. (Dit natuurlijk met uitzondering van het representatieve en dus intensief gerenoveerde hoofdgebouw dat de directie moet huisvesten.) Het zorgvergoed is een essentieel aspect van het complexe kluwen van problemen dat de psychiatrische instelling omringt, maar valt buiten het kader van dit artikel.

/04/  
Het merendeel van dit tekort betreft de huisvesting voor chronisch schizofrene patiënten. De Stichting Huisjes de Stichting Huisjes die ijvert voor de bouw van woningen op de bestaande instellingensterreinen, schat de huidige behoefte hiervoor in op 15.000 eenpersoonswoningen. Hieronder vallen ca. 15% van de gevangenispopulatie en ca. 75% van de daklozen. De cijfers laten de gevolgen van de verhuizing naar de stad nog steeds doorschijnen.

/05/  
Zelfs de stedelijke Valeriuskliniek in het centrum van Amsterdam met zijn beperkte oppervlakte, maakt geen gebruik meer van de ruim ontworpen terrassen bovenop het gebouw.

/06/  
Over de rol van de buitenruimte van een psychiatrisch ziekenhuis in de ervaring van patiënten zie Kerry Davies, 'A Small Corner That's For Myself: Space, Place and Patients' Experiences of Mental Health Care, 1948-1998', in: Leslie Topp, James E. Moran en Jonathan Andrews (red.), *Madness, Architecture and the Built Environment: Psychiatric Spaces in Historical Context* (Routledge, 2007).

/01/  
This generally coincided with reforms to the Act for Special Admissions to Psychiatric Hospitals (*Wet Bijzondere Opnemingen Psychiatrische Ziekenhuizen*) and the scaling down of the Act for Exceptional Medical Expenses (*Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten*).

/02/  
This emancipation concerns the right of patients to make their own decisions about their situation, in particular about their residential environment. The precursors of this change are to be found in the post-war building of *socio-woningen* (an early, more autonomous type of patient housing in the grounds) and countless forms of sheltered accommodation.

/03/  
Many institutions are negligent in the treatment of their heritage, in particular those dating from after the Second World War. There are often a number of older buildings that they would rather get rid of (of course with the exception of the presentable and thus intensively renovated main building designed to accommodate the management). Heritage is an essential part of the complex tangle of problems besetting the psychiatric institution, but such problems fall outside the scope of this article.

/04/  
The greater part of this shortage involves accommodation for chronic schizophrenic patients. The *Stichting Huisjes*, a keen advocate of the building of dwellings in the grounds of existing institutions, estimates the present need for such dwellings stands at 15,000 one-bedroom flats. This figure includes about 15 per cent of the prison population and about 75 per cent of the homeless. These figures are another indication of the consequences of the move to the city.

/05/  
Even the Valerius clinic in the heart of Amsterdam, with its limited floor area, no longer makes use of the generously designed terraces at the top of the building.

/06/  
For an examination of the effect of outside space in a psychiatric hospital on a patient's experience, see Kerry Davies, 'A Small Corner That's For Myself: Space, Place and Patients' Experiences of Mental Health Care, 1948-1998', in: Leslie Topp, James E. Moran and Jonathan Andrews (eds.), *Madness, Architecture and the Built Environment: Psychiatric Spaces in Historical Context* (New York, London: Routledge, 2007).

## NOTES:

/04/  
The greater part of this shortage involves accommodation for chronic schizophrenic patients. The *Stichting Huisjes*, a keen advocate of the building of dwellings in the grounds of existing institutions, estimates the present need for such dwellings stands at 15,000 one-bedroom flats. This figure includes about 15 per cent of the prison population and about 75 per cent of the homeless. These figures are another indication of the consequences of the move to the city.

/05/  
Even the Valerius clinic in the heart of Amsterdam, with its limited floor area, no longer makes use of the generously designed terraces at the top of the building.

/06/  
For an examination of the effect of outside space in a psychiatric hospital on a patient's experience, see Kerry Davies, 'A Small Corner That's For Myself: Space, Place and Patients' Experiences of Mental Health Care, 1948-1998', in: Leslie Topp, James E. Moran and Jonathan Andrews (eds.), *Madness, Architecture and the Built Environment: Psychiatric Spaces in Historical Context* (New York, London: Routledge, 2007).

# 07

## A Nice Picture Is Not Enough

RESEARCH ON THE SOCIAL AND CULTURAL CONTEXT OF HEALTH CARE

BY BIRGITTE LOUISE HANSEN

The billboard is approximately 12 x 15 m and covers the façade of a building next to the entrance of a major hospital in the Netherlands. It portrays a smiling young white female child with thick reddish hair floating, falling or jumping in a light purple space filled with dark purple cells. Her knees are bent. She's not wearing shoes. The colour of her dress matches the background. She is holding a white teddy bear in her lap. Two cells dividing in the background imply that the context is medical and the child is a patient.

A smaller billboard is placed at another entrance. It portrays a smiling young white female adult with thick reddish hair floating, falling or jumping in a blue space filled with blue molecular structures. Her arms are outstretched as if she is trying to fly. Her knees are bent. She is wearing black high heels and black trousers. The colour of her T-shirt matches the background. In her right hand she is holding a stethoscope, clearly indicating, along with the symbolic white coat she is wearing, that she is a doctor.

What are these images? What do they mean?

Despite the worrying perspective of a child being sick, the two photos seem to be communicating that the hospital's environment is a happy, friendly, fun one. This hospital is not alone in posting such a message. Hospitals today are trying to look any way but 'scary', and this applies as much to private as to public hospitals. The ambition to do so is fed by a growing belief that patient-centred health care is about postponing the idea of illness, disease and death in the interests of the individual – the client. The role of culture in the perception of disease,

## Een mooi plaatje is niet genoeg

ONDERZOEK NAAR DE SOCIALE EN CULTURELE CONTEXT VAN GEZONDHEIDSZORG

DOOR BIRGITTE LOUISE HANSEN

Het doek meet ongeveer 12 x 15 meter en bedekt de gevel van een gebouw naast de ingang van een groot ziekenhuis in Nederland. Er staat een klein blank meisje op, glimlachend en met dik rossig haar. Ze zweeft, valt of springt in een lichtpaarse ruimte die gevuld is met donkerpaarse cellen. Haar knieën zijn gebogen. De kleur van haar jurkje komt overeen met de achtergrond. Ze houdt een witte teddybeer vast op haar schoot. Twee delende cellen op de achtergrond suggereren dat het kind een patiënt is.

Bij een andere entree prijkt een kleiner doek. Er staat een jonge blanke vrouw op, glimlachend en met dik rossig haar. Ze zweeft, valt of springt in een blauwe ruimte gevuld met blauwe moleculenstructuren. Ze heeft haar armen diagonaal gespreid alsof ze probeert te vliegen. Haar knieën zijn gebogen. Ze draagt zwarte schoenen met