Verward van geest en ander ongerief

Dit werk is tot stand gekomen met financiële steun van de Nederlandse Organisatie voor Wetenschappelijk Onderzoek (NWO), de Vereniging Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, het Huizinga Instituut, Onderzoekschool voor Cultuurgeschiedenis, de Faculteit der Geesteswetenschappen van de Universiteit van Amsterdam en de Faculteit der Cultuur- en Maatschappijwetenschappen van de Universiteit Maastricht.

Verward van geest en ander ongerief

Psychiatrie en geestelijke gezondheidszorg in Nederland (1870-2005)

Harry Oosterhuis

Marijke Gijswijt-Hofstra

II

NEDERLANDS TIJDSCHRIFT VOOR GENEESKUNDE
BOHN STAFLEU VAN LOGHUM – 2008

© 2008 Bohn Stafleu van Loghum, onderdeel van Springer Uitgeverij, Houten
Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden vermeerdigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën of opnamen, hetzij op enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever. Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikel 16b Auteurswet 1912 j° het Besluit van 20 juni 1974, Stb. 351, zoals gewijzigd bij het Besluit van 23 augustus 1985, Stb. 471 en artikel 17 Auteurswet 1912, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoedingen te voldoen aan de Stichting Reprorecht (Postbus 3051, 2130 KB Hoofddorp). Voor het overnemen van (een) gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16 Auteurswet 1912) dient men zich tot de uitgever te wenden.

Samensteller(s) en uitgever zijn zich volledig bewust van hun taak een betrouwbare uitgave te verzorgen. Niettemin kunnen zij geen aansprakelijkheid aanvaarden voor drukfouten en andere onjuistheden die eventueel in deze uitgave voorkomen.

De uitgever heeft alles in het werk gesteld voor de afbeeldingen in deze uitgave bij de rechthebbenden toestemming voor publicatie te verkrijgen. Zo veel mogelijk is de bron vermeld in de lijst van illustraties. Zij die desondanks menen aanspraak te kunnen maken op auteursrecht, kunnen zich melden bij de uitgever.

NUR 870

Ontwerp omslag en binnenwerk:
Bottenheft, Marijenkampen/Arnhem

Bohn Stafleu van Loghum
Het Spoor 2
Postbus 246
3990 GA Houten

www.bsl.nl

Inhoud band II

4 *Geestelijke gezondheidszorg voor iedereen en niemand (1965-1985)* *745*

Inleiding *745*

4.1 Het psychiatrisch vak *747*
Het werkveld en de beroepsorganisaties *747*
De universitaire psychiatrie *758*

4.2 De geestelijke gezondheidszorg onder druk: kritische psychiatrie en overheidsbemoeienis *773*
Van geleide naar spontane zelfontplooiing *773*
De psychiatrie onder vuur *775*
Het overheidsbeleid *796*

4.3 De metamorfose van het psychiatrisch ziekenhuis *811*
Nieuwbouw en renovatie *811*
Differentiatie en deconcentratie *826*
Democratisering en conflict *836*

4.4 Patiënten, verpleging en behandeling *849*
'Beelden van doorbraak en triomf van de geest' *849*
De rechten van de patiënt *857*
Van massaliteit naar individualiteit: ervaringen van een psychiatrisch verpleegkundige *866*
De psychiatrische verpleging: een vak voor iedereen? *872*
Socio- en psychotherapeutisch optimisme *895*
Kentering: de weerbarstigheid van geestesziekte *914*
De forensische psychiatrie *934*

4.5 Geestelijke volksgezondheid als welzijnsideologie *941*
De democratisering van geluk *941*
De moraal van openheid en bespreekbaarheid *953*

4.6 De ambulante geestelijke gezondheidszorg: expansie en reorganisatie *965*
Groei en bloei van de ambulante voorzieningen *965*
Het psychotherapeutisch bedrijf *971*
De psychotherapeutische markt en psychologisering *986*
Fluwelen en harde psychiatrie *994*
De Regionale Instelling voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg *1004*

Nabeschouwing *1008*

5 *Schuivende schotten en haperende vermaatschappelijking (1985-2005)* *1031*

Inleiding *1031*

5.1 Het psychiatrisch beroep *1033*
Het werkveld en de beroepsorganisaties *1033*
De universitaire psychiatrie *1041*

5.2 Maatschappij, overheid en geestelijke gezondheidszorg *1048*
De crisis van de verzorgingsstaat en de veerkracht van de geestelijke gezondheidszorg *1048*
Extramuralisering en vermaatschappelijking *1056*
De domeindiscussie *1069*
Rationalisering en juridisering *1075*

5.3 De intramurale en semimurale geestelijke gezondheidszorg rond de eeuwwende *1085*
De psychiatrische ziekenhuizen en de beschermende woonvormen *1085*
De patiënten *1108*
Zorg en behandeling *1118*
'Marie, word wijzer!' Een psychiatrisch-verpleegkundige carrière *1130*
De verpleegkunde: professionalisering ten tijde van deregulering *1135*
De forensische psychiatrie *1154*

5.4 De ambulante geestelijke gezondheidszorg rond de eeuwwende *1161*
Het hulpverleningsaanbod *1161*
De hulpvraag: cliënten en klachten *1166*
Behandeling: pillen en praten *1172*

5.5 Geestelijke gezondheidszorg en samenleving *1189*

Het gebrekkige draagvlak voor vermaatschappelijking *1188*
Geestelijke volksgezondheid en publieke moraal *1197*

Nabeschouwing *1208*

Slotbeschouwing *1219*

[4]

Geestelijke gezondheidszorg voor iedereen en niemand (1965-1985)

Inleiding

De jaren 1965-1985 vormen de roerigste periode in de geschiedenis van de Nederlandse geestelijke gezondheidszorg. Voor het eerst ontstond er in de maatschappij brede belangstelling voor het lot van geesteszieken en er kwam een einde aan het sociale isolement van de psychiatrische inrichtingen en het stilzwijgen van patiënten. Voorheen hadden psychiaters de beslotenheid van de inrichtingswereld vaak betreurd, maar de wijze waarop daar nu een einde aan kwam riep gemengde gevoelens bij hen op. In het kielzog van de protestbeweging van de jaren zestig werd de psychiatrie mikpunt van scherpe kritiek en raakte het psychiatrisch ziekenhuis omstreden. Waren geesteszieken eigenlijk wel geholpen met een psychiatrische aanpak? Was psychische gestoordheid eigenlijk wel een medisch probleem? Ging het niet eerder om een maatschappelijk vraagstuk? En waar was het onderscheid tussen gek en normaal eigenlijk op gebaseerd? Het waren kwesties die in de jaren zeventig velen bezighielden. Met het stellen van dergelijke vragen waren de antwoorden vaak al gegeven. Het antipsychiatrische gedachtegoed dat in de jaren zestig was geformuleerd, leverde de nodige munitie om de geestelijke gezondheidszorg op de korrel te nemen.

Aan de andere kant kwamen meer mensen dan ooit tevoren ermee in aanraking. De opnamecijfers van de psychiatrische ziekenhuizen schoten in de jaren zeventig omhoog. Nog sterker groeide de clientèle van de ambulante sector en die van de psychotherapie in het bijzonder. Dit was vooral mogelijk geworden door de collectieve financieringsregelingen die vanaf het eind van de jaren zestig werden ingevoerd. De toegenomen welvaart en de verzorgingsstaat stonden garant voor een vergroting van de toegankelijkheid van de hulpverlening. Waar de meeste mensen voorheen nauwelijks een idee hadden over wat psychiatrie inhield, kon het grote publiek nu dankzij de toegenomen media-aandacht en de verhalen die patiënten naar buiten brachten, enige kennis verwerven van de psychiatrie, ook al was deze doorgaans gekleurd. Bovendien waren de verwachtingen omtrent het curatieve vermogen van de geestelijke gezondheidszorg nog nooit zo hoog-

gespannen geweest als in deze periode. De titel van dit deel, 'Geestelijke gezondheidszorg voor iedereen en niemand', geeft deze paradoxale ontwikkeling bondig weer.

Na hoofdstuk 4.1, waarin wij, zoals ook in de andere delen, de ontwikkeling van het psychiatrisch vak en de beroepsgroep schetsen, gaan wij in hoofdstuk 4.2 in op de anti- of kritische psychiatrie, de patiëntenbeweging en de maatschappelijke achtergronden daarvan. Tevens zal in dit hoofdstuk een minstens even ingrijpende ontwikkeling aan de orde komen, namelijk de toenemende overheidsbemoeienis met de geestelijke gezondheidszorg. In de daarop volgende hoofdstukken over de psychiatrische ziekenhuizen (4.3 en 4.4) en de ambulante geestelijke gezondheidszorg (4.5 en 4.6) laten wij zien in welke mate en op welke wijze de tegenbeweging en de groeiende staatsinterventie doorwerkten in de zorg en hulpverlening. In feite, zo zal blijken, ging het om een samenspel van interne, al eerder ingezette veranderingen en nieuwe invloeden van buitenaf.

Hoofdstuk 4.3 gaat vooral over de veranderingen in de bevolkingssamenstelling en de organisatie van het psychiatrisch ziekenhuis: ten eerste externe differentiatie, die vooral tot uiting kwam in de uittocht van demente ouderen en verstandelijk gehandicapten, en ten tweede een verschuiving van uniformiteit en hiërarchie naar veelvormigheid en democratisering. Deze laatste verandering vond op verschillende niveaus plaats: van de architectonische vormgeving van nieuwbouw, de indeling van verblijfs- en behandelafdelingen van patiënten en de samenstelling van het verzorgende en behandelende personeel tot de dagelijkse omgangsvormen. Een en ander ging niet zonder spanningen en conflicten gepaard. De ontwikkelingen rond enkele psychiatrische ziekenhuizen maken duidelijk dat botsingen zowel tot verlamming en stagnatie als tot fundamentele vernieuwingen konden leiden. In hoofdstuk 4.4 staan de ervaringen van patiënten in de psychiatrische ziekenhuizen en hun verpleging en behandeling centraal. Daarbij zal de rechtspositie van psychiatrische patiënten, die mede dankzij hun toegenomen mondigheid steeds meer aandacht trok, in het bijzonder aan de orde komen. In de paragraaf over het therapeutische repertoire van het psychiatrische ziekenhuis gaan wij uitgebreid in op het sociaal-psychologische behandelethos dat vanaf de tweede helft van de jaren zestig terrein won en waarvan de therapeutische gemeenschap bij uitstek de belichaming was. De volgende paragraaf van dit hoofdstuk gaat over de veranderingen die zich in de eerste helft van de jaren tachtig in de ziekenhuizen voltrokken. Ten opzichte van de jaren zeventig was er sprake van een kentering. Behalve door bezuinigingen was deze voor een groot deel ingegeven door problemen die de democratisering en het socio- en psychotherapeutische optimisme met zich meebrachten. De therapeutische gedrevenheid van de jaren zeventig botste op de weerbarstigheid van vooral chronische geestesziekte. De laatste paragraaf van dit hoofdstuk heeft de forensische psychiatrie tot onderwerp.

In hoofdstuk 4.5 zetten wij uiteen hoe de ambulante geestelijke gezondheidszorg onder invloed van de protest- en democratiseringsbeweging van de jaren zestig, de antipsychiatrie en de uitdijende verzorgingsstaat een nieuw elan ontwikkelde en haar werkveld uitbreidde in de richting van welzijnszorg. Tevens laten wij zien hoe het sociale engagement van psychiaters en andere werkers in de geestelijke gezondheidszorg ertoe leidde dat zij een duidelijk stempel zetten op discussies over gevoelige maatschappelijke kwesties. Op deze manier leverden zij een belangrijke bijdrage aan de formulering van een nieuwe publieke moraal en gaven zij invulling aan burgerschapswaarden.

Hoofdstuk 4.6 is gewijd aan de ambulante voorzieningen, de hulpverleners, hun clientèle en de behandelingen die zij boden. Daarbij gaan wij uitgebreid in op de ontwikkeling van de psychotherapie en de maatschappelijke achtergrond daarvan. Mede door de populariteit en groei van de psychotherapie, zo laten we in de daarop volgende paragraaf zien, deden zich spanningen voor tussen de diverse ambulante instellingen en werden hun verschillen op de spits gedreven. De conflicten werden in de hand gewerkt door de weerstand in het ambulante werkveld tegen het streven naar een ingrijpende reorganisatie van de extramurale geestelijke gezondheidszorg. De laatste paragraaf is gewijd aan het resultaat van dat streven: een fusie van verschillende voorzieningen in de Regionale Instelling voor Geestelijke Gezondheidszorg (Riagg).

4.1 Het psychiatrisch vak

Het werkveld en de beroepsorganisaties

In de jaren zestig groeide het aantal zenuwartsen explosief: telde de beroepsgroep in 1960 nog geen 600 actieve leden, in 1972 waren het er bijna 1000. Iets meer dan 300 van hen waren in dat laatste jaar verbonden aan een intramurale psychiatrische instelling, waarmee deze groep vergeleken met 1960 (ruim 140 zenuwartsen) in relatieve zin steeg van 25 tot 30 procent van het totaal. Het aantal zenuwartsen dat in een academisch ziekenhuis of universitaire kliniek werkzaam was, groeide van 90 naar 135 – relatief betekende dit een kleine daling van 16 naar 14 procent. Terwijl in 1960 ruim 160 zenuwartsen een functie in de algemene gezondheidszorg vervulden, gold dat in 1972 voor 330, waarmee het relatieve aandeel van deze sector licht toenam van 29 naar 33 procent. Meer dan 330 zenuwartsen, 33 procent van het totaal, werkten in 1972 uitsluitend extramuraal in een ambulante instelling of vrijgevestigde praktijk. Aangezien in de telling van 1972 zenuwartsen die zowel intra- als extramuraal werkzaam waren niet zijn meegerekend en bovendien ambulante en vrijgevestigde werkplekken niet zijn onderscheiden, is vergelijking met de telling in het peiljaar 1960, waarin dat wel gebeurde, niet mogelijk. Toen

bedroeg het aandeel van de zenuwartsen die in volle of in deeltijd in ambulante instellingen en particuliere praktijken werkten 30 respectievelijk 40 procent.[1]

Het gecombineerde specialisme zenuw- en zielsziekten (neurologie en psychiatrie) raakte in de jaren zestig steeds meer omstreden onder de beroepsbeoefenaren. Een en ander hield nauw verband met de voortdurende debatten over de inhoud van de opleiding en daarmee nauw verbonden, de wetenschappelijke oriëntatie van het vak.[2] Hoewel psychiaters en neurologen sinds 1962 aparte afdelingen binnen de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie en Neurologie (NVPN) vormden en ook hun opleidingen vergaand waren gedifferentieerd, was het dubbelspecialisme gehandhaafd en hadden psychiaters en neurologen zeggenschap over elkanders opleiding. Een en ander stond op gespannen voet met de praktijk waarin neurologie en psychiatrie uit elkaar waren gegroeid en de meeste zenuwartsen zich op één van de deelspecialismen toelegden. Gezien de wetenschappelijke ontwikkelingen was het steeds moeilijker om beide specialismen te overzien en te beheersen. Neurologen richtten zich op stoornissen van het zenuwstelsel en pasten somatische geneeswijzen toe, terwijl psychiaters zich behalve met geestesziekten ook met psychosociale problemen bezighielden en een groeiend aantal van hen de psychoanalyse en andere vormen van psychotherapie als veelbelovende behandelvormen beschouwden. Vooral de laatste groep keerde zich tegen de nauwe band tussen neurologie en psychiatrie.

De kritiek op het dubbelspecialisme zenuw- en zielsziekten werd in de tweede helft van de jaren zestig verder in de hand gewerkt door invloeden van buitenaf op de beroepsgroep en de daaruit voortvloeiende interne verdeeldheid en polarisatie. De autoriteit van de psychiater en de medische legitimatie daarvan kwamen onder druk te staan, niet alleen door de antipsychiatrische kritiek en de bredere democratiseringbeweging van de jaren zestig en zeventig, maar ook door de opmars van andere, grotendeels psychologisch, sociaal-wetenschappelijk en agogisch geschoolde beroepsgroepen in de geestelijke gezondheidszorg.[3] Een deel van de psychiaters reageerde hierop door zich meer als psychosociaal hulpverlener dan als medicus te profileren. Hoewel de meesten van hen afstand bewaarden tot de radicale kritiek van de antipsychiatrische beweging, volgens welke geestesziekte een product was van een intolerante maatschappij, vonden velen dat de beleving van patiënten en hun sociale omstandigheden alsook de bredere maatschappelijke implicaties van psychische stoornissen ruime aandacht verdienden. Daarbij lieten zij zich inspireren door de psychoanalyse en ander psychotherapeutisch gedachtegoed, alsook door de met sociologische inzichten verrijkte sociale psychiatrie. Deels bouwden zij ook voort op de antropologisch-fenomenologische traditie van de oudere generatie psychiaters.[4]

1 Van Drunen 2004, 40-41; Bijlage 7: Aantallen leden en werkplekken psychiatrische beroepsgroep 1900-2000.

2 Vos en Van Berkestijn 1993; Oosterhuis en Wolters 1998.

3 Hutschemaekers en Neijmeijer 1998, 19.

4 Abma en Weijers 2005, 157-158.

In 1967 betoogde de Amsterdamse hoogleraar psychiatrie en psychoanalyticus P.C. Kuiper als voorzitter van een NVPN-commissie die zich over de inhoud van de opleiding tot zenuwarts had gebogen, dat het tijd werd voor de psychiatrie en neurologie om elkaar los te laten. Hij achtte een verzelfstandiging van de psychiatrie gewenst, aangezien de verplichte neurologische scholing van anderhalf jaar in de psychiatrische opleiding voor met name toekomstige sociaalpsychiaters en psychotherapeuten weinig zinvol was. Volgens Kuiper belemmerde de band met de somatisch georiënteerde neurologie de psychiatrie in haar ontwikkeling tot een discipline waarin zowel de somatische als de psychologische en sociale aspecten van stoornissen tot hun recht kwamen.[5] Kuiper en andere voorstanders van een splitsing tussen psychiatrie en neurologie wisten zich gesteund door ontwikkelingen in het buitenland: in Frankrijk, Duitsland, Italië en België was ook een beweging in die richting gaande en in de Verenigde Staten was dit al eerder gebeurd.[6] Tevens werd met het oog op het verwachte tekort aan psychiaters in de NVPN gepleit voor een verkorting van de psychiatrische opleiding van vijf naar vier jaar.[7] Ook hierbij gold de neurologie als belemmering: het verplichte onderdeel neurologie zorgde vanwege het geringe aantal beschikbare assistent-plaatsen voor lange wachttijden en vertragingen in de opleiding.

De voorstellen en discussies leidden in 1969 ondanks felle tegenstand van enkele zenuwartsen, met name de Nijmeegse hoogleraar J.J.G. Prick, tot het besluit om aparte opleidingen voor neurologie en psychiatrie in te stellen, het begin van het einde van het dubbelspecialisme zenuw- en zielsziekten. De opleidingen van de twee nieuwe specialismen, die drie jaar later van start gingen, werden teruggebracht van vijf naar vier jaar. De oude vijfjarige opleiding tot algemeen zenuwarts bleef weliswaar bestaan, maar zou door de gestage daling van het aantal nieuwe inschrijvingen en de sluiting van het register voor het dubbelspecialisme in 1983 een stille dood sterven.[8] De nieuwe opleidingseisen konden niet alle psychiaters tevreden stellen. Sommigen betreurden dat psychiaters-in-opleiding nog steeds verplicht waren zich naast de tweejarige klinische basisopleiding gedurende een jaar in de neurologie te scholen. Anderen hadden moeite met het verdwijnen van de verplichte stage sociale psychiatrie als gevolg van de verkorting van de opleiding; sociale psychiatrie was naast psychotherapie, kinderpsychiatrie en neurochemie gereduceerd tot een keuzeonderdeel.[9]

In 1974, twee jaar na de scheiding van hun opleidingen, kregen neurologen en psychiaters met de splitsing van de NVPN ook hun eigen beroepsorganisaties: de

5 *Mededelingenblad van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie en Neurologie 9* (1968), 17, 21.

6 Notulen vergadering bestuur NVPN, 21-9-1966, Archief NVPN.

7 Notulen vergadering bestuur NVPN en een delegatie uit het Consilium Neuro-psychiatricum, 28-3-1969, Archief NVPN; Van 't Hof 1996, 68.

8 Van Drunen 2004, 42-43.

9 Verslag van de bespreking van het hoofdbestuur van de NVPN met enige vertegenwoordigers van het Sociaal-Psychiatrisch Studiegezelschap, 25-9-1969, Archief NVPN; Notulen vergadering bestuur NVPN, 25-4-1972, Archief NVPN.

Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVP) en de Nederlandse Vereniging voor Neurologie (NVN). Vooral psychiaters hadden aangedrongen op verzelfstandiging. De voorzitter van de afdeling psychiatrie, A. Hustinx, schreef in 1972 dat voorstellen van sommige leden om een 'federatief verband' tussen psychiatrie en neurologie te handhaven, achterhaald waren vanwege 'de negatieve gevoelens die bij vele psychiaters momenteel bestaan t.a.v. de neurologie'.[10] Door incidenten waren de verhoudingen verslechterd. Zo bracht de afdeling psychiatrie in 1970 onder veel publiciteit een rapport uit over abortus met een pleidooi voor een permissieve houding. De afdeling neurologie, waarvan de leden behoudender waren ingesteld, was hierin niet gekend, terwijl het rapport de indruk wekte dat het om een gemeenschappelijk NVPN-standpunt ging.[11]

Hoewel sommige psychiaters de scheiding tussen psychiatrie en neurologie betreurden omdat juist vanaf de jaren zeventig het biologische onderzoek naar psychische stoornissen terrein begon te winnen, hadden velen behoefte aan een eigen vereniging om hun veranderende – minder medische en meer psychosociale – beroepsidentiteit te onderstrepen en hun plaats in de steeds sterker multidisciplinair samengestelde geestelijke gezondheidszorg te bepalen, die voor een deel ook welzijnszorg was geworden.[12] Vooral psychiaters die in ambulante instellingen werkzaam waren en die zich toelegden op psychotherapie, richtten zich op een clientèle die niet zozeer leed onder geestesziekte, als wel hulp zocht voor minder ernstige psychosociale moeilijkheden. Zij namen afstand van de medisch-klinische benadering, waarin uitingen van geestelijke verwarring als symptomen van een onderliggende ziekte werden gediagnosticeerd, het onderzoek zich deels richtte op lichamelijke aandoeningen en patiënten medicijnen kregen voorgeschreven. De meer psychosociale en psychotherapeutische invulling van het vak, waarbij psychische moeilijkheden werden begrepen in het licht van omgevingsinvloeden, de gezinsverhoudingen, persoonlijke relaties en de individuele levensgeschiedenis, bracht met zich mee dat deze psychiaters meer verwantschap voelden met psychologen en maatschappelijk werkers dan met andere medici. In 1975 gingen onder sommige psychiaters stemmen op om het *Tijdschrift voor Psychiatrie* en het *Tijdschrift voor Psychotherapie* te fuseren, wat de redactie van het laatste afhield uit angst voor besmetting met de medische psychiatrie.[13]

In 1977 waren meer dan 800 specialisten, dat wil zeggen zenuwartsen 'oude stijl' en psychiaters 'nieuwe stijl', uitsluitend op psychiatrisch gebied werkzaam, combineerden bijna 170 artsen psychiatrische en neurologische werkzaamheden en beoefenden rond de 300 specialisten alleen de neurologie. Op basis hiervan is het aantal psychiatrische beroepsbeoefenaren, nu met uitsluiting van de laatste groep, vast te stellen op zo'n 970. In 1981 was dit aantal toegenomen tot ruim 1150. Opvallend is dat het aantal psychiaters in de intramurale sector eind jaren zeven-

10 Hustinx 1972.
11 Notulen vergadering bestuur NVPN, 25-5-1969 en 17-8-1970, Archief NVPN.
12 Rapport structuurverandering N.V.P.N. 1972, 30-31.
13 Blok 2004, 150-151.

tig sterk steeg van bijna 320 naar krap 440 (relatief van 32 naar 38 procent), terwijl nog eens ruim 80 vacatures in psychiatrische ziekenhuizen vanwege een tekort aan psychiaters onvervuld bleven. In de algemene gezondheidszorg en de universitaire sector tezamen – de cijfers van 1981 zijn voor deze werkvelden niet uitgesplitst – werkten in 1977 ruim 260 en in 1981 320 psychiaters, waarmee deze werkvelden relatief een kleine toename van 26 tot 28 procent te zien gaven. In 1972, toen de neurologen nog werden meegeteld, was dat meer dan 40 procent, wat er op wijst dat zij sterk vertegenwoordigd waren in de algemene gezondheidszorg.

Het aantal psychiaters dat uitsluitend in ambulante instellingen werkzaam was bedroeg in 1977 tegen de 140; wanneer wij psychiaters met een deeltijdaanstelling zouden meetellen – exacte cijfers daarvan ontbreken – zou dat cijfer waarschijnlijk aanmerkelijk hoger uitkomen. Over 1981 beschikken wij evenmin over precieze gegevens. Uit een enquête in 1981 onder ruim 1130 leden van de NVP komt naar voren dat van de rond 800 respondenten bijna de helft een werkplek (voltijds of in deeltijd) in de ambulante geestelijke gezondheidszorg bezette. Van de ambulante instellingen telden de Instituten voor Multidisciplinaire (voorheen Medische) Psychotherapie de meeste – bijna 180 – psychiaters, gevolgd door de Sociaal-Psychiatrische Diensten (ongeveer 110), de Medisch-Opvoedkundige Bureaus (bijna 60), de Bureaus voor Levens- en Gezinsvragen (35) en de Consultatiebureaus voor Alcohol en Drugs (ruim 30). Waarschijnlijk werden ambulante functies vaak gecombineerd met particuliere praktijken, vooral als de betrokken psychiaters psychotherapie beoefenden. Het aantal vrijgevestigde psychiaters bedroeg in 1981 meer dan 520 (45 procent van het totaal) en daarnaast exploiteerden rond 720 zenuwartsen een gemengde psychiatrisch-neurologische praktijk. In totaal had de vrijgevestigde sector (inclusief de gemengde praktijken) een omvang van ongeveer 1150 voltijdse arbeidsplaatsen. Voor 1977 is geen totaalcijfer beschikbaar.[14]

Na inwendige geneeskunde vormde de combinatie psychiatrie en neurologie het omvangrijkste medische specialisme en dat gold na de scheiding tussen deze twee ook voor psychiatrie alleen. Naast kindergeneeskunde kende psychiatrie (tot 1974 tezamen met neurologie) het grootste aantal vrouwelijke beroepsbeoefenaren. Hun aandeel was tussen 1940 en het midden van de jaren zestig toegenomen van 10 tot 12 à 13 procent, om vervolgens in de jaren zeventig tot 17 en in de jaren tachtig tot 22 procent te stijgen.[15] Rond 1980 was bijna een kwart van de nieuwe inschrijvingen in het Medisch Specialisten Register voor psychiatrie een vrouw. Vrouwen waren vaker dan mannen uitsluitend in dienstverband werkzaam en ze waren oververtegenwoordigd in de ambulante geestelijke gezondheidszorg; ze richtten zich in het bijzonder op de kinder- en jeugdpsychiatrie.[16] De spreiding van psychiaters over het land was nog steeds ongelijkmatig. Terwijl Nederland

14 Schnabel 1982a, 90-91; Van der Reijden 1984, 26; Van Drunen 2004, 40, 43-45, 46-47.

15 Van Drunen 2004, 22, 32, 40.

16 Schnabel 1982a, 107-109.

rond 1980 gemiddeld 9 psychiaters per 100.000 inwoners telde, varieerde dat per regio van 2 tot 3 (Tilburg, Friesland, Twente, Gouda en Zeeland) tot 19 à 20 (Amsterdam en Kennemerland); vooral in de Randstad was de gemiddelde psychiaterdichtheid veel hoger dan in de rest van het land.[17]

De nieuwe NVP, die in 1974 voortkwam uit de splitsing van de NVPN, bestond uit de leden van de NVPN die in het ledenregister als zenuwarts-psychiater waren ingeschreven alsmede enkele leden van de in 1973 opgeheven Nederlandse Vereniging voor Psychiaters in Dienstverband die voorheen niet bij de NVPN waren aangesloten. De NVP stelde een buitengewoon lidmaatschap in voor andere beroepsgroepen die zich met een universitaire of hogere beroepsopleiding op het terrein van de geestelijke gezondheidszorg kwalificeerden. Ook andere artsen die op dit gebied werkzaam waren alsmede assistenten in opleiding konden buitengewoon lid van de vereniging worden. Assistent-artsen kregen na voltooiing van het eerste jaar van hun opleiding stemrecht in de NVP.[18] Het ledental van de NVP bedroeg bij de oprichting 850 en groeide naar 1270 in 1982.[19] De doelstelling van de vereniging, die sinds 1968 over een eigen secretariaat in de Domus Medica van de KNMG in Utrecht beschikte, bleef grotendeels ongewijzigd: de behartiging van de belangen van de beroepsgroep, het vak en de geestelijke gezondheidszorg, wetenschappelijke uitwisseling, het waken over de opleiding, de uitgave van een tijdschrift en het uitdragen van de standpunten van de beroepsgroep in de openbaarheid.[20] Al eerder was er vanuit de afdeling psychiatrie kritiek gekomen op het wetenschappelijk blad van de NVPN, de tweemaandelijkse *Psychiatria, Neurologia, Neurochirurgia* (1960-1973) met artikelen in het Engels, Frans en Duits. Het tijdschrift, waarin het aandeel van de neurologische bijdragen groot was, zou niet meer representatief zijn voor de Nederlandse psychiatriebeoefening en de publicatie van artikelen in vreemde talen had weinig zin meer bij gebrek aan buitenlandse abonnees.[21] Vanaf 1972 verscheen het *Tijdschrift voor Psychiatrie*, aanvankelijk een gezamenlijke uitgave van de Nederlandse Vereniging van Psychiaters in Dienstverband en de afdeling psychiatrie van de NVPN en vanaf 1974 van de NVP en de Vereniging van Vlaamse Zenuwartsen. Dit nieuwe verenigingsblad was de opvolger van het *Nederlands Tijdschrift voor Psychiatrie* dat de Nederlandse Vereniging van Psychiaters in Dienstverband van 1969 tot 1971 had uitgegeven en dat op zijn beurt was voorafgegaan door de *Voordrachtenreeks van de Nederlandse Vereniging van Psychiaters in Dienstverband* (1958-1968). Naast de meer wetenschappelijke tijdschriften verscheen het verenigingsblad *Nieuws en Mededelingen* (1963-1977).

De NVP kende naast een algemeen en dagelijks bestuur drie vaste commissies: de Commissie Beroepsuitoefening, die zich in het bijzonder met belangenbehartiging bezighield, de Opleidingscommissie en de Commissie Wetenschapsbevor-

17 Schnabel 1982a, 19-32, 140.
18 Van 't Hof 1996, 70.
19 Schnabel 1982a, 70-71.
20 Schnabel 1982a, 70.
21 Schnabel 1982a, 73; *Nieuws en Mededelingen* [NVPN] mei 1972, no. 17, 28. *Psychiatria, Neurologia, Neurochirurgia* kreeg een Engelstalige neurologische opvolger: *Clinical Neurology and Neurosurgery*.

dering, later omgedoopt in Wetenschappelijke Activiteiten. Verder bestonden er secties voor klinische psychiatrie, psychotherapie, sociale psychiatrie, forensische psychiatrie, kinder- en jeugdpsychiatrie, ouderenpsychiatrie, liaison- en ziekenhuispsychiatrie en seksuologie en een subvereniging voor assistent-artsen. De toenemende specialisatie binnen de beroepsgroep bleek ook uit het feit dat psychiaters behalve van de NVP ook lid waren van tal van andere verenigingen: de Vereniging van Nederlandse psychiaters (VNP), die de belangen van vrijgevestigde psychiaters vertegenwoordigde, de Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie (NVPT), de Landelijke Psychotherapeuten Vereniging, de diverse specialistische psychotherapieverenigingen[22], het Interdisciplinair Genootschap voor Biologische Psychiatrie, het Psychiatrisch-Juridisch Gezelschap, de Vereniging voor Polikliniekmedewerkers van Psychiatrische Instellingen, het Sociaal-Psychiatrisch Studiegezelschap, de Vereniging voor Kinder- en Jeugdpsychiatrie en de Nederlands-Duitse Vereniging voor Geestelijke Gezondheidszorg.[23]

Vanouds hadden kleinschaligheid, hiërarchie en persoonlijke banden de verhoudingen in de NVPN bepaald, maar als gevolg van enerzijds democratisering en anderzijds verzakelijking, onder meer door het toenemende ledental, veranderde de sfeer in de vereniging. 'De tijd van de heren-diners, die in alle rust en vrede in de Utrechtse establishment-hotels werden genoten, waarna gedurende enkele uren met vaste hand de vereniging in goede banen werd geleid, schijnt voorbij', zo was in het jaarverslag over *1969* te lezen.[24] Verzakelijking en schaalvergroting deden hun invloed ook gelden op de werkvloer, vooral in instellingen waarin zenuwartsen in dienstverband werkten. In de feestbundel ter gelegenheid van het honderdjarig bestaan van de NVPN in *1971* constateerden de samenstellers dat de professionele autonomie van zenuwartsen in het gedrang was gekomen als gevolg van toenemende bureaucratisering en institutionalisering. De vereniging zou te weinig politiek actief zijn geweest waardoor haar invloed op het regeringsbeleid te wensen overliet.[25] In de loop van de jaren zeventig en tachtig werd het gevoel onder psychiaters dat hun autonomie en invloed taanden en dat hun afhankelijkheid van beleidsinstanties toenam, alleen maar sterker.[26] Het corporatisme, dat de medische stand een grote mate van zelfstandigheid en zelfregulering had toegestaan, maakte plaats voor meer regelgeving van buitenaf, onder meer ter beheersing van de oplopende kosten van de in toenemende mate collectief gefinancierde geestelijke gezondheidszorg. In zorg- en hulpverleningsinstellingen kwamen beheer en leiding steeds meer in handen van functionarissen die niet tot de medische stand behoorden. Ook ondervonden psychiaters op

22 De Nederlandse Vereniging voor Psychoanalyse, het Nederlands Psychoanalytisch Genootschap, de Vereniging voor Psychoanalytische Psychotherapie, de Nederlandse Vereniging voor Groepstherapie, de Nederlandse Vereniging voor Hypnotherapie (voorheen Nederlandse Vereniging voor Medische Hypnose), de Vereniging voor Rogeriaanse Therapie en de Vereniging voor Gedragstherapie.

23 Schnabel 1982a, 50-73

24 Jaarverslag (NVPN) van de secretaris over *1969-1970*, Archief NVPN.

25 Sillevis Smitt en Jansen *1971*, 15.

26 Zie bijvoorbeeld Trimbos *1987*, 170-171.

de werkvloer de sterker wordende concurrentie van andere, niet-medische beroepsgroepen, die vaak gespecialiseerder en goedkoper waren; vooral op het uitdijende werkterrein van de psychotherapie leidde dit tot spanningen en conflicten.[27] Verder kregen psychiaters te maken met een grotere mondigheid en soms zelfs met verzet van patiënten, die zich organiseerden in belangenorganisaties en wier rechten steeds meer erkenning kregen. Geconfronteerd met deze ontwikkelingen voerde de NVP geen duidelijk en actief beleid en trad zij niet op als een krachtige belangenbehartiger van de beroepsgroep. Als de vereniging al inhoudelijk stelling nam, dan liep zij vaak achter de maatschappelijke veranderingen en de politieke besluitvorming aan. Mede omdat psychiaters onderling verdeeld waren en tegenstrijdige belangen hadden, kenmerkte de koers van de NVP zich door terughoudendheid en voorzichtigheid.[28]

Net als de NVPN was de NVP een vereniging waarin eensgezindheid ver te zoeken was. In de jaren zeventig traden de spanningen binnen de psychiatrische beroepsgroep nog scherper dan voorheen aan het licht. Al langer bestaande verschillen in visie op de etiologie van psychische stoornissen (somatisch, psychisch of sociaal), diagnostiek (in termen van individuele ziekte, relationele moeilijkheden of schadelijke maatschappelijke invloeden) en behandeling (pillen, psychotherapie of sociale begeleiding en ondersteuning) raakten gepolariseerd en verhardden zich soms tot onwrikbare, ideologisch beladen standpunten. De tegenstellingen tussen psychiaters werden nog eens aangescherpt door de diversiteit van de problematiek waar ze zich mee bezighielden (geestesziekte versus min of meer ernstige psychosociale moeilijkheden), hun verschillende functies en werkplekken (intra- of extramuraal; zelfstandig gevestigd of in dienstverband; min of meer autonoom in een overwegend medische context of multidisciplinair, samen met andere beroepsgroepen) en hun uiteenlopende maatschappelijke positie ('goudkustpsychiaters' versus 'spijkerpakpsychiaters').[29] Daar kwam nog bij dat zich onder invloed van de antipsychiatrie politieke tegenstellingen onder psychiaters voordeden. In een interview verklaarde de bekendste Nederlandse vertegenwoordiger van de kritische stroming, J. Foudraine, bijvoorbeeld dat politieke en sociale actie tot het takenpakket van de psychiater behoorde.

——— *Hij zal zich moeten opwerpen om maatschappijstructuren te veranderen; hij zal waanideeën in de maatschappij moeten ontmaskeren. Hij moet zijn stem verheffen als zou het maar zijn om nu eindelijk de geboortebeperking er eens door te krijgen. De verouderde echtscheidingswetgeving, de abortuswetgeving moeten veranderd. De milieuverontreiniging moet hij bestrijden. Hij zal zich actief moeten bezighouden met de maatschappijstructuren die economisch gezien de mensen tot ding maken.*[30]

27 Zie verder 4.6, paragraaf 'Het psychotherapeutisch bedrijf'.
28 Abma en Weijers 2005, 199–217; vergelijk Van 't Hof 1996.
29 Rouppe van der Voort 1978.
30 Bos 1972a, 20.

Ook C.J.B.J. Trimbos was van mening dat psychiaters de 'tekort schietende maatschappelijke structuren' aan de kaak moesten stellen en hij betreurde het dat velen in dit opzicht in gebreke bleven: 'Niet weinige psychiaters zijn dan ook systeembestendigers, maatschappij-mooihouders, psychische politieagenten, die zonder meer hand- en spandiensten verlenen aan het machtsapparaat [...]'[31] Dergelijke opvattingen gingen de meeste psychiaters te ver, hoezeer zij ook sympathiseerden met een meer sociaal-psychologische invulling van hun vak. Het maatschappelijke engagement dat Foudraine, Trimbos en sommige van hun collega's aan de dag legden, stuitte op regelrechte afwijzing van psychiaters die zichzelf in de eerste plaats als arts en hulpverlener van individuele patiënten beschouwden en verandering van de samenleving ondoenlijk en/of onwenselijk achtten.

Mede vanwege de vakinhoudelijke en ideologische tegenstellingen en de verdere uitwaaiering van het werkveld bleven de inhoud van het psychiatrisch vak en in het bijzonder die van de opleiding de gemoederen bezighouden. Ondanks de scheiding tussen neurologie en psychiatrie was in de nieuwe, in 1972 ingevoerde vierjarige psychiatrieopleiding naast de tweejarige klinische basisscholing en een eenjarige stage naar keuze nog één jaar voor neurologie gereserveerd. Behalve het gebrek aan differentiatie en mogelijkheden tot verdieping in een bepaald aspect van de psychiatrie, riep vooral het verplichte jaar neurologie bezwaren op. Nadat al enkele keren eerder vergeefs was gepleit voor een meer algemene stage op het terrein van de somatologie in plaats van het verplichte jaar neurologie, stelden de Maastrichtse hoogleraren M.A.J. Romme en M.M.W. Richartz eind jaren zeventig voor de neurologie volledig te laten vervallen en meer aandacht te schenken aan de biologische psychiatrie. De laatste omvatte volgens hen een veel breder gebied dan het herkennen en behandelen van neurologische afwijkingen bij psychiatrische patiënten. Zij suggereerden dat het verplichte onderdeel neurologie eerder een rem dan een stimulans vormde om in de klinische psychiatrie aandacht te schenken aan de lichamelijke kant van psychische stoornissen. Maar niet alleen de biologie, ook de psychotherapie en de sociale psychiatrie dienden volgens Romme en Richartz veel meer gewicht in de basisopleiding te krijgen.[32]

Het pleidooi van Romme en Richartz voor een integrale biopsychosociale benadering van psychische stoornissen, waarvoor Kuiper, J. Bastiaans en Trimbos zich in andere bewoordingen al eerder sterk hadden gemaakt, kon op bijval rekenen onder psychiaters.[33] Zowel de biologisch georiënteerde psychiater H.M. van Praag als de psychiater-psychotherapeut F.J.M. Rouppe van der Voort konden zich in het biopsychosociale profiel van het vak vinden.[34] De laatste betoogde dat de psychiater zich te lang had vastgeklampt aan zijn status als arts en de band met de neurologie, een vak dat in de psychiatrische praktijk nauwelijks relevant was.

31 Trimbos 1972c, 10.

32 Romme en Richartz 1978; vergelijk Romme 1978a.

33 *Mededelingenblad van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie en Neurologie* 9 (1968), 17, 21.; Bastiaans en Groen 1970; Trimbos 1972a; Van Ree, Peters en Bras 1977; vergelijk Van Praag 1978; Rouppe van der Voort 1978; Lit 1983; Höppener 1984.

34 Van Praag 1978; Rouppe van der Voort 1978.

De psychiater zou zich beter kunnen profileren als specialist die op drie overlappende terreinen deskundig was – het medische, het psychische en het sociale of relationele – en die zich vooral onderscheidde door de vaardigheid om problemen vanuit de ene dimensie naar de andere te vertalen. De kern van de psychiatrische beroepstaak, aldus Rouppe van der Voort, bestond uit

> ——— *het beheersen van het medisch-biologische, het psychologische en maatschappelijk-relationele taalgebruik, de flexibiliteit om van het ene taalgebruik in het andere over te gaan, om zodoende op zo adequaat mogelijke wijze, zowel diagnostisch als therapeutisch met klachten en problemen om te gaan [...]*[35]

Wat de biopsychosociale psychiatrie precies moest inhouden en hoe de drie aspecten zich tot elkaar verhielden als het om etiologie, diagnostiek en behandeling ging, werd echter niet duidelijk. Van een concrete uitwerking van het profiel was geen sprake. In Rouppe van der Voorts karakterisering van de psychiater als een soort vertaaldeskundige werden de verschillende benaderingen niet geïntegreerd, maar bleven ze naast elkaar bestaan. Het lijkt erop dat het biopsychosociale model vooral diende als retorisch middel om de veelzijdigheid van het psychiatrische werkveld en de uiteenlopende benaderingen in één beroepsprofiel te verenigen. Veel meer dan een bezweringsformule om de onderlinge verdeeldheid tegen te gaan was het niet en in feite vormde het een nieuwe legitimatie van eclecticisme. Het profiel werd ingezet om het verdeelde vak bij elkaar te houden, een functie die eerder op meer persoonlijke basis was vervuld door charismatische hoogleraren als G. Jelgersma, K.H. Bouman en H.C. Rümke.

Dat het biopsychosociale model vooral een strategisch middel was, bleek ook uit de wijze waarop psychiaters het gebruikten om hun plaats temidden van andere, op deelterreinen soms gespecialiseerder beroepsgroepen te bepalen. Rond 1980 werkten de meeste psychiaters meer of minder intensief samen met niet-medische beroepsgroepen.[36] In de loop van de jaren zestig en zeventig hadden psychologen, maatschappelijk werkers, psychiatrisch verpleegkundigen en andere deskundigen hun positie in de geestelijke gezondheidszorg versterkt en gingen er stemmen op om de rol van de psychiater in te perken. Een leidinggevende rol van de psychiater in multidisciplinaire samenwerkingsverbanden, waarin horizontale en democratische overlegstructuren ingang vonden, was niet meer zo vanzelfsprekend als voorheen.[37] Psychiaters reageerden op dergelijke ontwikkelingen door zich tegenover andere werkers in de geestelijke gezondheidszorg als biopsychosociaal generalist te profileren. Als zodanig maakten zij aanspraak op een integrerende en leidinggevende rol. Het lijkt erop dat deze strategie weinig heeft opgeleverd en dat psychiaters zich neerlegden bij hun veranderde, minder

35 Rouppe van der Voort 1978, 208; vergelijk Lit 1983.

36 Schnabel 1982a, 82–95.

37 Van den Boom 1987, 111.

dominante positie, vooral voor zover zij extramuraal werkzaam waren. Dit kan ook verklaren waarom de samenwerking tussen psychiaters met vertegenwoordigers van andere beroepsgroepen in de praktijk vrij soepel verliep, zeker in vergelijking met andere landen, waar klinisch psychologen, maatschappelijk werkers en psychiatrisch verpleegkundigen, zowel numeriek als wat invloed betreft, een minder sterke positie in de geestelijke gezondheidszorg innamen dan in Nederland.[38]

Hoewel de invulling van het biopsychosociale model vaag bleef, was dit beroepsprofiel wel leidraad voor de herziening van de opleiding in 1981. Daarin kwam meer aandacht voor psychotherapie alsook voor sociale en biologische psychiatrie. Met de invoering van sociale psychiatrie en psychotherapie als verplichte onderdelen van de opleiding moesten psychiaters hun zeggenschap over de inhoud van de opleiding delen met andere disciplines. De stage sociale psychiatrie was afhankelijk van de medewerking van de multidisciplinaire Regionale Instelling voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg (Riagg). Over het onderdeel psychotherapie kreeg het Centraal Orgaan Opleidingen Psychotherapie, waarin ook organisaties van niet-medici zitting hadden, zeggenschap.[39] De nieuwe invulling van de opleiding kwam mede tot stand om psychiatrisch tegenwicht te bieden aan de concurrentie en de toegenomen scholing van vooral psychologen op het gebied van psychotherapie. Verder kwam de gewijzigde opleiding tegemoet aan de eisen van de nieuwe Riagg, die een breed palet aan hulpverlening, zowel psychotherapeutisch als sociaal-psychiatrisch, moest bieden. Opmerkelijk was dat de nieuwe opleiding nog steeds een verplicht jaar neurologie voorschreef. Alleen als een psychiater in opleiding er niet in slaagde een opleidingsplaats neurologie te vinden, mocht dit worden vervangen door een ander. Twee jaar later verdween de neurologie definitief als verplicht onderdeel uit de opleiding, niet zozeer om een principiële als wel om een praktische reden, namelijk de schaarste aan neurologische opleidingsplaatsen. De afschaffing van het onderdeel neurologie in de psychiatrische opleiding alsmede de opheffing van de gecombineerde psychiatrisch-neurologische opleiding tot zenuwarts bezegelde de verwijdering tussen psychiatrie en neurologie, die al vanaf de jaren vijftig was begonnen.

De zorg om de medische status van hun vakgebied was waarschijnlijk een belangrijke reden dat de meerderheid van de leden van de NVP zo lang het onderdeel neurologie in de opleiding wenste te handhaven. De toegenomen aandacht voor psychosociale benaderingen ten spijt bleven zij vasthouden aan hun medische beroepsidentiteit. In 1982 benadrukte het bestuur van de NVP dat het geneeskundige karakter van de psychiatrieopleiding gewaarborgd moest blijven. Na de definitieve afschaffing van de verplichte neurologiestage werd aan de opleidingseisen uitdrukkelijk toegevoegd dat assistent-psychiaters kennis moes-

38 Oosterhuis 2005b.

39 Schwarz 1987.

ten opdoen van de somatische pathologie.[40] Tevens werd met ingang van 1984 de opleiding met een half jaar verlengd, waardoor deze vanaf toen bestond uit drie jaar basisscholing in klinische psychiatrie, een half jaar sociale psychiatrie en één keuzejaar voor stages. Aan de behoefte aan meer differentiatie en specialisatie kwam de nieuwe opleiding niet tegemoet. De psychiatrieopleiding bleef overwegend generalistisch.

Begin jaren tachtig begonnen sommige psychiaters voorzichtig voor een sterker medisch profiel van hun vak te pleiten, een geluid dat vanaf het eind van het decennium sterker weerklank vond.[41] Terwijl de nadruk op het biopsychosociale model mede was ingegeven door de vrees voor terreinverlies aan andere beroepsgroepen, duidde de toenemende neiging van psychiaters om zich als medicus te afficheren op een nauwere afbakening van hun werkveld, waarbij de psychosociale problematiek kon worden overgelaten aan andere deskundigen.

De universitaire psychiatrie

De universitaire psychiatrie, die rond 1980 25 leerstoelen aan medische faculteiten telde, werd in de jaren zestig en zeventig in hoge mate beheerst door de psychoanalyse.[42] Daarmee werd afstand genomen van zowel de neurologie als de fenomenologisch-antropologische richting die vanaf het interbellum haar stempel drukte op de academische vakbeoefening. Met uitzondering van de Vrije Universiteit en de Katholieke Universiteit Nijmegen kwamen de belangrijkste leerstoelen voor algemene en klinische psychiatrie in handen van psychoanalytici of psychiaters die ermee sympathiseerden: P.C. Kuiper en F.E.R.E.R. de Jonghe aan de Gemeente Universiteit van Amsterdam (1961-1984 respectievelijk vanaf 1980), Bastiaans aan de Rijksuniversiteit Leiden (1963-1985), W.K. van Dijk aan de Rijksuniversiteit Groningen (1963-1985), J.H. Plokker aan de Rijksuniversiteit Utrecht (1964-1976) en G.A. Ladee, een leerling van Kuiper, als eerste hoogleraar klinische psychiatrie aan de Erasmus Universiteit Rotterdam (1967-1985).

Ook de hoogleraren voor de specialismen kinderpsychiatrie, psychotherapie en seksuologie waren sterk op de psychoanalyse georiënteerd. Th. Hart de Ruyter bekleedde vanaf 1956 tot 1973 in Groningen de eerste leerstoel kinderpsychiatrie. In het midden van de jaren zestig gingen twee andere vooraanstaande psychoanalytici leerstoelen op dit terrein bezetten: L. Kamp in Utrecht (1964-1980) en E.C.M. Frijling-Schreuder aan de Amsterdamse Gemeente Universiteit (1965-1974).

40 Vos en Van Berkestijn 1993, 26-27; vergelijk Schene 1990.

41 Stolk en Op den Velde 1982.

42 Schnabel 1982a, 124-125; De Waardt 2005, 155-166. Buiten de medische faculteiten waren ook nog enkele psychiaters aan juridische faculteiten als hoogleraar forensische psychiatrie aangesteld: in Utrecht F.H.L Beyaert (1975-1995), in Leiden M. Zeegers, in Amsterdam aan de Vrije Universiteit N.W. de Smit en in Nijmegen S. van der Kwast (1971-1973) en J.G. Schnitzler (1983-1989). Brabers en Schreuder 1998: II, 478, 489. In Groningen was de hoogleraar forensische psychiatrie W. Goudsmit wel aan de medische faculteit verbonden.

Frijling-Schreuder was net als Hart de Ruyter een prominent lid van de Nederlandse Vereniging voor Psychoanalyse onder leiding van de orthodoxe freudiaan J.A. Lampl-de Groot, terwijl Kamp was aangesloten bij het rekkelijker Psychoanalytisch Genootschap en daarin in de jaren vijftig het voorzitterschap bekleedde. Andere kinderpsychiaters die hoogleraar werden, waren D.J. de Levita, achtereenvolgens in Rotterdam (1969-1974) en Amsterdam (Gemeente Universiteit, 1974-1988), J.A.R. Sanders-Woudstra in Rotterdam (1974-1987) en Amsterdam (Universiteit van Amsterdam, 1988-1992) en C. Rümke in Groningen (1973-1987). Verder bezetten psychoanalytici leerstoelen op het gebied van de psychotherapie: A. van Dantzig vanaf 1971 aan de Gemeente Universiteit van Amsterdam, R.E. Abraham in Leiden, J.H. Thiel in Rotterdam en A.A. Fischer van 1987 tot 1995 in Nijmegen.[43] C. van Emde Boas en H. Musaph vervulden in de jaren zeventig bijzondere leeropdrachten in de seksuologie aan de Gemeente Universiteit van Amsterdam en in Leiden.[44]

Nog sterker dan de algemene psychiatrie stond de kinderpsychiatrie in de jaren zestig en zeventig in het teken van de psychoanalyse. Nadat de Amsterdamse lector in de kinderpsychiatrie F. Grewel, exponent van een meer biosociale benadering, door de benoeming van Frijling-Schreuder op een zijspoor was beland, viel alleen in Leiden nog een ander geluid te beluisteren: de medisch-directeur van de Leidse psychiatrische kinderkliniek Curium en lector D.A. van Krevelen vroeg aandacht voor de biomedische aspecten van deze specialisatie. De hoogleraar psychiatrie Bastiaans trachtte de kinderpsychiatrie buiten Van Krevelen om een psychoanalytische invulling te geven, waarbij hij steun kreeg van de hoogleraar in de pediatrie, G.M.H. Veeneklaas, en de medisch directeur van het plaatselijke MOB, de psychiater S. Teuns. De meer medische optiek van Van Krevelen moest het afleggen tegen de psychoanalytische en deels ook bredere sociaalpsychologische en pedagogische benadering, waarbij psychiaters, zoals in MOB's gebruikelijk was, met andere deskundigen als psychologen en pedagogen samenwerkten. Hij kwam in een isolement terecht en trad in 1972 af als lector en directeur van Curium. Van Krevelens opvolger als directeur van Curium en als docent aan de Leidse universiteit, J. Weinberg, was een aanhanger van de systeemtheorie. Achter psychische stoornissen van kinderen zouden gestoorde gezinsrelaties schuilgaan en derhalve moest de behandeling zich ook richten op de communicatie- en omgangspatronen in het gezin.[45]

Aan de twee confessionele universiteiten en de nieuwe, in 1974 opgerichte Rijksuniversiteit Limburg kreeg de psychoanalyse geen dominante positie. Op de Vrije Universiteit kwam de leerstoel klinische psychiatrie na de plotselinge dood van A.L. Janse de Jonge in handen van de neuroloog F.C. Stam (1966-1975), wiens leeropdracht tevens neuropathie inhield. Deze benoeming was omstreden, niet

43 Abma en Weijers 2005, 80-91; De Waardt 2005, 159-160, 177-185; Schnabel 1982a, 124-125; Brabers en Schreuder 1998: II, 470.

44 Van der Steege 1995, 42.

45 Hutschemaekers 1995; De Waardt 2005, 159-160, 181-185.

alleen in verband met persoonlijke tegenstellingen in de medische faculteit van de Vrije Universiteit, maar ook vanwege inhoudelijke bezwaren: Stam zou geen oog hebben voor de geesteswetenschappelijke en levensbeschouwelijke aspecten van de psychiatrie. Stams aandacht ging voornamelijk uit naar de somatische basis van psychosen. Zijn medewerkers en studenten verweten hem dat hij de psychosociale kant van het vak verwaarloosde en dat de sociale en kinderpsychiatrie alsook de psychotherapie in het onderwijs onderbelicht bleven. Mede door de invloed van het antipsychiatrische gedachtegoed en omdat Stam niet aan de kritiek tegemoet kwam, werden de protesten tegen zijn koers feller. Hoewel hij steun kreeg van het faculteitsbestuur gaf Stam in 1975 de strijd op door zijn leeropdracht klinische psychiatrie neer te leggen en zich te beperken tot de neuropathie.

De opvolging van Stam stond ook in het teken van conflict, onder andere vanwege de status aparte van de Valeriuskliniek, waarover niet alleen de medische faculteit, maar ook de opvolger van de Vereeniging tot Christelijke Verzorging van Krankzinnigen, inmiddels omgedoopt tot Vereniging Bennekom, zeggenschap had. In 1983 kwam een einde aan deze ingewikkelde beheerstructuur doordat de Valeriuskliniek als Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis onderdeel werd van het Academisch Ziekenhuis van de Vrije Universiteit. De leerstoel klinische psychiatrie bleef tot 1981 vacant. De beoogde opvolger van Stam, de docent neuroseleer M. Kuilman, trok zich in 1977 terug. Vier jaar later volgde de benoeming van W. van Tilburg. Deze was psychoanalytisch opgeleid, maar mede door de specialisatie waarmee hij zich profileerde, de ouderenpsychiatrie, speelde de psychoanalyse in zijn werk geen prominente rol.[46] In de psychiatrieopleiding van de Vrije Universiteit kregen de psychofarmaca meer aandacht dan aan universiteiten waar de psychoanalyse de toon aangaf.[47]

De Nijmeegse hoogleraar psychiatrie en neurologie J.J.G. Prick, een fel tegenstander van de scheiding van deze twee vakgebieden, koos in 1971 bij de splitsing van de leerstoel voor neurologie. S.J. Nijdam, die zijn sporen had verdiend met farmaceutisch onderzoek, ging de leerstoel klinische psychiatrie bekleden (1971–1984). In 1977 kreeg de Nijmeegse universiteit een tweede hoogleraar algemene psychiatrie in de persoon van Fischer, die deskundig was op het terrein van de psychoanalyse en psychotherapie.[48] De Rijksuniversiteit Limburg in Maastricht profileerde zich met twee leerstoelen op het gebied van de sociale psychiatrie: M.A.J. Romme vanaf 1974 en M.M.W. Richartz vanaf 1980. De leeropdracht van de laatste werd overigens al een jaar later omgezet in klinische psychiatrie.[49] Vooral aan de Groningse en Leidse universiteiten kwam naast de psychoanalyse ook ruimte voor andere oriëntaties. De Rijksuniversiteit Groningen profileerde zich vanaf 1970 met nieuwe leerstoelen voor zowel biologische psychiatrie, achtereenvolgens bekleed door H.M. van Praag en R.H. van den Hoofdakker, als sociale

46 Van Bergen 2005, 515-527, 674-683.
47 Pieters, Snelders en Houwaart 2006, 117.
48 Brabers en Schreuder 1998: II, 470, 483; De Waardt 2005, 165; Pieters, Snelders en Houwaart 2006, 119.
49 De Waardt 2005, 297.

P.C. Kuiper in het COC in discussie met homo's en lesbo's, 1981.

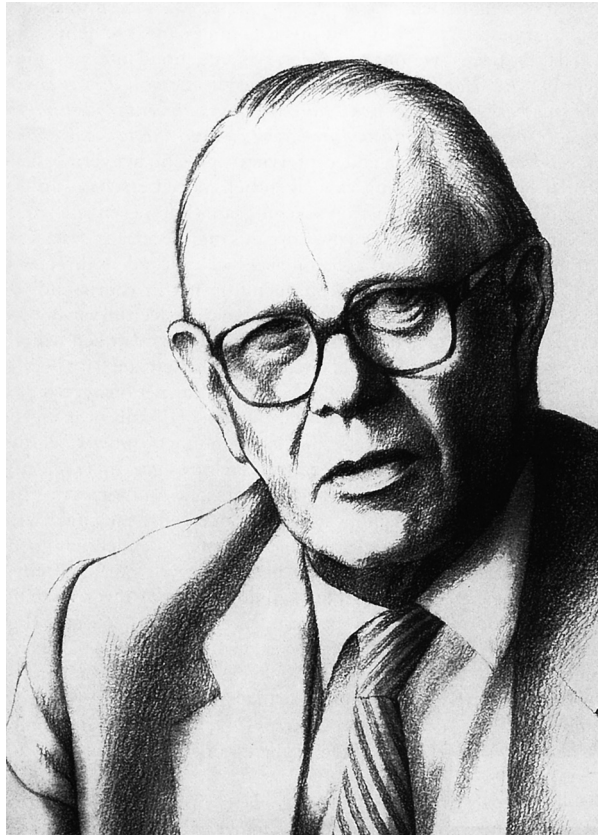
psychiatrie en epidemiologie, bezet door R. Giel. De van de Groningse universiteit afkomstige H.G.M. Rooijmans, die vanaf 1976 naast Bastiaans een leerstoel klinische psychiatrie aan de Leidse universiteit innam, was geen aanhanger van de psychoanalyse en stond een meer medische oriëntatie van het vak voor.

Afgezien van de hoogleraren die niet de psychoanalyse aanhingen, sloot de psychoanalytische dominantie de biologische en sociale benaderingen in de psychiatrie niet geheel uit. Net als zijn voorganger L. van der Horst benadrukte Kuiper het belang van het levensverhaal van de patiënt, maar hij verkondigde tegelijkertijd dat de psychiatrie wetenschappelijker en empirischer moest worden. In zijn oratie, *De plaats van de psychiatrie te midden der medische specialismen* (1962), pleitte Kuiper ervoor om het vak te baseren op zowel de psychoanalyse als de biologie. Een jaar later betoogde hij dat de psychoanalyse geïntegreerd moest worden in de klinische psychiatrie, waarin ook de neurologie een plaats verdiende.[50] In tegenstelling tot de beschouwende en filosofische antropologisch-fenomenologische richting zou de psychoanalyse wel met wetenschappelijk bewijs te onderbouwen zijn. In zijn onderwijs en in zijn handboeken *Neurosenleer* (1966) en *Hoofdsom der psychiatrie* (1973) profileerde Kuiper zich vooral als psychoanalyticus, maar dat nam niet weg dat de praktijk in zijn kliniek veelzijdig was en ook plaats bood aan andere vormen van behandeling, waaronder medicamenten. De psychoanalyse was voor hem vooral een algemene beschouwingswijze in de psychiatrie en veel minder een exclusieve behandelwijze.[51] In de jaren zeventig nam hij stelling tegen de natuurwetenschappelijke, medische psychiatrie. Deze zou elk begrip voor de beleving van geesteszieken uitsluiten; hij sprak in dit verband zelfs van een 'samenzwering tegen het gevoel in de psychiatrie'. Een interpretatieve psychiatrie, die was gebaseerd op de psychoanalyse of de fenomenologie, zou wel recht doen aan 'de mens en zijn verhaal', zoals de titel van een van zijn boeken luidde.[52] Hoewel hij de biologische etiologie van psychische stoornissen niet geheel uitsloot, gaf hij geen steun aan het ambitieuze plan dat de neuroloog J. Booij, hoogleraar farmacologie en neurobiochemie aan de Vrije Universiteit, in 1963 lanceerde om vanuit de twee Amsterdamse universiteiten een nieuwe neuropsychiatrische kliniek met een laboratorium voor biochemisch onderzoek op te zetten.[53] De psychiatrische afdeling van de Universiteit van Amsterdam huisde nog tot 1979, toen een nieuw Psychiatrisch Centrum van het Academisch Medisch Centrum in de Bijlmer gereed kwam, in het verouderde en verwaarloosde Paviljoen III van het Wilhelminagasthuis.[54]

Nog meer dan Kuiper gaf de psychoanalyticus Van Dijk in Groningen ruimte aan andere benaderingen. Als eerste hoogleraar riep hij een aparte afdeling biologische psychiatrie in het leven en daarnaast zorgde hij voor de instelling van een

50 Kuiper 1963.
51 De Waardt 2005, 162-163; Pieters, Snelders en Houwaart 2006, 118.
52 Kuiper 1976, 114.
53 Snelders 2000, 93-96; De Waardt 2005, 200-203; Van Bergen 2005, 587-588.
54 Van den Berg 1989, 66.

J. Bastiaans, circa 1985.



aparte leerstoel voor sociale psychiatrie en epidemiologie. Van Praag, gepromoveerd op een onderzoek naar de werking van psychofarmaca bij depressies, kreeg in 1966 de leiding over de biologische afdeling en richtte in hetzelfde jaar het Interdisciplinair Genootschap voor Biologische Psychiatrie op. Met onderzoek gericht op de stofwisseling in de hersenen werd hij de voorman van de biologische psychiatrie in Nederland. Biologisch was in dit verband een overkoepelende term voor uiteenlopend onderzoek naar de lichamelijke oorzaken van geestesziekte en somatische, in het bijzonder medicamenteuze, geneeswijzen. Tot dan toe was het onderzoek naar mogelijke verbanden tussen psychische en hersenstoornissen voornamelijk afhankelijk geweest van de pathologische anatomie, maar nu werden, mede onder invloed van nieuwe psychofarmaca, meer verfijnde biochemische technieken in combinatie met aan andere disciplines ontleende methoden aangewend. Van Praag benadrukte het interdisciplinaire karakter van deze tak van de psychiatrie: naast de biochemie, farmacologie, neurologie en fysiologie was er ook een rol voor de (experimentele) psychologie weggelegd; aan de laatste ontleende hij methoden en technieken ten behoeve van systematische gedragsobservatie.[55] Zijn onderzoek richtte zich in het bijzonder op het vermeende verband tussen depressies en stoornissen in het functioneren van neurotransmitters. Van Praag, die in 1970 hoogleraar aan de Groningse universiteit werd, verhuisde in 1977 naar de Rijksuniversiteit Utrecht om aldaar de algemene leerstoel psychiatrie, als opvolger van Plokker, te bekleden. In Utrecht wilde hij zich bezighouden met hersenonderzoek door middel van biochemie, elektrofysiologie, neurochirurgie en farmacie. Hoewel hij stelde dat dergelijk onderzoek een plaats verdiende *naast* de psychologische en sociale benadering en dat de biologische psychiatrie deze niet wilde verdringen, kreeg Van Praag in Utrecht al gauw te maken met verzet tegen zijn plannen. Zijn oratie, waarin hij de antipsychiatrie als onwetenschappelijk bekritiseerde, riep felle reacties op. Demonstranten verstoorden vervolgens zijn colleges. Nadat hij en zijn gezin waren bedreigd, vertrok Van Praag in 1981 naar New York. Zijn opvolger in Utrecht was Kuilman (1982–1992), die zich voornamelijk op beheer en bestuur richtte en zich inhoudelijk nauwelijks profileerde.[56]

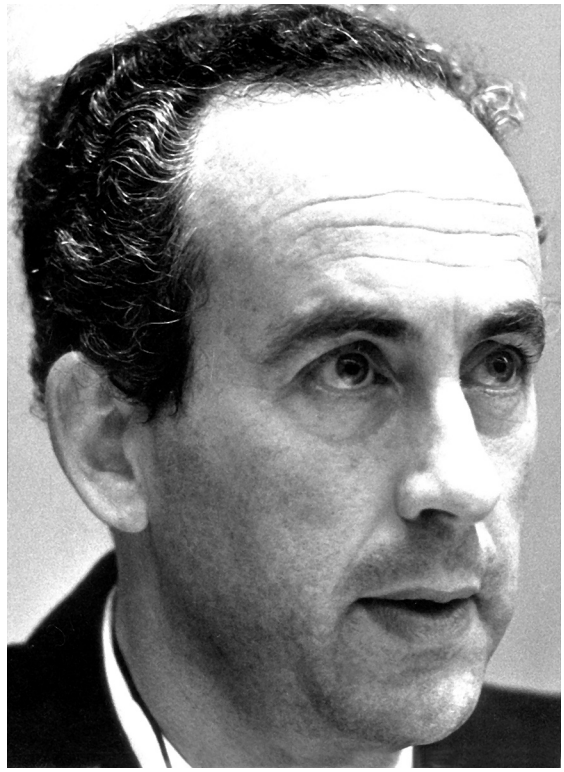
Van Praag voelde zich geïsoleerd in de psychiatrische wereld, waarin psychologische en sociale perspectieven domineerden. Bovendien bestond er in de media en de publieke opinie een sterke weerzin tegen biologische verklaringen van menselijk gedrag, zoals ook de criminoloog W. Buikhuisen ervoer toen hij in 1978 tot hoogleraar aan de Leidse universiteit werd benoemd en hij voorstelde om behalve aan sociale factoren ook aandacht te schenken aan de biologische kenmerken van misdadigers.[57] De opvolger van Van Praag in Groningen, Van den Hoofdakker, riep minder weerstand op. In diens opvattingen over de biologische

55 Van Praag 1967; vergelijk Pieters, Snelders en Houwaart 2006, 95–96, 113–115 en Van der Meer en Van 't Hof 2007, 100–102.

56 De Waardt 2005, 207–213.

57 Van Weringh 1986, 233–246; Snelders 2000, 96–98.

H.M. van Praag.



achtergronden van psychische stoornissen klonk meer nuance door. In het biologisch perspectief stond volgens hem de wisselwerking tussen organisme en leefmilieu centraal en daarom diende de biopsychiater oog te hebben voor de invloeden van de sociale omgeving op lichaamsprocessen. Van den Hoofdakker maakte onder het pseudoniem Rutger Kopland ook naam als dichter en ventileerde uitgesproken opvattingen over de maatschappelijke rol van artsen. In zijn *Bolwerk van de beterweters* (1969) stelde hij dat medici sociale en psychische problemen individualiseerden en dat zij zich daarmee aan de zijde van de bestaande maatschappelijke orde schaarden. Het boek leverde hem naast positieve reacties veel boze brieven en dreigementen op van collega's, die vonden dat hij het aanzien van de medische stand bekladde. Van den Hoofdakker toonde begrip voor de antipsychiatrische verwerping van het medische model, hoe eenzijdig ook, en hij onderschreef het belang van inleving en communicatie in de psychiatrie. In het *Tijdschrift voor Psychiatrie* verdedigde hij Foudraine tegen aanvallen van enkele collega's.[58]

Terwijl de biologische psychiatrie in het defensief werd gedrongen, kon de sociale psychiatrie in deze periode op meer instemming rekenen. Vanaf het midden van de jaren vijftig had deze al een plaats in de universitaire opleiding gekregen in de vorm van een keuzestage bij een voor- en nazorgdienst of Sociaal-Psychiatrische Dienst. Nadat de wijziging en verkorting van de opleiding in 1972 ertoe hadden geleid dat de sinds 1964 verplichte stage sociale psychiatrie opnieuw een facultatieve status kreeg, werd deze in 1982 weer verplicht.[59] N. Speijer bekleedde van 1965 tot 1973 de eerste leerstoel op dit terrein aan de Rijksuniversiteit Leiden. Vanaf 1968 vervulde Trimbos de leeropdracht sociale en preventieve psychiatrie aan de Rotterdamse Erasmus Universiteit. Aan de Groningse universiteit werd Giel in 1970 hoogleraar sociale psychiatrie en epidemiologie. Het vierde professoraat sociale psychiatrie, aan de Rijksuniversiteit Limburg, kwam in 1974 in handen van Romme. Verder bezetten W.J. Schudel, vanaf 1980 in Leiden, en B. Gersons van 1982 tot 1991 aan de Rijksuniversiteit Utrecht, leerstoelen op dit gebied.[60]

Giel was de voortrekker van de psychiatrische epidemiologie in Nederland. In verband met de kwantificerende benadering die hij in zijn onderzoek hanteerde, pleitte hij voor een standaardisering van de diagnostiek. Mede door de invloed van de fenomenologie en psychoanalyse in de Nederlandse psychiatrie ontbrak het volgens hem aan een uniform en nauwkeurig classificatiesysteem. In 1971 publiceerde Giel in het *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* het eerste psychiatrisch-epidemiologische onderzoek in Nederland: in het dorp Stolwijk zou 13 procent van de inwoners aan een of andere psychische aandoening lijden.[61] Twee jaar later startten Giel en zijn medewerkers een onderzoek naar de zorgconsumptie met behulp van centrale casusregisters, waarin zij de contacten van psychiatrische patiënten met alle voorzieningen voor geestelijke gezondheidszorg in een be-

58 Van den Hoofdakker 1974; vergelijk Van den Hoofdakker 1978; Poslavsky 1972; Rooijmans 1972.

59 Trimbos 1985.

60 De Waardt 2005, 194, 212, 297-298.

61 Van der Meer en Van 't Hof 2007, 105-106.

paald gebied – in dit geval Drenthe – gedurende langere tijd volgden. Later zou dergelijk onderzoek ook worden opgezet in Maastricht (1981), Nijmegen (1983), Rotterdam (1992) en Amsterdam (1994).[62] Net als Giel drong Trimbos in zijn oratie aan op een aanscherping van de diagnostische classificatie ter onderbouwing van comparatief epidemiologisch onderzoek. Dat was volgens hem nodig om de psychohygiënische preventie en de sociaal-psychiatrische werkwijze een wetenschappelijke basis te geven.[63] De invoering van een uniform classificatiesysteem liet overigens nog tot medio jaren tachtig op zich wachten, toen de Amerikaanse *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-III, 1980) en in mindere mate de *International Classification of Diseases* (ICD, 1977) ingang vonden in de Nederlandse psychiatrie.

Vooral naar aanleiding van de vraag in hoeverre de inrichtingszorg was te vervangen door ambulante en semimurale voorzieningen voor psychiatrische patiënten, ontstond verdeeldheid in de universitaire sociale psychiatrie. Terwijl Giel benadrukte dat voor ernstige geesteszieken voldoende opnamemogelijkheden moesten blijven bestaan, lieten Trimbos en Romme zich in hoge mate leiden door het antipsychiatrische gedachtegoed en pleitten zij voor de afbouw van psychiatrische ziekenhuizen. Begin jaren tachtig tekenden zij met de zogenaamde Moratoriumactie protest aan tegen plannen om nieuwe psychiatrische ziekenhuizen te bouwen.[64] Onder verwijzing naar de volgens hem volledig mislukte deïnstitutionalisering in de Verenigde Staten nam Giel stelling tegen deze actie.[65] Romme en Trimbos veronderstelden dat de kenmerken die chronische psychiatrische patiënten aan de dag legden, zoals hun sterke zorgafhankelijkheid en gebrekkige sociale functioneren, grotendeels een gevolg waren van omgevingsinvloeden. Langdurig verblijf in een psychiatrische inrichting zouden deze gebreken versterken of zelfs in het leven roepen. Deze 'hospitalisatie' moest worden doorbroken door dergelijke patiënten niet langer in inrichtingen op te nemen, maar hen terug te brengen in de maatschappij en hen extramurale behandelingsfaciliteiten te bieden.[66] Op deze manier zouden zij vanzelf weer beter functioneren. Volgens Giel en zijn medewerkers was het gebrekkige maatschappelijke functioneren van deze patiënten grotendeels aan hun stoornissen en niet zozeer aan hun leefomgeving te wijten. Vanwege hun ernstige beperkingen achtten zij het niet aannemelijk dat ambulante instellingen chronische patiënten voldoende vervangende zorg konden bieden. Zij benadrukten dat psychiatrische ziekenhuizen noodzakelijk bleven als asielvoorzieningen en dat de mogelijkheden om chronische

62 Scenariocommissie Geestelijke Volksgezondheid en Geestelijke Gezondheidszorg en Onderzoeksteam van het Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid 1990, 34, 47; Hodiamont 1994; Van der Grinten 1994.

63 Trimbos 1969. Over eerdere pleidooien vanuit de NVPN voor een uniform classificatiesysteem zie 2.3, paragraaf 'Gestichtsgeneesheren verenigd'.

64 Over de Moratoriumactie zie verder paragraaf 4.3, paragraaf 'Nieuwbouw en renovatie'.

65 Giel 1984.

66 Onder invloed van het werk van de Amerikaanse socioloog E. Goffman was de term hospitalisatie begin jaren zestig al gevallen in de Nederlandse psychiatrie. Zie Klijn 2007a, 24.

geesteszieken sociaal te rehabiliteren beperkt waren.[67] Giel wees er daarbij ook op dat de overheid het pleidooi voor extramuralisering van de psychiatrische zorg gebruikte om bezuinigingen door te voeren op de kostbare intramurale zorg.

——— *Wij hebben [...] de mantel van de zorg voor onze naasten bij de overheid in kunnen leveren, waarvoor we aanzienlijke premies betalen. Wij hebben onze zieken en gehandicapten evenals onszelf als het ware vrijgekocht. Thans ziet het ernaar uit dat we onze mantels van de overheid terugkrijgen, maar niet ons geld.*[68]

In de jaren tachtig verloor de psychoanalyse aan glans. Daar waren de wederwaardigheden van twee prominente hoogleraren, Kuiper en Bastiaans, mede debet aan. In een openbaar debat dat de Homogroep Gezondheidszorg Amsterdam in 1981 in het hoofdstedelijke COC-kwartier organiseerde, werd Kuiper het vuur aan de schenen gelegd. In zijn leerboek over de neurosen schaarde hij homoseksualiteit op basis van zijn psychoanalytische inzichten onder de hysterische neurosen, maar nu moest hij toegeven dat deze rubricering niet gelukkig was. Een jaar daarvoor had hij in een interview in *Avenue* verteld dat hij geregeld aan depressies leed, waarvoor psychoanalyse een goede remedie zou bieden. Enkele jaren later viel Kuiper ten prooi aan een ernstige, met psychotische verschijnselen gepaard gaande depressie. Psychotherapie bleek onvoldoende te helpen: zijn herstel was voor een groot deel te danken aan de behandeling met psychofarmaca die hij in een kliniek in Den Haag onderging. Met zijn autobiografisch relaas *Ver heen: verslag van een depressie* (1988) trad Kuiper met zijn ziektegeschiedenis in de openbaarheid.[69] Eind jaren tachtig kwamen nieuwe antidepressiva op de markt en al gauw kregen deze een positief onthaal in de media en steeg het gebruik ervan. Door de opmars van de biopsychiatrie in de jaren negentig raakten psychoanalytisch georiënteerde psychiaters, die zich afwijzend of terughoudend opstelden ten aanzien van psychofarmaca, in het defensief.

De psychoanalyticus Bastiaans werd in de jaren zeventig en tachtig het middelpunt van controversen. Net als zijn voorganger E.A.D.E. Carp lanceerde Bastiaans plannen om de verouderde Jelgersmakliniek, het voormalige sanatorium Rhijngeest, te vervangen door een nieuwe kliniek binnen het academisch ziekenhuis. Een en ander ging gepaard met veel conflicten tussen de medische faculteit en Bastiaans, waardoor de Leidse psychiatrie veel negatieve publiciteit trok. Mede door zijn zwalkende koers – nu eens stemde hij in met vernieuwings- en uitbreidingsplannen, dan weer keerde hij zich ertegen als deze naar zijn idee te weinig opleverden of ten koste van zijn eigen belangen gingen – raakte de relatie tussen Bastiaans en de medische faculteit verstoord. Tegelijkertijd liet zijn verhouding tot Endegeest ook te wensen over, waardoor arts-assistenten tijdens hun oplei-

67 Giel 1984; vergelijk Henkelman en De Ruiter 1991, 37–47, 63–66.

68 Giel 1984, 254.

69 De Waardt 2005, 128, 194–195.

ding te weinig ervaring opdeden met psychotische patiënten. Verder besteedde Bastiaans in zijn onderwijs geen aandacht aan psychofarmaca.[70] De instelling van een tweede Leidse leerstoel voor psychiatrie in 1976, die Rooijmans bezette, was in feite een motie van wantrouwen aan het adres van Bastiaans. Rooijmans stond aan het hoofd van de nieuwe psychiatrische afdeling van het Academisch Ziekenhuis. Ondanks het verzet van Bastiaans, nam Rooijmans in 1982 de leiding van de Jelgersmakliniek en daarmee in feite ook die van de gehele – over academisch ziekenhuis, Jelgersmakliniek en Endegeest verdeelde – Leidse universitaire psychiatrie op zich.

Zoals hiervoor al aangegeven stond Rooijmans kritisch ten aanzien van de psychoanalyse en neigde hij naar een meer medische benadering. Hij relativeerde het psychotherapeutische optimisme omtrent de behandelbaarheid van psychische stoornissen, dat in de jaren zeventig hoogtij vierde, en wees erop dat sommige psychiatrische patiënten meer baat hadden bij een benadering waarin hun invaliditeit centraal stond.[71] Al eerder had hij zich in niet mis te verstane bewoordingen afgezet tegen de antipsychiatrie. Met haar 'rammelende argumentatie', 'grote, holle woorden' en 'duistere formuleringen' was er eerder sprake van ideologie en geloof dan van wetenschap. Het verwonderde hem dat psychiaters als Trimbos zich door deze modieuze 'antiwetenschap' lieten meeslepen.[72] In het bijzonder nam Rooijmans stelling tegen de zijns inziens emotioneel gekleurde commotie over de toepassing van de elektroshocktherapie. Volgens hem rechtvaardigden de feiten omtrent deze behandeling het felle verzet ertegen geenszins. Bij ernstige depressie, waarbij psychotherapeutische interventies geen verbetering bewerkstelligden, was de heilzame werking ervan aangetoond en daarom wogen de kosten ervan, zoals bepaalde bijwerkingen, op tegen de baten. Hij betreurde dat door de negatieve publiciteit over deze therapie sommige patiënten een effectieve behandeling werd onthouden.[73]

Als een van de grondleggers van de consultatieve psychiatrie ten behoeve van de somatische gezondheidszorg verkeerde Rooijmans veel in algemene ziekenhuizen. De consultatieve psychiatrie richtte zich op psychische aandoeningen bij lichamelijke ziekte. Aan de ene kant sloot deze nieuwe tak van de psychiatrie aan bij de groeiende aandacht voor de psychosociale aspecten van ziekte in de somatische gezondheidszorg, aan de andere kant werd hij gevoed door de biologische psychiatrie. De consultatieve psychiatrie ontwikkelde zich in de jaren tachtig tot een apart specialisme met een eigen organisatie, het Nederlands Consortium voor Consultatieve Psychiatrie (1983) met zo'n vijftig actieve leden, die voor het merendeel in algemene en universitaire ziekenhuizen werkzaam waren. Enkele

70 Pieters, Snelders en Houwaart 2006, 116.
71 Van 't Hof 1996, 45.
72 Rooijmans 1972, 390, 402, 405-406.
73 Rooijmans 1978. Over de elektroshocktherapie zie verder paragraaf 4.4, paragraaf 'Socio- en psychotherapeutisch optimisme'.

jaren later ging het Consortium op in de sectie Ziekenhuispsychiatrie van de NVP. In 1984 publiceerde Rooijmans een handboek op dit terrein.[74]

Op een zijspoor gerangeerd, bleef Bastiaans nog tot 1985, in een conflictueuze sfeer, aan als hoogleraar en behandelde hij tot 1988 patiënten.[75] Hij had zich geprofileerd met de behandeling van aan psychotrauma's lijdende oorlogsslachtoffers door middel van de zogenoemde narcoanalyse: de toediening van geestverruimende preparaten, met name lsd, gecombineerd met psychotherapie. Mede vanwege de maatschappelijke aandacht voor oorlogstrauma's vanaf het eind van de jaren zestig verwierf Bastiaans publieke bekendheid. De cineast L. van Gasteren maakte een documentaire over diens behandelmethode, die begin jaren zeventig op de televisie verscheen. Voorts speelde Bastiaans een prominente rol in de politiek beladen discussie over de mogelijke vrijlating van drie Duitse oorlogsmisdadigers die in Nederland een levenslange gevangenisstraf uitzaten, de zogeheten Drie van Breda. Tevens was hij betrokken bij de totstandkoming van het in 1973 geopende behandelcentrum voor oorlogsslachtoffers Centrum '45 in Leiden, waarvan hij overigens tot zijn teleurstelling geen directeur werd, onder meer omdat dit dagziekenhuis niet onder de Leidse universitaire psychiatrie viel en hij met het bestuur van mening verschilde over de organisatie van de hulpverlening. Door zijn patiënten en in kringen van het oud-verzet werd Bastiaans op handen gedragen, maar zijn medische en maatschappelijke reputatie raakte in het geding. In 1975 werd een patiënt van Bastiaans, het Eerste Kamerlid voor de Partij van de Arbeid E. Meester, publiekelijk als pathologische bedrieger ontmaskerd: diens heroïsche verzetsverleden en oorlogstrauma bleken op verzinsels te berusten. Bastiaans' vertrouwen in de werking van lsd als therapeutisch middel en zijn publieke optredens hadden al eerder weerstand opgeroepen in de medische wereld. In 1987 werd bekend dat een door de overheid geïnitieerd onderzoek naar de effectiviteit van Bastiaans' behandelmethode geen doorgang kon vinden omdat de benodigde gegevens ontbraken: van de driehonderd patiëntendossiers uit zijn praktijk bleken er slechts negen informatie te bevatten over de toestand van patiënten voor en na de behandeling. Er viel niet aan de indruk te ontkomen dat Bastiaans het succes van zijn lsd-behandelingen had overdreven en negatieve resultaten onder het tapijt had geveegd. In 1994 kwam hij nog een keer op een negatieve manier in de publiciteit toen hij zich voor het medisch tuchtcollege moest verantwoorden vanwege zijn behandeling van twee heroïneverslaafden met een hallucinogeen middel, waarbij een van hen stierf.[76]

Niet alleen in de algemene, ook in de kinder- en jeugdpsychiatrie verloor de psychoanalyse aan invloed. Mede door de concurrentie van psychologen en orthopedagogen, in het bijzonder op het terrein van gedragsmoeilijkheden, zwakzin-

74 Hengeveld, Huyse en Van der Mast 1989; Neijmeijer en Hutschemaekers 1995, 10-12, 107-123.

75 Rooijmans 1998, 94-106, 109-129.

76 Rooijmans 1998, 106-109, 122-129; Snelders 2000, 191-198, 270-275; De Waardt 2005, 190-194.

nigheid en autisme, kwam de sociaal-psychologische oriëntatie van de kinderpsychiatrie rond 1980 ter discussie te staan. Juist omdat deze een multidisciplinaire benadering impliceerde, namen andere hulpverleners taken van de kinderpsychiater over. Vanaf toen pakten kinderpsychiaters de medische koers van Grewel en Van Krevelen weer op.[77] Ph.D.A. Treffers, vanaf 1983 directeur van Curium en tevens hoogleraar kinderpsychiatrie in Leiden, was een exponent van deze richting. Dat betekende niet dat de kinderpsychiatrie in Curium uitsluitend in het teken van biologisch onderzoek en somatische behandelingen kwam te staan; de veelvormige klinische praktijk stond voorop en daarin bleef ruimte voor een psychotherapeutische aanpak naast het voorschrijven van medicijnen.[78] Sanders-Woudstra, achtereenvolgens hoogleraar kinderpsychiatrie aan de Erasmus Universiteit en aan de Universiteit van Amsterdam, volgde een vergelijkbare koers. De Universiteit van Utrecht kreeg in 1984 met H. van Engeland een uitgesproken voorstander van de biologische psychiatrie als hoogleraar in de kinderpsychiatrie. Zijn onderzoek richtte zich op de neurobiologische determinanten van psychische stoornissen en de werking van psychofarmaca. Net als Treffers veronderstelde hij dat autisme niet het resultaat was van een gebrek aan affectie van de moeder, maar samenhing met een hersenstoornis, die zijn oorzaak zou vinden in genetische afwijkingen.[79]

Net als de overwegend pragmatische en eclectische psychiatrie in het algemeen, was de universitaire psychiatrie sterker op de hulpverleningspraktijk dan op wetenschappelijk onderzoek gericht. In wetenschappelijk opzicht nam de Nederlandse psychiatrie internationaal gezien geen vooraanstaande positie in. Oorspronkelijk onderzoek was schaars en binnen de subsidie-instelling van de overheid voor wetenschappelijk onderzoek, Zuiver Wetenschappelijk Onderzoek (ZWO), bestond geen aparte werkgemeenschap psychiatrie. Hoewel het aantal wetenschappelijke bijdragen in de jaren zeventig en tachtig wel steeg, waren op empirisch onderzoek gebaseerde artikelen in het belangrijkste Nederlandse psychiatrische periodiek, het *Tijdschrift voor Psychiatrie*, relatief dun gezaaid, zeker in vergelijking met de vroegere *Psychiatria, Neurologia, Neurochirurgia* en het Scandinavische, Engelstalige tijdschrift *Acta Psychiatrica Scandinavica*. Beschouwende artikelen hadden de overhand in het *Tijdschrift voor Psychiatrie*.[80] Begin jaren tachtig was ongeveer 12 procent van alle psychiaters nauw betrokken bij onderwijs en onderzoek, was tussen 11 en 12 procent gepromoveerd[81] en publiceerde 10 procent geregeld. Het aantal dissertaties van zenuwartsen (dus zowel psychiaters als neurologen) bedroeg in de jaren vijftig en zestig 72 respectievelijk 76. In de jaren

77 De Waardt 2005, 213-218; Abma en Weijers 2004, 86-91, 138-141.
78 Konijn 1995, 212.
79 De Waardt 2005, 213-218.
80 Rooijmans en Van Hemert 1990.
81 Daarmee scoorden psychiaters iets hoger dan de artsenstand als geheel, waarvan minder dan 10 procent gepromoveerd was, maar lager dan specialisten op het gebied van de interne geneeskunde en neurologie, van wie respectievelijk 30 en 15 procent zich met de doctorstitel tooiden. Rooijmans 1993, 424-426; vergelijk Schnabel 1982a, 137.

zeventig promoveerden 56 psychiaters, een aantal dat in het decennium daarop steeg naar 98.[82]

Opmerkelijk in het licht van de intellectuele oriëntatie van de toonaangevende hoogleraren in de naoorlogse periode is dat van het fenomenologisch-antropologische gedachtegoed nagenoeg niets is terug te vinden in de promotieonderwerpen en dat de filosofische grondslagen van het vak en de psychotherapie weinig aandacht van promovendi hebben getrokken. Veel promotieonderzoek werd verricht op fysiologisch en neurologisch terrein, terwijl ook de psychofarmaca daarin, vanaf de jaren zeventig in toenemende mate, goed waren vertegenwoordigd. De klinische psychiatrie, waaronder diagnostiek, specifieke ziektebeelden en zorgpraktijken (behandeling, verzorging, begeleiding en ondersteuning), was ook onderwerp van een groot aantal dissertaties. Het aandeel van de sociale en ambulante psychiatrie in het promotieonderzoek was tot omstreeks 1970 bescheiden, maar nam daarna sterk in omvang toe. Verder leverde onderzoek op het gebied van de kinder- en jeugdpsychiatrie, de forensische psychiatrie en de organisatie van de geestelijke gezondheidszorg geregeld dissertaties op. Afgaande op promoties lijkt het erop dat psychiatrisch onderzoek in sterke mate georiënteerd was op de zorgpraktijk en dat meer fundamentele wetenschapsbeoefening – zowel wetenschapsfilosofisch als biomedisch onderzoek – grotendeels ontbrak.[83]

Wetenschappelijke en therapeutische vernieuwingen in de psychiatrie werden overigens voor een groot deel van buitenaf bevorderd: op het gebied van de psychotherapie door psychologen, op het terrein van de sociale psychiatrie door sociale wetenschappers en op dat van de psychofarmaca door neurobiologen, farmacologen en endocrinologen. Net als de psychiatrische hulpverleningspraktijk kenmerkte de wetenschappelijke psychiatrie zich door een grote mate van openheid ten aanzien van andere disciplines.[84] De intellectuele oriëntatie op Duitsland en Frankrijk maakte vanaf de jaren zestig met de aftocht van de sterk fenomenologisch-antropologisch georiënteerde hoogleraren in toenemende mate plaats voor Amerikaanse invloeden. Dit kwam niet alleen tot uiting in de grote invloed van de psychoanalyse, die in de naoorlogse Amerikaanse psychiatrie de toon aangaf, en van andere psychotherapeutische richtingen, maar ook in de opmars van empirisch-kwantitatieve onderzoeksmethoden en een toenemend aantal publicaties en dissertaties van psychiaters – een kwart van de proefschriften in de jaren zeventig en een derde in de jaren tachtig – dat in het Engels verscheen.[85]

82 In totaal zouden tussen 1941 en 1990 338 psychiaters gepromoveerd zijn. Zie De Waardt 2005, 226; vergelijk Schnabel 1982a, 131–137 en bijlage 1. Rooijmans telt over de periode 1953–1992 echter aanmerkelijk minder promoties op psychiatrisch gebied, namelijk 221. Rooijmans 1993, 426; Rooijmans s.a.

83 Schnabel 1982a, 131–137; Rooijmans s.a.

84 Schnabel 1982a, 127–137; Rooijmans en Van Hemert 1990; vergelijk Van 't Hof 1996, 88; Schene 1990, 1030.

85 De Waardt 2005, 225–227.

86 Van Rooden 1996, 40.

4.2 De geestelijke gezondheidszorg onder druk: kritische psychiatrie en overheidsbemoeienis

Van geleide naar spontane zelfontplooiing

De jaren zestig vormden in Nederland in sterkere mate dan in andere landen een waterscheiding. Ondanks de voorspoedige economische modernisering in de jaren vijftig vertoonde Nederland vergeleken met andere West-Europese landen in sociaal-cultureel en politiek opzicht nog behoudende trekken. Door de verzuiling was de afstand tussen de christelijk-burgerlijke moraal en de geleefde praktijk tot halverwege de jaren zestig minder groot dan in andere landen. Aan het begin van de jaren zestig was Nederland het meest kerkelijke en kerkse land van Europa. Meer dan 80 procent van de bevolking was lid van een kerkgenootschap en bijna driekwart van hen woonde ten minste een keer per maand een kerkdienst bij.[86] Het geboortecijfer lag in vergelijking met andere West-Europese landen hoog, terwijl het aantal buitenechtelijke geboorten, scheidingen, religieus gemengde huwelijken en werkende vrouwen relatief laag was. Naast de traditionele gezinsmoraal wezen ook de lage criminaliteitscijfers en de geringe frequentie van arbeidsconflicten op een ordelievende bevolking. Het politieke klimaat vertoonde een hoge mate van stabiliteit. Er deden zich geen grote verschuivingen in de krachtsverhoudingen tussen de politieke partijen voor, confessionele partijen kregen gemiddeld meer dan de helft van de stemmen en het beleid kwam tot stand door middel van consensusvorming onder de zuilelites.[87]

Tussen 1965 en 1975 veranderde Nederland van een in moreel opzicht behoudende, gezagsgetrouwe en kerkse natie in een van de meest vernieuwingsgezinde en vrijgevochten landen in de westerse wereld. De materiële zekerheid, waarvoor de groeiende welvaart en de uitdijende verzorgingsstaat garant stonden, verruimde de keuzemogelijkheden en maakte het voor meer mensen mogelijk om hun leven naar eigen wens in te richten. In 1963 kwam een einde aan de geleide loonpolitiek en steeg het besteedbare inkomen van veel mensen explosief. Bovendien droegen de secularisering, de ontzuiling en het gestegen opleidingsniveau er vanaf het midden van de jaren zestig toe bij dat veel mensen zich onafhankelijker gingen opstellen en zich ontworstelden aan het collectieve en sterk godsdienstig gekleurde normen- en waardepatroon.[88] Individuele zelfbeschikking was een van de kernthema's van protestbewegingen, die zich eind jaren zestig en

87 Van Poppel en Van Solinge 2001, 45; Van den Brink, Brinkgreve en Heerma van Voss 2001, 2; Stuurman 2001, 203-204; Ellemers 1995a; Ellemers 1995b; De Rooy 2002, 260; Schuyt en Taverne 2000, 253-254; Van Rooden 1996, 17, 45.

88 Terwijl het aandeel van de Nederlandse bevolking dat niet bij een kerk was aangesloten tussen 1930 en 1960 slechts een kleine stijging vertoonde van 15 tot 18 procent, bedroeg dat rond 1970 ruim 23, in 1985 meer dan 48 en tegen 2000 60 procent van de bevolking. Van Rooden 1996, 17, 39; Knippenberg en De Pater 1990, 199; Righart 1995, 60; Uitterhoeve 2000, 18. Vergelijk Stuurman 2001, 211; Ester en Halman 1994, 7.

begin jaren zeventig luidruchtig manifesteerden met hun roep om openheid, inspraak, democratisering, seksuele bevrijding, emancipatie en bewustwording. Hoewel juist in de jaren zestig de verschillen in inkomen, macht en onderwijskansen objectief gezien aanmerkelijk waren verkleind, werden ze intenser als onrecht ervaren. Dat versterkte het gevoel van onvrede en achterstelling, vooral onder arbeiders, jongeren en vrouwen.

Ongelijkheid en het vanzelfsprekende respect voor autoriteit en gezag kwamen ter discussie te staan. Door schijnbaar onaantastbare waarden als God, Oranje, huisgezin, het nationale verleden, de arbeidsvrede en rust en orde op de korrel te nemen, daagden jongeren de gevestigde gezagsdragers en de gezeten burgerij uit. Rellen, demonstraties – tegen de rol van de Amerikaanse NAVO-bondgenoot in de Vietnamoorlog bijvoorbeeld – ludieke acties van Provo's, Kabouters en Dolle Mina's en bezettingen door studenten gaven de jaren zestig hun revolutionaire imago. Beheersing van verlangens en gevoelens en individuele aanpassing aan de maatschappij golden niet langer als teken van verantwoordelijkheidsbesef, maar als onderdrukking van persoonlijke vrijheid en eigenheid. Soberheid, spaarzaamheid, opofferingsgezindheid, gezagsgetrouwheid en puritanisme, al de collectieve karaktertrekken van de oudere generaties die de economische crisis van de jaren dertig en de Tweede Wereldoorlog hadden meegemaakt, werden door jongeren aan de kaak gesteld als uitingen van een benepen burgerlijke moraal.[89] Materiële zekerheid en fysieke veiligheid waren voor de jongeren die in de jaren zestig mondig werden, min of meer vanzelfsprekend en dat kwam tot uiting in een nieuw waardepatroon. Ze gingen hogere eisen stellen aan de kwaliteit van het leven en daarbij speelden niet-materiële waarden als zelfverwerkelijking en emancipatie een grote rol.

Het ideaal van de spontane zelfontplooiing, dat vanaf het eind van de jaren zestig dat van de geleide zelfverwerkelijking verdrong, lag enerzijds in het verlengde van de individualisering die al vanaf de jaren vijftig in het kielzog van de economische modernisering op gang was gekomen. Nadat individuen zich meer en meer los hadden gemaakt van overgeleverde tradities, collectieve bindingen en hiërarchische verhoudingen ter bevordering van hun formele gelijkheid en functionele aanpassing aan de industriële maatschappij, moest er nu ruimte komen voor de accentuering van de eigen bijzonderheid ten opzichte van anderen. Niet gehinderd door hun sociale of godsdienstige achtergrond en gezagsverhoudingen zouden zij hun leven naar eigen keuze invulling dienen te geven.[90] Anderzijds vormde het nieuwe zelfontplooiingsideaal, net als de tegencultuur van de jaren zestig, een reactie op de modernisering. Terwijl de economie nog snel groeide, brak het bewustzijn door dat materiële welvaart nog geen welzijn betekende. De protestbeweging richtte zich tegen de 'vervreemding', die het gevolg zou zijn van

89 Krul 1998, 270; Van Rossem, Jonker en Kooijmans 1993, 98; vergelijk Righart 1995; Kennedy 1995; Schuyt en Taverne 2000.

90 Tonkens 1999; Duyvendak 1999; Schnabel 1983; Schnabel 1999.

schaalvergroting, bureaucratisering, verzakelijking, rationalisering, efficiency en het technocratische pragmatisme. Met *flower power* en leuzen als de 'verbeelding aan de macht' namen jongeren hiertegen stelling. Tegenover de objectieve wetenschap en de technologie pleitte de protestbeweging voor een alternatieve cultuur waarin authenticiteit, openheid, spontaniteit, emotionele expressie en spirituele bewustzijnsverruiming de ware zelfontplooiing zouden garanderen. Terwijl de christelijke partijen afkalfden en de zuilen afbrokkelden, streefden op persoonlijke zingeving, kleinschalige gemeenschapszin en geborgenheid gerichte stromingen een spiritueel réveil na. In de tegencultuur werd God niet alleen ingewisseld voor Marx en Marcuse, maar ook voor diverse oosterse goeroes.

In dit opzicht vertoonde de tegencultuur van de jaren zestig een zekere verwantschap met het personalistische ideeëngoed van de jaren vijftig. Beide relativeerden het belang van economische groei en het vertrouwen in de techniek. Beide toonden zich afkerig van commercie en massaconsumptie. In de preoccupatie met immateriële waarden, persoonlijke authenticiteit en spiritualiteit kwam een zekere continuïteit tot uitdrukking. De meegaande houding die veel Nederlandse gezagsdragers en de oudere generatie intellectuelen aan de dag legden ten aanzien van de protestgeneratie, was niet louter ingegeven door strategische conflictbeheersing en aanpassing, maar hing ook samen met raakvlakken in hun waardepatronen. Niet zozeer de inhoud van het protest in de jaren zestig als wel de vorm ervan was nieuw: de apollinische beheersing die de oudere generatie aan de dag legde, maakte plaats voor dionysische uitbundigheid in de vorm van 'ludieke' actievormen, die door de media werden uitvergroot.[91]

De psychiatrie onder vuur

Wat voor de tegenbeweging van de jaren zestig in het algemeen geldt – oudere ideeën die onder gewijzigde maatschappelijke omstandigheden een nieuwe betekenis kregen – gaat ook op voor de zogenaamde antipsychiatrie of kritische psychiatrie, die zich rond 1970 in Nederland begon te manifesteren. De inhoud ervan bouwde deels voort op oudere kritiek op de inrichtingen, die voor een groot deel uit de psychiatrie zelf voortkwam[92], en overlapte voor een ander deel met het ideeëngoed van de protestbeweging en de tegencultuur van de jaren zestig. Het nieuwe van de antipsychiatrie was de daaraan inherente maatschappij- en cultuurkritiek. Gestimuleerd door de media-aandacht voor misstanden in de psychiatrie en de publicatie van ervarings- en levensverhalen van (voormalige) psychiatrische patiënten, ontstond er voor het eerst brede publieke belangstelling voor het lot van geesteszieken.[93] Zij zouden evenals andere achtergestelde groe-

91 Von der Dunk 1986; Weijers 1997; Weijers 1998; Weijers 2001; Schuyt en Taverne 2000, 130-131, 383; Ellemers 1997; vergelijk Kennedy 1995 en Righart 1995; Van Rossem, Jonker en Kooijmans 1993, 102-103; De Haan 1993, 98-100; De Rooy 2002, 240, 247.

92 Zie 3.4, paragraaf 'De plaats en de toekomst van de psychiatrische inrichting'.

93 Blok 2004, 25-26, 40-45.

pen slachtoffer zijn van een in menig opzicht onmenselijke en onleefbare maatschappij. Het was zeer de vraag of de psychiatrische aanpak – ziekenhuisopname en medische behandeling – de juiste oplossing bood.

De psychiatrische inrichting en de daarin werkzame dokters belichaamden bij uitstek alles wat zowel de beweging van de jaren zestig als de antipsychiatrie verwierp: paternalisme, hiërarchie, exclusieve deskundigheid, gebrek aan tolerantie voor het afwijkende en blind vertrouwen in wetenschap en technologie. Het streven naar openheid, democratisering, individuele autonomie en vrijheid stond op gespannen voet met deze 'totale institutie', waarin onmondige, van de buitenwereld geïsoleerde patiënten zouden zijn overgeleverd aan een medisch regime dat absolute macht uitoefende, maar hen niet genas – integendeel, hen opzadelde met een hospitalisatiesyndroom.[94] Weliswaar hadden de inrichtingen in de loop van de jaren vijftig en zestig onder invloed van de introductie van de psychofarmaca en socio- en psychotherapieën een nieuw therapeutisch elan aan de dag gelegd, maar van de zo sterk gewenste imagoverbetering in de maatschappij was nauwelijks sprake. Voorheen zag het grote publiek inrichtingen vooral als opberg- en bewaarinstellingen voor potentieel gevaarlijke individuen en achtte het de kans op genezing van geesteszieken niet groot.[95] Door de antipsychiatrie kregen de inrichtingen opnieuw een slechte reputatie, niet zoals vroeger vanwege het *ontbreken* van voldoende geneeskundige expertise en therapeutisch elan, maar nu juist vanwege de *overheersing* van het medische model.[96]

De term antipsychiatrie was ontleend aan de Britse psychiater D. Cooper, die in zijn boek *Psychiatry and anti-psychiatry (1967)* beschreef hoe hij in de door hem geleide afdeling van een Londens psychiatrisch ziekenhuis brak met medische routines en de zelfwerkzaamheid van patiënten trachtte te bevorderen. De intellectuele basis voor het antipsychiatrische gedachtegoed was echter al eerder gelegd door de Amerikaanse psychiater T.S. Szasz, de Britse psychiater R.D. Laing, de Amerikaanse socioloog E. Goffman en de Franse filosoof-historicus M. Foucault. In 1961 verschenen vier sleutelwerken: Szasz' *The myth of mental illness*, Goffmans *Asylums: Essays on the social situation of mental patients and other inmates*, Foucaults *Folie et déraison: Histoire de la folie* en Laings *The divided self*. De boeken van Cooper, Szasz en Laing vonden een breed lezerspubliek, zowel binnen als buiten de psychiatrie, en kregen veel aandacht in de media.

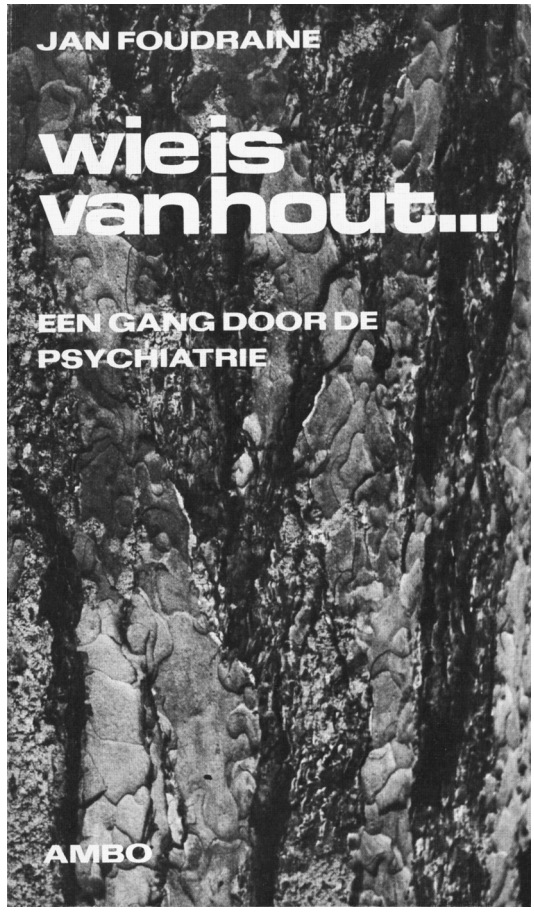
Szasz betwijfelde het realiteitsgehalte van geestesziekte als medisch-biologisch verschijnsel. Volgens hem waren psychiatrische diagnoses medische etiketten die ten onrechte op levensproblemen werden geplakt. De psychiatrie functioneerde

94 Blok 2004, 38-47.

95 Uit opinieonderzoeken die in de jaren zestig en zeventig plaatsvonden kwam naar voren dat de houding van Nederlanders ten aanzien van psychiatrische ziekenhuizen en patiënten over het algemeen gereserveerd was en bleef. Zie Stichting Gemeenschap en Geestelijke Volksgezondheid 1962; Provinciale Raad voor de Volksgezondheid in Zuid-Holland 1965; Stilma 1970, 6-8; Van Weerden-Dijkstra 1972; Nijhof en Hosman 1980.

96 Stolk en de Visser 1971.

Cover van Foudraines boek Wie is van hout.



als sociaal beheersingsinstrument, net zoals de inquisitie tijdens de heksenvervolgingen. Laing beweerde dat waanzin een min of meer natuurlijke reactie was op de vervreemding die optrad als mensen door hun omgeving werden gedwongen tot conformisme en het spelen van sociale rollen die niet overeenkwamen met hun ware zelf. Het doorleven van een psychose zou de weg kunnen banen naar bewustwording en vrijwording. Goffman stelde in zijn studie vast dat de inrichting een 'totale institutie' was, die geen genezing, maar 'hospitalisatie' teweegbracht: de patiëntenrol die geesteszieken kregen opgedrongen, leidde tot een totale afhankelijkheid en apathie. Psychiatrische inrichtingen zouden vergelijkbaar zijn met concentratiekampen. In zijn historische studie over de 'grote opsluiting' die in het zeventiende- en achttiende-eeuwse Frankrijk zou hebben plaatsgevonden, suggereerde Foucault dat de psychiatrie voortbouwde op de maatschappelijke uitsluiting van groepen die niet voldeden aan de eisen van orde, rationaliteit en productiviteit.[97]

Andere belangrijke inspiratiebronnen voor de antipsychiatrische beweging waren de etiketteringstheorie van de Amerikaanse socioloog T. Scheff, het marxistische ideeëngoed van het Duitse *Sozialistische Patientenkollektiv,* de democratische psychiatrie van de Italiaanse psychiater F. Basaglia en in Nederland het werk van de psychiater J. Foudraine.[98] De etiketteringstheorie was een belangrijk onderdeel van de deviantiesociologie waarmee Scheff samen met Goffman naam maakte, en behelsde een sociologische verklaring van afwijkend gedrag. Dit zou niet voortkomen uit intrinsieke eigenschappen van mensen, maar het product zijn van sociale uitsluiting en stereotypering. De afwijzende reactie op als vreemd of hinderlijk ervaren gedrag werkte stigmatisering van de betreffende groepen of individuen in de hand. Herhaalde en systematische afkeuring drong hen in een bepaalde rol en leidde ertoe dat hun niet getolereerde gedrag ging gelden als een teken van afwijking, die met etiketten als gek een herkenbare gedaante kreeg.

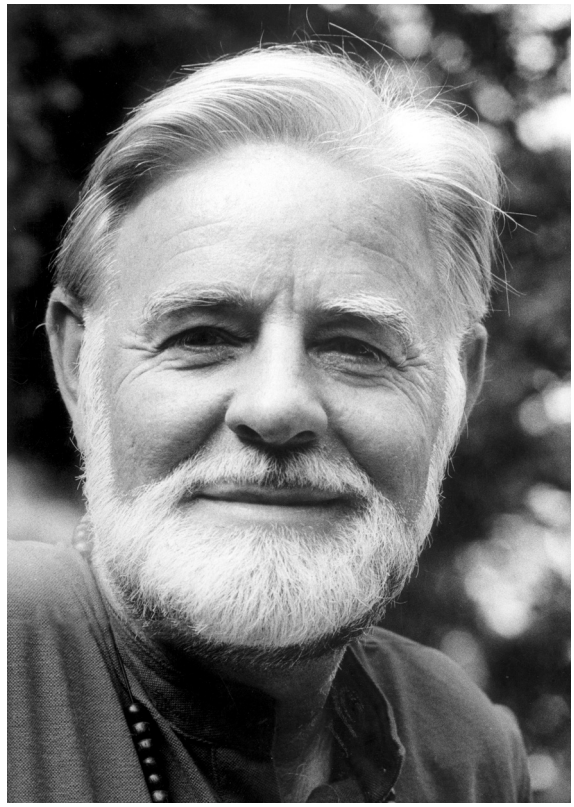
Het *Sozialistische Patientenkollektiv,* dat in de jaren 1970-1971 in de psychiatrische universiteitskliniek van Heidelberg actief was, keerde zich tegen 'het kapitalistische systeem' en beschouwde geestesziekte als een vorm van protest tegen de heersende machtsverhoudingen en een bron van revolutionair verzet. *Aus der Krankheit eine Waffe machen,* zo luidde het adagium van dit collectief. Vergelijkingen met het nationaal-socialistische verleden dienden om de verwerpelijkheid van de medische benadering van geestesziekte te onderstrepen. De Duitse antipsychiatrische beweging verwees veelvuldig naar de moord op geesteszieken en zwakzinnigen tijdens het Derde Rijk, waaraan psychiaters en ander personeel in inrichtingen hadden meegewerkt. Vanwege vermeende banden met de Bader-Meinhof-terreurgroep maakte justitie een eind aan het Heidelbergse collectief.

Basaglia nam begin jaren zestig het initiatief tot de ontmanteling van een psychiatrische inrichting in het Noord-Italiaanse stadje Gorizia en de opvang

97 Tonkens 1999, 60-66; Blok 2004, 18-20.

98 Heerma van Voss s.a. [1982], 79-80; Blok 2004, 12-13, 19-21, 192-194; Blok 1998e; Kersting 2005.

J. Foudraine.



van geesteszieken in de gemeenschap. Zijn ideaal was een minder medische en meer sociale, in de maatschappij geïntegreerde psychiatrie. Ook de Nederlandse psychiater Foudraine, die grote bekendheid verwierf met de bestseller *Wie is van hout... een gang door de psychiatrie* (1971), keerde zich tegen het zogenaamde medische model, waarin geesteszieken niet anders dan als object van diagnose en behandeling konden fungeren, zonder dat er naar hen werd geluisterd. Volgens hem was een inlevende bejegening van en communicatie met patiënten nodig. Aan geestesziekte lagen voornamelijk psychische en sociale oorzaken ten grondslag, zo geloofde Foudraine; vooral gezinsrelaties verdienden aandacht.

De antipsychiatrie bestond dus niet uit een coherent ideeëngoed en een eensgezinde beweging. Globaal zijn er twee tendensen te onderscheiden: kritiek op de psychiatrie van buitenaf en van binnenuit. De eerste behelsde een radicale verwerping van de psychiatrie en alles waarvoor deze stond. De diagnose van onbegrijpelijk of storend gedrag in termen van ziekte was onterecht en er bestond geen noodzaak om deze door medici te laten behandelen. Aangezien geestesziekte een product van maatschappelijke misstanden zou zijn, lag het meer voor de hand om de samenleving te veranderen. Sociale actie en verzetstherapie zouden de psychiatrische hulpverlening moeten vervangen. De tweede tendens kwam grotendeels voort uit de psychiatrie zelf en daarin ging het niet zozeer om afwijzing van de psychiatrie als zodanig, maar om het streven naar een ingrijpende verandering en verbetering ervan: een sociaal-psychologische benadering zou de plaats moeten innemen van het medische model. Dit ging gepaard met een intensivering van de therapeutische inspanningen en hooggespannen verwachtingen omtrent de mogelijkheid om psychische stoornissen te genezen. In Nederland lag het zwaartepunt bij de tweede richting, waarvoor de door G. Blok gebruikte benaming kritische psychiatrie dan ook beter van toepassing is dan de term antipsychiatrie, die beter past bij de eerste tendens.[99]

De kritische psychiatrie sloot in feite aan bij ontwikkelingen die al eerder binnen de gevestigde psychiatrie op gang waren gekomen. Collega's van Foudraine wezen er dan ook op dat diens aanval op het medische model ongenuanceerd was en zijn doel volledig voorbij schoot. In psychiatrische ziekenhuizen waren immers al lang vernieuwingen doorgevoerd, waardoor de medische psychiatrie gezelschap had gekregen van een scala aan psycho- en sociotherapeutische behandelmethoden. Foudraine's schildering van het door het medische model gedomineerde psychiatrisch ziekenhuis, zo betoogde geneesheer-directeur van de Willem Arntsz Hoeve A. Poslavsky, was dan ook een grove vertekening van de werkelijkheid, waarmee hij inspeelde op de vooroordelen van het grote publiek over de inrichtingspsychiatrie. Juist nu daarin al zoveel was verbeterd, aldus stelde hij mismoedig vast, barstte de kritiek los.[100]

99 Blok 2004, 11–16. De psycholoog D. Ingleby introduceerde deze term in 1980. Ingleby 1980.

100 Poslavsky 1972; vergelijk Idenburg 1995.

Ook andere psychiaters die zich al vanaf de jaren vijftig hadden ingezet voor vernieuwing, voelden zich door de kritische beweging miskend. Deze onderscheidde zich van hun hervormingen door het geradicaliseerde en gepolitiseerde karakter ervan. Het vernieuwingsstreven naar verandering kwam nu niet, zoals voorheen, voornamelijk van bovenaf in de ziekenhuishiërarchie, maar grotendeels van onderop en buitenaf. Het ging niet alleen om een verandering van het therapeutisch regime, maar in het kader van een meer omvattende maatschappijkritiek ook om democratisering van de inrichtingsorganisatie en een grotere openheid ten aanzien van de samenleving. Daardoor werden hervormingsgezinde psychiaters links gepasseerd door vertegenwoordigers van de protestgeneratie en van andere disciplines en keerden hun eigen pogingen om de barrières tussen inrichting en samenleving te slechten en de traditionele hiërarchische verhoudingen te doorbreken, zich als een boemerang tegen hen.[101] Tegen deze achtergrond raakten veel psychiatrische ziekenhuizen in de jaren zeventig verscheurd door spanningen, conflicten en affaires, die een dankbaar onderwerp voor de media vormden. Mede door de publieke aandacht werden onenigheden en botsingen niet zelden uitvergroot en versimpeld tot de tegenstelling tussen het medische en het sociale model, tussen autoritair versus democratisch, en tussen oud en jong.

De kritische beweging droeg er in hoge mate toe bij dat het psychiatrisch ziekenhuis veel meer publieke aandacht kreeg dan voorheen. Kritische hulpverleners, actiegroepen en (ex-)patiënten stelden wat zij als misstanden zagen aan de kaak en daarbij konden zij vaak op grote en welwillende belangstelling van de massamedia en politici rekenen. Zo besteedde Avro's *Televizier* uitgebreid aandacht aan Aktiegroep Willem toen die zich in 1970 met 1200 boze leerling-verpleegkundigen in de Meerpaal te Dronten manifesteerde.[102] 'Zodra we iets te melden hadden, was een telefoontje voldoende om dat op de radio te kunnen doen', aldus F. Schrameijer, een van de oprichters van het kritische blad *De Gekkenkrant*. De tegenbeweging had een groot deel van de media, de publieke opinie en de linkse politieke partijen (PvdA, PPR, PSP en CPN) mee.[103] Vooral universiteitssteden kenden een bloeiende protest- en actiecultuur, waarin het antipsychiatrische gedachtegoed de nodige aanhang verwierf. Kritische hulpverleners en studenten organiseerden zich in actiegroepen en solidariteitscomités en sommige (ex-) patiënten en familieleden van hen sloten zich daarbij aan.

In 1970 besloot een aantal ouders wier kinderen op een MOB in behandeling waren om zich te verenigen in een pressiegroep, de Initiatiefgroep Geestelijke Volksgezondheid. De aanleiding was het jarenlang voortslepende conflict tussen enerzijds het bestuur van het Leidse MOB en de hoogleraren in de psychiatrie en pediatrie, Bastiaans en Veeneklaas, en anderzijds de kinderanalyticus Teuns, die als medisch directeur van het MOB de staf en de ouders inspraak had gegeven in

101 Dankers en Van der Linden 1996, 103.
102 Zie 4.4, paragraaf 'De psychiatrische verpleging: een vak voor iedereen?'.
103 Schrameijer 2005a, 83-84.

de behandeling van kinderen. Wat begon als een competentiestrijd tussen artsen, groeide onder invloed van de door Teuns geïnitieerde publiciteit en de bemoeienis van geëngageerde studenten en bezorgde ouders uit tot een conflict waarin het verzet tegen het medisch gezag en de ondemocratische verhoudingen in de hulpverlening op de voorgrond kwamen te staan. Op het congres *Te gek om los te lopen*, dat de NFGV in hetzelfde jaar organiseerde, riep de Initiatiefgroep ouders en cliënten op om zich gezamenlijk in te zetten voor meer medezeggenschap in en een verbetering van de geestelijke gezondheidszorg. Dit initiatief leidde een jaar later tot de oprichting van de Cliëntenbond in de Welzijnszorg.[104]

Persoonlijke getuigenissen van (voormalige) psychiatrische patiënten en hun familieleden over de misstanden in de psychiatrie vormden een belangrijke inspiratiebron en stimulans voor het ontstaan van de kritische patiëntenbeweging in de geestelijke gezondheidszorg. E. Tellegens *Waar was de dood nog meer...? Autografie van een psychose* (1971), een op dagboeken gebaseerd verslag van een opname in een psychiatrisch ziekenhuis, C. van Eijk-Osterholts *Laat ze het maar voelen...Vijfentwintig jaar belangenbehartiging voor een verpleegde* (1972) over de lijdensweg van haar geesteszieke tweelingzuster, en E. Paulls *In het land der blinden: Een martelgang door de psychiatrie* (1973) over haar slechte ervaringen met de psychiatrie, vormden het begin van een stroom van kritische egodocumenten, die veel lezers en media-aandacht trokken.[105] Daarnaast vormden geestesziekte en psychiatrie het hoofdthema van tal van romans en korte verhalen van bekende Nederlandse schrijvers, die zich grotendeels door hun eigen ervaringen lieten inspireren, zoals J. Hanlo in *Zonder geluk valt niemand van het dak* (1972), J. Arends in *Keefman* (1972) en *Ik had een strohoed en een wandelstok* (1974), S. Vestdijk in *De persconferentie* (1973), J.M.A. Biesheuvel in *In de Bovenkooi* (1972) en *Slechte mensen* (1973), G. Kuyers in *Hoe Mieke Mom haar maffe moeder vindt* (1978) en E. de Jong in *De begoocheling* (1983).

De antipsychiatrische kritiek klonk duidelijk in sommige autobiografische verslagen door. De auteurs klaagden vooral over gebrek aan respect voor hun individuele eigenheid en aan begrip voor hun belevingswereld. In psychiatrische ziekenhuizen zou te weinig naar patiënten geluisterd en met hen gepraat worden. De status van patiënt betekende rechteloosheid en onmondigheid. Ze hekelden het vaak autoritaire en dwingende optreden van behandelaars en het tekort aan middelen en personeel, waardoor de zorg te wensen overliet. Maar niet alleen het ziekenhuis moest het ontgelden, ook de maatschappij trof blaam. De samenleving wist niet om te gaan met geestesziekte en psychisch lijden. Daardoor vielen psychiatrische patiënten in de samenleving ten prooi aan stigmatisering en sociale uitsluiting. Juist door het gebrek aan acceptatie in de maatschappij was het oordeel over het psychiatrisch ziekenhuis niet uitsluitend negatief. Ondanks de

104 Vijselaar 1995b, 108-120.

105 Voor een inventarisatie van psychiatrische egodocumenten Koenraadt en Schrijver 1983 en Stichting Pandora Egodocumenten Database, de website van Pandora: http://cgi.stichting-pandora.nl. Zie ook 3.4, paragraaf 'Patiënten in de psychiatrische inrichting'.

beklemming die veel auteurs tijdens hun opname hadden ervaren, bood het ook een veilige omgeving, waarin zij tot zichzelf en soms tot herstel konden komen.[106]

Naar aanleiding van Van Eijk-Osterholts boek, waarin Teuns in een nawoord inrichtingen evenwel vergeleek met gevangenissen en concentratiekampen, wijdde het televisieprogramma *Een groot Uur U* in 1973 een aflevering aan het leven in psychiatrische ziekenhuizen. Daarop werd de in de uitzending genoemde Cliëntenbond in de Welzijnszorg overstelpt met reacties van vooral (ex-)patiënten. De vereniging, vanaf 1974 Cliëntenbond in de Geestelijke Gezondheidszorg geheten, verschoof haar aandachtsveld van de ambulante naar de intramurale geestelijke gezondheidszorg en groeide uit tot een kritische belangenorganisatie en actiegroep van (ex-)psychiatrische patiënten. Vanaf 1974 stond het lidmaatschap alleen open voor (voormalig) opgenomen psychiatrische patiënten en werden hulpverleners en andere belangenbehartigers uitgesloten; onder patiënten bestond de vrees dat zij hen zouden overvleugelen. Aan het eind van de jaren zeventig telde de Cliëntenbond meer dan 1200 leden. Zijn streven was gericht op doorbreking van het maatschappelijk isolement en de stigmatisering van geesteszieken, de verbetering van de psychiatrische zorg en de verwerving van medezeggenschap in psychiatrische ziekenhuizen. De bond gaf een eigen blad uit, organiseerde werkgroepen om de belangenbehartiging van patiënten handen en voeten te geven en belegde inloopavonden om hen met raad en daad bij te staan.[107] Begin jaren tachtig kwamen met steun van de Cliëntenbond alternatieve hulpverleningsvormen tot stand, zoals weg- en inloophuizen en klachtenbureaus en -lijnen, bestemd voor patiënten die ontevreden waren over de reguliere geestelijke gezondheidszorg of daaruit verwijderd waren. Het aantal zogenoemde 'strafontslagen' vanwege onhandelbaar gedrag uit psychiatrische ziekenhuizen vertoonde een stijgende lijn.[108]

De patiëntenbeweging, die vooral werd gedragen door relatief hoog opgeleide en mondige (ex-)patiënten, kreeg steun van kritische hulpverleners en andere aanhangers van de antipsychiatrie.[109] Enkelen van hen, M. Groen, G. Mak en Schrameijer, namen in 1973 het initiatief tot de oprichting van *De Gekkenkrant*, bedoeld om misstanden in de psychiatrie aan de kaak te stellen, de mondigheid van psychiatrische patiënten en hun recht op een goede behandeling te bevorderen en een subcultuur van zelfbewuste en maatschappijkritische 'gekken' in het leven te roepen. De oplage van *De Gekkenkrant*, die veel bijdragen van patiënten bevatte, steeg tussen 1973 en 1977 van twee- naar zevenduizend, waarvan ongeveer drieduizend in psychiatrische ziekenhuizen werden verspreid. De pogingen van sommige directies om de verspreiding van het blad te voorkomen en te verbieden

106 Parabirsing 2003.
107 Heerma van Voss 1978, 419; Heerma van Voss s.a. [1982], 84-85.
108 Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1991b, 30; Kersbergen 1992, 206; vergelijk Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1988a, 77.
109 Dercksen en Van 't Hof 1996, 37; vergelijk Heerma van Voss s.a. [1982], 86.

leverden de nodige publiciteit op en vergrootten de populariteit van *De Gekkenkrant* alleen maar. Niet alle patiënten waren even enthousiast over de krant: sommigen stoorden zich aan de confronterende en provocerende toon en vonden de harde kritiek aan het adres van psychiatrische ziekenhuizen en behandelaars niet altijd even terecht.[110]

Behalve bij *De Gekkenkrant* kon de patiëntenbeweging aanhaken bij tal van lokale belangen- en actiegroepen, die met spraakmakende demonstraties, discussiebijeenkomsten en culturele festivals hun kritiek op de gevestigde psychiatrie onder de publieke aandacht brachten. De agitatie richtte zich in het bijzonder tegen dwangmaatregelen als separatie en isolering van patiënten, dwangbehandelingen, het gebrek aan medezeggenschap en slechte leefomstandigheden in psychiatrische ziekenhuizen.[111] Zo pleitte een groep jonge leerlingverplegers en -verpleegsters van de Willem Arntsz Hoeve, de Aktiegroep Willem, begin 1970 voor een betere, meer sociaal-agogisch getinte verpleegopleiding.[112] In 1973 namen in Breda meer dan achthonderd mensen deel aan het congres *Is de psychiatrische patiënt vogelvrij?* over de rechteloosheid van patiënten en de dwang waaraan zij in psychiatrische ziekenhuizen werden onderworpen.[113] Een jaar later wijdde *De Gekkenkrant* een themanummer aan isoleren en separeren. Mede onder invloed van campagnes van Amnesty International tegen het gebruik van de psychiatrie door dictatoriale regimes om tegenstanders monddood te maken, lag de associatie van inrichtingspraktijken met machtsmisbruik en politieke onderdrukking voor de hand.[114] Naar aanleiding van de Dennendal-affaire, de conflicten rond de afdeling voor verstandelijk gehandicapten van de Willem Arntsz Hoeve, die in 1974 uitliepen op een ontruiming ervan door de politie, werden vergelijkingen met deportaties van joden tijdens de Tweede Wereldoorlog en de militaire dictatuur in Chili zelfs niet geschuwd. De strijd om Dennendal, waarover meer in 4.3, paragraaf 'Democratisering en conflict', geeft aan hoezeer de discussies over de psychiatrie gepolitiseerd konden raken.[115]

Uit het bonte geheel van kritische organisaties ontstond in 1975 het Kollektief Landelijke Acties in de Psychiatrie. Een jaar daarvoor had de eerste landelijke actiedag van de psychiatrie plaatsgevonden, die in 1976 uitgroeide tot een actieweek. In de actieweek onder het motto 'Te gek om vast te zitten', die in 1976 plaatsvond, stond het wetsontwerp centraal dat de regering in 1971 had ingediend om tot een herziening van de uit 1884 stammende Krankzinnigenwet te komen. De kritische beweging vond dat de vernieuwing niet ver genoeg ging. Nog steeds zou de handhaving van de maatschappelijke orde, vooral door middel van

110 Heerma van Voss 1978, 422; Zitman 1978; Heerma van Voss s.a. [1982], 81, 86; Kersbergen 1992, 204; Dercksen en Van 't Hof 1996, 33; Blok 1998c, 208.

111 Zie voor een overzicht: Kersbergen 1992.

112 Zie over de actie van Aktiegroep Willem: 4.4, paragraaf 'De psychiatrische verpleging: een vak voor iedereen?'.

113 Heerma van Voss s.a. [1982], 81.

114 Huiskes en Van der Kroef 2002, 41.

115 Tonkens 1999, 178-179.

Affiche Pandora: 'Ik ben een ex-psychiatrische patiënt, ik doe gewoon', 1973-1974.

dwangopname en -behandeling, en niet de rechtspositie van psychiatrische patiënten prioriteit krijgen. Actievoerders deelden stencils uit bij bioscopen die de Amerikaanse film *One flew over the cuckoo's nest* vertoonden, boden een namaakpil van één meter groot aan de Valeriuskliniek in Amsterdam aan, demonstreerden in Den Haag met rammelende sleutelbossen en overhandigden een petitie met handtekeningen aan de Tweede Kamer voor een menswaardige behandeling van psychiatrische patiënten.[116]

Hoewel de toepassing van de elektroconvulsietherapie (ECT) al in de jaren zestig sterk was afgenomen, vormde deze behandeling een tot de verbeelding sprekend doelwit van protest.[117] *De Gekkenkrant* lanceerde in 1976 de Nationale Anti Shock Aktie 120 volt en presenteerde een zwarte lijst met instellingen en psychiaters die ECT toepasten. Bij verschillende klinieken vonden protestdemonstraties plaats en in de media discussieerden voor- en tegenstanders over de elektroshockbehandeling. De kritische beweging bracht naar voren dat het curatieve effect ervan niet wetenschappelijk was bewezen, terwijl er wel schadelijke bijwerkingen als geheugenstoornissen, een vermindering van het denkvermogen en emotionele afstomping optraden. Daarom zou een verbod op deze behandeling op zijn plaats zijn. Een motie van Tweede Kamerleden in 1979 om haar te verbieden werd niet aangenomen, maar wel stelde de regering in 1984 op advies van de Gezondheidsraad officiële richtlijnen op die de toepassing ervan aan stringente voorwaarden onderwierp. Alleen als er geen andere uitweg meer openstond konden artsen er nog gebruik van maken en dan nog alleen met uitdrukkelijke instemming van de patiënt. Op de protesten tegen de elektroshock volgden eind jaren zeventig acties tegen de biologische psychiatrie, waar met name Van Praag een gewild doelwit was, en tegen de toepassing van dwangmaatregelen als isolatie. Veel media-aandacht trokken de felle protesten in 1980 tegen de opening van een nieuwe kliniek van het Psychiatrisch Centrum Bloemendaal, waar farmaceutisch onderzoek werd verricht, en de actie *Gek'ooit* drie jaar later tegen het separeren en isoleren van patiënten in Santpoort.[118] Verder ondersteunde de kritische beweging de Actie Moratorium (1982-1983), die was bedoeld om de nieuwbouw van psychiatrische ziekenhuizen stop te zetten. Het psychiatrische ziekenhuis riep steeds meer aversie op. Niet alleen de agitatie tegen het gebruik van dwang daarin, ook de voorbeeldwerking van de vergaande plannen tot afbouw van inrichtingen en de zogeheten democratische psychiatrie in Italië bracht een radicalisering van een deel van de tegenbeweging teweeg. Deze zorgde op haar beurt voor toenemende interne verdeeldheid.[119]

116 Heerma van Voss s.a. [1982], 84.

117 Zie Vijselaar 2007a, 15-21; over de toepassing van ECT zie 4.4, paragraaf 'Socio- en psychotherapeutisch optimisme'.

118 Werkgroep Dag van de Psychiatrie 1981, 50-51; Schrameijer 2005a, 85; Vijselaar 1997d, 228-229.

119 Beijers 2001, 72; zie over de invloed van de Italiaanse ontwikkelingen en de Moratoriumactie hoofdstuk 4.3, paragraaf 'Nieuwbouw en renovatie'.

'Baas in eigen brein', affiche Week van de psychiatrie 1978.

Medio jaren zeventig had de Stichting Pandora zich bij de patiëntenbeweging aangesloten. Pandora was in 1964 opgericht met het doel om een verbetering van het maatschappelijke imago van de psychiatrische inrichting te bewerkstelligen en de vooroordelen over geesteszieken te bestrijden. Het initiatief en de financiele middelen hiervoor kwamen van A.L. van Ameringen, een Amerikaanse zakenman van Nederlandse afkomst.[120] Van Ameringen was in de Verenigde Staten betrokken geweest bij de beweging voor geestelijke gezondheid en wilde de slechte reputatie van psychiatrische inrichtingen en (ex-)psychiatrische patiënten doorbreken. Aansluitend bij de therapeutische vernieuwingen in de inrichtingspsychiatrie van de jaren vijftig trachtte Pandora door middel van publieksvoorlichting wijdverbreide vooroordelen over geesteszieken weg te nemen teneinde hun maatschappelijke rehabilitatie na hun ontslag uit het psychiatrische ziekenhuis te bevorderen. Zij waren niet ongeneeslijk en gevaarlijk, maar gewone zieken, zo luidde de boodschap van Pandora, en inrichtingen verschilden niet van andere moderne ziekenhuizen. Pandora verspreidde deze boodschap door middel van affiches, de uitgave van het boekje *Moeilijk in de omgang: leven met zenuwzieken* (1970) van de psychiater M. Zeegers en de voorlichtingsfilms *Waarom 'gek', omdat ie anders is?* (1970) en *Kind van de Zon* (1975). Verder organiseerde Pandora vanaf 1968 excursies en vakantiecursussen voor jongeren in inrichtingen en vanaf 1970 voorlichtingsactiviteiten waarin – zorgvuldig geselecteerde – voormalige psychiatrische patiënten participeerden.

Hoewel Pandora de psychiatrie niet ter discussie stelde, maar haar imago juist wilde verbeteren teneinde de kloof tussen de besloten wereld van de inrichtingen en de samenleving te overbruggen, stuitte de stichting aanvankelijk op weerstand en tegenwerking van psychiaters. Zij wekte hun wantrouwen omdat de organisatie buiten hen om tot stand was gekomen en de meeste bestuursleden niet uit de wereld van de geestelijke gezondheidszorg afkomstig waren. De eerste directeur was T. Blase, een voormalige secretaresse, die Pandora onder de aandacht van het grote publiek bracht. Zij bedacht pakkende en enigszins provocerende slogans voor de affiches, zoals de eerste met de tekst 'Waarom gek? ... Omdat ie anders is?' (1968) en het spiegelaffiche met de slagzin 'Ooit 'n normaal mens ontmoet? En..., beviel 't?' (1974). Als onafhankelijke, neutrale organisatie die niet was ingebed in de bestaande professionele en verzuilde netwerken kostte het Pandora enige moeite om erkenning van de gevestigde psychiatrie te verwerven.[121] Nadat het in 1972 een subsidie kreeg toegekend door de Nationale Ziekenhuisraad, kwam er geleidelijk aan meer steun van psychiatrische ziekenhuizen. Pandora slaagde er echter niet in om de vruchten van een goede relatie met de gevestigde psychiatrie te plukken. Zoals we hebben gezien kwamen de inrichtingen steeds meer onder vuur te liggen van de tegenbeweging en waren er inmiddels nieuwe, kritische belangenorganisaties van psychiatrische patiënten ontstaan. Pandora, die juist

120 Zie over de geschiedenis van Pandora: Van der Kroef 1990.

121 Van der Kroef 1990, 36–38.

Laatste nummer van de Gekkenkrant: 'Dag gekken in Nederland', 1981.

erkenning van en samenwerking met de psychiatrie nastreefde, hield zich aanvankelijk afzijdig van de kritische beweging. Niet de gevestigde psychiatrie, maar het verkeerde beeld ervan in de maatschappij zou het probleem vormen.

Onder druk van voormalige psychiatrische patiënten die betrokken waren bij het voorlichtingswerk verlegde Pandora na veel discussie en conflicten in het midden van de jaren zeventig haar koers. De belangenbehartiging en de emancipatie van patiënten kwamen centraal te staan. Een voormalige psychiatrische patiënt, H. van der Wilk, volgde Blase in 1977 op als directeur. De bestrijding van vooroordelen omtrent geestesziekte en psychiatrische behandeling bleef een belangrijk doel, maar daarnaast ondersteunde Pandora de patiëntenbeweging en het streven naar veranderingen in de geestelijke gezondheidszorg.[122] Samen met de Cliëntenbond, *De Gekkenkrant,* de inmiddels in psychiatrische ziekenhuizen opgerichte patiëntenraden, andere actiegroepen en enkele kritische juristen vormde Pandora in 1974 de Werkgroep Krankzinnigenwet teneinde de rechtspositie van patiënten te versterken. De werkgroep richtte zich met name op de hervorming van de Krankzinnigenwet. Op basis van eigen onderzoek bracht de Werkgroep naar voren dat misstanden in psychiatrische ziekenhuizen geen incidenten waren, maar structureel van aard waren. Zijn rapport *Te gek om vast te zitten* (1977) bevatte het voorstel om opgenomen psychiatrisch patiënten gelijk te stellen aan gewone burgers in de maatschappij en aan hen een aantal fundamentele rechten toe te kennen, zoals het recht om zich binnen het psychiatrisch ziekenhuis vrij te bewegen en het recht op bezoek, om te telefoneren en te corresponderen. Verder hoorden zij recht te hebben op een adequate behandeling, op informatie daarover en een schriftelijk behandelplan dat geregeld werd geëvalueerd en bijgesteld. Ook moesten zij de mogelijkheid krijgen om bepaalde behandelingen te weigeren – tenzij zij niet in staat waren uitdrukking te geven aan hun eigen wil – en om te klagen over hun therapie en verpleging. Het moest afgelopen zijn met het veelvuldig gebruik van de separeercel bij gedwongen opnamen en bij wijze van strafmaatregel.[123]

De kritische beweging raakte in de jaren zeventig verdeeld tussen voorstanders van een radicale dan wel een gematigde koers. Tegenover de opzet om door middel van verzet en confrontatie de bestaande geestelijke gezondheidszorg te ondermijnen stond het streven om via overleg, compromis en geleidelijke verandering de bestaande hulpverlening te hervormen.[124] De twee richtingen kwamen tot uiting in de diverse activiteiten van de Werkgroep Krankzinnigenwet. Enerzijds bestonden die uit demonstraties, en ludieke en confronterende acties. Anderzijds ging de Werkgroep in gesprek met de Kamercommissie die zich over de Krankzinnigenwet boog en met de in 1975 door de regering ingestelde Werkgroep Rechtspositie Patiënten in Psychiatrische Ziekenhuizen onder leiding van de Groningse hoogleraar Van Dijk, waarin overigens ook vertegenwoordigers van

122 Van der Kroef 1990, 114.
123 Van de Klippe 1997, 48-49, noot 125.
124 Van der Kroef 1990, 96, 100, 104.

Patiëntenbeweging rond 1970.

de patiëntenbeweging – onder wie C. van Eijk en E. Paull – en twee verpleegsters waren opgenomen.[125] In 1977 kreeg de patiëntenbeweging gelegenheid haar wensen op hoorzittingen van de Tweede Kamercommissie voor Volksgezondheid en de Commissie Van Dijk kenbaar te maken. Op deze manier raakte de Werkgroep Krankzinnigenwet nauw betrokken bij de discussie over patiëntenrechten die op overheidsniveau op gang was gekomen en verwierf zij, mede vanwege haar ervaringsdeskundige inbreng, ook erkenning als gesprekspartner van de overheid en psychiatrische instellingen. De voorstellen die de Commissie Van Dijk in haar eindrapport (1980) deed met betrekking tot de rechtspositie van patiënten, het klachtrecht en de procedures rond dwangopname, ademden de geest van de patiëntenbeweging.

Pandora, die een gematigde koers voorstond en op uitnodiging van de overheid geregeld aan beleidsdiscussies deelnam, droeg ertoe bij dat uiteenlopende visies enigszins op één lijn kwamen, waardoor de diverse groepen hun krachten konden bundelen. Directeur Van der Wilk, vanaf 1979 ook voorzitter van de Cliëntenbond, streefde met enig succes naar een grotere eenheid van de patiëntenbeweging. In 1980 vonden in Utrecht twee congressen plaats waarop diverse groeperingen gezamenlijk het *Manifest patiëntenrecht in de geestelijke gezondheidszorg* met 65 eisen opstelden, dat begin 1981 werd aangeboden aan de voorzitter van de Kamercommissie voor Volksgezondheid. Het manifest bevatte radicale eisen: opheffing van psychiatrische ziekenhuizen, de vervanging van de medische door 'een sociale aanpak', een verbod op dwangmedicatie, elektroshocktherapie, psychochirurgie, sterilisatie en wetenschappelijke experimenten op patiënten, een inperking van de mogelijkheid om dwangmaatregelen toe te passen en het recht op inspraak en zelfbeschikking van patiënten. Tegelijkertijd benadrukte het manifest dat zij recht moesten hebben op adequate hulp en behandeling, en onderstreepte het de noodzaak om meer geld voor de geestelijke gezondheidszorg uit te trekken teneinde de hulpverlening te verbeteren en te democratiseren.[126] In hetzelfde jaar sloten patiënten- en bewonersraden van psychiatrische ziekenhuizen zich aaneen in de Stichting Landelijke Patiënten- en Bewonersraden, die als gesprekspartner van de overheid en de koepelorganisaties van de psychiatrische ziekenhuizen ging fungeren. Vanaf 1984 kreeg de stichting subsidie van het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur om een landelijk bureau met enkele betaalde krachten op te zetten.[127]

Terwijl de *Gekkenkrant* zichzelf in 1981 ophief vanwege het uitblijven van een breed gedeeld antipsychiatrisch verzetselan onder patiënten en uit angst voor inkapseling in de gevestigde psychiatrie, gingen Pandora, de Cliëntenbond en de Stichting Landelijke Patiënten- en Bewonersraden op basis van een meer gematigde koers samenwerken en voerden zij geregeld overleg met het Ministerie

125 Dercksen en Van 't Hof 1996, 36-37.
126 Patiëntencongres 1981.
127 Over de patiënten- en bewonersraden in psychiatrische ziekenhuizen zie verder 4.4, paragraaf 'De rechten van de patiënt'.

Demonstratie op Binnenhof tegen 'bio-psychiatrie', 1980.

en de Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid.[128] De toenadering tussen de overheid en de patiëntenbeweging lag in zekere zin voor de hand, omdat zij deels dezelfde doelen nastreefden. De overheid achtte medezeggenschap van patiënten gewenst, niet alleen met het oog op de democratisering van de geestelijke gezondheidszorg, maar ook om de autonomie van de hulpverleningsinstellingen en de daarin werkzame beroepsgroepen te doorbreken.[129] In zijn *Structuurnota Gezondheidszorg* (1974) drong Staatssecretaris van Volksgezondheid J.P.M. Hendriks aan op 'vermaatschappelijking' en 'democratisering' van de gezondheidszorg ten behoeve van 'de individualiteit en gelijkberechtiging van de patiënt' als tegenwicht tegen de opmars van de medische technologie, de schaalvergroting en de bureaucratisering.[130] Op haar beurt ging het de meerderheid van de patiëntenbeweging uiteindelijk niet om omverwerping van de psychiatrie, maar om belangenbehartiging ter verbetering en humanisering van de hulpverlening. Ondanks alle kritiek bleef het geloof in de mogelijk heilzame werking van de geestelijke gezondheidszorg bestaan.[131]

In tegenstelling tot de radicale antipsychiatrische geluiden in andere landen was in Nederland slechts in beperkte mate sprake van een roep om het psychiatrisch ziekenhuis af te schaffen. Zelfs het Nederlandse boegbeeld van de antipsychiatrie, Foudraine, bepleitte dat niet, hoe fel zijn afwijzing van het medische model ook mocht zijn. Klinische behandeling bleef volgens hem onmisbaar voor ernstig geestelijk ontwrichte mensen, omdat zij de bescherming nodig hadden van een besloten en rustgevende omgeving, waardoor zij afstand konden nemen van hun dagelijkse, vaak verwarrende leefwereld. 'Er zijn voor psychotisch-gedecompenseerden [...] zeer *belangrijke voordelen* aan de opneming en het meer of minder langdurig verblijf in een instituut verbonden', aldus Foudraine.

——— *Maar al te vaak heeft men, naast psychofarmaca, een goede isoleerkamer nodig en personeel dat in staat is krachtig, helder [...] en als het even kan psychotherapeutisch of op z'n minst met grote empathie deze veiligheid en bescherming tijdens de acuut psychotische toestand te bieden. Er wordt goed werk verricht in de zin van het voorkómen van inrichtingsopneming. Maar wij moeten met beide benen op de grond blijven staan.*[132]

Ook andere kritische psychiaters meenden dat het beter was om het psychiatrisch ziekenhuis van binnenuit grondig op de schop te nemen dan het te ontmantelen. P. Bierenbroodspot, een vurig pleitbezorger van de invoering van de therapeuti-

128 Zitman 1978; Schrameijer 2005a; Kersbergen 1992, 204. De Cliëntenbond en de Stichting Landelijke Patiënten- en Bewonersraden sloten zich aan bij het Landelijk Patiënten/Consumenten Platform, vanaf 1992 Nederlandse Patiënten/Consumenten Federatie. Deze organisatie kreeg zitting in de Nationale Raad voor de Volksgezondheid en in de Ziekenfondsraad. Dercksen en Van 't Hof 1996.

129 Kersbergen 1992, 202, 210.

130 Hendriks 1974, 21–22.

131 Heerma van Voss 1978, 422; Heerma van Voss s.a. [1982], 77–78, 80–81, 87; Blok 2004, 29–32, 52; vergelijk Kersbergen 1992.

132 Foudraine 1976, 401, 406.

sche gemeenschap in en een vergaande democratisering van de inrichtingspsychiatrie, stelde vast dat dergelijke vernieuwingen weliswaar met veel 'gedonder' gepaard gingen, omdat ze de fundamenten van de traditionele ziekenhuisorde aantastten. Dat nam volgens hem evenwel niet weg dat de kliniek een zinvolle functie kon vervullen. Een diepgaande socio- en psychotherapeutische behandeling vereiste een tijdelijke sociale afzondering van de patiënt. Een zekere onthechting van de maatschappij was nodig om in alle rust de eigen emotionele problematiek samen met lotgenoten te verwerken.[133] Maatschappijkritiek vervulde geen belangrijke rol in Bierenbroodspots visie op therapie: daarin ging het vooral om verandering van het individu ter verbetering van het sociale functioneren.[134]

Van het streven naar maatschappijverandering en volledige afschaffing van de psychiatrie door middel van verzetstherapie en sociale actie kwam in Nederland weinig terecht. Weliswaar waren in *De Gekkenkrant*, tijdens demonstraties, acties, congressen en manifestaties, radicale geluiden te horen en trokken deze veel publicitaire aandacht, maar van een concrete uitwerking was nauwelijks sprake. Pogingen daartoe kwamen van marxistisch geïnspireerde splintergroepen als het Solidariteitscomité *Sozialistische Patientenkollektiv*, de Utrechtse Werkgroep Arts en Maatschappij en de Amsterdamse Bond voor Wetenschappelijke Arbeiders, waarbij kritische artsen waren aangesloten, alsook het radicale Patiëntenfront, dat alle hulpverlening als in wezen onderdrukkend afwees. De patiëntencollectieven die in 1972 en 1973 in Rotterdam en Utrecht naar het Heidelbergse voorbeeld van de grond kwamen, stonden verzetstherapie voor, maar al gauw raakten de aanhangers verdeeld over de vraag of hulpverlening of politieke actie op de eerste plaats moest komen. Nieuwe alternatieve ambulante hulpverleningsinstellingen voor in het bijzonder jongeren, zoals Release, het Jongeren Advies Centrum en de Sosjale Joenit, die rond 1970 in Amsterdam en Den Haag en daarna in andere steden tot stand kwamen, voerden politieke doelstellingen in hun vaandel, zoals solidariteit met de hulpvragers en de aanpak van de maatschappelijke oorzaken van hun problemen door middel van politieke actie.[135] Het bleek echter moeilijk om deze bevlogen idealen in de praktijk te brengen en al gauw voegden deze voorzieningen zich grotendeels naar het bestaande hulpverleningsaanbod, waarbij zij zich voornamelijk onderscheidden met liberale opvattingen over seksualiteit, abortus en drugsgebruik.

Kritische werkers in de geestelijke gezondheidszorg, van wie een groeiend aantal geen medische, maar een psychologische, sociologische of verpleegkundige opleiding had genoten, omhelsden het gedachtegoed van de tegenbeweging grotendeels. Daardoor had de antipsychiatrie in Nederland een minder polariserende uitwerking dan in andere landen. Foudraine's *Wie is van hout* (1971), waarin hij het ongenoegen over de gevestigde psychiatrie voor een breed publiek ver-

133 Bierenbroodspot 1971; Bierenbroodspot 1973; Bierenbroodspot 1974, 92-95.

134 Bierenbroodspot 1974, 88.

135 Tonkens 1999, 66-71.

woordde, vond niet alleen buiten, maar vooral ook binnen de geestelijke gezondheidszorg weerklank.[136] In Nederland manifesteerde de invloed van de kritische psychiatrie zich vooral in veranderingen binnen de geestelijke gezondheidszorg. In psychiatrische ziekenhuizen werden de bestaande hiërarchische gezagsverhoudingen doorbroken, kwam er meer aandacht voor de belevingswereld van patiënten en won het sociaal-psychologisch getinte therapeutisch elan terrein. Hierin werkte het ideaal van spontane zelfontplooiing duidelijk door: psycho- en sociotherapeutische behandelingen waren gericht op de ontdekking en bevrijding van het ware zelf, alsook op de bevordering van de individuele autonomie.[137] De kritische psychiatrie in Nederland richtte haar pijlen niet zozeer op de geestelijke gezondheidszorg als zodanig, als wel op het overwegend medische karakter van de psychiatrie en de vermeende ondemocratische verhoudingen in vooral het psychiatrisch ziekenhuis. Het ging om een betere psychiatrie, dat wil zeggen een gedemedicaliseerde en emancipatorische psychiatrie. Behalve het psycho- en sociotherapeutische behandelklimaat en een andere verpleegstijl in ziekenhuizen kwam de overwegend sociaal-psychologisch georiënteerde ambulante geestelijke gezondheidszorg daaraan tegemoet. De antipsychiatrische en de psychohygiënische beweging konden elkaar vinden in een gedeelde afkeer van de medische intramurale psychiatrie, die met haar individualiserende en organische ziektemodel de sociale invloeden op psychische stoornissen ten onrechte buiten beschouwing zou laten.[138]

Het overheidsbeleid

Via de kritische psychiatrie werkten maatschappelijke veranderingen door in de geestelijke gezondheidszorg. In toenemende mate kreeg deze in deze periode te maken met nog een andere beïnvloeding van buitenaf: de bemoeienis van de rijksoverheid. De groeiende maatschappelijke aandacht voor de geestelijke gezondheidszorg vanaf omstreeks 1970 was in eerste instantie weliswaar op misstanden gericht en kritisch ten aanzien van met name de inrichtingspsychiatrie, maar tegelijkertijd kregen politiek en overheid meer oog voor deze nog altijd vrij marginale sector in de gezondheidszorg en kwam er meer geld voor beschikbaar. Al sinds de negentiende eeuw had de rijksoverheid onder meer vanwege de juridische aspecten – de afweging van dwang en drang versus de bescherming van individuele vrijheidsrechten – bemoeienis met de krankzinnigenzorg in de vorm van wetgeving en overheidstoezicht. De financiering van de inrichtingsverpleging op basis van de armenzorg viel grotendeels onder de verantwoordelijkheid van gemeenten en provincies. De tussenkomst van de overheid in de ambulante sector beperkte zich voornamelijk tot toezicht en (aanvullende) subsidiëring,

136 Van 't Hof 1996, 14; Blok 1998e; Blok 2004.

137 Zie hierover verder 4.4, paragraaf 'Socio- en psychotherapeutisch optimisme'.

138 Hierover meer in hoofdstuk 4.5 Geestelijke volksgezondheid als welzijnsideologie.

waarbij de kwaliteitsvoorwaarden die zij stelde nauw aansloten bij de richtlijnen zoals die door het veld zelf – na de oorlog vooral de NFGV – waren ontwikkeld. Hoewel rijk, provincies en gemeenten dus al veel langer betrokken waren bij de intra- en extramurale geestelijke gezondheidszorg, was er tot de jaren zeventig nauwelijks sprake van directe overheidsbemoeienis met de organisatie, inhoud en uitvoering van de hulpverlening. Dat veranderde als gevolg van de invoering of uitbreiding van sociale wetgeving, waardoor de (geestelijke) gezondheidszorg vanaf het eind van de jaren zestig een sterke groei doormaakte en ingebed raakte in de verzorgingsstaat. In 1971 kreeg het beleidsterrein Volksgezondheid, dat tot dan toe was ondergebracht bij het Ministerie van Sociale Zaken, tezamen met Milieuhygiëne een eigen ministerie.[139] De toenemende beleidsintensiteit van dit ministerie op het terrein van de geestelijke gezondheidszorg kwam tot uiting in een lawine van nota's, brieven, rapporten en adviezen die in de jaren zeventig en tachtig verschenen.[140]

De jaren zestig en zeventig gaven een sterke stijging van de collectieve overheidsuitgaven te zien – in 1950 nog geen 30 procent en in 1970 bijna 45 procent van het bruto nationaal product – waarvan een steeds groter deel ten goede kwam aan sociale zekerheid, onderwijs, gezondheidszorg, volkshuisvesting en maatschappelijk werk. Vooral de bestedingen ten behoeve van de sociale zekerheid namen snel toe: terwijl in 1950 nog 10 procent van het bruto nationaal product hieraan opging, bedroeg het percentage in 1970 al bijna 20 en steeg het in de jaren zeventig tot omstreeks 30.[141] Vanaf de jaren zestig kreeg de gedachte dat de overheid verantwoordelijk was voor het welbevinden van haar burgers steeds meer aanhang, waarbij de ambities van de twee grootste politieke partijen, de KVP en de PvdA, nauwelijks voor elkaar onderdeden. Het beleid van het centrum-linkse kabinet onder leiding van J. den Uyl (1973-1977) was niet zozeer een breuk als wel een zekere radicalisering van de koers die al in de jaren zestig door confessioneel-liberale kabinetten was ingezet. De invoering van sociale wetgeving kreeg brede steun en verwierf voor zowel confessionelen als sociaal-democraten moreel aanzien als uitdrukking van 'menselijke solidariteit'.[142] Een en ander leidde ertoe dat zorginstellingen gingen delen in de welvaart en zich konden uitbreiden.

Met de Algemene Bijstandswet, die in 1965 de Armenwet verving, verplichtte de overheid zich om mensen die dat nodig hadden zodanig bij te staan dat zij in hun onderhoud konden voorzien. De Minister voor Maatschappelijk Werk, M. Klompé, verklaarde in de Tweede Kamer dat de wet een eind maakte aan de schamelheid en vernedering van de armenzorg, zodat de uitkeringsgerechtigde niet langer 'in een atmosfeer zou worden geplaatst, die in strijd zou zijn met zijn vrijheid en met de waardigheid van zijn menselijke persoon.'[143] Financiële bij-

139 Van der Grinten 1991; Schnabel 1991a; De Haan en Duyvendak 2002, 209-210.

140 Bijker (1994, 25) telt over deze periode zo'n vijftig beleidsdocumenten.

141 De Rooy 2002, 235; Pen 2001, 15.

142 De Rooy 2002, 236, 264; Van den Berg 2001, 39.

143 De Rooy 2002, 264.

stand, voortaan een recht in plaats van louter een gunst, was hiermee definitief losgemaakt van de (morele) bemoeienis van de kerkelijke en particuliere armenzorg. In 1974 koppelde de regering de hoogte van uitkeringen aan die van lonen, waardoor een toename van de welvaart automatisch ook ten goede kwam aan sociaal zwakkeren. Als gevolg van de invoering van de Algemene Bijstandswet verschoven de lasten van langer durende inrichtingszorg grotendeels van de gemeenten naar het rijk; 90 procent van de kosten kwamen voortaan voor rekening van de centrale overheid.[144] Al vanaf 1950 vergoedde het Ziekenfonds de eerste 42 opnamedagen in een psychiatrische inrichting.[145] Door een wijziging van het Verstrekkingsbesluit Ziekenfondswet werd deze periode in 1966 uitgebreid tot een jaar.[146]

Andere sociale wetten volgden, zoals de Wet op de Arbeidsongeschiktheidsverzekering, die in 1967 de oude Ongevallenwet verving vanuit het idee dat ook zieke, invalide en gehandicapte mensen ondanks hun lichamelijke gebreken volwaardig in de maatschappij moesten kunnen participeren. Tien jaar later werd deze wet voor loontrekkers uitgebreid tot alle burgers. Al in 1963 kregen sommige psychiatrische patiënten via een interim-wet op de arbeidsongeschiktheid sociale uitkeringen. Een belangrijke mijlpaal was de invoering in 1968 van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ), een deels door premieheffing bekostigde volksverzekering voor gezondheidsrisico's en chronische aandoeningen die niet of onvoldoende door andere ziektekostenverzekeringen waren gedekt. Net als de Ziekenfondswet was de AWBZ een raamwet: de regering stelde bij Algemene Maatregel van Bestuur vast welke voorzieningen voor vergoeding in aanmerking kwamen. Aanvankelijk ging het om verpleeghuizen, inrichtingen voor geestelijk en lichamelijk gehandicapten en, voor zover opnamen langer dan een jaar duurden, zowel algemene als psychiatrische ziekenhuizen en sanatoria.[147] Naar aanleiding van de indiening van het wetsontwerp in het parlement werd gewezen op de mogelijk aanzuigende werking van intramurale instellingen, waardoor het gevaar ontstond dat zij ten koste van de extramurale hulpverlening zouden groeien. De psychiater A. Querido, lid van de PvdA-fractie van de Eerste Kamer, vreesde dat de AWBZ de langdurige institutionalisering van geesteszieken zou bevorderen en dat sociaal-psychiatrische zorg werd ontmoedigd. De overweging dat de AWBZ de al bestaande kloof tussen de intra- en extramurale zorg kon vergroten en de laatste in financieel opzicht benadeelde, was voor hem reden om – als enige – tegen het wetsontwerp te stemmen.[148]

Hoewel de AWBZ soms inderdaad remmend werkte op de uitbouw van extramurale voorzieningen, bleek Querido's vrees dat de ambulante geestelijke gezondheidszorg structureel zou achterblijven, ongegrond.[149] Al in 1970 sprak

144 Bakker en Van der Velden 2004a, 61.
145 Zie 3.7, paragraaf 'Voor- en nazorg en sociale psychiatrie'; Verduyn 1955, 36.
146 Bijker 1994, 52; Bakker en Van der Velden 2004a, 61.
147 Bakker en Van der Velden 2004a, 62-63.
148 Querido 1968; Querido 1980, 348-352.
149 Klijn 2007a, 96-97.

Staatssecretaris R.J.H. Kruisinga van Volksgezondheid zich uit voor de financiering van de ambulante hulpverlening door middel van de AWBZ en de Centrale Raad voor de Volksgezondheid sloot zich hierbij aan.[150] In de loop van de jaren zeventig en tachtig kwamen steeds meer ambulante instellingen onder de AWBZ te vallen: de SPD vanaf 1971, het MOB vanaf 1975, het IMP vanaf 1980, het Bureau voor Levens- en Gezinsvragen (BLGV) vanaf 1981 en de poliklinieken, de psychiatrische deeltijdbehandelingen en de behandeling door vrijgevestigde psychiaters vanaf 1989. Ook beschermende woonvormen werden vanaf het midden van de jaren tachtig op deze manier bekostigd. Alleen de deels door het Ministerie van Justitie ondersteunde Consultatiebureaus voor Alcohol en Drugs (CAD), zoals de Consultatiebureaus voor Alcoholisme in 1970 gingen heten, bleven buiten deze financiering.[151] De AWBZ bezegelde de definitieve erkenning van zowel de inrichtingspsychiatrie als de ambulante psychosociale hulpverlening als onderdeel van de gezondheidszorg. Hiermee was de zorg voor geesteszieken en mensen met psychosociale problemen niet langer aangewezen op uiteenlopende financieringsbronnen, zoals losse, jaarlijks toegekende overheidssubsidies, de armenzorg, de bijstand of andere sociale wetten die hiervoor eigenlijk niet waren bedoeld. Er kwam een eenvormige, structurele en vergeleken met andere landen zelfs ruime financiering, waardoor de geestelijke gezondheidszorg kon groeien, deze in principe voor een ieder gelijkelijk bereikbaar en beschikbaar werd en de kwaliteit ervan steeds meer aandacht kreeg.[152]

Na het restrictieve beleid tijdens de wederopbouwperiode, toen de overheid vanwege de schaarste paal en perk stelde aan de uitbreiding van zorgvoorzieningen, liet zij tijdens de economische hausse in de jaren zestig de teugels vieren. Mede door de toenemende collectieve financiering en het ontbreken van gerichte planning en budgettering van de gezondheidszorg, trad een ongebreidelde groei van ziekenhuisvoorzieningen op en begonnen de kosten van de gezondheidszorg sneller te stijgen dan het bruto nationaal product.[153] Tussen het midden van de jaren vijftig en begin jaren zeventig stegen deze van ruim 3 naar 6,7 procent van het nationaal inkomen, om vervolgens in het midden van de jaren tachtig uit te komen op bijna 9 procent.[154] Tussen begin jaren vijftig en medio jaren zeventig verzesvoudigden de reële kosten van de psychiatrische ziekenhuizen en groeiden die van de ambulante voorzieningen met een factor twintig.[155] De snelle kostenstijging van de gezondheidszorg werd vanaf de jaren zestig voor een groot deel veroorzaakt door de verhoging van de lonen en de verbetering van de arbeidsvoorwaarden voor het personeel, en in de katholieke psychiatrische ziekenhuizen

150 Kruisinga 1970, 14-15, 17.
151 Romme 1970b; Romme 1978b, 288, 296, Ziekenfondsraad 1980 en Ziekenfondsraad 1981; Nationaal Centrum voor Geestelijke Volksgezondheid 1981, 14-20; Mol en Van Lieshout 1989, 30; Vos 1989; Vos en Hutschemaekers 1999, 182; Bakker en Van der Velden 2004a, 66.
152 Schnabel 1995, 102; vergelijk Schnabel 1998a.
153 Baakman 1987, 346-349; Rose en Steffens 1987, 32-34; Van der Werff 1983, 119-121; Schrijvers et al. 1983, 143.
154 Hendriks 1974, 7, 38; Rose en Steffens 1987, 50.
155 Bakker en Van der Velden 2004a, 64-65.

in het bijzonder door de vervanging van religieuzen door professionele hulpverleners. De noodzaak om de kosten te beheersen was een belangrijk motief van de regering om een actiever beleid op dit terrein te voeren. Voor de overheid was de collectieve financiering, vooral de AWBZ, de hefboom om de omvang en organisatie van het zorgaanbod gericht te beïnvloeden. Daarnaast zette de regering de vergroting van de toegankelijkheid en de inhoudelijke kwaliteit ervan op de beleidsagenda.[156]

In 1966 legden minister G.M.J. Veldkamp en staatssecretaris A.J.H. Bartels van Sociale Zaken en Volksgezondheid de eerste Volksgezondheidsnota aan de Tweede Kamer voor, die voornamelijk inventariserend van karakter was en nog weinig concrete beleidsvoornemens bevatte. Daarin benadrukten zij de noodzaak van een kwalitatief goede en breed toegankelijke gezondheidszorg, zowel voor lichamelijk als geestelijk zieken. Ook wezen zij op het belang van preventie en ambulante zorg- en revalidatievoorzieningen, vooral om de verblijfsduur van patiënten in psychiatrische ziekenhuizen te bekorten. Vier jaar later bood Kruisinga de eerste nota over de geestelijke gezondheidszorg aan de Tweede Kamer aan: *Nota betreffende de geestelijke gezondheidszorg*. Deze was grotendeels gebaseerd op een adviesrapport van de Centrale Raad voor de Volksgezondheid.[157] Weer vier jaar later, in 1974, presenteerde Staatssecretaris Hendriks een tweede *Nota geestelijke gezondheidszorg* en de *Structuurnota Gezondheidszorg*. Vooral de laatste was van grote betekenis voor het beleid dat op het terrein van de geestelijke gezondheidszorg werd ingezet.[158] In de nota's van Kruisinga en Hendriks, die blijk gaven van een groot vertrouwen in gerichte planning, stonden drie doelstellingen centraal: regionalisering, echelonnering en differentiatie. Om een einde te maken aan de historisch gegroeide, onevenwichtige geografische spreiding van zowel intra- als extramurale zorgvoorzieningen, zouden deze op regionale basis georganiseerd moeten worden. Hendriks achtte 'doelbewuste decentralisatie', onderlinge afstemming van de diverse voorzieningen en schaalverkleining van psychiatrische ziekenhuizen nodig ter realisering van een gelijkmatig over het land gespreid en samenhangend zorgaanbod.[159] Nieuwe psychiatrische ziekenhuizen dienden volgens Hendriks niet meer dan 250 tot 300 bedden te tellen.[160]

Echelonnering, een idee dat al in 1962 door Querido was geïntroduceerd, behelsde een trapsgewijze organisatie van de zorg op basis van de mate van specialisatie, de ernst van de te behandelen aandoeningen of de intensiteit van de behandeling of zorg.[161] Daarbij kregen huisartsen een belangrijke rol toegewezen. Zij dienden zorg te dragen voor de eerste opvang van patiënten met geestelijke

156 Van der Grinten 1995; Vos en Hutschemaekers 1999; Bakker en Van der Velden 2004a, 62-64; 73-74.
157 Kruisinga 1970; vergelijk Bijker 1994, 33-34.
158 Bijker 1994, 35-36; Hendriks 1974.
159 Hendriks 1974, 10. Per provincie varieerde het beddental van 1,5 per duizend inwoners in Overijssel tot 8,5 in Drenthe. Het gemiddelde van geheel Nederland lag op 2,9. Dewez en Giel 1973, 268.
160 Hendriks 1974, 52.
161 Van Lieshout en Stoelinga 1988, 248.

aandoeningen, hen zelf te behandelen of door te verwijzen naar de hogere echelons: de ambulante en intramurale geestelijke gezondheidszorg. Overigens was het idee van echelonnering in de nota's niet duidelijk uitgewerkt. Behalve de mate van specialisatie en zorgintensiteit noemde Kruisinga ook de aard van de hulpverlening (intake, observatie, verwijzing, curatieve behandeling, verpleging, revalidatie of resocialisatie), de plaats waar die werd aangeboden (extra-, semi- of intramuraal) en de omvang van de bevolkingsgroep waarvoor een voorziening was bedoeld, als mogelijke criteria voor dit organisatieprincipe. Hendriks relativeerde de betekenis van de echelonnering voor de geestelijke gezondheidszorg enigszins door erop te wijzen dat deze geen eigen eerste echelon kende, zoals de huisarts in de somatische geneeskunde. Kruisinga en Hendriks rekenden zowel de ambulante voorzieningen als de algemene psychiatrische ziekenhuizen tot het tweede echelon; onder het derde echelon vielen in hun redenering categorale instellingen voor speciale groepen als verslaafden en geestesgestoorde delinquenten.

Differentiatie had vooral betrekking op de organisatie van de intramurale psychiatrie en betekende een voortzetting van de koers die in feite al vanaf de jaren vijftig was ingezet.[162] Om het aantal opnamen en langdurig verblijvende patiënten in psychiatrische ziekenhuizen te beperken, zouden andere, meer gespecialiseerde instellingen hun taken deels moeten overnemen: Psychiatrische Afdelingen van Algemene Ziekenhuizen (PAAZ) voor acute patiënten en mensen met psychosomatische klachten; neuroseklinieken en vrijgevestigde zenuwartsen voor neurotische patiënten; psychiatrische dag- en nachtklinieken voor patiënten die met deeltijdbehandeling toekonden; therapeutische gezinsverpleging en 'tussenvoorzieningen' voor geesteszieken die geen intensieve behandeling, maar wel een beschermend verblijfmilieu nodig hadden; verzorgings- en verpleeghuizen voor psychisch gestoorde bejaarden; instellingen voor geestelijk gehandicapten; jeugdpsychiatrische klinieken, medische kindertehuizen en kleuterdagverblijven voor heel jonge patiënten.

Kruisinga en Hendriks gaven aan dat de kwaliteit van de inrichtingszorg moest verbeteren en dat daarvoor een uitbreiding van het personeelsbestand nodig was. Kruisinga achtte de bestaande norm van één verplegende op vier patiënten – ongeacht de opleiding van de verpleegkundige of de categorie patiënten – niet langer acceptabel en ook vond hij het onwenselijk dat eerste- en tweedejaarsleerlingen als voltijdse werkkrachten werden ingezet. Verpleegsters voor sociaal-psychiatrisch werk zouden niet meer dan 75 gevallen onder hun hoede moeten hebben.[163] Met name Hendriks bepleitte een grotere openheid van psychiatrische ziekenhuizen ten opzichte van de buitenwereld, meer aandacht voor de sociale rehabilitatie van ernstige geesteszieken en de uitbreiding van voorzie-

162 Zie 3.3, paragraaf 'Bouwen voor zwakzinnigen: expansie en verzelfstandiging'; 3.4, paragraaf 'De ontwikkeling van de inrichtingsbevolking'; 3.4, paragraaf 'De plaats en de toekomst van de psychiatrische inrichting'.

163 Kruisinga 1970, 93, 135 en 138. Onder invloed van de teruglopende economische groei als gevolg van de oliecrisis in 1973, moest Hendriks de verwachtingen die Kruisinga had gewekt, echter temperen.

ningen tussen ziekenhuis en maatschappij, zoals crisiscentra, dag- en nachtklinieken, sluisinternaten en hostels. Ook drong hij aan op een versterking van de ambulante hulpverlening. De verschillende instellingen en ook de vrijgevestigde psychiaters zouden zich moeten bundelen in Regionale Instellingen voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg (Riagg). Dit beleidsvoornemen werd twee jaar later verder uitgewerkt in de *Diskussienota Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg* (1976), ook wel Riagg-nota genoemd. Tot slot gaven Kruisinga en Hendriks aan dat er meer wetenschappelijk onderzoek geboden was om gericht beleid te kunnen voeren en dat de financiering van de zorg verder gestroomlijnd moest worden, onder meer door de AWBZ, die was ingevoerd ten behoeve van de financiering van langer durende zorg in inrichtingen voor geestelijk gehandicapten, verpleegtehuizen en psychiatrische ziekenhuizen, uit te breiden tot de semi- en extramurale voorzieningen.

Vooral Hendriks' nota, die een blauwdruk bood voor de organisatie en financiering van de gehele gezondheidszorg, gaf aan dat de regering door middel van wetgeving, in het bijzonder op het gebied van de bekostiging en nieuwbouw, haar greep op de gezondheidszorg wilde verstevigen. De verruimde financieringsmogelijkheden hadden de ongecontroleerde groei van vooral intramurale instellingen versterkt en deze dreigde tot een onbeheerste kostenstijging te leiden, temeer daar de AWBZ alle burgers die dat nodig hadden, met ingang van 1968 wettelijk recht gaf op zorg in dergelijke voorzieningen. In 1968 was op basis van de Wet Ziekenhuistarieven (1965) het Centraal Orgaan Ziekenhuistarieven, in 1962 opgezet door ziekenhuizen en ziekenfondsen om richtlijnen voor de tariefstelling op te stellen, belast met het toezicht op de prijsbepaling. Ook psychiatrische ziekenhuizen, inrichtingen voor gehandicapten en verpleeghuizen kwamen onder deze wet te vallen.[164] De in 1971 aangenomen Wet Ziekenhuis Voorzieningen en het krachtens deze wet opgerichte College voor Ziekenhuisvoorzieningen waren bedoeld om de ongebreidelde en ongecoördineerde groei van ziekenhuizen te beteugelen door nieuwbouw te onderwerpen aan een uitgebreid stelsel van regels en vergunningen, en het aantal bedden te normeren. Voor nieuwbouw en uitbreiding van ziekenhuizen was toestemming van overheidswege vereist. Het College voor Ziekenhuisvoorzieningen hanteerde strikte normen en richtlijnen voor de nieuw- en verbouw van ziekenhuizen en kon bouwstops en -plafonds opleggen. De oprichting van een nieuw ziekenhuis en ook de verbouwing van een bestaande instelling werden hierdoor ondernemingen met veel haken en ogen.[165]

Aanvankelijk was het de bedoeling dat de planning van ziekenhuizen centraal door de rijksoverheid zou plaatsvinden, maar in de loop van de jaren zeventig kwam de regering hierop terug en delegeerde zij deze taak aan de provincies, waarbij het rijk normen opstelde en hun plannen diende goed te keuren. De gewijzigde en in 1979 ingevoerde Wet Ziekenhuis Voorzieningen bezegelde deze de-

164 Heesters en Noordtzij 2001.

165 Baakman 1987; Elich, Vijverberg en Vroon 2001, 44-45; Mens 2003, 247.

centralisatie. Nederland werd ingedeeld in 25 – later 27 – gezondheidszorgregio's en er werden 5 ziekenhuiscategorieën onderscheiden, waaronder intramurale psychiatrische voorzieningen. De provinciale plannen moesten voldoen aan de door de regering vastgestelde plafonds met betrekking tot de gewenste omvang van het zorgaanbod. De begin jaren tachtig vastgelegde norm voor het psychiatrische beddenbestand bedroeg 1,7 per 1000 inwoners, waarbij de Algemene Psychiatrische Ziekenhuizen[166] 1,1 promille voor hun rekening namen en de PAAZ'en, de faciliteiten voor deeltijdbehandeling, de jeugdpsychiatrische instellingen en de verslavingszorg respectievelijk 0,1, 0,2, 0,07 en 0,07 promille kregen toegewezen. De overblijvende 0,16 promille werd gereserveerd voor nieuwe initiatieven op het terrein van de geestelijke gezondheidszorg.[167] Verder was voorgeschreven dat Algemene Psychiatrische Ziekenhuizen hun eigen verzorgingsgebieden bedienden. De regionalisering van de intramurale psychiatrie werd in 1985 vastgelegd in het 'Besluit verantwoordelijkheidsgebieden algemene psychiatrische ziekenhuizen'. Deze kregen hiermee de verplichting om patiënten die in een regio woonachtig waren, op te nemen of ervoor te zorgen dat ze elders plaats vonden.[168]

Tussen 1985 en 1990 kwamen de provinciale ontwerpplannen gereed en werden ze door de regering, al dan niet na bijstelling, gesanctioneerd. Ondanks de toegenomen overheidsbemoeienis was er geen sprake van centrale staatsplanning. Uit de wijze waarop de planning van intramurale psychiatrische voorzieningen in de praktijk ter hand werd genomen, blijkt dat het veld een grote mate aan zeggenschap behield. In de regel overlegden de provinciebesturen met zorginstellingen en delegeerden zij de planning op hun beurt naar de Provinciale Raden voor Volksgezondheid, waarin de gezondheidszorg sterk vertegenwoordigd was. De regering legde de provinciale plannen ter advisering voor aan het College voor Ziekenhuisvoorzieningen, waarin naast de rijksoverheid en de provinciale en gemeentelijke overheden en de zorgverzekeraars ook de zorgaanbieders zitting hadden. De psychiatrische ziekenhuizen konden dus op verschillende niveaus hun invloed – en hinderkracht – doen gelden.[169] Volgens de norm van 1,1 promille zou het totale beddenbestand van Algemene Psychiatrische Ziekenhuizen medio jaren tachtig hoogstens rond de 16.000 mogen tellen, maar op dat moment bedroeg het aantal nog altijd circa 23.000 en waren er volgens de regels dus 7000 te veel.[170]

166 De aanduiding Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis vond ingang in verband met de formulering van de erkenningsvoorwaarden van de AWBZ-financiering, zoals in het Besluit Normen en Algemene Voorwaarden voor Erkenning van Ziekenhuizen (1977).

167 De Wit 1991, 59; Augusteijn 2006, 23. Vergelijk Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1986, 105; Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1987, 9; Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1988a, 16, 24; Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1990, 53; Binneveld en Wolf 1985, 199.

168 Staatstoezicht op de Volksgezondheid 1982b, 36; Staatstoezicht op de Volksgezondheid 1984, 97.

169 Van der Werff 1983; Schrijvers et al. 1983; Baakman 1987; De Wit 1991, 53-90; Hogenstijn 2004, 131-132; Van der Reijden 1984, 82-85.

170 Van Lieshout 1985a, 865.

Dat er een kloof bleef bestaan tussen enerzijds de planningsidealen, die vooral in de eerste helft van de jaren zeventig hoogtij vierden, en anderzijds de weerbarstige praktijk, bleek ook uit de *Werdegang* van de in Hendriks' *Structuurnota* aangekondigde Wet Voorzieningen Gezondheidszorg. Deze wet was bedoeld om het totale aanbod aan gezondheidszorg, inclusief extra- en semimurale voorzieningen, te reguleren en daarbij ook plaats in te ruimen voor inspraak en overleg met alle betrokken partijen. De Tweede Kamer had dit wetsontwerp nog maar net aangenomen of het werd in 1983 al weer vervangen door de nog meer omvattende Wet Gezondheidszorg en Maatschappelijke Dienstverlening ten behoeve van integrale planning van de gezondheids- en welzijnszorg. Deze pogingen om de zorg centraal te sturen, liepen vast, onder andere vanwege het verzet van de zorgaanbieders tegen bemoeienis van bovenaf. In de loop van de jaren tachtig verschoof het accent in het overheidsbeleid van centrale sturing naar meer zelfregulering en in 1988 werd de laatste wet ingetrokken.[171] Een ander uitvloeisel van de *Structuurnota*, de in 1982 ingevoerde Wet Tarieven Gezondheidszorg, bedoeld om het tarief- en honoreringssysteem in de gezondheidszorg inzichtelijker te maken en te beheersen, kwam wel tot uitvoering. Het Centraal Orgaan Ziekenhuistarieven, dat was samengesteld uit afgevaardigden van de (geestelijke) gezondheidszorg, onafhankelijke deskundigen en financiers, maakte in 1982 plaats voor het Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg, een publiekrechtelijk orgaan dat bestond uit door de koepelorganisaties, ziekenfondsen, particuliere ziektekostenverzekeraars, werkgevers- en werknemersorganisaties voorgedragen en vervolgens door het ministerie benoemde onafhankelijke leden. Voor de besluitvorming over de tarieven door het Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg golden door de overheid vastgestelde richtlijnen. Hierdoor nam de directe invloed van het veld af en kreeg de overheid er meer greep op, ook omdat budgetfinanciering werd ingevoerd.[172]

Niet alleen voor de prijsbepaling, maar voor het gehele overheidsbeleid op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg gold dat dit tot stand kwam in samenspraak met tal van adviesorganen, toezichthoudende instanties, koepelorganisaties en beroepsverenigingen.[173] De overheid liet zich vooral leiden door het Centraal Orgaan Ziekenhuistarieven, het College voor Ziekenhuisvoorzieningen, de Nationale Ziekenhuisraad, de Nationale Raad voor de Volksgezondheid[174], de Gezondheidsraad en de Ziekenfondsraad. Dit op consensusvorming gerichte stelsel, waarin het maatschappelijk middenveld naar goed Nederlands

171 Van Lieshout en Stoelinga 1992, 619; Elich, Vijverberg en Vroon 2001, 48; Kwekkeboom 2001, 46. Voor de maatschappelijke dienstverlening, waaronder de ouderen- en gehandicaptenzorg kwam te vallen, werd in 1987 de Welzijnswet ingevoerd. Gemeenten kregen de verantwoordelijkheid voor de uitvoering van het welzijnsbeleid.

172 Heesters en Noordtzij 2001.

173 De Haan en Duyvendak 2002, 209-210.

174 In de Nationale Raad voor de Volksgezondheid bestond tussen 1984 en 1994 een aparte Kamer voor de geestelijke gezondheidszorg waarin alle (koepel)organisaties en patiëntenverenigingen waren vertegenwoordigd en waarin alle beleidsadviezen op dit terrein werden vastgesteld.

gebruik sterk vertegenwoordigd was, vertoonde sterk corporatistische trekken en droeg de sporen van het verleden. Toen de overheid zich meer met gezondheidszorg ging bemoeien, kon haar beleid niet anders dan voortbouwen op het bestaande, grotendeels op basis van particulier en verzuild initiatief georganiseerde zorgaanbod. Het welslagen van het herstructureringsstreven was in hoge mate afhankelijk van de medewerking van het veld.[175] De realisering van beleidsvoornemens was doorgaans een langdurig en moeizaam verlopend proces, omdat uiteenlopende belangen op één lijn moesten worden gebracht en de organisaties en instellingen van de geestelijke gezondheidszorg over de nodige hinderkracht en vertragingstactieken beschikten en deze ook gebruikten.[176] Daarbij konden de psychiatrische ziekenhuizen alleen al vanwege hun grotere omvang beter en langer weerstand bieden aan onwelgevallige staatsinterventie dan de veel kleinere en versplinterde ambulante voorzieningen.[177]

Mede onder druk van het Ministerie van Volksgezondheid en Milieu, de Centrale Raad voor de Volksgezondheid[178] en de verzekeringsorganen, in het bijzonder de Ziekenfondsraad, kwam in de jaren zeventig een ingrijpende reorganisatie van de ambulante sector op gang. Daarbij diende het in de jaren zestig in de Verenigde Staten opgezette extramurale *Community Mental Health Center* als voorbeeld voor de nagestreefde Regionale Instelling voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg (Riagg). De overheid achtte een herordening en integratie van de verschillende voorzieningen noodzakelijk, niet alleen om een optimale en breed toegankelijke hulpverlening voor de bevolking te garanderen, maar ook om de stijgende kosten te beheersen, dit temeer naarmate de economische crisis vanaf de jaren zeventig grenzen aan de groei stelde. De Riagg-vorming was mede bedoeld om een verschuiving teweeg te brengen van intramurale zorg naar ambulante hulpverlening. De Geneeskundige Hoofdinspecteurs van de Geestelijke Volksgezondheid in de jaren zeventig, P.A.H. Baan, J. van Londen en H.J.A. Verhagen, drongen voortdurend aan op de bundeling van de ambulante instellingen omdat zij deze wilden versterken als tegenwicht tegen de inrichtingspsychiatrie. Van belang was in dit verband dat de sociaal-psychiater Van Londen, die als voorzitter van de Gemengde Commissie Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg nauw betrokken was bij de discussies over de reorganisatie van het ambulante werkveld, vanaf 1978 directeur-generaal Volksgezondheid op het ministerie was en als zodanig veel invloed uitoefende op het overheidsbeleid.[179] De realisering van de Riagg in 1982, acht jaar na de *Structuurnota*, was echter ook te danken aan

175 Kwekkeboom 2001, 45-48; vergelijk Rose en Steffens 1987, 13.

176 Van der Werff 1983, 129; Commissie vermindering en vereenvoudiging van overheidsregelingen 1984; Schrijvers et al. 1983, 146-147; Baakman 1987; Van der Reijden 1984, 47; Bijker 1994, 33, 262; Bakker en Van der Velden 2004a, 73-74.

177 Rose en Steffens 1987, 128-138.

178 Centrale Raad voor de Volksgezondheid 1973.

179 Staatstoezicht op de Volksgezondheid 1976, 58; Staatstoezicht op de Volksgezondheid 1978, 32; Staatstoezicht op de Volksgezondheid 1979, 13; Staatstoezicht op de Volksgezondheid 1980, 84-85; vergelijk Festen et al. 1997, 57; Schrameijer 2005b, 81-82.

de medewerking en het voorwerk van de ambulante koepelorganisaties. Ook het veld was doordrongen van de noodzaak om tot een reorganisatie te komen, ook al was niet iedereen het eens over de manier waarop dat moest gebeuren en bestond er op de werkvloer veel weerstand tegen een fusie van de verschillende voorzieningen.[180]

Mede dankzij de verruiming van de collectieve financiering groeiden de ambulante instellingen vanaf de jaren zestig snel. Aanvankelijk werd vooral vanuit de sector zelf gewezen op het gebrek aan sturing en de noodzaak om tot een reorganisatie te komen. De koepelorganisaties, te weten het Katholiek Nationaal Bureau voor Geestelijke Gezondheidszorg, het Algemeen Centraal Bureau voor de Geestelijke Volksgezondheid en het Nationaal Protestants Centrum voor de Geestelijke Gezondheidszorg in Nederland, ontwikkelden de eerste plannen. Deze koepels fuseerden in 1972 samen met de NFGV en de Humanistische Stichting voor de Geestelijke Volksgezondheid in 1972 in het Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid (NcGv). In hetzelfde jaar verenigden de diverse, deels ook verzuilde landelijke centrales van de verschillende ambulante werksoorten zich in de Nederlandse Vereniging voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg (NVAGG).[181] Terwijl het NcGv zich vooral bezighield met bezinning, beleidsontwikkeling, advisering en sociaal-wetenschappelijk onderzoek, was de NVAGG als werkgevers- en belangenbehartigingsorganisatie gericht op de verdere uitbouw en professionalisering van de ambulante voorzieningen.[182] Beide organisaties onderschreven vanaf hun oprichting de noodzaak van een eenvormige organisatie en gelijkmatige regionale spreiding van de ambulante hulpverlening. Een herstructurering lag ook voor de hand omdat de christelijke identiteit van de katholieke en protestantse organisaties aan betekenis inboette. De professionele habitus verdrong de levensbeschouwelijke betrokkenheid van hulpverleners. Bovendien diende zich een nieuwe generatie aan, die godsdienst met afhankelijkheid en onmondigheid associeerde en levensbeschouwelijke profilering moeilijk verenigbaar achtte met professionaliteit. Terwijl allerlei alternatieve religieuze stromingen, zoals de Bhagwan-beweging, zich mede vanwege hun therapeutische dimensie in een grote populariteit konden verheugen, verdween met de pastorale medewerkers ook de christelijke bewogenheid in de jaren zeventig grotendeels uit de geestelijke gezondheidszorg. Het idee was dat de moderne psychosociale hulpverlening, in het bijzonder de psychotherapie, de kerkelijke ziel-

180 Over de uiteenlopende belangen en weerstanden van de ambulante voorzieningen meer in hoofdstuk 4.6, paragraaf 'Fluwelen en harde psychiatrie'.

181 Nederlandse Vereniging voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg 1971. Het ging om de Nederlandse Federatie van Medisch Opvoedkundige Bureaus, het Centrum Katholieke Medisch Opvoedkundige Bureaus, de Nederlandse Federatie van BLGV's, het Centrum Katholieke Huwelijksbureaus, de Nederlandse Vereniging van SPD'en, het Centrum Katholieke Psychiatrische Voor- en Nazorgdiensten, de Federatie van Instellingen voor de Zorg van Alcoholisten, het Centrum Katholieke Alcoholistenbureaus en het Directeurenoverleg van de IMP'en.

182 Nederlandse Vereniging voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg 1977.

zorg overbodig had gemaakt.[183] Deze ontwikkeling bleef overigens wel een veel besproken onderwerp op studiedagen.[184]

Naast de al veel langer bestaande intramurale psychiatrie en ambulante hulpverlening kreeg vanaf het eind van de jaren zeventig een derde sector van de geestelijke gezondheidszorg contouren: de semimurale wooninstellingen, die op grotere afstand van psychiatrische ziekenhuizen waren gevestigd dan de al langer bestaande sociowoningen op de ziekenhuisterreinen.[185] De nieuwe sector kwam voort uit de zogenaamde tussenvoorzieningen: allerlei opvang-, woon- en verblijfgelegenheden die zowel vanuit psychiatrische ziekenhuizen als op basis van losse particuliere initiatieven waren opgezet. Er waren twee soorten. Ten eerste voorzieningen als sluisinternaten, *halfway homes* en hostels, bedoeld voor uit het psychiatrisch ziekenhuis ontslagen patiënten teneinde de overgang naar de maatschappij te overbruggen en hun resocialisatie te bevorderen. Ten tweede sociale pensions, kosthuizen, gezinsvervangende tehuizen, rusthuizen, logementen en dergelijke voor mensen die zich niet zelf konden redden, onder wie naast verstandelijk gehandicapten, bejaarden, verslaafden en ex-gedetineerden ook chronische geesteszieken. Al deze instellingen waren in de loop van de jaren zestig en zeventig her en der op lokale en voornamelijk particuliere basis tot stand gekomen en ze vertoonden veel variatie. Als gevolg van de invoering van de Algemene Bijstandswet en de collectieve uitkeringen van gemeenten aan dergelijke voorzieningen groeide hun aantal. Rond 1980 waren er ongeveer 115 woon- en verblijfsvoorzieningen met in totaal meer dan 2100 plaatsen.[186] In 1978 verenigden de diverse organisaties op dit terrein zich in een koepelorganisatie: de Nederlandse Vereniging van Psychiatrische Tussenvoorzieningen, later omgedoopt tot de Nederlandse Vereniging voor Beschermende Woonvormen. Hoewel de financiering van de tussenvoorzieningen grotendeels plaatsvond op basis van de Algemene Bijstandswet, behoorden ze eigenlijk tot het beleidsterrein van het maatschappelijk werk. Eind jaren zeventig kreeg het Ministerie van Volksgezondheid en Milieu aandacht voor deze voorzieningen, waarbij de overweging dat ze een alternatief zouden kunnen vormen voor de verblijfsafdelingen van psychiatrische ziekenhuizen een belangrijke rol speelde.

Het overheidsbeleid leidde ertoe dat de tussenvoorzieningen in de eerste helft van de jaren tachtig onderdeel werden van de geestelijke gezondheidszorg, waardoor zij veranderden van brede sociale opvanginstellingen in beschermende

183 De Groot 1995a.

184 Bauduin 1983; Bauduin 1985; Bauduin 1991.

185 Zie over de ontwikkeling van en het beleid ten aanzien van de beschermende woonvormen: Haveman, Brook en Burger 1983; Pries 1985; Van Lieshout 1986; Henkelman en De Ruiter 1991, 60-75; Bijker 1994, 46; De Goei en Van der Hoorn 2006; Staatstoezicht op de Volksgezondheid 1976, 49-51; Staatstoezicht op de Volksgezondheid 1980, 90; Staatstoezicht op de Volksgezondheid 1982b, 13, 25, 68; Staatstoezicht op de Volksgezondheid 1983, 84, 86; Staatstoezicht op de Volksgezondheid 1984, 97; Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1985, 4, 88-91; Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1986, 6-7, 98-102.

186 Haveman, Brook en Burger 1983, 345.

woonvormen voor chronische patiënten.[187] In 1979 kwam vanuit de Ministeries van Volksgezondheid en Milieu en van Cultuur, Recreatie en Maatschappelijk Werk een Interdepartementale Werkgroep Beschermende Woonvormen tot stand die in 1981 een advies uitbracht. De werkgroep achtte het bevorderen van zelfstandig wonen de hoofdtaak van deze voorzieningen en bracht een onderscheid aan tussen sociaal-psychiatrische hostels voor patiënten die tijdelijke begeleiding nodig hadden en pensions voor chronische geesteszieken die aangewezen waren op permanente ondersteuning. De hostels zouden onder Volksgezondheid en de pensions onder Maatschappelijk Werk moeten vallen, en de financiering van beide diende op basis van de AWBZ plaats te vinden. De regering stemde met deze aanbevelingen in en ook de Ziekenfondsraad adviseerde in 1982 tot onderbrenging bij de AWBZ, onder voorwaarde dat dit budgetneutraal zou geschieden. Als gevolg van de noodzaak om op de collectieve uitgaven te bezuinigen besloot de nieuwe regering onder leiding van R. Lubbers echter om vooralsnog geen nieuwe voorzieningen onder de AWBZ te brengen. Wel werden de beschermende woonvormen vanaf 1983 – de beleidsterreinen Volksgezondheid en Welzijn waren een jaar eerder samen met dat van Cultuur in één ministerie verenigd – als onderdeel van de welzijnszorg gesubsidieerd op basis van een Tijdelijke Subsidieregeling Maatschappelijke Dienstverlening. In hetzelfde jaar verwierp een werkgroep onder voorzitterschap van de Geneeskundige Hoofdinspecteur voor de Geestelijke Volksgezondheid het onderscheid tussen hostels en pensions. Er dienden Regionale Instellingen voor Beschermende Woonvormen te komen, die al naar gelang de behoeften van patiënten verschillende vormen van begeleiding en ondersteuning boden, inclusief dagbesteding. De Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid formuleerde maatstaven voor deze instellingen: hun capaciteit zou tussen honderd en tweehonderd plaatsen moeten hebben, verdeeld over vier tot zeven locaties met wooneenheden voor maximaal acht patiënten. De Nationale Raad voor de Volksgezondheid pleitte in 1985 en 1986 voor een afbouw van de verblijfsafdelingen voor chronische geesteszieken in de psychiatrische ziekenhuizen en de onderbrenging van het merendeel van deze patiënten in sociowoningen en beschermende woonvormen.

Al eerder, in 1984, hadden de *Nieuwe Nota Geestelijke Volksgezondheid* van staatssecretaris J.P. van der Reijden en het *Definitieve regeringsstandpunt over beschermende woonvormen* de onderbrenging ervan in de geestelijke gezondheidszorg bezegeld.[188] In de *Nieuwe Nota* was te lezen dat ze moesten dienen als alternatief voor verblijfsafdelingen van psychiatrische ziekenhuizen. Het doel was om op deze manier in 1986 en 1987 in totaal 500 en daarna jaarlijks 500 bedden te 'substitueren'.[189] Zo koppelde de regering de geleidelijke uitbreiding van de capaciteit van de beschermende woonvormen aan de inkrimping van psychiatrische ziekenhuizen.

187 De Goei en Van der Hoorn 2006, 22-37, 48-49, 53-54, 63-77.

188 De Goei en Van der Hoorn 2006, 70-71.

189 Van der Reijden 1984, 75.

In 1985 kwamen de beschermende woonvormen wettelijk onder de ziekenhuisvoorzieningen en daarmee alsnog op basis van een voorlopige regeling onder de AWBZ te vallen. Patiënten kregen er alleen toegang toe op basis van indicatie door een psychiatrisch ziekenhuis of een Riagg. Vier jaar later volgde de erkenning als aparte sector van de geestelijke gezondheidszorg en de reguliere AWBZ-verstrekking.[190] De dagactiviteitencentra bleven buiten deze financieringsregelingen en kwamen mede daardoor maar moeilijk van de grond.[191] Medio jaren tachtig functioneerden ongeveer 120 organisaties voor beschermende woonvormen met tegen de 3000 plaatsen, die voor het merendeel een paviljoenachtig en nogal geïsoleerd karakter hadden en werden bezet door alleenstaande en oudere chronische patiënten. De nadruk lag op opvang en niet zozeer op het vergroten van hun zelfstandigheid of maatschappelijke integratie, doelstellingen die in de jaren negentig met de realisering van eengezinswoningen in woonbuurten aan betekenis zouden winnen. De Stichting Beschermende Woonvormen Utrecht was de eerste organisatie die, in 1986, officiële erkenning van de overheid aanvroeg als Regionale Instelling voor Beschermende Woonvormen.[192] De overheid en ook de kritische beweging hechtten groot belang aan deze voorzieningen als alternatief voor een langdurig verblijf in een psychiatrisch ziekenhuis, maar de uitbreiding ervan verliep vrij traag.[193] Deze was immers afhankelijk van de reductie van bedden en psychiatrische ziekenhuizen hadden er geen enkel belang bij om daaraan mee te werken. De bedden die voor substitutie in aanmerking kwamen, bevonden zich vooral op verblijfsafdelingen die zij relatief goedkoop exploiteerden en die geld opleverden om duurdere behandelafdelingen te bekostigen. Als de ziekenhuizen deze bedden inleverden, sneden zij in hun eigen vlees.[194] Wel waren er ziekenhuizen die met het geld dat ze voor de exploitatie van bedden kregen, zelf beschutte of beschermende woonvormen oprichtten, daarvoor eigen personeel inzetten en deze onder eigen beheer hielden.

Toen de Riagg-vorming haar beslag had gekregen, trachtte de overheid de samenwerking tussen en onderlinge afstemming van de intra-, semi- en extramurale geestelijke gezondheidszorg te stimuleren door middel van de oprich-

190 De Goei en Van der Hoorn 2006, 48-49, 53-54, 63-67; Van Zuthem 1994; Willemsen 2004, 155.

191 Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1985, 88-89; Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1986, 6-7; Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1987, 13, 29; Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1988a, 14; Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1989, 59.

192 Van Lieshout 1986, 10-11; De Goei en Van der Hoorn 2006, 37-46, 87-97, 103-110. Zie verder 5.4, paragraaf 'Het hulpverleningsaanbod'.

193 Staatstoezicht op Volksgezondheid 1982b, 13, 25; Staatstoezicht op de Volksgezondheid 1983, 84, 86; Staatstoezicht op de Volksgezondheid 1984, 97; Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1985, 90; Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1987, 13, 29; Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1988a, 13-14, 35-37; De Goei en Van der Hoorn 2006, 67-68.

194 Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1985, 93; Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1986, 106; Van Zuthem 1994, 4-5; Mens 2003, 255; Bakker en Van der Velden 2004a, 70.

ting van Regionale Instellingen voor Geestelijke Gezondheidszorg (RIGG). Hierbij ging het niet om een fusie van bestaande voorzieningen zoals bij de Riagg. In feite waren de RIGG's niet meer dan tamelijk vrijblijvende regionale overleg- en coördinatieplatforms. Het bleek moeilijk voor de overheid om samenwerking tussen de verschillende instellingen af te dwingen. Het was de bedoeling om de RIGG's uit te rusten met een regionaal budget, maar dat is nooit gerealiseerd.[195] In 1982 werd de Tijdelijke Stimuleringsregeling Regionale Instellingen Geestelijke Gezondheidszorg van kracht voor de financiering van een coördinator en diens administratieve ondersteuning.[196] In dat jaar bestonden er 65 samenwerkingsverbanden, waarbij psychiatrische ziekenhuizen en Riaggs een hoofdrol vervulden, maar die verder een grote mate aan variatie vertoonden.[197]

In de regel leidden de RIGG's een moeizaam bestaan. Er bestond geen blauwdruk voor de organisatie ervan en de daadwerkelijke samenwerking tussen de verschillende voorzieningen verliep vaak stroef. Mede vanwege de bezuinigingen die de overheid doorvoerde, overheerste de vrees dat samenwerking terrein- en capaciteitsverlies voor de eigen instelling tot gevolg zou hebben. Vooral psychiatrische ziekenhuizen, waarvan sommige moesten inkrimpen als gevolg van het regionaliseringsbeleid, gaven ongaarne taken over aan Riaggs. Deze toonden op hun beurt in de beginjaren van hun bestaan weinig bereidheid om patiënten met ernstige psychiatrische stoornissen in behandeling te nemen. Veel psychiatrische ziekenhuizen organiseerden zelf extramurale zorg in de vorm van poliklinieken en crisisopvangcentra. Hierdoor ontstond er eerder concurrentie dan samenwerking met Riaggs en andere ambulante voorzieningen als psychiatrische poliklinieken van algemene ziekenhuizen. Uiteenlopende belangen en oriëntaties, onderlinge wedijver en wantrouwen over en weer stonden een effectieve samenwerking tussen de diverse instellingen voor geestelijke gezondheidszorg vaak in de weg. De RIGG's bleven zwakke organisaties die de deelnemende instellingen tot weinig verplichtten. De Inspectie signaleerde medio jaren tachtig dat zij vaak niet veel meer waren dan vrijblijvende praatcolleges, die zich vooral bezighielden met organisatorische en procedurele beslommeringen, maar die nauwelijks betekenis hadden voor de hulpverleningspraktijk.[198]

In 1984 maakte Van der Reijden in zijn *Nieuwe Nota Geestelijke Volksgezondheid* de balans op van het tot dan toe gevoerde overheidsbeleid en zette hij nieuwe lijnen uit. Hij constateerde dat het ontbrak aan samenwerking tussen zowel de eerstelijnshulpverlening (huisartsen, eerstelijnspsycholoog en het maatschappelijk

195 Van de Graaf, Van Haaster en Vesseur 2001, 8.
196 Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1985, 77-78.
197 Van der Reijden 1984, 42-43.
198 Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1986, 88-90; Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1987, 31-32; Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1988a, 39; vergelijk Staatstoezicht op de Volksgezondheid 1981, 1; Staatstoezicht op de Volksgezondheid 1984, 81; Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1986, 5.
199 Van der Reijden 1984, 44, 81.

werk) en de geestelijke gezondheidszorg als de diverse intra- en extramurale voorzieningen. Een betere afstemming was niet alleen nodig om de hulpverlening effectiever te laten verlopen, maar vooral ook om het aantal psychiatrische opnamen en de duur ervan terug te dringen en de ziekenhuiszorg deels te vervangen door semimurale en ambulante faciliteiten. Naast de substitutie van bedden door beschermende woonvormen zou vooral een nauwere samenwerking tussen psychiatrische ziekenhuizen en Riaggs de extramuralisering van de geestelijke gezondheidszorg handen en voeten moeten geven. Van der Reijden lanceerde het idee voor een nieuwe voorziening waarin deze samenwerking gestalte moest krijgen: de Multifunctionele Eenheid, die bepaalde klinische en sociaal-psychiatrische functies onder één dak bracht. Ondanks de gesignaleerde tekortkomingen en de noodzaak om op de kosten van de geestelijke gezondheidszorg te besparen was de toon van zijn nota verder optimistisch, vooral door het maakbaarheidsoptimisme waarvan deze blijk gaf. Het totaalbeeld was volgens Van der Reijden 'hoopgevend' en door middel van een gericht overheidsbeleid – hij verwees hierbij naar de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg, die 'één planningskader' voor alle voorzieningen bood – kon de geestelijke gezondheidszorg verder verbeterd worden.[199] Met het streven naar een beter geïntegreerde hulpverlening, de overbrugging van de kloof tussen intra- en extramurale voorzieningen en extramuralisering markeerde de *Nieuwe Nota* een belangrijke koerswijziging in het beleid, maar het planningsidee dat eraan ten grondslag lag, kwam in de tweede helft van de jaren tachtig ter discussie te staan. Mede daardoor en door aanhoudende bezuinigingen zouden de voorgenomen vernieuwingen op hindernissen stuiten en trager verlopen dan was voorzien.

4.3 De metamorfose van het psychiatrisch ziekenhuis

Nieuwbouw en renovatie

In 1964 telde Nederland 38 psychiatrische inrichtingen ofwel ziekenhuizen.[200] In de periode 1965-1985 verdwenen er 2 instellingen, de inrichting te Medemblik (1967) en de Rijks Psychiatrische Inrichting te Grave (1970), en kwamen er 6 nieuwe algemene psychiatrische ziekenhuizen bij. De volgende instellingen werden tussen 1965 en 1985 in gebruik genomen, dat wil zeggen namen in de vermelde jaren de eerste patiënten op: St. Franciscushof te Raalte in 1965, Psycho-Medisch Streek-

200 Vergelijk 3.3, paragraaf 'Puinruimen, wederopbouw en uitbouw'. In 1963 werden van de 38 instellingen dertien als ziekenhuis, twee als kliniek, twee als gesticht en de rest als inrichting aangeduid. Zie Pieters, Snelders en Houwaart 2006, 17-18. In 1977 kwam de term inrichting nog maar bij drie van de 41 instellingen voor. De nog oudere benaming 'gasthuis' was nog bij twee instellingen in gebruik. De meeste werden als 'ziekenhuis' en 'kliniek' (zestien) of als 'centrum' (dertien) aangeduid. Zie College voor Ziekenhuisvoorzieningen 1979, inhoudsopgave.

centrum Vijverdal te Maastricht in 1972, Psychiatrisch Centrum De Welterhof te Heerlen in 1974, Psychiatrisch Ziekenhuis Zeeland te Goes in 1981, Psychiatrisch Ziekenhuis Jan Wier te Tilburg eveneens in 1981 en Twents Psychiatrisch Ziekenhuis Helmerzijde te Enschede in 1984.[201] De plannen voor en de officiële oprichting en soms ook erkenning van deze ziekenhuizen dateerden meestal van jaren eerder, want deze betekenden niet dat daarmee meteen met de bouw ervan kon worden begonnen.[202] Daarvoor was nadere toestemming vereist van het College voor Ziekenhuisvoorzieningen en het Ministerie, die met het oog op de normering van het beddental en de spreiding van de beddencapaciteit het laatste woord hadden over het aantal te financieren bedden van een nieuwe instelling. Soms was de toestemming voor nieuwe bedden afhankelijk van de afbouw van bedden in bestaande instellingen elders en kon de daadwerkelijke ingebruikneming van een nieuw ziekenhuis jaren op zich doen wachten. Aan de andere kant kwam het ook voor dat nieuwe instellingen hun deuren al hadden geopend en patiënten hadden opgenomen voordat de officiële opening een feit was of zelfs voordat de erkenning rond was. Zo plaatste Vijverdal het Ministerie voor een voldongen feit.[203]

St. Franciscushof, waarvoor de eerste plannen al uit de vroege jaren vijftig dateerden, was het laatste psychiatrische ziekenhuis dat op basis van oude, vertrouwde principes ontstond. Het bevond zich in een rustige omgeving op het platteland. In aansluiting op de verzuiling was het ziekenhuis bedoeld voor katholieke vrouwen in de noordelijke en oostelijke provincies. Het vormde een min of meer in zichzelf besloten, alomvattende en dorpsachtige leefgemeenschap, waar patiënten niet alleen werden verpleegd en behandeld, maar waar zij ook woonden, werkten en hun vrije tijd doorbrachten. Ten tijde van de officiële opening van het ziekenhuis in 1967 was het uitgangspunt van de verzuilde en naar sekse gescheiden zorg eigenlijk al achterhaald. Reeds in 1969 maakten de eerste mannelijke patiënten hun opwachting en niet lang daarna volgden niet-katholieke patiënten. In feite ging St. Franciscushof al gauw een regionale functie voor de steden Zwolle en Almelo en het tussenliggende gebied vervullen. Het aantal bedden nam tussen 1965 en 1980 toe van rond tweehonderd tot ruim vierhonderd.[204] Mannen en vrouwen werden vanaf 1977 tezamen verpleegd;

201 Bijlage 1b: Chronologisch overzicht psychiatrische inrichtingen in Nederland 1940-2000. De Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid maakt in haar jaarverslag over 1982 naast 43 Algemeen Psychiatrische Ziekenhuizen melding van 28 categorale psychiatrische ziekenhuizen, dat wil zeggen neuroseklinieken, instellingen voor verslavingszorg en forensisch-psychiatrische inrichtingen, en 26 kinder- en jeugdpsychiatrische instellingen. Staatstoezicht op de Volksgezondheid 1983, 1; vergelijk Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1986, 107; Staatstoezicht op de Volksgezondheid 1982a, 67; Staatstoezicht op de Volksgezondheid 1984, 107; Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1985, 95.

202 R. Wolf 1995, 5; De Boer 2004, 81.

203 Klijn 2005; Klijn 2007a, hoofdstukken 1 en 2.

204 Bijlage 1b: Chronologisch overzicht psychiatrische inrichtingen in Nederland 1940-2000; vergelijk Huiskes en Van der Kroef 2002, 20.

Zicht vanuit de personeelsflat op het hoofdgebouw van Psycho-Medisch Streekcentrum Vijverdal, Maastricht.

de rol van religieuzen in de verpleging was toen al uitgespeeld. De architectuur van St. Franciscushof weerspiegelde wél de veranderde visie op psychiatrische zorg. Kleinschaligheid en openheid – muren en hekken om het terrein van de buitenwereld af te schermen ontbraken – gaven de toon aan en het idee was dat het ziekenhuis in de eerste plaats een geneeskundige instelling moest zijn waarin patiënten relatief kort verbleven.[205]

De andere psychiatrische ziekenhuizen die in deze periode tot stand kwamen, braken met de vanaf het eind van de negentiende eeuw gegroeide traditie om zich op het platteland te vestigen en, vooral voor zover het om confessionele instellingen ging, om patiënten uit diverse landsdelen op te nemen. Alle bevonden zich in of aan de rand van grote of middelgrote steden en vervulden uitdrukkelijk een regionale functie, waarbij zij behalve intramurale zorg ook poliklinische hulpverlening, deeltijdbehandelingen in dag- en nachtklinieken en crisisinterventie boden. Net als in St. Franciscushof heerste er in deze nieuwe instellingen een curatief ethos. Opmerkelijk was in dit verband dat het nieuwe Maastrichtse Psycho-Medisch Streekcentrum Vijverdal, gebouwd om het oude stadsgesticht Calvariënberg te vervangen, voor een deel uit een hoge flat met drie vleugels bestond, waarin de behandelafdelingen waren ondergebracht. Mede geïnspireerd door Amerikaans ideeëngoed omtrent de functionele inrichting van ziekenhuizen, achtten de initiatiefnemers een hotelachtige architectuur op zijn plaats, omdat het de bedoeling was dat patiënten niet te lang in Vijverdal verbleven en zich er niet te zeer 'thuis' gingen voelen. Enigszins op gespannen voet met dit uitgangspunt stond het idee dat een psychiatrisch ziekenhuis als sociale leefgemeenschap moest lijken op de normale woonomgeving: steeds meer mensen woonden immers in flats.[206] Het aantal bedden van Vijverdal groeide van twee- tot driehonderd.[207] Naarmate het aantal langdurig opgenomen patiënten toenam – onder andere als gevolg van de overname in 1976 van talrijke chronische patiënten uit Venray in het kader van de regionalisering – bleek dat het gebouw niet aan de verwachtingen voldeed. In de jaren zeventig ontstond behoefte aan kleinschalige en gedeconcentreerde woonfaciliteiten, die meer privacy boden. De massale flat, die het personeel en de patiënten al gauw als vervreemdend ervoeren, bood hiervoor nauwelijks mogelijkheden, waardoor bedden leeg kwamen te staan. In architectonisch opzicht was Vijverdal een mislukking.[208] *De Gekkenkrant* noemde Vijverdal in 1978 'een tranendal' en de Werkgroep Dag van de Psychiatrie vergeleek het ziekenhuis in zijn *Gekkenhuizen: Gids voor zenuwlijders en zinlozen* (1981) met het nieuwe Huis van Bewaring in Maastricht.[209] De geneeskundige inspecteur voor de Geestelijke

205 Huiskes en Van der Kroef 2002, 29-30; Mens 2003, 189-193.
206 Klijn 2005, 119-120; Klijn 2007a; Mens 2003, 195-197.
207 Bijlage 1b: Chronologisch overzicht psychiatrische inrichtingen in Nederland 1940-2000.
208 Werkgroep Dag van de Psychiatrie 1981, 80-81; Klijn 2005 en Klijn 2007a, hoofdstuk 4.
209 Werkgroep Dag van de Psychiatrie 1981, 80-81.

Vervangende nieuwbouw Provinciaal Ziekenhuis nabij Santpoort ('West-Friesland'), 1977-1980.

Volksgezondheid stelde in 1992 vast dat de materiële omstandigheden van de Vijverdal-patiënten, vooral de chronische lijders, 'ronduit desolaat' waren.[210]

Een jaar na de officiële opening van Vijverdal (1973) werd in Zuid-Limburg een tweede psychiatrisch ziekenhuis in gebruik genomen, het Psychiatrisch Centrum De Welterhof te Heerlen. Dit was bedoeld voor patiënten uit de mijnstreek, die voordien overwegend in de Venrayse inrichtingen St. Servatius en St. Anna terechtkwamen. Hoewel de kleinschaligheid van St. Franciscushof als voorbeeld gold, ademde De Welterhof met 350 reguliere bedden en ruim 70 bedden voor deeltijdbehandeling niet de sfeer van een dorp.[211] De architectuur was evenals die van Vijverdal functionalistisch met aparte gebouwen, deels flats, voor verblijf en behandeling. De Welterhof profileerde zich met een ruim semi- en extramuraal behandelaanbod. Een zesde deel van de bedden was bestemd voor deeltijdbehandeling. Daarnaast beschikte het ziekenhuis over een grote polikliniek, een acute hulppost en een crisisinterventiecentrum. Dergelijke faciliteiten moesten bijdragen aan het terugdringen van het aantal (langdurige) opnamen. Meer in het algemeen voerde De Welterhof vernieuwing hoog in het vaandel en trok deze instelling daardoor veel jonge, progressieve werknemers aan, vooral sociale en gedragswetenschappers. De multidisciplinaire werkwijze veronderstelde een grote mate van gelijkheid tussen de verschillende beroepsgroepen die bij de behandeling van patiënten waren betrokken, waaronder ook verpleegkundigen, die een sociotherapeutische taak kregen toegewezen. De Agogische Dienst verzorgde trainingen voor het (verplegend) personeel om dit te scholen in therapeutische vaardigheden.

Het leefklimaat en het behandelrepertoire in De Welterhof ademden sterk de sfeer van de vrijgevochten jaren zeventig. Zo werden patiënten in kleine leefgroepen ingedeeld op basis van het idee dat intensieve sociale interactie en de daaruit voortvloeiende groepsdynamiek heilzaam werkten. In 1978 kwam de psychiater P. van den Hout, die bekendheid genoot vanwege zijn antipsychiatrische sympathieën, in De Welterhof werken. Volgens hem vormde geestesziekte een symptoom van een levenscrisis, die een leerzame ervaring kon vormen. Patiënten moesten zich bewust worden van hun innerlijke weerstanden en deze doorbreken. Confronterende groepstherapie was het aangewezen middel om patiënten aan hun problemen te laten werken en hun onderdrukte gevoelsleven naar boven te halen. De therapeutische sessies onder leiding van Van den Hout verliepen vaak stormachtig en riepen heftige emoties op bij de deelnemers. Dat was ook de bedoeling: om te genezen was het noodzakelijk dat mensen hun 'maskers' lieten vallen en hun 'ware ik' toonden.[212]

De Zeeuwse bevolking had nooit beschikt over een eigen psychiatrische inrichting. Zeeuwse geesteszieken kwamen sinds het begin van de twintigste eeuw

210 Werkgroep Dag van de Psychiatrie 1981, 80-81; Klijn 2005 en Klijn 2007a, 145.

211 Bijlage 1b: Chronologisch overzicht psychiatrische inrichtingen in Nederland 1940-2000; Blok s.a.a [1999], 35, 37.

212 Blok s.a.a [1999]; Blok s.a.b [1999]; Mens 2003, 227.

overwegend in Vrederust bij Bergen op Zoom terecht. Eind jaren zestig ontstonden plannen om een psychiatrisch ziekenhuis in Zeeland op te zetten. Het principe van regionalisering rechtvaardigde dit streven. Er ontstond veel gesteggel met Vrederust, dat bedden moest afstaan, en met psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen en vrijgevestigde psychiaters in Zeeland, die concurrentie vreesden. Desalniettemin kwam begin jaren tachtig – de eerste patiënten werden in 1981 opgenomen en twee jaar later volgde de officiële opening – het Psychiatrisch Ziekenhuis Zeeland in Goes met 200 bedden gereed. Het bevond zich aan de rand van de stad, maar de bouw was geënt op het idee van een dorp, met veel kleinschalige laagbouw in het groen. In de loop van de jaren tachtig vond een uitbreiding naar ruim 240 bedden plaats.[213]

In hetzelfde jaar waarin het nieuwe Zeeuwse ziekenhuis in gebruik werd genomen, liet het Psychiatrisch Ziekenhuis Jan Wier in Tilburg na een aanloop vanaf het begin van de jaren zeventig zijn eerste patiënten toe, aanvankelijk in de bestaande bebouwing van het voormalige plaatselijke Elisabeth Ziekenhuis. De nieuwbouw – overwegend kleinschalige laagbouw, hoewel eerder hoogbouw was voorzien – kwam in 1994 gereed. Jan Wier, dat bij de opening plaats bood aan bijna 200 patiënten en eind jaren tachtig ruim 280 bedden telde, nam een deel van de functie van Voorburg te Vught over. Net als De Welterhof bood de nieuwe Tilburgse instelling naast intramurale ook semimurale, poliklinische en acute zorg. In tegenstelling tot De Welterhof was de deels sociaal-psychiatrische oriëntatie eerder door strategische dan principiële overwegingen ingegeven. De eerste directeur, de psychiater J. van Baar, koos niet voor een medisch of sociaal-psychiatrisch profiel, maar hield beide opties open en benadrukte nu eens de ene, dan weer de andere, afhankelijk van de gesprekspartners die van het bestaansrecht van het nieuwe ziekenhuis moesten worden overtuigd: psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen, ambulante voorzieningen, de kritische beweging, die om ideologische redenen tegen het nieuwe ziekenhuis was, en de nabije psychiatrische ziekenhuizen Voorburg en de Rijks Psychiatrische Inrichting te Eindhoven, die beide veel chronische patiënten huisvestten.[214]

Het Twents Psychiatrisch Ziekenhuis Helmerzijde in Enschede opende zijn deuren in 1984 en bood toen plaats aan ongeveer 50 patiënten, een aantal dat medio jaren negentig was toegenomen tot ruim 360.[215] Het streven was om het ziekenhuis het aanzien van een woonwijk te geven en in de stad te integreren. Toen dat laatste niet haalbaar bleek, werd geprobeerd de maatschappij naar binnen te trekken door de bewoners van de aanpalende wijk gebruik te laten maken van voorzieningen op het terrein van het ziekenhuis.[216]

213 Bijlage 1b: Chronologisch overzicht psychiatrische inrichtingen in Nederland 1940–2000; Kool-Blokland s.a. [1999], 191–242; Mens 2003, 304.

214 Willemsen 2004, 43–127; Mens 2003, 251, 255.

215 Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1985, 26; bijlage 1b: Chronologisch overzicht psychiatrische inrichtingen in Nederland 1940–2000.

216 Mens 2003, 261, 263.

De bestaande psychiatrische ziekenhuizen, die voor het grootste deel uit het eind van de negentiende eeuw en de eerste decennia van de twintigste eeuw stamden, zetten de al in de jaren vijftig op gang gekomen renovatie en nieuwbouw voort. Dankzij de ruimere financiële middelen ontstonden hiervoor meer mogelijkheden. Nieuwbouw vond meestal vrij willekeurig plaats op de bestaande terreinen, tussen de oudere, vaak monumentale bebouwing. Besturen en ontwerpers hielden doorgaans weinig rekening met de oorspronkelijke architectonische en landschappelijke structuur. Voor allure, traditie en cultureel erfgoed bestond in de jaren zestig en zeventig weinig waardering. De historische gebouwen golden in hoge mate als symbolen van de oude autoritaire en massale psychiatrie, en vele vielen ten prooi aan de slopershamer. Het contrast tussen de oude, relatief grote panden en de kleinschalige en gevarieerde nieuwbouw was groot en weerspiegelde het veranderde denken over psychiatrische zorg. Representatieve, uniforme en massale architectuur zou tot vervreemding en onderdrukking van de individuele persoonlijkheid leiden. Psychiatrische ziekenhuizen dienden een tegenwicht te vormen tegen de harde en anonieme urbane maatschappij. Zij moesten tegemoetkomen aan de menselijke maat, aansluiten bij alledaagse woonvormen, geborgenheid bieden, maar ook open zijn ten opzichte van de buitenwereld en sociale contacten bevorderen. Het uit de jaren veertig en vijftig stammende ideaal van de wijk als overzichtelijke dorpsgemeenschap met tal van ontmoetingspunten werkte hier door en kreeg uitdrukking in de gemeenschapscentra, ontmoetingsplekken of sociale ruimten die in veel psychiatrische ziekenhuizen verrezen. Verblijfsfaciliteiten zouden zo veel mogelijk op de normale woonsituatie moeten lijken.[217] De Willem Arntsz Hoeve in Den Dolder ontwikkelde samen met de architect F. van Klingeren plannen om door middel van 'verdunning' het psychiatrisch ziekenhuis in de maatschappij te integreren. Door op het inrichtingsterrein ook huizen en openbare voorzieningen als scholen voor algemeen gebruik te bouwen zou de samenleving naar binnen en zouden patiënten uit hun isolement worden gehaald. Tot uitvoering van dit idee kwam het echter niet.[218]

Een belangrijk neveneffect van de AWBZ was dat de overheid kwaliteitseisen aan zorg- en behandelfaciliteiten kon stellen, want alleen verblijf in erkende instellingen kwam voor vergoeding in aanmerking.[219] Naar aanleiding van Kamervragen bij de behandeling van het ontwerp tot wijziging van de Wet Ziekenhuis Voorzieningen stelde een ambtelijke werkgroep van het Ministerie van Volksgezondheid en Milieu, de zogenaamde Projectgroep Huisvesting Psychiatrie, in 1977 een onderzoek in naar de bouwkundige staat van de grote psychiatrische inrichtingen. Hieruit kwam naar voren dat de huisvesting van veel psychiatrische ziekenhuizen niet meer aan de eigentijdse normen voldeed. Het ging om

217 Mens 2003, 173–175; 217–235; De Boer 1985; vergelijk Hogenstijn 1987, 121; Hogenstijn 2004, 112.

218 Dankers en Van der Linden 1996, 76–77; Tonkens 1999, 109–110, 167–168; Mens 2003, 236–241.

219 Bakker en Van der Velden 2004a, 64.

Endegeest, Oegstgeest, medio jaren tachtig.

minstens de helft van het psychiatrisch beddenbestand in Nederland. In Santpoort, de instelling die zo vaak voorop had gelopen met vernieuwingen in de inrichtingspsychiatrie, was maar liefst driekwart van de accommodatie verouderd. De gebouwen van de Leidse instelling Endegeest bleken er nog slechter aan toe te zijn.[220]

Het College voor Ziekenhuisvoorzieningen kwam in 1979 met een tweede, gedetailleerdere inventarisatie van de huisvesting van 41 psychiatrische ziekenhuizen. Daarin kwam naar voren dat veel gebouwen zowel bouwtechnisch als functioneel ernstig tekortschoten. Niet alleen hun ouderdom vormde een probleem, maar vooral ook het feit dat ze niet geschikt waren om de gewijzigde opvattingen omtrent het woon- en leefklimaat – minder grote groepen en meer ruimte voor de privacy van de patiënten – door te voeren.[221] De onderzoeken deden de regering besluiten tot de Actie Huisvesting Psychiatrie. De plannen daarvoor werden gepresenteerd in de *Notitie betreffende het Psychiatriebeleid* (1978) en de *Nota Geestelijke Volksgezondheid* (1980). Met de Actie Huisvesting Psychiatrie wilde de overheid in twee fasen zowel de accommodatie als de geografische spreiding van psychiatrische ziekenhuizen verbeteren. Het ging om in totaal 12.000 bedden. In de eerste fase, die in 1982 nagenoeg was voltooid, stond de urgent geachte renovatie van 6000 bedden op bestaande locaties centraal. In een tweede fase was nieuwbouw van een aantal kleinschalige ziekenhuizen met in totaal ongeveer 6000 bedden voorzien, teneinde het intramurale zorgaanbod gelijkmatiger over het land te verdelen.[222]

Mede onder invloed van de radicalisering van de kritische psychiatrische beweging stuitten deze plannen voor nieuwe psychiatrische ziekenhuizen, die overigens vanwege geldgebrek en bureaucratische procedures vaak vertraging opliepen, op verzet. Aanvankelijk was haar streven vooral gericht op veranderingen binnen psychiatrische ziekenhuizen, maar aan het eind van de jaren zeventig opteerde een deel ervan voor een andere koers.[223] Mede door protesten van de kritische patiëntenbeweging tegen isolatie en dwangbehandeling van geesteszieken en de veelbekeken Amerikaanse film *One flew over the cuckoo's nest* (1975), kwam het psychiatrisch ziekenhuis in een kwade reuk te staan. Ook ontstonden rond 1980 in diverse steden Wegloophuizen voor patiënten die psychiatrische ziekenhuizen waren ontvlucht.[224] Verder trok de vergaande deïnstitutionalisering, de overbrenging van psychiatrische patiënten van inrichtingen naar woon- en zorgvoorzieningen in de maatschappij, die vanaf 1978 in Italië werd doorgevoerd, veel aandacht, niet alleen van de kritische beweging, maar ook van de media.

220 Vijselaar 1997d, 218; Blok 1998c, 230.

221 College voor Ziekenhuisvoorzieningen 1979. Over de bouwkundige staat van psychiatrische ziekenhuizen, vooral het gebrek aan privacy en de gebrekkige sanitaire voorzieningen, zie ook Schudel 1976, 77-85, 141-148; Werkgroep Dag van de Psychiatrie 1981, 8, 14-15, 18-19, 24-25, 30, 36, 42, 44, 56-57, 64-65, 70, 76.

222 Staatstoezicht op de Volksgezondheid 1982a, 33; Bijker 1994, 36-37; De Wit 1991, 57-58; De Wit 1993, 52.

223 Blok 2004, 190-192.

224 In 1983 waren er acht. Blok 2004, 194.

Interieurfoto van Meerenberg II van het Provinciaal Ziekenhuis nabij Santpoort in de jaren zeventig.

In de jaren zestig was in enkele door linkse politieke partijen bestuurde Noord-Italiaanse steden een begin gemaakt met de vernieuwing van de psychiatrie. Vooral het streven in Gorizia en Triëst om opgenomen psychiatrische patiënten te laten terugkeren in de maatschappij en hen daar met extramurale hulpverlening in woonwijken bij te staan, trok veel aandacht. Dergelijke experimenten waren geïnspireerd door de *Psichiatria Democratica*, die een groep links georiënteerde psychiaters, maatschappelijk werkers en sociologen onder leiding van de psychiater F. Basaglia had ontwikkeld. Zij keerden zich tegen de medische inrichtingspsychiatrie en pleitten voor een in de samenleving geïntegreerde zorg voor geesteszieken en een vergroting van hun zelfredzaamheid. Juist de achterstand van de Italiaanse inrichtingspsychiatrie droeg ertoe bij dat eind jaren zeventig op nationaal niveau een radicale koers werd ingeslagen. Om te voorkomen dat de psychiatrie onder druk van activistische groeperingen onderwerp van een referendum zou worden, loodste de Italiaanse regering in 1978 een wet door het parlement die verstrekkende bepalingen bevatte. De wet verbood de bouw van nieuwe inrichtingen, de opname van nieuwe patiënten in openbare inrichtingen en met ingang van 1981 eveneens heropnamen. De klinische zorg diende plaats te vinden in psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen met maximaal vijftien bedden en er moesten multidisciplinair samengestelde extramurale voorzieningen komen met een breed takenpakket – niet alleen medische behandeling, maar ook sociale begeleiding, steun, counseling en publieksvoorlichting.[225]

Eind jaren zeventig verschenen er interviews met de toonaangevende Italiaanse democratische psychiaters Basaglia en A. Pirella in de Nederlandse media alsook Nederlandse vertalingen van hun geschriften. Adepten van de kritische psychiatrie reisden naar Italië om de resultaten van de democratische psychiatrie in ogenschouw te nemen. Ze droegen hun bevindingen uit in publicaties en op congressen, die in 1979 en 1981 te Utrecht en Amsterdam onder grote belangstelling plaatsvonden. Daarbij hadden de deelnemers meer oog voor de min of meer geslaagde hervormingen in enkele Noord-Italiaanse steden dan voor het gebrek aan alternatieve semi- en extramurale voorzieningen in de rest van het land, de overbelasting van familieleden van patiënten, de verwaarlozing van geesteszieken die niettegenstaande de deïnstitutionalisering in inrichtingen achterbleven, en het veelvuldig toepassen van dwang en psychofarmaca.[226] Voor de Nederlandse bezoekers staken de Italiaanse vernieuwingen in enkele opzichten positief af tegen de Nederlandse geestelijke gezondheidszorg. Niet alleen de deïnstitutionalisering op zichzelf, maar ook de flexibele en pragmatische inslag van de alternatieve sociaal-psychiatrische hulpverlening wekte hun sympathie. Het weinig gestructureerde en improvisatorische karakter en het idealisme van de Italiaanse hulp-

225 Ramon 1985; Van de Klippe 1982; Van de Klippe 1989; Guarnieri 1991; Van der Kamp et al. 1989.

226 Over de invloed van de ontwikkelingen in Italië in Nederland en ook de verschillen tussen Italië en Nederland zie Van de Klippe 1982; Van der Kamp et al. 1989; Beijers, Henkes en Klein Ikkink 1992.

verleners vormde in hun ogen een groot contrast met het overgeorganiseerde en gedifferentieerde Nederlandse zorgstelsel, waarin hecht verankerde institutionele en professionele belangen een grondige vernieuwing ervan in de weg stonden.[227]

De roep om sluiting van psychiatrische ziekenhuizen en de vervanging ervan door alternatieve, kleinschalige behandel- en woonfaciliteiten klonk steeds luider in Nederland.[228] De patiëntenbeweging en het orgaan van de kritische psychiatrie, *De Gekkenkrant*, stelden in 1981 dat de psychiatrische inrichting rijp was voor afbraak.[229] Dezelfde teneur was te beluisteren in de bijdragen van Trimbos aan het symposium 'Heden is verleden, alternatieven voor de psychiatrische inrichting' dat in hetzelfde jaar plaatsvond en aan een studiedag van het NcGv in het jaar daarop over de nieuwbouwplannen voor psychiatrische ziekenhuizen.[230] Al eerder had hij met zijn boek *Antipsychiatrie: een overzicht* (1975) instemming betoond met het gedachtegoed van de kritische psychiatrie. Trimbos' geestverwant Romme, hoogleraar sociale psychiatrie in Maastricht, had in een kritische beschouwing over het grote aantal chronische patiënten en het gebrek aan doorstroming in inrichtingen al in 1970 betoogd dat deze massale en geïsoleerde instellingen, die bovendien geen enkele publieke verantwoording aflegden over hun beleid, maar beter konden verdwijnen. 'Tenslotte moge ik de wens uitspreken', zo schreef hij, 'dat deze generatie het nog zal beleven dat de psychiatrische inrichtingen hetzelfde lot beschoren zal zijn als de sanatoria voor de tuberculose en dat de rekreatie er wel bij moge varen.'[231] Als adviseur van het Ministerie van Volksgezondheid en Milieu en van de Ziekenfondsraad, alsmede als voorzitter van de NVAGG was Romme verder nauw betrokken bij de totstandkoming van de Riagg.

Op de studiedag van het NcGv nam Trimbos samen met Romme, de socioloog en latere directeur van Pandora E.G.T. van der Poel en de voorman van de patiëntenbeweging Van der Wilk het initiatief tot de Actie Moratorium Nieuwbouw Algemene Psychiatrische Ziekenhuizen. Zij bepleitten een voorlopige stopzetting van de nieuwbouw en renovatie van psychiatrische ziekenhuizen, en een fundamentele bezinning op het psychiatriebeleid. In plaats van een verbetering van het bestaande beddenbestand zou de regering meer werk moeten maken van de vervanging van bedden door alternatieve, semimurale en ambulante woon- en behandelvormen. De actievoerders bedienden zich van antipsychiatrische retoriek. In het adres dat zij in 1982 aan de Tweede Kamer richtten, was te lezen dat psychiatrische ziekenhuizen waren gebaseerd op 'achterhaalde opvattingen over de benadering van psychisch gestoorde mensen' en dat zij 'overbodig, onnuttig, ja schadelijk [...] voor de bewoners' waren. In een toelichting op hun actie kwalificeerden zij de psychiatrie als instrument om afwijkend gedrag onschadelijk te maken. De psychiatrische inrichting was vanouds een interneringsinstelling ter beveili-

227 Plass en Zeelen 1989; Van Weeghel 1989; Van der Laan, Wolf en Zeelen 1989; Norcio 1989; Droës 1990; vergelijk Rose en Steffens 1987.

228 Blok 2004, 192-194.

229 Patiëntencongres 1981, 547; Werkgroep Dag van de Psychiatrie 1981, inleiding.

230 Henkelman en De Ruiter 1991, 33-35; Blok 1997d, 243.

231 Romme 1970a, 157.

ging van de maatschappij; 'repressie, onvrijheid en dwang' alsook 'medicalisering' gaven daarin de toon aan en veel patiënten zouden 'gehospitaliseerd' raken.[232]

De moratoriumactie richtte zich voornamelijk op het parlement – de initiatiefnemers boden een petitie met handtekeningen aan de Tweede Kamer aan – maar als gevolg van de grote media-aandacht, het publieke debat waartoe de actie aanleiding gaf en de steun vanuit de kritische beweging vond zij ook weerklank in de samenleving en kreeg het initiatief steun van de publieke opinie. Ook internationaal had de actie de wind in de rug: in 1979 had de World Health Organization zich in afkeurende zin uitgelaten over plannen in sommige landen om nieuwe psychiatrische ziekenhuizen te bouwen. Overigens lieten ook tegenstanders van de actie van zich horen. Vooral onder psychiaters die in psychiatrische ziekenhuizen werkzaam waren, bestond de vrees dat het tot uit- of zelfs afstel zou komen van de in hun ogen noodzakelijke renovaties en nieuwbouw. Zij kregen bijval van de Nationale Ziekenhuisraad, de NVP en de Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid.[233] Gestimuleerd door het openbare debat nam de Tweede Kamer in 1983 een door het VVD-parlementslid E. Terpstra ingediende motie aan die de regering opriep tot een heroverweging van de nieuwbouwplannen.[234] Staatssecretaris Van der Reijden zegde toe dat hij de motie zou uitvoeren en presenteerde nog in hetzelfde jaar de *Heroverwegingsmaatregel bouwbeleid*.[235]

Het regeringsbeleid werd inderdaad aangepast, maar niet in de zin zoals de actievoerders hadden bedoeld. Zij stuurden met hun initiatief aan op drastische deïnstitutionalisering, zoals die behalve in Italië ook in de Verenigde Staten en Groot-Brittannië gestalte kreeg. Volgens hen zou Nederland op de langere termijn kunnen volstaan met circa tweeduizend bedden in Algemeen Psychiatrische Ziekenhuizen.[236] Weliswaar voerde de overheid, vooral in de *Nieuwe Nota Geestelijke Volksgezondheid*, het streven naar extramuralisering hoog in het vaandel, maar dat ging niet gepaard met omvangrijke deïnstitutionalisering. In deze nota schreef Van der Reijden dat psychiatrische ziekenhuizen noodzakelijk bleven, vooral met het oog op de 'meest kwetsbare categorie', de chronische patiënten. 'De ervaringen bij een al te rigoureus reductiebeleid in het buitenland kunnen ons hierbij tot voorbeeld zijn.'[237] Van der Reijden doelde hiermee waarschijnlijk op de Verenigde Staten en Italië, waar een grootschalige deïnstitutionalisering op gang was gekomen zonder dat was voorzien in voldoende alternatieve hulpverlening, waardoor psychiatrische patiënten te weinig zorg kregen en zelfs ten prooi vielen aan verwaarlozing en dakloosheid.[238] Ondanks de protesten hield de regering daarom vast aan het bestaande beleid gericht op verkleining van de omvang van bestaande psychiatrische ziekenhuizen en de bouw van nieuwe (kleinschalige)

232 Romme et al. 1985, 9–10, 15–16.
233 Romme et al. 1985, 17–72; Staatstoezicht op de Volksgezondheid 1984, 2, 79; Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1993, 15; vergelijk Pieters, Snelders en Houwaart 2006, 140, 146.
234 Romme et al. 1985, 116–117.
235 Romme et al. 1985, 75–78.
236 Van Lieshout 1985a, 865–867.
237 Van der Reijden 1984, 72.
238 Grob 2005; Oosterhuis 2005b.

instellingen om een betere regionale spreiding te realiseren.[239] Er ging vooralsnog geen psychiatrisch ziekenhuis dicht en de al gemaakte plannen voor nieuwe intramurale instellingen vonden doorgang. De moratoriumactie en de motie Terpstra leidden in combinatie met bezuinigingen hooguit tot enige vertraging in de uitvoering van de nieuwbouwplannen. Ondanks fel antipsychiatrisch verzet ging in 1986 het al in 1980 opgerichte Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis Nijmegen open, om te beginnen met tachtig bedden, een aantal dat in 2000 meer dan driehonderd bedroeg. Een krant maakte gewag van een nieuw 'geïsoleerd gekkengetto in de bossen'.[240] In de jaren erna zouden, zoals in deel 5 aan de orde komt, nog enkele psychiatrische ziekenhuizen worden geopend. In de jaren negentig zouden verder tal van nieuwe klinische faciliteiten in kleinschalige en gedeconcentreerde vorm tot stand komen.[241]

In 1985 stelden Romme, Trimbos, Van der Poel en Van der Wilk een boek samen waarin zij verslag deden van het verloop van hun actie en concludeerden dat deze geen effect had gehad. Het zou aan de wil en de middelen ontbreken om psychiatrische bedden op grote schaal te vervangen door alternatieve voorzieningen, zoals beschermende woonvormen en deeltijdbehandeling. Tevergeefs drongen zij aan op een daadwerkelijke uitvoering van de motie van Terpstra.[242] Teleurgesteld constateerde Trimbos in 1987 dat van de doelstellingen van de moratoriumactie, onder andere vanwege weerstand van de Nationale Ziekenfondsraad en het bestuur van de NVP weinig terecht was gekomen. Het overheidsbeleid was niet veel meer dan 'een flauw aftreksel van de inhoud van de moratoriumactie [...] in de vorm van een soort substitutiebeleid, annex een wat getemperd bouwbeleid'.[243] Verder werd de actie volgens hem gebruikt om bezuinigingen te legitimeren, zonder dat er een principiële keuze voor deïnstitutionalisering werd gemaakt.[244] De capaciteit van beschermende woonvormen liet veel te wensen over

239 Van der Reijden 1984, 83; Bijker 1994, 39-40; vergelijk Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid, Afdeling Onderzoek 1982, 16-17.

240 Bijlage 1b: Chronologisch overzicht psychiatrische inrichtingen in Nederland 1940-2000; Mens 2003, 249; vergelijk Staatstoezicht op de Volksgezondheid 1981, 27; Staatstoezicht op de Volksgezondheid 1982a, 33; Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1985, 26; Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1986, 27, 91; Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1987, 92; Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1988a, 100; De Wit 1991, 58; Kroft 2005, 171.

241 Zie hierover verder hoofdstuk 5.3, paragraaf 'De psychiatrische ziekenhuizen en de beschermende woonvormen'.

242 Romme et al. 1985, 4, 119-122, 131-134, 135-140.

243 Trimbos 1987, 169.

244 Ook de Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid beweerde dat de moratoriumactie werd gebruikt om bezuinigingen door te voeren. Daardoor zou de nieuwbouw van psychiatrische ziekenhuizen vrijwil stil zijn komen te liggen, waarvan vooral chronische patiënten de dupe zouden zijn geworden. Dat lijkt ons niet geloofwaardig, aangezien er wel degelijk nieuwbouw plaatsvond. Staatstoezicht op de Volksgezondheid 1984, 2, 79; Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1985, 3, 93, 110; Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1987, 20-21; Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1990, 54; Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1993, 11, 15; Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1994, 14.

en de Riaggs deden te weinig aan sociaal-psychiatrische hulpverlening om taken van de ziekenhuizen over te nemen.

De moratoriumactie bewerkstelligde geen breuk in het beleid. Hoogstens vormde zij een extra stimulans voor de koers waarvan de contouren al in de jaren zeventig gestalte hadden gekregen en die Van der Reijden in zijn *Nieuwe Nota* verwoordde: een streven naar een evenwichtiger regionale spreiding en een verkleining van de omvang van psychiatrische ziekenhuizen, alsook naar deconcentratie van hun zorg- en behandelfaciliteiten en nauwere samenwerking met nieuwe en bestaande semi- en extramurale voorzieningen. De inzet was een geleidelijke vermindering van het beddenbestand met gelijktijdige opbouw van vervangende voorzieningen op het terrein van beschermd wonen, dagbesteding en deeltijdbehandeling. Deze doeleinden sloten grotendeels aan op veranderingen die al sinds de jaren zestig binnen de psychiatrische ziekenhuizen op gang waren gekomen.

Differentiatie en deconcentratie

Het belangrijkste effect van de AWBZ bestond in eerste instantie niet zozeer uit de renovatie en nieuwbouw van psychiatrische ziekenhuizen, maar uit de sterke uitbreiding van verpleeghuizen voor bejaarden en aparte zorginstellingen voor verstandelijk gehandicapten, zoals zwakzinnigen in toenemende mate werden genoemd.[245] Op deze manier droeg de AWBZ sterk bij tot de versnelling van het al eerder op gang gekomen proces van externe differentiatie, de uittocht van deze groepen uit de psychiatrische ziekenhuizen. Vooral psychogeriatrische (afdelingen van) verpleeghuizen vertoonden een sterke groei. Vanaf hun oprichting in het begin van de jaren zestig tot het midden van de jaren tachtig nam het totaal aantal bedden in deze zorginstellingen toe van nog geen 1000 tot tegen de 21.000, bijna evenveel als het beddenbestand van psychiatrische ziekenhuizen. In 1990 overtrof het aantal psychogeriatrische bedden dat van psychiatrische ziekenhuizen en het liep verder op tot zo'n 31.000 in 2000.[246] De psychogeriatrie, die onder toezicht viel van de Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volks-

245 Bakker en Van der Velden 2004a, 62.

246 Robben 1993, 1206-1207; Staatstoezicht op de Volksgezondheid 1982a, 69; Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1986, 105; Trimbos-instituut 2000; bijlage 5b: Verpleegden in gestichten en psychiatrische inrichtingen, exclusief zwakzinnigeninrichtingen, in Nederland 1940-1997; bijlage 5c: Verpleegden in psychiatrische inrichtingen en psychiatrische ziekenhuizen in Nederland 1969-2000, gebaseerd op CBS; bijlage 5d: Verpleegden in algemeen psychiatrische ziekenhuizen (APZ) in Nederland 1980-1996, gebaseerd op *GGZ in getallen*. Vergelijk Kruisinga 1970, 49; Hendriks 1974, 39-40; Van Andel 1983, 169. De Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid maakt melding van 175 psychogeriatrische (afdelingen van) verpleeghuizen in 1982. Zie Staatstoezicht op de Volksgezondheid 1983, 1. Ondanks de sterke groei van het aantal plaatsen was er in de jaren tachtig en negentig sprake van een tekort, zoals bleek uit de lange wachtlijsten. Zie Staatstoezicht op de Volksgezondheid 1984, 105; Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1990, 52; Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1992, 20.

gezondheid, verwijderde zich in de jaren tachtig steeds meer van de geestelijke gezondheidszorg. In 1986 verzocht het bestuur van de sectie verpleeghuizen van de Nationale Ziekenhuisraad de Staatssecretaris voor Volksgezondheid om psychogeriatrische instellingen bij de algemene gezondheidszorg onder te brengen. Volgens de Inspectie was dat niet in het belang van de patiënten.[247]

Het aantal plaatsen in instellingen voor verstandelijk gehandicapten bedroeg in 1964 bijna 16.000, in 1974 ruim 23.000 en in 1984 ruim 30.000. Vanaf het midden van de jaren zeventig ging de totale omvang van deze voorzieningen die van de psychiatrische ziekenhuizen overvleugelen.[248] Van de rond 10.000 verstandelijk gehandicapten die in de jaren zestig de psychiatrische ziekenhuizen nog bevolkten, waren er eind jaren tachtig ongeveer 800 over.[249] Dat verstandelijk gehandicapten en demente ouderen in toenemende mate in aparte zorginstellingen werden ondergebracht, hing niet alleen samen met de verruiming van de financieringsmogelijkheden, maar ook met de al in de jaren vijftig op gang gekomen profilering van psychiatrische inrichtingen als behandelingsinstituten. De asielfunctie die inrichtingen vervulden voor deze vaak langdurig opgenomen groepen, riep steeds meer kritiek op: deze zou de doorstroming van behandelbare patiënten belemmeren.[250] Overigens ging aan deze externe vaak een interne differentiatie vooraf: sommige psychiatrische inrichtingen hadden al eerder aparte psychogeriatrische en zwakzinnigenafdelingen opgezet die zich vervolgens min of meer verzelfstandigden. Eenzelfde ontwikkeling deed zich voor op het gebied van de psychiatrische verslavingszorg.[251] Een omgekeerd proces, van externe naar interne differentiatie deed zich voor op forensisch terrein: vanaf de tweede helft van de jaren tachtig werden forensische afdelingen in een aantal algemene psychiatrische ziekenhuizen ingericht.[252]

De uittocht van demente bejaarden en verstandelijk gehandicapten leidde niet tot een sterke daling van het aantal in algemene psychiatrische ziekenhuizen opgenomen patiënten. Tussen 1965 en 1973 schommelde dat rond 26.000, om vervolgens geleidelijk te dalen tot ruim 21.000 in de eerste helft van de jaren tachtig, een aantal dat tot halverwege de jaren negentig vrij stabiel bleef.[253] Gezien de be-

247 Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1987, 34.

248 Kruisinga 1970, 8; Hendriks 1974, 39-40; Staatstoezicht op de Volksgezondheid 1976, 42; Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1986, 105. Vergelijk Van Andel 1983, 169. De Geneeskundige Inspectie voor de Volksgezondheid vermeldt 158 instellingen voor verstandelijk gehandicapten in 1982. Staatstoezicht op de Volksgezondheid 1983, 1.

249 Gijswijt-Hofstra 2005, 38.

250 Cahn 1969; Romme 1970a; Van der Reijden 1984, 35. Zie ook 3.4, paragraaf 'De plaats en de toekomst van de psychiatrische inrichting'.

251 Van de twintig verslavingsklinieken die eind jaren negentig bestonden, maakte de helft deel uit van algemene psychiatrische ziekenhuizen. Inspectie voor de Gezondheidszorg 1998, 89.

252 Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1989, 18, 52; Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1990, 55; Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1993, 80.

253 Bijlage 5b: Verpleegden in gestichten en psychiatrische inrichtingen, exclusief zwakzinnigeninrichtingen, in Nederland 1940-1997.

volkingstoename van tegen de 13 tot meer dan 15 miljoen was de relatieve afname van de psychiatrische ziekenhuisbevolking groter dan de absolute cijfers suggereren. Tussen 1965 en 1980 ging het relatieve aantal psychiatrische bedden terug van 2,2 naar 1,7 per 1000 inwoners, een daling die zich vervolgens voortzette tot 1,3 promille medio jaren negentig.[254] Overigens moet deze daling ook weer gerelativeerd worden, omdat deze bedden, als gevolg van de uittocht van demente ouderen en verstandelijk gehandicapten, ten goede kwamen aan een beperktere groep van patiënten met zuiver psychiatrische stoornissen. Bovendien zijn de categorale intramurale instellingen als kinder- en jeugdpsychiatrische klinieken, TBR-inrichtingen en klinieken voor verslaafden hier buiten beschouwing gelaten.

Tegelijkertijd liep het aantal opnamen in en ontslagen uit psychiatrische ziekenhuizen per jaar in de periode 1965–1985 sterk op: het eerste van bijna 11.000 naar meer dan 25.000 en het tweede van meer dan 9500 naar bijna 24.000.[255] Deze cijfers geven aan dat de gemiddelde verblijfsduur in psychiatrische ziekenhuizen afnam en dat de doorstroming toenam. Deels ging het om dezelfde mensen, die herhaaldelijk voor kortere tijd waren opgenomen: de zogenaamde draaideurpatiënten. Het aantal patiënten dat binnen een jaar meer dan één keer werd opgenomen, verdriedubbelde tussen 1970 en 1985. Sommige psychiatrische ziekenhuizen vertoonden een nog sterkere stijging. Zo liep het aantal opnamen per jaar in het Provinciaal Ziekenhuis nabij Santpoort op van bijna 170 in 1965 tot 1060 rond 1985, terwijl de beddencapaciteit terugliep van ongeveer 1120 in 1965 naar 1050 in 1985.[256] Ondanks de veel grotere doorstroming bleef het leeuwendeel van de bedden bezet door langdurig opgenomen chronische geesteszieken. Eind jaren zestig verbleef bijna driekwart van de opgenomen patiënten langer dan twee jaar en de helft zelfs langer dan tien jaar in een psychiatrisch ziekenhuis.[257] Medio jaren tachtig was het aandeel van chronische patiënten met een verblijfsduur van meer dan twee jaar in de totale psychiatrische patiëntenpopulatie weliswaar

254 Gijswijt-Hofstra 2005, 38.

255 Bijlage 5b: Verpleegden in gestichten en psychiatrische inrichtingen, exclusief zwakzinnigeninrichtingen, in Nederland 1940–1997; bijlage 5d: Verpleegden in algemeen psychiatrische ziekenhuizen (APZ) in Nederland 1980–1996, gebaseerd op GGZ *in getallen*; vergelijk Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid, Afdeling Onderzoek 1982, 4-5, 7; Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1988b, 13; Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid in samenwerking met de Nationale Ziekenhuisraad 1986, 11; NZR/Nationale Ziekenhuisraad – sectie geestelijke gezondheidszorg en SIG/Informatiecentrum voor de gezondheidszorg 1989a, 9.

256 Vijselaar 1997d, 195. In Licht en Kracht verdrievoudigde het aantal opnamen tussen 1958 en 1973, terwijl het aantal bedden afnam van meer dan 750 tot ruim 670. Kamminga 1995, 88.

257 Romme 1970a, 149; Kruisinga 1970, 8; Schudel 1976, 23; Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid, Afdeling Onderzoek 1982, 28; Offerhaus 1983, 72; Bijker 1994, 34. Volgens Schudel (1976, 16) was de gemiddelde verblijfsduur in de Nederlandse psychiatrische ziekenhuizen het hoogst in Europa.

afgenomen tot 55 procent, maar hun aantal was nog altijd aanzienlijk en meer dan 40 procent van hen verbleef langer dan 5 jaar in het ziekenhuis.[258]

Niet alleen algemene en categorale psychiatrische ziekenhuizen, ook psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen (PAAZ) en psychiatrische klinieken van universitaire ziekenhuizen (PUK) namen geestes- en zenuwzieken op. Deze voorzieningen groeiden in de jaren zestig en zeventig sterk in aantal. Rond 1970 beschikten 38 algemene ziekenhuizen over een psychiatrische afdeling en 7 academische ziekenhuizen over een psychiatrische kliniek.[259] In de tweede helft van de jaren tachtig bestonden er ruim 70 PAAZ'en en nog altijd 7 PUK'en. Deze beschikten tezamen over ongeveer 2100 bedden en rond 400 plaatsen voor deeltijdbehandeling.[260] Opmerkelijk was dat zij met een beddenbestand dat nog geen tiende bedroeg van dat van de psychiatrische ziekenhuizen, medio jaren tachtig jaarlijks 18.000 opnamen voor hun rekening namen – dat wil zeggen ruim 80 procent van het aantal opnamen in psychiatrische ziekenhuizen.[261] De PAAZ'en en PUK'en richtten zich vooral op acute patiënten, van wie een aanmerkelijk deel van de somatische afdelingen van de algemene of academische ziekenhuizen afkomstig was en die behalve aan lichamelijke aandoeningen overwegend aan neurotische en stemmingsstoornissen leden. Hun gemiddelde verblijfsduur daarin was veel korter dan die van patiënten in psychiatrische ziekenhuizen. Chronische psychiatrische patiënten kwamen in de regel niet in PAAZ'en of PUK'en terecht. Deze waren bedoeld voor relatief kortdurende en sterk medisch georiënteerde behandelingen, hoewel veel PAAZ'en ook psychotherapie aanboden.[262] Vanwege de nauwe band met de somatische gezondheidszorg ging van deze voorzieningen een minder stigmatiserende werking uit dan van psychiatrische ziekenhuizen. Het groeiende aandeel van de PAAZ'en en PUK'en in de klinische behandeling van psychische stoornissen, hetgeen de overheid toejuichte, kan als een vorm van externe differentiatie worden gezien: een bepaalde patiëntencategorie – acute

258 Van der Reijden 1984, 75; Giel 1984, 251; Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid in samenwerking met de Nationale Ziekenhuisraad 1986, 7; Van Borssum Waalkes 1987; Wiersma et al. 1988, 389-390; Henkelman en De Ruiter 1991, 11. Vergelijk Schudel 1976, 23; Offerhaus 1983, 72; Van Andel 1983, 176; Staatstoezicht op de Volksgezondheid 1984, 96.

259 Van der Reijden 1984, 33-34.

260 Van der Beek 1983a, 630; Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1988a, 31; Van de Beek en Hutschemaekers 1992, 941; Neijmeijer en Hutschemaekers 1995, 18-19, 27, 49. Vergelijk Schudel 1976, 16; Van der Beek 1983a, 630; Van der Reijden 1984, 33-34; vergelijk Van Alphen 1988, 692; Staatstoezicht op de Volksgezondheid 1983, 1.

261 Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1987, 9; Van Alphen 1988, 691-692; vergelijk bijlage 5b: Verpleegden in gestichten en psychiatrische inrichtingen, exclusief zwakzinnigeninrichtingen, in Nederland 1940-1997; Neijmeijer en Hutschemaekers 1995, 18-19, 27, 49.

262 Van der Beek 1983a; Van der Beek 1983b; Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1987, 23; Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1989, 70; Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1990, 56; Van Alphen 1988, 692; Neijmeijer en Hutschemaekers 1995, 49, 67, 102-103.

patiënten en patiënten met zowel lichamelijke als psychische aandoeningen – onderging in toenemende mate een klinische behandeling buiten het psychiatrisch ziekenhuis. Overigens was er geen sprake van een duidelijke taakafbakening tussen deze intramurale instellingen. In regio's waar zich geen psychiatrisch ziekenhuis bevond, neigden de PAAZ'en ertoe taken daarvan over te nemen. Wat betreft de functie en de spreiding van PAAZ'en voerde de overheid geen gericht beleid. De PAAZ'en bezaten een grote mate van autonomie en vertoonden veel diversiteit. Een deel ervan oriënteerde zich op de consultatieve en liaison-psychiatrie, bedoeld voor patiënten met somatische aandoeningen die ook met psychiatrische problematiek kampen, en streefde naar integratie in de algemene gezondheidszorg. Andere profileerden zich sterker als instellingen voor geestelijke gezondheidszorg en richtten zich grotendeels op dezelfde patiënten als psychiatrische ziekenhuizen en Riaggs.[263]

Niet alleen de bevolking van psychiatrische afdelingen van algemene en academische ziekenhuizen kwam deels overeen met die van psychiatrische ziekenhuizen. Hetzelfde gold voor de zogenaamde herstellingsoorden, die op het grensvlak van somatische gezondheidszorg, geestelijke gezondheidszorg en maatschappelijk werk opereerden. De eerste herstellingsoorden stamden van rond 1900 en waren opgezet door beroepsorganisaties voor hun overspannen leden. In deze instellingen, die zich vooral op de Veluwe en de Utrechtse Heuvelrug bevonden, konden onderwijzers, ambtenaren, handels- en kantoorbedienden, typografen en spoorwegpersoneel in de buitenlucht, met goede voeding en met ontspannende activiteiten weer tot rust komen. De herstellingsoorden namen niet alleen zenuwpatiënten, maar ook lijders aan somatische kwalen op. Vanaf 1958, toen deze kleinschalige voorzieningen zich verenigden in de Unie van Nederlandse Herstellingsoord-organisaties, gingen zij zich steeds meer toeleggen op psychosociale behandeling, waarmee zij opschoven in de richting van de geestelijke gezondheidszorg. In de jaren zestig deden arbeids- en bezigheidstherapeuten hun intrede en in de loop van de jaren zeventig wonnen psycho- en groepstherapeutische behandelvormen terrein in de herstellingsoorden. De uitbreiding van zowel het behandelaanbod als de clientèle werd mede mogelijk vanwege de verruiming van de financieringsmogelijkheden. De voorheen door particuliere organisaties bekostigde en alleen voor hun leden toegankelijke herstellingsoorden kwamen vanaf medio jaren zestig in aanmerking voor publieke financiering op basis van respectievelijk de Bijstandswet, de Algemene Arbeidsongeschiktheidswet en de Tijdelijke Subsidieregeling Maatschappelijke Dienstverlening, waardoor deze

263 Van der Beek 1983a; Van der Beek 1983b; Van der Reijden 1984, 33-34; Neijmeijer en Hutschemaekers 1995, 29-31; Vos 2007b, 140-142, 145-151; vergelijk Staatstoezicht op de Volksgezondheid 1976, 45; Staatstoezicht op de Volksgezondheid 1982a, 67-68; Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1986, 107; Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1988a, 30-31; Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1989, 56; Inspectie voor de Gezondheidszorg 1996, 77-78; Van Londen 2001, 10.

voorzieningen niet meer uitsluitend waren weggelegd voor bepaalde beroepsgroepen.

Medio jaren tachtig waren er negentien herstellingsoorden met ongeveer zeshonderd plaatsen, die jaarlijks rond vierduizend mensen opnamen. Voor het merendeel ging het om oudere vrouwen met psychosomatische, neurotische en psychosociale klachten. Hiermee vertoonden zij overeenkomsten met patiënten die op neuroseafdelingen van psychiatrische ziekenhuizen en in het bijzonder het Christelijk Sanatorium te Zeist waren opgenomen. Een deel van de clientèle van de herstellingsoorden zou, als deze voorzieningen niet hadden bestaan en als ze zich niet in de richting van de geestelijke gezondheidszorg hadden ontwikkeld, wellicht in psychiatrische voorzieningen terecht zijn gekomen. In deze zin droegen ze in bescheiden mate bij aan externe differentiatie. In de jaren tachtig leek het erop dat de herstellingsoorden erkenning zouden verwerven als instellingen voor geestelijke gezondheidszorg, vooral ook omdat ze een relatief goedkoop alternatief boden voor opname in een psychiatrisch ziekenhuis. In 1987 kondigde de staatssecretaris van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur echter onverwachts aan dat de collectieve financiering ervan beëindigd zou worden. Naar aanleiding van protesten vanuit vooral de geestelijke gezondheidszorg en op aandrang van de Tweede Kamer kwam de staatssecretaris evenwel op zijn besluit terug en kregen negen herstellingsoorden erkenning als instellingen voor geestelijke gezondheidszorg. In de jaren negentig gingen de meeste op in grotere organisaties voor geestelijke gezondheidszorg.[264]

Vooral om de geneeskundige functie van het psychiatrisch ziekenhuis en, in nauw verband daarmee, de doorstroming van patiënten te versterken, werd naast de externe ook de al eerder ingezette interne differentiatie krachtig ter hand genomen. De traditionele inrichting bestond vanouds uit een aantal in hoge mate autonome en gelijkvormige paviljoens die verschillende soorten patiënten huisvestten en waarin een overeenkomstig zorg- en behandelregime heerste. De al in de jaren vijftig op gang gekomen functionele differentiatie op basis van organisatorische en therapeutische criteria en de daarmee gepaard gaande schaalverkleining maakten een einde aan deze uniforme ordening. Deze interne differentiatie kreeg vorm door de bouw of inrichting van aparte behandel- en verblijfsafdelingen, ofwel sectoren, clusters, compartimenten, units, kernen en categorieën voor verschillende groepen patiënten.[265] Psychiatrische ziekenhuizen werden in toenemende mate conglomeraten van min of meer autonome afdelingen en een aantal tooide zich met de benaming 'psychiatrisch centrum'.[266] Deze aanduiding

264 Over de herstellingsoorden zie Van Lieshout en Breemer ter Stege 1987; Jansen, Koppelaar en Dingemans 1987; Vos 2007a; over de patiënten in het Christelijk Sanatorium zie Hutschemaekers 1993c, 81-87. In de jaren negentig was het beddental van de herstellingsoorden bijna gehalveerd. Kwekkeboom 2001, 20.

265 Cohen Stuart 1966; Schudel 1976, 38-39; Van Ommen 1988, 65, 100-103, 228-229; Mens 2003, 183, 221-227.

266 In 1977 ging het om dertien van de 41 psychiatrische ziekenhuizen. College voor Ziekenhuisvoorzieningen 1979, inhoudsopgave.

gaf uitdrukking aan de ambitie om van het psychiatrisch ziekenhuis een regionale spil voor geestelijke gezondheidszorg te maken, die zich met een gevarieerd, zowel klinisch als extramuraal behandel- en zorgaanbod open naar de samenleving opstelde.[267]

De interne differentiatie kreeg aan de hand van criteria als diagnose, verblijfs- en behandelduur, en behandelingsmethode en -intensiteit op drie manieren vorm. Ten eerste door chronische van acute patiënten te scheiden en aparte woonvoorzieningen voor de eerste categorie op te zetten. Ten tweede de inrichting van verschillende opname- en behandelafdelingen voor acute en behandelbare patiënten, al naar gelang de aard en ernst van hun aandoeningen, het soort therapie dat voor hen geëigend werd geacht en het doel en de duur ervan. Ten derde semi- en extramurale faciliteiten voor herstelde of herstellende patiënten ter bevordering van hun terugkeer in de maatschappij en ook ter voorkoming van heropname.

Voor chronische patiënten kwamen naast de bestaande verblijfsafdelingen, al naar gelang hun mogelijkheden en beperkingen, op kleinere of grotere afstand van het bestaande ziekenhuis, nieuwe semimurale faciliteiten tot stand: sociowoningen of beschutte woonvormen op het terrein van of in de nabijheid van psychiatrische ziekenhuizen en beschermende woonvormen op afstand ervan in normale woonwijken. De eerste sociowoningen verrezen rond 1961 op het terrein van Wolfheze.[268] Groot Bronswijk in het Groningse Wagenborgen volgde in 1968, Santpoort rond 1970, Groot Lankum te Franeker in 1974 en Duin en Bosch in 1978. St. Bavo in Noordwijkerhout was het tweede psychiatrische ziekenhuis dat op grotere schaal tot deze vorm van huisvesting van chronische patiënten overging. In 1982 werden aan de rand van het inrichtingsterrein 36 nieuwbouwwoningen voor in totaal 168 bewoners in gebruik genomen. Een jaar eerder was in Noordwijkerhout een soortgelijke woonvorm voor verstandelijk gehandicapten, De Hafakker, tot stand gekomen. Het idee van de socio- of beschutte woningen was dat patiënten zo veel mogelijk zelfstandig moesten wonen, terwijl ze zo nodig terug konden vallen op de faciliteiten van het ziekenhuis. Rond 1980 boden deze woonvoorzieningen plaats aan ruim 520 patiënten.[269] De beschermende woonvormen, bedoeld voor patiënten die tot enige zelfstandigheid en zelfredzaamheid in staat waren, ontwikkelden zich op afstand van het psychiatrisch ziekenhuis en kregen

267 Jacobs 1968, 12-19; Jacobs 1972; Mastboom 1982a, 14-15, 38-41, 60. De St. Willibrordusstichting was de eerste inrichting die deze koers ging varen. Nadat in 1961 een reorganisatieplan was gepresenteerd ging de inrichting zes jaar later Psychiatrisch Centrum St. Willibrord heten. Zie Bakker 2002e, 243-245, 259; Bakker en De Boer 2002b, 289-290. Andere instellingen die al in de jaren zestig plannen in deze richting maakten waren Licht en Kracht in Assen, Wolfheze en Zon en Schild in Amersfoort. Zie Kamminga 1995, 91-94; Brinkman 1984, 323; Kroon, Den Boer en Luycx-de Bont 2000, 17-19.

268 Zie 3.4., paragraaf '"Alles wat wij deden met onze patiënten heette therapie"'.

269 Haveman, Brook en Burger 1983, 345; Klatter 1973, 450; Van Eynde 1978; Offerhaus 1983; Wennink 1986; Wennink 1989a; Wennink 1989b; Henkelman en De Ruiter 1991, 47-49; Mens 2003, 166, 229-231.

een eigen organisatorisch kader. In de eerste helft van de jaren tachtig kwamen er ongeveer 25 regionale instellingen voor beschermd wonen tot stand. Het totaal aantal plaatsen daarin groeide in deze periode van ruim 2100 tot ongeveer 3000.[270] Naast deze nieuwere faciliteiten voor chronische patiënten was de veel oudere gezinsverpleging nog bij 5 psychiatrische ziekenhuizen in zwang, zij het op kleine en afnemende schaal. Terwijl er begin jaren zestig nog circa 700 chronische geesteszieken bij gezinnen waren ondergebracht, was dat aantal eind jaren tachtig gedaald tot ongeveer 230, waarvan Beileroord en Psychiatrisch Centrum Venray meer dan 80 procent voor hun rekening namen. Deels hing deze ontwikkeling samen met een slinkend aanbod aan gastgezinnen. Door de toegenomen welvaart waren steeds minder gezinnen bereid om tegen een niet al te ruim bemeten onkostenvergoeding woonruimte en privacy te delen met psychiatrische patiënten. Voorts kwam de gezinsverpleging ook onder druk te staan als gevolg van de opgeschroefde eisen ten aanzien van huisvesting, professionaliteit en kwaliteitstoetsing.[271]

Ten behoeve van acute en behandelbare patiënten werden aparte afdelingen ingericht voor opname, observatie, kort- en langdurige behandeling en intensieve en minder intensieve therapie. Ook ontstonden er categorale afdelingen voor bepaalde groepen patiënten, gespecialiseerde behandelvormen of specifieke aandoeningen. Soms verrezen geheel nieuwe klinieken op afstand van de oude inrichtingen, zoals de neuroseklinieken van St. Willibrord en Vrederust: De Oosthoek te Limmen (1966) en de al sinds 1957 bestaande, maar in 1971 in nieuwbouw ondergebrachte Viersprong te Halsteren.[272] Andere categorieën waarvoor aparte klinieken binnen of buiten de bestaande psychiatrische ziekenhuizen tot stand kwamen, waren jongeren, verslaafden, psychisch gestoorde delinquenten en verstandelijk gehandicapten met psychiatrische stoornissen.

Voor herstellende patiënten die zich voorbereidden op hun terugkeer in de maatschappij, kwamen semimurale resocialisatievoorzieningen, zoals hostels, *halfway*-huizen en sluisinternaten tot stand. Verder vond een uitbreiding plaats van faciliteiten voor deeltijdbehandeling, poliklinieken en crisisopvangcentra voor mensen wier stoornissen nog niet of niet langer opname vereisten, maar die wel therapie, voor- en nazorg of opvang en ondersteuning nodig hadden. Het aantal plaatsen voor dag- of nachtbehandeling in psychiatrische ziekenhuizen vertoonde tussen begin jaren zeventig en het midden van de jaren tachtig een aanwas van 200 tot tussen 1300 en ruim 1800.[273] De poliklinieken maakten vanaf

270 Haveman, Brook en Burger 1983, 345; Van der Reijden 1984, 30; Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1987, 28; Bakker en Van der Velden 2004a, 71.

271 Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid, 1989, 54; Haveman en Maaskant 1990; Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid (1991a), 11-14; Marlet 2005, 343.

272 Bakker 2002e, 251-259; Mens 2003, 199-203.

273 NZR/Nationale Ziekenhuisraad – sectie geestelijke gezondheidszorg en SIG/Informatiecentrum voor de gezondheidszorg 1989a, 5; Neijmeijer en Hutschemaekers 1995, 53; Schene en Faber 2001, 76; Bakker en Van der Velden 2004a, 71.

1970 een stormachtige groei door. Terwijl het aantal in de jaren vijftig en zestig beperkt bleef tot 7, bestonden er rond 1980 rond de 40, met 65 spreekuuradressen, waar jaarlijks circa 32.000 patiënten in behandeling waren. Medio jaren tachtig beschikten vrijwel alle psychiatrische ziekenhuizen over poliklinische voorzieningen.[274] Ook het aantal poliklinieken van PAAZ'en nam in snel tempo toe: in 1980 waren er 36 en in 1989 47. Tevens zetten ook zo'n 20 algemene ziekenhuizen zonder klinische psychiatrische afdeling in de loop van de jaren zeventig en tachtig psychiatrische poliklinieken op. De universitaire psychiatrische klinieken beschikten daar al langer over. Tezamen hadden de laatste 3 typen poliklinieken eind jaren zeventig jaarlijks ongeveer 28.000 patiënten in behandeling.[275] De poliklinieken boden nazorg aan ontslagen patiënten – en bezetten daarmee hetzelfde werkveld als de SPD'en – en dienden ook om meer greep te krijgen op de in- en uitstroom van patiënten. In de jaren zeventig nam het aandeel van de SPD'en in de nazorg van ontslagen patiënten af van zo'n 55 naar 35 procent, terwijl dat van de poliklinieken verdubbelde van 10 tot meer dan 20 procent.[276] Daarnaast gingen de poliklinieken, waarvan enkele zich profileerden met een multidisciplinair of psychotherapeutisch behandelaanbod, in toenemende mate ook mensen met neurotische of persoonlijkheidsstoornissen behandelen die niet opgenomen waren geweest of zouden worden. Daarmee richtten zij zich deels op dezelfde clientèle als die van vrijgevestigde psychiaters en Riaggs.

Met semi- en extramurale zorg- en behandelvormen, die psychiatrische ziekenhuizen in toenemende mate aanboden, zouden geesteszieken zich zo veel mogelijk in hun eigen leefmilieu kunnen handhaven, wat hun resocialisatie ten goede zou komen. Deze ontwikkeling werd vanaf het midden van de jaren tachtig verder gestimuleerd door het overheidsbeleid, zoals Staatssecretaris Van der Reijden dat in 1984 in de *Nieuwe Nota* verwoordde. Uiteindelijk zou deze koers leiden tot de deconcentratie en ontmanteling van de klassieke inrichting en de vervanging ervan door een conglomeraat aan kleinschaliger en geografisch gespreide voorzieningen.[277]

Naast de zich voortzettende externe en interne differentiatie en de op gang komende deconcentratie en extramuralisering, was de regionalisering van grote betekenis voor de metamorfose die de psychiatrische ziekenhuizen in jaren 1965-1985 doormaakten. Ingrijpende gevolgen had de regionalisering vooral voor een aantal grote confessionele instellingen die vanouds een groot geografisch gebied bedienden. Zij verloren hun uitgesproken katholieke of protestantse signatuur en moesten zich beperken tot de eigen regio. Eerder zagen wij dat de katholieke

274 Mastboom 1982a, 17, 22-23, 96-118, 137, 165, 195; Van de Beek en Hutschemaekers 1992, 940-951; vergelijk Van der Reijden 1984, 36-37; Schene en Faber 2001, 74.

275 Mastboom 1982a, 18-19, 62-63; Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1988a, 30-31; Neijmeijer en Hutschemaekers 1995, 69-85.

276 Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid, Afdeling Onderzoek 1982, 22-23.

277 Van der Grinten en Verburg 2001, 20-21; over deconcentratie zie ook Roosenschoon 2001.

instelling St. Franciscushof al kort na de oprichting een omslag moest maken wat betreft haar doelgroep. Dit ziekenhuis was oorspronkelijk bedoeld voor katholieke vrouwen uit een betrekkelijk groot gebied (Noord- en Oost-Nederland), maar binnen enkele jaren ging het zich richten op patiënten uit de regio Zwolle-Almelo, ongeacht of ze man of vrouw of wel of niet katholiek waren.

Ook oudere confessionele inrichtingen maakten een dergelijke verandering door. Al voordat regionalisering in de jaren zeventig officieel beleid werd, begon de St. Willibrordusstichting zich om te vormen van een door religieuze broeders gedreven inrichting voor katholieke mannen uit een groot deel van Nederland naar een regionale en geseculariseerde voorziening voor zowel mannen als vrouwen van alle gezindten. De inrichting, die vanaf 1967 Psychiatrisch Centrum St. Willibrord heette, zou de spil moeten worden van een regionaal georganiseerde geestelijke gezondheidszorg, waarbij de ambitie was om ook semi- en extramurale zorg te bieden.[278] De overgang van een min of meer autonome, besloten en centralistische katholieke instelling met een duidelijke gezagsstructuur naar een open en gedecentraliseerde voorziening met een regionale functie verliep niet zonder spanningen en problemen, temeer daar deze verandering samenviel met democratisering, de introductie van multidisciplinaire samenwerking en de invloed van de kritische psychiatrie.

St. Servatius en St. Anna kregen vanouds katholieke patiënten uit Limburg, Gelderland en Zeeland. Zuid-Limburg kreeg met De Welterhof en Vijverdal (als opvolger van Calvariënberg) twee nieuwe psychiatrische ziekenhuizen, terwijl Zeeland sinds het begin van de jaren tachtig over een eigen ziekenhuis beschikte en in Nijmegen plannen voor de bouw van een psychiatrische kliniek ontstonden.[279] Deze ontwikkelingen en het overheidsbeleid dwongen de Venrayse inrichtingen tot een ingrijpende reorganisatie. Vanwege de inkrimping van het verzorgingsgebied tot Midden- en Noord-Limburg was een daling van de beddencapaciteit onvermijdelijk. Van de meer dan 2000 patiënten die eind jaren vijftig nog in Venray waren opgenomen, waren medio jaren tachtig ongeveer 1200 over.[280] Om dit verlies te compenseren ontwikkelde het Psychiatrisch Centrum Venray, waarin St. Servatius en St. Anna in 1977 waren gefuseerd, nieuwe activiteiten in de vorm van categorale klinische en zorgvoorzieningen voor verslaafden, korsakovpatiënten, adolescenten, geestelijk gehandicapten en psychisch gestoorde delinquenten. Met deze gespecialiseerde voorzieningen kon de Venrayse instelling deels een bovenregionale functie blijven vervullen.[281] Net als St. Willibrord verloor zij haar uitgesproken katholieke karakter: in 1970 droegen de Broeders en Zusters van Liefde eigendom en beheer van de inrichtingen over aan twee daarvoor in het leven geroepen stichtingen.[282]

278 Bakker 2002e 240-245, 259; Bakker en De Boer 2002b 289-290.
279 Kroft 2005, 170-171.
280 Kroft 2005, 170.
281 Kroft 2005, 204-205.
282 Van Els 2005, 287.

Ook voor Vrederust bij Bergen op Zoom had het regionaliseringsbeleid grote gevolgen. Deze protestantse instelling betrok haar patiënten vanouds voor een groot deel uit Zeeland, maar toen daar in de loop van de jaren zeventig plannen voor een nieuw ziekenhuis gestalte kregen dat de gehele provincie zou moeten bedienen, ontstond voor Vrederust een bedreigende situatie. De overheid stelde zich op het standpunt dat een nieuw Zeeuws ziekenhuis alleen mogelijk was als Vrederust bedden afstond. Jarenlang duurde het gesteggel tussen de twee instellingen over het aantal over te hevelen bedden en de overdracht van Zeeuwse patiënten die in Vrederust waren opgenomen. Uiteindelijk moest Vrederust zich neerleggen bij het verlies van Zeeland als zorggebied. De fors ingekrompen instelling – het aantal patiënten was tussen 1970 en 1985 gedaald van 840 tot 550 – concentreerde zich voortaan op de West-Brabantse regio.[283]

Soortgelijke strubbelingen deden zich elders voor. In Rotterdam moest het Deltaziekenhuis een deel van zijn verzorgingsgebied afstaan aan St. Bavo in Noordwijkerhout, dat zich omvormde van een katholieke inrichting tot een regionaal opererend psychiatrisch centrum. St. Bavo nam een deel van Rotterdam over, de stad waarvoor Delta's voorganger Maasoord ooit in het leven was geroepen. Het Deltaziekenhuis verlegde zijn verzorgingsgebied naar de Zuid-Hollandse eilanden, waar het ook nog eens werd geconfronteerd met een nieuw psychiatrisch ziekenhuis in Dordrecht. Ook daaraan raakte Delta bedden kwijt.[284] In Noord-Brabant bevond zich een te groot aantal psychiatrische ziekenhuizen met te veel bedden voor de regio, waardoor strubbelingen ontstonden tussen enerzijds Reinier van Arkel in Den Bosch en Voorburg in Vught, en anderzijds het nieuwe ziekenhuis Jan Wier in Tilburg. Ook Coudewater en Padua botsten over de verdeling van verzorgingsgebieden.[285] De laatste twee maakten van de nood een deugd en gingen in de tweede helft van de jaren tachtig samenwerken, wat uiteindelijk in 1990 resulteerde in een fusie. In Drenthe ontstonden fricties tussen het van oorsprong Nederlands Hervormde Psychiatrisch Centrum Licht en Kracht te Assen en Beileroord, die in 1994 eveneens uitliepen op een fusie.[286]

Democratisering en conflict

De nieuwbouw, renovatie, externe en interne differentiatie alsook regionalisering van psychiatrische ziekenhuizen weerspiegelden hun veranderende organisatie en functie. In de periode 1965-1985 verdween de klassieke psychiatrische inrichting zoals die aan het eind van de negentiende eeuw vorm had gekregen en zich tot in de jaren zestig van de twintigste eeuw handhaafde, van het toneel.[287]

283 Gorisse 1997, 90-104, 107, 112; vergelijk Kool-Blokland s.a. [1999].
284 Offerhaus 1983, 67; Vijselaar 1999a, 139, 161-162; Wagenborg en Van de Lande 2001, 123.
285 Kappelhof 1992, 118; vergelijk Willemsen 2004, 31-33; R. Wolf 1995, 29.
286 Kamminga 1995, 131-142.
287 Van Ommen 1988; Vijselaar 1997e, 268-281; Kroft 2005.

De traditionele inrichting was een gesloten, vrij geïsoleerde instelling en bevond zich doorgaans op het platteland, soms op grote afstand van de grote steden. Zij vormde een grotendeels autarkisch sociaal verband, waarin orde, rust, reinheid en regelmaat de toon aangaven. De verzorging en behandeling waren in handen van een hiërarchische organisatie die overwegend uit artsen en verplegend en ondersteunend personeel bestond. De psychiatrische inrichting was niet alleen ziekenhuis ten behoeve van de curatieve behandeling van geesteszieken, maar ook bewaarinstituut, verpleeghuis en werkinrichting. Vanwege het grote aantal chronische lijders was therapie slechts één onderdeel van een breder palet aan functies. Bescherming (van zowel geesteszieken tegen de buitenwereld als de maatschappij tegen psychisch gestoorden), verpleging, dagbesteding en structurering van het dagelijkse leven waren minstens zo belangrijk in de zorgcultuur van de inrichting. Van patiënten werd aanpassing aan het inrichtingsregime en de collectiviteit verwacht. Zij konden hun eigen persoonlijkheid, beleving en wensen nauwelijks doen gelden en er was, met uitzondering van de duurdere klassenafdelingen, geen ruimte voor privacy. Inrichtingen bestonden in de regel uit afzonderlijke paviljoens die onder leiding van afdelingsgeneesheren en hoofdverpleegsters een grote mate van autonomie bezaten en een grote verscheidenheid aan patiënten, zowel chronische als acute lijders, herbergden. De differentiatie van patiëntengroepen ging doorgaans niet verder dan de scheiding op basis van sekse en het (rustige dan wel onrustige) gedrag.

De jaren vijftig gaven al aanzetten tot een doorbreking van dit patroon te zien. Sommige psychiaters brachten toen – overigens niet voor de eerste keer – naar voren dat de psychiatrische inrichting geen bewaarplaats of verpleeginstelling, maar een ziekenhuis zou moeten zijn waarin therapeutische behandeling centraal stond. Chronische psychisch gestoorden als zwakzinnigen en demente bejaarden zouden hierin eigenlijk niet thuishoren. Onder invloed van buitenlandse voorbeelden beproefden enkele psychiaters na de oorlog op kleine schaal en deels in het verlengde van de actievere therapie socio- en psychotherapeutische behandelmethoden. Deze stonden op gespannen voet met het gebruikelijke inrichtingsregime, want zij veronderstelden een zekere mate van zelfstandigheid, initiatief en mondigheid van patiënten. Het ging niet om klakkeloze aanpassing aan, maar actieve participatie in de groep. Voor zover de actievere therapie was gericht op productieve arbeid en sociale aanpassing, verloor deze in de loop van de jaren vijftig en zestig veel van haar glans. Zij werd in toenemende mate geassocieerd met tucht en dressuur: de eenvoudige, routineuze en geestdodende arbeid zou het apathische inrichtingsbestaan eerder versterken dan verminderen. De actievere therapie zou plaats moeten maken voor sociotherapeutische activiteiten die de zelfontplooiing en creativiteit van patiënten bevorderden.[288]

Gebrek aan personeel en financiële middelen alsook de grote aantallen chronische patiënten verhinderden dat de vernieuwingen die al in de jaren vijftig her

288 Zie 3.4, paragraaf '"Alles wat wij deden met onze patiënten heette therapie"'.

en der ingang vonden, op grotere schaal toepassing kregen. Dat werd in de loop van de jaren zestig wel mogelijk, in de eerste plaats dankzij de effecten van de toepassing van de psychofarmaca, waardoor er meer rust kwam in de inrichtingen en behandelaars en verplegenden meer tijd en ruimte kregen om socio- en psychotherapeutische activiteiten te ontplooien. Ook rustige patiënten die niet met medicijnen werden behandeld, ondervonden op deze manier de heilzame gevolgen van de psychofarmaca.[289] Ten tweede kwam er meer geld beschikbaar voor de intramurale zorg. De invoering van de AWBZ leidde, zoals we eerder zagen, tot een bouwgolf van verpleeghuizen voor demente ouderen en inrichtingen voor verstandelijk gehandicapten en tot een uittocht van deze groepen uit het psychiatrisch ziekenhuis. In de jaren tachtig waren deze grotendeels onbehandelbare verblijfspatiënten voor het merendeel uit de psychiatrische ziekenhuizen verdwenen.[290] Andere gevolgen van de AWBZ-financiering waren dat de psychiatrische ziekenhuizen meer en beter gekwalificeerd personeel in dienst konden nemen en dat de huisvesting van de patiënten geleidelijk aan verbeterde, hoewel deze tot in de jaren tachtig aanleiding gaf tot klachten. Ten derde droegen het veranderde maatschappelijk klimaat, de protestbeweging van de jaren zestig en in het bijzonder de anti- of kritische psychiatrische beweging, alsook de grote publieke aandacht daarvoor, in sterke mate bij tot het vernieuwingsstreven in het psychiatrisch ziekenhuis en ook een radicalisering daarvan. Meer dan ooit tevoren, zo wezen wij er al eerder op, werkten maatschappelijke ontwikkelingen door in de psychiatrische ziekenhuizen. Terwijl in de jaren vijftig voornamelijk enkele psychiaters blijk hadden gegeven van hervormingsgezindheid, manifesteerde zich deze nu ook onder andere, psychologisch en sociaal-wetenschappelijk opgeleide behandelaars en onder verpleegkundigen. Bovendien deden (voormalige) patiënten zich in toenemende mate gelden: ze kregen een stem, organiseerden zich en wilden meer zeggenschap.

De ruimere financiering van psychiatrische ziekenhuizen vertaalde zich al gauw in een verbetering van de personele bezetting, zowel in kwantitatief als kwalitatief opzicht. Er kwamen meer zorgende en behandelende handen aan het bed. Vanaf het eind van de jaren zestig daalde het aantal patiënten per psychiater sterk: terwijl tegenover 1 psychiater in 1960 ruim 230 patiënten stonden, was dat in 1996 1 op 46 geworden.[291] Ook het aantal verplegende personeelsleden onderging tussen 1965 en 1985 een forse uitbreiding. Terwijl het Nationaal Ziekenhuis Instituut in 1966 uitging van een 'gewogen' gemiddelde van ongeveer 48 personeelsleden op 100 bezette bedden, was dit aantal in 1975 bijna verdubbeld tot 90 en in 1985 nog eens gestegen naar bijna 120. Ongeveer de helft van het totale per-

289 Pieters, Snelders en Houwaart 2006, 160.

290 Uit een enquête onder 43 psychiatrische ziekenhuizen bleek dat in 1988 nog ruim driehonderd patiënten waren opgenomen die gezien hun ziektebeeld eigenlijk in een verpleeghuis thuishoorden. Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1989, 50, 103; vergelijk Staatstoezicht op de Volksgezondheid 1976, 43.

291 Van Drunen 2004, 40, 46.

soneelsbestand kwam voor rekening van verplegenden. In 1966 ging het daarbij om ongeveer 8 gediplomeerde, 13 leerling- en 3 'overige' verplegenden; in 1985 was deze verdeling 34, 16 en 10. Kortom: het aantal verplegenden was in 1985 hoger dan het totale personeelsbestand van een psychiatrisch ziekenhuis in 1966 en het aantal gediplomeerden bedroeg in 1985 het viervoudige van dat in 1966. In 1978 werkten voor het eerst meer gediplomeerden op de werkvloer van psychiatrische inrichtingen dan leerlingen. De getalsmatige verhouding tussen het verplegende personeel en de patiënten verschoof in de jaren 1965-1975 van 1 op 4,5 naar ongeveer 1 op 2 en verbeterde zich de 10 jaar daarop nog verder.[292] Bovendien steeg het opleidingsniveau van verplegenden. Sinds 1970 dienden zij minimaal over een afgeronde mavo-opleiding te beschikken om in aanmerking te komen voor de B-opleiding en boden hun docenten betere begeleiding. De grote publieke belangstelling voor de psychiatrie bracht met zich mee dat zich eveneens jongeren met een hogere opleiding voor de B-opleiding aanmeldden.[293]

Terwijl de bevolking van de psychiatrische ziekenhuizen een dalende tendens vertoonde, dijde de personeelsformatie dus uit. Het aantal personeelsleden van St. Servatius en St. Anna bijvoorbeeld nam toe van ongeveer 200 in 1958 tot meer dan 600 in 1970. Voor het merendeel ging het om verpleegkundigen en huishoudassistenten en daarnaast kwamen er meer psychologen, maatschappelijk werkers en bewegingstherapeuten. De medische staf werd uitgebreid met een aantal niet gespecialiseerde (huis)artsen, een longarts en een tandarts, een biochemicus, een geneticus en een apotheker.[294] In Licht en Kracht groeide het personeelsbestand in dezelfde periode van 170 tot 390.[295] In St. Willibrord was er in de jaren zestig eveneens sprake van een explosieve stijging van het aantal personeelsleden, terwijl de religieuze broeders geleidelijk aan verdwenen. Ook hier vormden verpleegkundigen en medewerkers van de huishoudelijke dienst de grootste groepen, maar de groeicurve ging bijzonder stijl omhoog bij de psychologen (van 1 naar 7) en de arbeids-, bewegings- en creatief therapeuten (van 1 naar 11).[296] In Endegeest deed de groei zich later, in de jaren zeventig, voor: daar verdubbelde het aantal psychiaters in vaste dienst van 3 naar 6 en steeg het aantal psychologen van 4 naar 7 en het aantal maatschappelijk werkers van 2 naar 7.[297]

Dergelijke groeicijfers zijn nog spectaculairder als we ze afzetten tegen het aantal opgenomen patiënten. Zo bleef dat aantal in Wolfheze in de jaren zestig, zeventig en begin tachtig schommelen rond ruim 800, terwijl het aantal werknemers steeg van 290 in 1959, 500 omstreeks 1975 en 940 in 1984.[298] In Santpoort verdubbelde de personeelsformatie in de periode 1965-1985, terwijl het aantal bedden terugging van 1120 naar 1050.[299] De omvang van het personeelsbestand van

292 De cijfers zijn ontleend aan: Nationaal Ziekenhuis Instituut 1966; Nationaal Ziekenhuis Instituut 1976; Nationaal Ziekenhuis Instituut 1986.

293 Zie verder 4.4, paragraaf 'De psychiatrische verpleging: een vak voor iedereen?'

294 Kroft 2005, 136, 141-142.

295 Kamminga 1995, 90, 99.

296 Bakker 2002e, 264.

297 Blok 1998c, 211-212, 224.

298 Brinkman 1984, 326.

299 Vijselaar 1997d, 194-195.

St. Bavo onderging tussen medio jaren zestig en begin jaren tachtig ook een verdubbeling: op circa 700 patiënten groeide het van 300 tot 600.[300] Vrederust telde in 1982 in totaal meer dan 700 (zowel verzorgende en behandelende als ondersteunende) personeelsleden op ruim 600 patiënten. Vergeleken met het midden van de jaren zestig, toen deze inrichting nog rond 850 patiënten herbergde, was het aantal werknemers dat zich met zorg en behandeling bezighield meer dan verdrievoudigd. In 1965 bedroeg de personeel-patiëntratio 1 op 4, in 1970 1 op 3 en in 1985 4 op 5.[301] Een nieuwe inrichting als De Welterhof kende vanaf het begin meer werknemers dan bedden: in 1982 ging het om een aantal van 440 op een beddenbestand van ruim 420.[302] Ook in enkele andere inrichtingen overtrof het aantal personeelsleden begin jaren tachtig het aantal patiënten: op 100 patiënten beschikte Beileroord over 114, de Ursulakliniek over 122 en St. Servatius over 130 werknemers.[303]

Al in de jaren vijftig waren enkele klinisch psychologen, maatschappelijk werkers en gespecialiseerde therapeuten in psychiatrische inrichtingen aangesteld, maar vooral vanaf 1965 groeide het aantal sociaal-wetenschappelijk en psychologisch geschoolden snel en gingen zij zich, evenals verplegenden, bezighouden met de begeleiding en behandeling van psychiatrische patiënten.[304] Naast een oplopend aantal klinisch psychologen en maatschappelijk werkers, die zich in het bijzonder profileerden met psycho- en sociotherapeutische behandelvormen en de begeleiding van verplegenden, deden ook steeds meer arbeids-, bewegings- en creatief therapeuten alsmede fysio- en ergotherapeuten hun intrede in het psychiatrisch ziekenhuis. Veel instellingen voerden een multidisciplinaire werkwijze en een matrixorganisatie in: verschillende beroepsgroepen groepeerden zich rond bepaalde categorieën patiënten, afdelingen of behandelfuncties. In de behandelstaven gingen de psychologisch en sociaal-wetenschappelijk geschoolde deskundigen getalsmatig de artsen allengs overvleugelen. Klinisch psychologen, maatschappelijk werkers en verpleegkundigen – de rond 1970 ingeburgerde, maar pas in 1978 officieel ingevoerde benaming[305] – namen vaak het initiatief tot therapeutische vernieuwingen.

Veranderingen kwamen niet zonder slag of stoot tot stand; soms namen directies of psychiaters het initiatief ertoe. De psychiater F. van Ree bijvoorbeeld, die in 1969 in Vogelenzang een psychotherapeutische gemeenschap opzette, voelde zich nauw betrokken bij de protestbeweging en tegencultuur van de jaren zestig en zeventig. Hij onderhield contacten met de provo's, demonstreerde tegen de oorlog in Vietnam en stemde PSP. 'Ik stak mij in de jaren tussen 1965 en 1975 soms ook in wat uitzonderlijke kledij', zo herinnerde hij zich in 2007, 'zoals spijkerpakken met schaapsvel en laarzen of in lichtblauwe satijnen jurk met het bande-bomteken.[...] Ik vond het leuk "die conservatieve hap" te provoceren.'[306] Vaak

300 Offerhaus 1983, 62, 65.
301 Gorisse 1997, 90, 104, 107.
302 Blok s.a.a [1999], 35, 37; Blok s.a.c [1999], 87.
303 Werkgroep Dag van de Psychiatrie 1981, 12, 61, 78, 82.
304 Van Ommen 1988, 92–99.
305 Zie 4.4, paragraaf 'De psychiatrische verpleging: een vak voor iedereen?'

moesten de vernieuwingen worden bevochten met alle conflicten en spanningen van dien. Dikwijls vervulden nieuwkomers, jonge (leerling-)verpleegkundigen en soms ook buitenstaanders als dienstweigeraars, die in het kader van hun vervangende dienstplicht en vanwege het personeelsgebrek tijdelijk in psychiatrische ziekenhuizen tewerk werden gesteld, hierbij een initiërende rol. In Endegeest bijvoorbeeld stelden dienstweigeraars rond 1970 de hiërarchische verhoudingen en het autoritaire inrichtingsklimaat aan de kaak, waarop ook verzet ontstond onder leerling-verpleegkundigen en zij meer inspraak eisten.[307] In St. Anna in Venray deden 'kritiese' verpleegkundigen zich gelden met hun pleidooi voor 'bewustwording' en democratisering. Zij benaderden de pers en haalden de landelijke dagbladen.[308] Ook veel aandacht van de media kreeg de kritiek van leerling-verpleegkundigen in St. Joris Gasthuis in Delft op de leiding van de inrichting, vooral toen een van hen ontslag kreeg aangezegd en dit in de openbaarheid aanvocht.[309]

Weliswaar behielden psychiaters vaak de eindverantwoordelijkheid en speelden zij de rol van primus inter pares, maar hun autoriteit was niet meer zo vanzelfsprekend als voorheen. In interdisciplinaire teams konden zij moeilijk meer op hun medische autoriteit en de gevestigde routines leunen. De bestaande hiërarchische gezagstructuur met artsen en hoofdverpleegsters aan de top werd doorbroken, onder meer als gevolg van het toegenomen aandeel van andere beroepsgroepen in de behandeling van patiënten en het gestegen opleidingsniveau van verpleegkundigen. De opkomst van de multidisciplinaire behandelfilosofie viel grotendeels samen met het streven naar democratisering.[310] Multidisciplinaire samenwerking en nieuwe behandelmethoden veronderstelden een collectieve verantwoordelijkheid van de behandelstaf en gingen samen met een relativering van formele deskundigheid: persoonlijkheid en visie legden evenzeer gewicht in de schaal als opleiding of plaats in de hiërarchie. De samenwerking van behandelaars met uiteenlopende disciplinaire achtergronden kon niet anders dan tot discussie over en reflectie op de uitgangspunten, methoden en doelstellingen van het therapeutisch handelen leiden. Dat gaf soms aanleiding tot spanningen en conflicten tussen de gevestigde psychiatrische beroepsgroep en de sociaal-psychologisch geschoolde nieuwkomers, maar er waren ook psychiaters die zich openstelden voor verandering of daartoe zelf het initiatief namen. Menig geneesheer-directeur ondersteunde vernieuwingsgezinde behandelaars of gunde hen het voordeel van de twijfel, althans zolang de tegenstellingen beheersbaar bleven.[311] Niet-medisch opgeleide behandelaars kregen zo meer ruimte

306 Van Ree 2007, 40.
307 Blok 1998c, 203-206.
308 Kroft 2005, 179-181; Marlet 2005, 356.
309 Slangen 1994, 174-176.
310 Van Ommen 1988, 92.
311 Van Ommen 1988, 96-99. Voorbeelden van vernieuwingsgezinde of tolerante leidinggevende psychiaters waren J.C. Noordzij in Santpoort, J. van Baar in Huize Padua, F. van Ree in Vogelenzang, A. Poslavsky in de Willem Arntsz Hoeve, J. Marlet in St. Anna in Venray en G. Mojet in Endegeest. Zie Vijselaar 1997d, 196; R. Wolf 1995, 28; Kuiper 1984, 376; Dankers en Van der Linden 1996, 103; Mens 2003, 221; Marlet 2005, 353-358; Blok 1998c; Van Ree 2007.

om nieuwe inzichten en methoden in de praktijk te beproeven. Tezamen met sociaal-psychologisch georiënteerde psychiaters konden psychologen en maatschappelijk werkers in de jaren zeventig in veel psychiatrische ziekenhuizen hun stempel drukken op het behandelbeleid. Als niet-medici hadden psychologen en maatschappelijk werkers het maatschappelijk klimaat mee. De socio- en psychotherapeutische behandelmethoden waarmee zij zich profileerden waren vaak op groepen gericht en mede daarom zichtbaarder en toegankelijker dan de therapeutische activiteiten van psychiaters. Vooral sociaal-wetenschappelijk opgeleide medewerkers wezen verpleegkundigen op de noodzaak van een andere bejegening en behandeling van patiënten om tegemoet te komen aan hun belevingswereld en sociaal-emotionele behoeften. Het zou traditioneel, hiërarchisch ingestelde artsen en oudere verpleegkundigen ontbreken aan sociale vaardigheden.[312]

Van groot belang was dat verpleegkundigen een substantiële rol kregen in de behandeling. In de jaren zeventig kwam in de psychiatrisch-verpleegkundige opleiding meer aandacht voor sociaal-psychologische en gedragstherapeutische vaardigheden. Psychiatrische verpleegkunde draaide niet langer alleen om de verzorging van, maar ook om de relatie en de communicatie met patiënten. Eerder hebben we gezien dat in het begin van de jaren zestig op initiatief van een aantal broeders in St. Willibrord, onder wie de opleider B-verpleging P. Stevens, nieuwe ideeën over de psychiatrische verpleging circuleerden.[313] Actiegroep Willem, opgezet door leerling-verpleegkundigen van de Willem Arntsz Stichting, streefde in 1970 met succes naar een vernieuwing van de opleiding en humanisering en democratisering van de zorg. In de eerste helft van de jaren zeventig werden wezenlijke veranderingen doorgevoerd in de opleiding. Niet alleen moesten de leerlingen leren reflecteren over hun eigen opstelling jegens groepen en later individuele patiënten en daarvan blijk geven in schriftelijke verslagen. Tevens verschoof het accent van medische en huishoudelijke zorgtaken naar gesprekstechnieken en andere sociale vaardigheden, waardoor zij door middel van groepsbegeleiding ook daadwerkelijk konden bijdragen aan de (sociotherapeutische) behandeling.[314] Soms werden verpleegkundigen die therapeutische taken vervulden, zelfs lid van de therapeutische staf.

In de jaren zeventig kwam de B-opleiding sterk in het teken van een psychotherapeutisch en emancipatoir ethos te staan. Kritische verpleegkundigen speelden een belangrijke rol in de psychiatrische tegenbeweging en zij ventileerden hun opvattingen vaak in de media en *De Gekkenkrant*. Hun werk raakte vermengd met hun persoonlijke leven, in het bijzonder met het streven naar zelfbevrijding en emancipatie. De jongere generatie (leerling-)verpleegkundigen verweet de oudere dat ze te weinig oog had voor de belevingswereld van de patiënten en de

312 Van der Klis 1993; Bambang Oetomo 1970; Bambang Oetomo 1974; vergelijk Van Ommen 1988, 86-87.

313 Zie 3.4, paragraaf 'Een katholieke broeder aan de wieg van psychiatrische verpleegkunde' en 3.4, paragraaf 'Het verpleegsterstekort'.

314 Blok 1998c, 203-206.

mogelijkheden om hun attitude en gedrag te veranderen. Veel ouderen daarentegen vonden dat de zorgtaken voor met name kwetsbare en chronische patiënten miskend werden. Overigens kwam een deel van de zorgtaken, zoals het schoonmaken en de voedselbereiding, in toenemende mate in handen van aparte civiele of huishoudelijke diensten, waardoor een deel van de traditionele werkzaamheden van de verpleging en ook van vrouwelijke patiënten verdween.[315] De strikte leefregels die vanouds voor verplegenden golden, zoals de verplichting om intern in het ziekenhuis te wonen, werden versoepeld of afgeschaft. Dat kon overigens ook een vermindering van de persoonlijke betrokkenheid bij de patiënten met zich meebrengen. Evenals de introductie van de zakelijker bedrijfsvoering en de uitbesteding van huishoudelijke diensten, droeg het een en ander bij tot het verdwijnen van het autarkische gemeenschapsleven van de inrichting. Sommige patiënten betreurden dit: de zekerheid en veiligheid die zij ontleenden aan een stabiele, afgesloten leefomgeving kwamen door de vele veranderingen vanaf de jaren zeventig op losse schroeven te staan.

De hiërarchische en rigide orde van het psychiatrische ziekenhuis stuitte op steeds meer weerstand. Vanaf de tweede helft van de jaren zestig veranderden de onderlinge verhoudingen en omgangsvormen, waardoor het dagelijkse leven losser werd. De uiterlijke tekens van orde en hiërarchie, de uniformen van het verplegend personeel en de witte jassen van de artsen verdwenen. Patiënten hoefden niet meer de grauwe, eenvormige gestichtskleding te dragen, maar kregen vanaf de jaren zestig, mede dankzij sociale uitkeringen, in steeds meer instellingen gelegenheid om hun eigen kleren te kopen. De strikte scheiding tussen de seksen, die in Wolfheze al in 1949 was doorbroken, werd in de loop van de jaren zestig en zeventig in vrijwel alle psychiatrische ziekenhuizen opgeheven. Door de afnemende afstand tussen artsen en het andere personeel, en tussen behandelaars en patiënten werd de dagelijkse omgang informeler. De dwang en routine van het inrichtingssysteem maakten plaats voor overleg en onderhandeling. Het personeel kreeg zeggenschap en inspraak door middel van de invoering van ondernemingsraden en werd bij de beleidsvorming betrokken. De autoritaire gezagsstructuur maakte plaats voor besluitvorming door middel van consensusvorming, wat de nodige overlegfora en vergadercircuits met zich meebracht. Huize Padua voerde naar het voorbeeld van het Joegoslavische model van arbeiderszelfbestuur zelfs een radensysteem in om alle personeelsleden bij de besluitvorming te betrekken.[316]

De democratisering van de interne verhoudingen in psychiatrische ziekenhuizen ging vaak met spanningen en soms met felle conflicten en geruchtmakende affaires gepaard. Deze werden mede in de hand gewerkt en op de spits gedreven door invloeden van buitenaf: de agitatie van de kritische beweging, de media-aandacht en politieke bemoeienis. Daarin raakten discussies over demo-

315 Van Els 2005, 223-224.

316 Verbeek 1982; R. Wolf 1995, 28.

cratisering, de organisatie van de zorg en het therapeutische regime onontwarbaar met elkaar verstrengeld en gepolitiseerd. Enkele psychiatrische ziekenhuizen raakten hierdoor jarenlang ontregeld, maar de van buitenaf aangewakkerde beroering kon ook de aanzet geven tot vernieuwing.

Een van de psychiatrische inrichtingen die onder vuur kwamen te liggen was het St. Joris Gasthuis in Delft. Nadat de geneesheer-directeur, P. van Wirdum, in 1974 de verspreiding van *De Gekkenkrant* in zijn instelling had proberen tegen te houden, deed een ex-patiënte in het blad een boekje open over de 'wantoestanden' die in het gasthuis zouden heersen. Ook bracht *De Gekkenkrant* een zwartboek uit over St. Joris Gasthuis. De leefomstandigheden van de patiënten en hun behandeling lieten veel te wensen over, terwijl het personeel vaak zijn toevlucht zocht tot het opsluiten van lastige patiënten in de isoleercel. De leiding van de instelling zou zich schuldig maken aan machtsmisbruik. Vooral Van Wirdums biomedische oriëntatie moest het ontgelden. In het biochemisch laboratorium zouden patiënten dienen als proefkonijnen ten behoeve van een promotieonderzoek van een van de medewerkers – een criminele praktijk volgens *De Gekkenkrant*. De beschuldigingen kregen aandacht van de landelijke pers en waren aanleiding tot vragen in de Delftse gemeenteraad, Provinciale Staten van Zuid-Holland en de Tweede Kamer. De golf van negatieve publiciteit liet Van Wirdum geen andere keuze dan ontslag te nemen. Een onderzoekscommissie stelde in 1977 vast dat hem ondemocratisch optreden viel te verwijten en dat onder zijn bewind de personeelsorganisatie en de behandeling van patiënten tekortschoten. Weggezet als autoritair representant van het medische model kon Van Wirdum op geen enkele steun meer rekenen en kreeg hij zelfs geen gelegenheid om zich te verdedigen. Het door hem opgezette laboratorium ten behoeve van farmacologisch onderzoek werd ontmanteld. In de daarop volgende jaren bleef het onrustig in St. Joris Gasthuis.[317]

Ook het naburige Deltaziekenhuis bij Rotterdam ondervond in de tweede helft van de jaren zeventig de gevolgen van kritische bemoeienis van buitenaf. Het begon ermee dat de psychiater A. Rengelink, hoofd van de afdeling sociale psychiatrie van de GG en GD, in een commissie van de gemeenteraad het ziekenhuis afschilderde als een volstrekt verouderde, geïsoleerde, massale en hiërarchisch georganiseerde instelling, vol met chronische verblijfspatiënten en met een gebrek aan therapeutische faciliteiten. In een speciaal themanummer van *De Gekkenkrant* over het Deltaziekenhuis doemde eenzelfde beeld op. Tegelijkertijd kwam onder invloed van de antipsychiatrie, de kritische patiëntenbeweging, linkse sociale wetenschappers en welzijnswerkers en een groep ontevreden jonge verpleegkundigen een actiegroep, de Deltaploeg, in het geweer om vernieuwingen in de instelling af te dwingen. Door de uitgave van een eigen blad probeerde de groep steun vanuit de samenleving te genereren. Naar aanleiding van in-

317 Slangen 1994, 170-174; vergelijk Pieters, Snelders en Houwaart 2006, 139-140.

terne onenigheid tussen een psychiater en een psycholoog over de invoering van (groeps)psychotherapie en een therapeutische gemeenschap op de open afdeling voor neurotische en licht-psychotische patiënten, die een selectief opnemingsbeleid met zich mee dreigde te brengen, traden vernieuwingsgezinde personeelsleden naar buiten. Zij deden hun beklag bij de gemeente, de Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid en de pers. Naar buiten toe werden de problemen afgeschilderd als een botsing tussen het autoritaire medische en het democratische sociale model.

Begin jaren tachtig zag het Deltaziekenhuis zich geconfronteerd met acties van de radicale en militante Werkgroep Psychiatrie Rotterdam, die sluiting van het ziekenhuis – 'Delta Dicht' – en een alternatieve, in de maatschappij geïntegreerde geestelijke gezondheidszorg voorstond. Met enig succes wist de werkgroep steun van de gemeente en de publieke opinie te mobiliseren. Zo kwam een wegloophuis tot stand dat tevens diende als actiecentrum. Het streven naar ontmanteling van het Deltaziekenhuis kon onder kritische hulpverleners overigens maar in beperkte mate op instemming rekenen: de meesten van hen vonden dat een vernieuwd ziekenhuis zeker bestaansrecht had. Het optreden van actiegroepen bracht wel met zich mee dat het gemeentebestuur een actief beleid ging voeren op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg. In 1982 presenteerde de wethouder een nota met een schets voor een grondige vernieuwing ervan: het Deltaziekenhuis zou moeten inkrimpen om deels plaats te maken voor kleinschalige klinische voorzieningen in de stad, beschermende woonvormen en ambulante voorzieningen. Het verzet van het ziekenhuis hiertegen was tevergeefs. Mede onder invloed van het landelijke beleid kon het niet anders dan de gemeentelijke nota onderschrijven en een nieuwe koers inslaan, waarin schaalverkleining, deconcentratie en gedeeltelijke extramuralisering van de zorg centraal stonden.[318]

In Amsterdam deed de kritische psychiatrie zich eveneens krachtig gelden en daarvan zou vooral het Provinciaal Ziekenhuis nabij Santpoort de ingrijpende gevolgen ondervinden. Amsterdam was de thuisbasis van *De Gekkenkrant* en kritische patiëntenorganisaties als de Cliëntenbond en Pandora. Toen het provinciebestuur van Noord-Holland eind jaren zeventig plannen presenteerde om in Amsterdam drie nieuwe psychiatrische ziekenhuizen te bouwen, deels ter vervanging van Santpoort, kwamen *De Gekkenkrant*, de patiëntenbeweging en het Wijkopbouworgaan Oud-West – de buurt waar een van de ziekenhuizen zou moeten verrijzen – in het geweer. Met steun van kritische hulpverleners, sociale wetenschappers en (ex-)patiënten ontwikkelden zij in 1982 een alternatief plan voor de vernieuwing van de Amsterdamse geestelijke gezondheidszorg op basis van kleinschalige, in de stad verspreide voorzieningen, een verschuiving van klinische zorg naar ambulante, sociaal-psychiatrische hulpverlening en een functionele scheiding tussen wonen, verzorgen, behandelen en beschermen.

318 Vijselaar 1999a, 123–136, 140–147, 158–166.

Dit 'Amsterdamse model' kreeg instemming van de CPN-wethouder voor maatschappelijke en gezondheidszorg, T. van den Klinkenberg, en van de door linkse politieke partijen gedomineerde gemeenteraad. Vervolgens wist het gemeentebestuur, dat formeel weinig bevoegdheden had op het terrein van de geestelijke gezondheidszorg, de provincie voor de plannen te winnen. In 1984 legden gemeente en provincie de uitgangspunten van het vernieuwingsbeleid in een samenwerkingsprotocol vast en gingen de betrokken instellingen voor geestelijke gezondheidszorg in nauwe samenspraak met het Amsterdamse Platform GGZ, waarin de diverse actie- en belangengroepen zich hadden verenigd, zich bezighouden met de concrete uitwerking ervan. In 1987 verscheen het rapport *Het Amsterdamse Model*, de uitwerking van de gemeentelijke nota van 1983 door een commissie onder leiding van de hoogleraar psychiatrie aan de Universiteit van Amsterdam, B. Gersons. Kleinschalige voorzieningen als beschermende woonvormen, psychiatrische dienstencentra voor kortdurende opname en deeltijdbehandeling alsook wijkteams voor sociaal-psychiatrische ondersteuning en crisisinterventie zouden de zorg voor alle Amsterdamse patiënten van het Provinciaal Ziekenhuis moeten overnemen. De ingrijpende plannen stuitten op verzet in Santpoort en kwamen niet alle tot uitvoering zoals voorzien, maar uiteindelijk zouden ze wel leiden tot de volledige ontmanteling van het ziekenhuis – het enige in Nederland dat mede als gevolg van de invloed van de kritische psychiatrie – in 2002 – zijn deuren zou sluiten.[319]

In Utrecht, waar een bruisende linkse protestcultuur bestond, richtte de kritische psychiatrie haar pijlen op de instellingen van de Willem Arntsz Stichting in de stad en in Den Dolder. Als gevolg van de steeds ingewikkelder organisatiestructuur van de Stichting, waaronder diverse, min of meer verzelfstandigde instellingen vielen, en de aanzwellende roep om democratisering deden zich vanaf het eind van de jaren zestig voortdurend bestuurlijke problemen voor. Een van de instellingen, de in 1969 verzelfstandigde afdeling voor verstandelijk gehandicapten Dennendal, werd begin jaren zeventig het middelpunt van felle conflicten, die zodanig escaleerden dat de regering zich in 1974 gedwongen zag om tot ontruiming van een paviljoen over te gaan en de bewoners tijdelijk elders onder te brengen. De Dennendal-affaire voltrok zich in een complex samenspel van een moeizaam intern hervormingsproces en invloeden vanuit de samenleving en bracht grote maatschappelijke en politieke commotie teweeg.[320]

Aanvankelijk kreeg de directeur van Dennendal, de psycholoog C. Muller, brede steun vanuit de Willem Arntsz Stichting voor zijn streven om de medisch-psychiatrische benadering van zwakzinnigen en het gesloten inrichtingsregime

319 Van Haaster en Van der Poel 1985; Schrameijer 1991; Van Eekhout 1991; De Natris 1991a; Dekker en Steeneveld 1991; Blok 1997d.

320 Over de Dennendal-affaire zie Dankers en Van der Linden 1996, 257-316 en Tonkens 1999, 101-185.

te vervangen door een sociaal-pedagogische aanpak in een open, in de maatschappij geïntegreerde leefgemeenschap. Vanaf 1970 ging Muller een stap verder. Verstandelijk gehandicapten moesten niet langer als zorgafhankelijke patiënten, maar op basis van gelijkheid als medemensen worden behandeld. Zij zouden niet minder, maar anders en in bepaalde opzichten zelfs beter zijn dan geestelijk gezonde mensen, aangezien zij hun ware zelf niet hadden onderdrukt ten behoeve van maatschappelijke aanpassing, maar een toonbeeld waren van authenticiteit en spontaniteit. In die zin was er heel wat van hen te leren: communicatie en identificatie met de verstandelijk gehandicapten zouden centraal moeten staan in de hulpverlening. Muller vond deskundigheid minder belangrijk dan persoonlijkheid, levenservaring, communicatieve vaardigheden en maatschappijvisie. Met de nieuwe personeelsleden die Muller als groepsleiders, activiteitenbegeleiders en creatief therapeuten aanstelde, waaronder dienstweigeraars, kwam de tegencultuur Dennendal binnen. De inrichting moest een informele, permissieve leefgemeenschap worden waar de bewoners – zowel de pupillen als de hulpverleners – de mogelijkheid kregen om zichzelf in alle vrijheid te ontplooien. Hiermee kwamen Muller en zijn aanhangers in conflict met verpleegkundigen die vonden dat de nieuwe benadering ten koste ging van de zorg en tot verwaarlozing leidde. Toen de *Telegraaf* in 1971 een artikel aan Dennendal wijdde waarin de indruk werd gewekt dat de inrichting was overgenomen door langharige hippies, die zich gezamenlijk met de verstandelijk gehandicapten overgaven aan drugsgebruik en vrije seks, ontstond de eerste crisis. De publiciteit leidde ertoe dat staatssecretaris Kruisinga van Volksgezondheid een commissie onder leiding van de psychiater N. Speijer een onderzoek liet uitvoeren. Deze verweet Muller eigengereid optreden en concludeerde dat de permissiviteit uit de hand was gelopen en verwaarlozing van pupillen met zich mee had gebracht. Daarop schorste het bestuur van de Willem Arntsz Stichting Muller en ook de geneesheer-directeur van de Willem Arntsz Hoeve, Poslavsky, die eindverantwoordelijkheid droeg voor Dennendal. Dit riep echter zoveel protesten op vanuit de Willem Arntsz Hoeve en de samenleving dat het bestuur zich gedwongen zag af te treden, waarop het nieuwe bestuur Muller en Poslavsky in hun functie herstelde.

Het eerste Dennendal-conflict resulteerde in een overwinning voor Muller en zijn aanhangers. Gesterkt door sympathiebetuigingen vanuit de samenleving en steun van geëngageerde linkse intellectuelen, journalisten en politici gingen zij voortvarend door op de ingeslagen koers en joegen ze hun tegenstanders nog verder tegen zich in het harnas. Door conflicten rond nieuwbouwplannen, die in de ogen van Muller en de zijnen het verfoeide medische model weerspiegelden, alsmede door bestuurlijke problemen en onoverbrugbare persoonlijke tegenstellingen liepen de spanningen in en rond Dennendal in de loop van 1973 opnieuw op. Toen het bestuur in 1974 een geschil binnen de staf van Dennendal aangreep om Muller te schorsen, bezette hij samen met enkele volgelingen het directiekantoor,

waarop de politie hem verwijderde en het bestuur hem op staande voet ontsloeg. Daarop gingen de 'Mullerianen' over tot bezettingsacties, de inrichting van een actiecentrum en de uitroeping van hun eigen Nieuw Dennendal met een eigen bestuur, waarin onder anderen de nieuw-linkse PvdA'ers B. Peper en P. Reckman, alsmede de journaliste R. Rubinstein zitting hadden.

In de eerste helft van 1974 stond Dennendal in het middelpunt van de publieke aandacht, waardoor de tegenstellingen zich nog verscherpten. De affaire werd het brandpunt van heftige discussies tussen links en rechts over het ideeëngoed van de protest- en tegencultuur met betrekking tot democratisering, antiautoritair verzet tegen de burgerlijke maatschappij, persoonlijke bevrijding en zelfontplooiing. Grote woorden werden daarbij niet geschuwd: aanhangers van Muller trokken vergelijkingen met de Tweede Wereldoorlog, met de verstandelijk gehandicapten in de rol van slachtoffers voor wie deportatie dreigde. Juist vanwege de symboolfunctie die Dennendal voor links vervulde en de verdeeldheid binnen de regering aarzelde het kabinet om in te grijpen en probeerde het maandenlang een compromis te bewerkstelligen. De PvdA-bewindslieden vreesden voor een aantasting van het progressieve imago van het kabinet. Na vier maanden van vruchteloos overleg, waarin de spanning in Dennendal door tal van incidenten verder opliep, ontruimde de politie in de zomer van 1974 met veel machtsvertoon een van de bezette paviljoens en werden de pupillen naar elders overgebracht.

Het waren niet zozeer de zorginhoudelijke hervormingen in Dennendal die tot de onoverbrugbare tegenstellingen leidden – voor een sociaal-pedagogische benadering van en een open leefklimaat voor verstandelijk gehandicapten bestond brede steun – als wel de door de tegencultuur gevoede politisering ervan. Muller en de zijnen raakten omstreden omdat ze de zorgvernieuwing verbonden met en, in de ogen van de tegenstanders binnen de Willem Arntsz Stichting, zelfs ondergeschikt maakten aan een radicale democratiserings- en zelfontplooiingsideologie. De controverse rond Dennendal raakte daardoor zwaar beladen met de ideologische tegenstellingen tussen progressief en behoudend Nederland. De ontruiming van Dennendal betekende niet dat wezenlijke veranderingen in de zorg voor verstandelijk gehandicapten werden teruggedraaid. Instellingen op dit terrein ontwikkelden zich in de loop van de jaren zeventig en tachtig steeds meer in de richting van open leefgemeenschappen, waarin geestelijk gehandicapten met de nodige (ortho)pedagogische ondersteuning werden gestimuleerd tot zelfstandigheid en contacten met de samenleving.

4.4 Patiënten, verpleging en behandeling

'Beelden van doorbraak en triomf van de geest'

In 1969 werd Jan ter Veld opgenomen in het psychiatrisch ziekenhuis Veldwijk bij Ermelo.[321] Zijn huisarts had daartoe besloten omdat de achttienjarige Jan zich voor anderen afsloot en nauwelijks communiceerde. Deze verwachtte binnen afzienbare tijd genezen te worden. 'Dat soort ideeën had ik bij de psychiatrie,' aldus Ter Veld, 'beelden van doorbraak en triomf van de geest en dan opgelucht naar huis.'[322] Dat pakte anders uit. Ter Veld verbleef drie jaar in Veldwijk, dat volgens hem veel weg had van een kazerne. Tijdens zijn verblijf sprak hij nauwelijks met een psychiater. Ter Veld zou aan een depressie lijden en kreeg daarvoor psychofarmaca voorgeschreven, te weten Tofranil, librium en Temesta. Vanwege hinderlijke bijwerkingen – Ter Veld kon naar eigen zeggen niet meer helder denken en hij verloor de controle over zijn spieren – hoefde hij deze na enige tijd niet meer te slikken. Verder bestond de behandeling voornamelijk uit bezigheids- en creatieve therapie.

_____ *Het hield in dat je kunstzinnig met klei kon werken, een tekening maken of wat tikken op een typemachine. [...] Het was een dagelijks opgevoerd toneelstukje, waarin mensen deden alsof ze met plezier weer op de kleuterschool zaten, omdat het hen beter zou maken. Het meest gekke is nog dat de hulpverleners werkelijk leken te denken dat het helpt.*[323]

Verder was het bestaan in Veldwijk uitermate gereguleerd. Op een bord in het kantoortje van de verpleegkundigen werd precies bijgehouden over welke vrijheden iedere patiënt beschikte, al naar gelang zijn gedrag. Het dagelijks leven verliep volgens een vast, voorspelbaar ritme.

_____ *Het hield in dat alle banale dingen die mensen gewend zijn te doen, zoals eten koken, schoonmaken en kleding wassen, geheel worden overgenomen door het ziekenhuis. Ze bepaalden alle essentiële keuzes: hoe laat je opstaat, of je eet, wat je eet, wanneer je gaat douchen, hoe laat je recreatief moet worden, enzovoorts. De macht over de persoon werd toegeëigend en verkocht als therapie. Je hoefde er alleen in mee te gaan om alles geheel automatisch te laten verlopen.*[324]

Het enige waar Ter Veld wel het nut van inzag waren groepsgesprekken onder leiding van een psycholoog, die in Veldwijk nogal uit de toon viel omdat hij zijn kinderen antiautoritair opvoedde. 'Die inkijkjes in de persoonlijke levens van mensen vond ik heel interessant, daar heb ik veel aan gehad.'[325] Hij begon zich af

321 Dit portret is gebaseerd op een interview van M. Louter met Ter Veld. Louter 2005, 89-101.
322 Louter 2005, 89.
323 Louter 2005, 90.
324 Louter 2005, 91.
325 Louter 2005, 92.

te vragen waarop de diagnose geestesziekte eigenlijk was gebaseerd. Was de scheiding tussen gezond en ziek wel te rechtvaardigen? Wat was het bestaansrecht van de psychiatrie eigenlijk? Ter Veld ging zich in psychologie verdiepen en las op een gegeven moment over de therapeutische gemeenschap De Viersprong in het Brabantse Halsteren. Dat wilde hij wel eens uitproberen. De staf van Veldwijk gaf toestemming en Ter Veld mocht zes weken op proef naar De Viersprong.

Het verschil met Veldwijk was groot. In de viersprong waren de bewoners zelf verantwoordelijk voor hun dagelijks leven, ze moesten zelf hun probleem formuleren en 24 uur per dag aan de oplossing werken. De patiënten, die selectief werden toegelaten en vooral aan neurotische of ontwikkelingsstoornissen leden, kregen geen medicijnen voorgeschreven; die zouden schadelijk zijn.

——— *Het idee was dat neurotische mensen onder druk van de samenleving niet in contact zijn gekomen met hun vrije ik. […] Om het op te lossen, moest je […] tot gedragsverandering komen. […] dus niet vluchten maar nu intensief op elkaar in blijven gaan en als je kwaad was, dat uiten door nu te schreeuwen of te gooien en noem maar op, dat werd heel erg aangemoedigd. De sfeer werd bewust zo gecreëerd dat er zo veel mogelijk emoties naar buiten konden komen.*[326]

Naast creatieve therapie, waarbij de gemaakte tekeningen en schilderijen minutieus werden geanalyseerd, bestond de behandeling uit psychodrama – 'met veel geluid en geschreeuw' op kussentjes slaan en veel gehuil –, groepstherapie en individuele psychotherapie. Ter Veld vond het allemaal 'heel mooi en interessant', maar tegelijkertijd 'ook heel zwaar'.[327]

——— *Alles was therapie, zelfs als je gewoon een boterham at. Alles werd geduid. […]*
Het zwaarst waren de een-op-een gesprekken met de therapeut. Hij zat mij met zijn armen over elkaar, achterovergeleund, minzaam aan te kijken. Hij zei eigenlijk geen woord maar pakte wat ik zei op en speelde het weer terug. Na een tijd wederzijds zwijgen, herinner ik me dat ik eens begon te vertellen waar ik mee worstelde. Dat mijn gevoeligheid voor de reacties van anderen wellicht stamde uit de tijd dat ik op school geplaagd werd om de kleding die ik droeg. Hij zei toen: 'Mmm, wat een raar truitje heb je nu aan.' Ik wist niet wat hij daar mee bedoelde, waarop het gesprek doodviel.[328]

Desondanks wilde Ter Veld graag in De Viersprong blijven, maar hij doorstond de proeftijd niet. Aangezien hij niet met de anderen meedronk als er 's avonds bier op tafel kwam – hij gaf de voorkeur aan chocolademelk – zou hij lijden aan een dwangmatige neiging om alles onder controle te houden, waardoor de toegang tot zijn onderbewuste werd belemmerd. 'Mislukt in de groep, heette het. Omdat het op proef was, kon ik weer terug naar Veldwijk.'[329] Achteraf zag Ter Veld ondanks alle verschillen een overeenkomst tussen Veldwijk en De Viersprong:

326 Louter 2005, 94.
327 Louter 2005, 93.
328 Louter 2005, 95.
329 Louter 2005, 96.

_____ *De Viersprong was totaal anders dan Veldwijk. Maar ook hier werd een oplossingsgerichte sfeer en doctrine aanvaard, haast als een sekte. Alles wat buiten jezelf lag, alles wat met samenleving te maken had, moest worden losgelaten. Ze richtten zich alleen op wat er in de persoon zelf gebeurde, alsof deze losstond van zijn omgeving en geheeld kon worden buiten die omgeving om. Wilde je enige aansluiting hebben in de groep, dan moest je hier in meegaan.*[330]

In Veldwijk had de psycholoog inmiddels een experimentele afdeling opgezet, waar hij de 'Transactionele Analyse' toepaste, met veel nadruk op communicatie en rollenspelen en eindeloze groepsgesprekken. Ter Veld ging steeds meer twijfelen aan de werkzaamheid van psychiatrische behandeling, vooral nadat vijf medepatiënten zelfmoord hadden gepleegd en hij kennis maakte met antipsychiatrische publicaties.

_____ *Ik zag dat ik echt niet verder kwam, of het zou ook mijn dood moeten worden. Ik las bij Foudraine dat mensen geen voorwerpen waren, bij Szasz over het fenomeen uitsluiting. Als ik wilde blijven leven, zou ik mijn eigen krachten moeten vinden. Ik ging 'nee' zeggen.*[331]

Ter Veld verliet Veldwijk en wist een eigen, hoewel wel wat eenzaam, bestaan op te bouwen. Nog één keer kwam het zover dat hij moest worden opgenomen, dit keer in de Jelgersmakliniek, die onder leiding stond van Bastiaans. Hij verbleef in 1973 elf maanden in deze, naar zijn zeggen, 'beetje intellectuele kliniek'.[332] Vooral de psychiaters-in-opleiding die hier stage liepen, zorgden voor 'een verfrissende invloed'.

_____ *Ook in de Jelgersma waren er afdelingen waar je kon kleien en schilderen, dat was de basis. Verder werden veel zaken weer voor je geregeld, zoals opstaan, eten klaar maken, waarna het tijd was voor je werk ofwel de therapie. Maar het was niet zo zwaar opgezet en er was veel ruimte om je eigen gang te gaan. Wel was er weer medicatie en het probleem dat ik gevangen zat achter een gesloten deur. Ik kreeg gesprekken met heel diverse psychiaters in opleiding, die mild waren: niet dat er van alles moest gebeuren of bereikt worden, meer een uitwisseling van dingen. Het kwam heel vrijblijvend over.*[333]

Ter Veld was onder de indruk van Bastiaans – 'een hele grote man van het ruw geborstelde type' die in de kliniek 'als een goeroe rondliep' – die in colleges voor personeel en patiënten uitlegde hoe mensen volgens hem in elkaar staken.[334] Bastiaans behandelde door de oorlog getraumatiseerde mensen met lsd en psychotherapie. Een dergelijke behandeling werd ook bij Ter Veld overwogen: aangezien hij tijdens zijn lagere schooltijd voortdurend was gepest zou hij ook een soort oorlogstrauma hebben opgelopen. Bij nader inzien achtten de behandelaars de

330 Louter 2005, 95.
331 Louter 2005, 98.
332 Louter 2005, 98.
333 Louter 2005, 99.
334 Louter 2005, 99.

risico's toch te groot en zagen ze ervan af. Hij verliet de Jelgersmakliniek met een arbeidsongeschiktheidsverklaring, waarmee hij een WAO-uitkering kreeg. Bastiaans nam persoonlijk contact op met Ter Velds woongemeente om een woning voor hem te regelen.

Met Ter Veld ging het verder niet slecht. Hij volgde het avondatheneum en zette zelfs een succesvolle videotheekketen op. Door zijn betrokkenheid bij de opzet van een 'inloophuis' voor psychiatrische patiënten bleef hij in contact met lotgenoten en kon hij zijn kritiek op de psychiatrie een constructieve wending geven.

——— *Daar worden geen problemen verzonnen waar ze vanaf moeten worden geholpen. Ik kom daar graag en ik ben ook aan veel misvattingen van deze samenleving gaan wennen. Maar waar ik nooit aan zal wennen, is dat de psychiatrie geen oog heeft voor wat in de samenleving geknakte mensen werkelijk zou helpen. Namelijk gewoon contact, natuurlijk contact. Zonder bijbedoelingen, zonder therapeutisch model waarin mensen ingepast moeten worden.*[335]

Ter Veld was een zelfbewuste patiënt die vraagtekens plaatste bij de routines van het psychiatrisch ziekenhuis en die zelf met het voorstel kwam om hem naar De Viersprong over te plaatsen. Hij verdiepte zich in psychologie en las antipsychiatrische publicaties. Wat in zijn verhaal ook opvalt is dat oude en nieuwe therapeutische regimes naast elkaar bestonden en dat psychiatrische instellingen onderling nogal verschilden. In De Viersprong kreeg hij te horen dat de wijze waarop hij in Veldwijk was behandeld, 'misdadig' was.[336] Het leefklimaat in de Jelgersmakliniek was veel losser en veel minder verplichtend dan in Veldwijk en De Viersprong.

Ook andere patiënten deden dergelijke ervaringen op. Constance H., bijvoorbeeld, die met 'eetproblemen' worstelde, meldde zich rond 1977 aan bij de psychotherapeutische gemeenschap Veluweland te Ederveen bij Veenendaal, waar ze in dagbehandeling kwam. Naast creatieve therapie bestond die vooral uit therapeutische groepssessies en individuele gesprekken. Verder werden haar familieleden bij de behandeling – gezinstherapie – betrokken. Dit alles bood naar haar gevoel echter geen soelaas. Via een verwijzing van haar huisarts werd ze vervolgens in de psychiatrische kliniek van het Academisch Ziekenhuis Utrecht opgenomen. Dat was heel wat anders dan Veluweland.

——— *Het AZU anno 1978 was een macaber oud gebouw in de binnenstad. [...] Eenmaal daar gaf een verpleegkundige me de huisregels en een rondleiding. Aan een centrale gang lagen Vrouwen 1 en 2, ofwel de open en gesloten afdeling. Verderop waren afdelingen voor de mannen. Ik kwam op de open te liggen, maar je hoorde het geschreeuw en gebonk vanaf de gesloten kant. Ik kende allerlei spookverhalen over psychiatrische ziekenhuizen, dat er psychopaten ronddwalen die*

335 Louter 2005, 100-101.

336 Louter 2005, 93.

mensen aanvliegen, en als je hoort hoe iemand tegen een deur trapt en schreeuwt: 'Ik wil eruit!' Dat klinkt heel bedreigend.

De slaapzaal was heel vreemd in tweeën gedeeld door een glazen wand. In elk deel stonden twaalf ijzeren bedden met grauwe dekens, zes tegen de muur en zes tegen die glazen wand, zodat je zo in elkaars bed kon kijken maar elkaar niet aanraken. Tussen de bedden zaten schotjes en nachtkastjes. Behalve de hele ernstige gevallen lag alles dwars door elkaar, kort- en langdurig en alle mogelijke ziektebeelden. Het ging officieel door voor een PAAZ, maar het was zeker niet progressief, qua aanpak leek het meer op een oud gesticht. Wel droeg iedereen gewoon zijn eigen kleren.[337]

Behalve uit medicijnen, die na iedere maaltijd werden uitgedeeld, bestond de behandeling uit arbeidstherapie, creatieve therapie en 'sociogroep'.

_____ *Wekelijks was er ook creatieve therapie van een beetje een wazige, wat excentriek geklede figuur met een baardje. Hij was controversieel, want hij benaderde je heel direct en verbond verklaringen aan wat je geschilderd had, heel gedetailleerde duidingen van alle keuzes die je wel en niet gemaakt had. Volgens hem had ik moeite om mezelf bloot te geven. [...]*

Verder was er drie keer in de week sociogroep [...] Met twee verpleegkundigen kon je daar onderlinge problemen bespreken, als je je aan iemand ergerde bijvoorbeeld. Het was een beetje therapieachtig, in de zin dat het aan je eigen initiatief werd overgelaten of je ging praten. Dus je kon heel lang je mond houden voordat je daar op werd aangesproken. Eén keer in de week zaten er ook stafleden bij, waarmee je meer praktische zaken kon bespreken, over de vieze toiletten en zo, dat was meer een klachtenuurtje.[338]

Met de vrouwelijke psychiater in opleiding met wie Constance H. gesprekken voerde, klikte het goed. Zij had het gevoel dat deze naar haar luisterde en zich in haar verplaatste. Toen die werd vervangen door een mannelijke arts-assistent, die haar veel afstandelijker bejegende, klapte ze weer dicht. Aangezien haar psychiater vond dat zij gehospitaliseerd dreigde te raken, werd zij met de diagnoses angststoornis, schizotypische persoonlijkheid en anorexia uit de Utrechtse kliniek ontslagen.

Nadat ze haar heil bij een 'bio-energeticus' en een psychiater op de Vrije Universiteit had gezocht, kwam Constance H. in 1985 in de Ursulakliniek in Wassenaar terecht. Deze instelling was gespecialiseerd in de behandeling van eetstoornissen.

_____ *De Ursula was een openbaring. Het was een nieuw gebouw, mooi gelegen in de bossen van Wassenaar, met een gezellige huiskamer, comfortabele één- en tweepersoonskamers, alles fris opgeschilderd met luie stoelen en huiselijke dingetjes aan de wand. Het intake-gesprek gaf al zo veel herkenning. De verpleger wist precies waar ik het over had, ook dingen waar ik niet over durfde te praten, voelde hij voor me aan. Het systeem van de Ursula was keihard, maar het werd inzichtgevend en sympathiek gebracht.*[339]

337 Louter 2005, 117.
338 Louter 2005, 119.
339 Louter 2005, 122.

Het beviel haar goed in deze kliniek, maar na zes maanden kreeg ze te horen dat ze niet langer kon blijven en dat haar psychische stoornissen dusdanig ernstig waren dat zij een intensieve behandeling in een therapeutische gemeenschap nodig had. Constance H. verhuisde daarop naar Santpoort om in de therapeutische gemeenschap Rijnland opgenomen te worden. Haar eerste indrukken van Santpoort waren niet opwekkend.

——— *De gebouwen leken stokoud, met weer van die hoge lange gangen en zalen, waar je eindeloos kon dwalen. Vergeleken met de Ursula was de opzet veel massaler en waren de ruimtes grauw en onvriendelijk, eigenlijk stond het me vanaf het begin tegen. Iedereen had vaste plaatsen en nieuwkomers kregen het bed dat was overgebleven. In mijn geval was dat bij drie of vier andere vrouwen, met als privacy een schotje.*[340]

De sociotherapie die zij hier kreeg was intensiever en ging dieper dan alle behandelingen die Constance H. voorheen had ondergaan. Vooral met psychodrama ging het er heftig aan toe. Veel hing af van het eigen initiatief. Patiënten moesten voortdurend doelen stellen, aan zichzelf werken en daarover verantwoording afleggen. 'Iedereen zat er toch op te wachten dat je veranderde. Als dat niet merkbaar was, kreeg je het te horen.'[341] Alles diende in de groep besproken te worden; individuele gesprekken, waaraan Constance H. behoefte had, wezen de sociotherapeuten af. Zij werd er alleen maar nog angstiger door dan ze al was. Een medepatiënt, met wie ze wel contact kreeg en over zelfmoord sprak, voegde de daad bij het woord. Na een jaar was duidelijk dat zij niet beter werd in de therapeutische gemeenschap. Ze kreeg zelfs te horen dat deze slecht voor haar was en dat zij daar nooit opgenomen had mogen worden. Het was beter dat zij enkele jaren helemaal niet in behandeling ging om tot rust te komen en 'een beetje te normaliseren'.[342]

Constance H. woonde de tien jaar daarop thuis behoudens korte opnamen in een crisiscentrum. In 1996 ging het weer mis en werd zij vanwege zelfmoordneigingen op de gesloten afdeling van het Utrechtse Willem Arntsz Huis opgenomen.

——— *Ik kwam op B4-achter, de gesloten opnameafdeling en daar had je het bekende beeld van heel veel afgesloten ruimtes en verpleegkundigen die met rammelende sleutels door de gang lopen. Op het eerste gezicht zag het er vrij grimmig uit, haveloze grauwe verf en een beetje viezig allemaal, zeker de toiletten. De slaapzalen varieerden van vier tot zes bedden, met alweer die schotjes ertussen. [...]*

De therapie leek haast te zijn afgeschaft in de negentiger jaren, er was niets aan arbeidstherapie en een rustig halfverplicht programma met een paar dingetjes, tekenen of een uurtje psychomotorische therapie, ze vonden het al snel te zwaar. Er was ook weinig personeel voor. [...]

Het meest heb ik daar aan de verpleegkundigen gehad. Ze luisterden en kwamen met opmerkingen waar ik echt iets mee kon, omdat ze persoonlijk op mij waren toegesneden. Verpleegkundi-

340 Louter 2005, 123.
341 Louter 2005, 125.
342 Louter 2005, 126.

gen bagatelliseren vaak hun eigen kunnen, de psychiaters zijn immers de echte experts want die hebben gestudeerd. Maar psychiaters dienen alleen om in een uurtje of wat je diagnose te stellen, en je geprotocolliseerde medicatie en therapie voor te schrijven. […] Terwijl de verpleegkundigen dagelijks dicht boven op je zitten, waardoor ze zicht hebben op wat goed voor je is en wat niet.[343]

Constance H. had wel langer in het Willem Arntsz Huis willen blijven, maar het ging om een crisisopname en na vier weken moest ze weer naar huis. Een jaar later werd ze nog een keer opgenomen, maar verder redde zij het met de nodige medicatie thuis.

Evenals in de egodocumenten van psychiatrische patiënten die in de jaren zeventig verschenen, klinken in de persoonlijke verhalen van Ter Veld en Constance H. voor de jaren zeventig typerende geluiden door.[344] Of zij zelf representatief waren voor de bevolking van de psychiatrische ziekenhuizen in de jaren 1965-1985 kunnen wij moeilijk nagaan. Wat de kenmerken daarvan betreft beschikken wij slechts over de globale gegevens van het *Patiëntenregistratie Intramurale Geestelijke Gezondheidszorg* van de Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid. Hiervoor is reeds aangegeven dat het aantal opnamen en ontslagen en derhalve ook de doorstroming sterk toenamen. Tussen 1978 en 1984 daalde de gemiddelde verblijfsduur van de patiënten die al dan niet genezen het ziekenhuis verlieten, van 9 naar 5 maanden en werd 80 procent van de opgenomen patiënten binnen een half jaar weer ontslagen.[345]

Via welke instanties kwamen zij in het psychiatrisch ziekenhuis terecht? De meesten waren door een SPD verwezen, maar de betrokkenheid van deze ambulante instelling liep tussen 1970 en 1985 wel terug van 47 naar 35 procent van het totaal aan verwijzingen. Ook het aandeel daarin van vrijgevestigde zenuwartsen en psychiaters kromp en wel van krap 19 naar nog geen 3 procent. Poliklinieken gingen wat dit betreft een steeds grotere rol spelen. Hun aandeel steeg van 5 naar 14 procent, terwijl dat van huisartsen stabiel bleef op 18 à 19 procent.[346]

De gemiddelde leeftijd van nieuw opgenomen patiënten daalde licht van 44 naar 43 jaar en onder hen waren, absoluut gezien, twintigers en dertigers het sterkst vertegenwoordigd. In relatieve zin, dat wil zeggen afgezet tegen hun aandeel in de totale Nederlandse bevolking, hadden zeventigplussers de grootste kans om in een psychiatrisch ziekenhuis terecht te komen.[347] Vrouwen waren

343 Louter 2005, 126.

344 Zie 4.2, paragraaf 'De psychiatrie onder vuur'; Parabirsing 2003.

345 Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid in samenwerking met de Nationale Ziekenhuisraad 1986, 5; NZR/Nationale Ziekenhuisraad – sectie geestelijke gezondheidszorg en SIG/Informatiecentrum voor de gezondheidszorg 1989a, 6.

346 Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid, Afdeling Onderzoek 1982, 16-17; Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1988b, 18.

347 Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid, Afdeling Onderzoek 1982, 11-12; Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid in samenwerking met de Nationale Ziekenhuisraad 1986, 5; Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1988b, 18.

licht oververtegenwoordigd, zowel onder de nieuw opgenomen patiënten als onder de ziekenhuisbevolking als geheel. Daarentegen overtrof onder de jongere patiënten, die tussen 20 en 40 jaar, het aantal mannen dat van vrouwen.[348] Onder de nieuw opgenomen patiënten vertoonde het aandeel van de gehuwden een aanzienlijke teruggang van bijna 48 naar 32 procent en dat van de niet-gehuwden (ongehuwde, gescheiden en verweduwde mensen) een sterke aanwas van 52 tot 68 procent. Deze stijging kwam voor een groot deel voor rekening van gescheiden mannen. Afgezet tegen hun aandeel in de bevolking als geheel was het aandeel van gescheiden patiënten 6 tot 7 keer zo groot als dat van gehuwden en andere ongehuwden.[349]

Wat de diagnoses van nieuw opgenomen patiënten betreft vertoonden de 'dementieën', 'andere organische aandoeningen' en 'oligofrenieën' (verstandelijke handicaps) een dalende tendens. Bedroeg hun aandeel in 1970 nog respectievelijk 10, 7 en 2,5 procent, in 1984 was dat respectievelijk 5, 3 en 1 procent. Het aandeel van de 'zuiver' psychiatrische stoornissen (psychosen, neurosen en persoonlijkheidsstoornissen) gaf in de jaren zeventig een toename te zien van 72 naar 77 procent, om vervolgens in de eerste helft van de jaren tachtig weer te dalen tot ongeveer 70 procent. Verslaafden vormden een steeds groter deel van de nieuwe patiënten, in 1970 ruim 8 en in 1984 bijna 13 procent. Opvallend is het sterk oplopende aandeel van de neurosen – van zo'n 11 tot 20 procent – onder de nieuw opgenomen patiënten in de jaren zeventig. Vrouwen waren hierbij, net als bij de 'affectieve psychosen', oververtegenwoordigd. Voor mannen gold dat bij 'schizofrenieën', 'verslavingen' en 'persoonlijkheidsstoornissen'. Over het algemeen kunnen we spreken van een bestendiging van de in de jaren vijftig en zestig voltrokken 'psychiatrisering' van het patiëntenbestand, maar dat nam niet weg dat er in de jaren zeventig nog altijd een aanzienlijk aantal verstandelijk gehandicapten en lijders aan dementie en 'andere organische aandoeningen' in psychiatrische ziekenhuizen verbleven. Terwijl lijders aan schizofrenie, ondanks een daling van hun aandeel van ruim 40 naar ruim 33 procent, de grootste diagnostische categorie onder de langer opgenomen patiënten bleven, kwamen verstandelijk gehandicapten op de tweede plaats, hoewel hun aandeel ook afnam, en wel van 19 procent tot ruim 13 procent. Het percentage van de mensen met dementie (7) en 'andere organische aandoeningen' (tussen 7 en 9) bleef stabiel.[350]

348 Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid, Afdeling Onderzoek 1982, 7, 9, 11; Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid in samenwerking met de Nationale Ziekenhuisraad 1986, 5, 7.

349 Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid, Afdeling Onderzoek 1982, 12; Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid in samenwerking met de Nationale Ziekenhuisraad 1986, 5.

350 Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid, Afdeling Onderzoek 1982, 16, 29; Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1988b, 18. Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid, Afdeling Onderzoek 1982, 29; vergelijk Vijselaar s.a. [1982].

De rechten van de patiënt

Tezamen met de groeiende invloed van de kritische patiëntenbeweging bracht de democratisering van het psychiatrisch ziekenhuis een verandering teweeg in de bejegening van patiënten en hun rechtspositie. Door de informalisering van de omgangsvormen verminderde de afstand tussen personeel en patiënten.[351] Het sociaal-psychologische behandelethos accentueerde het belang van hun belevingswereld en hun uitingen. Er werd meer dan voorheen met patiënten gecommuniceerd en ze kregen gelegenheid om hun opvattingen over de gang van zaken in het ziekenhuis te ventileren in gemeenschappelijke staf-patiëntvergaderingen, in patiënten- of bewonersraden en soms in eigen periodieken.[352] In Brinkgreven werd in 1966 op enkele afdelingen een begin gemaakt met het houden van groepsbesprekingen van patiënten en verpleegkundigen. In 1970 volgde de invoering van de zogenaamde open rapportage: het voorlezen van verpleegkundige rapportages over patiënten in de groep, een primeur in Nederland.[353] Deze door behandelaars ingevoerde vernieuwingen waren bedoeld om openheid en bespreekbaarheid te bewerkstelligen. Voor zover patiënten zich begonnen te roeren begon dat vaak met klachten over dagelijkse dingen, zoals het eten of het strenge leefregime.[354]

Patiënten kregen enige zeggenschap en inspraak: in de loop van de jaren zeventig kwamen in vrijwel alle psychiatrische ziekenhuizen, te beginnen met Coudewater in 1970, gekozen patiënten- of bewonersraden tot stand – in 1977 waren er 35[355] – die in 1975 een landelijk forum kregen met de Landelijke Patiëntenraaddagen en die zich in 1981 verenigden in de Stichting Landelijke Patiënten- en Bewonersraden. Daarnaast kwamen er klachtencommissies en -bureaus en ombudsmannen in psychiatrische ziekenhuizen. Vanaf 1982 werden er Patiëntenvertrouwenspersonen aangesteld, bij wie patiënten te rade konden gaan en klachten konden indienen. Deze functionarissen waren in dienst van de onafhankelijke door de Nationale Ziekenhuisraad, de Cliëntenbond en de Stichting Landelijke Patiënten en Bewonersraden gedragen Stichting Patiëntenvertrouwenswerk Geestelijke Gezondheidszorg.[356] Hoewel niet alle ziekenhuisdirecties deze bemoeienis van buitenaf toejuichten, omdat ze vreesden dat de verhouding tussen behandelaar en patiënt verstoord raakte, werd de aanstelling van een patiëntvertrouwenspersoon in 1985 verplicht gesteld.[357] Meer in het algemeen verbeterden de leefomstandigheden van veel patiënten, vooral door de schaalverkleining van de huisvesting, waardoor de leefgroepen kleiner werden en ver-

351 Wouters 1990.
352 Bakker 2002e, 262. Zie verder over de rechtspositie van psychiatrische patiënten: Laurs 1988; Legemaate 1991; Berghmans 1992.
353 Hogenstijn 2004, 107-108; Van der Klis 1993; Blok 2004.
354 Louter 2005, 134-135.
355 Pieters, Snelders en Houwaart 2006, 137; Blok s.a.b [1999], 52; Blok 2004, 143.
356 Staatstoezicht op de Volksgezondheid 1982b, 2; Staatstoezicht op de Volksgezondheid 1983, 72; Van der Reijden 1984, 17-18; Bakker 2002e, 262.
357 Huiskes en Van der Kroef 2002, 55-56.

blijfsafdelingen meer privacy toelieten.[358] Overigens bleven de daadwerkelijke verbeteringen vaak achter bij de verwachtingen: zoals we hebben gezien werd in de tweede helft van de jaren zeventig geconstateerd dat de huisvesting van veel psychiatrische patiënten te wensen overliet.

Zowel de overheid als de kritische beweging streefde naar een verbetering van de rechtspositie van de psychiatrische patiënt. Daarbij ging de aandacht aanvankelijk vooral uit naar de door velen als verouderd beschouwde Krankzinnigenwet van 1884. Al in 1955 was er een nieuw wetsontwerp opgesteld, maar dit belandde in de la. Nadat in 1970 de procedure met betrekking tot de rechterlijke machtiging en de inbewaringstelling was gewijzigd – patiënten kregen het recht om, als zij dat wilden, door de rechter gehoord te worden, tenzij dit vanwege hun geestelijke toestand niet mogelijk of medisch onverantwoord was – diende de regering in 1971 een wetsontwerp in bij de Tweede Kamer ter vervanging van de Krankzinnigenwet.[359] Dit Wetsontwerp Bescherming Geestelijk Gestoorden[360], dat in 1971 de benaming Wet Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen (BOPZ) kreeg, bevatte nieuwe regels met betrekking tot dwangopnamen in psychiatrische ziekenhuizen, waaraan begin jaren tachtig verpleeghuizen en instellingen voor verstandelijk gehandicapten werden toegevoegd. Terwijl volgens de oude Krankzinnigenwet dwangopname de regel en vrijwillige opname de – later toegevoegde – uitzondering was, gold het omgekeerde in het nieuwe wetsontwerp. De belangrijkste verandering bestond er uit dat het bestwilargument niet meer gold als legitimatie voor dwangopname en dat het gevaarscriterium centraal kwam te staan. Terwijl de Krankzinnigenwet bepaalde dat geesteszieken onvrijwillig mochten worden opgenomen als artsen en rechters oordeelden dat verpleging en behandeling hun eigen belang dienden, was dwangopname volgens de BOPZ alleen toegestaan als zij vanwege hun geestesstoornis een gevaar vormden voor zichzelf of anderen. Verder was de rechter voortaan verplicht om de onder dwang opgenomen patiënt, of diens vertegenwoordiger of raadsman, te horen en kregen de laatsten het recht om tegen de beslissing van de rechter in beroep gaan, desnoods tot aan de Hoge Raad.[361] Deze nieuwe regels betekenden geen fundamentele breuk met het uitgangspunt dat al sinds 1841 aan de Nederlandse krankzinnigenwetgeving ten grondslag lag. Daarin had niet de arts, maar de rechter immers formeel het laatste woord over dwangopnamen. Om de rechten van geesteszieken te waarborgen was de besluitvorming over dwangopnamen in handen gelegd van de onafhankelijke rechter en deze lijn werd met het wetsontwerp BOPZ alleen maar versterkt. Hiermee week Nederland in Europa samen

358 Blok 1998d, 253; vergelijk Van Jaarsveld 2005, 414.

359 Staatstoezicht op de Volksgezondheid 1976, 26-27, 29-30; Legemaate 1992; Lucieer 2005, 66, 78. Kortmann (1996, 145) beweert dat in 1970 het bestwilcriterium al werd vervangen door het gevaarscriterium als het om inbewaringstelling ging.

360 Slijkhuis 1996, 11.

361 Legemaate 1992; Kampen en Van Ewijk 1997; Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1994, 170.

met onder andere Duitsland en België af van landen als Engeland, Frankrijk en Zwitserland, waarin de geneeskundige verklaring de doorslag gaf bij dwangopnamen.[362]

Het eerste wetsontwerp van 1971 riep veel kritiek op van het parlement en van de patiëntenbeweging omdat daarin de belangen van patiënten onvoldoende tot hun recht zouden komen. Nadat de regering in 1976 een gewijzigd wetsontwerp aan de Tweede Kamer had voorgelegd, werd het in 1984 aangenomen. Tot een uitvoering van de nieuwe wet kwam het echter nog niet, omdat er problemen rezen in verband met de toepassing ervan op verpleeghuizen en instellingen voor verstandelijk gehandicapten. De vrees ontstond dat de rechterlijke macht overbelast zou raken vanwege het hoge aantal benodigde rechterlijke machtigingen. Voor de laatste twee soorten instellingen werd in een gewijzigd en in 1989 ingediend wetsontwerp een procedure buiten de rechter om, namelijk beoordeling door een indicatiecommissie, ingevoerd. De BOPZ verscheen in 1992 in het *Staatsblad* en werd in 1994 van kracht.[363]

Deels weerspiegelde de nieuwe wet een al veranderde praktijk. Zowel de vervanging van het bestwilargument door het gevaarscriterium als de hoorplicht kregen in feite al voor de daadwerkelijke invoering van de BOPZ door middel van internationale en nationale jurisprudentie rechtsgeldigheid. Enkele patiënten deden met succes een beroep op de *habeas corpus*-bepaling van het Europees Verdrag tot Bescherming van de Rechten van de Mens en de Fundamentele Vrijheden (1950), dat onvrijwillige vrijheidsberoving alleen toestaat als deze gewaarborgd wordt door rechtsregels en beroepsmogelijkheden. Zo diende een patiënt die in 1968 met een rechterlijke machtiging in een psychiatrisch ziekenhuis was opgenomen en keer op keer tevergeefs om ontslag had verzocht, in 1979 een klacht hierover in bij de Europese Commissie voor de Rechten van de Mens.[364] Het Europese Hof voor de Rechten van de Mens kwam tot het oordeel dat het *habeas corpus*-principe was geschonden omdat de rechtmatigheid van de opname niet naar behoren door de rechter was getoetst. Ook patiënten die er bij de Europese Commissie voor de Rechten van de Mens over klaagden dat zij bij de afgifte van een rechterlijke machtiging voor hun dwangopname niet door de kantonrechter waren gehoord, werden in het gelijk gesteld.[365] De rechter kon zich niet meer beperken tot het fiatteren van de medische verklaring, maar diende de patiënt te horen en diens individuele vrijheidsrechten in zijn oordeel te betrekken. De Hoge Raad bepaalde in 1982 dat een ontslagverzoek alleen door de rechter mocht worden afgewezen als er bij invrijheidstelling sprake zou zijn van een gevaar voor de

362 Legemaate 1992.

363 Staatstoezicht op de Volksgezondheid 1980, 7; Staatstoezicht op de Volksgezondheid 1984, 79; Laurs 1988, 47-50, 66-67, 80-101; Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1991b, 15-16; Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1993, 13, 25-28; Lucieer 2005, 66-67.

364 Legemaate 1992; Heidinga 1991.

365 Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1985, 70.

patiënt zelf, voor anderen of voor de algemene veiligheid van personen of goederen. Deze uitspraak, die de Hoge Raad enkele keren bevestigde, bezegelde de verschuiving van het bestwil- naar het gevaarscriterium.[366] Verder was de bepaling in de Krankzinnigenwet dat opname met een rechterlijke machtiging automatisch leidt tot wilsonbekwaamheid en verlies van het beheer over de eigen goederen naar het oordeel van het Europese Hof in strijd met Verdrag van Rome.[367]

Niet alleen internationale wetten en verdragen, maar ook de herziene Grondwet van 1983 stond op gespannen voet met de oude Krankzinnigenwet. De nieuwe Grondwet bevatte bepalingen omtrent de onaantastbaarheid van het lichaam, de eerbiediging van de persoonlijke levenssfeer, de bescherming tegen onrechtmatige vrijheidsontneming en de verplichting van de overheid om de volksgezondheid te bevorderen.[368] Onder verwijzing naar het grondrecht op de onaantastbaarheid van het lichaam oordeelde het Gerechtshof te Arnhem in 1988 dat het toepassen van dwangmiddelen op patiënten alleen in geval van uiterste noodzaak was toegestaan en medische dwangbehandelingen in het geheel niet geoorloofd waren. Deze uitspraak zorgde voor veel ophef in psychiatrische kring, maar bleef vooralsnog zonder directe gevolgen. Eerder had de Hoge Raad dwangbehandeling onder bepaalde omstandigheden namelijk wel aanvaardbaar geacht, een oordeel dat hij in 1988 nog eens onderstreepte met de uitspraak dat dwangmedicatie toelaatbaar was. De aard en strekking van de Krankzinnigenwet zouden met zich meebrengen dat een dwangopname mede ten doel had patiënten te behandelen, desnoods tegen hun uitdrukkelijke wil.[369] Volgens de Krankzinnigenwet lag dwangbehandeling in het verlengde van dwangopname, maar in de BOPZ werden deze van elkaar losgekoppeld. Volgens de nieuwe wet waren onder dwang opgenomen patiënten niet per definitie wilsonbekwaam en konden zij niet zomaar zonder hun toestemming aan een psychiatrische behandeling worden onderworpen. Als met een rechterlijke machtiging of inbewaringstelling opgenomen patiënten niet instemden met behandeling, was dwang alleen mogelijk als zij ook in het psychiatrische ziekenhuis een acuut gevaar voor anderen of zichzelf vormden. Alleen een 'noodtoestand' rechtvaardigde dwangbehandeling.[370]

Zoals gezegd zou de BOPZ pas in 1994 ingevoerd worden, maar in de praktijk hanteerden rechters al in de jaren zeventig en tachtig steeds vaker het gevaarscriterium als richtlijn voor dwangopnamen.[371] Tussen 1970 en 1985 was de stijging

366 Heidinga 1991, 186–188; Kortmann 1996, 145.

367 Staatstoezicht op de Volksgezondheid 1984, bijlage 1, 4.

368 Staatstoezicht op de Volksgezondheid 1984, bijlage 1, 5.

369 Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1990, 118; Kampen en Van Ewijk 1997; Heidinga 1991, 190–192.

370 Van Borssum Waalkes 1991a, 38.

371 Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1991b, 15; Kortmann 1996, 145. Volgens de Geneeskundige Inspectie voor de Volksgezondheid heerste er onder rechters ook verwarring over de precieze interpretatie van de Krankzinnigenwet, bestonden oude en nieuwe criteria naast elkaar en varieerde de toepassing ervan per arrondissement. Zie Staatstoezicht op de Volksgezondheid 1976, 26–27; Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1987, 67–68; Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1988a, 76–77.

van het aantal vrijwillige opnamen ruim drie keer zo groot als dat van de dwangopnamen. Deze toename werd in de hand gewerkt door de uitbreiding van het aantal open afdelingen van psychiatrische ziekenhuizen. Het aandeel van de dwangopnamen in het totaal van de psychiatrische opnamen daalde van ruim 20 naar 14 procent. Daarbij trad een opmerkelijke verschuiving op in de verdeling tussen rechterlijke machtigingen en inbewaringstellingen. Terwijl in 1970 twee derde van de dwangopnamen door middel van een rechterlijke machtiging tot stand kwam, gold dat in 1985 nog maar voor een derde. Twee derde van de dwangopnamen bestonden toen dus uit inbewaringstellingen. Van dwangopname werd blijkbaar in toenemende mate gebruikgemaakt om een oplossing te bewerkstelligen voor acute crisissituaties waarin sprake was van gevaar voor de patiënt zelf of diens omgeving.[372] Ook het profiel van de onder dwang opgenomen patiënten wijst in die richting. Het ging overwegend om jongvolwassenen tussen de twintig en veertig jaar met een psychotisch ziektebeeld, waarbij mannen, alleenstaanden, werklozen, etnische minderheden en bewoners van de drie grootste steden oververtegenwoordigd waren. Hun sociaal-economische status was over het algemeen laag en de meesten hadden eerdere opnamen achter de rug.[373] Overigens zijn er aanwijzingen dat de procedure voor inbewaringstellingen in de praktijk niet altijd aan de vereiste juridische zorgvuldigheidseisen voldeed. De Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid maakte herhaaldelijk gewag van burgemeesters die aan psychiaters voorgetekende formulieren ter bekrachtiging van een inbewaringstelling ter beschikking stelden, waardoor deze min of meer de vrije hand kregen bij beslissingen over dwangopnamen.[374]

In haar Memorie van Toelichting bij het Ontwerp BOPZ had de regering nagelaten expliciet de rechtspositie van opgenomen psychiatrisch patiënten aan de orde te stellen, laat staan om deze in het wetsontwerp te regelen. Sommige Kamerleden achtten dit wél nodig, temeer nadat de Hoge Raad zich in 1974 en 1975 had uitgesproken tegen medische dwangbehandeling van een TBR-gestelde. Kamerleden vonden dat dit ook moest gelden voor psychiatrische patiënten in het algemeen. Gesteund door de groeiende onvrede in de Tweede Kamer over de gebrekkige rechtspositie van zowel vrijwillig als onder dwang opgenomen psy-

372 Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid in samenwerking met de Nationale Ziekenhuisraad 1986, 5; vergelijk Staatstoezicht op de Volksgezondheid 1976, 27; Staatstoezicht op de Volksgezondheid 1978, 145; Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1989, 109; Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1990, 102; De Graaf 1977; Klein Ikkink, Wierdsma en De Graaf 1991, 403; Brook 1985, 495, 504. Over het verschil tussen de rechterlijke machtiging en de inbewaringstelling zie 1.4, paragraaf 'De tweede Krankzinnigenwet'.

373 Klein Ikkink, Wierdsma en De Graaf 1991, 393, 405. Terwijl het aantal psychiatrische dwangopnemingen in Nederland gemiddeld tussen 21 en 26 per honderdduizend inwoners bedroeg, varieerde dat in de drie grootste steden tussen dertig en vijftig.

374 Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1986, 8; 75; Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1988a, 12; Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1989, 19-20, 52.

chiatrische patiënten diende VVD-kamerlid D. Dees in 1975 een motie in met het verzoek aan de regering om hierin verandering te brengen. De motie werd met algemene stemmen aangenomen.[375] Daarop stelde de regering in hetzelfde jaar de Werkgroep Rechtspositie Patiënten in Psychiatrische Ziekenhuizen in onder voorzitterschap van de Groningse hoogleraar Van Dijk. De werkgroep vatte zijn taak breed op: niet alleen de formele rechtspositie, maar ook het recht op goede zorg en leefomstandigheden kreeg aandacht. In zijn eerste rapport, dat in 1977 verscheen, wees de werkgroep op de slechte bouwkundige toestand van psychiatrische ziekenhuizen en de bij algemene ziekenhuizen achterlopende personeelsbezetting.[376]

In 1979 publiceerde de werkgroep de resultaten van een enquête naar dwangbehandelingen in veertig psychiatrische ziekenhuizen, die een enorme commotie veroorzaakten. Er kwamen gevallen van sterilisatie en castratie en toepassing van de elektroshock zonder toestemming van betrokkenen aan het licht. Een en ander gaf aanleiding tot een spoeddebat in de Tweede Kamer. In het jaar daarop presenteerde de werkgroep zijn eindrapport, dat de basis vormde voor de wet- en regelgeving die in de jaren tachtig en negentig tot stand kwam om de rechtspositie van psychiatrische patiënten te versterken.[377] Vooruitlopend op de wettelijke vastlegging van patiëntenrechten werden nog in hetzelfde jaar in het Besluit normen en algemene voorwaarden voor erkenning van ziekenhuizen, waarop de ABWZ-financiering was gebaseerd, bepalingen opgenomen die hierop betrekking hadden, zoals het recht op informatie over de behandeling, de bewegingsvrijheid, de bezoekregeling, de bescherming van de privacy en de toepassing van dwang.[378] In de nota *Patiëntenbeleid* (1981) en de *Nieuwe Nota Geestelijke Volksgezondheid* werd gewezen op de wenselijkheid van gelijkwaardigheid tussen hulpverlener en patiënt, een goed verankerde rechtspositie van de patiënt en diens medezeggenschap ten aanzien van de kwaliteit van de zorg.[379]

De Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid schaarde zich achter het streven naar verbetering van de positie en de behandeling van patiënten. In de verslagen van de Inspectie over de jaren zeventig en tachtig kregen de rechtspositie van psychiatrische patiënten, de toenemende klachten over hun behandeling en de kwaliteit van de zorg veel aandacht. De Inspectie signaleerde dat de klachten die zij ontving over het functioneren van de geestelijke gezondheidszorg voor het merendeel betrekking hadden op de psychiatrische ziekenhuizen. Vooral de slechte huisvesting en hygiëne, het gebrek aan zorg, de ontoereikende behandelmethoden en de toepassing van dwang riepen protesten op.[380]

375 Laurs 1988, 47.
376 Binneveld en Wolf 1985, 197–198; Laurs 1988, 51–58.
377 Staatstoezicht op de Volksgezondheid 1978, 3; Staatstoezicht op de Volksgezondheid 1979, 2, 4–5; Staatstoezicht op de Volksgezondheid 1981, 60.
378 Staatstoezicht op de Volksgezondheid 1984, 74.
379 Van der Reijden 1984, 18.
380 Staatstoezicht op de Volksgezondheid 1976, 187–188; Staatstoezicht op de Volksgezondheid 1981, 57; Staatstoezicht op de Volksgezondheid 1982b, 10–11, 35; Staatstoezicht op de Volksgezondheid 1983, 71; Staatstoezicht op de Volksgezondheid 1984, 77.

Om de rechten van patiënten te versterken en ook om orde te scheppen in de veelheid aan rechtsbronnen – internationale verdragen, de grondwet, jurisprudentie en regelgeving – achtte de Inspectie hiervoor wetgeving nodig.[381]

Aan de toegenomen gevoeligheid voor en weerstand tegen dwang kwam de regering in 1978 tegemoet met de herinvoering van de sinds het eind van de jaren dertig ogenschijnlijk in onbruik geraakte registratie van de toepassing van dwangmiddelen en -maatregelen.[382] De Commissie Van Dijk had een jaar eerder in haar eerste interim-rapport geconstateerd dat de verplichting om dwangmiddelen te registeren vrijwel nergens meer werd nageleefd. Daarop eiste de Tweede Kamer van de Staatssecretaris van Volksgezondheid en Milieuhygiëne dat hierin verandering kwam. Met ingang van 1 januari 1979 verplichtte de Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid de psychiatrische ziekenhuizen tot een nieuwe dwangmiddelenregistratie. Op het meldingsformulier waren de dwangmiddelen een stuk ruimer gedefinieerd dan voorheen. Het ging de Inspectie nu niet langer alleen om dwangmiddelen die tegen de wil van de patiënt werden toegepast. Ook als de patiënt met de toepassing had ingestemd was registratie vereist. Dwang omvatte een beperking van de bewegingsvrijheid in de vorm van separatie, fixatie met Zweedse band, dwangjak, spanzeil en dergelijke, alsook een verbod van langer dan een week om zich vrij op het terrein van de instelling of daarbuiten te bewegen.[383] Ook beperkingen in het ontvangen van bezoek, in het telefoneren en in het corresponderen vielen nu onder de definitie van dwang. Gedwongen voeding en medicatie hoefden echter niet te worden geregistreerd. Verder schreef de Inspectie voor dat niet alleen vastgelegd moest worden wie tot de middelen en maatregelen besloten had – formeel altijd een arts –, maar ook wie met welke functie deze had uitgevoerd. Hiermee kregen ook verpleegkundigen een eigen verantwoordelijkheid op dit terrein.[384] Het nieuwe dwangmiddelenregistratieformulier voldeed echter niet. Psychiatrische ziekenhuizen vonden het te veel werk om álles wat met dwang te maken had vast te leggen. Zij verwierpen de verplichting om ook dwangmiddelen die met instemming van de patiënt toepassing vonden te registreren, omdat dit loze bureaucratie in de hand zou werken. Bovendien meenden de directies dat het nieuwe formulier te weinig mogelijkheid bood om het motief tot dwangtoepassing weer te geven. Inzicht in het waarom van dwangtoepassing werd daardoor niet verkregen en in

381 Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1987, 68; Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1988a, 75.

382 Aangezien de inspecteurs niet meer in staat waren regelmatig de inrichtingen te bezoeken en de registers daar in te zien, verzocht het Staatstoezicht de inrichtingen in 1936 om maandelijkse toezending van een afschrift van het register. Eind jaren zeventig bleek dat veel directies niet meer voldeden aan de wettelijke verplichting tot registratie. Van de Klippe 1986, 16-24; Lucieer 2005, 78; Aan de Stegge 2005a, 342-347; vergelijk 2.3, paragraaf 'Gestichtsgeneesheren verenigd'.

383 De zogenaamde Zweedse band staat hier voor de eerste keer op een officiëel document van de Inspectie vermeld, maar moet volgens Aan de Stegge (proefschrift in voorbereiding) in de jaren vijftig in Nederland geïntroduceerd zijn.

384 Koetser 1984, 33.

die zin achtten zij de registratie als beleidsinstrument nutteloos. Onder invloed van publiciteit over een zeer langdurige isoleerbehandeling op St. Bavo dwong de Tweede Kamer de Staatssecretaris door middel van een motie om te komen tot een beter registratiesysteem.

In 1985 presenteerde de Inspectie wederom een nieuw modelregister 'Middelen en Maatregelen', dat in 1988 werd ingevoerd.[385] Onder dwang verstond de Inspectie vastbinden, separatie en toediening van medicijnen zonder instemming van de patiënt. De Inspectie gaf twee redenen voor de registratie. Ten eerste kon zij hiermee de belangen van patiënten beter bewaken. Ten tweede zou de registratie in psychiatrische ziekenhuizen moeten leiden tot een bezinning op de noodzaak, het nut en de effecten van dwangmiddelen, een vergroting van het verantwoordelijkheidsbesef en de invoering van zorgvuldige procedures. Op deze manier, zo redeneerde de Inspectie, zou de toepassing van dwang minder vanzelfsprekend en minder frequent worden.[386] Niet alle ziekenhuizen voerden de registratie naar tevredenheid van de Inspectie uit. Zo bleek dat niet altijd de nodige zorgvuldigheid werd betracht bij de toepassing van dwang. Ook constateerden de inspecteurs herhaaldelijk dat sommige instellingen gebruikmaakten van verouderde, ongeschikte separeerverblijven.[387] 'Deze hokken dragen de naam separeerverblijven geheel ten onrechte. Eigenlijk zijn het ouderwetse strafcellen die men op de televisie nog wel eens in horror-series kan aanschouwen.'[388] Vanwege de toegenomen aversie tegen vastbinden nam het aantal separaties toe, zo constateerde de Inspectie. Zij achtte isolatie een minder ingrijpende maatregel dan fixatie.[389] Wel moest worden gewaakt voor oneigenlijke toepassing van separatie in verband met een gebrek aan personeel om toezicht op agressieve patiënten uit te oefenen en hen te begeleiden.[390] Ook zouden verpleegkundigen in veel instellingen ten onrechte zelfstandig, zonder betrokkenheid van psychiaters, tot separatie van patiënten overgaan.[391] De Inspectie leek welwillender te staan tegenover de toepassing van dwangmedicatie, omdat deze de noodzaak om andere dwangmiddelen te gebruiken, kon wegnemen. Het afzien van een farmaceutische dwanghandeling was volgens de Inspectie doorgaans niet in het belang van patiënten.[392]

385 Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1985, 93; Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1989, 20.

386 Staatstoezicht op de Volksgezondheid 1980, 4; Staatstoezicht op de Volksgezondheid 1981, 3-4, 58-59.

387 Staatstoezicht op de Volksgezondheid 1982b, 45, 49; Staatstoezicht op de Volksgezondheid 1984, 77-78; Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1988a, 17.

388 Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1989, 21.

389 Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1988a, 17, 25-26; vergelijk Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1987, 18-19. Overigens was in de Nederlandse inrichtingen al vanaf het eind van de negentiende eeuw sprake van een voorkeur voor separatie boven andere vormen van dwang. Zie 2.3, paragraaf 'Gestichtsgeneesheren verenigd'.

390 Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke-Volksgezondheid 1989, 21.

391 Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1993, 138.

392 Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1989, 50.

De Geneeskundige Inspectie voor de Volksgezondheid vaardigde in 1985 richtlijnen uit voor de toepassing van de elektroconvulsietherapie. Naar aanleiding van de felle protesten tegen deze behandeling hadden de NVP en een commissie van de Gezondheidsraad al eerder, in 1978 en in 1983, aanbevelingen gedaan om het gebruik ervan niet volledig uit te bannen, zoals de kritische beweging eiste, maar aan strikte voorwaarden te binden. De regering onderschreef deze benadering, waarop de Inspectie de voorwaarden specificeerde: elektroshock diende beperkt te worden tot de behandeling van stoornissen als ernstige depressie en letale katatonie, waarbij andere therapieën geen soelaas boden; twee psychiaters moesten de indicatie voor de behandeling stellen; de patiënt moest er toestemming voor geven en diende erover geïnformeerd te worden; alleen enkele daartoe aangewezen klinieken met de nodige expertise mochten shocken en het was verplicht om behandelingen aan de Inspectie te melden.[393]

Niettegenstaande haar bekommering over dwang, plaatste de Inspectie kritische kanttekeningen bij een juridische invulling van patiëntenrechten op basis van principes als zelfbeschikking en mondigheid. De nadruk op autonomie zou in het geval van geestelijk gestoorde mensen, die vaak in het geheel niet over het vermogen tot kiezen beschikten, tot verwaarlozing kunnen leiden en stond ook op gespannen voet met de wenselijkheid van adequate psychiatrische behandeling. In dit verband sprak de Inspectie zich herhaaldelijk uit tegen een enge interpretatie van het gevaarscriterium in het wetsontwerp BOPZ, teneinde te voorkomen dat onwillige geesteszieken van opname en behandeling verstoken bleven. Gevaar zou ook betrekking moeten hebben op zelfverwaarlozing en verloedering.[394] De Inspectie vertolkte de gemengde gevoelens die de BOPZ in de psychiatrische wereld opriep. Zo betoogde de psychiater M.H. Cohen Stuart in 1982 dat het gevaarscriterium de arts in de uitvoering van zijn primaire taak, therapeutische behandeling, dreigde te belemmeren. In tegenstelling tot het bestwilprincipe van de oude Krankzinnigenwet gaf bij dwangopnamen niet meer de noodzakelijke behandeling, maar de bescherming van de autonomie van de patiënt en de veiligheid van de samenleving de doorslag. Deze oogmerken behoorden niet tot de competentie van de psychiater. En als geesteszieken eenmaal onder dwang waren opgenomen, konden zij behandeling weigeren. Op deze manier was het volgens Cohen Stuart niet denkbeeldig dat psychiaters de rol van gevangenisbewaarder opgedrongen kregen.[395] Andere psychiaters wezen er ook op dat steeds meer ernstig gestoorden als gevolg van de BOPZ mogelijk in het justitiële circuit terechtkwamen, omdat ze niet tijdig onder dwang zouden worden opgenomen.[396]

393 Rooijmans 1978; Nolen 1999; vergelijk Staatstoezicht op de Volksgezondheid 1984, 78-79.

394 Staatstoezicht op de Volksgezondheid 1984, 3, 99, Bijlage 1, 2; Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1985, 1, 60-66, 70; Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1988a, 25; Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1990, 11; vergelijk Van Borssum Waalkes 1991a, 39-40.

395 Cohen Stuart 1982.

396 Brook 1985.

Net als veel psychiaters leek de Inspectie meer waarde te hechten aan de waarborging van therapeutische behandeling en de kwaliteit van de zorg dan aan zelfbeschikking. Zo moest dwangmedicatie, in het eigen belang van de patiënt, mogelijk blijven. Vanaf het midden van de jaren zeventig schonk de Inspectie in haar jaarverslagen veel aandacht aan de kwaliteit van de zorg en moedigde zij de zorgaanbieders aan deze te verbeteren. Al in 1968 had de geneesheer-directeur D. Jacobs in zijn proefschrift over de 'beleidspsychiatrie in het psychiatrisch centrum' een gedetailleerde opsomming gegeven van de aspecten waarop kwaliteit betrekking kon hebben, van goede diagnostiek en behandeling en het aantal gediplomeerde verpleegkundigen tot aan de huisvesting, de kleding en vrijetijdsbesteding van patiënten.[397] De Inspectie maakte in het midden van de jaren tachtig een begin met het formuleren van zogenaamde referentiekaders. Dit waren criteria aan de hand waarvan de kwaliteit van de zorg te meten en te controleren was. Het ging hierbij om zaken als de bereikbaarheid, toegankelijkheid, accommodatie, organisatie en het personeelsbestand van instellingen, het opleidingsniveau van hulpverleners, de bejegening van patiënten, de mate waarin deze over de behandeling werden geïnformeerd, betrokken werden bij de besluitvorming en zij hun rechten konden uitoefenen, alsook de protocollering en procesbewaking van de therapeutische behandeling en de eventuele toepassing van dwang. Het veld ontving de referentiekaders met gemengde gevoelens: hulpverleners ervoeren de kwaliteitstoetsing vooral als een toenemende regulering van hun werk.[398]

Van massaliteit naar individualiteit: ervaringen van een psychiatrische verpleegkundige

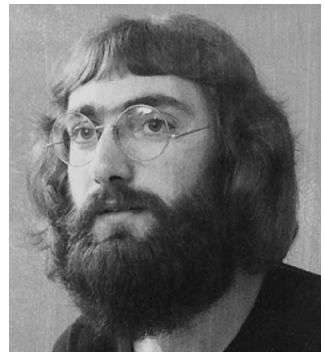
In 1968 besloot Anton van Rijswijk, toen achttien jaar, te reageren op een advertentie in de *NCRV-gids*, waarin de kliniek voor epilepsiepatiënten Meer en Bosch te Heemstede om kandidaten voor de B-opleiding vroeg.[399] Hij had één jaar mulo en drie jaar grafische opleiding gevolgd en werkte in het drukkersvak. Zijn sollicitatie was mede ingegeven door zijn wens om het ouderlijk huis te verlaten. De psychiatrie bood mannelijke verplegers internaat en daarnaast een opleiding, salaris, pensioen en carrièreperspectieven. Het hoofd van de mulo in zijn geboorteplaats

397 Jacobs 1968, 181–251.

398 Staatstoezicht op de Volksgezondheid 1976, 17–18, 24; Staatstoezicht op de Volksgezondheid 1978, 4; Staatstoezicht op de Volksgezondheid 1979, 4; Staatstoezicht op de Volksgezondheid 1982a, 3; Staatstoezicht op de Volksgezondheid 1984, 1; Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1985, 73-74; Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1988a, 86; Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1989, 98; Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1990, 99–102; Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1991b, 132–136; Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1992, 145–154; vergelijk Cremers 1983; Lucieer 2005, 61.

399 Het volgende portret is gebaseerd op een interview van G.J.C. aan de Stegge met Van Rijswijk. Zie verder: Aan de Stegge, proefschrift in voorbereiding, hoofdstuk V.

Anton van Rijswijk, circa 1970.



Ermelo gaf hem een verklaring dat hij één jaar mulo met succes had afgesloten. Op basis van die verklaring werd hij toegelaten, onder voorwaarde dat hij gedurende het eerste jaar naast zijn B-opleiding ook nog herhalingsonderwijs zou volgen in rekenen, Nederlandse taal en godsdienst.

Meer en Bosch, gelieerd aan de psychiatrische inrichting Vogelenzang te Bennebroek, bezat een partiële opleidingsbevoegdheid voor het B-diploma. Na drie jaar mochten B-leerlingen, mede op basis van enkele maanden praktijk in Vogelenzang, opgaan voor het B-diploma. Tijdens de opleiding moesten zij hard studeren en veel vakken volgen: verpleegkunde, geestelijke vorming of godsdienst, anatomie, pathologie, ziekteleer, psychologie, neurologie, psychiatrie en creatieve vorming.

——— *We moesten complete boeken uit het hoofd kunnen reproduceren. Het belangrijkste daarvan was het Algemeen Leerboek voor het verplegen van Geestes- en Zenuwzieken van Hamer en Tolsma. Een schitterend naslagwerk over lichaam en geest, een soort Bijbel voor de psychiatrische verpleging. Het was goed ingedeeld en alles stond erin, tot en met EHBO. Een aanvullend boek over ontwikkelingspsychologie leerde ons het nodige over de ontwikkeling van (epileptische) kinderen.*

Van Rijswijk werd te werk gesteld op een afdeling met slaapzalen voor dertig personen. Al snel verhuisde deze afdeling naar een nieuwbouwlocatie in Vijfhuizen.

——— *Dat was een verademing. Plotseling woonden onze patiënten in kleine units met huiskamers voor twaalf personen en slaapkamers voor één, twee tot maximaal vier personen. De vloeren waren hier zwevend en van hout, zodat de patiënten bij het vallen minder verwondingen zouden krijgen. De patiënten leefden op. In Vijfhuizen hadden ze een stuk minder conflicten met elkaar en met de verpleging dan voorheen. Ik concludeerde daaruit dat patiënten die onvrijwillig bij elkaar zitten, genoeg privacy moeten hebben. Hebben ze dat niet, dan kunnen ze elkaar na een paar jaar niet meer luchten of zien.*

In de drie jaren dat ik werkte op Meer en Bosch, hoorde ik meermalen geruchten dat leerlingen in Vogelenzang vooral op chronische afdelingen werden ingezet. Ik had de indruk dat ik daar niet genoeg zou leren. Mijn vriendin, ook leerling, dacht er precies zo over. Samen met haar en een paar andere collega's besloot ik mijn B-opleiding elders af te ronden. Onze keus viel op Bloemendaal te Loosduinen. Dit bleek niet de gemakkelijkste weg. De B-opleiding van Bloemendaal telde onze drie ervaringsjaren op Meer en Bosch als anderhalf jaar en eiste van ons dat we nòg eens anderhalf jaar praktijkervaring op zouden doen. Door die eis moesten wij dus viereneenhalf jaar over onze B-opleiding doen. Daardoor kregen we ook viereneenhalf jaar een leerlingensalaris uitbetaald. Toch heb ik er nooit spijt van gehad. Zodra ik in Loosduinen de eerste 'schizofrene' patiënt had gezien, besefte ik hoe volstrekt ontoereikend mijn kennis was. Ik moest meer en vooral ándere dingen leren dan op Meer en Bosch mogelijk was geweest.

In Loosduinen kregen we anders les. Ik kan me bijvoorbeeld herinneren dat we met onze klas naar het Frans Hals museum zijn geweest in het kader van de verbreding van onze culturele ho-

rizon. Men gebruikte niet langer het boek van de artsen Hamer en Tolsma, maar het leerboek over psychiatrische verpleegkunde van Fokke Kramer, een verpleger uit Franeker. Ook waren hier visuele lesmaterialen voorhanden zoals plastic modellen van de hersenen, een pop om op te leren wassen en spuiten, dia's, en niet te vergeten films. We keken naar Family Life, One flew over the Cuckoo's nest en Toestanden van het Werktheater. Tijdens mijn gehele B-opleiding werden bovendien nog echte patiënten ingezet in het onderwijs, zowel dode als levende. Op Meer en Bosch assisteerden wij als leerling bij secties, die een neuroloog uitvoerde. In Bloemendaal werden tijdens klinische lessen patiëntendossiers besproken. Tot slot moest ik bij mijn eindexamen een 'observatieverslag' maken op basis van een gesprek met een patiënt die ik voorheen niet kende. Ik kreeg een half uur om dit gesprek uit te werken en te komen tot een zelfstandige conclusie wat die man mijns inziens mankeerde. De patiënt kwam me later op de dag vragen of ik geslaagd was. Hij was hartstikke trots. Kennelijk had hij mijn eindexamen ervaren als een gezamenlijke onderneming. Dergelijke verhalen heb ik van anderen uit mijn lesgroep ook gehoord. Ik zag het feit dat patiënten participeerden in onze lessen en examens dan ook niet als 'vernederend' voor de patiënt.

Mijn eerste praktijkafdeling in Loosduinen bleek een afdeling waar de leiding ervan uitging dat de patiënten op den duur op zichzelf zouden moeten gaan wonen. Als verpleger moest ik hen leren een huishouden te voeren. Aanvankelijk werd ik daarvan wat nerveus. Hoe zou ik hen dat kunnen leren, terwijl ik tot dan toe alleen nog maar met epilepsiepatiënten had gewerkt en bovendien zelf ook nog nooit alleen een huishouden had gerund? Gelukkig viel het mee en ben ik er goed doorheen gerold.

Ook heb ik gewerkt op een verouderd paviljoen voor chronische patiënten, onder wie ook mannen met dementia paralytica, de psychiatrische ziekte die het gevolg is van syfilis. Een rigide afdelingshoofd had de leiding. Het gebouw had slaapzalen voor rond de veertig bedden, die in slagorde stonden opgesteld met alleen een klein nachtkastje er tussen. Ze moesten zodanig opgemaakt worden dat de strepen op de dekens één lijn vormden. De patiënten moesten 's nachts op hun zij slapen, dan kon de nachtdienst op hun controleronde hun gezicht gemakkelijker herkennen. Het effect van al deze regels was uitermate deprimerend; dat kon je vooral 's avonds goed zien. Dan draaide het afdelingshoofd met zijn enige sleutel de deur naar trap en slaapzaal open en zei op dwingende toon: 'Heren, wij gaan stijgen'. Dan stond die hele groep patiënten als één kudde op en slofte naar boven om te gaan slapen. De volgende ochtend moesten wij met twee verplegers deze circa veertig mannen dan weer helpen met opstaan, wassen, scheren en aankleden. We konden niet anders dan gehaast en in serie doorwerken.

Er heerste bovendien nog een strikt onderscheid in taakstelling tussen eerste-, tweede- en derdejaars leerlingen, gediplomeerden en leidinggevenden. Als degene die de bedden moest opmaken zijn werk niet af kreeg, hoefde een ander niet bij te springen. Nu zou je zeggen: ik help een handje, dan kunnen we samen koffiedrinken. Toen gingen hiërarchie en anciënniteit nog vóór collegialiteit. Na het wassen en ontbijten hadden we echter een grote vrijheid om activiteiten te ondernemen met de patiënten. Er was destijds immers nog nauwelijks specifiek therapeutisch personeel. We deden als verpleging dus veel zelf. In de keus van die activiteiten was ik vrij nuchter. In diep graven in de menselijke ziel geloofde ik niet zo. Je zult heus wel wat vinden, maar is dat ook werkelijk de oorzaak van de psychiatrische problemen? Ik was meer iemand die in het hier en nu probeerde contact te maken met mensen. Zo heb ik altijd veel gewandeld met patiënten. In 1970 liep ik de

Vierdaagse van Nijmegen met patiënten! Daar had ik samen met de schoenmaker op het terrein maandenlang elke zaterdag met patiënten voor getraind. Dat was heel zinvol: het gaf de patiënten zelfvertrouwen. Naast wandelen ben ik ook altijd sterk geïnteresseerd geweest in de creatieve therapie. Daarin kon je op een andere manier met mensen omgaan en hun sluimerende vermogens naar de oppervlakte brengen. Ik heb met eigen ogen gezien hoeveel die therapie voor patiënten kan betekenen.

Ook op de opnameafdeling van Bloemendaal maakte een streng afdelingshoofd, samen met een strenge dokter, de dienst uit. Er heerste een sfeer van 'zo zijn onze regels hier' en ik had mij als leerling daarin te voegen. Gewelddadige uitbarstingen kwamen frequent voor. Zowel manische patiënten, patiënten in een psychose of met schizofrenie gingen er regelmatig uit hun dak. Ik voelde me dikwijls maar klein. Dat gevoel werd mede in de hand gewerkt doordat op deze afdeling elektroshocks werden toegepast, een behandeling waar ik een sterke weerzin tegen voelde. Aan de andere kant zag ik er ook wel eens een patiënt van opknappen en heb ik zelfs patiënten meegemaakt die erom vroegen. De elektroshock bezorgde me dus veel hoofdbrekens. Maar het vervelendste van alles vond ik dat je op de opnameafdeling als leerling zo op moest boksen tegen oudere collega's. Als leerling had je het minst in te brengen.

In reactie daarop besloot ik op den duur dat ik mijn voldoening beter kon halen uit het contact met de patiënten, dan uit het contact met mijn collega's. Dit moet je zien tegen de achtergrond van de antipsychiatrie. Mijn generatie las Foudraine's WIE IS VAN HOUT *en Kuipers* NEUROSENLEER. *Vooral Kuiper ervoeren wij als open en vernieuwend: hij was eerlijk, durfde tal van zaken bij de naam te noemen. Dat maakte ook ons wat driester. De sfeer werd geleidelijk aan zodanig dat we niet alles wat ons werd opgedragen meer uitvoerden. Ik herinner me een alcoholische patiënt die vaak dronken op de afdeling terug kwam. Het hoofd wilde dat wij deze man 'straf' gaven als hij gedronken had. Daar zag ik de zin niet van in. Zou zo'n man door zulke strenge regels van onze kant minder gaan drinken? Dat leek me niet. Ik probeerde die man dus op mijn manier te bewerken door met hem een deal te sluiten als ik in de nachtdienst zat: 'Ik verlink jou niet als je te laat thuiskomt, maar dan moet jij mij beloven dat je wel om 7.00 uur uit bed komt en op tijd naar je werk gaat.' Ik stelde deze patiënt dus zèlf verantwoordelijk voor zijn situatie. Ik denk dat ik al zo handelde vóórdat ik de reikwijdte van die opstelling besefte. De patiënten bleken voor deze aanpak uitermate gevoelig. Zelf veranderde ik ook. Toen de patiënten bereid bleken afspraken te maken met mij als verpleegkundige, ging ik hen anders bekijken. De patiënten kwamen toen dichter bij mij te staan; zij werden 'gewonere mensen' voor mij.*

Na afsluiting van mijn B-opleiding ben ik getrouwd en vertrok ik van Bloemendaal naar Licht en Kracht in Assen. Vandaar vertrok ik samen met mijn vrouw voor een jaar naar een Kibboetsim te Israël. Bij terugkomst in Nederland bezocht ik mijn moeder in Ermelo; ze had toevallig net het toenmalig hoofd Personeelszaken van Veldwijk op bezoek. Die bood me ogenblikkelijk een baan aan. Als gediplomeerd verpleger kon ik beginnen op een gerontopsychiatrische afdeling van Veldwijk. Dat viel me niet tegen. Veldwijk bleek een goed georganiseerde inrichting; mijn eigen afdeling was huiselijk en sfeervol. Door de aanvullende huisopleiding van Veldwijk tot 'groepsverpleegkundige' in 1974 veranderde mijn visie op de psychiatrie opnieuw. Na die opleiding geloofde ik niet meer dat psychiatrische patiënten per definitie chronisch moeten worden. Enthousiast bekeerde ik mij tot het agogische model op basis van de stelling 'verandering is altijd mogelijk, in het

bijzonder wanneer de verpleegkundige de communicatie in een leefgroep nuttig weet te gebruiken'. Ik kreeg de kans om dit enthousiasme op anderen over te dragen toen ik in 1975 op Veldwijk tot praktijkbegeleider werd benoemd.

Zelf was ik nog opgeleid met het door Actiegroep Willem aan de kaak gestelde praktijk- en rapportenboekje waarin alle te beheersen verpleegtechnische handelingen driemaal door een afdelingshoofd moesten worden afgetekend. Toen ik praktijkbegeleider werd geloofde ik evenmin als mijn collega's nog in die manier van opleiden. Aan een verpleegkundige die alle verpleegtechniek perfect beheerste, maar die geen relatie met de patiënt legde, had je volgens ons niks. Ons motto werd: 'Als je de juiste mensen hebt geselecteerd, levert attitudevorming meer op dan het aanleren van allerlei technische foefjes.' Ik zal een voorbeeld geven van hoe wij dat motto invulden. In mijn oude studieboeken stonden onder het kopje 'Hulp aan Stervenden' rijtjes met handelingen opgesomd: zorgen dat de patiënt goed ligt; pols, temperatuur en bloeddruk controleren; ademhaling observeren; voorkomen van decubitus; gebit verzorgen; laten drinken; lippen bevochtigen enzovoorts. Die handelingen waren niet onbelangrijk. Wij vonden het echter duizend maal belangrijker dat een verpleegkundige de patiënt en diens familie emotionele steun kon geven. Wij trainden de leerlingen op Veldwijk dus vooral in het leggen van een relatie met patiënten, in contact maken; daarvoor gebruikten we rollenspelen en allerlei soorten trainingen in 'communicatieve vaardigheden'.

Na een jaar praktijkbegeleiding mocht ik de docentenopleiding volgen in Rotterdam. In die opleiding leerde ik de 'didactische cyclus' van Van Gelder kennen: doel bepalen, beginsituatie vaststellen, les voorbereiden, leerstof en leermiddelen vaststellen, opdracht of les geven, begeleidingsgesprek geven, evalueren. Dit gestructureerde procesmatig werken werd, mede door de kwaliteit van sommige docenten in Rotterdam, een tweede natuur voor mij. Omdat Veldwijk mij inderdaad benoemde tot docent verpleegkunde, heb ik daar veel profijt van gehad. Nadat onze B-opleiding met een aantal A-opleidingen onderdeel werd van de Centrale School De Hoogstede, werden wij vanuit de andere opleidingen sterk beïnvloed om ook in de psychiatrie met 'verpleegplannen' te gaan werken. Toch lukte het ons om binnen die Centrale School de agogische identiteit van onze B-opleiding te bewaken. Na afronding van een managementopleiding aan de Sociale Academie solliciteerde ik in 1979 dan ook vol zelfvertrouwen bij Brinkgreven te Deventer op de functie van Opleidingscoördinator Praktijkopleiding. In die functie moest ik de praktijkopleiding van zowel B-leerlingen als ziekenverzorgenden in opleiding coördineren. Hierbij hoorde ook het overleg over de plaatsing van leerlingen en studenten. Ik moest onderhandelen met afdelingshoofden, scholen voor HBO- en MBO-Verpleegkunde en daarnaast leiding geven aan het team praktijkbegeleiders.

Het werden zware jaren. Ik had mij voorafgaand aan die overstap onvoldoende gerealiseerd hoe hecht het opleidingsteam van Veldwijk was. In Deventer stond ik er alleen voor. Ik werd gestationeerd op de hoofdlocatie van Brinkgreven. Daar was echter alleen de opleiding tot ziekenverzorgende gehuisvest. De B-opleiding was al verhuisd naar de stad en ondergebracht in de Centrale School De Zuysel. De docenten die theorieles gaven op de Centrale School stonden sterk onder invloed van alle discussies over 'de ene en ondeelbare verpleegkunde'. Zij moesten niet alleen verpleegsters opleiden voor algemene ziekenhuizen, maar ook voor meerdere psychiatrische inrichtingen. Het was dan ook lastig om hen voldoende betrokken te houden bij het 'leren in de psychiatrische praktijk' op de diverse afdelingen van Brinkgreven. Aan de andere kant hadden de

verpleegkundigen in Brinkgreven nog nauwelijks gehoord van 'praktijkleerdoelstellingen'. Qua verpleging heerste hier dus een veel traditioneler cultuur dan op Veldwijk. Er waren een paar afdelingen waar gewerkt werd volgens ideeën van de antipsychiatrie. Op die afdelingen was men echter zó ver doorgeslagen dat men werkte met het zogenaamde 'open rapport'. Dat hield in dat een patiënt voor alles wat hij wilde de toestemming moest vragen van zijn 'leefgroep'. Dat vond ik veel te ver gaan. Ik hechtte aan de belangen van de individuele patiënt. Tal van factoren leidden er zodoende toe dat ik nogal eens in conflict kwam met de organisatie. Toen Den Haag in 1986 plotseling verordonneerde dat de B-opleiding minder 'agogisch' diende te worden, ben ik dan ook gestopt als coördinator praktijkopleiding. Brinkgreven gaf mij toen de kans terug te keren in de directe patiëntenzorg.

Als ik heel kort zou moeten uitdrukken welke belangrijke verandering in de zorg ik heb meegemaakt zou ik zeggen: van massaliteit naar individualiteit. Hoe we geleidelijk aan van grote naar kleine groepen zijn geëvolueerd, terwijl ik thans vanuit een transmuraal team individuele cliënten begeleid die eens in de zoveel dagen of weken een cursus volgen of in een therapeutische setting werken aan hun problemen. Dat zijn grote verschillen. Ons contact als verpleegkundigen met de patiënten is dus veel intenser geworden. Maar ook het contact tussen verpleegkundigen en andere hulpverleners is belangrijker geworden. Vanaf circa 1985 werden behandel- en verpleegplannen op elkaar afgestemd en besproken met de betrokken familie. Die familie is een nieuw element. In mijn begintijd, zo rond 1969, had een uitvoerend verpleger helemaal geen contact met de familie.

De psychiatrische verpleging: een vak voor iedereen?

Zoals het verhaal van Van Rijswijk laat zien, waren voor verplegenden en het vak 'verpleegkunde' de ontwikkelingen in de periode 1965-1985 ingrijpend.[400] In de eerste helft van de jaren zestig begon het aantal aanmeldingen voor de B-opleiding te stijgen. Het aantal geslaagden groeide tussen 1963 en 1967 van bijna 600 naar ongeveer 850.[401] Het effect van de naoorlogse geboortegolf werd rond 1964 voelbaar. Jongeren mochten immers rond hun achttiende jaar beginnen aan de verpleegopleiding. In de jaren zeventig was de B-opleiding zeer populair. Meer dan 13.000 mensen – ruim 7600 vrouwen en meer dan 5700 mannen – behaalden in dit decennium hun diploma; bijna evenveel als in de gehele periode 1892-1950.[402] Kennelijk namen de inrichtingen ook steeds meer gediplomeerd verplegend personeel aan. In 1978 stonden voor het eerst meer gediplomeerden dan

400 Met dank aan G.J.C. aan de Stegge, die de basistekst voor deze paragraaf leverde.

401 Deze cijfers over de uitstroom van de B-opleiding tussen 1963 en 1967 zijn ontleend aan Van der Spek s.a. [ca. 1970]. Met dank aan P. van Drunen.

402 Gerritse en Van der Windt 1991, 87. Naast deze hoge uitstroom in de psychiatrische verpleegkunde waren er ruim 5200 geslaagden bij de A-opleiding en 1240 bij de Z-opleiding.

leerlingen op de werkvloer. Dat bleef zo, ook toen het aantal B-leerlingen na 1978 daalde als gevolg van de wettelijke erkenning in dat jaar van de Z-opleiding voor de verpleging van verstandelijk gehandicapten.[403] Vanaf 1978 konden verplegenden in de zwakzinnigensector de B-opleiding links laten liggen. In 1979 haalden meer dan 1500 verplegenden direct het Z-diploma, onder wie velen die de psychiatrie vaarwel zegden. Desondanks leverde de B-opleiding in de jaren 1980-1985 toch weer een hoog aantal gediplomeerden op, namelijk meer dan 6000. Daarna zou een forse daling optreden.

In zijn *Nota betreffende de Geestelijke Volksgezondheid* meldde Kruisinga dat in 1966 in de 39 psychiatrische ziekenhuizen zo'n 2150 gediplomeerde B-verplegenden (ruim 30 procent van het totale aantal verplegenden in de psychiatrie), ruim 3700 B-verplegenden in opleiding (meer dan 50 procent) en tegen de 1100 'overige' verplegenden werkten. Het totale aantal bedroeg dus bijna 7000.[404] Kruisinga kondigde aan dat hij méér geld in de verpleging zou gaan investeren. De bestaande norm van 1 verplegende op 4 patiënten wilde hij loslaten, omdat hierbij ook de ongediplomeerden meetelden. De eerste- en tweedejaarsleerlingen zouden als 'boventallige' verplegenden moeten worden ingezet, zodat zij meer tijd kregen om te leren.[405] Het voornemen van Kruisinga werd daadwerkelijk uitgevoerd: het aantal gediplomeerde B-verpleegkundigen in de psychiatrische ziekenhuizen bedroeg in 1983 ruim 7000, ruim driemaal zoveel als in 1966, toen de *totale* verpleegkundige bezetting op ongeveer 7000 personen lag.[406]

TABEL 4.1 *De ontwikkeling van het aantal psychiatrisch verplegenden op 100 bedden in de jaren 1966, 1975 en 1985.*[407]

Gewogen gemiddelde*	1966	1975	1985
Totale staf op 100 bedden	48,2	90,2	118,6
Verpleging gediplomeerd	7,92	14,6	34,1
Verpleging leerling	12,74	20,4	15,5
Verpleging anders	3,64	7,1	10,5
Verpleging totaal	24,3	42,1	60,1

* Het gewogen gemiddelde betreft het gemiddelde aantal (verplegende) personeelsleden per 100 bedden.

403 *Nederlandse Staatscourant*, 26 januari 1978, nr. 19. Publicatie van het besluit d.d. 10-1-1978, nr. 33900 tot wettelijke erkenning van het Diploma Z-verpleegkundige.

404 Kruisinga 1970, Bijlage 12, 78. Onvermeld blijft waar deze cijfers op gebaseerd waren.

405 Kruisinga 1970, 135, 138.

406 Nationale Ziekenhuisraad 1985, 6.

407 Bron: personeelsstatistieken van het Nationaal Ziekenhuisinstituut 1966, 1975 en 1985.

In de psychiatrische ziekenhuizen was tussen 1965 en 1986 meer verplegend personeel dan ooit tevoren beschikbaar. Hierdoor werd het mogelijk om afdelingen te verkleinen en de zorg te intensiveren. De gestaag groeiende maatschappelijke belangstelling voor de psychiatrie en de invoering in 1970 van een wettelijk verplichte toegangseis van minimaal mulo leidden ertoe dat het opleidingsniveau van (leerling-)verplegenden steeg en dat er meer ruimte in de B-opleiding kwam voor abstracte leerstof. Algemeen heerste dan ook de verwachting dat zij een grotere rol op therapeutisch gebied zouden spelen. Onder invloed van de externe en interne differentiatie, de schaalverkleining, de antipsychiatrie, de patiëntenbeweging en therapeutische vernieuwingen en, niet te vergeten, de drang naar emancipatie onder verplegenden zelf, kwam er in de verpleging meer aandacht voor het leefklimaat op de afdelingen en de communicatie met patiënten.

Haaks op deze tendensen stonden de ontwikkelingen in het onderwijs. In 1968 werd een nieuwe Wet op het Voortgezet Onderwijs, de zogenaamde 'Mammoetwet', van kracht. Onder het motto 'gelijke kansen' streefde de overheid naar brede, generalistische opleidingen. Het potentiële effect van deze wet op de verpleegopleidingen werd vanuit de psychiatrie al vroeg onderkend. De sector nam zelfs een initiatief tot het stichten van dagscholen, teneinde te kunnen experimenteren met opleidingen die een 'brede basis' boden aan alle verplegenden. Zodra die scholen – de hbo in 1972 en de mbo in 1973 – eenmaal gerealiseerd waren, deden zich in de ziekenhuizen echter problemen voor. Allereerst vergde het veel moeite om zowel de personeelsplanning als de begroting van de verplegingsdienst sluitend te krijgen. Nu zowel stagiaires van dagscholen als de eigen inservice-leerlingen begeleid moesten worden, verloren de zorginstellingen een deel van de controle op hun in-, door- en uitstroom, alsook op hun opleidings- en begeleidingseisen.

De psychiatrie zag zich met een extra probleem geconfronteerd. Op de dagscholen bleek dat meer studenten in de algemene gezondheidszorg dan in de psychiatrie geïnteresseerd waren. De psychiatrie was kleiner van omvang dan de algemene gezondheidszorg en kampte nog altijd met een stigma. Voor de dagscholen was het dan ook verleidelijk hun onderwijs in hoofdzaak te richten op de tamelijk concrete verpleegkundige taken ten behoeve van de algemene gezondheidszorg. Als daarin psychosociale aspecten aan de orde kwamen, waren deze meestal van toepassing op geestelijk gezonde mensen die geconfronteerd werden met slecht nieuws over hun lichamelijke gezondheid, en niet op psychiatrische patiënten. Leerlingen van de dagscholen die in psychiatrische ziekenhuizen stage liepen, bleken daardoor niet altijd over de nodige vaardigheden te beschikken om met psychiatrische patiënten te werken. Daarnaast stonden de verpleegkundige vaardigheden die deze stagiaires in hun algemene dagopleiding werden bijgebracht, op gespannen voet met het streven in de meer specialistische psychiatrische verpleging naar een rol als 'therapeut'. Het zou enkele decennia duren voordat deze spanning verminderde. Desondanks was vanaf het midden van de jaren zestig tot

het midden van de jaren tachtig ook in de psychiatrische verpleging sprake van een profilering van het vak en een groeiend professioneel elan – een ontwikkeling die echter wel gepaard ging met veel opwinding, verwarring en chaos.

Reeds in 1964 had A.C. Lit, geneesheer-directeur van het Christelijk Sanatorium te Zeist, het initiatief genomen om al eerder gesignaleerde problemen met betrekking tot de B-opleiding nog eens in kaart te brengen: de verouderde wettelijke bepalingen; de vereiste leeftijd waardoor instellingen elk jaar vele geïnteresseerde kandidaten moesten afwijzen; en het ontbreken van duidelijke opleidingseisen, waardoor leerlingen onderling verschilden in vooropleiding en intelligentieniveau, en het onderwijs ernstig bemoeilijkt werd.[408] In zijn notitie koppelde Lit deze oude problemen aan de op handen zijnde invoering van de Mammoetwet en opperde hij de mogelijkheid om ook de verpleegopleidingen onder deze wet te brengen. Verplegenden zouden dan op scholen voor het voortgezet onderwijs opgeleid worden. Leerlingen vanuit diverse sectoren konden een gemeenschappelijk basisprogramma volgen, waardoor herhaling van theoretische kennis voor degenen die het A- en B-diploma wilden 'stapelen' niet langer nodig zou zijn. Bovendien konden de leerlingen op basis van hun middelbareschoolopleiding gedifferentieerd, namelijk op lager, middelbaar of hoger niveau, worden opgeleid. Voor elk niveau waren immers in de diverse soorten ziekenhuizen functies voorhanden. De theoretische vorming van leerlingen zou zo onafhankelijk van ziekenhuizen plaatsvinden, omdat het voortgezet onderwijs viel onder het Ministerie van Onderwijs en Wetenschappen. Uiteraard moesten leerlingen stage kunnen lopen in zorginstellingen, maar zij zouden niet langer werknemer zijn en dat zou hun positie ten goede komen. Lits voorstel behelsde dus een brede basisopleiding op drie verschillende niveaus, waarna studenten in de differentiatiefase keuzevakken zouden kunnen volgen om zich te bekwamen voor een bepaald werkveld.

Lit legde zijn voorstel voor aan de zenuwartsen uit de drie examencommissies, die zich sedert 1957 in één nationale 'Commissie Westerhuis' verenigd hadden, alsmede aan de zogenaamde 'Studiegroep van leidinggevende verplegenden'. Nadat ieders commentaar was verwerkt, werd medio 1965 een door alle betrokkenen onderschreven tekst verzonden aan de Inspecteur-Generaal van Onderwijs. Deze liet weten dat hij er graag met betrokkenen over wilde praten.[409] Die reactie was verrassend. In het kader van de Wet op het Voortgezet onderwijs van 1960 had de Staatssecretaris van Onderwijs namelijk een Commissie van Overleg Onderwijs-Volksgezondheid (COOV) geïnstalleerd bij de afdeling Sociaal Pedagogisch Onderwijs. Deze commissie moest zich bezighouden met de beroepsopleidin-

408 Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie en Neurologie, Vereniging voor Katholieke gestichtsartsen, Vereniging tot Christelijke verzorging van geestes- en zenuwzieken 1966, 4. Met dank aan (wijlen) A.C. Lit.

409 Deze brief van M. Goote, Inspecteur-Generaal van Onderwijs (gedateerd 15-9-1965), werd op 28-11-1994 door (wijlen) A.C. Lit gezonden aan G.J.C. Aan de Stegge.

gen in de gezondheidszorg, voorzover ze niet onder de wet op het wetenschappelijk onderwijs vielen.[410] Het COOV stelde dat 'wanneer tijdens de opleiding *geen* sprake was van zelfstandige werkzaamheid van de leerling in de praktijk, het de voorkeur verdiende zowel opleiding als uitvoerend werk onder Sociale Zaken en Volksgezondheid te laten vallen.'[411] Aangezien leerlingen formeel altijd onder toezicht dienden te werken van een gediplomeerde verplegende trok het COOV de conclusie dat ze de verpleegopleidingen dus niet in haar arbeid hoefde te betrekken, met uitzondering van de hogere opleidingen, omdat de reeds gediplomeerden die deze volgden wel zelfstandig mochten werken. Het gevolg hiervan was dat de Hogere Opleidingen voor Verplegenden in Nijmegen en Utrecht veel eerder dan de betrokkenen bij het inservice-onderwijs met de ambtenaren van het Sociaal Pedagogische Onderwijs van het Ministerie in Den Haag in overleg traden en hen waarschijnlijk beïnvloedden.

Uit de reactie van de Inspecteur-Generaal bleek dat het Ministerie van Onderwijs en Wetenschappen in 1965 een van het COOV afwijkend standpunt innam. Verrassend was ook dat J.B.M. Veraart, hoofdinspecteur voor de Geestelijke Volksgezondheid, na lezing van Lits voorstel liet weten dat hij prijs zou stellen op publicatie van de tekst, mits 'men duidelijk zou laten uitkomen dat het een herziening van de B-opleiding betrof'.[412] Dit gebeurde in 1966 zowel in de vorm van een klein boekje als in het *Tijdschrift voor Ziekenverpleging*. Veraarts wens was waarschijnlijk ingegeven door zijn streven om de psychiatrie met betrekking tot de Mammoetwet een voorhoederol te laten spelen. In de ziekenhuiswereld riepen de publicaties heftige reacties op, omdat in de loop van 1966 een nieuwe wettelijke beschikking voor de A-opleiding werd verwacht, waarin het mulo-diploma als vooropleidingseis zou gelden en het theoretische deel naar 800 lesuren werd opgetrokken. De theorie voor de A-opleiding mocht volgens die beschikking ook gegeven worden in samenwerking met een school, mits de daar aangeboden vakken precies dezelfde waren als die in een gewone inservice-A-opleiding en de vereiste praktijkervaring in (maximaal twee) algemene ziekenhuizen werd opgedaan. Dit voorstel behelsde dus dat de A-leerlingen zich strikt tot de leerstof van een gewone A-opleiding bleven beperken en dat zij alleen praktijkervaring zouden opdoen in algemene ziekenhuizen. In vergelijking daarmee ging het voorstel van Lit veel verder. Dat behelsde dat alle leerlingen een bredere theoretische en praktische basis zouden krijgen, zowel op het gebied van de algemene ziekteleer als op dat van de psychiatrie en de verstandelijk gehandicaptenzorg. Hun praktijkervaring zouden zij op verschillende werkplekken opdoen, om uiteindelijk pas in het laatste jaar de keuze te maken voor een specifiek werkveld. In het model van Lit zouden alle A-leerlingen in aanraking komen met de psychiatrie en alle B-leerlingen met de algemene gezondheidszorg.

410 Ouwehand 1960, 205-206.

411 Van der Spek 1966, 10. Met dank aan J.G.M. Zwanikken-Leenders.

412 De brief van J.B.M. Veraart (gedateerd 10-12-1965) werd op 28-11-1994 door A.C. Lit gezonden aan G.J.C. aan de Stegge.

De Geneeskundige Vereniging tot Bevordering van het Ziekenhuiswezen achtte dit geschilpunt zó belangrijk dat ze haar voorjaarsvergadering van *1966* aan deze kwestie wijdde.[413] De geneesheer-directeur van Zon en Schild, Jacobs, lichtte het op Lits notitie gebaseerde voorstel van de Commissie Westerhuis toe. Hij wees erop hoezeer de psychiatrie en de psychiatrische verpleging in beweging waren en hoe sterk de B- van de A-opleiding verschilde. Ook signaleerde hij problemen in de B-opleiding: de onduidelijke status van leerlingen, die tegelijkertijd werknemer waren; leerstof die niet voldoende aansloot op de actuele praktijk; onderwijsvormen die niet genoeg uitnodigden tot zelfstandig denken en werken; onvoldoende didactische scholing van de vakdocenten; en tot slot de storende invloed van jonge, externe instituten die onderwijs op hbo-niveau aanboden ten behoeve van kleine, maar zeer aantrekkelijke stukjes van het werkterrein, zoals de arbeids- en de bewegingstherapie, en die op die manier de aantrekkingskracht van de B-opleiding ondermijnden. Volgens Jacobs moest de psychiatrische verpleging zich vernieuwen in de richting van 'orthopedagogiek toegepast op psychiatrisch zieke volwassenen [...] De B-opleiding dient erop gericht te zijn de vrijheid van de op te leiden persoon zo te richten dat deze in staat wordt gesteld zieken die geestelijk onvrij zijn, weer tot vrije mensen te maken'.[414] Van groot belang was de, ook al in het *Rapport diploma-B* in *1957* bepleite, 'persoonlijkheidsvorming' van leerlingen, want alleen een zelfstandige verplegende zou recht kunnen doen aan de zelfstandigheid van patiënten.[415] Naast een herziening van de inservice-opleiding bepleitte Jacobs experimenten met 'de gedifferentieerde verpleegopleiding' binnen het kader van de Mammoetwet.

Ook de 'Dag van de Verpleging' in *1966* stond in het teken van de psychiatrie. Op die dag publiceerde W.A. van den Hurk alias broeder Andreas, hoofd van de B-opleiding in Voorburg te Vught, het boekje *Bewaken wordt begeleiden: moderne psychiatrische verpleging*. Vóór *1960*, aldus Van den Hurk, was psychiatrische verpleging vooral schoonmaken, lichamelijke verzorging en het in stand houden van een goed bedoeld, maar toch nadrukkelijk repressief regime. 'Heus, we waren als verplegers goed voor de patiënten, zolang zij tenminste maar deden wat wij wilden.'[416] Rond *1960* had de eerder vermelde Studiegroep van leidinggevende verplegenden een kentering op gang gebracht door erop te wijzen dat leerlingen terecht kritische vragen stelden over hun taken en dat artsen terecht eisten dat de verplegenden een therapeutische sfeer konden scheppen op de afdelingen. Enkele

413 Godfried *1966* en Jacobs *1966*. De Geneeskundige Vereeniging tot Bevordering van het Ziekenhuiswezen werd in *1900* opgericht door onder anderen J. van Deventer en bleef de hele eeuw bestaan. Van Deventer achtte het gewenst dat geneesheren-directeur van verschillende soorten ziekenhuizen (psychiatrische en algemene, academische en niet-academische, enzovoort) zich aaneensloten, opdat zij de problemen waar zij in de functie van geneesheer-directeur tegenaan liepen niet hoefden te bespreken met aan hen ondergeschikte artsen, doch met andere leidinggevenden. Zie Boersma 2000.

414 Jacobs *1966*, 202-203.

415 Zie over het *Rapport diploma-B*: 3.4, paragraaf 'Het verpleegsterstekort'.

416 Van den Hurk *1966*, 5.

verplegenden droegen de nieuwe ideeën in de eerste helft van de jaren zestig uit in handleidingen.[417] Daarin benadrukten zij dat verplegen de 'wetenschap' was die algemene kennis leverde op grond waarvan men individuele patiënten verantwoord en 'doelgericht' kon begeleiden.[418] Daarop voortbordurend stelde Van den Hurk dat de moderne psychiatrische verplegende tot taak had voor de patiënt omstandigheden te creëren 'waarin hij zichzelf kan zijn en zichzelf kan handhaven ten overstaan van zichzelf zowel als ten overstaan van de ander'. Patiënten moesten de kans krijgen zichzelf te begrijpen en te ontplooien. Verder achtte hij het 'communicatieve aspect' van groot belang: ten behoeve van de therapie dienden verplegenden zo optimaal mogelijk te communiceren met zowel artsen als patiënten. Hun rol verschoof van corrigeren en beheersen ('bewaken') naar luisteren, stimuleren en ontwikkelen ('begeleiden'). Dit bracht met zich mee dat psychiatrisch verplegenden meer van psychiatrische ziektebeelden, psychologie, gespreksvoering en communicatie moesten weten.

De aanzet tot dergelijke vernieuwingen was volgens Van den Hurk al gegeven met de plannen voor nieuwe opleidingen voor leidinggevenden in de psychiatrische verpleging. Zo was een stafopleiding in de B-verpleging ontwikkeld en had de psychiatrie met ingang van 1965 ook de weg naar de Hogere Opleidingen weten te vinden. Hij eindigde zijn boekje met de presentatie van het 'Voorstel Lit' voor een gemeenschappelijke basisopleiding voor verplegenden uit de A-, de B- en zelfs de (nog niet wettelijk erkende) Z-sector. Of dit voorstel de juiste weg aangaf, wist Van den Hurk niet zeker. Hij vroeg zich af of een zuster die met hart en ziel op een intensivecareafdeling werkte, ook nog geschikt was om sociotherapie te bedrijven. Volgens hem vereisten zowel de intensive care in het algemeen ziekenhuis als de psychiatrische verpleegkunde een dermate diepgaande persoonlijke ontwikkeling dat een overstap van de ene naar de andere specialisatie niet mogelijk was zonder een herscholingstraject. Wel onderschreef hij het streven naar een bredere persoonlijkheidsvorming voor alle verplegenden. 'Omgaan met de patiënt, dat is verplegen. Het instrument van ons verplegen is onze eigen persoon. Niet de injectiespuit is het belangrijkste, of de poeder, maar de MENS die verpleegster of verpleger heet.'[419]

De ideeën van Lit, Jacobs en Van den Hurk maken duidelijk dat zenuwartsen en leidende psychiatrisch verplegenden in het midden van de jaren zestig ervan uitgingen dat onderwijs in de antropologie, psychologie, psychotherapie, agogie, intermenselijke relaties, communicatie, sociologie en groepsprocessen tot een aanmerkelijke verbetering zou leiden van het therapeutisch effect van de dagelijkse omgang tussen verplegenden en patiënten. Een belangrijk verschil tussen zenuwartsen en verplegenden was dat de eersten vooral belang hechtten aan het

417 Stevens, Pepping en Lammens 1960-1963; Verdel 1963; Kramer 1968.

418 Stevens, Pepping en Lammers 1960-1963, deel I, 1. Zie ook 3.4, paragraaf 'Een katholieke broeder aan de wieg van de psychiatrische verpleegkunde'; 3.4, paragraaf 'Het verpleegsterstekort'.

419 Van den Hurk 1966, 16. Opmerkelijk is dat Van den Hurk nergens expliciet gewag maakt van de psychofarmaca.

aanbieden van de juiste theoretische leerstof, terwijl de laatsten nadruk legden op 'gesuperviseerde praktische oefening in' en de 'reflectie op' de geïntensiveerde communicatie met patiënten. Maar voor beide partijen was de psychiatrisch verplegende méér dan simpelweg een 'rad in de medische machine', zoals Querido de functie van de 'verpleegster' in 1960 nog getypeerd had.[420] Hij of zij stond bovendien een stuk dichter bij de patiënten dan tijdens de 'opvoedende' groepsactiviteiten van de jaren dertig, veertig en vijftig, waarbij een verplegende de leiding had. De verplegende in de psychiatrie kon nu bogen op een zelfstandig taakgebied, al moest dit nog verder ontwikkeld worden. Vanaf omstreeks 1965 verschenen in dit kader tal van boeken van de hand van academisch geschoolde hulpverleners (psychiaters, psychologen, agogen, andragologen, sociologen en juristen), die relevante kennis uit hun eigen vakgebied 'vertaalden' naar de psychiatrische verpleging.[421]

De toenmalige directeur-generaal van Volksgezondheid, Kruisinga, bouwde voort op deze ontwikkelingen.[422] In de wetenschap dat ook minister Veldkamp en staatssecretaris Bartels in hun Gezondheidsnota van 1966 stelden dat de verpleegopleiding diende te vallen onder zowel het Ministerie van Sociale Zaken en Volksgezondheid als onder dat van Onderwijs en Wetenschappen, zette hij vertegenwoordigers van de psychiatrie in om een veel bredere definitie van verpleging te lanceren dan tot dan toe gebruikelijk was in de algemene ziekenhuizen. In het verlengde daarvan wist hij, toen hij staatssecretaris was geworden, een fundamentele doorbraak in het opleidingsstelsel voor de verpleging te bewerkstelligen: de oprichting van een hogere beroepsopleiding voor verplegenden.

Eind 1966 nam Kruisinga drie initiatieven. Allereerst installeerde hij een commissie van zenuwartsen en psychiatrisch verplegenden om een zodanige wettelijke herziening van de B-opleiding voor te bereiden dat deze zou passen bij de kort daarvoor gepubliceerde regeling voor de A-opleiding. De commissie diende zich te houden aan de voor zowel de A- als de B-opleiding geldende Wet tot bescherming op het Diploma Ziekenverpleging van 1921. Vervolgens riep Kruisinga betrokkenen bij alle verpleegopleidingen bijeen om het voorstel van Lit en de consequenties daarvan voor de nieuwe A-opleiding te bespreken. Deze vergadering mondde uit in de conclusie dat voor het welslagen van de nieuwe, gedifferentieerde verpleegopleiding die Lit voorstelde allereerst een moderne, integrale visie op de verpleging nodig was. Wat was de essentie ervan als deze in de diverse sectoren van de gezondheidszorg zo'n volstrekt andere gedaante had? Tot slot riep Kruisinga op verzoek van de ziekenhuis-, kruis-, beroeps- en vakorganisaties een groot aantal vertegenwoordigers uit deze geledingen bij elkaar om te debatteren

420 Querido 1960, 112.

421 Zie Aan de Stegge, proefschrift in voorbereiding, bijlage 1.

422 Dit blijkt uit een brief van R.J.H. Kruisinga aan de Contactcommissie van de Vereniging van Psychiatrische Inrichtingen in Nederland en de Katholieke Vereniging van inrichtingen voor behandeling en verpleging van geestelijk gestoorden van 29-8-1966.

over de vraag of het verpleegberoep wel voldoende perspectieven bood voor abituriënten van havo en vwo.[423] De aanwezigen waren van mening dat dit niet het geval was. Het resultaat van deze laatste vergadering was dat de Commissie Hogere Beroeps Opleiding Verplegenden werd geïnstalleerd, met als opdracht zich te buigen over de vragen wat 'verplegen' inhield, hoe een hogere beroepsopleiding eruit zou moeten zien en voor welk type functies zo'n hbo Verpleegkunde betekenis zou hebben.

Deze commissie, ook wel Commissie Van Loon geheten naar haar voorzitter, bestond uit circa veertig leden, die zich in subgroepen met verschillende deelvragen bezighielden. De leden vanuit de psychiatrie bogen zich vooral over de vraag wat verplegen inhield. De commissie kwam in 1968 met haar eindrapport.[424] Dit sloot aan bij de aanbeveling van de Commissie Verpleegsterstekort onder leiding van Querido, die in 1962 had geadviseerd mannen meer mogelijkheden te bieden in dit vak. In het eindrapport was sprake van de term 'verplegers' ter aanduiding van het collectief van alle verpleegsters en verplegers.[425] Door het gebruik van deze term in plaats van de gangbare aanduiding 'verpleegsters' en onder verwijzing naar historische, juridische en vooral ook internationale ontwikkelingen benadrukte de commissie het professionele karakter van het verpleegvak en presenteerde zij dit deels ook als een mannenberoep. Aanhakend bij de holistische definitie van verplegen van V. Henderson, auteur van *Basic principles of nursing care* (1961)[426], omschreef zij 'verplegen' als 'het systematisch begeleiden van een individu, gehandicapt dan wel bedreigd door een stoornis, met als doel dat deze mens onder optimale condities kan functioneren.' Daarbij zouden 'de behoeften van de individuele patiënt', vooral de lichamelijke, psychische en psychosociale, centraal moeten staan.[427] De verpleging moest zich echter terughoudend opstellen ten aanzien van sociale, ethische en culturele behoeften van patiënten, zeker zolang dezen nog voornamelijk in beslag genomen werden door hun lichamelijke of psychologische aandoeningen. Waarschijnlijk was dit standpunt het product van een moeizaam bevochten compromis tussen enerzijds verpleegsters en vertegenwoordigers van de algemene gezondheidszorg en anderzijds representanten van de psychiatrie binnen de Commissie Van Loon. Een psychiatrisch verpleger als Van den Hurk achtte het in de psychiatrie immers wel degelijk van belang om zich ook op het stimuleren van de 'hogere' behoeften te richten.[428] De boodschap van de commissie was dat 'de verpleger' waardering verdiende als een relatief zelfstandige beroepsbeoefenaar, die de aan de arts nevengeschikte taak had om behoeften van de zieke mens centraal te stellen, zijn lijden te verminderen en zijn herstel te bevorderen.

423 Van Loon 1969, 5.
424 Van Loon 1969.
425 Van Loon 1969, 11.
426 Van Hendersons boek kwam in 1969 een Nederlandse vertaling uit.
427 Van Loon 1969, 28.
428 Van den Hurk 1966. Deze illustreerde zijn boekje bovendien met creatieve uitingen van patiënten.

Op basis van deze invulling van het verpleegberoep stelde de Commissie Hogere Beroeps Opleiding Verplegenden voor om ten behoeve van vwo- en havo-abituriënten in het kader van de Wet op het Voortgezet Onderwijs en als extra toegangsweg tot de verpleging een verkorte en geïntegreerde hogere beroepsopleiding op te zetten voor alle vormen van verpleging: A, B, Z en MGZ (maatschappelijke gezondheidszorg). Het ontwerpcurriculum voor deze hbo-V bestond uit vier leerjaren, met in totaal 119 praktijk- en 66 theorieweken (waarvan 20 voor psychiatrie).[429] Na een korte inwerkperiode zouden deze hbo-afgestudeerden vooral in kaderfuncties aangesteld kunnen worden en ze zouden ook toegang moeten krijgen tot een wetenschappelijke opleiding in de verpleegkunde. Daarnaast zouden verplegenden met een reguliere A- en B-opleiding eveneens de mogelijkheid moeten behouden om via een stafcursus in 'middenkaderfuncties' in te stromen. Voor hen gold daarbij echter de eindrang van 'eerste verplegende', tenzij zij bereid waren verder te studeren.[430] De commissie bepleitte een geleidelijke invoering van de hbo-V. Mede met het oog op de sterk groeiende vraag naar verpleegkrachten en de behoefte aan continuïteit in de uitvoering van de zorg kon de gezondheidszorg zich geen overhaaste afbraak van de bestaande inservice-opleidingen, nog altijd de belangrijkste personeelsvoorziening, veroorloven. De experimenten met de hbo-V dienden zelfs onverwijld te worden stopgezet als zou blijken dat de inservice-opleidingen daardoor leegliepen. De commissie hoopte vooral dat het zou lukken om door middel van het opstarten van twee experimentele hbo-V-opleidingen in 1972 een nieuwe doelgroep voor een loopbaan in de verpleging te interesseren, namelijk de mannen onder de havo- en vwo-gediplomeerden.[431] Dit zou vooral gewenst zijn voor de algemene ziekenhuizen, waarin op 40.000 verplegenden slechts 1600 mannen (4 procent) werkzaam waren, terwijl hun aantal in de psychiatrie ongeveer 3000 op een totaal van 7000 (meer dan 40 procent) bedroeg.[432]

Al gauw kwamen er kritische reacties op deze aanbevelingen. Zo vonden A.J.H. Thiadens en M.J. Smulders-Aghina, beiden lid van de uit 'kritische' werkers in de gezondheidszorg bestaande Werkgroep 2000 en daarbinnen betrokken bij het project 'Ziekenhuis, menselijk en modern', dat de 'verpleegkundige van de toekomst' zijn of haar zelfstandig denk- en handelvermogen niet langer door artsen of door lijsten vol hiërarchisch geordende menselijke behoeften moest laten inperken. Evenmin hoefde hij of zij zich te beperken tot 'symptoombestrijding', ook niet als de oorzaak van een aandoening sociaal, ethisch of cultureel van aard was. Thiadens en Smulders-Aghina signaleerden dat in het bijzonder de psychiatrisch verplegenden dit ook al niet meer deden en dat hun beroepsinhoud dus verder ontwikkeld was dan de Commissie Hogere Beroeps Opleiding Verplegenden suggereerde.[433]

429 Van Loon 1969, 59.
430 Van Loon 1969, 71.
431 Van Loon 1969, 49.
432 B.T.G. de Jong, voorzitter van één van de drie subcommissies van de Commissie Van Loon, aangehaald door Hendriks 1970, 13.
433 Thiadens en Smulders-Aghina 1971, 39, 43, 45, 49. Zie ook Aghina en Tielens 2000 [1973].

Voor de Geestelijke Gezondheidszorg betekenden de aanbevelingen van de commissie een inperking van de definitie van verpleging en een vergroting van de concurrentie op de arbeidsmarkt. Tot 1970 kozen mannen die zich aangetrokken voelden tot de verpleging immers vrijwel altijd voor een start in de psychiatrie, omdat zij in de algemene gezondheidszorg minder welkom waren. Dat zou nu veranderen. In 1971 wijdden de beroepsorganisaties in de verpleging de Dag van de Verpleging aan 'De man in de verpleging'. Ronkend heette het in de aankondiging:

——— *Het gaat niet aan om in denken en handelen de complexiteit van verpleegkundige zorg nog langer af te wentelen op de vrouwelijke beroepsbevolking. In maatschappelijke zin bedrijven we hiermee sinds jaar en dag* STRUISVOGELPOLITIEK *van de eerste orde, waar niemand mee gebaat is. […] wij zullen voor de gezondheidszorg in de komende jaren een* EXTRA BEROEP OP TIENDUIZENDEN MANNEN EN VROUWEN *moeten doen […]*[434]

De dreigende concurrentie om personeel werd in de geestelijke gezondheidszorg echter niet opgemerkt. Waarschijnlijk haalde iedereen opgelucht adem omdat verplegers eindelijk voor vol werden aangezien. Bovendien was er geen sprake van een acuut dreigend tekort. Ten gevolge van de babyboom van na de oorlog meldden zich juist in deze jaren steeds meer jongeren, onder wie veel mannen, voor de B-opleiding.[435] Mogelijk werd de vrees voor concurrentie ook overstemd door de hoge verwachtingen in de psychiatrie ten aanzien van de effecten van de AWBZ. In 1968, toen deze werd ingevoerd, gaf de beroemde Franse psychiater P. Sivadon op een congres over 'Het Psychiatrisch Ziekenhuis' te Amsterdam een beschrijving van het particuliere Marcel Rivière Instituut in La Verrière. Deze instelling huisvestte driehonderd patiënten in 10 eenheden voor elk 30 patiënten, die door middel van schuifwanden nu eens kleiner en dan weer groter konden worden gemaakt, afhankelijk van hun behoefte aan 'eenzaamheid' of aan 'opgaan in de gemeenschap'. Er waren maar liefst 320 personeelsleden beschikbaar, onder wie 150 verplegenden. Sivadon wees met nadruk op het belang van voldoende verplegend personeel in de psychiatrie, om 'goede intermenselijke relaties tussen hen en de patiënten' mogelijk te maken. De 1100 congresbezoekers, onder wie 10 procent verplegenden, waren onder de indruk en hoopvol gestemd. Wellicht zou de AWBZ een dergelijke getalsverhouding tussen personeel en patiënten ook in Nederland mogelijk maken. In dat geval zou er nog heel wat moeten gebeuren aan de houding, de functie en de opleiding van het verplegend personeel. De sessies over deze onderwerpen werden dan ook het drukst bezocht.[436]

Een groep B-leerlingen, die in 1967 op de Willem Arntsz Hoeve te Den Dolder met de B-opleiding begonnen was en die begin 1970 de zogenaamde 'Aktiegroep

434 Commissie Voorlichting en Publiciteit van de Federatie van Verenigingen die de verpleging en andere onderdelen van de gezondheidszorg bevorderen 1971.

435 Aan de Stegge, proefschrift in voorbereiding, hoofdstuk V.

436 Aan de Stegge, proefschrift in voorbereiding, hoofdstuk V.

Willem' vormde, huldigde vergelijkbare opvattingen.[437] Bij gerucht vernamen zij dat de aanvangsleeftijd voor een B-leerling zou worden verlaagd naar zestien jaar – te jong naar hun idee. Daarnaast had leerling T. van der Donk zijn takenpakket op de stageafdeling geanalyseerd. Dit bleek overheerst te worden door 'oppassen' en 'huishoudelijk werk'.[438] Dat moest volgens hem veranderen. Daarnaast had hij tot zijn verbazing waargenomen dat de zestig chronische patiënten op zijn afdeling hem 's avonds soms niet eens opmerkten, omdat zij daarvoor, mede als gevolg van de medicatie, te versuft waren. Hij dacht meer te kunnen bereiken met deze patiënten, maar daarvoor ontbrak hem de kennis. Met zijn medeleerlingen discussieerde Van der Donk uitgebreid over het ministeriële conceptrapport over de herziening van de B-opleiding, dat hen tegenviel. De veranderingen gingen niet verder dan de randvoorwaarden. Zij hadden een curriculum verwacht met sociologische, agogische en sociaal-psychologische leerstof, dat toegespitst was op het omgaan met psychiatrische patiënten, evenals trainingen in gesprekstechniek en relevante kennis over medicatie. Het aantal lesuren was weliswaar verhoogd tot 800 uur, maar nieuwe vakken werden nauwelijks ingevoerd.

Het toezicht op het praktijkleren van de leerlingen was evenmin gewijzigd. Zij moesten hun leerproces blijven 'bewijzen' door voorafgaand aan hun eindexamen een 'praktijk- en rapportenboekje' te overleggen waarin alle vaardigheden die zij moesten beheersen driemaal waren afgetekend. Het ging daarbij vooral om verpleegtechnische vaardigheden, die volgens de critici waren afgestemd op 'somatisch zieke mensen' en derhalve niet relevant waren voor de psychiatrie.[439] Sommige technische vaardigheden waren bovendien zó verouderd dat zij in de praktijk al jaren niet meer verricht werden, zoals het 'ontluizen met staal- en netenkam', het 'geven van mosterdpapkompressen', het 'toedienen van zweetbaden door hete kruiken' en het 'toepassen van een spanlaken'. Dit waren dan ook de voorbeelden waarmee deze kritische verplegenden aandacht van de media kregen voor de 'Lachwekkende exameneisen voor verplegers en verpleegsters'.[440] Zo maakte Aktiegroep Willem het spanlaken als 'volkomen verouderd' belachelijk doordat leden ervan zich ermee jonassend – een van hen met lachend gezicht door het gat van het laken gestoken – lieten afbeelden bij een artikel in het *Utrechts Nieuwsblad*. Vaardigheden die anno 1970 wél aan de orde waren, zoals het tot stand brengen van een prettig leefklimaat voor en het 'doelgericht praten met de patiënten', stonden juist níet in het boekje.[441] Het boekje werd louter voor de vorm afgetekend. Aktiegroep Willem vond het zinvoller als leerlingen over hun

437 Elders in het land zou deze actiegroep wel 'Dolle Willem' worden genoemd, omdat de groep zich emancipatoir opstelde en begrip toonde voor 'Dolle Mina', de in december 1969 opgerichte feministische actiegroep te Amsterdam

438 Gesprekken G.J.C. aan de Stegge met E. Verkerk d.d. 10-2-2004 en T. van der Donk d.d. 3-6-2004.

439 Nederlands Audiovisueel Archief, Hilversum, dragernummer M39578/V60845, Uitspraak van E. van de Poll, lid van Aktiegroep Willem, in *Televizier Magazine* 2 maart 1970.

440 *Het Vrije Volk*, 4-2-1970.

441 Nederlands Audiovisueel Archief, Hilversum, dragernummer M39578/V60845, Uitspraak van E. van de Poll, *Televizier Magazine* 2 maart 1970.

praktijkervaringen zouden reflecteren door daarover een stageverslag te schrijven. Het hoofd van de stageafdeling zou dan moeten beoordelen of leerlingen bewezen dat zij aan 'inzicht' hadden gewonnen. Onder deze generatie B-leerlingen maakte de geleide zelfontplooiing plaats voor het streven naar spontane zelfontplooiing.[442]

Een van de vrouwelijke leerlingen opperde het idee om het verouderde praktijk- en rapportenboekje als actiemiddel in te zetten.[443] Weliswaar was de B-opleiding op de Willem Arntsz Hoeve al vernieuwd en toonden de docenten begrip voor het standpunt van de leerlingen, maar het ging hen om een structurele, wettelijk verankerde verbetering van de B-opleiding. Twintig leerlingen leverden hun praktijk- en rapportenboekje in bij het hoofd van de B-opleiding, waarop de eerste actievergadering plaatsvond op het terrein van de Willem Arntsz Hoeve. Geneesheer-directeur Poslavsky verklaarde zich onmiddellijk solidair. Ook stelde de directie van de Willem Arntsz Hoeve een ruimte in het directiegebouw, een telefoonlijn en stencilapparatuur ter beschikking aan de actiegroep. Deze stuurde een open brief aan staatssecretaris Kruisinga en een afschrift daarvan aan alle B-opleidingen, de Commissie tot Herziening van de B-opleiding, leden van de Tweede Kamer en de pers. In deze brief was te lezen dat een aantal B-leerlingen van de Willem Arntsz Hoeve weigerde het boekje nog langer als onderdeel van het examen te erkennen en dat de actie was ontstaan uit 'enorme ontevredenheid over de trage, langdurige en slepende wijze waarop tot heden commissie op commissie ter herziening van de B-opleiding gewerkt heeft en [...] gefaald!'[444] Verder kondigde de actiegroep aan dat er in het hele land boekjes ingezameld zouden worden met de bedoeling om deze bij Kruisinga in te leveren. Dit alles moest op korte termijn leiden tot een daadwerkelijke herziening van de B-opleiding.

De actie trok veel media-aandacht. De VPRO-radio besteedde er als eerste aandacht aan, in het *Algemeen Dagblad* en *De Telegraaf* verschenen grote artikelen en journalisten interviewden de actievoerders. De teneur van de berichtgeving was dat hun klachten gerechtvaardigd waren. Het waren vooral mannen die als woordvoerders van de actiegroep optraden.[445] Tijdens een Tweede Kamerdebat over de actie verklaarde Kruisinga dat hij evenmin tevreden was over de A- en de B-opleiding. Wezenlijke verbetering verwachtte hij echter niet zozeer van een herziening van de inservice-opleidingen als wel van de invoering van dagonderwijs. Hij kondigde dan ook aan dat hij al in 1972 een aantal hbo-dagopleidingen voor de verpleging zou opstarten en dat hij de Centrale Raad voor de Volksgezondheid zou

442 Zie ook 4.2, paragraaf 'Van geleide naar spontane zelfontplooiing'.

443 Interview G.J.C. aan de Stegge met M. van de Siepkamp-de Vries d.d. 26-2-2004.

444 Nederlands Audiovisueel Archief, Hilversum, dragernummer M39578/V60845, *Televizier Magazine* 2 maart 1970. Zie ook: Internationaal Instituut voor Sociale Geschiedenis, Archief Nieuw Dennendal, (1965-), 1969-1974 (1989), nr. 38, Stukken betreffende Aktie Willem, brief aan Kruisinga d.d. 28 januari 1970.

445 De directie van de Willem Arntsz Hoeve besloot om een aantal woordvoerders volledig voor de actie vrij te stellen, waarbij vier mannen werden aangewezen, tot grote teleurstelling van enkele vrouwen onder de actievoerders.

Compilatie krantenberichten Aktiegroep Willem, 1970.

verzoeken om een Vaste Commissie van Advies en Bijstand te installeren om zich te buigen over de verpleegopleidingen. Daarin zou het Ministerie van Onderwijs en Wetenschappen moeten participeren. Vooruitlopend op deze maatregelen achtte Kruisinga een aantal aanpassingen van de B-opleiding, zoals de invoering van een stageverslag, mogelijk. Tot afschaffing van de praktijk- en rapportenboekjes wilde hij echter niet overgaan en hij weigerde ook om terug te komen op zijn besluit tot verlaging van de aanvangsleeftijd van leerling-verplegenden. Dat laatste zou noodzakelijk zijn omdat 'gediplomeerde verpleegsters' ieder jaar weer jonger gingen trouwen. Wilden de ziekenhuizen nog enig profijt kunnen trekken van de in hun inservice-opleiding gepleegde investeringen, dan moesten 'de meisjes' eerder beginnen.[446] Deze overweging was ingegeven door het feit dat de algemene ziekenhuizen jaarlijks zeer veel verpleegsters moesten vervangen. Bij Aktiegroep Willem leidde deze redenering tot hilariteit, omdat in de psychiatrie ongeveer de helft van alle verplegenden tot het mannelijk geslacht behoorde. 'Toch wel jammer van al die jongens die hun best doen' schreef iemand. Ene 'L. Rosewater' wijdde er een gedicht aan met de cynische conclusie: 'En waar is dus de opleiding naar gericht? Naar ons aller voortplantingsdrift.'[447]

In weerwil van de terughoudendheid van Kruisinga had de actiegroep onder psychiatrisch verplegenden zeer veel succes. Een week na het begin van de actie hadden al zeventig leerlingen van de Willem Arntsz Hoeve hun praktijk- en rapportenboekje ingeleverd.[448] De dagelijks uitkomende *Aktiekrant* van de Aktiegroep Willem vond veel aftrek en de actiegroep organiseerde dagelijks lezingen en discussieavonden in psychiatrische ziekenhuizen in het hele land. Van den Hurk verzorgde samen met leden van de actiegroep nogmaals een informatieve radio-uitzending over de actie voor de VPRO-radio. De katholieke broeders van Reinier van Arkel te Den Bosch alsook die van Voorburg te Vught, van St. Willibrord te Heiloo en van St. Joseph te Apeldoorn richtten 'collega-actiegroepen' op teneinde een 'agogisch' gerichte B-verpleging te realiseren. Oud-verpleegsters stuurden hun eigen 'toverboekje' op uit protest tegen de 'folklore van de verpleging'. Anderen stuurden geld, snoep of een solidariteitsverklaring. Enkele politici van de PPR en de PvdA verklaarden zich solidair. Sommige patiënten van de Willem Arntsz Hoeve lieten merken dat zij begrepen dat de leerlingen zich voor hún welzijn inspanden. Zo schreef een mevrouw hoe 'mieters' zij het vond dat de actievoerders het in een paar weken tijd al zover gebracht hadden.[449]

Ook de Geneeskundig Hoofdinspecteur voor de Geestelijke Volksgezondheid, Baan, met wie de actievoerders een gesprek hadden, had grote waardering voor hun wens om de patiënten op meer adequate wijze terzijde te staan. Hij was het met hen eens dat jonge leerlingen eerst meer theoretische kennis en

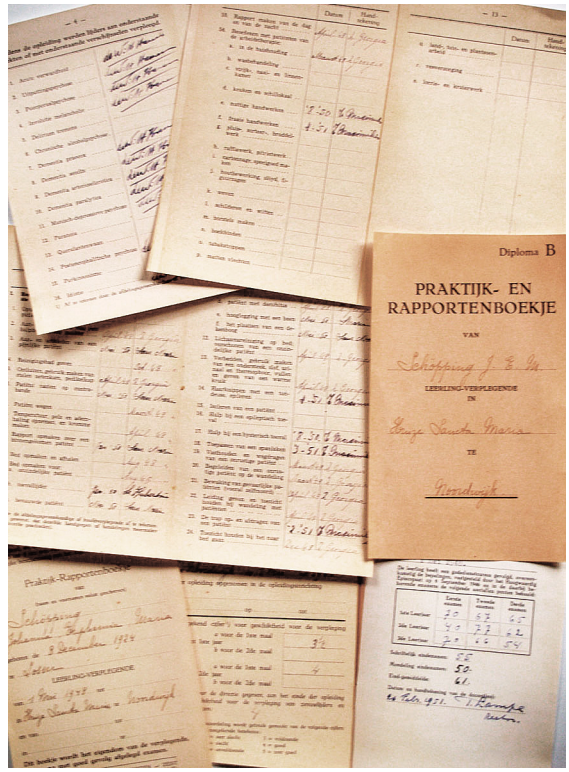
446 Handelingen der Staten-Generaal, 1969-1970, Begrotingsbehandeling van het Departement voor Sociale Zaken en Volksgezondheid, 40e vergadering, 3-2-1970.

447 [N.]Rosewater, *Aktiekrant* van Aktiegroep Willem, d.d. 14 en 15 februari 1970.

448 *Utrechts Nieuwsblad* 4-2-1970, 11.

449 *Aktiekrant* van Aktiegroep Willem 17-2-1970.

Praktijk- en rapportenboekje 1948.



voorbereiding moesten opdoen alvorens zij de praktijk ingingen. Ook stemde hij in met de eis om het praktijkboekje op korte termijn af te schaffen en een stageverslag in te voeren. Tegelijkertijd stelde hij echter dat Nederland zijns inziens net als de rest van de wereld moest toewerken naar één algemene basisopleiding in de verpleegkunde, met daarbovenop zowel een differentiatie- als een specialisatiemogelijkheid. Deze opvatting stond op gespannen voet met het streven van de actiegroep naar een accentverschuiving in de B-opleiding 'naar de sociotherapeutische kant'.

Aan de vooravond van een protestmanifestatie op 3 maart 1970 in De Meerpaal te Dronten werd Aktiegroep Willem in een zeer welwillende uitzending van *Televizier Magazine* op televisie geportretteerd.[450] De leerlingen – drie vrouwen temidden van een grote groep jonge mannen – wisten hun grieven in de uitzending helder over het voetlicht te brengen. Poslavsky sprak in de uitzending zijn begrip voor de actiegroep uit, die volgens hem een 'werkbaar alternatief' bood. De volgende dag trokken meer dan 1150 B-leerlingen en zeker 250 gediplomeerde verplegenden vanuit alle psychiatrische ziekenhuizen in Nederland naar De Meerpaal.[451] Namens staatssecretaris Kruisinga woonde Baan deze manifestatie bij. Hij verbaasde zich erover dat hij slechts één geneesheer-directeur tegenkwam – die van de Rijks Psychiatrische Inrichting te Grave –, terwijl het om zo'n belangrijke kwestie in de psychiatrie ging. Naar aanleiding van wat hij op de manifestatie hoorde, kwam Baan tot de slotsom dat er veranderingen in de B-opleiding nodig waren, vooral met betrekking tot de examinering van het praktijkgedeelte en het schrijven van een stageverslag over het verpleegkundig handelen ten opzichte van patiënten. Een dergelijk verslag vereiste reflectie van leerlingen op hun eigen gedrag. Daarnaast vond Baan dat er een basisopleiding moest komen voor alle verplegenden met een mogelijkheid tot differentiatie en specialisatie. Deze door Baan bepleite wijzigingen werden in de zomer van 1970 ingevoerd.[452]

Ondertussen creëerde Kruisinga draagvlak voor de hbo-V. In het voorjaar van 1970 installeerde hij de zogenaamde Commissie Von Nordheim – geheten naar haar voorzitster J. von Nordheim – met de opdracht om de suggesties uit te werken die eerder waren gedaan op een conferentie over opleidingen in de verplegingssector in Kerk en Wereld te Driebergen. De commissie moest richting geven aan het verpleegkundig onderwijs op de langere termijn, vooral door mid-

450 Nederlands Audiovisueel Archief, Hilversum, dragernummer M39578, *Televizier Magazine* 2-3-1970.

451 Brief P. Baan met verslag van deze dag in Nota ontwikkelingen in de verplegingssector aan J. de Vries, 18 maart 1970. Archief van het Ministerie van VWS, te Steenbergen, nr. 1772.572.

452 P. Baan, Nota over ontwikkelingen in de verplegingssector, (voor de staatssecretaris), in kopie verzonden aan J. de Vries op het Ministerie van Volksgezondheid, 18-3-1970. Archief van het Ministerie van VWS, te Steenbergen, archief afdeling MBO, 1.772.572; *Nederlandse Staatscourant* vrijdag 31 juli 1970, nr. 145, 4 en 5. Publicatie van Wijziging toelatingseisen Opleiding diploma B voor ziekenverpleging; Publicatie van Besluit van 20 juli 1970, nr. 180.186, Directoraat Generaal van de Volksgezondheid, Hoofdafdeling MBO, afdeling Opleiding.

del van een integratie van de diverse opleidingen en de vervroeging van de aanvangsleeftijd met het oog op een betere aansluiting op het voorbereidend onderwijs.[453] Kruisinga zette zijn inspanningen voor het dagonderwijs kracht bij door de bekendste voorvechtster ervan, C.A.M. Verbeek, vanwege haar vele verdiensten voor de verpleegopleidingen in 1970 een ridderorde te verlenen. In hetzelfde jaar gaf Kruisinga het startsein voor de daadwerkelijke realisatie van de eerste hbo-V-opleidingen: een in Leusden en een in Nijmegen.[454] Kort daarvoor had hij de Vaste Commissie van Advies en Bijstand inzake de Verpleging van de Centrale Raad voor de Volksgezondheid geïnstalleerd. Deze commissie zou tot in 1991 blijven bestaan en zeker vijftig rapporten uitbrengen over de verpleging, waarvan de helft betrekking had op de opleiding, vooral op het niveau – mbo of hbo – daarvan.[455] Opvallend is echter dat van alle uitgebrachte adviezen slechts één uitsluitend was gewijd aan de psychiatrische verpleegkunde en wel aan de vraag of daarbinnen behoefte bestond aan 'specialisatie'. Op grond van haar definitie van het begrip specialisme, namelijk 'een bijzondere deskundigheid op een deelgebied van de beroepsuitoefening, waartoe het volgen van een erkende voortgezette opleiding noodzakelijk is', beantwoordde de commissie deze vraag in 1983 vooralsnog ontkennend: zij vreesde dat het creëren van specialistische functies de te verlenen basale verpleegkundige zorg in de psychiatrie zou kunnen schaden.[456]

Desalniettemin was er reeds een specialisatie binnen de psychiatrische verpleging tot stand gekomen. In het kielzog van de instelling van de hbo-afstudeerrichting 'Maatschappelijke Gezondheidszorg-GGz' voor wijkverpleegsters op sociale- of gezondheidszorgacademies werd in 1973 bij Koninklijk Besluit de aantekening 'sociaal psychiatrische verpleging' op het B-diploma erkend.[457] Dit besluit werd niet gepubliceerd als wijziging op de wet van 1921, maar als een wijziging op het besluit van 1928 ten aanzien van de wijkverpleging. Voortaan moest deze opleiding ook mannen toelaten. Het sociaal-psychiatrisch werk zou de enige specialisatie in de psychiatrische verpleging blijven. In 1979 kwam de Nederlandse Vereniging voor Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundigen (NVSPV) tot stand.[458] Samen met verpleegkundigen en sociotherapeuten die zich aansloten bij de in 1972 opgerichte Vereniging van Werkers in Psychotherapeutische Gemeenschappen, waren sociaal-psychiatrisch verpleegkundigen de enige verpleegkundigen die zich in deze periode op inhoudelijke gronden organiseerden. Op den duur zouden deze sociaal-psychiatrisch verpleegkundigen ook het werk van de bijna 180 psychiatrisch-sociaal werksters in de Medisch Opvoedkundige

453 Von Nordheim 1971.
454 Von Nordheim en Schreurs 1972, 11-24.
455 Festen 1972; zie Bijlage nr. 9 van Festen 1972 voor een overzicht van de Adviezen van de Vaste Commissie Verpleging.
456 Nationale Raad voor de Volksgezondheid 1983.
457 Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie en Neurologie en Nationale Federatie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1969; *Nederlandse Staatscourant* 26-9-1973, nr. 186, 4. Publicatie van Koninklijk Besluit van 14-9-1973, nr. 54, tot wijziging van het Koninklijk Besluit van 21 december 1928, nr. 104.
458 Van der Padt 1999, 150.
459 Kruisinga 1970, bijlage 7, 72; Nationale Raad voor de Volksgezondheid 1988, 34.

Bureaus overnemen. Het aantal sociaal-psychiatrisch verpleegkundigen dat in Sociaal Psychiatrische Diensten dan wel Riaggs werkzaam was, nam tussen 1970 en medio jaren tachtig toe van ongeveer 200 tot tegen de 900.[459] Staatssecretaris Kruisinga bepaalde in 1970 dat zij elk niet meer dan 75 'gevallen' onder hun hoede mochten hebben.[460]

Rond 1970 legden Lit, Kruisinga, Aktiegroep Willem en Baan de basis voor de verdere ontwikkeling van de psychiatrische verpleegkunde tot 1985. Deze kreeg langs twee lijnen gestalte: via het inservice- en het dagonderwijs. Om een en ander in goede banen te leiden besloot Baan begin 1970 op de Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid een afdeling Verpleging en Opleiding te installeren met als hoofd de verpleegkundige C.J.M. Nieland.[461] Zij had alle verpleegkundige diploma's behaald en zij was in de psychiatrie werkzaam geweest op Paviljoen 3 van het Wilhelmina Gasthuis en op de Willem Arntsz Stichting.[462] Samen met de docenten B. van der Laan en P. Rooijackers had zij in 1969 het studieboek *Verpleegkundige Lessen voor Diploma B* geschreven, het tweede gedrukte Nederlandse leerboek van de hand van psychiatrisch verplegenden zelf. Nielands taak was het uitoefenen van toezicht op de kwaliteit van de opleiding en de beroepsuitoefening van psychiatrisch verplegenden. Nieland zette zich intensief in voor didactische en inhoudelijke vernieuwingen in de B-opleiding. Ook realiseerde zij meer zeggenschap van verpleegkundigen en verpleegkundig docenten over de opleiding. Zo bewerkstelligde zij in 1971 bijvoorbeeld al de benoeming van tien B-verpleegkundigen, van wie de meesten als docent of hoofd opleiding werkzaam waren, als rijksgecommitteerden bij de examens. Dezen dienden bij de examens die zij bijwoonden, de kwaliteit van de betreffende B-opleiding te beoordelen. Hiermee voltrok zich een 'stille revolutie'. Bijna tachtig jaar lang hadden immers louter artsen het toezicht op de eindexamens uitgeoefend.[463]

Op Nielands aandringen werd in 1973 het vak 'psychiatrische verpleegkunde' wettelijk erkend als eindexamenvak. Terwijl B-leerlingen tot die tijd les kregen in vakken als psychiatrie, anatomie, functieleer en gezondheidsleer alsook in verpleegtechnische vaardigheden, moesten zij nu expliciet stilstaan bij de wijze waarop zij dienden te reageren op problematisch gedrag van patiënten. Bovendien moesten leerlingen na 1973 in zowel het tweede als het derde leerjaar een verpleegkundig verslag opstellen dat gebaseerd was op een reeks van gesprekken met een patiënt. Het was nu dus de bedoeling dat zij zich verdiepten in de levensgeschiedenis en de situatie van één specifieke patiënt op hun stageafdeling. Zowel de docent verpleegkunde als het hoofd van de betreffende afdeling moest het verslag beoordelen. Nieland vond kennelijk dat het verder doorpraten over een patiënt die een leerling goed kende, zinvoller was dan een praktijkexamen

460 Kruisinga 1970, 93.
461 Staatstoezicht op de Volksgezondheid 1976, 79.
462 Gesprek G.J.C. aan de Stegge met Kick Nieland d.d. 14-3-2004.
463 *Nederlandse Staatscourant*, van 23-4-1971, nr. 78. Publicatie van een besluit van 15 april 1971, Directoraat Generaal van de Volksgezondheid, afdeling MBO, afdeling Opleidingen.

waarin hij of zij met een onbekende patiënt moest spreken en vervolgens voor de examencommissie diende uit te leggen wat deze mankeerde. Deze benadering bleek inderdaad zinvol. Toen enkele jaren later het 'persoonlijk begeleiderschap' van patiënten door een zogenaamd 'eerstverantwoordelijke verpleegkundige' geïntroduceerd werd, verschoof de verpleegkundige aandacht van de groep naar het individu.[464] Door de verpleegkundige verslagen die zij hadden moeten schrijven, waren de meest recent opgeleide verpleegkundigen toen al enigszins voorbereid op deze werkwijze. Een van de pas benoemde regeringsdeskundigen, verpleger J.A.M. Kerstens, kwam in 1974 met de volgende definitie van verplegen:

——— *Psychiatrische verpleegkunde is het methodisch hulpverleningsproces waarbij de psychiatrisch verpleegkundige als lid van een team een integraal begeleidingsproces ontwikkelt waarin hij het intermenselijk contact hanteert als een therapeutische relatie en de sfeer rondom dat intermenselijk contact uitbouwt tot een therapeutisch milieu, teneinde de zieke mens te begeleiden van een afhankelijke naar een onafhankelijke relatie [...]*[465]

In 1975 kwam op initiatief van Nieland andermaal op basis van een zorginhoudelijk motief een wijziging in de B-opleiding tot stand.[466] Ditmaal werd de titel 'verpleegkundige' in het vooruitzicht gesteld, een titel die, zoals men in de Memorie van Toelichting schreef, *'in feite reeds overal ingeburgerd was'*. Staatssecretaris Hendriks voerde de titel echter pas in 1978 in.[467] De Memorie van Toelichting bij de wetstekst wees op 'frequente wijzigingen in behandelmethodes', waardoor de taak en de functie van de verpleegkundige uitgebreid en verdiept werden. Deze moest niet 'beschermen of lichamelijk verzorgen', doch 'begeleiden en revalideren'. Daarom wilde Nieland in de opleiding meer aandacht voor zelfwerkzaamheid, sociale vaardigheden en gespreksvoering. Aan de opleiders werden hogere eisen gesteld: zij moesten in het bezit zijn van het B-diploma en een docentenopleiding hebben gevolgd. Het theorieonderwijs werd uitgebreid tot minstens 1060 lesuren. Daarvan moest de helft uit 'psychische vakken', zoals psychiatrische verpleegkunde, psychiatrie, psychologie en andragogie, bestaan. Een derde van de lestijd was gewijd aan somatische vakken als gezondheids- en ziekteleer, anatomie, fysiologie en somatische verpleegkunde, terwijl ongeveer een vijfde was gereserveerd voor 'algemeen vormende vakken', zoals maatschappijleer, expressievakken en natuur- en scheikunde. In vier praktijkleerperiodes met een duur van 7 maanden dienden leerlingen ervaring op te doen in diverse sectoren van

464 Van Eindhoven 1979.
465 Kerstens 1974, 45-46.
466 *Nederlandse Staatscourant* 13 juni 1975, nr. 111. Publicatie van besluit van 30 mei 1975 nr. 28160, Directoraat Generaal van Volksgezondheid, Hoofdafdeling Medische Beroepen en Opleidingen, ondertekend door Staatssecretaris J.P.M. Hendriks, tot Algehele Wijziging regeling opleiding diploma B Ziekenverpleging, op voorstel van de Ministeriële Commissie Herziening Opleiding B-Ziekenverpleging.
467 *Staatsblad* 12 juli van 1977, nr. 397. Publicatie van Wetswijziging d.d. 8 juni 1977, ofwel Wet tot bescherming van het diploma van verpleegkundige. De regeling werd van kracht 1-1-1978.

de psychiatrie. Zij moesten minstens 20 klinische lessen en 20 patiëntenbesprekingen bijwonen en minimaal 135 verpleegtechnische handelingen, waaronder 60 somatische verpleegtechnieken en 75 meer 'psychiatrisch getinte' vaardigheden, leren beheersen. Verder kreeg het leren schrijven meer aandacht: geoefend werd met een werkstuk ter verwerking van observaties en het overdragen daarvan aan anderen, 2 verpleegkundige verslagen, 2 werkstukken over expressievakken, 2 over maatschappijleer en 1 over voedingsleer. Een praktijkverpleegkundige met de status van erkend docent of stagebegeleider begeleidde de leerling in het verwerken van alle opgedane praktijkervaringen. Het eindexamen bestond uit toetsingen van de psychische en somatische vakken, alsook een casuïstisch eindgesprek. Net als artsen moesten gediplomeerden een gelofte tot geheimhouding afleggen. Nieland greep de wijzigingen in de opleiding aan om een 'Commissie Ziekenverpleging B' tot stand te brengen, die zou bestaan uit B-verpleegkundigen en/of docenten, en die voortdurend voor verbetering en aanpassing van de opleiding moest zorgen. De volgende ingrijpende wijziging zou in 1986 plaatsvinden.

Psychiatrisch verpleegkundigen hadden de regeling van 1975 kunnen aangrijpen om zich in een psychotherapeutische richting te ontwikkelen, zoals Van Ree en de bekende Amerikaanse doctor in de psychiatrische verpleegkunde H. Peplau, die in 1977 een lezing hield op het Nationaal Ziekenhuis Instituut te Utrecht, bepleitten.[468] Volgens Peplau hadden psychiatrisch verpleegkundigen tot taak om het werk dat de patiënt zélf moest doen om zijn of haar probleem op te lossen, te faciliteren en te ondersteunen. Aan deze oproep om zich als verpleegkundige vooral therapeutisch op individuele patiënten te concentreren werd aanvankelijk in de Nederlandse psychiatrische verpleging nauwelijks gehoor gegeven. Deze was veeleer gericht op het leefklimaat van groepen patiënten. De verpleger en docent H. Vermaas sprak zich daarentegen wel uit voor een meer individuele benadering. Hij schreef in 1980:

> ——— *Vele psychiatrisch verpleegkundigen beseffen maar al te goed, dat de opleiding tot psychiatrisch verpleegkundige een volstrekt zinloze periode is, waarin je wordt opgeleid voor situaties die je niet aankunt. [...] de problemen van de mens die psychiatrisch patiënt is geworden komen nauwelijks aan de orde. [...] De psychopathologie en psychiatrie komen als donderbuien uit de lucht en het kost veel tijd je af te drogen en, eenmaal droog, te beseffen dat er ook nog nagedacht moet worden over de grondvragen van het menselijk bestaan [...]*[469]

Vermaas vond dat er een antropologische wending nodig was. Ook pleitte hij voor meer aandacht voor concrete probleemsituaties op de werkvloer, zoals 'brandstichting in de separeerkamer', 'diefstal van geld van een medepatiënt', 'houdt zich nooit aan afspraken' en dergelijke. Hij stelde in dit kader zelfs voor te stoppen met de profilering van 'verpleegkundigen' en in plaats daarvan te pleiten voor één

468 Van Ree s.a.; Peplau 1977.

469 Vermaas 1980, 1036.

opleiding voor 'werkers in de gezondheidszorg', die dan allen aan de hand van een veelheid aan vakken in de antropologische richting onderwezen zouden moeten worden.[470] Anderen hielden echter vast aan de 'hantering van het leefklimaat' als kernelement van de beroepsuitoefening voor elke psychiatrisch verpleegkundige.[471] Het feit dat het leefklimaat de verantwoordelijkheid bleef van verpleegkundigen was de belangrijkste reden waarom het niet lukte om de sociotherapie als apart specialisme te ontwikkelen.[472] Immers, als elke basisverpleegkundige aan sociotherapie deed, was het niet nodig om hiervoor ook nog specialisten aan te stellen.

Desalniettemin had het accent op het intensieve ontwikkelingsproces dat Nieland voor de verpleegkundigen bepleitte, zeker in samenhang met het sterk stijgende aantal verpleegkundigen op de werkvloer, op den duur wel enig effect. Het was bijvoorbeeld de Commissie Van Dijk niet ontgaan hoe belangrijk juist de verpleegkundigen waren voor de verbetering van de interne rechtspositie van psychiatrische patiënten. Deze commissie signaleerde bezorgd dat in psychiatrische ziekenhuizen twee keer zo weinig personeel betrokken was bij de behandeling en begeleiding van patiënten als in algemene ziekenhuizen.[473] Ze pleitte voor duidelijker en flexibeler bezettingsnormen. Met betrekking tot procedures rond dwangopnamen, het klachtrecht en de interne en de externe rechtspositie van de patiënt deed de commissie een aantal voorstellen. Voor de verpleging was in het bijzonder relevant dat zij wees op de 'psychische dwangmiddelen' die op afdelingen konden voorkomen: 'morele druk, plagerijen, vernederingen, het hanteren van pressie zoals geschiedt bij het intrekken van vrijheden, weekendverlof of vrij wandelen.' Dergelijke dwangmiddelen konden niet door de beugel en het was in dit verband van groot belang dat 'in het bijzonder in de opleiding van de verpleegkundigen, die in sterke mate het leefklimaat op de afdeling bepalen, het vak "ethiek" grotere nadruk' zou krijgen. Het personeel moest de persoonlijke waardigheid van het individu in acht nemen en afzien van een 'infantiliserende benadering'. Een en ander vereiste een goede opleiding met voldoende aandacht voor kennisoverdracht over de rechtspositie van patiënten en ethiek, alsmede voor sociale en psychopathologische problemen, zodat 'onjuiste gedragsbeoordelingen' door verplegenden werden voorkomen. Daarnaast vond de commissie dat directies zorg dienden te dragen voor een geëigende bijscholing door goede werkinstructies, cursussen of 'uitwisseling van personeel' tussen instellingen.[474]

Naast deze ontwikkelingen in de interne B-opleiding kreeg het dagonderwijs de wind in de zeilen. In navolging van Leusden en Nijmegen kregen Amsterdam en Voorburg (1975), Eindhoven en Sittard (1977), Hengelo, Groningen en Zwolle

470 Vermaas 1980, 1039.
471 Janzing en Kerstens 1981.
472 Commissie, ingesteld door de Staatssecretaris van Volksgezondheid en Milieuhygiëne 1981; Nationale Raad voor de Volksgezondheid, Vaste Commissie Verpleging 1982.
473 Werkgroep Rechtspositie Patiënten in Psychiatrische Ziekenhuizen 1978, 14.
474 Werkgroep Rechtspositie Patiënten in Psychiatrische Ziekenhuizen 1980, 18, 25-28, 40.

(1978), Goes (1981), Ede en Breda (1983) en Alkmaar, Leeuwarden en Rotterdam (1984) hbo-V-opleidingen. Gezamenlijk telden deze in de eerste helft van de jaren tachtig een instroom van 8600 studenten, terwijl in deze jaren de uitstroom ruim 3400 bedroeg. Ook de mbo-V maakte een stormachtige groei door: na Eindhoven, Leeuwarden, Hoogeveen en Rotterdam (1973) volgden Leidschendam (1975), Groningen (1978) en Nijmegen, Vlissingen, Ede, Tilburg, Maastricht en Amsterdam (1985). In totaal startten tussen 1980 en eind 1985 bijna 4000 jongeren met deze verpleegopleiding, terwijl er 2000 uitstroomden. Waarschijnlijk hebben in deze periode meer dan 2000 mbo-V'ers en ruim 3400 hbo-V'ers in psychiatrische inrichtingen stage gelopen.[475] De Hoofdinspectie meldde in 1982 dat maar liefst bijna 2500 studenten van de dagopleidingen stage liepen in de psychiatrische ziekenhuizen en dat bovendien tegen de 1400 vaste krachten een dagopleiding volgden naast of tijdens hun werktijd.[476]

De groei van dit dagonderwijs ging echter ten koste van de inservice-B-opleiding. Net als voor B-leerlingen moesten gediplomeerde verpleegkundigen tijd maken voor het inwerken en het begeleiden van deze stagiaires. De overheid hield er aanvankelijk zelfs rekening mee dat voor elke vier stagiaires één formatieplaats nodig was. Daardoor moesten de inservice-opleidingen inkrimpen; anders moest er te véél begeleid worden. Wanneer het aantal interne leerlingen daalde tot onder de zestig, werd de inservice-opleiding te duur.[477] Sommige instellingen bundelden hun opleiding en vele andere brachten het theoriedeel van hun B-opleiding onder bij een Centrale School voor verpleegkunde, waar de aandacht voor psychiatrie beperkt was. Bovendien waren docenten van de interne B-opleidingen, ondanks hun jarenlange ervaring, met ingang van 1982 niet langer bevoegd om les te geven op een school die viel onder het Ministerie van Onderwijs. Daartoe dienden zij eerst een eerste- of tweedegraadsdocentenopleiding te volgen. Zo ontstond in deze periode de situatie dat ervaren B-opleiders op straat stonden of in een Centrale School werden ingezet op een willekeurig taakgebied, terwijl anderzijds op diezelfde school verpleegkundigen en gedragswetenschappers, die nog nooit een psychiatrische inrichting van binnen hadden gezien, 'psychiatrische verpleegkunde' doceerden.[478]

Hier kwam nog bij dat van al de duizenden stagiaires die in de jaren zeventig een paar maanden in een psychiatrisch ziekenhuis hadden rondgelopen, anno 1980 in totaal slechts ongeveer 230 – bijna 90 hbo-V'ers en krap 150 mbo-V'ers – na hun diplomering daadwerkelijk voor een werkplek in de psychiatrie hadden ge-

475 Cijfers ontleend aan Van der Windt 1988, 38; Nationale Raad voor de Volksgezondheid 1983, Bijlage V-4.

476 Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid, Afdeling Onderzoek 1982, 34.

477 Notulen bijeenkomst Commissie Opleiding ziekenverpleging B, 29 november 1983. Archief G.J.C. aan de Stegge.

478 Notulen Commissie Opleiding Ziekenverpleging B, 1 augustus 1979, 3 december 1980 en 2 juni 1982, met dank aan C. de Bont, destijds lid van de Commissie vanuit de Centrale School De Zuysel te Deventer. Archief G.J.C. aan de Stegge.

kozen.[479] De inspanning in de psychiatrie voor de dagopleidingen stond al met al dus in geen verhouding tot wat deze opleverden aan nieuwe werkkrachten, zeker niet vergeleken met het aantal B-gediplomeerden. Desondanks deed de psychiatrie niet wat de Z-sector wél deed: ze protesteerde niet toen de regering in 1980 besloot om al het inservice-onderwijs naar het dagonderwijs over te hevelen.[480]

Kortom: in de jaren 1965-1985 werd ontzaglijk veel (vergader)tijd, geld en aandacht in de psychiatrische verpleegkunde geïnvesteerd en werd er voortdurend aan de opleiding en de beroepsuitoefening gesleuteld. Het resultaat in 1985 was een psychiatrisch verpleegkundige beroepsgroep die groter was dan ooit, maar die tegelijkertijd dusdanig in zichzelf verdeeld was ten gevolge van onderlinge verschillen in opleiding, ethiek en oriëntatie, dat het eind van deze bloeiperiode in zicht was zonder dat ook maar iemand de rijkdom naar waarde had weten te schatten.

Socio- en psychotherapeutisch optimisme

In de ontwikkeling van het therapeutisch regime in de psychiatrische ziekenhuizen zijn in de jaren 1965-1985 in grote lijnen drie fasen met verschillende accenten te onderscheiden. In de jaren zestig bestonden oudere en nieuwere behandelmethoden naast elkaar en kwamen de eerste, in het bijzonder de psychofarmaca en andere somatische behandelvormen zoals de elektroshock, maar ook de actievere therapie, steeds meer onder vuur te liggen. In deze fase bleef de traditionele hiërarchische structuur van de psychiatrische inrichting met psychiaters aan de top, nog grotendeels overeind.[481] In de jaren zeventig gaven socio- en psychotherapieën de toon aan en daarin stonden zelfinzicht, communicatie en menselijke relaties centraal. Deze oriëntatie ging vergezeld van een sterke drang tot democratisering, dat wil zeggen een streven naar gelijkheid tussen de verschillende therapeutische beroepsgroepen en een verkleining van het machtsverschil en de afstand tussen behandelaar en patiënt.[482] In de jaren tachtig was er sprake van een herwaardering van de medische benadering en verschoof het zwaartepunt in de psychotherapie van langere inzichtgevende naar kortere en meer op gedragsverandering en ondersteuning gerichte behandelingen. Daarnaast wonnen de sociaal-psychiatrische begeleiding en maatschappelijke rehabilitatie van moeilijk behandelbare en chronisch gestoorde patiënten terrein. De medische eindverantwoordelijkheid van de psychiater kreeg weer erkenning en de democratisering werd deels teruggedraaid. Voor zover het om de multidisciplinaire samenwerking, de medezeggenschap van het personeel en de patiënten en de bejegening

479 Nationale Raad voor de Volksgezondheid 1986, bijlage 6.

480 *Nederlandse Staatscourant* 20 juni 1979, nr 117. Publicatie van het Besluit van Staatssecretaris van Volksgezondheid en Milieuhygiëne (VoMil) E. Veder-Smit en Staatssecretaris K. de Jong van Onderwijs en Wetenschappen over de mbo-V-opleiding; Van Aert et al. 1988, 4. Met dank aan H. Hillmann.

481 Van Ommen 1988, 81-82.

482 Van Ommen 1988, 97-98.

van de laatsten ging, werden veel verworvenheden van de jaren zeventig echter gehandhaafd en zelfs uitgebreid.

Naast de actievere therapie en de psychofarmaca waren de insuline-, cardiazolshock- en elektroshockkuren en de lobotomie in de jaren zestig nog in gebruik, maar deze oudere somatische therapieën verloren als gevolg van de opmars van de psychofarmaca snel terrein.[483] Alleen de elektroshock bleef onderdeel van het therapeutisch arsenaal, maar de grote aandacht ervoor in de jaren zeventig stond eigenlijk in geen verhouding tot de frequentie van het gebruik ervan. Deze beperkte zich steeds meer tot patiënten met ernstige, endogene depressies, bij wie psychofarmaca geen verbetering teweegbrachten, en tot psychoselijders met zware neurologische en motorische stoornissen. Ook lijders aan obsessief-compulsieve stoornissen, Parkinson en epilepsie werden soms nog met de elektroshock behandeld. De schadelijke bijwerkingen, zoals spiercontracties, wervelfracturen en geheugenverlies – een steen des aanstoots voor de tegenstanders –, werden vanaf de jaren zestig deels tegengegaan door geavanceerdere apparatuur te gebruiken, het voltage te verlagen, patiënten onder narcose te brengen, hen spierverslappers toe te dienen en hen kunstmatig te beademen.[484] In hoeverre deze therapie nog toepassing vond als een soort strafmaatregel ter bestrijding van onrust en overlast – wat critici ook veelvuldig naar voren brachten – is niet helemaal duidelijk.[485] Aan het eind van de jaren zeventig vond de elektroshock nauwelijks meer toepassing. De instelling die er het langst mee was doorgegaan en waar psychiaters deze behandeling nog het meest frequent aanwendden, het Christelijk Sanatorium in Zeist, stopte er omstreeks 1977 mee. In de behandeling van depressie nam een nieuwe slaapkuur, waarbij patiënten niet, zoals voorheen, langere tijd in een diepe slaap werden gehouden, maar hen juist slaap werd onthouden, de rol van de elektroshock deels over.[486]

Met de grote mate aan terughoudendheid ten aanzien van de elektroshock – sommige psychiaters, bijvoorbeeld F. van Ree en J.L. van de Lande, sloten zich bij de protestbeweging aan door deze expliciet af te wijzen – nam de Nederlandse psychiatrie in internationaal opzicht een uitzonderlijke positie in. Vooral in de Angelsaksische wereld en de Scandinavische landen gingen de toepassing ervan en het onderzoek door. Begin jaren tachtig kwam onder Nederlandse psychiaters een voorzichtige herwaardering van de elektroconvulsietherapie op gang. De psychiater W.A. Nolen deed er ervaring mee op in Kopenhagen en ging vervolgens

483 Pieters, Snelders en Houwaart 2006, 104. Volgens Blok (2004, 152) ondergingen naar schatting tweehonderd patiënten tussen 1946-1972 lobotomie. Volgens de psychiater Kraft voerden chirurgen in Santpoort en de Ursulakliniek in Wassenaar deze operatie uit op twintig tot 25 patiënten. Pieters, Snelders en Houwaart 2006, 156. Zie ook 3.4, paragraaf '"Alles wat wij deden met onze patiënten heette therapie"'.

484 Nolen 1999; Leentjens 2000; Staatstoezicht op de Volksgezondheid 1982a, 70.

485 Nolen (1999) en Roosjen en Ypma (1999) maken hier melding van.

486 Roosjen en Ypma 1999; Welters 1993, vergelijk Pieters, Snelders en Houwaart 2006, 144-145; Kroon, Den Boer en Luycx-de Bont 2000, 19-20; Kroft 2005, 155-158, 181, 185.

over tot herinvoering ervan in het psychiatrisch ziekenhuis Bloemendaal in Loosduinen. Samen met Van Ree, die zijn mening over de elektroconvulsiebehandeling had herzien, publiceerde hij een artikel over de shocktherapie, waarop ook andere psychiaters in publicaties een genuanceerd standpunt verwoordden. Na de emotionele discussies in de jaren zeventig was het nu tijd voor een zakelijker beoordeling: de precieze werking van de elektroshock bleef weliswaar onduidelijk, maar dat zij een antidepressief en antipsychotisch effect op patiënten had, stond buiten kijf. Het aantal daadwerkelijk behandelde patiënten bleef in de eerste helft van de jaren tachtig beperkt tot nog geen vijftig per jaar, maar daarna zou een sterke stijging optreden.[487]

In de arbeidstherapie deden zich verschillende tendensen voor. In het kader van de actievere therapie stond deze vanouds in dienst van zowel dagstructurering, het tegengaan van apathie en sociale aanpassing als van productiviteit ten behoeve van de inrichting: huishoudelijke bezigheden, land- en tuinarbeid en ambachtelijk werk stonden centraal. In de jaren zestig voerden sommige inrichtingen in samenwerking met het bedrijfsleven industriële productiearbeid in met het oog op een betere aansluiting op de reguliere arbeidsmarkt.[488] Deze oude en nieuwe vormen van arbeidstherapie of -training riepen in de loop van de jaren zestig en zeventig steeds meer weerstand op. De meestal eentonige werkzaamheden boden louter tijdsvulling, orde en regelmaat – critici maakten zelfs gewag van 'dwangarbeid'.[489] Voor de individuele behoeften en beleving van patiënten was nauwelijks plaats ingeruimd. Mede door deze bezwaren kreeg de arbeidstherapie een meer agogische en individueel gerichte invulling: het bevorderen van attitudeverandering en zelfontplooiing, en de vergroting van het zelfvertrouwen en het gevoel van eigenwaarde van patiënten. Op basis hiervan wonnen de al in de jaren vijftig geïntroduceerde behandelvormen als bewegings-, spel- en creatieve therapieën terrein. De creatieve therapie waaierde uit tot een veelzijdig palet, van tekenen, schilderen, boetseren en knutselen tot toneel- en muziekbeoefening. Nauw verbonden hiermee was het vormingswerk, dat ook al in de jaren vijftig een plaats in de psychiatrische inrichting had verworven om de vrijetijdsbesteding van patiënten in goede banen te leiden en hun sociale vaardigheden te verbeteren.

Tegen de achtergrond van de groeiende weerstand tegen het medische regime plaatsten vooral sociaal-wetenschappelijk geschoolde medewerkers en kritische verpleegkundigen, maar ook sommige psychiaters vanaf het eind van de jaren zestig steeds meer kanttekeningen bij de somatische behandelingen. Het aanvankelijke enthousiasme over de psychofarmaca was in de jaren zestig getaand: ze gingen bij aanzienlijke aantallen patiënten met nogal wat hinderlijke bijwerkingen gepaard en het effect ervan ging niet verder dan symptoombestrijding.

487 Nolen 1999, 5; Staatstoezicht op de Volksgezondheid 1982b, 20; Leentjens 2000; Binneveld en Wolf 1985, 224; Van Ree 2007, 314.

488 Slijkhuis 1996, 31; Huiskes en Van der Kroef 2002, 65-66; Kroft 2005, 144-146.

489 Slangen 1994, 177-178; Louter 2005, 84-86; vergelijk Werkgroep Dag van de Psychiatrie 1981, 24-25.

Sommige psychiaters hadden in dit verband al eerder over de uitwerking van de psychofarmaca gesproken in termen van 'chemische lobotomie', 'een maskergelaat' van de psychiatrie en 'de winterslaap van alle psychische functies'.[490] In plaats van genezing zorgden deze middelen, die soms in hoge doses werden toegediend, eerder voor gewenning, passiviteit, verdoving en versuffing. Door de onderdrukking van psychotische symptomen hadden ze er weliswaar toe bijgedragen dat patiënten rustiger en aangepaster gedrag vertoonden, en dat de gemiddelde opnameduur afnam, maar ze boden geen oplossing voor het chronische karakter van sommige geestesziekten, wat bleek uit de stijging van het aantal heropnamen.[491] Vanwege de bijwerkingen verzetten patiënten zich soms tegen de behandeling met medicijnen.[492]

Het voorschrijven van psychofarmaca stond op gespannen voet met het socio- en psychotherapeutische behandelideaal dat in de jaren zeventig de toon ging aangeven. Medicijnen zouden de onderliggende problemen toedekken, emotionele openheid verhinderen en persoonlijke groei in de weg staan. Toch werden psychofarmaca niet afgezworen – ze hadden onmiskenbaar een vaste plaats in het therapeutisch arsenaal van de psychiater gekregen. In de praktijk bleven pillen gangbaar, al was het maar om ernstige psychosen te bedwingen of agressie en ander onhandelbaar gedrag tegen te gaan. Een zeker pragmatisme was de behandelaars, ondanks hun soms felle kritiek op de medische psychiatrie, niet vreemd.[493] Vanaf 1970 vond zelfs een belangrijke vernieuwing plaats in de medicamenteuze behandeling: de toepassing van depotmedicatie, dat wil zeggen de toediening van krachtige, langdurig werkzame psychofarmaca door middel van injectie. Aangezien de medicijnen zich op deze manier geleidelijk in het lichaam verspreiden en één tot twee weken werkzaam blijven, was dagelijkse, orale inname (en ook de controle daarop) niet meer nodig en kon worden volstaan met poliklinische behandeling. Hierbij deden nieuwe psychofarmaca hun intrede. In St. Servatius vonden begin jaren zeventig proeven plaats met het nieuwe neurolepticum Clozapine, dat door middel van injectie was toe te dienen en minder bijwerkingen zou vertonen dan andere middelen. Het nieuwe medicijn zou pas in de jaren negentig op de markt komen, maar St. Servatius kreeg van de Farmaceutische Inspectie toestemming om patiënten ermee te behandelen.[494] In andere psychiatrische ziekenhuizen, bijvoorbeeld De Welterhof en Endegeest, werd gebruikgemaakt van Trilafon. Verder leenden de neuroleptica Imap en Orap zich voor injectie.[495] Voor het Deltaziekenhuis waren de depotneuroleptica begin jaren zeventig aanleiding om in Rotterdam een 'prikpoli' op te zetten. Chronische patiënten kregen hier regelmatig hun dosis medicijnen ingespoten, waarbij deze polikliniek ook sociale begeleiding aanbood. Door deze nieuwe vorm van sociale

490 Pieters, Snelders en Houwaart 2006, 69, 76.
491 Van Ommen 1988, 85.
492 Pieters, Snelders en Houwaart 2006, 69–71.
493 Pieters, Snelders en Houwaart 2006, 104–105, 106–107, 109–110, 117–119, 120, 135–136; vergelijk 103, 116, 129, 139, 142, 147.
494 Kroft 2005, 151–152.
495 Blok s.a.a [1999], 42; Blok 1998c, 218–220; Pieters, Snelders en Houwaart 2006, 154.

Teamvergadering in afdeling Westlinge van Duin en Bosch te Castricum, jaren zeventig.

psychiatrie, bedoeld om heropname te voorkomen, konden zowel schizofrene als manisch-depressieve patiënten in de maatschappij verblijven. De prikpoli, waarbij begin jaren tachtig 550 patiënten in behandeling waren, had zoveel succes dat ook patiënten van andere instellingen er gebruik van maakten. Het Rotterdamse voorbeeld werd vanaf omstreeks 1980 door andere psychiatrische ziekenhuizen nagevolgd.[496]

Een doorbraak in curatief opzicht vormden de depotneuroleptica echter niet. Evenmin als de oudere medicamenten zorgden zij voor genezing; het bleef bij symptoombestrijding. De relativering van de curatieve werking van psychofarmaca en de protesten van de tegenbeweging leidden ertoe dat het gebruik ervan in veel instellingen stilzwijgend naar de achtergrond verdween. Instellingen die zich profileerden met farmaceutisch onderzoek, zoals St. Joris Gasthuis, de Venrayse inrichtingen, Endegeest en het Psychiatrisch Centrum Bloemendaal, riepen kritiek op. Het aantal biochemische laboratoria van psychiatrische ziekenhuizen liep in de loop van de jaren zeventig en tachtig terug.[497] De psychofarmaca brachten evenals de oudere actievere therapie voornamelijk passiviteit, aanpassing en afhankelijkheid van patiënten met zich mee, zo luidde het bezwaar, en ze werkten daardoor chroniciteit en hospitalisatie in de hand. Met de bestrijding van onrust en onhandelbaar gedrag werd ook het gevoelsleven onderdrukt dat wellicht toegang zou kunnen verschaffen tot de diepere oorzaken van psychische stoornissen. Andere, intensievere behandelmethoden waren nodig om geestesziekte bij de wortel aan te pakken en zo een grotere doorstroming van patiënten te realiseren. Al eerder hadden psychiaters betoogd dat het voorschrijven van psychofarmaca vergezeld moest gaan van psycho- en sociotherapeutische interventies. In de jaren zeventig kwamen deze op de voorgrond te staan. Het sociaal-psychologische behandelethos, dat toen tot volle ontplooiing kwam, was mede een reactie op het imago van de inrichting als opberginstelling en behelsde een grote mate van optimisme omtrent de mogelijkheden om psychische aandoeningen te genezen.

Nieuwe behandelvormen wonnen vanaf het eind van de jaren zestig terrein in de psychiatrische ziekenhuizen, in het ene wat eerder dan in het andere. Het accent verschoof van de medisch georiënteerde psychiatrie en de sociaal-pedagogische actievere therapie naar een overwegend sociaal-psychologische benadering. Vooral psychologen en maatschappelijk werkers en ook sommige psychiaters koesterden hoge verwachtingen van de mogelijkheid om geesteszieken met socio- en psychotherapeutische methoden te behandelen. Vaak werden deze op initiatief van psychologen en maatschappelijk werkers ingevoerd en met enthousiasme door verpleegkundigen overgenomen. De invloed van de kritische psychiatrie liet zich hierbij duidelijk gelden. De aandacht spitste zich toe op de

496 Vijselaar 1999a, 147-151.

497 Volgens de biochemicus G.M.J. van Kempen, vanaf 1965 verbonden aan Endegeest, beschikten twintig psychiatrische ziekenhuizen destijds over een laboratorium, waarvan er uiteindelijk maar enkele zouden zijn overgebleven. Pieters, Snelders en Houwaart 2006, 91-94.

sociaal-psychologische achtergrond van geestesstoornissen (het 'sociale model'), terwijl medisch-biologische verklaringen en diagnoses werden verworpen. De behandeling diende gebaseerd te zijn op een grote mate van gelijkwaardigheid van behandelaar en patiënt, en had individuele bevrijding en zelfontplooiing tot doel. Deze benadering kreeg in de praktijk vorm in diverse socio- en psychotherapeutische behandelvormen, die zich kenmerkten door de grote aandacht voor de innerlijke beleving en de motivatie van patiënten, de nadruk op communicatie en emotionele expressie, en de gerichtheid op het functioneren van individuen in groepen.[498]

Behandelaars spraken patiënten aan op hun eigen verantwoordelijkheid en zelfwerkzaamheid. Geesteszieken zouden geen object van behandeling, maar actieve participanten en gesprekspartners zijn. De veronderstelling was dat psychisch gestoorde mensen konden kiezen voor genezing. Hun eigen motivatie, inzet en medewerking golden als essentiële elementen in de behandeling. Het ging niet louter om symptoombestrijding, het onderdrukken van storend gedrag, maar om een aanpak van de onderliggende problemen. De behandeling moest tot hun innerlijk doordringen teneinde een dieper ingrijpende bewustzijns- en attitudeverandering teweeg te brengen. Hier deed de invloed van de veramerikaniseerde psychoanalyse zich gelden. Genezing bestond uit het afwerpen van 'karakterpantsers', het realiseren van een psychische doorbraak om onderdrukte gevoelens los te maken.[499] Patiënten zouden zich moeten bevrijden van schuldgevoelens, remmingen, angsten, onmondigheid, afhankelijkheid en maatschappelijk bepaalde verwachtings- en rolpatronen. Hulpverleners dienden in de eerste plaats als veranderaars op te treden en patiënten moesten voortdurend 'aan zichzelf werken', waardoor zij tot zelfinzicht en persoonlijke groei kwamen. Praten, zelfreflectie en emotionele expressie en ontlading waren de belangrijkste middelen om dit bereiken.[500] Het uiteindelijke doel was de ontdekking en de ontplooiing van het vermeende ware zelf en de realisering van individuele autonomie en keuzevrijheid. In deze zin was het therapeutische doel geënt op de humanistische psychologie waarvoor met name C. Rogers met zijn *client-centered counseling* al eerder de grondslag had gelegd.

Een ander belangrijk kenmerk van het sociaal-psychologische behandelethos was de veronderstelling dat menselijke relaties en communicatie van doorslaggevende invloed waren op zowel het ontstaan als de mogelijke genezing van psychische stoornissen. Volgens het sociale model vormden maatschappelijke misstanden, verstoorde interpersoonlijke betrekkingen en verhullende en dubbelzinnige communicatiepatronen de oorzaken van geestelijke aandoeningen. Voortbouwend op de psychoanalyse richtten kritische psychiaters als Laing, Cooper en Foudraine en invloedrijke Amerikaanse neofreudianen als E. Fromm,

498 Blok 2004, 131-165; vergelijk Vijselaar s.a., 7.
499 Blok 1998c, 225-228, 239.
500 Blok 2004, 32-36; 144-160; vergelijk Blok 1998c, 220-223.

F. Fromm-Reichmann, J. Rosen, H. Stack Sullivan, H. Searles en C. Whitaker hun aandacht vooral op vermeende verstoorde relaties en gebrekkig functionerende gezinnen, die een schadelijke invloed op de geestelijke ontwikkeling van opgroeiende kinderen zouden hebben. Gezinnen waarin autoritaire verhoudingen heersten, gevoelens werden onderdrukt en open communicatie ontbrak, zouden ziekmakend zijn. In zulke gezinnen werd de persoonlijkheid van kinderen in de knop gebroken of misvormd. In neofreudiaanse verklaringen van psychische stoornissen kregen vooral moeders de schuld van geestelijke misgroei van kinderen; vaders trof vooral blaam vanwege hun zwakheid en frequente afwezigheid. De voortdurende zorg en koestering van de moeder gold als voorwaarde voor een gezonde psychische ontwikkeling van het kind. Alles wat daarin misging, was in deze optiek ook voornamelijk aan haar te wijten. Vooral dominante of egocentrische moeders zouden met hun manipulatieve gedrag voortdurend dubbelzinnige boodschappen naar hun kinderen uitzenden en daardoor psychische verwarring en zelfs schizofrenie teweegbrengen. Fromm-Reichmann had al in 1949 de term 'schizofrenogene moeder' gemunt.

Het idee dat psychische problemen voortkwamen uit traumatiserende 'gezinspathologieën' raakte in de jaren zeventig wijd verbreid. Het streven naar bevrijding en losmaking van het ouderlijk milieu kreeg een centrale plaats in de psychiatrische hulpverlening. Terwijl het gezin in de jaren vijftig was verheerlijkt, kwam het nu onder vuur te liggen, temeer daar het aantal jongere patiënten in de eerste helft van de jaren zeventig steeg. De kritiek op het gezin weerspiegelde het generatieconflict en de verzelfstandiging van veel jongeren die studeerden en op kamers woonden. Het gezin, dat in de wederopbouwperiode gold als hoeksteen van de samenleving, werd nu aan de schandpaal genageld als een onderdrukkend instituut dat de zelfontplooiing in de kiem smoorde.[501]

De sociaal-psychologische verklaring van geestesziekte ging soms gepaard met een afwijzing van de gangbare medisch-psychiatrische diagnostiek. Deze zou patiënten nodeloos objectiveren en in een hokje plaatsen. Psychiatrische diagnoses zoals schizofrenie en depressie maakten plaats voor aanduidingen als 'karakterneurose', 'losmakingsproblematiek', 'relatieproblematiek', 'identiteitsproblematiek', 'identiteitscrisis' of eenvoudigweg 'vastgelopen'. Dergelijke omschrijvingen suggereerden dat geestesziekten niet ontstonden door neurologische aandoeningen of zuiver psychische oorzaken, maar voortkwamen uit groeibelemmerende gedragspatronen die door de sociale omgeving waren opgelegd.[502] Gekte zou een reactie zijn waartoe mensen door nood gedwongen hun toevlucht namen als ze verstrikt waren geraakt in problematische relaties met anderen. Aangezien psychische stoornissen volgens deze redenering hun oorzaak vonden in schadelijke omgevingsinvloeden, in het bijzonder in verziekte relatie- en communicatiepatronen, zou de behandeling ook het beste kunnen plaatsvinden in een groep

501 Blok 2004, 48-52, 138-140, 156-158; vergelijk Blok 1998c, 225-228.

502 Blok 2004, 74-75.

Vergadering van bewonersraad in Endegeest in de jaren zeventig.

of leefgemeenschap. De manier waarop patiënten in het psychiatrisch ziekenhuis in de behandel- of leefgroep functioneerden, zou symptomatisch zijn voor hun sociale gedrag in de maatschappij. Patiënten moesten participeren in groepsprocessen, met anderen praten over gevoelens en relaties, zich openstellen voor anderen, zich uiten tegenover anderen, hun mening over anderen kenbaar maken, reageren op anderen en confrontaties met anderen aangaan.

De groepsoriëntatie veronderstelde dat patiënten een heilzame invloed op elkaar konden uitoefenen en dat zij eerder iets zouden aannemen van lotgenoten dan van behandelaars. Door middel van confronterende interactie zouden patiënten meer leren over hun eigen innerlijke conflicten en remmingen. Naast persoonlijke groei stond sociaal gedrag hoog in het vaandel. Participatie in groepsactiviteiten genoot grote waardering: het aangaan van sociale relaties was een teken van geestelijke gezondheid. Wie zich onttrok aan groepsprocessen gold al gauw als gesloten en afgestompt.[503] We zagen dat Ter Veld in De Viersprong werd afgewezen: zijn weigering om samen met de anderen bier te drinken gold als een teken dat hij zich niet overgaf aan het groepsproces. Soms werden familieleden en andere naasten op basis van de systeemtheorie betrokken bij de behandeling en zelfs eveneens opgenomen. Daarbij moesten vooral ouders de nodige vijandigheid van behandelaars op de koop toe nemen; zij waren immers in de sociaalpsychologische optiek minstens voor een deel schuldig aan de geestesziekte van hun kind. Om die reden waren er ook behandelaars die de ouders juist op afstand hielden: die zouden het therapeutisch proces alleen maar verstoren en de patiënt belemmeren om zich van hun verstikkende invloed te bevrijden.[504] Ter Veld kreeg in De Viersprong te horen dat hij in de weekeinden beter niet zijn ouders kon bezoeken, omdat hij daarmee te afhankelijk van hen werd.

Het socio- en psychotherapeutische ethos van de jaren zeventig putte uit verschillende bronnen: de psychoanalyse, het Amerikaanse neofreudianisme, de humanistische psychologie, systeem- en communicatietheorieën, de leer van de groepsdynamica, de therapeutische gemeenschap en de kritische psychiatrie. Een groot deel van dit gedachtegoed was ontleend aan Amerikaanse voorbeelden. De neofreudianen vormden de overgang van de intrapsychische benadering van Freud naar de communicatie- of systeemtherapeutische benadering, zoals die onder leiding van onder anderen E. Berne en G. Bateson was ontwikkeld in het Palo Alto Mental Research Institute in Californië en die in de jaren zestig grote aanhang kreeg. De systeembenadering uit Palo Alto werd verder uitgewerkt door de Milanese School onder leiding van de Italiaanse arts en psycholoog M.S. Palazolli. Daarin stond het veranderen van de 'spelregels' in een gezin centraal. De behandelpraktijk was even veelvormig als eclectisch. De diverse groeps- en systeemtherapieën kenden veel varianten zoals de gezins-, partner- en relatietherapie, transactionele analyse, sensitivity-training, encounter- en groeigroepen.

503 Mens 2003, 225; Blok 1998c, 220–223.

504 Blok 1998c, 220–223.

Deze werden zo nodig gecombineerd met individuele inzichtgevende of directieve psychotherapie, gedragstherapie, psychodrama, reichiaanse bio-energetica, Gestalttherapie, regressietherapie, schreeuwtherapie en 'fase-therapie', het opnieuw doorlopen van levensstadia[505]. In het Delftse St. Joris Gasthuis kreeg de mengelmoes aan psychotherapeutische methoden een eigen naam: multimodale therapie.[506] Verder hanteerden maatschappelijk werkers, sociotherapeuten en verpleegkundigen een eenvoudiger, aan het vormingswerk ontleende agogische aanpak in de vorm van educatieve groepsgesprekken en assertiviteitstrainingen.

Het 'sociale model' was in hoge mate een (groeps)psychotherapeutisch model en dit kreeg bij uitstek vorm in de therapeutische gemeenschap.[507] Deze vormde een intensivering van de sociaal-psychologische behandelprincipes: de inrichting van het dagelijkse groepsleven op basis daarvan bewerkstelligde een voortdurende reflectie op en confrontatie met elkaars gedrag. De dynamiek van de intermenselijke verhoudingen en de confronterende interactie zouden moeten leiden tot zelfinzicht en bewustwording van de oorzaken van psychische moeilijkheden. De groep zou individuen ertoe kunnen aanzetten om hun psychische en relationele conflicten te verwerken en hun innerlijke blokkades en remmingen te doorbreken. De therapeutische gemeenschap, die het individu zowel ondersteunde als corrigeerde, zou patiënten een veilige plek bieden waar ze hun gevoelsleven de vrije loop konden laten en hun gedrag al zoekende konden veranderen.

Het idee van de leefgemeenschap als therapeutisch instrument was niet nieuw. Al vanaf het eind van de jaren veertig was het naar Engels en Frans voorbeeld op kleine schaal beproefd in psychiatrische instellingen, zoals in het Militair Neurose Hospitaal te Austerlitz, de Leidse universitaire kliniek, de psychiatrische inrichting Wolfheze en in enkele neuroseklinieken.[508] Tegen de achtergrond van de democratiseringsbeweging en de kritische psychiatrie onderging het sociotherapeutische gedachtegoed uit de jaren veertig en vijftig een radicalisering. De oprichting van therapeutische gemeenschappen lag in het verlengde van de kritiek op de inrichtingspsychiatrie: ze moesten de medische hegemonie, de rigide verhoudingen en de apathie van de patiënten doorbreken. Het accent verschoof van geleide naar spontane zelfontplooiing, van aanpassing aan de groep naar permissiviteit, zelfbevrijding en emotionele zelfexpressie. Het lijkt erop dat de groep daarbij een andere, wat dubbelzinnige functie kreeg. Was het groepsproces volgens de oorspronkelijke sociotherapeutische filosofie in de eerste plaats bedoeld om het individu te corrigeren en tot sociale aanpassing te bewegen, nu werd de groep veeleer middel voor het individu om zichzelf te leren kennen, onafhankelijk te worden en zichzelf te ontplooien.

Vanaf het eind van de jaren zestig werd de therapeutische gemeenschap toonaangevend in de Nederlandse klinische psychiatrie. Een belangrijke leidraad voor

505 Werkgroep Dag van de Psychiatrie 1981, 28.
506 Slangen 1994, 177-178.
507 Vijselaar 1997d, 203; Blok 1998c, 220-223.
508 Zie 3.3, paragraaf 'Overige intramurale voorzieningen buiten de psychiatrische inrichting'; 3.4, paragraaf '"Alles wat wij deden met onze patiënten heette therapie"'.

de inrichting ervan was het proefschrift van de in Santpoort opgeleide psychiater P. Bierenbroodspot, *De therapeutische gemeenschap en het traditionele ziekenhuis* (1969), dat in acht jaar vijf herdrukken beleefde.[509] Patiënten dienden een grote mate aan vrijheid en verantwoordelijkheid te krijgen zodat zij hun persoonlijkheid in hun gedrag zouden uitdrukken. Democratische verhoudingen, gelijkwaardigheid, solidariteit, bespreekbaarheid, openheid en permanente dialoog in patiënt-staf-vergaderingen waren essentieel voor het goed functioneren van een therapeutische gemeenschap. De therapeuten dienden niet zozeer als behandelaar, maar meer als procesbegeleider op te treden, teneinde problemen te signaleren, suggesties aan te reiken en vragen op te werpen. Het verantwoordelijkheidsgevoel van patiënten zou bevorderd moeten worden door 'realiteitsconfrontatie': het confronteren van de patiënten met de gevolgen van hun eigen gedrag, zodat zij uit zichzelf tot bezinning en attitudeverandering zouden komen.[510] De therapeutische gemeenschappen die met medewerking van Bierenbroodspot in de neurosekliniek van St. Willibrord, De Oosthoek in Limmen (1966), en op de afdelingen Amstelland (1969) en Rijnland (1972) van Santpoort tot stand kwamen, vervulden een voorhoedefunctie.[511]

Naast Bierenbroodspot verwierf de psychiater P.J. Jongerius bekendheid als autoriteit op het gebied van de gecombineerde socio- en psychotherapie. Jongerius was in 1963 gepromoveerd op *Sociotherapie in de psychiatrische kliniek*. Daarin vatte hij sociotherapie breed op: ook creatieve therapie en andere non-verbale behandelingsvormen vielen eronder. Hij paste het sociotherapeutisch gedachtegoed toe in het neurosesanatorium De Viersprong in Halsteren, dat in 1957 vanuit Vrederust te Bergen op Zoom was opgezet. In 1974 vertoonde de KRO hierover een televisiedocumentaire onder de titel *Het is geen kwestie van weten, je moet gewoon voelen hoe het zit*. Als buitengewoon hoogleraar psychotherapie in Utrecht (1981) ontwikkelde Jongerius een eigen variant van de sociotherapie die hij met milieutherapie aanduidde.[512]

Niettegenstaande Jongerius' nadruk op het socio- of milieutherapeutische element in de therapeutische gemeenschap kreeg de psychotherapie de overhand. Het participeren in en het leren van groepsprocessen stond primair in dienst van zelfreflectie, zelfinzicht en persoonlijke groei. Het voordeel dat de therapeutische gemeenschap volgens deskundigen bood was dat deze de gelegenheid gaf om een aantal patiënten tegelijkertijd door middel van intensieve en langdurige psychotherapie te behandelen. Enkele in therapeutische gemeenschappen werkzame psychiaters, psychologen en verpleegkundigen richtten in 1973 op basis van dit uitgangspunt de Vereniging voor Werkers in Psychotherapeutische Gemeenschappen op. Erkenning door deze vereniging onder voorzitterschap van Jongerius gold als een soort van keurmerk voor therapeutische gemeenschappen.

509 Blok 2004, 60; vergelijk Van de Lande 1982a.
510 Bierenbroodspot 1974, 90–91; Vijselaar 1997d, 201.
511 Blok 1998c.
512 Eykman 1982, 17; Pieters, Snelders en Houwaart 2006, 108.

In 1986 kwam er ook een aparte vereniging voor klinische psychotherapeuten tot stand. Met de sterk psychotherapeutische invulling onderscheidde de Nederlandse praktijk van de therapeutische gemeenschap zich van die in andere landen.[513]

In 1966 opende St. Willibrord de kliniek De Oosthoek naar het voorbeeld van De Viersprong. De therapeutische gemeenschap, die de basis van de nieuwe instelling moest vormen, kreeg gestalte in zaalvergaderingen, waaraan zowel stafleden als patiënten deelnamen, en voorts in groepstherapie en behandeling door een multidisciplinair team van therapeuten. De veertigkoppige staf was samengesteld uit verpleegkundigen, zenuwarts-psychotherapeuten, creatief therapeuten, sociotherapeuten, een klinisch psycholoog, een maatschappelijk werkster, een bewegingstherapeut, een socioloog, een internist en twee pastores. Ter bevordering van de zelfregulering en eigen verantwoordelijkheid kregen patiënten een grote mate van vrijheid. In de beginjaren van de kliniek deden zich veel conflicten voor. Vooral tussen medici en sociaal-psychologische behandelaars ontstonden spanningen. De mate van permissiviteit was omstreden en op de plotselinge dood van de geneesheer-directeur, M.L.J. Vaessen, volgde een opvolgingsstrijd. De onenigheid en affaires leidden tot het vertrek van de psychiaters Bierenbroodspot en L. van Eck naar Santpoort, waar zij een therapeutische gemeenschap startten op een afdeling voor chronische patiënten, Rijnland. Bierenbroodspot schreef in het *Maandblad geestelijke volksgezondheid* dat de invoering van de therapeutische gemeenschap altijd met 'gedonder' gepaard ging, omdat democratisering verzet opriep bij de gevestigde orde en niet strookte met het klassieke medische behandelingspatroon. Het scheelde niet veel of de nieuwe kliniek was aan het gekrakeel ten onder gegaan.[514]

Over het functioneren van therapeutische gemeenschappen in de praktijk is voornamelijk anekdotische informatie voorhanden. Over drie ervan weten wij meer dankzij publicaties van behandelaars en historische studies: de Stichting Veluweland te Lunteren, de jeugdafdeling Amstelland van het Provinciaal Ziekenhuis nabij Santpoort en de opnamekliniek Conolly van Brinkgreven in Deventer.

Het door de psychiater G.W. Arendsen Hein in 1949 opgerichte sanatorium Veluweland voor particuliere zenuwpatiënten werd vanaf omstreeks 1965, toen Foudraine daarin chef de clinique werd, omgevormd tot een psychotherapeutische gemeenschap. Al in de jaren vijftig had Arendsen Hein, die sterk de nadruk

513 Schrijver 1973a; Eykman 1982; vergelijk Van de Lande 1982a; Van Eck 1991b. Naar aanleiding van de oprichting van de Vereniging voor Werkers in Psychotherapeutische Gemeenschappen vermeldt Schrijver (1973b, 364) tien psychotherapeutische gemeenschappen: Amstelland en Rijnland in Santpoort, De Oosthoek van St. Willibrord, het Psychotherapeutisch Instituut De Spiegelberg en Paviljoen St. Jozef van St. Bavo, de Stichting Veluweland, De Viersprong van Vrederust, het Jeugdpsychiatrisch Centrum Zandwijk in Amersfoort, de Professor Rümkekliniek van de Willem Arntsz Stichting en de Rijksuniversiteit Utrecht, en de forensisch-psychiatrische Pompekliniek in Nijmegen.

514 Bierenbroodspot 1971; vergelijk Bakker 2002e, 255-269; Vroemen 1972a.

legde op het belang van menselijke relaties en van de verhouding tussen individu en gemeenschap, diverse socio- en psychotherapeutische behandelmethoden beproefd, niet alleen in het kleinschalige Veluweland, maar ook in de eveneens in Lunteren gevestigde reclasseringsgemeenschap Groot Batelaar. De therapeutische gemeenschap, waartoe Foudraine het voortouw nam, bouwde hierop voort. De wekelijkse *community meeting* voor staf- en personeelsleden en de 'gasten' werd een dagelijkse bijeenkomst. De verpleegkundigen moesten zich omscholen tot sociotherapeuten en er traden op de sociale academie opgeleide sociotherapeuten in dienst. De zelfwerkzaamheid en verantwoordelijkheid van de patiënten kwamen centraal te staan en de hiërarchische verhouding tussen behandelaars en patiënten maakte plaats voor inspraak en grotere gelijkheid. De bewoners van Veluweland waren in de jaren zeventig overwegend jong, onkerkelijk en ongehuwd en de meerderheid bestond uit vrouwen. Terwijl in de jaren vijftig ook patiënten met ernstige psychiatrische stoornissen werden opgenomen – hoewel Veluweland zich als neurosekliniek afficheerde – kwam dat in de jaren zeventig niet meer voor: karakterneurose was toen de meest frequent voorkomende diagnose. Naast de sociotherapie paste Arendsen Hein een scala aan vooral psychotherapeutische behandelmethoden toe. Weliswaar nam hij in navolging van Foudraine afstand van het medisch model en stond hij kritisch ten opzichte van de psychofarmaca, maar de democratisering die een onderdeel vormde van de therapeutische gemeenschap, stuitte bij hem op weerstand. Volledige gelijkheid tussen behandelaars en patiënten was volgens hem niet gewenst: vooral de medisch en klinisch-psychologisch geschoolden dienden op basis van hun deskundigheid en verantwoordelijkheid hun zeggenschap te behouden. Voortdurende conflicten tussen de behandelaars onderling over de democratisering leidden in de tweede helft van de jaren zeventig tot een aantasting van het aanzien van Veluweland en een daling van het aantal patiënten.

In 1969 kwam in Santpoort met de jeugdkliniek Amstelland voor zeventig patiënten van 14 tot 25 jaar naast Rijnland een tweede psychotherapeutische gemeenschap tot stand. De leiding was in handen van de jonge 'kritische' psychiater J.L. van de Lande, die grote bewondering koesterde voor de antipsychiaters Laing en Cooper en geloofde dat een psychose een fase kon zijn in de persoonlijke groei.[515] De oprichting van Amstelland zorgde voor wrevel in de rest van het ziekenhuis. De directie wees Van de Lande namelijk een pas verbouwde en opnieuw ingerichte vleugel toe die eigenlijk was bedoeld voor een afdeling met chronische patiënten. Niet alleen wat betreft de huisvesting ging Amstelland ten koste van de chronische patiënten. Aangezien aan chronische bedden maar een derde van de ontvangen verpleegprijs werd besteed, was met het overblijvende geld de veel duurdere therapeutische gemeenschap te bekostigen. Amstelland kreeg 20 indi-

515 Over de geschiedenis van Amstelland zie: Sterman 1982; Van den Langenberg 1991; Vijselaar 1997d; Van 't Hof, Broerse en De Goei 1997, 15-97; Blok 2003.

viduele slaapkamers: een grote luxe, gezien de nog altijd massale slaapzalen van de andere afdelingen. In de rest van het ziekenhuis werd de afdeling ook wel met 'het Hilton' aangeduid. Ook met personeel was de therapeutische gemeenschap zeer ruim bedeeld: er werkten tussen de 45 en 50 medewerkers, voor het merendeel verpleegkundigen en maatschappelijk werkers die als groepsleiders en sociotherapeuten functioneerden. De nieuwe Santpoortse jeugdkliniek Amstelland kreeg een landelijke uitstraling en trok veel media-aandacht. Enkele maanden na de opening verscheen een documentaire op televisie en in 1975 kwam op basis van de aan Amstelland gewijde theatervoorstelling *Toestanden* van het Werktheater een film, *Kind van de zon*, tot stand. De publiciteit versterkte het zelfbewustzijn van de staf, die sympathiseerde met de tegencultuur van jongeren. De behandelaars zagen zichzelf als een voorhoede die zich had ontworsteld aan de in hun ogen achterlijke toestand waarin de rest van Santpoort nog verkeerde.[516]

Met een grote mate aan permissiviteit, inspraak en informele omgangsvormen belichaamde Amstelland de vrijgevochten jaren zeventig.

——— *En zo schonden de 'Amstellandertjes' alle tot dan toe geldende regels en normen: ze lagen op het gras, liepen bloot rond, zaagden boompjes om, gooiden ruiten stuk, bedreven de liefde en rookten weed. [...] Het eerbiedwaardige Santpoort werd even het toneel van de Amsterdamse hippie- en provocultuur.*[517]

Sancties en verplichtingen als school, werk of arbeidstherapie werden afgezworen: strafmaatregelen en prestatiedruk strookten niet met het behandelethos waarin zelfverantwoordelijkheid centraal stond. Het ging om een voortdurende bezinning op het eigen functioneren.

——— *Dit trachten wij te realiseren [aldus een medewerker] door middel van intensieve overlegactiviteiten tussen diverse groeperingen, zowel binnen de staf, als tussen staf en patiënten. Het heeft als consequentie dat er in het stafprogramma veel tijd ingeroosterd is om van elkaars werk notie te nemen, elkaar te kunnen steunen en op de vingers te tikken.*[518]

Behandelaars en patiënten moesten op basis van gelijkheid met elkaar omgaan en op gezamenlijke vergaderingen in alle openheid met elkaar overleggen over alle aspecten van het verblijf in de therapeutische gemeenschap. De patiënten hadden zelfs inspraak bij beslissingen over het aannemen van nieuwe stafleden en het opnemen van nieuwe patiënten.

Het opnamebeleid van Amstelland was nogal selectief: patiënten moesten gemotiveerd zijn en passen bij het behandelingsrepertoire, dat voornamelijk was ontleend aan de psychoanalyse, de sociale en ontwikkelingspsychologie en sys-

516 Vergelijk Pieters, Snelders en Houwaart 2006, 133.

517 Vijselaar 1997d, 198.

518 Sterman 1982, 163.

teemtheorieën. Jongeren met hersenafwijkingen, symptomen van zwakzinnigheid, ernstige psychosen, geringe intellectuele begaafdheid, crimineel gedrag, verslaving en een gebrek aan 'relationeel probleembesef', vermogen tot zelfreflectie en wil tot verandering in de omgang met anderen hadden weinig kans om opgenomen te worden. De helft van de nieuw aangemelde patiënten werd afgewezen of trok zich uit zichzelf terug. Adolescenten met een bovengemiddeld intelligentieniveau uit de hogere en middenklassen waren oververtegenwoordigd in Amstelland. De meeste patiënten waren volgens een van de medewerkers 'redelijk intelligent, benieuwd naar het waarom van hun eigen gedrag en gevoelens, en enigermate in staat om hiervoor in zichzelf te kijken'.[519] Voor zover ze daarin niet al waren ingevoerd, was het noodzakelijk dat nieuwelingen vertrouwd raakten met het jargon – 'bespreekbaar maken', 'ervoor kiezen', 'irritaties naar jou toe' en 'opgefokt' – en de gebruiken in Amstelland: 'wat eerst nog vreemd leek, zoals met messen in plaats van theelepeltjes in je koffie roeren, die ongeveer zes keer per dag gezet wordt, is nu heel gewoon geworden.'[520]

In Amstelland botsten de idealen van de therapeutische gemeenschap al gauw met de realiteit. De grote permissiviteit leidde tot vernielingen en vervuiling. Patiënten brachten veel tijd in ledigheid, met koffiedrinken en kletsen door. De nadruk op het eigen initiatief en het afzien van verplichtingen en sancties leidden ertoe dat sommige patiënten zich onttrokken aan wat de essentie van de therapeutische gemeenschap inhield, de groepstherapie. Bovendien verliep deze vaak moeizaam, omdat leef- en behandelgroepen samenvielen, waardoor de behandeling voortdurend doorkruist en belemmerd werd door strubbelingen in het dagelijks leven. Deels verschoof de behandeling daardoor naar individuele psychotherapie. Hoewel de behandelfilosofie voorschreef dat een psychische crisis niet gedempt, maar doorleefd moest worden, kregen patiënten met ernstige psychotische en depressieve verschijnselen ook psychofarmaca toegediend en ging het personeel soms over tot separatie en isolatie, wat eigenlijk niet paste in een therapeutische gemeenschap. Ook de democratisering stuitte op grenzen: status-, machts- en kennisverschillen lieten zich moeilijk wegpraten. Patiënten voelden zich niet gelijk aan de stafleden en ze maakten in feite maar weinig gebruik van hun recht op medezeggenschap. Op de patiënt-stafvergaderingen stelden ze zich terughoudend op en lieten ze doorgaans niet het achterste van hun tong zien.

Een viertal zelfmoorden in 1974, een daling van het aantal nieuwe aanmeldingen, een oplopende verblijfsduur van patiënten met ernstige stoornissen en spanningen tussen voorzichtige en radicale vernieuwers leidden tot aanpassingen in de organisatie van Amstelland. Weliswaar bleven de principes van de therapeutische gemeenschap gehandhaafd, maar er kwam meer orde en structuur in het leef- en behandelregime en behandelaars grepen sneller en actiever in als er zich crisissituaties voordeden. Naast groepspsychotherapie, psychodrama en

519 Sterman 1982, 151, 153.

520 Sterman 1982, 171.

het sociotherapeutische leefklimaat kwam er meer ruimte voor psychofarmaca, directieve en opvoedende begeleiding en, als het niet anders kon, ook dwangmaatregelen. In het aanstellingsbeleid van het personeel, waarin persoonlijkheid en motivatie aanvankelijk belangrijker werden geacht dan kennis en kunde, kwamen professionele maatstaven sterker op de voorgrond te staan. De staf kreeg meer zeggenschap en psychiatrische diagnostiek gold niet langer als verwerpelijk. Deze veranderingen bleken niet voldoende om het hoofd te bieden aan de moeilijkheden en ontwikkelingen waarmee de staf van Amstelland zich vanaf 1980 geconfronteerd zag: bezuinigingen, de toenemende overheidsbemoeienis met de jeugd- en kinderpsychiatrie, een afnemende bedbezetting en onder de overblijvende patiënten een groeiend aantal moeilijk (be)handelbare en agressieve jongeren. Door het oplopende aantal patiënten bij wie de behandeling geen enkele verbetering teweegbracht, kreeg het therapeutisch optimisme waaruit Amstelland was voortgekomen een gevoelige deuk.

De therapeutische gemeenschap bleek te geïsoleerd, te eenzijdig, te gespecialiseerd en te selectief te opereren om te voldoen aan de veranderende eisen die aan een jeugdpsychiatrische instelling werden gesteld. De overheid drong aan op bovenregionale voorzieningen voor jeugd- en kinderpsychiatrie met een breed behandelaanbod voor uiteenlopende psychiatrische moeilijkheden. Vanaf 1983 werkte Amstelland samen met de van oorsprong katholieke kinder- en jeugdpsychiatrische kliniek Tulpenburg in Amstelveen en in 1994 zouden zij fuseren tot Triversum, een van de grootste instellingen op het gebied van de kinder- en jeugdpsychiatrie in Nederland.[521] De noodzaak om de doelgroep te verbreden, het behandelaanbod te differentiëren en een minder selectief opnamebeleid te voeren, leidde ertoe dat Amstelland zich in 1983 opsplitste in twee afdelingen: een die met nadruk op inzichtgevende psychotherapieën veel elementen van de therapeutische gemeenschap bewaarde en een waarin kortdurende en directieve therapeutische interventies gericht op gedragsverandering, ondersteuning en resocialisering centraal stonden. Daarmee schoof Amstelland op in de richting van de eerder verfoeide reguliere psychiatrie.

Over de praktijk van de therapeutische gemeenschap zijn we verder geïnformeerd door de casestudy van G. Blok van de opnameafdeling Conolly van Brinkgreven. Deze werd in 1970 op initiatief van een psycholoog en hoofdverpleegkundige omgevormd tot een therapeutische gemeenschap. Blok heeft ex-medewerkers van Conolly geïnterviewd en vijftig geanonimiseerde patiëntendossiers bestudeerd.[522] Ter bevordering van de openheid en het onderlinge vertrouwen in de groep vonden tweewekelijkse bijeenkomsten van het behandelend en verplegend personeel en de 'bewoners' plaats, waarop de deelnemers aan de hand van zogenaamde Open Rapporten gezamenlijk de gang van zaken op de afdeling en het

521 Over de geschiedenis van Tulpenburg en Trivium zie Van 't Hof, Broerse en De Goei 1997, 3-97.

522 Blok 2004, 55-105; vergelijk Hogenstijn 2004, 107-108, 116-117.

gedrag van patiënten bespraken. Voorop stond de eigen verantwoordelijkheid en zelfwerkzaamheid van de bewoners. Passiviteit en ontwijkend gedrag werden afgewezen: mensen zouden in wezen over keuzevrijheid beschikken en ze moesten het heft in eigen hand nemen. Verplichtingen, regelmaat en orde golden als hindernis voor de bewoners om 'aan zichzelf te werken' en om zo tot persoonlijke verandering te komen. Om de weerstanden daartegen te doorbreken maakten de behandelaars vaak gebruik van de zogenaamde paradoxale aanpak: een op de spits gedreven realiteitsconfrontatie, die eruit bestond dat zij ongewenst gedrag van patiënten tot in het absurde aanmoedigden, zodat dezen wakker zouden worden geschud en uit zichzelf hun gedrag veranderden.

Het behandelrepertoire op Conolly bestond in hoofdzaak uit groeps-, gezins- en relatietherapieën, aangevuld met psychoanalytisch georiënteerde individuele psychotherapie. Het sociale model en de psychotherapeutische oriëntatie sloten het gebruik van antipsychotica, antidepressiva en slaap- en kalmeringsmiddelen niet geheel uit, hoewel medicatie evenals dwangmiddelen op gespannen voet stonden met de nagestreefde vrije emotionele expressie. Verpleegkundigen, die zich vanuit hun eigen emancipatie- en bevrijdingsstreven vaak met (jonge) patiënten identificeerden, traden minder als verzorger en meer als behandelaar op. Hun rapportages werden uitgebreider en therapeutisch van toon. De psychotherapeutische behandelvormen spitsten zich toe op omgangs- en communicatiepatronen alsook op machts- en afhankelijksverhoudingen, vooral die in het gezin. De veronderstelling was dat in gedrag en communicatie allerlei verborgen boodschappen schuilgingen, waardoor mensen elkaar voortdurend manipuleerden en waarvan zij zich bewust moesten worden. Het doel was de bevrijding van het individu uit de rigide sociale structuren waarin het gevangen was geraakt en die de psychische stoornissen hadden veroorzaakt.

In 1977 maakte een nieuwe afdelingspsychiater met steun van de geneesheer-directeur een eind aan de therapeutische gemeenschap zoals die op Conolly vorm had gekregen. De Open Rapporten werden afgeschaft en het primaat van het sociale model, dat op Conolly had geleid tot een verdringing van psychiaters door psychologen en als sociotherapeuten optredende verpleegkundigen, moest wijken voor een herstel van de psychiatrische autoriteit. Dit ingrijpen was het gevolg van een aantal moeilijkheden die zich op en rond Conolly voordeden. De interne verhoudingen waren gepolariseerd geraakt. Psychiaters die niet geheel volgens het sociale model wilden werken en ook aandacht vroegen voor de biomedische aspecten van geestesziekte, konden op veel tegenwerking rekenen. Ook onder verpleegkundigen was verdeeldheid ontstaan: sommigen konden zich niet vinden in hun rol als verlengstuk van de psychotherapeuten. Zij vonden dat dit ten koste ging van hun zorgtaken.

De kritiek op de gangmakers van de therapeutische gemeenschap groeide: er zou sprake zijn van sektarisme, betweterij, schijndemocratie en schijnopenheid. Zij zouden elitair en arrogant zijn en te confronterend optreden ten aanzien

van patiënten. Discussie over de effectiviteit van en de geschiktheid van patiënten voor de socio- en psychotherapeutische behandeling was nauwelijks mogelijk. Patiënten die vanwege de ernst van hun psychische stoornissen niet aan de optimistische verwachtingen omtrent hun behandelbaarheid beantwoordden, kwamen in de kou te staan. Naast de interne vertrouwenscrisis deed zich een probleem voor waarbij het functioneren van geheel Brinkgreven in het geding was. De praktijk van de therapeutische gemeenschap bleek op gespannen voet te staan met de functie die Conolly als opnameafdeling diende te vervullen. De behandelaars gingen een selectief, op hun behandelfilosofie afgestemd opnamebeleid voeren en hielden sommige patiënten te lang vast. Daardoor stokte de doorstroming en kwam de opnamecapaciteit van Brinkgreven in gevaar. Als algemeen psychiatrisch ziekenhuis kon Brinkgreven zich geen selectief opnamebeleid permitteren en moest het ook chronische patiënten opvangen, die niet geschikt waren voor de therapeutische gemeenschap zoals die op Conolly functioneerde.

De therapeutische gemeenschap was aanvankelijk opgericht in klinieken en op afdelingen voor neurotische en licht-psychotische patiënten, maar in de jaren zeventig werd zij, meestal in aangepaste vorm, ook op afdelingen voor chronische geesteszieken ingevoerd. Daarbij werden de therapeutische ambities wel teruggeschroefd: hier was het doel niet zozeer zelfinzicht, persoonlijke bevrijding en ontplooiing als wel het aanleren van sociaal gedrag en zelfredzaamheid. De afdeling Zuideroort van Vogelenzang, door Van Ree in 1969 omgevormd tot therapeutische gemeenschap, was in dit opzicht een voorloper.[523] In 1972 volgden het reeds genoemde Rijnland in Santpoort en Brinkgreven met paviljoen Esquirol voor chronische patiënten.[524] Begin jaren zeventig nam de psychiater G.J. Zwanikken in Voorburg met steun van enkele nieuwe verpleegkundigen, die de plaats van religieuze zusters hadden ingenomen, het initiatief tot de opzet van een therapeutische gemeenschap op de gesloten afdeling Martha voor moeilijk handelbare vrouwelijke patiënten, die niet op andere afdelingen waren te handhaven. Het experiment verliep moeizaam en leidde tot chaotische toestanden en voortdurende crisissituaties. Patiënten die gewend waren aan regelmaat en die aan vastigheid hechtten, konden er niet goed mee uit de voeten. Het aantal suïcides nam toe. Familieleden van patiënten waren niet zelden onaangenaam verrast door de toestanden die ze op de afdeling aantroffen. Een leerling-verpleegkundige die in 1974 op Martha kwam werken, had bij kennismaking met de afdeling meteen al zo haar bedenkingen.

_____ *Woensdags stond ik dan op een reusachtige afdeling met kale hoge muren; nergens stonden planten of hingen gordijnen. De vloer was zó vies dat je bang was er overheen te lopen. Het was er koud omdat de deuren en ramen tegen elkaar openstonden en hier en daar zaten wat mensen in een hoekje of aan een tafel. Er kwam een patiënte binnen die de deur dichtgooide alsof die eruit moest.*

523 Van Ree 2007, 73-80.

524 Blok 2004, 107-130.

Ze begon al meteen te schelden en ik kreeg, geloof ik, al meteen kippevel. Ik stelde mij aan mijn collega's voor en vroeg zowat meteen wat ik hier zoal moest doen. Het antwoord lijkt gemakkelijk maar is het in de praktijk niet. Mijn collega zei namelijk: 'hier moet je niets doen maar jezelf zijn'. Dat niets doen begreep ik toen nog niet zo goed want ik vond dat het zaakje best een sopje kon gebruiken. Daarna werd ik op de afdeling rondgeleid en werd mijn verbazing steeds groter; vieze toiletten waar de faeces tegen de muur aan zat, bedden niet opgemaakt, vieze mensen, etc. Ik vroeg waarom wij dit niet moesten schoonmaken? Hierop luidde het antwoord, dat wij dat niet vuil maakten, doch dat de mensen dit hadden gedaan en wanneer zij graag zelfstandig wilden zijn, dat zij dan ook de consequenties daarvan moesten dragen. Bij mij bleef de gedachte: kunnen zij dat wel?'[525]

Kentering: de weerbarstigheid van geestesziekte

Vanaf het eind van de jaren zeventig verloor het socio- en psychotherapeutische behandelethos aan glans en begonnen psychiatrische ziekenhuizen hun koers te verleggen. Hiervoor is een drietal oorzaken aan te wijzen. Ten eerste bleek dat socio- en psychotherapieën geen oplossing boden voor zware en chronische geestesstoornissen. Voor zover patiënten er baat bij hadden, betrof het vooral lijders aan neurotische stoornissen en minder ernstige psychotische aandoeningen; voor de meeste andere geesteszieken konden de curatieve pretenties niet worden waargemaakt. Het therapeutische optimisme botste op de weerbarstige realiteit van ernstige psychiatrische problematiek en de capaciteitsproblemen die zich mede als gevolg daarvan in toenemende mate voordeden.

Ten tweede leverden de therapeutische vernieuwingen in combinatie met de doorwerking van de kritische psychiatrie spanningen en conflicten op in psychiatrische ziekenhuizen. Steeds meer psychiaters en verpleegkundigen keerden zich tegen de in hun ogen eenzijdige sociaal-psychologische optiek en pleitten voor een evenwichtigere benadering, waarin ook recht werd gedaan aan de medisch-biologische aspecten van geestesziekte en het belang van verpleegzorg. Zij begonnen de kritische psychiatrie van repliek te dienen en daarmee konden zij op steun rekenen vanuit de maatschappij, in het bijzonder van familieleden van psychiatrische patiënten.

Ten derde moesten psychiatrische ziekenhuizen begin jaren tachtig onder invloed van het overheidsbeleid bezuinigingen en reorganisaties doorvoeren. Kostenbeheersing, doelmatigheid, professionele deskundigheid en een zakelijke bedrijfsvoering wonnen aan belang. Deze stonden op gespannen voet met de gedemocratiseerde en soms gepolitiseerde verhoudingen, die ingewikkelde overlegstructuren met zich mee brachten en waardoor verantwoordelijkheden niet duidelijk waren afgebakend. Er werden vraagtekens geplaatst bij de kosten en baten van het socio- en psychotherapeutisch behandelrepertoire en in het bijzonder de kleinschalige en autonoom functionerende therapeutische gemeenschap-

525 Binneveld en Wolf 1985, 204.

pen. Deze vereisten relatief veel hooggeschoold personeel en waren daardoor relatief duur, terwijl ze niet ten goede kwamen aan de totale ziekenhuispopulatie, maar vooral waren toegesneden op een beperkte groep van jongere, licht-psychotische en neurotische patiënten.[526]

Al in de loop van de jaren zeventig werd veelvuldig geconstateerd dat psychiatrische ziekenhuizen (opnieuw) dreigden dicht te slibben. De nagestreefde doorstroming stagneerde als gevolg van het grote aantal langdurig opgenomen chronische geesteszieken en de groei van het aantal draaideurpatiënten bij wie weinig uitzicht op herstel of verbetering bestond.[527] De afdelingen voor langdurig verblijf in Santpoort en in Duin en Bosch bijvoorbeeld vormden met respectievelijk 500 en 600 bedden eind jaren zeventig nog altijd de omvangrijkste onderdelen van deze ziekenhuizen. Daarin bevonden zich veel ouderen – in 1980 was 70 procent van de patiënten van Santpoort ouder dan 60 jaar – en verstandelijk gehandicapten.[528] In 1980 verbleven van de ruim 1450 patiënten in het Psychiatrisch Centrum Venray bijna 800, meer dan de helft, langer dan 10 jaar in het ziekenhuis.[529] In nieuwe psychiatrische ziekenhuizen als De Welterhof lag het aandeel van de chronische patiënten – geesteszieken die langer dan 2 jaar waren opgenomen – op een lager niveau, maar er was wel sprake van een stijgende lijn: in 1977 ging het om een kwart en in 1982 om meer dan 30 procent.[530]

Mede als gevolg van het socio- en psychotherapeutisch optimisme en nieuwe behandelvoorzieningen voor met name acute psychiatrische patiënten waren chronische geesteszieken in de jaren zeventig enigszins op de achtergrond komen te staan, hoewel zij niet waren vergeten en sommige psychiatrische ziekenhuizen voor deze groep nieuwe initiatieven ontplooiden. In de jaren 1971–1973 trok St. Bavo veel publieke aandacht met twee zelfkritische rapporten die de zogenaamde visiecommissie van deze instelling had opgesteld over de slechte levensomstandigheden van het grote aantal opgenomen chronische patiënten. Van de 700 patiënten in St. Bavo bleek 80 procent meer dan 1 jaar en 50 procent meer dan 10 jaar in het ziekenhuis te verblijven.[531] Volgens de visiecommissie was deze massale chroniciteit allereerst het gevolg van een volkomen ongeschikte behuizing waarin elke vorm van persoonlijke eigenheid verloren ging en daarnaast ook van de traditionele inrichtingsverpleging, die patiënten van de maatschappij isoleerde en hen volledig afhankelijk en apathisch maakte. Om deze hospitalisatie te doorbreken zou de zorg voor langdurig opgenomen patiënten drastisch moeten veranderen. Curatieve behandeling had weliswaar weinig zin, maar dat betekende niet dat hun lot volkomen hopeloos was. De visiecommissie bepleitte een verkleining van hun verblijfsafdelingen, de ontwikkeling van nieuwe woonvormen, slechting van de barrières tussen ziekenhuis en samenleving en de nodige begeleidende, ondersteunende en activerende hulpverlening ter vergroting van

526 Van de Lande 1982b, 8–11.
527 Blok s.a.c [1999], 80–81.
528 Vijselaar 1997d, 216–217.
529 Van Els 2005, 228.
530 Blok s.a.c [1999], 79.
531 Offerhaus 1983, 62, 65.

hun zelfstandigheid, zelfredzaamheid en keuzevrijheid. In 1982 verhuisden circa 170 chronische patiënten naar reguliere rijtjeshuizen op het inrichtingsterrein. Uit onderzoek bleek dat zij redelijk tevreden waren over hun nieuwe woonsituatie en dat zij in hun dagelijkse leven meer zelfstandigheid aan de dag legden dan voorheen. Aan de andere kant vertoonden zij ook de neiging om meer dan op de verblijfsafdelingen langs elkaar heen te leven – vereenzaming lag op de loer – en ontbrak het aan dagvulling.[532]

St. Bavo was niet het enige psychiatrische ziekenhuis dat bijzondere aandacht voor chronische patiënten aan de dag legde. De van oorsprong gereformeerde instellingen Veldwijk, Wolfheze, Dennenoord en Vogelenzang onderscheidden zich in het bijzonder met revalidatie- en resocialisatieactiviteiten en verbeteringen van de woonsituatie van deze groep.[533] Ook in Voorburg, de Willem Arntsz Hoeve, het Deltaziekenhuis, Endegeest, St. Willibrord en Santpoort spanden behandelaars zich in om het leefklimaat voor langdurige geesteszieken te verbeteren. Diverse vormen van bezigheidstherapie dienden om deze patiënten dagstructuur te bieden en hen sociale vaardigheden en zo mogelijk enige zelfredzaamheid bij te brengen.[534] In Vogelenzang, Santpoort, Brinkgreven en Voorburg werden, zo hebben we gezien, zelfs therapeutische gemeenschappen voor chronische patiënten ingericht. In sommige ziekenhuizen kwamen aparte psychogeriatrische afdelingen of circuits voor bejaarden tot stand; een groot deel van de chronische patiënten bestond nog steeds uit ouderen. De psychiatrie en de psychogeriatrie waren als gevolg van de externe differentiatie uit elkaar gegroeid – de laatste tak van de geneeskunde was vooral het werkterrein van huisartsen en internisten in verpleeghuizen – maar vanaf 1980 kregen psychiaters meer belangstelling hiervoor en ontwikkelden zij meer deskundigheid op dit terrein. In 1979 stelde de Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid een aparte inspecteur voor de psychogeriatrie aan en drie jaar later richtten psychiaters de Vereniging voor Psychogeriatrie op.[535]

Dit alles nam niet weg dat het socio- en psychotherapeutisch behandeloptimisme grotendeels beperkt bleef tot bepaalde afdelingen van psychiatrische ziekenhuizen. Het ging grotendeels voorbij aan en zelfs ten koste van de meeste chronische patiënten. De verwachtingen omtrent de mogelijkheden om chroniciteit te voorkomen of te verhelpen, zoals de visiecommissie van St. Bavo die bijvoorbeeld koesterden, liepen uit op teleurstellingen.[536] De mede door de kritische psychiatrie ingegeven veronderstelling dat de kenmerken die chronische geesteszieken vertoonden, zoals apathie, passiviteit, afhankelijkheid, zelfverwaarlozing, demotivatie en vereenzaming, hoofdzakelijk het resultaat waren van

532 Hoekstra 1974; Offerhaus 1983; Wennink 1986; Wennink 1989a, 153–181; Henkelman en De Ruiter 1991, 47–49.

533 De Groot 1984, 241–259; Brinkman 1984, 325; Kuiper 1984, 372–373, Furnée en Jonkman 1994, 157.

534 Binneveld en Wolf 1985, 213–217; Koppers 1991; Dankers en Van der Linden 1996, 144–146; Blok 1998c, 231–232; Vijselaar 1999a, 126–127; Bakker en De Boer 2002b, 289–301.

535 Robben 1993.

536 Blok 2004, 201–202.

langdurige institutionalisering, kwam op losse schroeven te staan. In de loop van de jaren tachtig werden er vraagtekens geplaatst bij het idee dat hospitalisatie de boosdoener was. Psychiaters en sociaal-wetenschappelijke onderzoekers raakten er steeds meer van overtuigd dat de typische eigenschappen van chronische patiënten maar voor een beperkt deel samenhingen met langdurige opname en in hoge mate inherent waren aan ernstige geestesziekten zoals schizofrenie en manische depressie. De chronische problematiek deed zich ook onafhankelijk van een lang verblijf in een psychiatrische ziekenhuis voor en bleek niet te verdwijnen als deze patiënten in beschutte of beschermende woonvormen werden ondergebracht. Weliswaar waren sommigen hierbij gebaat en ontwikkelden zij enige zelfstandigheid en zelfredzaamheid in het dagelijks leven, maar de meesten bleven afhankelijk van veel begeleiding en ondersteuning.[537] De doorstroming in deze voorzieningen was gering en van de patiënten die deze woonvormen weer verlieten, kwam ongeveer de helft opnieuw in een psychiatrisch ziekenhuis of anders in een verpleeghuis terecht.[538]

De sociaal-psychologische benadering ging in de jaren zeventig gepaard met een onderschatting van de ernst, de hardnekkigheid en de ongeneeslijkheid van bepaalde geestesziekten en de hulpbehoefte van de lijders.[539] Vanwege hun kwetsbaarheid en afhankelijkheid konden velen van hen bij lange na niet voldoen aan de hoge eisen die de sociaal-psychologische aanpak stelde aan zelfinzicht, zelfwerkzaamheid, mondigheid en veranderbaarheid. Autonomie en zelfontplooiing waren voor hen een brug te ver. Patiënten die niet aan de verwachtingen voldeden, kregen minder aandacht en verblijfsafdelingen moesten het vaak met een lager budget, slechtere huisvesting en minder behandelaars stellen dan opname- en behandelafdelingen.[540] De Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid wees er vanaf *1976* in haar jaarverslagen herhaaldelijk op dat de verbetering van de therapeutische faciliteiten voor acute, behandelbare patiënten en de daarmee samenhangende deconcentratie ten koste dreigden te gaan van de zorg voor chronische lijders. De laatsten bleven achter in verouderde verblijfsafdelingen, die vanwege hun gebrek aan privacy en de slechte sanitaire voorzieningen niet meer aan de eigentijdse eisen voldeden.[541] In het Provinciaal Ziekenhuis nabij Santpoort bijvoorbeeld verbleven zij in 'onacceptabele gebouwen', waardoor een

537 Giel 1984; Holman en Wennink 1985; Wennink 1986; Wiersma et al. 1988; Wennink 1989a, 153-181; Wennink 1989b; Koppers 1991; De Natris 1991b, 34; Henkelman en De Ruiter 1991, 51-52, 101, 312-316.

538 Haveman, Brook en Burger 1983, 352-353.

539 Offerhaus 1983, 226-230; Van der Reijden 1984, 105; Wennink 1989a, 46-47, 173-179; Henkelman en De Ruiter 1991, 36, 42-47.

540 Schudel 1976, 89, 141-144, 148; vergelijk Van Ommen 1988, 67; Pieters, Snelders en Houwaart 2006, 138; Blok 1998c, 232; Van Els 2005, 228.

541 Staatstoezicht op de Volksgezondheid, 1976, 43; Staatstoezicht op de Volksgezondheid 1982a, 66; Staatstoezicht op de Volksgezondheid 1984, 79; Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1985, 5, 93; Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1987, 19-21; vergelijk Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1990, 54; Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1993, 11, 15; Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1994, 14.

'onmogelijke situatie' was ontstaan.[542] Het begon erop te lijken dat psychiatrische ziekenhuizen hun asielfunctie verwaarloosden, die zij naar het oordeel van de Inspectie bij gebrek aan voldoende alternatieve opvangmogelijkheden nog altijd dienden te vervullen.[543] Dit klemde des te meer omdat niet alle chronische patiënten over de capaciteiten beschikten om in aanmerking te komen voor alternatieve zorgvoorzieningen als de beschutte en beschermende woonvormen, ambulante hulpverlening of mantelzorg. Bovendien waren deze nog lang niet in voldoende mate aanwezig. De voorstanders van de afbouw of zelfs afschaffing van psychiatrische ziekenhuizen, zoals de initiatiefnemers van de Moratoriumactie en hun aanhangers, gingen hier volledig aan voorbij. Volgens de Inspectie dreigden de verblijfspatiënten de dupe te worden van de Moratoriumactie omdat de broodnodige renovatie van bestaande ziekenhuizen op de lange baan werd geschoven.

——— *Het verguizen van psychiatrische ziekenhuizen is een bezigheid waarmede niet onbeperkt doorgegaan kan worden. Men moet geen oude schoenen wegwerpen, alvorens men de nieuwe schoenen zorgvuldig op bruikbaarheid heeft onderzocht. Italiaanse en Amerikaanse ervaringen met een drastische reduktie van de psychiatrische ziekenhuizen zonder daarbij te kunnen beschikken over bewezen en beproefde alternatieve behandelingssystemen, spreken hier boekdelen.*[544]

In dit verband laakte de Inspectie ook de planningsnorm van de overheid voor de omvang van het psychiatrische beddenbestand. De realisering van de norm van 1,1 per 1000 inwoners betekende dat er 6000 bedden moesten verdwijnen. Hiervan zouden vooral zorgbehoeftige chronische patiënten de dupe worden, zo waarschuwde de Inspectie.[545] De ernst en de omvang van chronische psychische stoornissen waren niet alleen voor de Inspectie, maar ook voor sommige psychiaters, hun beroepsvereniging de NVP, het College van Ziekenhuisvoorzieningen en de Nationale Raad voor de Volksgezondheid reden om kritische kanttekeningen te plaatsen bij het in de *Nieuwe Nota Geestelijke Volksgezondheid* aangekondigde substitutie- en extramuraliseringsbeleid.[546]

Begin jaren tachtig nam de aandacht voor chronische geesteszieken toe en gaf de omvang van deze groep aanleiding tot een gevoel van urgentie. Uitgaande van de veel gebruikte definitie van chronisch, een verblijfsduur van meer dan 2 jaar in een psychiatrisch ziekenhuis (de kans op blijvend herstel was na die tijdspe-

542 Staatstoezicht op de Volksgezondheid 1984, 2, 79; Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1985, 3, 93, 110.
543 Staatstoezicht op de Volksgezondheid 1982b, 67; Staatstoezicht op de Volksgezondheid 1983, 5; Staatstoezicht op de Volksgezondheid 1984, 96; Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1988a, 23.
544 Staatstoezicht op de Volksgezondheid 1984, 2.
545 Staatstoezicht op de Volksgezondheid 1982a, 2-3; Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1986, 5-6.
546 Staatstoezicht op de Volksgezondheid 1983, 83-84; Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1985, 92-93; Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1987, 8-9, 20-21; Buis 1981; Giel 1984; Giel 1987; Van Borssum Waalkes 1987; Henkelman en De Ruiter 1991, 63-67; vergelijk Holman en Wennink 1985; Wiersma et al. 1988.

riode nog maar heel klein), ging het om 55 procent van de totale bevolking van psychiatrische ziekenhuizen, dat wil zeggen zo'n 12.000 geesteszieken. Ongeveer 45 procent, tegen de 10.000 patiënten, bestond uit zogenaamde 'oude' chronici, patiënten die meer dan 5 jaar en voor een groot deel zelfs meer dan 10 jaar waren opgenomen. Het ging bij deze groep vooral om lijders aan schizofrenie en ernstige persoonlijkheidsstoornissen, en daarnaast om demente ouderen en verstandelijk gehandicapten. De meerderheid van hen – ongeveer 70 procent – bestond uit oudere patiënten die gemiddeld zo'n 20 jaar in het psychiatrisch ziekenhuis verbleven. Als gevolg van de toegenomen levensverwachting na 1950 was de chronische bevolking van de psychiatrische ziekenhuizen sterk vergrijsd. Het aantal 'nieuwe' chronici, jongere patiënten die tussen de 2 en 5 jaar in een psychiatrisch ziekenhuis verbleven, bedroeg 2700 à 3000. Naast schizofrenie en andere psychotische stoornissen waren dementie en alcohol- en drugsverslaving de meest voorkomende ziektebeelden onder deze groep.[547] Vijf tot 10 procent van alle nieuw opgenomen patiënten ging op den duur tot de groep van nieuwe chronici horen, zodat deze elk jaar met 2000 toenam.[548]

Deze aantallen hebben betrekking op geesteszieken die lange tijd onafgebroken waren opgenomen. Daarnaast was er sprake van een onbekend, maar groeiend aantal draaideurpatiënten dat gedurende 2 jaar of langer verschillende keren voor korte duur werd opgenomen en een eveneens onbekend aantal langdurig geesteszieke mensen dat ambulante hulp kreeg of in het geheel geen contact met de geestelijke gezondheidszorg had.[549] Onder de draaideurpatiënten, die voor een toenemende druk op de opnameafdelingen van psychiatrische ziekenhuizen zorgden, waren lijders aan schizofrenie tussen 25 en 35 jaar en verslaafde mannen onder de 45 jaar sterk vertegenwoordigd.[550]

Veel psychiatrische ziekenhuizen zagen zich vanaf het midden van de jaren zeventig geconfronteerd met een groeiend aantal moeilijk handelbare en agressieve patiënten, van wie een toenemend aantal met een inbewaringstelling werd opgenomen. In Santpoort bijvoorbeeld was er sprake van een oplopend aantal opnamen van ernstig gestoorde patiënten. Het Provinciaal Ziekenhuis kreeg van met name de Amsterdamse voorzieningen voor geestelijke gezondheidszorg, waaronder twee universitaire klinieken, de moeilijkste gevallen doorverwezen, waaronder groeiende aantallen verslaafden, agressieve gedragsgestoorden en allochtone geesteszieken. Steeds vaker ging het om gedwongen en acute opnemingen. De opnameafdelingen werden geteisterd door onrust, chaos, agressie en vernielzucht.[551]

547 Offerhaus 1983, 69; Giel 1984, 251-253; Van der Reijden 1984, 35, 75; Holman en Wennink 1985; Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid in samenwerking met de Nationale Ziekenhuisraad 1986, 7; Van Borssum Waalkes 1987; Wiersma et al. 1988, 389-391; Robben 1993, 1207.

548 Henkelman en De Ruiter 1991, 10-11.

549 Brook 1984; Giel 1984, 251-253; Wiersma et al. 1988, 389-391; Henkelman en De Ruiter 1991, 10-11; vergelijk Wolf 1990.

550 Haveman 1980, 275; Brook 1984, 508-510, 516; Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1985, 95; Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1987, 50; Henkelman en De Ruiter 1991, 13.

551 Vijselaar 1997d, 212-213.

Door nood gedwongen moesten behandelaars en verpleegkundigen steeds vaker gebruikmaken van separeer- en isoleercellen en tranquillizers. Rond 1980 werden in Santpoort speciale gesloten afdelingen voor onrustige en agressieve patiënten opgezet met een intensieve verpleging. Deze afdelingen liepen mede door het selectieve opnamebeleid van andere afdelingen al gauw vol. Ook in andere ziekenhuizen kwamen nieuwe gesloten afdelingen voor moeilijk handelbare en ongemotiveerde patiënten tot stand. Al eerder, in 1978, boog een op initiatief van de Staatssecretaris voor Volksgezondheid opgerichte werkgroep zich over het probleem van de zogenoemde sterk gedragsgestoorde en agressieve (SGA) patiënten, die moeilijk in psychiatrische ziekenhuizen te plaatsen waren en van wie een toenemend aantal in het justitiële circuit dreigde te belanden. Eind jaren tachtig werden in het Psychiatrisch Ziekenhuis De Grote Beek in Eindhoven en in Santpoort speciale SGA-afdelingen met veel toezicht en intensieve begeleiding opgezet.[552]

Een andere tendens die begin jaren tachtig zorgen baarde, was het groeiende aantal zelfmoorden in psychiatrische ziekenhuizen en psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen. Tussen 1970 en 1989 liep dat op van 66 tot bijna 300 per jaar, bijna een vervijfvoudiging, terwijl het suïcidecijfer in de maatschappij bijna was verdubbeld. Terwijl de zelfmoordfrequentie in psychiatrische ziekenhuizen in 1970 15 keer hoger lag dan in de samenleving, bedroeg deze eind jaren zeventig het 30-voudige en medio jaren tachtig het 75-voudige van het gemiddelde suïcidecijfer. Op psychiatrische afdelingen van algemene en academische ziekenhuizen liep de frequentie zelfs op tot het 140-voudige van die in de maatschappij.[553] Een duidelijke verklaring voor deze sterke aanwas is niet voorhanden. In internationaal en historisch perspectief is het hoge cijfer in elk geval niet uitzonderlijk. Dezelfde trend deed zich ook in andere landen voor. Voorts lag rond 1900 het zelfmoordcijfer in de Nederlandse samenleving en in psychiatrische inrichtingen op hetzelfde niveau als medio jaren zeventig.

552 Staatstoezicht op de Volksgezondheid 1978, 5; Staatstoezicht op de Volksgezondheid 1982a, 5-6, 83; Staatstoezicht op de Volksgezondheid 1984, 6; Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1985, 94; Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1988a, 27; Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1990, 55; Inspectie voor de Gezondheidszorg 1996, 76; Inspectie voor de Gezondheidszorg 1997, 72; Lucieer 2005, 62, 69-70.Volgens Binneveld en Wolf (1985, 224) kreeg Voorburg al eerder, in 1984, een SGA-afdeling.

553 Staatstoezicht op de Volksgezondheid 1978, 129-130; Staatstoezicht op de Volksgezondheid 1984, 7; Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1987, 61; Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1988a, 65; Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1989, 110; Brunenberg, Kruyt en Schnabel 1991, 75-77; Brunenberg en Bijl 1996, 15-16, 179. In de jaren negentig daalde het zelfmoordcijfer in de geestelijke gezondheidszorg tot tussen tweehonderd en 260. Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1990, 110; Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1991b, 125; Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1992, 154; Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1993, 79; Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1994, 77; Inspectie voor de Gezondheidszorg 1997, 83; Inspectie voor de Gezondheidszorg 1998, 84.

Het lijkt erop dat de stijging van het aantal zelfdodingen onder psychiatrische patiënten in sterk uitvergrote vorm de toename ervan in de samenleving weerspiegelde. In hoeverre veranderingen in de psychiatrie hierbij een rol hebben gespeeld, is niet helemaal duidelijk. Het zou kunnen zijn dat de vele organisatorische veranderingen, de spanningen en conflicten onder het personeel en de voortdurende onrust en onzekerheid die deze met zich meebrachten vanaf de jaren zeventig hebben bijgedragen tot een hogere frequentie van zelfmoord in de intramurale psychiatrie. Psychiatrische patiënten die een eind aan hun leven maakten, deden dat vaak na een overplaatsing binnen het psychiatrisch ziekenhuis of nadat ze waren ontslagen. Een als ingrijpend ervaren verandering in hun levensomstandigheden bleek het suïciderisico te verhogen. Psychiatrische patiënten die waren opgenomen kregen in de jaren zeventig en tachtig in toenemende mate te maken met min of meer ingrijpende reorganisaties en vernieuwingen, waardoor het psychiatrisch ziekenhuis wellicht minder veiligheid en zekerheid bood dan voorheen.[554] Opvallend is ook het hoge aantal zelfmoorden onder patiënten van therapeutische gemeenschappen. Het is niet onwaarschijnlijk dat de soms harde, confronterende benadering de kans erop vergrootte.[555] Een andere verklaring suggereert dat het hoge zelfmoordcijfer in zekere zin een 'geslaagd' opnamebeleid weerspiegelde: meer en meer mensen met suïcideneigingen zouden in een psychiatrisch ziekenhuis terechtkomen.[556] Hoe het ook zij, evenals de grote omvang van chronische geestesziekte en het stijgende aantal nieuwe patiënten dat moeilijk (be)handelbaar bleek, waren ook de oplopende zelfmoordcijfers een teken van de weerbarstigheid van de psychiatrische problematiek, die schril contrasteerde met het therapeutische optimisme van de sociaal-psychologische benadering. Voor de behandelaars in therapeutische gemeenschappen waren zelfmoorden nogal eens aanleiding tot bezinning en aanpassingen in het behandelregime.

Gecombineerd met het aanzienlijke aantal chronische patiënten en de oplopende opnamedruk van met name moeilijk (be)handelbare geestelijk gestoorden droeg het socio- en psychotherapeutische behandelethos bij tot het ontstaan van capaciteits- en afstemmingsproblemen in psychiatrische ziekenhuizen. Afdelingen die op basis van de nieuwe therapeutische principes opereerden, vertoonden de neiging om alleen jongere, behandelbare en gemotiveerde patiënten op te nemen en deze vanwege de tijdrovende therapieën lang vast te houden. Het selectieve opnamebeleid en de vaak lange behandelduur brachten met zich mee dat ernstig gestoorde en moeilijk behandelbare patiënten werden geweerd en afgeschoven. De psychiater M.J.A.J.M. Hoes, die begin jaren zeventig als assistent aan de psychiatrische universiteitskliniek in Nijmegen verbonden was, maakte mee dat verpleegkundigen zelfs opnamen blokkeerden.

554 Binneveld en Wolf 1985, 217; Van Borssum Waalkes 1991a, 58, 67; Brunenberg, Kruyt en Schnabel 1991, 78-79, 106-109.

555 Louter 2005, 141-142.

556 Kerkhof 1985.

——— *[…] als er dus iemand was die echt een opname nodig had, dan kwam die er dus niet in. Er kwamen alleen maar patiënten binnen waar ze wel wat mee aan konden […] Maar een echte psychose die zag je nauwelijks. Een echte zware depressie werd niet opgenomen want daar konden ze niet mee uit de voeten. En dat werd aan de poort door de verpleging geblokkeerd.*[557]

Bedden bleven op deze manier onbezet. Ook het St. Franciscushof kampte begin jaren zeventig met leegstand en exploitatieproblemen omdat de eerste directeur had besloten dat dit nieuwe psychiatrische ziekenhuis bestemd was voor kortdurende behandeling en daarom geen geesteszieken hoefde op te nemen die het risico liepen 'chronisch' te worden. Zijn selectieve opnamebeleid leidde tot spanningen met andere instellingen die vonden dat moeilijke patiënten op deze manier werden afgeschoven. In het midden van de jaren zeventig drong het tot de directie door dat de onderkenning van chroniciteit onvermijdelijk was en veranderde zij van koers. Er kwamen verblijfsafdelingen voor chronische patiënten, die al spoedig uitdijden.[558]

In de loop van de jaren zeventig begon de doorstroming van patiënten in psychiatrische ziekenhuizen te stokken en raakten opnameafdelingen verstopt. Een en ander leidde tot getouwtrek rond gewenste en ongewenste patiënten, waardoor spanningen ontstonden tussen personeelsleden van verschillende afdelingen in de psychiatrische ziekenhuizen. Het personeel van de gesloten en verblijfsafdelingen keek met argusogen naar de open behandelafdelingen, waar therapeuten veel tijd besteedden aan rustige en aanspreekbare patiënten, terwijl het zelf werd opgescheept met een groeiend aantal chronische en ernstig gedragsgestoorde geesteszieken. Vanaf 1981 maakte de Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid geregeld melding van een tekortschietende opnamecapaciteit van psychiatrische ziekenhuizen en moest zij steeds vaker bemiddelen om patiënten opgenomen te krijgen. Het ontbrak vooral aan plaatsruimte voor sterk gedragsgestoorde en agressieve geesteszieken, van wie een toenemend aantal in penitentiaire instellingen terechtkwam.[559] Mede in verband met de regionale opnameplicht waaraan psychiatrische ziekenhuizen moesten voldoen, stuitte de plaatsingsproblematiek op onbegrip en ongenoegen van ziekenhuisdirecties, verwijzers, extramurale hulpverleners en familieleden van patiënten. Voor sommige geneesheren-directeur van psychiatrische ziekenhuizen, die de therapeutische vernieuwingen eerder hadden gesteund of gedoogd, waren dergelijke moeilijkheden aanleiding om een halt toe te roepen aan socio- en psychotherapeutische behandelafdelingen, in te grijpen in therapeutische gemeen-

557 Pieters, Snelders en Houwaart 2006, 147.
558 Huiskes en Van der Kroef 2002, 60.
559 Staatstoezicht op de Volksgezondheid 1978, 5; Staatstoezicht op de Volksgezondheid 1982b, 14, 21; Staatstoezicht op de Volksgezondheid 1983, 5-6, 83-84; Staatstoezicht op de Volksgezondheid 1984, 6; Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1985, 94; Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1986, 103; Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1987, 17-18; Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1988a, 67.

schappen en het medisch gezag te herstellen. In St. Willibrord liepen dergelijke problemen zo uit de hand dat de regering de erkenning in 1991 tijdelijk introk en het ziekenhuis dwong orde op zaken te stellen.[560]

Ook om andere redenen riepen de vernieuwingen van de jaren zeventig steeds meer verdeeldheid en conflicten in psychiatrische ziekenhuizen op. Die deden zich voor tussen oudere en jongere generaties, tussen vertegenwoordigers van verschillende disciplines, en tussen afdelingen en behandelteams. Veel bevlogen vernieuwers meenden het gelijk aan hun kant te hebben en ze zorgden met hun gedrevenheid, radicalisme en soms ook arrogantie, betweterij en sektarisme voor weerstanden onder collega's die zo hun twijfels hadden over de effectiviteit van de socio- en psychotherapeutische behandelfilosofie. Terugblikkend op zijn loopbaan als psychiater en zijn betrokkenheid bij de therapeutische gemeenschap in Vogelenzang gaf Van Ree bijvoorbeeld toe dat hij zich als 'dictator' had gedragen. 'De democratisering bracht ik op gang met de kreet: "Wie hier geen democratie wil, die dondert maar op!"[561] Ook bekende hij dat hij collega's die het niet met hem eens waren voor SS'ers had uitgemaakt en hun behandelingen als 'concentratiekampmethoden' had bestempeld.[562]

Psychiaters die zich niet voegden naar het sociale model en aandacht vroegen voor de medisch-biologische aspecten van geestesziekte, golden al gauw als conservatief en werden door de vernieuwers en hun sympathisanten buiten het ziekenhuis verketterd. Sommige psychiaters en verpleegkundigen zetten vraagtekens bij het geloof in de eigen verantwoordelijkheid en keuzevrijheid van psychisch gestoorden. Dit ging nogal eens ten koste van de zorg voor met name kwetsbare patiënten. Permissiviteit kon in de praktijk tot verwaarlozing en verloedering leiden. Orde en regelmaat, waaraan veel geesteszieken juist behoefte zouden hebben, waren zoekgeraakt en de hygiëne schoot er maar al te vaak bij in – een doorn in het oog van sommige verpleegkundigen. Veel oudere verpleegkundigen hadden weinig op met de democratische praatcultuur en konden zich niet vinden in hun rol als verlengstuk van de psychotherapeut.[563]

Patiënten waren evenmin onverdeeld enthousiast over het socio- en psychotherapeutische klimaat en de intensieve en confronterende groepstherapieën, die nogal wat incasseringsvermogen vereisten. Sommigen hadden genoeg aan hun eigen problemen en konden het moeilijk opbrengen om zich ook nog open te stellen voor die van anderen.[564] Bovendien kon het sociale model ondanks de democratische pretenties samengaan met groepsdwang en manipulatie en was het niet gespeend van een zeker moralisme. Het was de bedoeling dat patiënten hun authentieke zelf ontplooiden, maar tegelijkertijd legden behandelaars hen bepaalde, niet duidelijk uitgesproken normen op ten aanzien van wat ze moesten bereiken.[565] De eerder aangehaalde Constance H. ervoer de psychotherapeutische

560 Bakker en De Boer 2002b, 301-308.
561 Van Ree 2007, 74.
562 Van Ree 2007, 49.
563 Blok 1998c, 224.
564 Blok 1998c, 253.
565 Van der Klis 1993, 103; Blok 2004, 203-204.

gemeenschap Rijnland in Santpoort als 'een heropvoedingskamp' en ze vond de sociotherapeuten 'eng, heel streng en zo onaangedaan'.[566] Een andere patiënt, die in 1975 in De Viersprong werd opgenomen, sprak zelfs van hel en terreur.

——— *Als je leiding zoekt en je wilt gezag erkennen dan voel je je thuis in een sekte en ook in De Viersprong. Voor mij was het de hel. Je werd gelijk gemaakt met de grond, je was minder dan een worm en ze hadden een mager, discutabel therapeutisch theorietje. Transactionele analyse van vader en ouder en kind, zoiets [...] maar het was écht terreur. Ik probeerde het, zoals je alles probeert om uit de ellende te komen, maar ik geloofde er niet in. Daarbij komt dat ik geen groepsmens ben en niet kan slapen in groepen. Na zes dagen ben ik midden in de nacht in mijn pyjama weggelopen naar een grote inrichting in de buurt. Daar doen ze niet zo moeilijk, dacht ik, daar spuiten ze je gewoon plat [...] En heeft dat mijn leven verrijkt? Nee, dat heeft het niet, maar wel kon ik daar acht maanden uitrazen. De waanzin is daar opgebrand.*[567]

Verder ging de democratisering soms ten koste van de zorg, omdat het behandelende en verplegende personeel veel tijd besteedde aan vergaderingen, onder andere om onderlinge conflicten uit te praten. De bewoners in het Utrechtse Willem Arntsz Huis klaagden er bijvoorbeeld over dat ze te weinig contact met behandelaars hadden en dat die meer met zichzelf bezig waren dan met de patiënten. In deze instelling waren de psychiaters en hoofdverpleegkundigen in het defensief gedrongen en woedde al enkele jaren een strijd tussen de behandelaars over het sociale model. Er werd eindeloos vergaderd en overlegd, zodat er veel tijd verloren ging en de verwarring en onzekerheid onder patiënten en personeel alleen maar groter werden. De klagers kregen bijval van de Regionale Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid, die in 1978 signaleerde dat de kwaliteit van de behandeling als gevolg van de democratisering was verslechterd. De Werkgroep Kwaliteit en Doelmatigheid Psychiatrische Ziekenhuizen van de Nationale Ziekenhuisraad kwam vier jaar later tot soortgelijke conclusies. Volgens de werkgroep had het democratische consensusmodel geleid tot een ondoorzichtige organisatiestructuur, waarin het ontbrak aan een duidelijke verdeling en afbakening van verantwoordelijkheden.[568] Ook in andere instellingen deed de spanning tussen democratische verworvenheden en professionele verantwoordelijkheid zich steeds sterker gelden.[569] Zo vertelde een voormalige patiënt, die in 1972 op de PAAZ van het Utrechtse ziekenhuis Overvecht werd opgenomen, dat er tot zijn verbazing vrijwel niets van behandeling kwam.

——— *Een diagnose is mij nooit verteld en van medicijnen was absoluut geen sprake. In mijn herinnering werd er in de conversatiezaal 24 uur per dag vergaderd over het beleid. En wel door iedereen: verpleegkundigen, artsen, patiënten, wie ook maar zijn zegje wilde doen. Het ging over*

566 Louter 2005, 124.
567 Louter 2005, 133–134.
568 Dankers en Van der Linden 1996, 130–136, 139–141.
569 Kamminga 1995, 125.

de maatschappij, over ziekmakende gezinnen en over het beste model voor de psychiatrie. Ik werd daar nogal gek van, want daar kwam ik niet voor. Ik wilde dat er enige structuur werd aangeboden. Maar die was er niet. Daar werd namelijk ook over vergaderd. [...] Over de mogelijkheid dat ik een biologische ziekte had, mocht niet gepraat worden. Dat was volstrekt taboe. Het lag immers aan de opvoeding. Mijn ouders zijn één keer langs gekomen, waarbij ze vreselijk op hun donder kregen. Ik zou door hen te veel beschermd worden. De oplossing was dat mijn ouders me een schop onder mijn kont gaven, om me te dwingen volwassen te worden. Ze zijn toen gillend weggelopen. [...] Tegelijk was er heel veel personeel, ik denk wel één staflid per patiënt. Maar ze waren alleen maar met zichzelf bezig, niet met de patiënten. Het was één grote chaos, die eigenlijk direct op last van hogerhand gesloten had moeten worden.[570]

Anderen werden geconfronteerd met behandelaars die wel behandelden, maar er volstrekt tegengestelde opvattingen op na hielden over wat goed was voor een patiënt. Ad Barendregt, die in 1976 in het Deltaziekenhuis werd opgenomen en over wie wij al eerder verhaalden, wilde graag in psychotherapie, hoewel ze met haar 44 jaar daar eigenlijk al te oud voor werd geacht.[571] De psycholoog-psychotherapeut die in het Deltaziekenhuis aan groepstherapie deed, accepteerde haar toch, maar eiste dat ze geen medicijnen meer slikte. Met pillen kon je niet aan jezelf werken. Van haar psychiater, die tot hetzelfde behandelteam behoorde, kreeg ze te horen dat de medicijnen absoluut noodzakelijk waren voor haar behandeling. 'Het was toen òf pillen, òf praten, allebei kon niet en de keuze was aan mij.'[572] Van enig overleg tussen de behandelaars was blijkbaar geen sprake, laat staan dat zij tot een compromis kwamen. Ook in Vijverdal bestond verdeeldheid over het voorschrijven van medicijnen. De sociaal-psychiater J.Th.M. Dewez had naar verluidt twee bakjes op zijn bureau staan, een met dropjes en een met (placebo)pillen, waaruit hij zijn patiënten liet kiezen.[573]

Vanaf het eind van de jaren zeventig trad een verscherping op van de tegenstellingen tussen enerzijds de radicaliserende tegenbeweging, die mede onder invloed van de Italiaanse democratische psychiatrie het bestaan van het psychiatrisch ziekenhuis ter discussie ging stellen, en anderzijds de tegenstanders ervan, onder wie deels biologisch georiënteerde psychiaters die een tegenoffensief begonnen in te zetten. In psychiatrische ziekenhuizen kregen de vernieuwers te maken met toenemende weerstand en moesten zij steeds vaker een stap terug doen. Ondertussen werden de schaduwzijden van de therapeutische vernieuwingen onder de publieke aandacht gebracht, zoals de verwaarlozing van patiënten en de vijandige bejegening van hun ouders door behandelaars. De plaatsvervangend Hoofdinspecteur voor de Geestelijke Volksgezondheid, W. Hardeman, keerde zich in 1978 openlijk tegen de vernieuwingen. In een toespraak bij de opening van een nieuwe afdeling van Veldwijk wees hij erop dat die elders tot ver-

570 Louter 2005, 137.
571 Zie 3.4, paragraaf 'Patiënten in de psychiatrische inrichting'.
572 Louter 2005, 68.
573 Klijn 2007a, 79.

waarlozing van patiënten hadden geleid. Naar aanleiding van Hardemans uitlatingen werden er kamervragen gesteld.[574] Een vernieuwingsgezinde psychiater als Van Ree, in de jaren 1979–1980 en 1983–1984 waarnemend geneesheer-directeur van Vogelenzang, beaamde dat er soms wantoestanden heersten in psychiatrische ziekenhuizen omdat patiënten aan hun lot werden overgelaten.

——— *Al in de jaren zeventig zag ik soms ongewenste effecten van de nadrukkelijk doorgevoerde aanname dat psychiatrische patiënten volledig zelfredzaam moesten en konden zijn, met als gevolg dat therapeuten zich soms te ver terugtrokken en daarmee onbedoeld de hulpvragers verwaarloosden. [...] Waar voor 1960 veel patiënten als onmondig werden bejegend en behandeld, ontstond er in de jaren tussen 1970 en 1980 op sommige plaatsen discriminerend gedrag tegenover de meeste hulpbehoevenden.*[575]

Al eerder had de Rotterdamse psychiater P.J. Stolk met een boek voor een breed publiek, *Een soort vuur* (1975), de aanval op het sociale model gelanceerd. Aan de hand van aangrijpende gevalsbeschrijvingen betoogde hij dat geestesziekte een individuele, vaak genetisch bepaalde aandoening was. Psychofarmaca achtte hij van onschatbare waarde in de behandeling ervan. Stolk vroeg ook aandacht voor het leed van ouders van schizofrene kinderen, die volgens hem ten onrechte de schuld voor de stoornis in de schoenen kregen geschoven. Stolk werd in 1976 geneesheer-directeur van het St. Joris Gasthuis in Delft, waar de verhoudingen gespannen waren en hij in 1980 zijn functie neerlegde. Stolks boek, hoewel kritisch in de media ontvangen, vormde evenwel het startschot voor de strijd van sommige psychiaters tegen de kritische psychiatrie.[576] Begin jaren tachtig keerde bijvoorbeeld ook de Leidse psychiater C.R. van der Meer, vanaf 1985 verbonden aan Endegeest en auteur van een studie over schizofrenie,[577] zich tegen het socio- en psychotherapeutisch behandeloptimisme. Hij benadrukte de neurobiologisch en erfelijk bepaalde kwetsbaarheid waarmee ernstige geestesziekten als schizofrenie gepaard gingen. Volgens hem had het streven naar genezing weinig zin en was het beter om de hulpverlening te richten op de beheersing van schizofrenie, zodat deze stoornis hanteerbaar werd en zowel de lijders als hun naasten ermee konden leven. Van Meer maakte zich in het bijzonder sterk voor de zogenaamde psycho-educatie, de voorlichting aan en begeleiding van gezinnen met een schizofrene patiënt, waardoor de verwanten leerden hoe ze het beste met hem of haar en diens stoornis konden omgaan. Het gezin gold niet meer als ziekmakend, maar kreeg juist ondersteuning teneinde de resocialisatie van de patiënt te bevorderen.[578]

De psychiater D.H. Linszen, die begin jaren tachtig het initiatief nam tot de oprichting van de psychiatrische Adolescentenkliniek van de Universiteit van

574 Blok 2004, 178–179.
575 Van Ree 2007, 152.
576 Blok 2004, 176–178.
577 Van der Meer 1987a.
578 Van der Meer 1987a; Methorst 1987; Blok 1998d, 263–265; Blok 2004, 207, 217.

Amsterdam en die zich ontwikkelde tot een internationaal bekende onderzoeker op het gebied van schizofrenie, sloot zich bij deze benadering aan. Het behandelmodel van Linszen en diens medewerkers was gebaseerd op onderzoek naar de verhouding tussen de psychische kwetsbaarheid die inherent zou zijn aan de ziekte en de omgevingsfactoren waarvoor patiënten een bijzondere gevoeligheid vertoonden en die psychotisch gedrag uitlokten. Zonder de sociaal-psychologische behandeling overboord te gooien schonken ze veel aandacht aan medicatie alsook psycho-educatie en communicatietraining, teneinde het beloop en vooral de schadelijke en belastende psychotische symptomen van schizofrenie zo veel mogelijk in de hand te houden. Hierdoor zou langdurige opname niet meer nodig zijn.[579] Psychiaters als Stolk, Van der Meer en Linszen namen afstand van het socio- en psychotherapeutisch optimisme dat in de jaren zeventig de toon aangaf. Hun benadering van schizofrenie zou in de jaren tachtig en negentig ook toepassing vinden bij andere chronische stoornissen. Voor de meeste chronische patiënten waren keuzevrijheid en autonomie onbereikbare idealen. Het was beter om met hun blijvende geestelijke invaliditeit rekening te houden en deze door middel van medicatie en een aangepaste bejegening voor de omgeving hanteerbaar te maken. Daarbij was een belangrijke rol weggelegd voor familieleden.

De psychiatrische tegenaanval op het socio- en psychotherapeutische idealisme van de jaren zeventig kon op grote instemming van ouders en familieleden van psychiatrische patiënten rekenen.[580] Vanaf omstreeks 1980 tekenden enkelen van hen openlijk protest aan tegen behandelaars die hen in de beklaagdenbank plaatsten en verder geen enkele belangstelling, laat staan begrip, toonden voor hun perspectief en ervaring met de patiënt. In 1979 beschreef W. Brill, moeder van een meisje met schizofrenie in een bijdrage aan het *Maandblad Geestelijke volksgezondheid* hoe haar dochter zelfmoord had gepleegd nadat ze in de psychotherapeutische gemeenschap Amstelland van het Provinciaal Ziekenhuis nabij Santpoort tevergeefs was behandeld met psychotherapie. Brill, die samen met andere gezinsleden had deelgenomen aan gezinsgesprekken, verweet de behandelaars dat ze maar door waren gegaan met eindeloze praattherapieën terwijl die alleen maar een averechtse uitwerking op haar dochter hadden. Bovendien namen ze geen enkele verantwoordelijkheid voor het falen van de therapie en toonden ze geen medeleven. Wel suggereerden ze dat Brill zelf een bijdrage had geleverd aan de ziekte van haar dochter. De redactie van het *Maandblad Geestelijke volksgezondheid* reageerde bij monde van de psychiaters Van de Lande, oprichter van Amstelland, en L. van Eck, werkzaam op de psychotherapeutische gemeenschap Rijnland in Santpoort. Zij betoogden dat Brills aanklacht in het licht van de revolutionaire vernieuwing van de psychiatrie moest worden gezien. Ouders als Brill konden niet accepteren dat hun kind in het belang van de behandeling afstand van hen diende te nemen. Zij zouden beter naar hun eigen rol in het geheel moeten kijken. Psychiatrische

579 Schrameijer 2005b, 25-92.

580 Blok 2004, 167-199.

problematiek ontstond immers vaak omdat ouders hun kind niet konden loslaten en op die manier diens ontwikkeling hinderden. Verder gaf Brill blijk van 'een onvermogen om te rouwen'. Deze reactie leidde tot een golf van ingezonden brieven, waarin niet alleen andere ouders van psychiatrische patiënten, maar ook hulpverleners blijk gaven van grote verontwaardiging over de wijze waarop Van de Lande en Van Eck Brill van repliek hadden gediend. Voor velen kon dit absoluut niet door de beugel.[581]

Enkele jaren na deze affaire publiceerde de schrijfster S. Anstadt een boek over de lotgevallen van haar schizofrene zoon: *Al mijn vrienden zijn gek. De dagen van een schizofrene jongen* (1983). Ook hij was in Amstelland opgenomen geweest en evenmin als de dochter van Brill had hij baat bij de behandeling gehad. Integendeel, zijn toestand verslechterde zienderogen. Hij trok zich steeds meer in zichzelf terug en verwaarloosde zichzelf. Toen Anstadt haar zoon in Amstelland bezocht, bleek hij in een vervuilde kamer te verblijven. Volgens het personeel was dat zijn eigen verantwoordelijkheid. Medicijnen werden niet verstrekt. Anstadt was bijzonder verontwaardigd over de bejegening die haar en andere ouders op bijeenkomsten in Santpoort ten deel viel. Zij kregen de schuld van de psychische problemen van hun kinderen in de schoenen geschoven.

——— *Ik merkte hoe onmenselijk hulpverleners konden worden door hun geloof in de leer van Laing. [...] Laing sprak over een familieziekte. Maar natuurlijk wordt de familie ziek als de patiënt dag en nacht schreeuwend, of huilend of lachend of zingend of vloekend, door het huis loopt, zonder dat iemand 's nachts kan slapen en dat soms weken achtereen.*[582]

Na een verblijf van tweeënhalf jaar op Amstelland was Anstadts zoon een chronische patiënt geworden en verhuisde hij naar een ander psychiatrisch ziekenhuis, waar hij de nodige zorg en medicijnen kreeg. Ook Anstadts verhaal kon op veel publieke belangstelling en instemming rekenen; haar boek beleefde binnen twee jaar acht herdrukken.[583]

De ontevredenheid van familieleden van geesteszieken over de psychiatrische hulpverlening leidde in 1984 tot oprichting van de vereniging Ypsilon voor verwanten van lijders aan schizofrenie. Deze vereniging kwam voort uit een praatgroep van moeders waartoe R. van der Heijden het initiatief had genomen. Van der Heijden had een zoon die aan schizofrenie leed. Behandelaars van de psychiatrische afdeling van het academisch ziekenhuis in Rotterdam hadden haar voorgespiegeld dat zij als dominante moeder verantwoordelijk was voor zijn stoornis. Ypsilon stelde zich kritisch op tegen het psycho- en sociotherapeutische klimaat in inrichtingen. Andere steungroepen voor familieleden van geesteszieken volgden. Voorlichting aan en begeleiding van gezinnen met geesteszieken kwamen centraal te staan. Behandelaars en familieleden stonden niet meer tegenover elkaar.[584]

581 Blok 2004, 185-186; Schrameijer 2005a, 85-86.
582 Anstadt 1987, 14, 16.
583 Blok 2004, 186-187.
584 Blok 1998d, 263-265.

In het kielzog van Ypsilon ontstonden in de loop van de jaren tachtig tal van nieuwe verenigingen, zowel van patiënten als van hun familieleden. Deze waren in toenemende mate georganiseerd rond specifieke ziektebeelden, zoals schizofrenie, depressie, fobieën, de meervoudige persoonlijkheidsstoornis, anorexia en boulimia nervosa, het syndroom van Gilles de la Tourette, oorlogstrauma's en diverse verslavingen, of rond een bepaalde problematiek, zoals seksueel misbruik, incest, kindermishandeling en zelfdoding. In tegenstelling tot de kritische patiëntenbeweging van de jaren zeventig ageerden deze categorale en mantelorganisaties, waarin steunverlening, lotgenotencontact en informatieverschaffing centraal stonden, niet tegen de medische psychiatrie en het ziektemodel. Zij zochten eerder samenwerking met de psychiatrie om de hulpverlening te verbeteren en de belangen van patiënten en familieleden te behartigen. Het ging om de verbreiding van inzicht en begrip ter verbetering van de omgang met en behandeling van psychiatrische patiënten en daartoe zou wetenschappelijke, ook medisch-biologische, kennis kunnen bijdragen. Deze verenigingen verwierven een veel grotere aanhang dan de kritische organisaties: terwijl het totale ledental van de Cliëntenbond, de Stichting Pandora en de diverse patiëntenplatforms op gemeentelijk en provinciaal niveau nog geen vijfduizend bedroeg, groeide dat van de categorale en mantelorganisaties tot rond vijftigduizend.[585]

De toenemende aandacht voor chronische en ernstig gestoorde geesteszieken ging vergezeld van een terugschroeving en bijstelling van de therapeutische ambities in de psychiatrie. Het socio- en psychotherapeutische behandelethos maakte plaats voor een meer pragmatische, deels medische en deels sociaal-rehabiliterende benadering. Daarbij was het uitgangspunt dat bepaalde geesteszieken met een blijvende psychische en sociale invaliditeit gepaard gingen. Genezing in de zin van een volledig herstel van de autonomie en zelfredzaamheid, laat staan zelfbevrijding, was niet meer aan de orde. De psychiatrische interventies richtten zich niet zozeer op de behandeling van psychische stoornissen op zichzelf als wel op het aanpakken van de sociale beperkingen die deze met zich meebrachten. In het invaliditeits- of revalidatiemodel, waarvoor de Engelse psychiaters D. Bennett en G. Shepherd de grondslag legden, ging het om stimulering en resocialisatie van patiënten door middel van praktische ondersteuning in hun dagelijkse leven en het aanleren van sociale vaardigheden. Door de begeleiding af te stemmen op hun individuele mogelijkheden en vermogens moesten patiënten een grotere zelfstandigheid verwerven en zou de kwaliteit van hun leven verbeteren. Verder dienden kleinschalige en semizelfstandige woonvormen, aangepaste werkverschaffing en faciliteiten voor vrijetijdsbesteding om hun maatschappelijke integratie zo veel mogelijk te bevorderen.[586] In zekere zin was dit een terugkeer naar de principes van de actievere therapie, die ook niet primair genezing, maar veel-

585 Dercksen en Van 't Hof 1996, 12-20, 48-64, 88, 96-119.

586 Offerhaus 1983; Rijkschroeff, Van Zuthem en Van Zuylen 1988, 53-62; Henkelman en De Ruiter 1991, 105; Pieters en Peuskens 1995.

eer socialisering van vooral chronische patiënten ten doel had. Het nieuwe was de opzet om hen zo veel mogelijk in de maatschappij te laten terugkeren.

Mede op basis van het revalidatiemodel kwamen op initiatief of met medewerking van psychiatrische ziekenhuizen medio jaren tachtig nieuwe hulpverleningsprojecten op gang die ten doel hadden om langdurige opnamen te voorkomen. Met name het zogenaamde substitutieproject Drenthe, opgezet door Licht en Kracht in samenwerking met de Riagg-Drenthe en de afdeling sociale psychiatrie van de Rijksuniversiteit Groningen, en het Maastrichtse Model van Vijverdal in samenwerking met de Rijksuniversiteit Limburg vervulden een voorhoederol. Daarin waren wonen, behandeling en dagbesteding van elkaar gescheiden en konden de patiënten al naar gelang hun behoefte, toestand en omstandigheden gebruikmaken van deeltijdbehandeling, crisisopvang, een telefonische nooddienst, ambulante (thuis)zorg en gezinsverpleging. De nadruk lag daarbij op ondersteuning en begeleiding, zodat de patiënten zich ondanks hun geestesziekte in hun eigen leefomgeving konden handhaven.[587]

Het Provinciaal Ziekenhuis nabij Santpoort ging nog een stap verder door in de jaren 1986–1988 zo'n 180 chronische patiënten over te brengen naar 3 kleinschalige woon- en zorgvoorzieningen in Amsterdam. Vooral het project De Kempering in de Bijlmer, waar bijna 40 van hen min of meer zelfstandig in flats gingen wonen, trok veel aandacht. Over het resultaat van deze vernieuwing liepen de meningen uiteen. Veertien patiënten moesten binnen een half jaar terugkeren naar Santpoort omdat hun psychotische symptomen verergerden, zij zichzelf verwaarloosden en zij hun omgeving overlast bezorgden. Voor sceptici was dat een bevestiging van hun twijfels over het vermogen tot zelfredzaamheid van psychiatrische patiënten. Zij vroegen zich ook af of een wijk als de Bijlmer met zijn grootschalige flatgebouwen, etnische diversiteit en drugsproblematiek wel de meest geschikte woonomgeving voor hen vormde. Het project ontlokte de Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid een nogal cynisch commentaar. 'Binnen de kortste keren werden bewoners en medewerkers bedreigd, bestolen, gemolesteerd en aangerand. De RIBW heeft inmiddels een particuliere bewakingsdienst in de arm genomen. Het is nu een zeer beschermde woonvorm geworden…'[588] Voor aanhangers van het Amsterdamse Model vormde de praktijk van De Kempering daarentegen het bewijs dat veel chronische geesteszieken met de nodige ondersteuning van persoonlijke begeleiders, crisisopvang en georganiseerde dagactiviteiten tot op zekere hoogte in de maatschappij waren te integreren.[589]

Mede als gevolg van de toegenomen aandacht voor ernstige en chronische psychische stoornissen verschoof het accent in de psychiatrische ziekenhuizen van

587 Vrijlandt, Haveman en Poelijoe 1986; Kamminga 1995, 154–155; Petry 1989.

588 Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1990, 60.

589 Bleeker et al. 1987; Rijkschroeff, Van Zuthem en Van Zuylen 1988; Koppers 1991; Kaasenbrood en Thieme 1991; Henkelman en De Ruiter 1991, 53–55; Meillo 1991a; Meurs en Meillo 1994; Blok 1997d, 238–267; Polling 2001, 11.

confronterende en inzichtgevende psycho- en sociotherapieën naar meer directieve behandelmethoden, zoals gedragstherapie en cognitieve trainingen ter oefening en versterking van mentale functies als aandacht, waarneming en informatieverwerking. Psychotherapie bleef onderdeel van de behandelpraktijk, maar in plaats van het streven naar zelfinzicht en zelfontplooiing stonden nu begeleiding en ondersteuning voorop en kregen patiënten tegelijkertijd vaak psychofarmaca voorgeschreven. Hierdoor kwam er weer meer ruimte voor de medische expertise van psychiaters.[590] De multidisciplinaire behandelfilosofie, in de jaren zeventig nauw verbonden met democratische behandelprincipes en de gelijkstelling van sociaal-wetenschappelijk opgeleide medewerkers met psychiaters, kreeg een lossere en meer pragmatische invulling. Aan de polarisatie tussen het medische en sociaal-psychologische behandelmodel kwam geleidelijk aan een einde. Verder groeide de aandacht voor de doelmatigheid en de wetenschappelijke onderbouwing van behandelmethoden. Door middel van effectonderzoek zouden behandelresultaten meetbaar moeten worden.

Terwijl de behandeling en het verblijf in een psychiatrisch ziekenhuis in de jaren zeventig, net als vroeger, in hoge mate een collectief karakter hadden, werd er in de jaren tachtig meer rekening gehouden met de individualiteit van patiënten en de bescherming van hun persoonlijke levenssfeer. De ervaringen met de therapeutische gemeenschap hadden geleerd dat een alomvattend groepsleven ook ongewenste druk, manipulatie en afhankelijkheid met zich mee kon brengen en voor sommige patiënten te confronterend en te belastend was. Onder invloed van het uit Amerika overgenomen Boston-model werden woonvoorzieningen steeds meer gescheiden van de faciliteiten voor behandeling en dagbesteding, die deels nog wel groepsgewijs waren ingericht.[591] Dat nam niet weg dat ook de behandeling meer en meer werd toegespitst op individuele kenmerken en behoeften. Het interactieve stress-kwetsbaarheidsmodel, dat vooral in de zorg voor chronische patiënten een belangrijke rol ging spelen, veronderstelde een per individu verschillende wisselwerking tussen biologische, psychische en sociale factoren, die een flexibel en gevarieerd hulpverleningsaanbod vereiste.[592]

Niet alleen het behandelregime en het leefklimaat van psychiatrische ziekenhuizen veranderden in de jaren tachtig, ook op bestuurlijk en organisatorisch vlak was er sprake van een reactie op de ontwikkelingen van de jaren zeventig. De democratisering mondde in veel instellingen uit in een tijdrovende en verlammende overleg- en praatcultuur. Medezeggenschap en inspraak van alle personeelsgeledingen brachten eindeloze vergaderingen met zich mee, waarin de vele conflicten zelden werden opgelost, maar deze langdurig bleven doorzeuren en zo de onderlinge verhoudingen bedierven. Vanwege het hoge politieke en ideologische gehalte van de tegenstellingen waren compromissen moeilijk te bewerkstelligen en kregen meningsverschillen een sterk persoonlijk karakter. Door het

590 Blok 1998c, 258-261, 280; Blok 2004, 213.
591 Mens 2003, 166-167, 249.
592 Wennink 1989a, 173-180.

verdwijnen van formele hiërarchische structuren was de afbakening van verantwoordelijkheden ondoorzichtig geworden, waardoor behandelaars verwikkeld raakten in grensschermutselingen en zij problemen op collega's afschoven. Een en ander leidde niet zelden tot bestuurlijke chaos en onwerkbare toestanden. Rond 1980 won de overtuiging veld dat de democratisering haar doel voorbij was geschoten en ontstond onder het personeel van psychiatrische ziekenhuizen een zekere overleg- en participatiemoeheid. Een grotere waardering voor professionele deskundigheid en een heldere organisatiestructuur verdrong het democratische engagement, waarin ideologische bevlogenheid en persoonlijke overtuiging voorop stonden. Na de woelingen van de jaren zeventig ontstond weer behoefte aan enige orde en regelmaat.

Ondertussen was de organisatie van psychiatrische ziekenhuizen sinds de jaren zestig veel ingewikkelder geworden. De bestuurlijke structuur van de traditionele inrichting was vrij overzichtelijk: een geneesheer-directeur die geassisteerd door een economisch directeur de instelling als geheel bestierde, en afdelingspsychiaters en hoofdverpleegkundigen die verantwoordelijk waren voor het reilen en zeilen van de afzonderlijke paviljoens. De lijnen tussen leiding en uitvoering waren kort. Hierin kwam verandering als gevolg van de toenemende interne differentiatie en deconcentratie van het psychiatrisch ziekenhuis alsook de sterke uitbreiding en grotere pluriformiteit van het personeelsbestand. Geleidelijk aan raakten bestuur en beheer steeds meer in handen van managers die zich uitsluitend met de coördinatie en regulering van het behandelend en verplegend personeel gingen bezighouden. De verzelfstandiging van het management was niet alleen een gevolg van het complexer worden van de organisatiestructuur van psychiatrische ziekenhuizen en de noodzaak om de uiteenlopende en vaak gespecialiseerde werkzaamheden van het personeel op elkaar af te stemmen, maar werd ook in de hand gewerkt door de toenemende regelgeving, de groeiende nadruk op kostenbeheersing, waardoor doelmatigheid en standaardisering aan belang wonnen, en de drang om reorganisaties door te voeren.[593] De bestuurlijke verzakelijking hing eveneens samen met het feit dat psychiatrische ziekenhuizen zich als gevolg van secularisering, professionalisering en regionalisering steeds meer losmaakten van de organisatorische en ideologische kaders waaruit zij waren voortgekomen. De katholieke ziekenhuizen namen afstand van de religieuze congregaties en lekenverpleegkundigen namen de plaats in van de broeders en zusters. De protestantse instellingen maakten zich los van de landelijke gereformeerde en hervormde verenigingen en de neutrale van particuliere, door regentenbesturen beheerde filantropische stichtingen of van provincie- of gemeentebesturen. In de loop van de jaren zeventig, tachtig en negentig verzelfstandigden de meeste psychiatrische ziekenhuizen zich en werden zij ondergebracht in onafhankelijke stichtingen zonder uitgesproken ideologisch oogmerk of binding aan overheidsbesturen.

593 Van Andel 1983, 169-179; Van Ommen 1988, 228-232

Deze bestuurlijke verzelfstandiging betekende geenszins dat psychiatrische ziekenhuizen meer ruimte kregen om een eigen beleid te voeren. Integendeel, zoals we al eerder zagen moesten ze zich in toenemende mate voegen naar het beleid van de rijksoverheid, vooral ook omdat de financiering sinds het eind van de jaren zestig volgens collectieve regelingen op nationale schaal was geregeld. Door de invoering van de Bijstandswet en de AWBZ waren de lasten verschoven van de gemeenten en provincies naar het rijk. Vanaf het eind van de jaren zestig profiteerden de psychiatrische ziekenhuizen van de groeiende AWBZ-geldstroom, maar aan het eind van de jaren zeventig ging er een andere wind waaien.[594] Als gevolg van de economische depressie zag de regering zich gedwongen om een halt toe te roepen aan de expansie van de verzorgingsstaat. Ook de kosten van de (geestelijke) gezondheidszorg, die mede waren opgelopen door de opgeschroefde normen omtrent de personeelsbezetting en scholing, waren in het geding. Vanaf 1978 kregen de psychiatrische ziekenhuizen te maken met 'ombuigingen' en bezuinigingen. Begin jaren tachtig kwam er minder geld voor nieuwbouw beschikbaar en voerde de regering zelfs tijdelijk een bouwstop in. Vanaf 1983 voerde zij jaarlijkse kortingen van 1 tot 2 procent op de ziekenhuisbudgetten door.[595] De bezuinigingen waren merkbaar op de werkvloer. Vooral gebrek aan verplegend personeel leidde tot een verhoging van de werkdruk, demotivatie en een stijgend ziekteverzuim. Door de onderbemenste verpleegdiensten schoot de zorg voor met name chronische patiënten tekort en moest het personeel in toenemende zijn toevlucht nemen tot separatie van lastige patiënten. Deze problemen werden deels in de hand gewerkt door de schaalverkleining die in de loop van de jaren zeventig in veel psychiatrische ziekenhuizen was doorgevoerd. Deze vereiste verhoudingsgewijs veel personeel. In 1986 namen vierduizend medewerkers van psychiatrische ziekenhuizen deel aan een demonstratie in Den Haag tegen de bezuinigingspolitiek.[596]

Na de conflicten over de behandelfilosofie en de democratisering in de jaren zeventig deden zich in de eerste helft van de jaren tachtig onder invloed van de bezuinigingen en reorganisaties opnieuw spanningen onder het personeel voor. Nu ging het niet om ideologische confrontaties, maar om de werkomstandigheden en het behoud van banen. Een gevolg van de democratisering was de invoering van de in 1983 wettelijk verplichte ondernemingsraden, maar het geëngageerde streven naar inspraak en medezeggenschap maakte grotendeels plaats voor belangenbehartiging. Vanaf de jaren zestig was de personeelsformatie gestaag uitgebreid, grotendeels met hooggeschoolde en gespecialiseerde therapeu-

594 Bakker en Van der Velden 2004a, 61, 64.

595 Staatstoezicht op de Volksgezondheid 1980, 1; Vijselaar 1997d, 230; Huiskes en Van der Kroef 2002, 60-64.

596 Staatstoezicht op de Volksgezondheid 1982a, 1; Staatstoezicht op de Volksgezondheid 1982b, 1; Staatstoezicht op de Volksgezondheid 1983, 2; Staatstoezicht op de Volksgezondheid 1984, 8, 98; Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1985, 3-4, 92; Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1986, 3, 103; Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1987, 22; Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1988a, 5; Vijselaar 1997d, 230-231.

ten en gediplomeerde verpleegkundigen – dus relatief dure medewerkers. Met het krapper worden van de financiële middelen moesten directies snijden in de personeelsbezetting en vacaturestops afkondigen, terwijl de werkdruk alleen maar toenam. Functioneel en effectief werd het parool. Hierdoor ontstonden fricties tussen het management en het uitvoerende personeel. Voor sommige psychiatrische ziekenhuizen waren de bezuinigingen extra pijnlijk omdat zij als gevolg van het regionaliseringsbeleid drastisch moesten inkrimpen en reorganiseren.

De forensische psychiatrie

Van de ongeveer 40.000 verdachten die rond 1970 jaarlijks strafrechtelijk werden vervolgd, ondergingen circa 1600 een psychiatrische observatie, kregen gemiddeld ruim 160 TBR opgelegd en werden enkele tientallen vanwege ontoerekeningsvatbaarheid als gevolg van geestelijke stoornissen ontslagen van rechtsvervolging en met een rechterlijke machtiging in een psychiatrische instelling opgenomen.[597] Uit onderzoek bleek dat verschillende rechtbanken in wisselende mate psychiatrische expertise inriepen. Waar rechters frequenter psychiatrisch advies inwonnen, was het aantal TBR-stellingen groter.[598] Naast de TBR hadden rechters de mogelijkheid bijzondere voorwaarden bij de veroordeling op te leggen, vooral ondertoezichtstelling van de reclassering, al dan niet gecombineerd met de verplichting voor de verdachte om zich onder ambulante of intramurale psychiatrische behandeling te stellen. De ernst van het delict en de kans op herhaling vormden de belangrijkste criteria om al dan niet tot TBR-stelling over te gaan. Om na te gaan of verdachten ervoor in aanmerking kwamen, konden zij in de Psychiatrische Observatiekliniek in Utrecht aan psychiatrisch en psychologisch onderzoek worden onderworpen. Daarnaast waren nog dertien psychiatrische inrichtingen aangewezen voor forensisch-psychiatrisch onderzoek.[599]

Het aantal TBR-stellingen liet tussen 1970 en 1980 een afname zien tot gemiddeld 80 per jaar om in de jaren tachtig weer licht te stijgen naar krap 100. In de jaren zeventig overtrof het aantal beëindigingen van TBR het aantal nieuwe opleggingen, waardoor het totale aantal TBR-gestelden daalde van bijna 1000 in 1970 tot iets minder dan 400 in 1980. In het daaropvolgende decennium liep dit geleidelijk weer op tot meer dan 520 in 1990, onder meer als gevolg van een dalend aantal beëindigingen en een langere gemiddelde duur van de TBR-stelling: deze liep op van 4 à 5 jaar begin jaren tachtig tot 7 à 8 jaar in de jaren negentig. Het ging bijna uitsluitend om mannen; het aantal vrouwelijke TBR-gestelden bleef beperkt tot een tiental.[600] Het aantal forensische opnamen per jaar wegens ontoerekeningsvatbaarheid op basis van artikel 37 (sedert 1986 artikel 39) van het

597 Kruisinga 1970, 55; Van Emmerik 1999, 10-13; Esser 1970-1971, II: 28-34; Haffmans 1984, 11; Koenraadt 1995, 127; De Graaf 1977; Brook 1985, 90.

598 Hamers 1986, 243.

599 Kruisinga 1970, 55.

600 Van Emmerik 1999, 10-11, 17; vergelijk Van den Boogaard en Van der Graaf 1978, 7; Haffmans 1984, 11, 21-22, 73; Hamers 1986, 48-51.

Wetboek van Strafrecht steeg in de jaren zeventig en tachtig van nog geen 30 tot ongeveer 100.[601]

Begin jaren zeventig vormden vermogensdelinquenten nog twee derde van het totale aantal TBR-gestelden. De sterke afname daarvan in het daarop volgende decennium was vooral een gevolg van het feit dat de TBR van velen in deze categorie werd beëindigd. In het veranderde rechtsdenken kwam een zware maatregel als TBR voor de meeste vermogensmisdrijven en ook voor zedendelicten zonder geweldpleging, zoals exhibitionisme, niet meer in aanmerking. Rechters legden TBR in toenemende mate op bij ernstige gewelds- en zedendelicten door plegers met min of meer zware psychische stoornissen en/of verslavingsproblemen. In 1983 beantwoordde bijna 90 procent van de TBR-gestelden aan dit profiel.[602] Tot TBR met dwangverpleging veroordeelden kwamen meestal terecht in een TBR-inrichting, doorgaans nadat zij in het forensische Selectie-Instituut in Utrecht, dat over 45 bedden beschikte, nader waren onderzocht om te bepalen welke beveiliging en behandeling voor hen geëigend was. Rond 1970 bestonden er naast de genoemde Utrechtse klinieken voor observatie en selectie 10 TBR-inrichtingen. Vijf daarvan, met in totaal bijna 430 bedden, vielen onder het beheer van het rijk: Veldzicht, de Dr. S. van Mesdagkliniek, de Kogelenbergh, De Kruisberg en de TBR-afdeling van de Rijks Psychiatrische Inrichting te Eindhoven. De 5 particuliere instellingen – de Rekkense Inrichtingen, Hoeve Boschoord, Groot Batelaar, de Dr. H. van der Hoeven-kliniek en de prof. mr. W.P.J. Pompekliniek – boden plaats aan ongeveer 240 TBR-gestelden.[603] Medio jaren tachtig waren de rijksinrichtingen De Kruisberg en de Kogelenbergh opgeheven en kregen Groot Batelaar en Hoeve Boschoord een andere bestemming.[604] De totale capaciteit van de overgebleven instellingen bedroeg toen ruim 470 bedden.[605] Verder boden reguliere psychiatrische ziekenhuizen enkele behandelplaatsen voor TBR-gestelden en andere psychisch gestoorde delinquenten. Omgekeerd namen TBR-inrichtingen ook ontoerekeningsvatbaar verklaarde veroordeelden zonder TBR-stelling op.[606] Hoewel het totale aantal TBR-gestelden in de jaren zeventig was gedaald kwam het nog steeds voor dat sommigen na het uitzitten van hun straf in de gevangenis moesten wachten op plaatsing in een inrichting.[607]

De deels verouderde TBR-instellingen deden vaak eerder aan gevangenissen dan aan psychiatrische inrichtingen denken en kampten met capaciteitsproblemen. In Veldzicht overnachtten de gedetineerden tot 1980 in afgesloten hokken van twee bij anderhalve meter, officieel aangeduid als 'chambrettes'.[608] Veldzicht, dat bekendheid genoot als 'afvalbak' en 'eindstation', fungeerde in de eer-

601 De Graaf 1977, Brook 1985, 90; Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1990, 103.
602 Haffmans 1984, 21; Koenraadt 1995, 129; Hamers 1986, 52; Barneveld 1982, 1; Dankers en Van der Linden 1996, 198-199.
603 Esser 1970-1971, II: 37; vergelijk Van den Boogaard en Van der Graaf 1978, 7.
604 Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1987, 10.
605 Haffmans 1984, 45-53, 74; Hamers 1986, 46-48.
606 Haffmans 1984, 71-72.
607 Haffmans 1984, 54.
608 Esser 1970-1971, II: 37; Barneveld 1982, 2; Haffmans 1984, 48; Van de Uitvlugt 1991, 53.

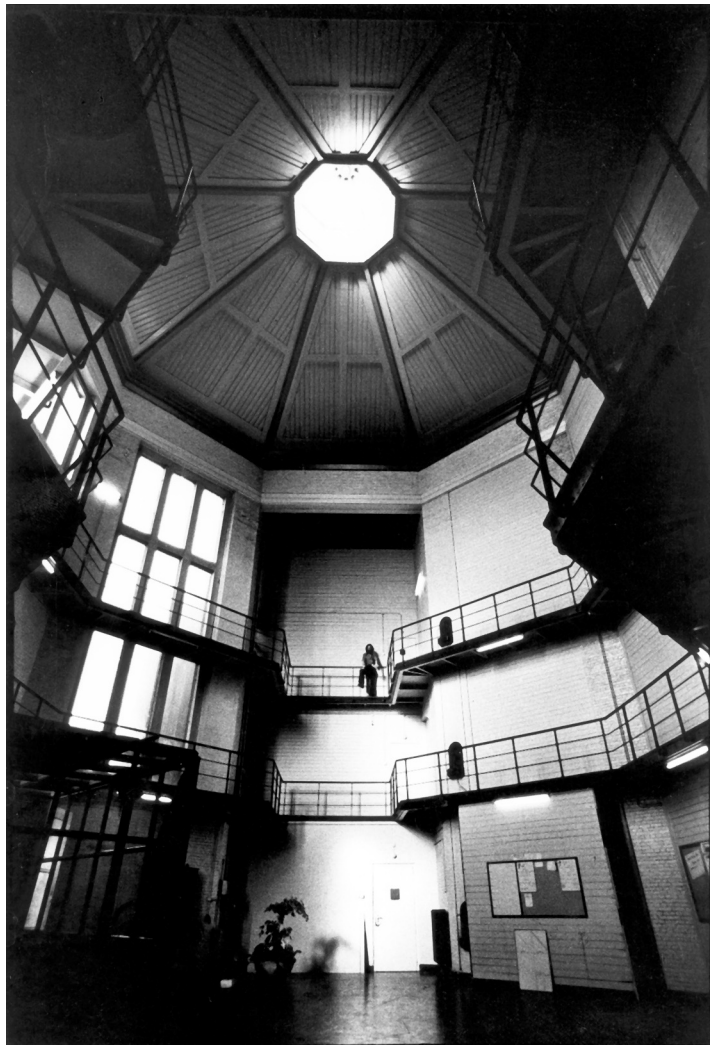
ste plaats als bewaarinrichting voor moeilijk behandelbare TBR-gestelden, van wie velen tevergeefs in andere instellingen waren behandeld.[609] De therapeutische ambities waren bescheiden: vanouds lag de nadruk op geregelde arbeid en een opvoedkundige benadering. Pas vanaf het eind van de jaren zestig werden ook andere behandelingsmethoden geïntroduceerd, zoals creatieve, bewegings-, socio- en psychotherapie.[610] Tussen het behandelideaal en de praktijk bestond in de ogen van TBS'ers zelf nogal wat afstand. 'Overdag moet je wat zakken vullen of papiertjes aan elkaar binden. Dat bij elkaar zitten heet dan sociotherapie en dat monotone werk noemen ze arbeidstherapie', aldus een gedetineerde die in 1978 in Veldzicht was geplaatst. De beste manier om weer op vrije voeten te komen was volgens hem 'meespelen. Je weet zo langzamerhand wel, wat ze graag willen horen. [...] het enige wat je zegt zijn dingen waarvan je denkt, dat ze wel goed zullen vallen.'[611] Ook de Rekkense Inrichtingen en Hoeve Boschoord streefden resocialisatie door middel van (land)arbeid na en voegden daar vanaf de jaren zestig sociotherapeutische behandelvormen aan toe. In de Van Mesdagkliniek waren veel TBR-gestelden langdurig opgenomen die als ernstig gestoord en gevaarlijk golden. Tot in de jaren zestig heerste er een gevangenisregime, maar na twee opstanden kwam er meer aandacht voor behandeling.

In de therapeutische behandeling, waarbij steeds meer psychologen betrokken raakten, verschoof het accent van een medisch-psychiatrische aanpak naar psychoanalytische, psychosociale, leertheoretische en gedragswetenschappelijke oriëntaties, waarbij niet zozeer werd gestreefd naar een verandering van de persoonlijkheid van de delinquent als wel naar een beïnvloeding van de relatie tussen hem en zijn omgeving.[612] Deze benadering bleek voor een deel van de TBR-gestelden vruchten af te werpen. Zij was echter niet geschikt voor delinquenten met ernstige persoonlijkheidsstoornissen; voor hen leek een meer directieve aanpak beter geëigend.[613] In de loop van de jaren zestig was er een eind gekomen aan de toepassing van castratie. In tegenstelling tot landen als Duitsland, de Verenigde Staten en Rusland zijn in Nederland geen hersenoperaties toegepast op psychisch gestoorde delinquenten. Plannen om een dergelijke ingreep toe te passen op een TBR-gestelde werden in 1974 aangevochten bij de Hoge Raad en die sprak zich uit tegen een dergelijke (dwang)behandeling. Deze kon waarschijnlijk ook op weinig begrip rekenen in de publieke opinie, gezien de felle protesten tegen de plannen van Buikhuisen voor psychofysiologisch onderzoek bij misdadigers.[614]

Met name de Van der Hoevenkliniek en de Pompekliniek onderscheidden zich door een grote mate aan therapeutisch optimisme. In beide instellingen waren de behandeling en het dagelijks leven geënt op het ideeëngoed van de therapeutische

609 Barneveld 1982, 4.
610 Barneveld 1982, 2,4.
611 Van den Boogaard en Van der Graaf 1978, 4.
612 Koenraadt 1995, 126; Esser 1970-1971, II: 24-28, 39; De Jong 1987; Leeuwenstein 1987; Hesse 1987; Weijers 2003, 34-35.
613 Haffmans 1984, 46-53.
614 Van den Booggard en Van der Graaf 1978, 16-17; Haffmans 1984, 23.

Mesdagkliniek, Groningen, 1975.



gemeenschap. Uitgangspunt was de veranderbaarheid van gedrag door middel van sociale interactie en zelfwerkzaamheid, en het streven was gericht op het aankweken van verantwoordelijkheidsbesef. S. van der Kwast, als psychiater verbonden aan de Pompekliniek en buitengewoon hoogleraar forensische psychiatrie in Nijmegen, benadrukte de invloed van het sociale milieu. 'Het milieu doet heel veel aan een mens', zo verklaarde hij in een interview. 'Van een aantal mensen, die wij in de Pompekliniek hebben, zie je dat 90 of 99 percent van de moeilijkheden samenhangen met milieu-problemen.'[615] Op basis van het gedachtegoed van de grondlegger van de Van der Hoevenkliniek, P.A.H. Baan, die veel nadruk legde op de ontwikkeling van de eigen verantwoordelijkheid en persoonlijkheid, was in het behandelprogramma aldaar plaats gemaakt voor individuele psychotherapie. Vanaf het midden van de jaren zestig verschoof het accent echter naar een meer gedragstherapeutische en systeemtheoretische benadering: observatie en correctie van gedrag in de leefgroep alsmede het relationele functioneren van de patiënten in hun dagelijkse leefmilieu kwamen centraal te staan.[616]

In de Nijmeegse Pompekliniek, die in 1967 werd geopend, leidde de invoering van de therapeutische gemeenschap met democratische overlegstructuren en een grote mate van permissiviteit tot botsingen met de buitenwereld. Ontvluchtingen van patiënten zorgden voor veel publieke en politieke commotie en gaven zelfs aanleiding tot de oprichting van het actiecomité 'Beveiliging Pompekliniek'. Een en ander leidde in 1972 tot ingrijpen van het Ministerie van Justitie teneinde de beveiliging te verscherpen. De omstreden geneesheer-directeur J.R.M. Maas, die het initiatief had genomen tot ingrijpende vernieuwingen in het behandelklimaat en deze deels moest terugdraaien, legde een jaar later zijn functie neer. Hoewel de uitgangspunten van de therapeutische gemeenschap gehandhaafd bleven, kwam er in de daarop volgende jaren meer aandacht voor orde en beveiliging. De democratische verhoudingen tussen behandelaars en patiënten, die in de praktijk hadden geleid tot chaotische taferelen en onduidelijkheid over de verdeling van verantwoordelijkheden, maakten plaats voor een professionele en hiërarchische organisatiestructuur.[617]

Hoewel de Nederlandse TBR-instellingen internationaal geprezen werden, bleef er een tekort aan behandelaars en bestonden er nauwelijks wetenschappelijke gegevens omtrent de effectiviteit van de behandeling.[618] Mede in verband met een voorgenomen wijziging van de psychopatenwetten vond de discussie over de TBR in de jaren zeventig en tachtig plaats in het spanningsveld tussen enerzijds de rechten en de behandelingsmogelijkheden van de individuele delinquenten en anderzijds de beveiliging van de maatschappij. De in 1960 door de

615 Bos 1972c, 136.
616 Dankers en Van der Linden 1996, 201–208.
617 Haffmans 1984, 20–21, 50–51; Blankstein et al. 1986.
618 Weijers 2001, 204; Weijers 1995, 67; vergelijk Weijers 1996, 201.
619 Dankers en Van der Linden 1996, 180–182; Kelk 2007, 87–88, 91–99.

Minister van Justitie ingestelde Commissie Psychopatenzorg onder leiding van Van der Horst adviseerde in 1967 om meer differentiatie aan te brengen in en tussen TBR-instellingen, al naar gelang de noodzakelijke beveiliging en de behandelbaarheid van TBR-gestelden. Ook pleitte de commissie voor schaalverkleining van de woon- en verblijffaciliteiten en de invoering van een sociotherapeutisch leefklimaat. Dit advies lag ten grondslag aan de *Nota over de Terbeschikkingstelling van de Regering* (1970) en een wetsvoorstel tot wijziging van de Psychopatenwetten, dat Minister van Justitie Van Agt in 1972 aan de Kamer aanbood en die uiteindelijk in 1988 werd ingevoerd.

Ondertussen zwol onder invloed van de antipsychiatrie de kritiek aan op de rechteloosheid die een TBR-stelling met zich meebracht en de onbepaalde en vaak lange duur ervan.[619] Ook rechters kregen meer oog voor de rechtsbescherming van TBR-gestelden. Tot het eind van de jaren zestig waren aanvragen tot verlenging van TBR-stellingen niet veel meer dan hamerstukken en volgden rechters de medische adviezen, maar in de loop van de jaren zeventig weken rechtbanken daar steeds meer vanaf. Rechters lieten de evenredigheid tussen de zwaarte van het gepleegde delict en de duur van de vrijheidsberoving meewegen in hun beoordeling. Aangezien zij van mening waren dat de behandelingen te lang duurden, nam het aantal 'contraire beëindigingen' van TBR-stellingen in de loop van de jaren zeventig en tachtig sterk toe. En als rechtbanken al tot verlenging besloten, was dat vaak voor de beperkte periode van één jaar of onder de voorwaarde dat er een grens werd gesteld aan de duur van de behandeling. Psychiaters betreurden deze ontwikkeling; in hun ogen ondermijnde de juridische argumentatie de effectiviteit van de behandeling en zou het al dan niet beëindigen van TBR-stelling moeten afhangen van het behandelresultaat.[620]

In 1982 stelde de regering een commissie in onder leiding van de jurist E.A. Haars om een wetsontwerp voor te bereiden waarin de rechtspositie van TBR-gestelden werd vastgelegd. Uitgangspunt was de vraag in hoeverre zij bepaalde burgerrechten konden behouden. De overheid zou inbreuken op de zelfbeschikking van TBR-gestelden beter moeten legitimeren en motiveren en er zou meer ruimte moeten komen voor hoor- en wederhoor. Verder was de onbepaalde maximale duur van een TBR-stelling – een bron van onzekerheid voor de betrokkenen – in het geding. Onder invloed van het streven naar humanisering van het strafrecht werd gepoogd de rechtspositie van TBR-gestelden te versterken en werden de regelingen omtrent proefverloven, voorwaardelijk ontslag en werk buiten de inrichting verruimd.[621] De Dr. F.S. Meijers-Vereniging hield zich nog altijd bezig met de nazorg van ontslagen TBR-gestelden en andere psychisch gestoorde delinquenten.[622] Aan de andere kant gaven de recidivecijfers – deze bleven vanaf de jaren vijftig tot het midden van de jaren tachtig rond 60 procent schommelen –

620 Dankers en Van der Linden 1996, 186, 223-227.
621 Haffmans 1984, 56-64.
622 Kruisinga 1970, 56.

aanleiding tot twijfels over de effectiviteit van therapeutische behandeling. Mede als gevolg van het afnemende vertrouwen van rechters daarin en overwegingen van kostenbeheersing kwam in de jaren tachtig weer meer nadruk te liggen op de strafrechterlijke functie van de TBR en de bescherming van de samenleving. De gemiddelde duur van een TBR-stelling begon toe te nemen.[623]

Al met al vertoonden de ontwikkelingen rond de TBR tegenstrijdige tendensen. Enerzijds werd de TBR-maatregel steeds meer beperkt tot ernstige gewelds- en zedendelicten, kwam er meer oog voor de rechten van TBR-gestelden en groeiden de bezwaren tegen de onbepaalde duur van hun detentie. Anderzijds plaatsten rechters in toenemende mate vraagtekens bij de effectiviteit van de behandeling en kwam de beveiliging weer sterker op de voorgrond te staan, juist vanwege de toespitsing van de TBR-maatregel op gewelddadige delinquenten. In de maatschappij kreeg TBR vooral aandacht naar aanleiding van ontsnappingen en recidives en werd zij in toenemende mate geassocieerd met een te 'softe' aanpak van criminaliteit.

Afgezien van TBR-gestelden nam het aantal gedetineerden met psychische stoornissen in gevangenissen begin jaren tachtig toe tot bijna 15 procent van de totale gevangenispopulatie. De Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid stelde in 1985 vast dat het voor mensen steeds moeilijker werd om de met de gevangenisstraf verbonden vrijheidsbeneming en autoritaire bejegening te accepteren. De onlustgevoelens die hierdoor ontstonden, zouden zich in toenemende mate uiten in psychische klachten. De toename van het aantal gevangenen met geestelijke moeilijkheden bracht de Inspectie ook in verband met problemen in de reguliere geestelijke gezondheidszorg, waardoor agressieve patiënten eerder in het justitiële circuit terechtkwamen.[624] De psychiatrische zorg voor gevangenen was een van de verantwoordelijkheden voor de forensische districtpsychiatrische diensten, die vanaf het eind van de jaren vijftig als onderdeel van de reclasseringsraden in de meeste arrondissementen tot stand waren gekomen. Andere taken van deze in toenemende mate multidisciplinair samengestelde diensten waren de (coördinatie van) voorlichting en advisering van rechters en reclasseringswerkzaamheden.[625] Medio jaren zestig waren ongeveer 70 psychiaters in deeltijd werkzaam als rapporteurs voor rechtbanken en ongeveer 90 waren betrokken bij de reclassering.[626]

623 Haffmans 1984, 20–23, 32; Hamers 1986, 244–245; Van den Boogaard en Van der Graaf 1978, 17; Franke 1990, 716.

624 Staatstoezicht op de Volksgezondheid 1983, 6; Staatstoezicht op de Volksgezondheid 1984, 6; Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1985, 94; Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1992, 23; vergelijk Franke 1990, 750–752.

625 Haffmans 1983; Weijers 2003, 33.

626 Brief van F. Hartsuiker, A.H. Roosenburg en W.A. Vaandrager aan hoofdbestuur NVPN 24-5-1966, Archief NVPN.

4.5 Geestelijke volksgezondheid als welzijnsideologie

De democratisering van geluk

Terwijl de inrichtingspsychiatrie op het grote publiek nog altijd een tamelijk besloten indruk maakte en een slechte reputatie genoot, manifesteerden de psychohygiënisten zich begin jaren zestig tamelijk eendrachtig en met veel zelfvertrouwen in de Nederlandse maatschappij. Zij zagen een belangrijke rol voor zich weggelegd in de moderniserende samenleving.[627] Psychiaters als Trimbos waren bekende opinieleiders op het gebied van de inrichting van het persoonlijke leven en genoten moreel gezag onder brede lagen van de bevolking. Met zijn optreden op radio en televisie, waar hij de nieuwe psychohygiënische opvattingen over gezin, huwelijk en seksualiteit voor een breed publiek uiteenzette, kreeg Trimbos nationale bekendheid. In zijn proefschrift *Geestelijke gezondheidsleer en geestelijke gezondheidszorg* (1959) vertolkte hij de zelfverzekerdheid en het optimisme in de ambulante geestelijke gezondheidszorg. Hij achtte de tijd gekomen dat deze sector geschraagd werd door de ontwikkeling van een nieuwe wetenschap, de geestelijke gezondheidsleer, waarvoor de sociale psychologie en de sociologie als basiswetenschappen moesten dienen.

Evenals zijn leermeester H.C. Rümke maakte Trimbos een duidelijk onderscheid tussen enerzijds geestesziekte, het object van de klinische psychiatrie, waarin de medisch-biologische etiologie de toon aangaf, en anderzijds psychische aandoeningen en levensmoeilijkheden bij in wezen gezonde mensen, waarvoor de ambulante geestelijke gezondheidszorg geëigende behandelingen kon bieden. De laatste onderscheidde zich volgens Trimbos zowel van de geneeskunde als van het maatschappelijk werk door een multidisciplinaire benadering. Terwijl Rümke aan het eind van zijn loopbaan wees op het gevaar dat de psychiatrie de grenzen van de geneeskunde uit het oog verloor – zij moest zich niet bezighouden met de levensmoeilijkheden van de gezonde mens – pleitte Trimbos voor een versmelting van het psychosociaal georiënteerde deel van het vak met het bredere terrein van de psychohygiëne, dat zich juist wel op een breed scala van psychosociale moeilijkheden richtte.[628] Met hun strikte scheiding tussen medische psychiatrie en geestelijke gezondheidszorg – weliswaar om zeer uiteenlopende redenen – verschilden Rümke en Trimbos van sociaal-psychiaters als A. Querido en J.A.J. Barnhoorn, die zich juist op het grensgebied van deze twee domeinen bewogen. Ook andere psychiaters kritiseerden Trimbos' scherpe onderscheid tussen geestesziekte en psychosociale problemen, onder meer omdat hij volgens hen daarmee het belang van de medische inbreng in de ambulante geestelijke gezondheidszorg onderwaardeerde. Aan de andere kant vond de psychiatrisch-sociaal werkster E.C. Lekkerkerker het onterecht dat Trimbos het maatschappelijk werk leek uit te sluiten.

627 Van der Kroef 1990; De Goei 2001, 236-246.

628 Trimbos 1959.

Trimbos bepleitte een autonome, van de geneeskunde en het maatschappelijk werk afgebakende ambulante geestelijke gezondheidszorg en een organisatie op basis van het levensbeschouwelijke particuliere initiatief, waarbij de overheid op afstand bleef. Geestelijke gezondheid was als waarde niet wetenschappelijk te funderen en kon alleen op levensbeschouwelijke basis betekenis krijgen, omdat het ging om de normatieve vraag naar het goede leven.[629] Hoewel Trimbos net als andere psychohygiënisten uitdrukkelijk wees op de rol van sociale en culturele factoren in het ontstaan van psychische en neurotische klachten, ging hij aanvankelijk niet zover dat hij de maatschappij aanwees als de doorslaggevende oorzaak ervan. Hij maakte een onderscheid tussen 'sociogenetische' aandoeningen, die direct door maatschappelijke invloeden zouden zijn veroorzaakt, en 'socioplastische' stoornissen, waarbij de omgeving alleen de aanleiding vormde voor het ontstaan ervan en de individuele aanleg de onderliggende oorzaak vormde. Volgens Trimbos kwamen de laatste veel meer voor dan de eerste.[630] Desalniettemin had hij een jaar eerder al een ander geluid laten horen. Toen schreef hij in het *Maandblad voor de Geestelijke Volksgezondheid*:

——— *Willen wij de geestelijke gezondheid bevorderen, dan zal dit dus niet alleen moeten gebeuren door de individuen geschikt te maken voor de samenleving, waarin zij leven, maar wel degelijk ook zullen wij de samenlevingsstructuren moeten zien te benaderen, opdat het individu zich daaraan ongestoord kan aanpassen.*[631]

De ambulante geestelijke gezondheidszorg, zoals die zich vanaf de jaren dertig en veertig had ontwikkeld, richtte zich overwegend op het persoonlijke onvermogen om moeilijkheden, die mede door de druk van de samenleving konden ontstaan, te verwerken en te trotseren. Weliswaar stonden de psychohygiënisten kritisch ten aanzien van de sociaal-economische modernisering, maar tegelijkertijd beklemtoonden zij dat deze gegeven en onafwendbaar was en dat mensen de gevolgen ervan onder ogen moesten zien. De oplossing voor de persoonlijke moeilijkheden, die maatschappelijke veranderingen nu eenmaal met zich meebrachten, zochten zij in een mentaliteitsverandering. Ook de individuele psychische huishouding moest als het ware op een beheerste en verantwoorde manier worden gemoderniseerd door innerlijke vrijheid en volwassenheid aan te kweken.[632] De psychohygiënisten vertolkten het voor de wederopbouwperiode kenmerkende geloof in een beheerste modernisering en een geleide zelfontplooiing door middel van culturele planning onder leiding van een levensbeschouwelijk geïnspireerde en wetenschappelijk onderlegde elite. Volksopvoeding diende ertoe om Nederlanders tot verantwoordelijke burgers te vormen, die op ingetogen wijze

629 Trimbos 1960, 40; De Goei 2001, 185–195, 210–218, 222–223.
630 Trimbos 1959, 131–132.
631 Trimbos 1958, 50; vergelijk Querido 1964, 50–51.
632 Matse 1967, 393; Mol en Van Lieshout 1989, 111; Gersons 1990, 19; De Goei 1998, 72; De Goei 2001, 218–224.

gebruikmaakten van vrijheden en de middelen van de verzorgingsstaat en daarbij een evenwicht tussen rechten en plichten bewaarden. In de loop van de jaren zestig kwam deze bevoogding in toenemende mate ter discussie te staan en liet een aanwassend deel van de bevolking zich er niet veel meer aan gelegen liggen.[633]

Terwijl de moraal van 'tucht en ascese' in de wederopbouwjaren mensen had aangespoord om flink te zijn en zwijgend door te zetten, kwam er nu ruimte voor het praten en het uiten van emoties. Al spoedig weerklonk het ideaal van de spontane zelfontplooiing in zijn beide hoedanigheden – zelfbeschikking en persoonlijke expressie – in de geestelijke gezondheidszorg. De hulpverlening moest volgens Trimbos gericht zijn op het bevorderen van

> ——— *meer geluk, meer rijpheid, grotere individualiteit, een helderder identiteitsbewustzijn, grotere ontplooiing van menselijke mogelijkheden en betere kansen voor zelfverwerkelijking, een grotere dispositie tot kiezen [...] en in 't algemeen [...] een grotere mate van vrijheid en menselijke volwaardigheid.*[634]

Andere psychiaters lieten zich in soortgelijke zin uit over de taakstelling van de geestelijke gezondheidszorg. 'De bevordering van het geluk van de individuele mens is analoog aan de bevordering van de gezondheid', meende J.A. Weijel; 'men bestrijdt ziekte, d.i. de negatie van gezondheid; zo kan men ook het tegendeel van het geluk, d.i. ongeluk bestrijden.'[635] Naast de mogelijkheid om het onbedorven zelf door middel van psychologisch inzicht te bevrijden van schuldgevoelens en opgelegde verwachtings- en rolpatronen ging het om de realisering van 'de sociaal-culturele ontplooiingsmogelijkheid' en de 'optimale maatschappelijke (her)integratie' van elk individu, zo betoogde Weijel samen met de psychiater W.J. Sengers, de jurist J. van den Bergh en de socioloog E. Dekker in een publicatie van de Wiardi Beckman Stichting, het wetenschappelijk bureau van de Partij van de Arbeid.[636]

Het was de vraag of dit ambitieuze streven naar welzijn en geluk wel was te realiseren met de gangbare hulpverleningspraktijken. Onder invloed van de protestbewegingen van de jaren zestig, de opkomst van de antipsychiatrie en de publieke uitingen van onvrede van patiënten en cliënten was het niet alleen gedaan met de publieke stilte rond en het maatschappelijk isolement van de inrichtingspsychiatrie, maar ook met het zelfvertrouwen van de psychohygiënisten. In de loop van de jaren zestig waren er steeds meer zelfkritische geluiden te horen. Het aantal gedragswetenschappelijk en sociologisch geschoolden onder hen nam toe en zij vroegen aandacht voor de sociale omstandigheden die psychische moeilijkheden in de hand zouden werken. De grondslag van de geestelijke gezondheidszorg, de therapeutische behandeling van individuen met als doel hun aanpassing aan de maatschappij, kwam ter discussie te staan. De oorzaak van persoonlijke misère

633 Krul 1998, 254.
634 Trimbos 1972b, 122.
635 Weijel 1970, 89.
636 Van den Bergh et al. 1970, 21-26.

zou niet gezocht moeten worden in de psyche van het individu of in diens gebrekkige sociale aanpassing, maar in de ziekmakende 'maatschappelijke structuren' die voor onleefbare situaties zorgden.[637] Het was de vraag of mensen die psychische klachten en afwijkende gedragingen vertoonden, wel geestelijk ongezond waren. Vormden hun uitingen eigenlijk geen gezonde reactie op onverdraaglijke maatschappelijke verhoudingen, waaraan zij niets konden veranderen? Had het gesleutel aan individuen eigenlijk wel zin als er niets werd gedaan aan hun leefwereld? Tussen het welzijn van het individu en de eisen van de samenleving bestond spanning, zo leerde het conflictmodel dat rond 1970 zijn intrede deed in zowel het maatschappelijk werk als de geestelijke gezondheidszorg. Psychische nood had minder met afwijkingen van mensen te maken dan met een verkeerde inrichting van de samenleving. Zij dienden bevrijd te worden van de onnodige beperkingen die de maatschappij hen oplegde en voor dit doel was gezondheidszorg ontoereikend. Welzijnswerk en politiek activisme, 'sociale actie' en 'verzetstherapie', leken meer op hun plaats.[638]

De kritiek bereikte een hoogtepunt op het tumultueuze congres *Te gek om los te lopen*, dat de NFGV in 1970 organiseerde om hulpverleners en andere betrokkenen met elkaar van gedachten te laten wisselen over het functioneren van de psychiatrie en de geestelijke gezondheidszorg. Het trok 1400 belangstellenden – naast behandelaars ook verpleegkundigen en patiënten – en veel media-aandacht.[639] Onder de deelnemers bleek veel ongenoegen te leven, waaraan vaak op emotionele wijze uiting werd gegeven. De zelfverzekerdheid die de psychohygiënisten in de eerste helft van de jaren zestig nog aan de dag hadden gelegd, leek in het tegendeel om te slaan. Hun cliënten begonnen verzet aan te tekenen tegen de in hun ogen ondemocratische verhoudingen en het gebrek aan medezeggenschap in de hulpverlening. Zoals we eerder zagen, richtten ouders van kinderen die op het MOB in Leiden in behandeling waren, in 1971 de Cliëntenbond in de Welzijnszorg op, het begin van de kritische patiëntenbeweging in de geestelijke gezondheidszorg. Deskundigen zouden in toenemende mate rekening moeten houden met mondige leken.

Het crisisgevoel onder psychohygiënisten werd versterkt door alarmerende geluiden over de vermeende toename van psychische moeilijkheden onder de bevolking. Evenals aan het eind van de negentiende eeuw, in het interbellum en in de naoorlogse jaren gingen deze gepaard met cultuurpessimistisch getoonzette beschouwingen die moesten verklaren waarom de geestelijke misère zo wijd verbreid was in de moderne samenleving. In de feestbundel ter gelegenheid van het

637 Van den Bergh et al. 1970; Weijel 1964; Weijel 1983[1968]; Weijel 1970; Weijel 1971; Weijel 1974; Huijts 1970; Romme 1970a; Dijkhuis 1970a; Dijkhuis 1970b; Dekker 1971; Beusekom-Fretz 1973; Nijhof 1978; Romme, Kraan en Rotteveel 1981, 23-31, 54-55; vergelijk De Goei 2001, 267-277.

638 Weijel 1971; Weijel 1974; Dijkhuis 1970b; Huijts 1970; Trimbos 1971b; Trimbos 1972b; Beusekom-Fretz 1973; vergelijk Van Lieshout 1985b, 1262; Mol en Van Lieshout 1989, 224.

639 Van Beusekom 1971.

honderdjarige bestaan van de NVPN wezen de zenuwartsen W.G. Sillevis Smitt en J.J. Jansen op de grote psychologische gevolgen van techniek, verzakelijking en bureaucratisering.

——— *Het spreekt vanzelf dat het totaal veranderde leefklimaat van deze technische tijd ook psychologische gevolgen heeft [...] De mens van vroeger was veel meer met zijn cultuur verbonden door familie, traditie, bepaalde normen – hij was daarmee vergroeid, een binding, die een deel der jeugd mist. De mens van heden is niet principieel verschillend van de vroegere, doch het décor heeft zich volkomen gewijzigd.*

Als gevolg van snelle sociale veranderingen traden volgens Sillevis Smitt en Jansen in toenemende mate generatieconflicten op, verloren vaders aan gezag en veranderde het normbesef. 'Een algemeen psychologisch fenomeen, dat in deze tijd bij iedere generatie [...] veelvuldig voorkomt, is angst, en dat in tegenstelling tot de zekerheden, die de welvaartsstaat geeft.'[640] Ook andere zenuwartsen meenden dat het roerige tijdsgewricht aanleiding gaf tot veel psychische spanning en een toename van het aantal mensen dat hulp nodig had.[641]

In zijn oratie *Sociale evolutie en psychiatrie* (1969) ter gelegenheid van zijn benoeming tot hoogleraar in de sociale en preventieve psychiatrie aan de Erasmus Universiteit noemde Trimbos de omvang van de geestelijke ongezondheid een van de grootste uitdagingen van de moderne samenleving. De snelle en ingrijpende sociale veranderingen, waardoor velen hun houvast en zekerheid verloren, zou de kans op psychosociale klachten en psychische stoornissen vergroten. Trimbos sprak van een massale 'verknoeiing van levens'. Hoewel precieze kwantitatieve gegevens ontbraken – het was volgens hem de hoogste tijd om in Nederland epidemiologisch onderzoek te verrichten – achtte hij het op basis van cijfers uit Zweden, Canada, de Verenigde Staten en Engeland aannemelijk dat 50 procent van de Nederlanders leed onder psychische aandoeningen. Deze hinderden hen in hun normale functioneren en bij een vijfde tot een kwart van de bevolking namen zij zulke ernstige vormen aan dat zij psychiatrische hulp behoefden.[642] Tegen de achtergrond van deze grote verspreiding van geestelijk leed vormde de individuele behandeling, zoals psychotherapie, maar een druppel op de gloeiende plaat. 'Gezien de verwachtingen t.a.v. de wereld van morgen (en de snelheid waarmede deze veranderingen zich voltrekken)', zo had hij eerder geschreven, 'is reeds nu een bewust gerichte psychisch hygiënische voorbereiding van mens en gemeenschap op [...] toekomstige verschuivingen noodzakelijk.'[643]

Hoezeer Trimbos ondanks de nieuwe bevrijdings- en zelfontplooiingsretoriek nog bevangen was door het moreel-pedagogisch ethos van de jaren vijftig bleek bijvoorbeeld uit de wijze waarop hij zich uitliet over de besteding van de toegeno-

640 Sillevis Smitt en Jansen 1971, 14.
641 Meijers 1973.
642 Trimbos 1969, 12, 14; vergelijk Trimbos 1970, 61 en Trimbos 1972b, 24.
643 Trimbos 1983 [1968], 93.

men vrije tijd. Die moest volgens hem op een verantwoorde manier worden ingevuld, gericht zijn op 'menselijke ontplooiing' teneinde de commerciële, consumptieve 'passief-receptieve' vrijetijdsbesteding, het 'brood-en-spelenpatroon' tegen te gaan. Hij achtte daartoe 'een anti-vervlakkings- en anti-nivelleringspolitiek t.a.v. dit dreigende massaverschijnsel' nodig.[644] De psychiater J.H. van den Berg sloeg in dit verband ook een bezorgde toon aan. Democratisering bracht weliswaar veel goeds, maar de 'dwang tot gelijkheid' had volgens hem ook nadelen, zoals een toename van neurotische stoornissen.[645] In andere psychohygiënische betogen over de maatschappelijke oorzaken van de toenemende psychische problematiek sijpelde de invloed van marxistisch gedachtegoed door, dat zich vanaf de jaren zestig in een grote populariteit onder jonge intellectuelen kon verheugen. Mensen zouden lijden onder de gevolgen van de industrialisering, in het bijzonder de tegenstelling tussen kapitaal en arbeid, de uitputting van de natuur en de milieuvervuiling. Techniek, schaalvergroting, bureaucratisering en materialisme deden hen vervreemden van hun eigenlijke behoeften en daardoor zou een groot deel van de bevolking met stress behept zijn.[646]

Evenals Trimbos signaleerden ook andere psychiaters een discrepantie tussen welvaart en het gebrek aan psychosociaal welbevinden: materiële en culturele of morele vooruitgang gingen niet gelijk op – een klassiek topos in de cultuurkritiek vanaf de tweede helft van de negentiende eeuw. Het zou beter zijn een rem te zetten op de ongebreidelde economische groei en vooruitgang te betrekken op de kwaliteit van het bestaan. Aan dat laatste schortte het nog zeer, zo stelde Weijel in zijn boek *De mensen hebben geen leven* (1970). Uit zijn eigen psychiatrische praktijk kwam naar voren 'dat het leven van veel mensen maar pover is, meer een gang door het leven dan een leven dat bewust gevoerd wordt en waaraan richting gegeven wordt.' 'Elk leven is een roman,' aldus Weijel, 'maar meestal een povere, beklemmende en armetierige roman zonder fraaie afloop, in de meest letterlijke zin een bewolkt bestaan vol menselijk tekort.' Het ging hierbij niet louter om 'persoonlijk ongeluk' of 'individueel noodlot', benadrukte hij, maar om een wijd verbreid maatschappelijk verschijnsel dat hij aanduidde als 'welzijnsnood': 'het gebrek aan levensvoldoening, al of niet bewust en al of niet manifest, zich uitend in objectief en subjectief tekortkomen of tekortschieten, zowel in de ontplooiing van de eigen vermogens als in de verhoudingen tot de medemens.'[647] Om een eind te maken aan al deze ellende was meer psycho- en sociaalhygiënische hulpverlening volgens hem broodnodig.

In de beschouwing over geestelijke gezondheidszorg van de Wiardi Beckman Stichting, *Verbeter de mensen, verander de wereld* (1970), was te lezen dat veel mensen in

644 Trimbos 1972b, 74, 77. Trimbos' leermeester Rümke had eind jaren vijftig bezorgd gewezen op de psychische ontregeling en zelfs psychosen waaraan mensen op vakantiereizen ten prooi konden vallen; 'enige leiding' bij de vakantiebesteding achtte hij geen overbodige luxe. Rümke 1957; vergelijk Kwant 1961.

645 Van den Berg 1970, 139, 153.

646 Schnabel en Onland 1979, 19.

647 Weijel 1970, 42, 44, 49, 92; vergelijk Mulder 1971.

verwarring waren geraakt als gevolg van ingrijpende maatschappelijke veranderingen, die zich in een niet bij te houden tempo voltrokken.

> ——— *Processen als secularisering, urbanisatie, emancipatie en ontzuiling dwingen ons op voet van gelijkheid om te gaan met anderen die voorheen 'hun plaats kenden' en er niet aan dachten het etiket waarmee men ze gestigmatiseerd had, te verruilen voor de aanspreektitel: 'medemens'. [...] democratisering als een bewust proces van maatschappelijke veranderingen verwart de mensen die opgevoed zijn in de oude stijl. De etikette in onze samenleving verlangt thans [...] van een ieder van ons dat hij zelf zijn plaats bepaalt tegenover anders-gekleurde rassen, homofielen, hippies, demonstrerende jongeren, arbeiders, pacifisten en werkende vrouwen, zonder daarbij te kunnen terugvallen op de vroegere – door eigen milieu bepaalde – stereotiepe manier van reageren. Het is vooral de hevigheid en de snelheid van dit proces die velen hun houvast doen verliezen en waardoor zij op drift raken. Hoe ten onrechte – en kwaadaardig – is het dan om juist de jeugd te verwijten dat zij 'losgeslagen' zou zijn, als vele ouderen de flexibiliteit missen om de diepinsnijdende veranderingen in ons bestaan emotioneel te verwerken. Ons psychisch evenwicht zal voorlopig nog wel bedreigd blijven door de onttaboeïsering van de seksualiteit, door de ontmythologisering van traditionele huwelijks- en gezinsvormen, door de demystificatie van orde en gezag, door nivellering van rang en status, door de deconfessionalisering van politieke partijen en vakverenigingen.*[648]

Het vermeende verband tussen maatschappelijke veranderingen en toenemende geestelijke verwarring werd nauwelijks met concrete gegevens onderbouwd. Terwijl Trimbos schatte dat tussen 30 en 50 procent van de Nederlandse bevolking aan psychische stoornissen leed, hield de Leidse hoogleraar sociale psychiatrie Speijer het op 40 procent en maakte de Amsterdamse hoogleraar Kuiper gewag van 25 procent.[649] Weliswaar verwees Trimbos in zijn oratie naar epidemiologisch onderzoek, maar in een artikel in *Medisch Contact* liet de epidemioloog M.J.W. de Groot geen spaan heel van diens betoog. Hij verweet Trimbos en andere sociaalpsychiaters een onzorgvuldige omgang met cijfers en een slordige hantering van het begrip psychische stoornis, waarvan ze geen definitie gaven. De gegevens waarmee zij hun onheilstijdingen lardeerden, boden volgens De Groot geen enkel houvast voor het overheidsbeleid op het gebied van de geestelijke volksgezondheid.[650] Dergelijke nuanceringen vonden echter nauwelijks weerklank in de geestelijke gezondheidszorg en bij de overheid. Hoewel er geen hard bewijs was dat psychische moeilijkheden hand over hand toenamen, konden pleidooien voor meer ambulante hulpverlening op brede instemming rekenen.

De aandacht voor de ziekmakende maatschappij was deels ingegeven door het ideeëngoed van de antipsychiatrie en kritische sociologische benaderingen, maar dit betekende niet dat de psychohygiëne en de ambulante geestelijke gezondheidszorg als zodanig ter discussie kwamen te staan. Het crisisgevoel dat zich rond 1970 meester maakte van veel hulpverleners, resulteerde uiteindelijk niet in

648 Van den Bergh et al. 1970, 16.
649 Bruins 1972, 155.
650 De Groot 1971.

minder, maar meer geestelijke gezondheidszorg. De voorzieningen die psychosociale en psychotherapeutische behandelingen boden, namen in de jaren zeventig in aantal en omvang toe en daarnaast kwamen er nieuwe vormen van alternatieve, democratisch georganiseerde en 'maatschappijkritische' hulpverlening, vooral voor jongeren.[651] Afgezien van de collectieve financiële middelen die hiervoor beschikbaar kwamen, werkte met name de kritiek op de klinische psychiatrie deze expansie in de hand. De ambulante hulpverlening kwam veel minder onder vuur te liggen van de kritische beweging dan de psychiatrische ziekenhuizen. Tekenend is dat de Cliëntenbond, die ontstond naar aanleiding van conflicten in een MOB, zich in de jaren zeventig voornamelijk op de misstanden in de psychiatrische ziekenhuizen richtte.

Trimbos, die een boek over de antipsychiatrie publiceerde waarin hij blijk gaf van sympathie, was van mening dat een uitgebreid netwerk aan psychosociale voorzieningen in de maatschappij psychiatrische ziekenhuizen grotendeels overbodig zou maken. Net als Querido in de jaren dertig was Trimbos zeer pessimistisch over de inrichtingspsychiatrie, zoals hij die als 'reserve-geneesheer' in het Utrechtse Willem Arntsz Huis had ervaren: 'Je kon nauwelijks iets doen, ik had er niet graag de hele week gewerkt; erg deprimerend [...] Het was gewoon een opberghuis [...] Het had iets middeleeuws, iets historisch'.[652] Maar aan de andere kant behield Trimbos een groot vertrouwen in de psychohygiëne en de ambulante geestelijke gezondheidszorg, die volgens hem waren geworteld 'in het oeroude veranderings- en verbeteringsethos van onze westerse kultuur'.[653] In een voordracht voor een gezamenlijke vergadering van de NVPN en de American Psychiatric Association in Amsterdam verklaarde hij dat de 'intramurale kuratieve benadering van het gigantische ziekenwezen' plaats moest maken voor 'de – sociaal gezien – veel meer relevante extramurale preventieve benadering' als 'onderdeel van een veel meer omvattende hervormingsbeweging in de maatschappij, die aktie wil ten behoeve van de niet geringe groepen gedepriveerden en bedreigden'.[654]

Trimbos en ook andere psychohygiënisten grepen de kritische psychiatrie duidelijk aan om de al langer bestaande tegenstelling tussen de intramurale en ambulante sector opnieuw te accentueren – waarbij zij de veranderingen binnen de psychiatrische ziekenhuizen wijselijk negeerden. De ambulante sector, die in de voorgaande decennia geleidelijk in omvang en aanzien was gegroeid en die met uitzondering van de sociaal-psychiatrische voor- en nazorg al vanaf de jaren dertig voortdurend afstand had genomen van de inrichtingspsychiatrie, absorbeerde zonder veel moeite een groot deel van de antipsychiatrische kritiek. In feite diende deze kritiek zelfs als legitimatie voor een verbreding van het werkgebied van de ambulante sector in de richting van welzijnszorg.[655] Ondanks de alar-

651 Romme 1978b, 127.
652 Heerma van Voss 1990a, 202.
653 Trimbos 1972b, 10.
654 Trimbos 1971b, 319, 322.
655 Ingleby 1998; Blok 2004, 52.

merende geluiden over de groeiende omvang van de psychische misère trad er in de jaren zeventig onder ambulante hulpverleners een snel herstel op van het zelfvertrouwen en het geloof in hun therapeutisch vermogen. Met behulp van sociale wetenschappen als psychologie, sociologie en de nieuwe discipline andragologie zou het pychosociale welbevinden te vergroten zijn.

Onder de vleugels van de uitdijende verzorgingsstaat en met name gestimuleerd door het kabinet Den Uyl groeide de welzijnszorg in de jaren zeventig sterk. Nu de verzorgingsstaat de materiële zekerheid garandeerde, kwam de oplossing van immateriële noden in zicht en konden de hulpverleners op het gebied van de welzijnszorg op meer middelen en ook op meer bemoeienis vanuit Den Haag rekenen. De regering maakte zich sterk voor een uitbreiding en een brede toegankelijkheid van sociale en culturele voorzieningen als middel om een meer gelijkmatige spreiding van kennis, inkomen en macht te realiseren. Het Ministerie van Cultuur, Recreatie en Maatschappelijk Werk (CRM, tot 1965 Ministerie van Maatschappelijk Werk) groeide in omvang en ging een actief welzijnsbeleid voeren om de kwaliteit van het bestaan te verbeteren, waarbij de bevordering van bewustwording, mondigheid, inspraak, participatie en zelfontplooiing centraal stond. Vooral onder het kabinet Den Uyl drukte het ministerie, waarin sociale wetenschappers sterk vertegenwoordigd waren, zijn stempel op het regeringsbeleid en wierp het zich op als boegbeeld van maatschappelijke vernieuwing.[656] Als gevolg van de invoering van de Algemene Bijstandswet verloor het maatschappelijk werk zijn sociaal-pedagogische begeleidingstaak ten behoeve van de charitatieve armenzorg.[657] Veel maatschappelijk werkers verlegden hun activiteiten naar het immateriële welbevinden van mensen en de psychosociale aspecten van hun moeilijkheden, waardoor hun werkzaamheden gingen overlappen met die in de ambulante geestelijke gezondheidszorg. Psychiatrisch geschoolde sociaal werkers waren al vanaf eind jaren twintig in de ambulante voorzieningen als de MOB's en de BLGM's werkzaam. Vanaf de jaren zestig nam het aandeel van maatschappelijk werkers in de geestelijke gezondheidszorg toe: in de SPD'en, MOB's en BLGM's vormden zij in de jaren zeventig de omvangrijkste beroepsgroep.[658]

Vooral de jongere generatie maatschappelijk werkers nam afstand van het *social casework*, waarin individuele aanpassing centraal stond, en oriënteerde zich op de andragologie: het maatschappelijk werk zou gericht moeten zijn op (planmatige) maatschappijverandering.[659] De andragologie was vanaf het eind van de jaren veertig ontwikkeld door met name de pedagoog T.T. ten Have. Deze wetenschap diende om menselijke verhoudingen te bestuderen en methoden te ontwikkelen voor de beïnvloeding van deze relaties, waardoor sociale verandering was te bewerkstelligen. Als gevolg van de groeiende betekenis van het welzijnswerk kwam de andragologie vanaf de tweede helft van de jaren zestig tot bloei.

656 De Haan en Duyvendak 2002, 98-104; Ellemers 1997.
657 De Rooy 1985a, 103.
658 Aarsen 1985, 50.
659 Koenis 1999; vergelijk Michielse 1984.

De nieuwe studierichting trok een vloedgolf aan studenten en aan de Universiteit van Amsterdam kwam er in 1966 een aparte subfaculteit tot stand. De andragologie profileerde zich als maatschappijkritische wetenschap die instrumenten zou bieden om mensen te bevrijden van sociale onderdrukking en hen autonoom en mondig te maken.[660] Waar eerder individuen zich dienden aan te passen ter wille van de maatschappelijke orde, moest nu de samenleving desnoods veranderen omwille van de persoonlijke ontplooiing. Bevoogding door hulpverleners was uit den boze. Het was beter dat ze de cliënten stimuleerden om zich bewust te worden van hun werkelijke behoeften en hen aanmoedigden om te 'groeien' en voor zichzelf te beslissen. Zo zou het ware zelf zich kunnen ontvouwen.

De opmars van de andragologie was tekenend voor het maakbaarheidsoptimisme dat ook de geestelijke gezondheidszorg in zijn ban kreeg. Volgens Weijel was ongeluk geen noodlot, maar een maatschappelijke misstand die te verhelpen was door middel van een gerichte, wetenschappelijke aanpak, met behulp van 'welzijnstechnieken' en alomvattende geestelijk- en sociaalhygiënische begeleiding. 'Welzijn moet weloverwogen gemaakt en gebouwd worden en kan niet aan het vrije spel van maatschappelijke krachten worden overgelaten.' Het ging hier volgens hem om niets minder dan een derde 'massarevolutie': nadat de eerste en tweede respectievelijk politieke vrijheid en sociaal-economische zekerheid hadden gebracht, zou deze het psychosociale welzijn moeten garanderen en zo de bekroning vormen van de strijd voor burgerrechten.[661] Geestelijke gezondheidszorg was een vorm van politiek, zo betoogden ook de auteurs van *Verbeter de mensen, verander de wereld*. Democratisering, maatschappelijke participatie en zo nodig ook protest 'tegen de heersende normen en gedragsregels' waren essentiële voorwaarden voor de verwerkelijking van individuele zelfontplooiing en maatschappelijk welzijn. '*Democratisering van de samenleving is de eerste eis van een geestelijke gezondheidszorg, die het louter geneeskundig-curatieve kader verlaat en vanuit een totaal welzijnsbeleid de geestelijke gezondheid van de gehele bevolking bevordert*', zo schreven zij.[662]

De maatschappelijk werker G. van Beusekom-Fretz, die op het uit de NFGV voortgekomen Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid een 'aktielab' trachtte op te zetten, viel hen bij door het doel van de maatschappijkritische geestelijke gezondheidszorg te omschrijven als de 'demokratisering van het geluk'.[663] De bevlogenheid van de katholieke psychiater J.L.J. Lumeij kende evenmin grenzen. Zo meende hij dat psychotherapie een waardevolle bijdrage leverde aan 'de onttaboeïsering, [...] de ontwikkeling in de seks-beleving, de verandering der maatschappelijke normen, het loskomen van de autoriteitsproblematiek, dit alles op mondiale schaal'. Hij pleitte voor 'de oprichting van een landelijk instituut voor geestelijk-hygiënische maatschappij-bemoeienis, bemand met beroepsver-

660 Gastelaars 1990.
661 Weijel 1970, 10.
662 Van den Bergh et al. 1970, 10, 21, 26.
663 Van Beusekom-Fretz 1973. Vergelijk Zahn 1989, 185; Gomperts 1992, 109; Cuypers en Opdenakker 1995; Hosman en Geelen 1997, 162; Willemsen 2001, 256, 259.

anderaars of beroepsveranderaars-in-wording, uit meerdere disciplines gerecruteerd'.[664]

Het uit de jaren veertig stammende psychohygiënische idealisme kreeg een nieuwe invulling: geestelijke volksgezondheid zou een integraal onderdeel moeten worden van een meeromvattende welzijnszorg, die behalve gezondheid ook de zelfverwerkelijking en het geluk van mensen kon garanderen.[665] Onder invloed van de welzijnsideologie kreeg het streven naar preventie, dat vanaf het begin een rol speelde in de psychohygiënische beweging, een nieuwe impuls en bredere strekking. Met subsidie van het Ministerie van Maatschappelijk Werk waren al in 1961 de eerste preventiewerkers bij de BLGM's aangesteld. De Katholieke Bureaus voor Huwelijksaangelegenheden in Maastricht en Heerlen waren de eerste instellingen die preventieactiviteiten opzetten, zoals voorlichting over seksualiteit, voorbehoedmiddelen, huwelijk en opvoeding.[666] In de loop van de jaren zeventig en begin jaren tachtig liep het aantal preventiewerkers op tot ongeveer honderd.[667] Voorkomen was beter dan genezen, zo stelde Trimbos, en naast de professionele hulpverleners zouden ook sleutelfiguren in de maatschappij, zoals huisartsen, onderwijzers, maatschappelijk werkers, wijkverpleegsters en geestelijken, een psychohygiënische taak moeten krijgen.[668] Ook anderen pleitten voor een rol van leken bij de geestelijke gezondheidszorg: zielzorgers, onderwijzers, politie, reclasseringsambtenaren, vakbondsfunctionarissen, jeugdleiders en ook 'de kapper, de barkeeper, de portier, de loper van het ziekenfonds, de parkwachter, de taxichauffeur, de stallingbaas, de pedicure en de juffrouw van de wasserette' konden, alleen al door 'welwillend te luisteren een ondersteunend contact bieden' aan mensen die hun hart wilden luchten. Zij zouden ook kunnen dienen als informatiebron voor de beroepshulpverleners.[669]

Ondanks dergelijke pleidooien voor een zekere deprofessionalisering door de inschakeling van leken, waren het toch vooral nieuwe beroepskrachten als andragogen, sociaal- en klinisch-psychologen, groeps- en opbouwwerkers, voorlichtingsdeskundigen en sociologen die zich toelegden op het bevorderen van psychosociaal welzijn, persoonlijke ontplooiing en assertiviteit. Hun deskundigheid moest ertoe bijdragen dat mensen weerbaarder werden en beter leerden omgaan met levensmoeilijkheden, conflicten, werkloosheid, arbeidsongeschiktheid, relaties, seksualiteit en opvoeding. Deze bevlogen sociale en agogische hulpverleners voerden verhitte discussies over de politieke implicaties van hun werk. Met cursussen, trainingen, gespreksgroepen en voorlichtingsactiviteiten richtten zij zich op risicogroepen in de samenleving, niet alleen om psychische problemen te voorkomen en hun weerbaarheid te vergroten, maar ook om hun mondigheid en emancipatie te stimuleren. Zij wierpen zich op als voorvechters voor persoonlijke

664 Lumeij 1972, 471, 477.
665 Trimbos 1983 (1968); vergelijk De Goei 2001, 281-282.
666 Festen et al. 1997, 52; Van der Grinten 1979.
667 Van der Reijden 1984, 20.
668 Trimbos 1983 (1968); Trimbos 1970.
669 Van den Bergh et al. 1970, 40.

bevrijding op het gebied van godsdienst, moraal, relaties, seksualiteit, opvoeding en arbeid en voor de emancipatie van vrouwen, jongeren, buitenlandse werknemers, etnische minderheden en homoseksuelen.

Het nieuwe psychohygiënische en emancipatorische engagement bleef niet beperkt tot vaak links georiënteerde hulpverleners en opinievormers in de geestelijke gezondheidszorg, maar vond, weliswaar in wat gematigder vorm, al gauw weerklank in beleidsinstanties en overheidsorganen, zoals de Ministeries van Sociale Zaken en Volksgezondheid en van CRM alsook de Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid. De eerste regeringsnota over de geestelijke gezondheidszorg, die in 1970 uitkwam onder verantwoordelijkheid van Kruisinga, bevatte, geheel naar de geest der tijd, een pleidooi voor de psychohygiëne als onderdeel van een breder welzijnsbeleid. Het verhelpen van stoornissen was niet voldoende: het ging om de verhoging van 'de kwaliteit van het menselijk bestaan' door middel van de verwerkelijking van 'een optimaal psychisch functioneren', 'de ontplooiing van de menselijke persoonlijkheid' en 'tolerantie in de maatschappij' voor afwijkende meningen en gedragswijzen. Van groot belang voor de psychohygiëne zouden 'methoden voor "sensitivity training" met al zijn aftakkingen' zijn.[670] Ook het Ministerie van CRM gaf blijk van groot vertrouwen in groeps- en psychotherapieën als middel om persoonlijke groei te bevorderen.[671]

De Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid maakte in haar eerste verslag sinds 1936, dat de jaren 1969-1974 besloeg, met instemming gewag van 'een toenemende humanisering en vermaatschappelijking van de psychiatrische hulpverlening' en 'een verhoogd bewustzijn van de sociale functie van de g.g.z.'[672] Niemand zal betwisten, zo was verder in het jaarverslag te lezen, dat

> ——— *de mate van geestelijke gezondheid voor een belangrijk deel wordt bepaald door de sociale en culturele omstandigheden van het individu en de gemeenschap. [...] Het is een kwestie van mens- en maatschappijbeschouwing of men van mening is dat de mens zich dient aan te passen aan de bestaande maatschappelijke structuren of niet.*

Ook benadrukte de Inspectie voortdurend het belang van preventie en samenwerking met de welzijnszorg ter vergroting 'van ontplooiingsmogelijkheden en psychische weerbaarheid van het individu' en 'het psychosociale welzijn van de bevolking'. Bijzondere aandacht vroeg zij voor achtergestelde en bedreigde risicogroepen: buitenlandse werknemers, (jeugdige) delinquenten, drugsgebruikers, homo- en pedofielen, vrouwen, in het bijzonder moeders met jonge kinderen in hoogbouw, werklozen, de laagstbetaalden, WAO'ers en mensen die niet mee konden komen in de competitie- en prestatiecultuur.[673] De Inspectie kwalificeerde assertiviteitstrainingen als een veelbelovende methodiek voor de ambulante

670 Kruisinga 1970, 1-2, 4, 13; vergelijk Dijkhuis 1970b.

671 Blok 2004, 47.

672 Staatstoezicht op de Volksgezondheid 1976, 11, 13.

673 Staatstoezicht op de Volksgezondheid 1976, 96, 99-100.

hulpverlening en liet zich in positieve zin uit over de toenemende permissiviteit ten aanzien van nieuwe trends als het toenemende cannabisgebruik.[674]

De moraal van openheid en bespreekbaarheid

Als het om maatschappelijk engagement en publieke moraal ging, lieten sommige gevestigde psychiaters zich niet onbetuigd. Nadat Trimbos begin jaren zestig taboes op het gebied van seksualiteit en geboorteregeling doorbroken had, sprak hij zich naar aanleiding van het congres *Te gek om los te lopen* uit voor een nieuwe taak voor de geestelijke gezondheidszorg: het bestrijden van intolerantie en discriminatie en de bevordering van emancipatie door middel van sociale actie en agogische ondersteuning.[675] De psychiaters Weijel en Sengers vonden dat de geestelijke gezondheidszorg zich in het bijzonder bezig diende te houden met groepen wier emancipatie en maatschappelijke integratie door gebreken, rechteloosheid of sociale vooroordelen belemmerd werd, zoals vrouwen, kinderen, ouderen, homoseksuelen en delinquenten. Ook diende zij de verdraagzaamheid ten opzichte van alternatieve leefstijlen en samenlevingsvormen alsmede abortus, anticonceptie, pornografie en opiumgebruik te bevorderen.[676]

In het vorige deel hebben we gezien dat psychiaters als Trimbos, A.L. Janse de Jonge, C. van Emde Boas en F.J. Tolsma samen met enkele geestelijken vanaf de jaren vijftig tegenover het ziekte- en zondedenken over homoseksualiteit een sociaal-psychologische benadering plaatsten waarin (zelf)acceptatie en maatschappelijke integratie voorop stonden. Vooral Trimbos' psychohygiënische deskundigheid, vermengd met een flinke dosis christelijk-humanistische ethiek, bleek een succesformule om in een vrij kort tijdsbestek een verandering in het morele klimaat te bewerkstelligen. Hij sloeg een verontschuldigende en bezorgde toon aan: behalve op het verantwoordelijkheidsbesef van homoseksuelen zelf deed hij een beroep op het mededogen en de medemenselijkheid van de Nederlandse bevolking. Het ging niet om zonde of ziekte, zo betoogde hij, maar om de betreurenswaardige maatschappelijke achterstelling en het psychische leed van een kwetsbare minderheid. Niet homoseksualiteit, maar discriminatie was schadelijk voor de geestelijke volksgezondheid. Deze benadering droeg er in sterke mate toe bij dat in het openbare debat de morele veroordeling van homoseksuelen steeds moeilijker was goed te praten en deze het stempel kreeg van onwetendheid en vooroordeel.[677]

Katholieke en protestantse zielzorgers, die begin jaren zestig gespreksgroepen oprichtten voor gelovige homoseksuelen, gingen al gauw samenwerken. Met steun van de confessionele organisaties voor geestelijke gezondheidszorg kwam in 1965 een Werkgroep Pastorale Hulp aan Homofielen tot stand onder voorzitter-

674 Staatstoezicht op de Volksgezondheid 1976, 110; Staatstoezicht op de Volksgezondheid 1979, 58.

675 Gersons 1990, 20-21, 24

676 Van den Bergh et al. 1970.

677 Van Stolk 1991.

schap van Trimbos. Pas nadat vanuit christelijke hoek een kentering op gang was gekomen, waren in neutrale kringen, zoals het overkoepelende Nederlands Gesprekcentrum en de Nederlandse Vereniging voor Seksuele Hervorming (NVSH), nieuwe geluiden te horen – medemenselijkheid, persoonlijke ontplooiing, relatievorming, acceptatie en integratie waren ook hier de sleutelwoorden.[678] In 1968 verscheen een themanummer van het *Maandblad voor de Geestelijke Volksgezondheid* over 'homofilie'. De redactie sprak de hoop uit dat de artikelen zouden bijdragen tot een verbetering van de maatschappelijke positie van homoseksuelen.[679] Psychiaters die homoseksualiteit kwalificeerden als een neurotische ontwikkelingsstoornis en dachten dat ze deze konden genezen, zoals G.J.M. van den Aardweg, J.L. van Arndt en Bastiaans, konden op veel kritiek rekenen.

Eind jaren zestig werkte de katholieke psychiater Sengers de nieuwe benadering van homoseksualiteit verder uit in de vorm van zijn zelfaanvaardingstheorie, die toonaangevend werd in de geestelijke gezondheidszorg.[680] Sengers, werkzaam bij de afdeling sociale psychiatrie en geestelijke hygiëne van de GG en GD in Rotterdam, stelde dat veel homoseksuelen met psychische moeilijkheden worstelden omdat zij zich tegen hun gerichtheid verzetten of deze onvolledig aanvaardden. De prijs die zij en indirect ook de samenleving daarvoor betaalden was hoog. Door innerlijke conflicten, die zich uitten in neurotisch gedrag, onzekerheid, angst en zelfhaat, functioneerden zij vaak niet goed in de samenleving en kwamen ze niet toe aan een gezonde zelfontplooiing en 'intermenselijke relatievorming'.[681] De klachten waren het beste te verhelpen als homoseksuelen in het reine kwamen met hun geaardheid en deze niet krampachtig voor de buitenwereld verborgen, maar evenwichtig in hun leven integreerden. Een vaste relatie was de bekroning van volledige zelfaanvaarding en betekende dat er geen wezenlijk verschil met heteroseksuelen meer was. Zelfaanvaarding was niet alleen voorwaarde voor de psychische gezondheid en zelfontplooiing van individuele homoseksuelen, aldus Sengers, maar zou tezamen met voorlichting ook bijdragen tot meer tolerantie in de samenleving. Homoseksuelen die zichzelf niet volledig aanvaardden, leidden vaak een onwaarachtig dubbelleven en gaven zich over aan vluchtig, anoniem seksueel verkeer in het subculturele getto, dat nooit werkelijke bevrediging kon geven en dat hun isolement en eenzaamheid alleen maar versterkte. Dergelijk gedrag zou discriminatie oproepen. Maatschappelijke achterstelling en psychische nood waren in deze redenering twee kanten van dezelfde munt.

Met steun vanuit de neutrale en confessionele geestelijke gezondheidszorg, het COC en het Ministerie van CRM kwam in 1968 ten behoeve van de psychosociale hulpverlening een speciaal 'consultatiebureau voor homofilie' van de Jhr. Mr. J.A. Schorerstichting tot stand, dat was gemodelleerd naar het BLGM.[682] De suc-

678 Van Emde Boas et al. 1965; Van Dantzig 1969.
679 Redactie *Maandblad voor de Geestelijke Volksgezondheid* 1968.
680 Soesbeek 1982; Groenendijk 1987.
681 Sengers 1969, 186; vergelijk Sengers 1967, 231 en Sengers 1968.
682 Van Praag 1969; Van den Boogaard 1991.

cesvolle emancipatie van homoseksuelen maakte plannen voor een landelijk net van aan BLGM's gekoppelde consultatiebureaus echter overbodig.[683] In hetzelfde jaar pleitte de NFGV bij de Minister van Justitie voor de koninklijke goedkeuring van het COC en stelde zij een memorandum op dat aandrong op schrapping van artikel 248bis: ook homoseksuele minderjarigen hadden recht op seksuele ontplooiing.[684] De psychiaters Trimbos en M. Zeegers hadden zitting in de in 1967 ingestelde commissie van de Gezondheidsraad die de Minister van Justitie adviseerde over de afschaffing van het wetsartikel, die in 1971 tot stand kwam. Opvallend is hoezeer de confessionelen een voorhoederol vervulden in het bespreekbaar maken van homoseksualiteit. Vooral Trimbos en zijn confessionele geestverwanten schiepen in belangrijke mate de ruimte waarin de homobeweging in het midden van de jaren zestig in de openbaarheid kon treden. Aangezien zij voor de door de confessionelen gedomineerde regering respectabele gesprekspartners waren, oefenden zij een belangrijke invloed uit op het overheidsbeleid.

Psychiaters zetten ook andere voorheen nauwelijks bespreekbare onderwerpen op de maatschappelijke agenda, zoals het lijden van oorlogsslachtoffers, euthanasie, abortus en drugs. Zoals we eerder zagen, bestond in de wederopbouwperiode betrekkelijk weinig publieke aandacht voor de slachtoffers van de Tweede Wereldoorlog, zoals de overlevenden van de concentratiekampen in Europa en voormalig Nederlands-Indië, alsook verzetsstrijders.[685] Alleen in de spreekkamer van psychiaters vonden zij een luisterend oor, waardoor hun problemen hoofdzakelijk in verband werden gebracht met hun individuele levensgeschiedenis en persoonlijke kenmerken. Bastiaans deed al in de jaren vijftig onderzoek naar de psychosomatische klachten van voormalige leden van het verzet in verband met de uitkering van een bijzonder pensioen. Aan het maatschappelijk stilzwijgen kwam evenwel pas een eind toen de Amsterdamse psychiater E. de Windt er in 1966 op wees dat joodse overlevenden van concentratiekampen vanwege hun onverwerkte oorlogservaringen met ernstig psychisch leed kampten. Drie jaar later introduceerde de huisarts E.A. Cohen in een artikel in het *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* het begrip 'post-concentratiekampsyndroom'. Hij gaf aan dat de late psychische gevolgen van de oorlog verband hielden met de verdringing van de toenmalige belevenissen. In krantenartikelen bracht hij deze inzichten onder de aandacht van het bredere publiek.[686] De psychiater P.Th. Hugenholtz, medisch adviseur van de Stichting 1940-1945, betoogde kort daarop in het *Maandblad voor de Geestelijke Volksgezondheid* dat ook verzetsdeelnemers gebukt gingen onder psychosomatische klachten. Bij de toekenning van oorlogspensioenen werd volgens hem te weinig rekening gehouden met de geestelijke schade die zij tijdens de Duitse bezetting hadden opgelopen.[687]

683 Trimbos 1983.

684 Nationale Federatie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1969a en Nationale Federatie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1969b.

685 Zie 3.5, paragraaf 'Oorlogspsychosen en -neurosen'. Over de publieke aandacht hiervoor en de psychiatrische hulpverlening aan oorlogsslachtoffers in de jaren zestig en zeventig: Haans 1983; De Haan 1997; Withuis 2001; Mooij 2001.

686 Withuis 2002, 34-35.

687 Withuis 2002, 46-50.

In opdracht van de NFGV vervaardigde L. van Gasteren in 1969 de documentaire *Begrijp je waarom ik huil?* over de psychotherapeutische behandeling van oorlogstrauma's door Bastiaans. Naar aanleiding van het debat over de mogelijk vervroegde vrijlating van drie Duitse oorlogsmisdadigers, die in Breda hun gevangenisstraf uitzaten, verscheen deze film in 1972 op de televisie, gevolgd door een discussie waaraan vier psychiaters – Bastiaans, Hugenholtz, Weijel en D. van Tol – deelnamen. Onder invloed van deze uitzending, waarbij kijkers voor het eerst telefonisch geestelijke bijstand konden inroepen, kregen het publiek en politici oog voor het psychisch leed van oorlogsslachtoffers. Eerder hadden Bastiaans en de psychiater Musaph zich in een parlementaire hoorzitting al uitgesproken tegen vrijlating van 'de Drie van Breda'. Hoewel andere vertegenwoordigers van de geestelijke gezondheidszorg, zoals de directeur van het NcGv en ex-verzetsman J. le Poole, de psychiater Lumeij en de voorzitters van de vier landelijke Bureaus voor Geestelijke Volksgezondheid zich juist uitspraken voor de vrijlating van de Drie van Breda, werd deze op de lange baan geschoven om tegemoet te komen aan de heftige emoties die de discussie erover opriep.[688] In het publieke debat en de politieke besluitvorming wogen psychiatrische en psychologische argumenten zwaarder dan de juridische. Daardoor raakten de voorstanders van vrijlating in het defensief.[689]

Er kwamen ook aparte voorzieningen om getroffenen zowel psychologische als materiële ondersteuning te bieden. De Sinaïkliniek te Amersfoort, het enige joodse psychiatrische ziekenhuis in Europa, behandelde veel patiënten met oorlogstrauma's. Vanaf 1973 konden ze voor specialistische psychiatrische (dag)behandeling terecht in het Centrum '45 te Leiden. In hetzelfde jaar trad de Wet Uitkeringen Vervolgingsslachtoffers 1940–1945 in werking, waarop joodse en in het voormalig Nederlands-Indië vervolgden een beroep konden doen. In 1979 richtte de overheid de Stichting Informatie- en Coördinatieorgaan Dienstverlening Oorlogsgetroffenen op teneinde de deskundigheid te bevorderen op het gebied van de psychische oorlogsgevolgen. Vanaf 1983 vervulde ook de Joodse Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg in Amsterdam een belangrijke functie in de behandeling van oorlogstrauma's.[690] Binnen de geestelijke gezondheidszorg bestonden verschillende opvattingen over de wijze waarop vervolgingsslachtoffers het beste waren te helpen: door middel van een 'individualiserende' psychiatrische behandeling of een meer sociale benadering in de vorm van maatschappelijke acties ter ondersteuning van de belangen van de lijders, zoals materiële compensatie voor de naoorlogse miskenning van het lijden, bevordering van onderlinge steun en solidariteit en op maat gesneden categorale zorg zoals Centrum '45 die bood.[691]

Het *Maandblad geestelijke volksgezondheid* bracht ter gelegenheid van de opening van Centrum '45 een themanummer uit dat alle huisartsen en psychiaters in Nederland kregen toegestuurd. Psychiaters belichtten daarin de fenome-

688 Withuis 2002, 44-45.
689 Piersma 2005.
690 Meijering 1978; Fuks-Mansfeld en Sunier 1997, 136–137, 145–148; Withuis 2002, 42–57.
691 De Haan 1997, 145.

nen oorlogstrauma en (post)concentratiekampsyndroom, die niet alleen joodse overlevenden en verzetsstrijders, maar ook andere groepen konden treffen, zoals krijgsgevangenen, geïnterneerden in het voormalige Nederlands-Indië en onderduikers. In de loop van de jaren zeventig en tachtig werd het begrip oorlogsslachtoffer aan de hand van de diagnose posttraumatische stressstoornis steeds verder opgerekt en ook van toepassing verklaard op de kinderen van vervolgde en vermoorde joden, van verzetsstrijders en van NSB'ers, kinderen uit de Japanse interneringskampen in Nederlands-Indië, burgerslachtoffers, partners van oorlogsgetroffenen en 'bevrijdingskinderen'. Zo bracht de psychiater H. Keilson in zijn dissertatie *Sequentielle Traumatisierung bei Kindern* (1979) de psychische problemen van joden die als kind de oorlog hadden overleefd, onder de aandacht. Traden aanvankelijk vooral psychiaters als zaakwaarnemers op, vanaf de jaren zeventig gingen de betrokkenen steeds meer voor zichzelf spreken en kwamen hun meningen en gevoelens prominenter in beeld in debatten en bij beslissingen over uitkeringsregelingen. In de jaren tachtig en negentig ontstond een wijd vertakt netwerk van zelfhulpgroepen, verenigingen en bijeenkomsten van diverse oorlogsgetroffenen, allen op zoek naar erkenning van hun slachtofferschap.

Niet alleen de belevenissen tijdens de oorlog zelf, maar ook het gebrek aan opvang en het publieke stilzwijgen en de miskenning van het oorlogsleed in de wederopbouwjaren, waardoor veel betrokkenen hun traumatische ervaringen hadden moeten verdringen, was uitermate schadelijk geweest voor hun geestelijke welzijn, zo betoogden psychiaters. Daarom waren de Nederlandse samenleving en overheid medeverantwoordelijk voor het individuele leed van de getroffenen en hadden zij de morele plicht dit te verlichten, niet alleen met materiële steun, maar ook door ruimte te scheppen voor de expressie van hun gevoelens en door het begrip ervoor te bevorderen. De slachtoffers mochten niet opnieuw in de steek worden gelaten.[692] Tegen de achtergrond van de verheffing van de oorlog tot maatschappijkritisch moreel ijkpunt – de heerschappij van de nazi's bewees hoe gevaarlijk volgzaamheid en gezagsgetrouwheid konden zijn – bleek deze psychiatrische argumentatie uitermate effectief in het streven naar maatschappelijke erkenning van de rechten van oorlogsslachtoffers, net zoals de acceptatie van homoseksuelen was bevorderd door de aandacht te vestigen op hun kommer en kwel en deze als sociale misstand aan de kaak te stellen.[693] Bovendien zorgde de psychiatrische optiek ervoor dat de politieke verdeeldheid onder de diverse oorlogsslachtoffers en verzetsstrijders naar de achtergrond verdween. Wat zij nu allen deelden was immers het slachtofferschap en het (psychische) lijden dat daarvan het gevolg was.[694]

Het zou niet de laatste keer zijn dat achtergestelde groepen en hun zaakwaarnemers psychisch leed inzetten teneinde de publieke opinie aan hun kant te krij-

692 Withuis 2002, 118-122; vergelijk Piersma 2005.
693 Withuis 2002, 57-61; vergelijk Tonkens 1999, 51; Von der Dunk 1986.
694 Withuis 2005.

gen en hun belangen en rechten te verwezenlijken. Wie erin slaagde duidelijk te maken door maatschappelijke misstanden in het geestelijk welzijn te zijn aangetast, kon in Nederland over het algemeen rekenen op welwillende publieke aandacht en hulp van de overheid.[695] Welke morele status en emotionele geladenheid de oorlog had gekregen bleek uit de commotie die ontstond toen verworven rechten ter discussie werden gesteld. In 1985 stelde de regering de Commissie ter Vereenvoudiging en Coördinatie van de Wetten voor Oorlogsgetroffenen (Commissie Van Dijke) in om meer orde te scheppen in het oerwoud van wetten en regelingen dat op dit terrein was ontstaan. Op verzoek van deze commissie verrichtten twee Rotterdamse hoogleraren psychiatrie, L. Pepplinkhuizen en W.J. Schudel, een literatuuronderzoek naar het verband tussen oorlogservaringen en zich later manifesterende trauma's. Aangezien dat verband vaak twijfelachtig zou zijn, stelden de hoogleraren voor om de omgekeerde bewijslast op te heffen. Terwijl volgens de bestaande regels een uitkering alleen kon worden geweigerd als was aan te tonen dat de ziekte of invaliditeit niet samenhing met de oorlog, zouden aanvragers nu moeten bewijzen dat hun klachten er daadwerkelijk door waren veroorzaakt. Dit voorstel bracht veel ongerustheid in kringen van oorlogsslachtoffers en het voormalige verzet teweeg en riep felle protesten op, onder anderen van de psychiaters Van Dantzig, Bastiaans, Musaph en Zeegers. Ook de NVP nam stelling tegen de aanbevelingen van Pepplinkhuizen en Schudel: hun studie zou ingrijpende wijzigingen in regelgeving niet rechtvaardigen. Er bleek geen draagvlak te zijn voor een aanscherping van het uitkeringsbeleid voor oorlogsslachtoffers.[696]

Niet alleen bij de maatschappelijke erkenning van oorlogsslachtoffers speelden psychiaters een toonaangevende rol. Enkelen van hen, zoals Trimbos, Van Tol, Van den Hoofdakker en bovenal Van den Berg, leverden ook belangrijke bijdragen aan de discussie over euthanasie, die aan het eind van de jaren zestig op gang kwam en in de jaren tachtig resulteerde in een vanuit internationaal perspectief grote openheid en liberale praktijk.[697] In zijn pleidooi voor het zelfbeschikkingsrecht van patiënten, *Het bolwerk van de beterweters* (1969), stelde Van den Hoofdakker dat dit ook betrekking diende te hebben op de vraag of medici wel of niet behandelingen moesten toepassen die geen verbetering bewerkstelligden, maar het leven alleen maar rekten. In hetzelfde jaar publiceerde Van den Berg zijn *Medische macht en medische ethiek*, waarin hij betoogde dat de voortschrijdende medische technologie de communicatie tussen artsen en patiënten en de beslissingsruimte van de laatsten ondermijnde. Hij vond dat zij als mondige mensen het recht moesten krijgen om voor euthanasie te kiezen als zij verder leven niet meer zinvol achtten.[698] Het boek, dat de toepassing van euthanasie als een min of meer onvermijdelijke moderne ontwikkeling op de maatschappelijke agenda zette, werd een bestseller: binnen zeven jaar beleefde het twintig herdrukken. Aanvankelijk ging

695 Zahn 1989, 185, 220; Withuis 2002, 118.
696 Engelsman 1989; Werkgroep Oorlogswetten van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie 1987, 656.
697 Hendin 1996; Kennedy 2002.
698 Van den Berg 1969.

het in de discussie over euthanasie voornamelijk om uitzichtloos en ondraaglijk lichamelijk lijden, maar later kwam de vraag aan de orde in hoeverre psychisch leed actieve levensbeëindiging kon legitimeren. De NVP stelde zich in 1981 op het standpunt dat ernstig lijdende psychiatrische patiënten met weinig of geen hoop voor verbetering ook in aanmerking zouden moeten kunnen komen voor euthanasie, een gezichtspunt dat Trimbos al eerder had verdedigd in de Staatscommissie Euthanasie en dat aansloot bij de jurisprudentie op dit terrein, die geen principieel onderscheid maakte tussen somatisch en psychisch lijden.[699] Al in 1969 had de Leidse hoogleraar sociale psychiatrie Speijer een studie gewijd aan 'het zelfmoordvraagstuk'. Weliswaar wilde hij het taboe hierop doorbreken, maar hij ging niet zover dat hij wilde spreken van een recht op zelfmoord. Zijn boodschap was dat een grotere bespreekbaarheid van zelfmoord zou bijdragen aan een betere hulpverlening ter voorkoming van suïcidepogingen.[700] Ook van Ree, die zelf hulp verschafte bij een aantal suïcides, pleitte vanaf het eind van de jaren zeventig voor meer openheid over zelfmoord, vooral in psychiatrische ziekenhuizen. In zijn eigen instelling, Vogelenzang, leidden zelfmoorden naar zijn zeggen vaak tot 'ijzige stilte': 'er werd gezwegen. [...] Een ijskelder omhulde mij. Ik haatte die verhulling [...] Nog zie ik die strakke gezichten met de dunne, samengeknepen lippen!'[701]

In 1984 stelde de Hoge Raad dat artsen die euthanasie pleegden zich konden beroepen op overmacht in de zin van onaanvaardbaar en uitzichtloos lijden van de patiënt, mits zij voldeden aan een aantal zorgvuldigheidseisen. Van de kant van de patiënt moest sprake zijn van een vrijwillig en weloverwogen verzoek en een duurzaam verlangen naar de dood, en artsen dienden overleg te plegen met collega's. De NMG en de Staatscommissie Euthanasie onderschreven deze uitspraak in 1984 en 1985. Hoewel de jurisprudentie geen principieel verschil maakte tussen euthanasie en hulp bij zelfdoding, lag dat laatste gevoeliger in medische kring.[702] In 1987 wees de Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid hulp bij zelfdoding door psychiatrische patiënten categorisch af, omdat het twijfelachtig zou zijn dat zij vrijwillig en weloverwogen een beslissing daartoe zouden kunnen nemen en het bij psychische stoornissen moeilijk was om vast te stellen of er sprake was van duurzaam lijden. Dit standpunt stuitte op veel kritiek: er zou sprake zijn van rechtsongelijkheid tussen somatische en psychiatrische patiënten en het vermeende onvermogen van de laatsten om hun wil te bepalen werd betwist. In 1993, toen de Tweede Kamer een wettelijke regeling van euthanasie goedkeurde, kwam de Inspectie terug op haar standpunt en gaf zij toe dat er situaties denkbaar waren waarin psychiatrische hulp bij zelfdoding was te rechtvaardigen.

Mede naar aanleiding van een rapport van de Nederlandse Vereniging voor Vrijwillige Euthanasie en de zaak Chabot trok hulp bij zelfdoding van psychia-

699 Le Poole 1988.
700 Speijer 1969.
701 Van Ree 2007, 302, 304; vergelijk Van Ree 1983.
702 Legemaate 1993.

trische patiënten begin jaren negentig veel publieke aandacht. De vereniging achtte hulp bij zelfdoding ook toelaatbaar als er wel een behandeling beschikbaar was die het lijden zou kunnen wegnemen of verminderen en als de patiënt deze weigerde. De Rechtbank te Assen bepaalde in 1995 dat de hulp die de psychiater B.E. Chabot had verleend aan een vrouw, die vanwege haar psychische lijden in verband met tragische familieomstandigheden een eind aan haar leven maakte, vanwege de 'noodtoestand' toelaatbaar was. De Hoge Raad vernietigde deze uitspraak en veroordeelde hem alsnog zonder een straf op te leggen en het Medisch Tuchtcollege berispte hem omdat niet ondubbelzinnig zou zijn vastgesteld dat de patiënt onbehandelbaar en haar lijden uitzichtloos en ondraaglijk was. Chabot was van mening dat psychiaters te weinig deden voor mensen die dood wilden wegens hun ernstige geestelijk lijden.[703] De NVP trad in 1992 met een standpunt naar buiten: voor psychisch en somatisch lijden zouden dezelfde regels moeten gelden en geestesziekte zou een autonome wilsbeschikking niet uitsluiten. Sommige psychiaters hadden hierbij bedenkingen. F. Asmus en R. Schoevers waarschuwden ervoor het begrip onbehandelbaarheid in de psychiatrie en de somatische geneeskunde niet over een kam te scheren: in de psychiatrie en vooral in psychotherapeutische hulpverlening zou moeilijker dan bij lichamelijke ziekte zijn vast te stellen of er sprake was van onbehandelbaar en ondraaglijk lijden.[704] Een onderzoek van de Commissie Onderzoek Medische Praktijk inzake Euthanasie wees in 1991 overigens uit dat hulp bij zelfdoding uitsluitend wegens psychisch lijden vrij zelden voorkwam.[705]

Verder speelden psychiaters een belangrijke rol in de maatschappelijke debatten over abortus en drugs. Al vanaf de jaren twintig waren zij betrokken bij de medische indicatiestelling voor abortus provocatus. Wettelijk was deze ingreep verboden, maar artsen hadden een zekere ruimte om zwangerschappen op medische indicatie af te breken. Daarbij ging het niet alleen om het leven en de lichamelijke gezondheid van de vrouw, maar ook om psychische moeilijkheden en ongunstige sociale omstandigheden. De psychiatrische indicatie, die al voor de oorlog toepassing vond, werd in de jaren veertig op basis van jurisprudentie gelegitimeerd.[706] Van een publiek debat over abortus was echter geen sprake. Van Emde Boas was vóór de jaren zestig een van de weinige artsen die abortus ter sprake brachten. Al in 1952 had hij bij de NVSH een boek over abortus gepubliceerd, waarin hij een pragmatische benadering voorstond. Op basis van zijn ervaring in het Aletta Jacobshuis wist hij te melden dat abortus tamelijk veel voorkwam als gevolg van het falen van anticonceptiemethoden als coïtus interruptus en periodieke onthouding. Betere voorbehoedmiddelen zouden volgens Van Emde Boas bijdragen tot een terugdringing van abortus provocatus.[707] Met dit standpunt ging hij in tegen de gangbare opvatting volgens welke anticonceptie en abortus op één lijn

703 Langelaan 2002a; Lucieer 2005, 291–292.
704 Asmus en Schoevers 1995.
705 Lucieer 2005, 151–152.
706 De Bruijn 1979, 110, 167.
707 Ketting 1978, 110.

stonden. Nadat de hoogleraar strafrecht C.J. Enschedé in 1966 een artikel had gepubliceerd waarin hij erop wees dat abortus op medische indicatie niet strafbaar was – veel artsen waren hier blijkbaar niet van op de hoogte – gaven Van Emde Boas en de gynaecoloog G.J. Kloosterman hieraan brede bekendheid in het VARA-televisieprogramma *Achter het Nieuws*. Hoewel Kloosterman principiële bezwaren had tegen abortus verklaarde hij:

——— *Een arts in Nederland die iemand graag wil helpen en meent dat hij daar zeer goede motieven voor heeft, die kán iemand helpen [...] Ik geloof dat het heel belangrijk is dat iedere arts beseft dat in Nederland de wet zo is, dat alles mogelijk is op dit gebied, mits de arts er met volle overtuiging achter staat en bereid is daar ook getuigenis van af te leggen in het openbaar.*[708]

Als gevolg van deze uitzending werden artsen overstroomd met patiënten die om abortus verzochten. In hetzelfde jaar stelden verschillende ziekenhuizen abortusteams in om de noodzaak voor de ingreep te beoordelen. Behalve gynaecologen en huisartsen kregen ook psychiaters, psychologen en maatschappelijk werkers zitting in deze commissies. Terwijl gynaecologen zich terughoudend opstelden, stonden vooral de laatste drie beroepsgroepen een verruiming van de mogelijkheden tot de ingreep voor. In de praktijk verschoof het accent van 'nee, tenzij' naar 'ja, tenzij'.[709] De Haarlemse psychiater Chabot was een van de eersten die zich openlijk uitspraken voor een liberaler beleid op dit terrein. Volgens hem zouden de rechten van de vrouw en niet die van de ongeboren vrucht de doorslag moeten geven.[710] De Rotterdamse hoogleraar psychiatrie Ladee verklaarde in 1969 dat vrouwen die om abortus verzochten, vrijwel altijd met psychische moeilijkheden kampten en hij pleitte voor een vergroting van hun zeggenschap. Een dergelijke opvatting betekende een verruiming van de medische indicatie: het sociale welbevinden van de vrouw werd meegewogen in de beslissing tot de ingreep.[711] Een andere Rotterdamse psychiater, C.Th. van Schaik, speelde een belangrijke rol bij de oprichting in 1969 van de Stichting voor medisch verantwoorde zwangerschapsonderbreking (Stimezo), die een aantal abortusklinieken ging exploiteren om aan de toenemende vraag te voldoen.

Terwijl vanuit feministische kring werd gepleit voor abortusvrijheid op basis van het zelfbeschikkingsrecht van de vrouw, kwam de afdeling psychiatrie van de NVPN in 1970 onder voorzitterschap van Trimbos met een standpunt, nadat een adviescommissie, waarin onder anderen Van Dantzig en Van Emde Boas zitting hadden, zich over dit onderwerp hadden gebogen. Op basis van de bevindingen van de commissie sprak de NVPN zich uit voor decriminalisering van abortus mits aan een aantal voorwaarden, waaronder deskundige begeleiding, was voldaan. Ook pleitte de commissie voor een grotere openheid en bespreekbaarheid

708 De Bruijn 1979, 182.
709 Ketting 1978, 74-80; Outshoorn 1986, 123.
710 Chabot 1968.
711 Outshoorn 1986, 123, 139.

in zowel de medische wereld als de maatschappij, niet alleen met betrekking tot abortus, maar ook op het gebied van seksualiteit en anticonceptie – hierdoor zou de frequentie van de ingreep afnemen. Het meest opmerkelijke was de opvatting van de commissie dat abortus niet moest worden gereduceerd tot een medische en morele kwestie: er moest meer ruimte komen voor het perspectief van de vrouw en er diende met haar ontplooiingsmogelijkheden rekening te worden gehouden.[712]

Van Dantzig, die in het Amsterdamse Wilhelminaziekenhuis zitting had in een abortusteam, ging nog een stap verder door de deskundige begeleiding die het moest bieden als betuttelend van de hand te wijzen en zich onomwonden uit te spreken voor het zelfbeslissingsrecht van de vrouw.[713] Ook Ladee betoogde inmiddels dat abortusteams alleen nodig waren in bijzondere gevallen en dat zwangerschapsonderbreking een normale medische behandeling was, waarover de vrouw zelf zeggenschap diende te hebben.[714] In het *Maandblad Geestelijke volksgezondheid* werd begin jaren zeventig gepleit voor een 'permissief abortusbeleid', dat in het belang van de geestelijke volksgezondheid zou zijn.[715] Het wetsontwerp dat de regering in 1979 indiende, lag in het verlengde van wat de NVP(N) voorstond. Het besluit tot abortus zou door de arts en de vrouw samen na zorgvuldige overweging en met het nodige verantwoordelijkheidsbesef van beiden moeten worden genomen.[716] Nadat Minister van Justitie A.A.M. van Agt in de jaren zeventig een loopgravenoorlog tegen de liberale medische praktijk had gevoerd, keurde het Nederlandse parlement in 1981 een wetswijziging goed, die abortus op medisch-sociale gronden toestond onder voorwaarde van overleg tussen arts en vrouw en een bedenktijd van vijf dagen.

Toen in de jaren zestig onder invloed van de tegencultuur het drugsgebruik onder jongeren toenam en vooral hasj en marihuana wijd verbreid raakten, toonden justitie en de autoriteiten op het terrein van de volksgezondheid zich aanvankelijk voorstander van een repressief beleid. Aansluitend bij het feitelijke gedoogbeleid in enkele grote steden, kwamen vanuit de hoek van de psychiatrie en geestelijke gezondheidszorg echter al gauw pleidooien voor minder bestraffing en meer hulpverlening. In 1968 wijdde het PvdA-orgaan *Socialisme en democratie* een themanummer aan drugs waarin de hoogleraren Kuiper en Ladee en de psychiater P.J. Geerlings een genuanceerd standpunt innamen. Ze keurden het recreatief gebruik van (hard)drugs weliswaar niet goed, maar toonden wel begrip voor de alternatieve jeugdcultuur waarin dat plaatsvond. Van Ree, die met zijn omarming van de tegencultuur en uitgesproken standpunten een controversieel psychiater was, publiceerde in de jaren zeventig geregeld over drugsgebruik, waarin hij aan de hand van onderzoek vanuit de psychedelische beweging de gangbare afwijzing ervan bekritiseerde. In 1964 was hij aan de Gemeente Universiteit van

712 Van Dantzig et al. 1970; vergelijk Ketting 1978, 82-83; Outshoorn 1986, 179-180.
713 Le Poole 1988; Van Dantzig 1972.
714 Ladee 1970.
715 Veenhoven 1972, 188.
716 De Bruijn 1979, 229; vergelijk Schnabel 1981a, 163.

Amsterdam gepromoveerd op een experimenteel onderzoek naar de werking van lsd bij proefpersonen. Zijn uitgangspunt was dat de hallucinaties onder invloed van dit roesmiddel overeenkomsten vertoonden met psychotische toestanden. Van Ree gebruikte zelf ook lsd om zo tot een beter begrip te komen voor de belevingswereld van zijn psychotische patiënten.[717] Enkele andere psychiaters, Arendsen Hein, C.H. van Rhijn, Bastiaans, C.J. Schuurman en F.J. Bröcker dienden hun patiënten lsd en andere geestverruimende chemische preparaten toe als onderdeel van (psycho)therapeutische behandelingen.[718]

Werkgroepen van de NFGV en het Algemeen Centraal Bureau voor de Geestelijke Volksgezondheid, die zich eind jaren zestig over de drugsproblematiek bogen, pleitten voor decriminalisering en uitbreiding van de psychosociale hulpverlening. De Ministeries van Sociale Zaken en Volksgezondheid en van Justitie stelden in 1968 de Werkgroep Verdovende Middelen in, die in 1970 onder voorzitterschap kwam van Baan, Geneeskundig Hoofdinspecteur voor de Geestelijke Volksgezondheid. Nadat de commissie was uitgebreid met vertegenwoordigers van het Ministerie van CRM, onder wie de psychiatrisch adviseur van dit ministerie, D. Zuithoff, tekende zich een meerderheid af voor decriminalisering en demedicalisering van softdrugs. De gezondheidsrisico's zouden gering zijn. De werkgroep drong aan op een onderscheid tussen hennepproducten en harddrugs, alsmede tussen handel en consumptie. Verder zou een verantwoorde begeleiding van drugsgebruik door middel van hulpverlening en voorlichting, zonder dwang, op zijn plaats zijn. Net als Van Ree plaatste de Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid cannabis op één lijn met alcohol en tabak en pleitte zij voor een integratie van drugsconsumptie in de maatschappij ter voorkoming van stigmatisering van gebruikers.

In de geestelijke gezondheidszorg won een sociaal-psychologische benadering aan invloed: drugsgebruik werd in verband gebracht met ofwel de jeugdcultuur ofwel ongunstige maatschappelijke omstandigheden.[719] In 1976 paste de regering de Opiumwet aan de veranderde maatschappelijke praktijk en het feitelijke gedoogbeleid aan: het bezit van kleine hoeveelheden cannabis voor eigen gebruik gold niet langer als misdrijf, maar als overtreding. Vanuit de geestelijke

717 Van Ree 2007, 21-33, 81-91. Al in 1947 liet J.H. van den Berg zich mescaline toedienen om kunstmatig psychotische verschijnselen op te wekken, waarover hij in 1951 in de vakliteratuur verslag uitbracht. In 1997 ondertekende Van Ree een open brief waarin werd gepleit voor legalisering van harddrugs, waarbij hij liet weten dat hij zelf xtc had uitgeprobeerd. Zie Snelders 2000, 216-218, 229.

718 Snelders 2000, passim. Het toenemende gebruik van dergelijke middelen vanaf de tweede helft van de jaren zestig buiten de medische wereld en de associatie van drugs met de alternatieve jeugdcultuur alsook het gevaar van verslaving leidden er in 1966 toe dat lsd en enkele andere hallucinogenen onder de Opiumwet kwamen te vallen. Psychiaters moesten voortaan verlof aanvragen bij het Staatstoezicht op de Volksgezondheid voor het therapeutische gebruik ervan. Van Rhijn, Arendsen Hein en Bastiaans vroegen en kregen die toestemming.

719 De Kort 1995, 179-197, 206, 225, 264-266, 277; Cohen 1968; Nationale Federatie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1970; Heerma van Voss 1976, 326.

gezondheidszorg kwam een pleidooi voor een medische en sociale aanpak van harddrugsverslaafden. In Amsterdam was de Jellinekkliniek al in 1968 begonnen met de verstrekking van methadon aan heroïneverslaafden. Met de zogenaamde Methadonbrief, die de Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid in 1981 aan alle artsen stuurde, kreeg deze benadering min of meer officiële ruggensteun. Het voornemen van de gemeente Amsterdam om heroïne aan verslaafden te verstrekken ging de Inspectie echter te ver.[720]

Psychiaters slaagden er in de jaren zestig en zeventig in om voorheen verzwegen en gevoelige kwesties bespreekbaar te maken. Enerzijds knoopten ze daarbij aan bij waarden die hervormingsgezinde psychohygiënisten al in de jaren vijftig hadden uitgedragen, anderzijds omarmden zij de democratiserings- en emancipatiecultuur van de jaren zeventig. Bespreekbaarheid en openheid maakten een eind aan taboes en schijnheiligheid, en effenden de weg voor begrip, tolerantie en bevrijding, maar vereisten tegelijkertijd verantwoordelijkheidsbesef, een gewetensvolle standpuntbepaling, een oprecht gemeende uitwisseling van argumenten en de bereidwilligheid van mensen om naar elkaar te luisteren en om zich in elkaar te verplaatsen. In 'een wereld van mondige mensen', aldus Van den Hoofdakker, konden de arts en vooral de psychiater alleen goed functioneren door oude gedragspatronen, vooroordelen en overgeleverde morele voorschriften ter discussie te stellen en dat was alleen mogelijk door te 'praten, praten, praten'.[721]

De moraal van openheid en bespreekbaarheid, die in Nederland de basis ging vormen van het gedoogbeleid op het gebied van seksualiteit, euthanasie, abortus, prostitutie en drugs, was in de psychiatrische gedachtegang het tegendeel van vrijblijvendheid. Het ging erom heimelijk misbruik van vrijheden tegen te gaan en deze zorgvuldig, in goed vertrouwen, in nauw onderling overleg met inspraak van de betrokkenen en onder deskundige begeleiding te beheersen en te kanaliseren. In een open en egalitaire samenleving zouden mondige, tolerante en maatschappelijk betrokken burgers in staat moeten zijn de waarheid onder ogen te zien, een rationele afweging te maken, gedetailleerde regelgeving flexibel toe te passen, hun emoties te reguleren, door middel van onderhandeling en begrip tot weloverwogen beslissingen te komen en daarover in de openbaarheid verantwoording af te leggen. In zowel ethisch als psychologisch opzicht stelde deze publieke moraal, die nauw aansloot bij het psychotherapeutische ethos, hoge eisen aan mensen. Weliswaar was 'burgerlijk' bijkans een scheldwoord geworden in de jaren zestig en zeventig, maar het ontbrak de pleitbezorgers van het democratiserings- en emancipatiestreven met hun hoge maatstaven ten aanzien van het samenleven van Nederlanders zeker niet aan bevlogen burgerzin. Burgers dien-

720 Staatstoezicht op de Volksgezondheid 1982b; Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1985.

721 Van den Hoofdakker 1971 [1970], 50.

722 Van den Bergh et al. 1970, 15, 19, 22, 26; Zahn 1989, 52; Hendin 1996, 134, 136; Vandermeersch 1990, 63, 66; De Rooy 2002, 240; Kennedy 2002; Blok 2004, 39, 47, 165, 204; Kennedy 2005, 17.

den mondig te zijn en zelf de volle verantwoordelijkheid te nemen voor hun bestaan. Ondanks de nadruk die veel psychiaters en andere hulpverleners legden op de invloed van de sociale omgeving, veronderstelden zij dat mensen ervoor konden kiezen om zichzelf vrij te maken en zichzelf te ontplooien.[722]

4.6 De ambulante geestelijke gezondheidszorg: expansie en reorganisatie

Groei en bloei van de ambulante voorzieningen

In de jaren vijftig en zestig hadden de ambulante voorzieningen een geleidelijke, maar relatief bescheiden groei doorgemaakt en was hun omvang vergeleken met die van de intramurale psychiatrie klein. Vanaf omstreeks 1970 was de uitbreiding echter explosief. Terwijl de totale uitgaven voor de ambulante sector rond 1950 ongeveer 2,5 miljoen gulden per jaar bedroegen, stegen deze tussen 1965 en 1980 van rond de 20 naar ongeveer 350 miljoen gulden.[723] Het aantal arbeidsplaatsen nam tussen 1950 en 1980 toe van hooguit 200 naar meer dan 3000.[724] Meer en grootschaliger professionele voorzieningen die steeds grotere aantallen cliënten bedienden – dat was de overheersende trend in de jaren 1965-1981. De door de protestbewegingen van de jaren zestig geïnspireerde kritiek op het paternalisme van deskundigen en de vermeende ondemocratische verhoudingen in de hulpverlening verhinderden geenszins dat steeds meer mensen voor hun persoonlijke moeilijkheden psychosociale, psychotherapeutische en psychiatrische hulp zochten. Deze ontwikkeling was overigens niet uniek voor de geestelijke gezondheidszorg. De jaren zeventig gaven meer in het algemeen een aanwas en verhoogde activiteit te zien van dienstverlenende beroepen: naast medici, psychologen en maatschappelijk werkers ook juristen. De verhoudingen tussen burgers onderling en tussen burgers en de overheid werden in toenemende mate geformaliseerd en in contracten vastgelegd. Wat hierdoor ook werd bevorderd was het belang van verbale vaardigheid in het maatschappelijk verkeer.[725]

Het stijgende aanzien van de ambulante geestelijke gezondheidszorg kwam tot uitdrukking in de *Gids voor de Geestelijke Gezondheidszorg*. Terwijl tot in de jaren zestig de vermelding van de intramurale instellingen voorafging aan die van de extramurale voorzieningen, werd deze volgorde in de uitgave van 1981 omgedraaid. Als gevolg van fusies en schaalvergroting nam de hoeveelheid vestigingen van SPD, CAD, BLGV[726] en MOB tussen 1965 en 1981 licht af, maar andere

723 Festen et al. 1997, 40; Bakker en Van der Velden 2004a, 65; vergelijk Schuyt en Taverne 2000, 380.
724 Festen et al. 1997, 40; Aarsen 1985, 46-47.
725 Schuyt en Taverne 2000, 281; Schuyt 2001, 31; Bommeljé 2002, 34-35.
726 De benaming Bureau voor Levens- en Gezinsmoeilijkheden (BLGM) veranderde begin jaren zeventig in Bureau voor Levens- en Gezinsvragen (BLGV).

bestaande ambulante psychiatrische en psychotherapeutische voorzieningen namen sterk in aantal toe. Eind jaren zestig bedroeg het aantal instellingen en spreekuuradressen van de SPD 35 en 208, het CAD 19 en 95, het BLGV 67 en 72 en het MOB 73 en 105. De SPD'en en CAD's waren overwegend op neutrale basis georganiseerd, terwijl de meerderheid van de BLGM's een confessionele grondslag had en van de MOB's de neutrale en de confessionele bureaus elkaar in evenwicht hielden. Rond 1980 kende de SPD 40 instellingen en 84 spreekuuradressen, het CAD 25 en 91, het BLGV 43 en 67 en het MOB 55 en 94.[727] Zoals we eerder zagen kregen de meeste psychiatrische ziekenhuizen en psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen in de loop van de jaren zestig en zeventig poliklinieken.[728] Hun werkzaamheden, waaronder voor- en nazorg, overlapten met die van de SPD'en en enkele boden onderdak aan een IMP.

Naast de IMP'en, waarvan het aantal van 3 tot 25 steeg, vertoonden enkele nieuwe organisaties die onder de ambulante geestelijke gezondheidszorg werden geschaard, hoewel er geen psychiaters werkzaam waren, de sterkste aanwas.[729] In 1981 bestonden er 53 vestigingen van het Jongeren Advies Centrum (JAC) en Release. Deze instellingen waren vanaf het eind van de jaren zestig met subsidie van het Ministerie van CRM ontstaan om deels met vrijwilligers op basis van 'bewustwording' en de eigen belevingswereld van jongeren 'maatschappijkritische' hulp en ondersteuning bij actievoering te bieden.[730] Ook op het gebied van de drugshulpverlening ontwikkelden zich naast de al bestaande CAD's diverse alternatieve, vaak door het Ministerie van CRM gesubsidieerde (zelf)hulporganisaties, die zich niet zozeer richtten op de bestrijding van het drugsgebruik, als wel op een verbetering van de levensomstandigheden van verslaafden.[731] Terwijl de consultatiebureaus van de NVSH, die zich toelegden op geboorteregeling, eerder geen of slechts summiere vermelding kregen in de *Gids voor de Geestelijke Gezondheidszorg*, waren in de editie van 1981 de adressen van 40 Rutgershuizen alsmede 8 consultatiebureaus van de PSVG opgenomen. Deze boden behalve raad bij anticonceptie ook psychosociale hulp bij seksuele problemen.[732] In 1974 gingen de eerste Bureaus Vertrouwensarts inzake Kindermishandeling, waarbij behalve artsen ook maatschappelijk werkers betrokken waren, van start.[733]

Verder maakte de *Gids* van 1981 melding van 5 stichtingen voor therapeutische gezinsverpleging met 150 plaatsen en 40 vestigingen van het Fiom, de Nederlandse Vereniging van Organisaties voor Hulpverlening bij Zwangerschap en Alleenstaand Ouderschap, die in 1975 was ontstaan uit een fusie van een drietal

727 Nationale Federatie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1965a, II: 20-40, 59-64, 68-75, 241-252; Nationaal Centrum voor Geestelijke Volksgezondheid 1981, 43-241.

728 Zie 4.3, paragraaf 'Differentiatie en deconcentratie'.

729 Nationale Federatie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1965a, II: 11, 223-224, 159; Nationaal Centrum voor Geestelijke Volksgezondheid 1981, 21, 43-241.

730 Mac Gillavry 1969; Romme 1978b, 127.

731 Hoekstra 1984; De Kort 1995, 236-241.

732 Nationaal Centrum voor Geestelijke Volksgezondheid 1981, 23.

733 Nederlands centrum voor Geestelijke volksgezondheid 1987, 66.

oudere verenigingen.[734] Voor vrouwen kwamen er aparte hulpverleningsinstellingen, waaronder centra voor vrouwentherapie.[735] In 1980 ontstond in Haarlem het eerste 'wegloophuis' voor psychiatrische patiënten uit psychiatrische ziekenhuizen. In 1987 bestonden er tien van dergelijke tehuizen.[736] Overigens waren in de *Gids* van 1981 verschillende instellingen verdwenen die daarvoor wel vermelding kregen: sociaal-pedagogische diensten (voorheen de BLO-nazorgdiensten), consultatie- en adviesbureaus voor geestelijk gehandicapte kinderen, schoolpsychologische diensten, bureaus voor beroepskeuzevoorlichting, consultatiebureaus voor epileptici, beschutte werkplaatsen, tehuizen voor thuislozen en telefonische hulpdiensten.[737]

Van de instellingen die tot de kern van de ambulante geestelijke gezondheidszorg behoorden en die zich in 1972 verenigden in de Nederlandse Vereniging voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg – SPD, MOB, BLGV, IMP en CAD – waren de SPD'en gemeten naar het aantal hulpverleners (tegen de 1700) rond 1980 het omvangrijkst, gevolgd door de CAD's (ongeveer 900), de MOB's (ruim 800), de IMP'en (bijna 500) en de BLGV's (rond 400).[738] Hoewel de cijfers over het aantal cliënten vóór de jaren tachtig schaars zijn, kan aangenomen worden dat de SPD'en van alle ambulante instellingen ook de meeste cliënten kenden. Begin jaren zeventig stonden jaarlijks naar schatting tussen de 70.000 en 90.000 patiënten bij de SPD'en ingeschreven.[739] In 1975 kostten alle SPD'en 93 miljoen gulden, terwijl de uitgaven voor de MOB's, de BLGV's, de CAD's en de IMP'en respectievelijk 33, 22, 16 en 15 miljoen gulden bedroegen.[740]

Niet alleen het aantal hulpverleners, maar ook hun professionele diversiteit nam toe. In de jaren veertig en vijftig domineerden psychiaters, psychiatrisch-sociaal werksters en sociaal psychiatrisch verpleegkundigen het werkveld. Vanaf de jaren zestig kregen zij gezelschap van een groeiend aantal psychologen, gespecialiseerde psychotherapeuten, maatschappelijk werkers, pedagogen, seksuologen, andragogen en sociologen. Van de in totaal bijna 3400 hulpverleners die in 1981 werkzaam waren bij een SPD, MOB, BLGV of IMP hadden ruim 600 een medische, meer dan 800 een sociaal-wetenschappelijke (inclusief psychologische) en rond 1750 een agogische opleiding, voor het merendeel op de terreinen van maatschappelijk werk en sociaal-psychiatrische verpleegkunde. Medici vormden een minderheid in deze instellingen: in de IMP'en maakten zij ongeveer een derde van het personeelsbestand uit, in SPD'en ongeveer een kwart, in de MOB's omstreeks 12 procent en in de BLGV's iets meer dan 5 procent. De meerderheid van de aan

734 Nationaal centrum voor Geestelijke volksgezondheid 1981, 16, 24, 43-241.
735 Nederlands centrum voor Geestelijke volksgezondheid 1987, 62-66.
736 Nederlands centrum voor Geestelijke volksgezondheid 1987, 63.
737 Vergelijk Nationale Federatie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1965a, II: 45-46, 54-56, 76-77, 127-128, 176-177, 201-215, 259-263, 265-271 en Nationaal Centrum voor Geestelijke Volksgezondheid 1981, 5.
738 Aarsen 1985, 50; Hoekstra 1984, 787; vergelijk Van der Grinten 1976, 586.
739 Romme 1973, 128; vergelijk Touw 1974, 251.
740 Weterman s.a. [1975], 15-18.

SPD, MOB en BLGV verbonden hulpverleners was afkomstig uit het maatschappelijk werk of de sociaal-psychiatrische verpleegkunde.[741] Hiermee beantwoordde de ambulante sector aan het model zoals Trimbos dat in zijn proefschrift had geschilderd: een psychosociaal werkveld waarin de psychiatrie slechts een onderdeel was, de sociale wetenschappen een belangrijke inbreng hadden en een multidisciplinaire aanpak en teambenadering de toon aangaven. Weliswaar viel de ambulante sector met uitzondering van de BLGV's beleidsmatig onder het Ministerie van Volksgezondheid en Milieu, maar het medische karakter verdween verder naar de achtergrond.[742]

Hetzelfde gold overigens voor de sociaal-activistische oriëntatie. Ondanks de retoriek werd daar nauwelijks concrete invulling aan gegeven.[743] Zo stelde een medewerker van een in 1972 opgericht Psycho-Hygiënisch Team voor Jongeren in Breda:

> ——— *We voerden verhitte discussies over de politieke implicaties van onze hulpverlening: moesten die jongeren wel werken en zich maatschappelijk aanpassen? [...] We stonden altijd achter de jongere die koos voor eigen autonomie ten opzichte van ouders of school. [...] Achteraf denk ik dat we met dit soort experimenten en al dat praten vaak weinig oplosten.*[744]

Sommige hulpverleners gingen zich van de weeromstuit meer met zichzelf en elkaar dan met hun cliënten bezighouden. Zo meldde het MOB in Noord-Oost Brabant begin jaren zeventig dat de staf uitgebreid was gaan praten over het eigen functioneren – 'ik en mijn onmacht' – wat in het belang zou zijn voor zowel de cliënt als het eigen welbevinden. 'Geleidelijk aan slaagden we erin het accent te verleggen naar onszelf. [...] onze eigen groei is primair en dat geldt zowel voor ons persoonlijk als voor het team.'[745]

Al in 1971 wees Trimbos erop dat het verband tussen maatschappelijke misstanden en individuele stoornissen in de praktijk van de hulpverlening moeilijk was aan te tonen en dat sociale actie er niet toe mocht leiden dat individuele cliënten in de kou kwamen te staan.[746] Ook Lumeij relativeerde de mogelijkheid om vanuit de geestelijke gezondheidszorg de maatschappij te veranderen al gauw: 'Wat we willen, is eigenlijk onvoorstelbaar pretentieus: op wetenschappelijke wijze de loop der geschiedenis naar onze hand zetten en in constructieve zin ombuigen, terwijl we in de verste verte niet weten welke krachten deze loop bepalen, laat staan hoe we ze kunnen beïnvloeden.'[747] Volgens hem was het contraproductief om de op het individu gerichte en de maatschappijkritische geestelijke gezondheidszorg tegen elkaar uit te spelen. Het sociaal-politieke engage-

741 Aarsen 1985, 46-47, 50; vergelijk Wiegersma 1967. Van 199 IMP-medewerkers was de disciplinaire achtergrond onbekend.
742 Schnabel 1982a, 26; Van Lieshout 1985b, 1259.
743 Van Beusekom 1971.
744 Willemsen 2001, 157, 163.
745 L.M.O.B.-team 1972, 356-357, 359; vergelijk Van Oosten 1980.
746 Trimbos 1971a.
747 Lumeij 1972, 475.

ment van veel hulpverleners was omstreeks 1980 op zijn retour en ze kwamen ook terug op hun toenadering tot de kritische welzijnszorg. De ideologische bevlogenheid maakte in de loop van de jaren zeventig geleidelijk plaats voor een meer praktische en professionele instelling en verwetenschappelijking. Dit laatste bleek uit de veranderende inhoud van het *Maandblad (voor de) Geestelijke Volksgezondheid*, waarin tot dan toe vooral hulpverleners vanuit hun directe betrokkenheid bij de praktijk schreven over hun werkzaamheden en cliënten. Nu kregen veelal sociaal-wetenschappelijk geschoolde auteurs de overhand, die de hulpverlening tot object van systematisch onderzoek maakten en daarover meer gedistantieerd schreven.[748]

De bevordering van de geestelijke volksgezondheid in de gehele maatschappij en de bestrijding van de sociale oorzaken van psychisch leed bleken in de hulpverleningspraktijk moeilijk te realiseren idealen. Het preventiestreven, dat een vooraanstaande plaats innam in het maatschappijkritische denken over geestelijke gezondheidszorg, bleef beperkt tot lokale en kleinschalige projecten en het werd gehinderd door het ontbreken van wetenschappelijke onderbouwing in de vorm van epidemiologisch onderzoek.[749] De oplossing van de vermeende welzijnsnood in de samenleving bleek te hoog gegrepen en de geestelijke gezondheidszorg spitste zich weer toe op het individu en diens naaste omgeving.[750] Het democratiserings- en emancipatiestreven bleef wel van betekenis voor de verhouding tussen hulpverlener en cliënt. Symptomatisch was het nu gangbare gebruik van de term 'cliënt', die al in de jaren vijftig was geïntroduceerd, teneinde afstand te nemen van het medische karakter en de hiërarchische verhouding tussen professionele hulpverleners en hulpvragers. Een bevoogdende en opdringerige houding van de deskundige ten aanzien van de leek was niet meer passend. Mede dankzij het optreden van de patiëntenbeweging in de psychiatrie werden cliënten meer en meer tegemoet getreden als mondige en verantwoordelijke burgers met een onvervreemdbaar recht op zelfbeschikking en deskundige hulp. Hun hulpvraag diende centraal te staan en de voornaamste taak van de professionele hulpverlener zou zijn deze in goed overleg met de cliënt te vertalen in een behandelbaar probleem.[751]

De maatschappijkritiek in de geestelijke gezondheidszorg verdween vanaf het eind van de jaren zeventig geleidelijk naar de achtergrond. Het veranderende sociaal-politieke klimaat was daar mede debet aan. Tot dan toe bestond in Nederland een groot vertrouwen in de idee dat de sociale verhoudingen en daarmee ook het persoonlijke leven bewust in een gewenste richting konden worden vormgegeven. Met het progressieve elan van het kabinet Den Uyl, dat de welzijnszorg

748 Van Lieshout 1985b, 1264, 1272. De oplage van het blad, van 1946 tot 1969 *Maandblad voor de Geestelijke Volksgezondheid*, vanaf 1969 *Maandblad Geestelijke volksgezondheid* geheten, steeg tussen 1970 en 1980 van ruim vierduizend naar meer dan negenduizend. Heerma van Voss 1985b, 1333.

749 Van der Grinten 1979; vergelijk Dekker 1971 en Onland 1978.

750 Schnabel 1995, 51.

751 Mol en Van Lieshout 1989, 121, 127–128, 230.

inzette om de samenleving zodanig te veranderen dat individuen zich optimaal zouden kunnen ontplooien, vierde het maakbaarheidsoptimisme hoogtij. Den Uyls regeerperiode markeerde echter tevens een ommekeer in het economische en politieke klimaat. In 1973 kwam er met de oliecrisis een eind aan een kwart eeuw van economische groei en in de daarop volgende jaren drong de noodzaak zich op om de stijging van de collectieve uitgaven in te perken.

Bovendien werden in het kielzog van de protestbeweging van de jaren zestig en de regeringswisseling in 1977, waardoor een centrumrechts kabinet onder leiding van Van Agt aantrad, vraagtekens geplaatst bij de veronderstelling dat de maatschappij van bovenaf, door middel van gericht beleid te plannen was. Zowel in linkse als liberale kringen groeide de weerzin tegen bureaucratisering, professionalisering en een alles bedillende overheid. Rationele beheersing en sociale maakbaarheid, die in de geleide economie en democratie van de wederopbouwperiode en ook in het hervormingsbeleid van het kabinet Den Uyl vanzelfsprekend waren geweest, stonden op gespannen voet met de voortschrijdende democratisering en individualisering alsook met de door de tegencultuur gepredikte spontaniteit en kleinschaligheid. De geleide zelfontplooiing, het burgerschapsideaal dat tot halverwege de jaren zestig de toon aangaf, had plaatsgemaakt voor het ideaal van de spontane zelfontplooiing. Naarmate de nadruk daarin sterker kwam te liggen op het persoonlijke gevoelsleven en de individuele zelfverwezenlijking boette de maatschappijkritische dimensie van de spontane zelfontplooiing aan invloed in. Het streven naar zelfontplooiing door middel van sociale verandering maakte plaats voor een consumptief georiënteerd individualisme. Voor zover er nog sprake was van geloof in maakbaarheid spitste zich dat toe op het autonome zelf, los van de maatschappelijke omstandigheden. In het laatste nummer van 1979 riep het weekblad *De Haagse Post* de jaren zeventig uit tot het 'ik-tijdperk'.[752]

Eind jaren zeventig ebde het revolutionaire elan weg en deden zich in de politiek restauratieve tendensen voor. Den Uyls opvolger, Van Agt, riep op tot een 'ethisch reveil', waarmee hij en zijn geestverwanten de weerzin vertolkten tegen de culturele revolutie. De legalisering van abortus groeide uit tot een strijdpunt waar de verschillende mens- en maatschappijopvattingen – individuele zelfbeschikking van de vrouw versus deskundige en morele bevoogding – frontaal met elkaar botsten.[753] Desondanks zetten de sociale democratisering en de liberalisering op het gebied van levensbeschouwing, leefstijl, omgangsvormen, de emancipatie van vrouwen, jongeren en homoseksuelen, huwelijk, seksualiteit, voortplanting en opvoeding zich gestaag en in gematigde vorm door met behoud van bepaalde burgerlijke middenklassenwaarden. Uit enquêtes bleek dat de meerderheid van de Nederlanders zich bleef hechten aan werk, bezit en gezin. Daarnaast

752 Duyvendak 1999; Tonkens 1999; Schuyt en Taverne 2000, 381, 403; vergelijk Duyvendak en De Haan 1997; Ester, Geurts en Vermeulen 1997; G. de Vries 1996.

753 De Bruijn 1979, 203–232.

nam hun waardering van gezondheid en persoonlijk welzijn sterk toe.[754] Mede onder invloed van de voortschrijdende ontkerkelijking, de toegenomen materiële welvaart en het verhoogde onderwijspeil lieten mensen zich sterker leiden door hun persoonlijke voorkeur in plaats van traditie, economische noodzaak of de groep waartoe ze behoorden, niet alleen in hun privéleven, maar ook wat hun sociale en politieke engagement betreft.[755] Het stemgedrag werd minder dan voorheen bepaald door geloof en klasse, terwijl buitenparlementaire actiegroepen en bewegingen op het gebied van oorlog en vrede, derde wereld en natuur en milieu meer aanhang kregen.[756]

Het psychotherapeutisch bedrijf

Het sociale model dat rond 1970 in de ambulante geestelijke gezondheidszorg luidruchtig opgang maakte, verdween al gauw naar de achtergrond om plaats te maken voor een psychotherapeutisch ethos. Terwijl in de wederopbouwperiode het MOB en het BLGM het gezicht van de ambulante sector bepaalden, waren de jaren zeventig het hoogtij van het IMP. In het midden van jaren zestig bestonden er vijf IMP'en – in Amsterdam (1940), Utrecht (1953), Leeuwarden (1963), Groningen (1966) en Den Haag (1967) – en dat waren er in 1981 25 geworden. Daarvan waren er 6 gevestigd in poliklinieken van psychiatrische ziekenhuizen.[757] Niet alleen hun aantal, ook de omvang van enkele grootstedelijke vestigingen nam toe. Het Amsterdamse IMP groeide uit tot een van de grootste psychotherapeutische instituten ter wereld: tussen 1965 en 1975 steeg het aantal medewerkers van 73 naar zo'n 270 en het aantal cliënten van rond de 200 naar ongeveer 2500.[758] De 3 IMP'en die begin jaren tachtig in Amsterdam psychotherapie verzorgden, namen 40 procent van de totale IMP-capaciteit in Nederland voor hun rekening.[759]

De snelle uitbreiding van de clientèle werd mogelijk door de financiering uit collectieve middelen: eerst de Algemene Bijstandswet (1965), de Wet Arbeidsongeschiktheidsverzekering voor werknemers (WAO, 1967) en de Algemene Arbeidsongeschiktheidswet voor zelfstandigen (AAW, 1976), regelingen die niet specifiek voor gezondheidszorg waren bedoeld. De achterliggende reden voor de financiering op basis van de arbeidsongeschiktheidswetten was de stijging van het ziek-

754 Middendorp 1979, 169-170; Felling, Peters en Schreuder 1983; De Jong 1983; Ester en Nauta 1989; Van Deth 1989, 54; Wouters 1990, 96-149; Ester, Halman en De Moor 1993, 57-58, 114; Ester en Halman 1994; Blom 1996; Inglehart 1997, 277-279, 366-380; Aerts 1998; Van den Brink 1999, 551; Van Praag en Uitterhoeve 1999, 109-113; Van Schoonhoven 1999; Uitterhoeve 2000, 27.

755 Righart 1995, 59; Van Praag en Uitterhoeve 1999, 51-54, 113; Van Schoonhoven 1999, 14; Van den Brink 1999; Van Schoonhoven 1999; Selten 2001, 85.

756 Uitterhoeve 2000, 19; Koole 2001.

757 Romme 1984, 374; Schagen 1985, 22; Aarsen 1985, 5; Lemmens en Schnabel 1994, 12.

758 Dijkstra en Donselaar 1988a, 2; Lemmens en Schnabel 1994, 12. Veel medewerkers van de IMP'en werkten tot in de jaren zeventig niet in vast dienstverband en waren in feite (deels) zelfstandig gevestigd. Vanaf de tweede helft van de jaren zeventig kwamen er meer vaste dienstverbanden. Zie Schagen 1985, 121.

759 Schagen 1985, 22.

teverzuim vanwege psychische klachten vanaf het midden van de jaren zestig. Vanaf 1980 bekostigde de AWBZ psychotherapie, aanvankelijk alleen in een instituut, maar vanaf omstreeks 1990 ook de behandeling door vrijgevestigde psychotherapeuten, die, voor zover het om artsen ging, voorheen waren gefinancierd via het ziekenfonds en particuliere ziektekostenverzekeringen. Behalve in IMP'en en particuliere praktijken vonden diverse psychotherapeutische behandelwijzen ook toepassing in andere ambulante instellingen, vooral in de MOB's en de BLGV's, waarin 10 procent van de hulpverleners zich hierop toelegde, en in mindere mate in de CAD's, SPD'en en psychiatrische poliklinieken, waarin het aandeel van de psychotherapeuten beneden de 2,5 procent van het personeelsbestand bleef steken.[760] Ambulante psychotherapie werd verder bedreven in enkele categorale voorzieningen voor studenten (de studentenpsychologen) en homoseksuelen (de Schorerstichting). In 1981 ondergingen meer dan 30.000 mensen een ambulante psychotherapeutische behandeling, van wie de 25 IMP'en ruim de helft en andere ambulante instellingen, inclusief de poliklinieken, het resterende deel voor hun rekening namen.[761]

Niet alleen de financiering door middel van sociale verzekeringswetten, die de toegankelijkheid van de psychotherapie vergrootte, maar ook de verruiming van het aanbod als gevolg van de beroepsmatige verbreding ervan werkte de groei in de hand. Psychotherapie was tot ontwikkeling gekomen in psychiatrische en in het bijzonder in psychoanalytische kringen. Vanaf 1966 stelde de Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie (NVPT), die sedert 1930 naast de psychoanalytische verenigingen het exclusief medische forum voor deze specialisatie vormde en vanaf eind jaren zestig de beroepsbelangen ging behartigen, het lidmaatschap officieel open voor klinisch psychologen die zich door middel van postdoctorale cursussen hiervoor kwalificeerden. Maatschappelijk werkers met een Voortgezette Opleiding volgden in 1973. Het ledental van de NVPT groeide tussen 1930 en 1970 van 30 naar 700, om vervolgens in de jaren zeventig meer dan te verdubbelen. Psychologen gingen toen tezamen met een kleiner aantal maatschappelijk werkers de psychiaters overvleugelen.[762]

Psychotherapie werd het voornaamste werkgebied van klinisch psychologen in de geestelijke gezondheidszorg. Het aantal als psychotherapeut werkzame psychologen groeide van 70 in 1963 naar 400 in 1972, ruim 1000 in 1979 en rond 1500 in 1985.[763] Van de ongeveer 1450 gewone en aspirant-leden van de NVPT had in 1980 ruim 70 procent een niet-medische achtergrond.[764] Ook binnen de IMP'en kregen zij voet aan de grond en het begrip multidisciplinair verving eind jaren zestig de term medisch in hun naamsaanduiding. In 1975 werkten aan het Amsterdamse IMP meer psychologen (125) dan psychiaters (116) en andere IMP'en gaven hetzelfde beeld te zien.[765] De opmars van de psychologen in de geestelijke

760 Aarsen 1985, 45-47.
761 Aarsen 1985, 79; Schagen 1985, 23.
762 Aarsen 1980, 1029-1030.
763 Hutschemaekers 1993a, 1180.
764 Schnabel 1982a, 60.
765 Brinkgreve, Onland en De Swaan 1979, 93; Aarsen 1985, 50.

IMP in Amsterdam, waarschijnlijk eind jaren zeventig, begin jaren tachtig.

gezondheidszorg in het algemeen en de psychotherapie in het bijzonder werd in de hand gewerkt door de explosieve groei van deze beroepsgroep – tussen 1963 en 1980 een vertienvoudiging van ongeveer 850 tot zo'n 8500, een aantal dat in het daarop volgende decennium verder opliep tot rond de 20.000. Een groot deel van hen had zich gespecialiseerd in de op hulpverlening en behandeling gerichte klinische psychologie.[766] Behalve psychologen en maatschappelijk werkers gingen ook kleinere aantallen andragogen, pedagogen en sociologen psychotherapie bedrijven.

Met de doorbreking van het medisch monopolie en de toename van het aantal niet-medisch opgeleide therapeuten namen de diversiteit van de therapievormen en hun theoretische onderbouwing toe. Zolang psychiaters praktisch het alleenrecht op psychotherapie hadden, gaf de psychoanalyse de toon aan. Psychologen daarentegen introduceerden de non-directieve of rogeriaanse therapie en de gedrags- en systeemtherapie. Deze werden gevolgd door een scala aan nieuwe therapeutische methoden en technieken, die deels werden toegepast binnen de reguliere geestelijke gezondheidszorg, dat wil zeggen door de officiële beroepsverenigingen en de verzekeringsinstanties erkende hulpverlening, en deels op de vrije markt in een alternatief circuit door al dan niet academisch opgeleide behandelaars: relatie-, gezins- en groepstherapieën, Gestalttherapie, sensitivitytrainingen, bio-energetica, psychodrama, encounter- en groeigroepen, hypnose en op mystieke en Oosterse religieuze stromingen gebaseerde richtingen. Vele daarvan waren laagdrempelig in vergelijking met de langdurige en kostbare psychoanalytische therapie en ze droegen sterk bij tot de uitbreiding van de clientèle. Vooral de systeem-, gezins- en relatietherapieën, die ook maatschappelijk werkers beoefenden en waarin de nadruk lag op communicatie- en interactiepatronen, namen een hoge vlucht. Het ledental van de Nederlandse Vereniging voor Groepstherapie groeide van 60 begin jaren zestig tot 1700 omstreeks 1980.[767]

Vanaf de tweede helft van de jaren zestig profileerden psychotherapeuten hun behandelmethode als een aparte beroepsexpertise en benadrukten zij het onderscheid tussen wat zij als een professionele aanpak en beunhazerij op dit terrein beschouwden.[768] De NVPT, die zich opwierp als de overkoepelende belangenorganisatie voor de diverse specialistische psychotherapieverenigingen, speelde een belangrijke rol in de ontwikkeling van psychotherapie als apart vak. Aangezien de NVPT een breed palet aan stromingen vertegenwoordigde werd de in overleg met de NVPN in 1973 opgestelde definitie van psychotherapie abstract gehouden: 'het op wetenschappelijk verantwoorde wijze behandelen […] door middel

766 Veldkamp en Van Drunen 1988, 58, vergelijk 50, 59-61; Van Strien 1993, 66, 118. In de tweede helft van de jaren zeventig ontstond een overschot aan psychologen. Dit leidde tot pogingen om het arbeidsterrein uit te breiden, bijvoorbeeld in de richting van de eerstelijnsgezondheidszorg, in het bijzonder voor de behandeling van psychosociale klachten. Het Ziekenfonds weigerde deze vorm van hulpverlening te financieren, waardoor het aantal eerstelijnsgezondheidspsychologen beperkt bleef tot rond tweehonderd in 1984. Veldkamp en Van Drunen 1988, 116.

767 De Boer en Boutellier 1982, 347; Reijzer 1980, 308.

768 Dijkhuis 1965; Hellinga 1981; Heerma van Voss 1981b.

Therapiegesprek op IMP Nijmegen, waarschijnlijk omstreeks 1980.

van het op methodische wijze vestigen, structureren en hanteren van een relatie'.[769] Aangezien wettelijke regels omtrent opleiding en bevoegdheid ontbraken en psychotherapeuten hun ambities niet binnen de bestaande psychiatrische en psychologische beroepsverenigingen, de NVPN en het Nederlands Instituut van Praktiserende Psychologen, sinds 1967 Nederlands Instituut van Psychologen (NIP) geheten, wisten te realiseren, kon de NVPT het initiatief naar zich toetrekken.[770]

Dat de psychiatrische en psychologische beroepsverenigingen zich terughoudend opstelden ten aanzien van de aspiraties van psychotherapeuten, had verschillende redenen. De psychiaters, die psychotherapie als onderdeel van hun beroep beschouwden, zagen zich geconfronteerd met concurrentie van psychologen. Vooral in de IMP'en gingen zij de psychiaters getalsmatig overvleugelen. Aangezien psychiaters op basis van hun opleiding gekwalificeerde psychotherapeuten zouden zijn, achtte de NVP(N) aparte psychotherapeutische scholing niet nodig. Ook wees de vereniging het streven van de NVPT naar financiering van de instituutspsychotherapie door het ziekenfonds af, omdat deze de vrijgevestigde psychiater-therapeuten uit de markt zou verdringen. Binnen de psychologische beroepsorganisatie, het NIP, bestond vrees voor interne splijting. In de jaren zestig deden zich spanningen voor tussen enerzijds de klinisch psychologen, die zich op de hulpverleningspraktijk richtten en die getalsmatig gingen domineren, en anderzijds de onderzoekers, die het wetenschappelijke gehalte van het vak bedreigd zagen en daarom hun eigen organisaties oprichtten. Klinisch psychologen streefden naar een aparte specialisatie psychotherapie voor psychologen door middel van een postdoctorale opleiding en een registratieregeling. Zij kregen echter geen steun van het bestuur van het NIP, dat de eenheid van de beroepsgroep wilde bewaren en geen confrontatie wilde aangaan met de psychiaters. Daarop zochten veel psychologen die psychotherapie bedreven, hun heil in de NVPT.[771]

De NVPT formuleerde duidelijke criteria voor het lidmaatschap teneinde psychotherapie af te bakenen en te beschermen tegen ondeskundigheid: een vooropleiding in de geneeskunde, klinische psychologie of het maatschappelijk werk alsmede algemene en specialistische scholing en praktijkervaring in de psychotherapie. Er kwam geen aparte universitaire psychotherapieopleiding. Een initiatief daartoe aan de Universiteit van Amsterdam van Van Dantzig, sinds 1971 hoogleraar psychotherapie aan de medische faculteit, en de hoogleraar psychologie J.T. Barendregt liep op niets uit.[772] In de jaren tachtig werd de scheiding tussen de universiteit en de beroepsopleiding tot psychotherapeut bezegeld door de instelling van Regionale Instituten voor Nascholing en Opleiding (RINO). De

769 Blankstein 1976, 102; Van Buul 1978, 738.

770 Van Buul 1978, 744; Trijsburg 1999; Hutschemaekers en Oosterhuis 2004.

771 Dijkhuis 1989; Veldkamp en Van Drunen 1988, 71-83; Wopereis 1988; Dehue 1990, 161-169.

772 Ziekenfondsraad 1980, 6-7; Schnabel 1982c. Van Dantzig vond dat psychiaters niet als vanzelfsprekend gekwalificeerd waren op het terrein van de psychotherapie.

NVPT bracht in 1973 door middel van een puntenstelsel enige ordening aan in het heterogene cursusaanbod van de psychotherapieverenigingen, de IMP'en en de universiteiten, maar dat nam niet weg dat er een grote verscheidenheid aan psychotherapeutische opleidingstrajecten bleef bestaan.[773] De combinatie van algemene kennis van verschillende vormen van psychotherapie en specialistische kennis van een of meer richtingen was voorwaarde voor erkenning en registratie door de NVPT. Deze hielden weliswaar geen wettelijke titelbescherming in, maar aangezien zowel IMP'en en andere instellingen als de financiers de kwaliteitseisen van de NVPT overnamen, kon de vereniging haar stempel drukken op het professionele ethos.[774] Als toonaangevende opleidingsinstituten trachtten met name de IMP'en de kwaliteit van de psychotherapie en daarmee ook de beroepsstatus van de beoefenaren te verhogen. Door bepaalde standaarden te stellen en zo de interne eenheid te bevorderen stuurden zowel de NVPT als de IMP'en aan op een verzelfstandiging van de psychotherapie als apart vak naast de moederdisciplines psychiatrie en psychologie. De psycholoog J.H. Dijkhuis, hoogleraar in de niet-medische psychotherapie in Utrecht, had dit al vanaf 1965 bepleit.[775]

Mede vanwege het streven naar uitbreiding van de publieke financiering van psychotherapie op basis van de AWBZ ontsponnen zich in de tweede helft van de jaren zeventig verhitte discussies over bevoegdheid, honorering en opleidingseisen op dit veelbelovende werkterrein. De professionalisering van de psychotherapie als apart vak werd gehinderd door de tegenstelling tussen psychiaters, voor wie deze verzelfstandiging een statusdaling betekende, en psychologen en maatschappelijk werkers, voor wie de beroepsprofilering een statusstijging in het vooruitzicht stelde.[776] Voor sommige psychiaters was het moeilijk te verkroppen dat ze de psychotherapeutische competentie met andere beroepsgroepen moesten delen; daardoor dreigde een steeds groter deel van de psychotherapiemarkt aan hen voorbij te gaan. Het kwam tot een confrontatie tussen enerzijds de IMP-therapeuten, behalve psychiaters voor het merendeel psychologen, en anderzijds vrijgevestigde psychiaters. Het conflict ging niet alleen om de vraag of psychotherapie uitsluitend een medisch-psychiatrische discipline of een aparte, van de psychiatrie onafhankelijke expertise moest zijn, maar vooral ook om de financiering ervan – de zogenaamde miljoenendans om de psychotherapie. Als medische behandeling kwam psychotherapie door (vrijgevestigde) psychiaters al langer in aanmerking voor een (beperkte) vergoeding uit het Ziekenfonds en de particuliere ziektekostenverzekeringen. Het aantal door het Ziekenfonds aan zenuwart-

773 De opleidingsgids van de NVPT vermeldde in 1980 87 cursussen waarvan IMP'en 54, universiteiten vijftien en de specialistische verenigingen twaalf aanboden. Huyts 1980, 183; Reijzer 1980.

774 Brinkgreve, Onland en De Swaan 1979, 83; Schnabel 1982a.

775 Dijkhuis 1965; vergelijk Dijkhuis 1974. Dijkhuis was ook een van de eersten die een tegengeluid lieten horen. Eind jaren zeventig stelde hij dat psychotherapie beter geen afzonderlijk beroep kon worden omdat het ging om een algemene vaardigheid waarover alle hulpverleners in de geestelijke gezondheidszorg dienden te beschikken. Dijkhuis 1978.

776 Lemmens en Schnabel 1994.

sen vergoede psychotherapiezittingen werd eind jaren zestig verhoogd van 15 tot 45 en in 1977 tot 90 per jaar. Ook de particuliere verzekeringen breidden de financiering uit.[777] De instituutspsychotherapeuten konden sinds het midden van de jaren zestig rekenen op financiering door middel van de Algemene Bijstandswet en de arbeidsongeschiktheidswetten.

Toen zowel de vrijgevestigde psychiaters als de IMP-therapeuten in 1977 probeerden om de financiering te verbreden – door bij de Ziekenfondsraad een aanvraag in te dienen voor een verruiming van de ziekenfondsvergoeding, respectievelijk onderbrenging van de instituutspsychotherapie in de AWBZ – en beide groepen daarbij aanspraak maakten op het alleenrecht om psychotherapie aan te bieden, kwam het tot een openlijke botsing. Psychiaters met particuliere praktijken die wilden voorkomen dat andere beroepsgroepen en de IMP'en hen uit de psychotherapeutische markt verdrongen, stelden dat alleen een medicus in staat was de juiste indicatie voor psychotherapie te stellen en de behandeling uit te voeren. De NVP kon moeilijk een eenduidig standpunt innemen omdat de beroepsorganisatie zowel IMP-therapeuten met een medische opleiding als vrijgevestigde psychiaters vertegenwoordigde. In de nota *Psychotherapie en Psychotherapeut* (1978) keerde de NVP zich tegen een monopoliepositie van de psychotherapeutische instituten en stelde zij dat psychotherapie tot het medische terrein behoorde waarop psychiaters qualitate qua bevoegd waren. Tegelijkertijd gaf het bestuur toe dat de psychotherapeutische scholing in de psychiatrische opleiding te wensen overliet – psychotherapie vormde geen speciaal aandachtsveld en de vaardigheid werd niet getoetst – en dat samenwerking in multidisciplinaire teams, zoals in het IMP, een belangrijke verworvenheid was. Daarmee erkende de NVP in feite dat het alleenrecht van psychiaters op psychotherapie een gepasseerd station was.[778]

Voor vrijgevestigde psychiaters was een dergelijk standpunt niet te verteren en zij richtten in 1977 de Vereniging van Nederlandse Psychiaters (VNP) op om hun claim op psychotherapie als een exclusief medische behandelwijze kracht bij te zetten. Deze vereniging telde ongeveer 275 leden, meer dan een kwart van alle actieve psychiaters.[779] De therapeuten van het IMP brachten op hun beurt naar voren dat psychiaters zonder specifieke psychotherapeutische opleiding geen enkel voordeel boden boven andere, niet-medisch opgeleide psychotherapeuten en dat psychotherapie slechts op behoorlijke wijze in interdisciplinair teamverband was uit te voeren. In feite zouden klinisch psychologen beter gekwalificeerd zijn dan psychiaters. Als 'vorm van agogisch handelen' was psychotherapie geen exclusief medische, maar een multidisciplinaire aangelegenheid, zo beklemtoonde de psycholoog H. Blankstein op de voorjaarsvergadering van de NVP in 1976, en vereiste zij kennis van verschillende vakgebieden: behalve van psychiatrie ook van psychologie, pedagogiek, andragogie, maatschappelijk werk, sociologie,

777 Kruisinga 1970, 5; Ziekenfondsraad 1980, 3.
778 Heerma van Voss 1979a.
779 Schnabel 1982a, 55. In 1994 ging de VNP weer op in de moedervereniging.

antropologie, filosofie, kunst en cultuur.[780] De meningsverschillen over de plaats van de psychotherapie in de ambulante geestelijke gezondheidszorg waren voor de Ziekenfondsraad aanleiding om de AWBZ-financiering vooralsnog af te wijzen.

De IMP'en, die zich met hun nadruk op professionaliteit, exclusiviteit, een verantwoorde methodiek en een strenge selectie van cliënten op geschiktheid opwierpen als kwaliteitsbewakers van de psychotherapie, stonden behalve met vrijgevestigde psychiaters ook op gespannen voet met therapeuten die in andere voorzieningen van de ambulante geestelijke gezondheidszorg werkzaam waren, zoals het MOB en het BLGV. Deze psychotherapeuten, die niet allemaal lid waren van de NVPT en die psychotherapie integreerden in het bredere palet van de psychosociale hulpverlening, gingen er op een lossere, meer pragmatische manier mee om en keerden zich tegen de pogingen van de IMP'en om hun strikte normen als maatstaf op te leggen. De uitgebreide selectie- en kwaliteitsbewakende procedures maakten behandeling op een IMP tot een kostbare aangelegenheid, terwijl het juist de moeilijk behandelbare cliënten vaak afschoof naar andere instellingen. Tegenover de pretenties van het IMP beriepen de medewerkers van het BLGV zich op hun grotere toegankelijkheid en cliëntgerichtheid en brachten zij naar voren dat de door hen toegepaste gedragstherapie korter duurde, effectiever was en minder geld kostte dan de inzichtgevende IMP-therapieën.[781]

Op de IMP'en waren de salarissen van niet-medische therapeuten gelijkgetrokken met die van psychiaters, terwijl hun vakgenoten in andere instellingen lager werden ingeschaald dan medici. Hierdoor dreigden de MOB's en de BLGV's psychotherapeutisch opgeleide psychologen en maatschappelijk werkers te verliezen aan de IMP'en. De pleidooien vanuit het IMP voor een autonome status voor de psychotherapie teneinde de kwaliteit ervan te garanderen, konden zich niet onttrekken aan de verdenking dat het hierbij ook om het eigen financiële voordeel en prestige ging. Economische belangen speelden een belangrijke rol in de strijd rond de psychotherapie.[782] Een en ander wekte nogal wat wrevel. Zo schreef de sociaal-psychiater J.A.F. Colaco Belmonte, die zelf eveneens bij een IMP werkzaam was, in het *Maandblad geestelijke volksgezondheid* dat de hoge salariëring van psychotherapeuten gezien de aard van hun werk niet was te rechtvaardigen:

> ——— *het optobben met een agressieve alcoholist is echt zwaarder dan drie kwartier spreken met een prettig gestoorde studente kunstgeschiedenis. Een overspannen huismoeder van het balkon afpraten, een voorziening treffen voor een plotseling psychotisch geworden Amerikaan die vanwege een tussenlanding op een vliegveld rondloopt, en tussendoor op het politiebureau cel in cel uit gaan*

780 Blankstein 1976, 104, 108.

781 Nederlandse Vereniging voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg 1978d; Nederlandse Vereniging voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg 1978e; Schagen 1985, 106; Fischer 1970; Ermers 1980.

782 Huijg, Veldkamp en Van der Zon 1976, 437; Mars et al. 1976; Kern 1977; Nederlandse Vereniging voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg 1978c; Lumeij 1978; Van Londen 1979, 207; Brinkgreve, Onland en De Swaan 1979, 82; Dijkhuis 1989, 1055; Festen et al. 1997, 70.

om verslaafden van hun onthoudingsverschijnselen af te helpen, is echt belastender dan het telkens op het hele uur in een doorgaans welingerichte spreekkamer ontvangen van neurotische cliënten. Effectief hulpverlenen in gevallen van kindermishandeling in een krottenwijk is echt moeilijker dan het luisteren naar de Weltschmerz van een 30-jarige architect met een goede baan.[783]

Wat de kwaliteitseisen betreft wisten de IMP-psychotherapeuten zich gesteund door overheidscommissies, die de opdracht hadden richtlijnen te formuleren voor de medische en psychotherapeutische beroepsuitoefening: de door regering ingestelde commissies De Vreeze, Baan en Verhagen, die in 1973, 1978 en 1980 met aanbevelingen kwamen.[784] Deze onderschreven het standpunt van de NVPT en de IMP'en dat de psychotherapeutische bevoegdheid niet exclusief medisch diende te zijn. Psychotherapie werd gedefinieerd als een specifieke deskundigheid waarvoor verschillende vooropleidingen – behalve geneeskunde (bij voorkeur psychiatrie), gedragswetenschappen (bij voorkeur klinische psychologie) en de Sociale Academie met Voortgezette Opleiding – als basis geschikt waren.[785] De specifieke psychotherapieopleiding zou moeten bestaan uit een algemeen en een gespecialiseerd deel alsmede praktijkervaring in een psychotherapie-instituut. Voor de titel psychotherapeut moest het lidmaatschap van de NVPT en van een specialistische psychotherapeutische vereniging als voorwaarde gelden en psychotherapie diende bij voorkeur beoefend te worden in een 'organisatorische eenheid'. Verder werd voorgesteld bepaalde therapievormen en theoretische richtingen – de psychoanalyse, gedragstherapie, rogeriaanse therapie, de interactionele benadering en de systeemtheorie – als wetenschappelijk te kwalificeren en de opleidingen daarin verder te formaliseren.[786] Alternatieve psychotherapieën, zoals co-counseling, encounter, Gestalttherapie en bio-energetica, die wetenschappelijke toetsing zouden ontberen, kregen geen erkenning.

De realisering van een groot deel van deze aanbevelingen medio jaren tachtig, toen er een officiële registratie voor psychotherapeuten kwam, markeerde een belangrijke stap in de beroepsvorming en de verzelfstandiging van het vak ten opzichte van de psychiatrie en de klinische psychologie – internationaal gezien een unieke ontwikkeling, die echter niet in alle opzichten bracht wat de voorstanders

783 Colaco Belmonte 1980, 317.

784 De Commissie De Vreeze boog zich over een nieuwe wet voor de beroepsuitoefening in de gezondheidszorg ter vervanging van de uit 1865 stammende Wet op de Uitoefening van de Geneeskunst. De commissie stelde voor om een serie nieuwe beroepen, waaronder dat van psychotherapeut, te erkennen, maar tegelijkertijd het alleenrecht van artsen op bepaalde medische handelingen te handhaven. De commissie Baan en de Werkgroep Psychotherapie onder leiding van de hoofdinspecteur voor de Geestelijke Volksgezondheid, H.J.A. Verhagen, richtten zich specifiek op de regelgeving met betrekking tot psychotherapie.

785 Heerma van Voss 1979a, 393; Dijkstra en Van Donselaar 1988a, 5; De Waal 1992, 117; Reijzer 1993, 222.

786 De NVPT erkende de volgende specialistische verenigingen: Nederlandse Vereniging voor Psychoanalyse, Nederlands Psychoanalytisch Genootschap, Nederlandse Vereniging voor Groepstherapie en de Verenigingen voor Rogeriaanse Therapie, voor Gedragstherapie en voor Kinder- en Jeugdpsychiatrie.

van professionalisering en specialisering van de psychotherapie voorstonden.[787] Zo verloren niet-medische psychotherapeuten hun aanspraak op hetzelfde salarisniveau als psychiaters. Toen de IMP'en in 1980 onder de AWBZ-financiering en daarmee onder toezicht van de Ziekenfondsraad kwamen te vallen om hun integratie in de Riagg mogelijk te maken, werden de salarissen van de psychotherapeuten aangepast aan hun vooropleiding. In dit opzicht moesten veel IMP-medewerkers, die geen medische vooropleiding hadden, maar wel een salaris op gelijk niveau met dat van psychiaters ontvingen, een stap terug doen. Verder bepaalde het 'Besluit inzake registratie van psychotherapeuten' (1986) van de Minister van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur dat voor officiële erkenning als psychotherapeut een basisopleiding (tenminste in psychoanalytische, gedrags- en rogeriaanse therapie) voldeed en scholing op het niveau van de eindtermen van de diverse specialistische psychotherapieverenigingen niet nodig was. Hierdoor was de psychotherapeutische scholing die psychiaters in hun reguliere opleiding genoten voldoende om automatisch voor registratie als psychotherapeut in aanmerking te komen. De vanuit de NVPT en de IMP'en nagestreefde professionalisering van de psychotherapie had de NVP er in 1981 namelijk toe gebracht om in de psychiatrische opleiding meer aandacht voor psychotherapie in te ruimen, zodat psychiaters zich met psychotherapeuten uit andere beroepsgroepen zouden kunnen meten.

Psychotherapie kreeg vanaf het midden van de jaren zestig een nieuwe invulling. Voorheen, toen psychotherapie nog geen gemeengoed was, was zij vooral een behandelmethode voor meer of minder ernstige neurotische stoornissen ter herstel van het geestelijk evenwicht en het sociale aanpassingsvermogen. In de jaren zeventig kwamen naast psychische problemen tekorten in de persoonlijke ontwikkeling waarvan mensen zelf hinder ondervonden, en het streven naar zelfontdekking, zelfontplooiing, persoonlijke groei en assertiviteit centraal te staan.[788] Vroeger betrof het duidelijk psychische stoornissen, zo stelde de aan een IMP verbonden psychiater Fischer in 1970. Het ging om

> ——— *lichamelijke verschijnselen zonder organische basis, [...] verschijnselen van onredelijke angst, angsthysterie, door de patiënt zelf als absurd onderkende dwangmatig opkomende gedachten, dwangneurosen etc., etc. Nu ziet men in veel groter aantallen patiënten, die zonder scherp omschreven symptomen te vertonen, lijden onder habituele gedragswijzen en belevingsmodi waardoor zij onnodig aan levensvreugde inboeten, hun capaciteiten niet ten volle benutten en slechts tot onbevredigende en mislukkende contacten met andere mensen komen.*

Deze verschuiving was volgens Fischer bepalend voor de toekomst van de psychotherapie. De IMP'en moesten met hun aanbod inspelen op de snel veranderende

787 Jongerius 1987; Lemmens en Schnabel 1994, 13; Reijzer 1993, Hutschemaekers en Neijmeijer 1998, 50; Dijkstra en Van Donselaar 1988b.

788 Dijkhuis 1970a; Derksen 1981; Dijkstra en Van Donselaar 1988a, 5.

'tussenmenselijke relaties' en hun cliënten motiveren tot 'een fundamentele verandering van de persoonlijkheid'.[789]

De psycholoog Blankstein zette in 1976 voor de NVP uiteen dat de psychotherapeut een 'beïnvloedingsdeskundige' was die er met 'psychologische middelen' naar streefde 'niet alleen de betreffende psychische problemen op te heffen of althans te verminderen – maar ook de mogelijkheden voor zelfrealisering voor de betrokken cliënten te vergroten en daarmee hun beslissingsvrijheid, hun keuzemogelijkheden te vermeerderen.' Psychotherapie betrof een door het 'cliëntsysteem in hoge mate zelf te bepalen veranderingsproces', waarin therapeut en cliënt gelijkwaardig en wederzijds verantwoordelijk waren 'voor de psychotherapeutische relatie'. De term 'stoornis' diende te worden vermeden, omdat dit 'een van buiten opgelegd etiket' zou zijn. Problemen en klachten opheffen of verminderen was niet toereikend, vond Blankstein.

——— *Daarin schuilt nog het gevaar van de paternalistische toedekking of van conformerende aanpassing. [...] Mijn visie op psychische problemen is echter, dat zij niet alleen lastig of hinderlijk zijn, maar vooral dat zij de mens onvrij maken, of secundair onvrijheid veroorzaken. Mijn ambitie wordt dan het bevorderen van deze vrijheid, deze zelfbeschikkingsmogelijkheid bij de door psychische problemen gehandicapte cliënt. Dit kán leiden tot meer aanpassing aan de bestaande sociale situatie voor een bepaalde cliënt, maar ook tot meer afwijkend gedrag, tot een bewust kiezen van een uitzonderingspositie. Het kán leiden tot een grotere emotionele beheersing, minder heftige agressie-uitbarstingen, tot relativering van het gevoel van wanhoop of depressie, maar ook tot sterkere emotionele expressiviteit of zelfs de keuze het leven te beëindigen.*[790]

Fischer en Blankstein konden op bijval in de psychotherapeutische wereld rekenen. Zowel therapeuten als veel cliënten beschouwden zich min of meer als een culturele voorhoede. Met behulp van psychotherapie zouden mensen zichzelf van onnodige remmingen en beperkingen kunnen bevrijden en de mogelijkheid krijgen hun leven in eigen hand te nemen, te verbeteren en te verrijken.

Niet zozeer de orthodoxe psychoanalyse als wel de uit Amerika afkomstige humanistische psychologie bevorderde deze verbreding van de psychotherapie. Over het algemeen speelde de psychoanalytische beweging nauwelijks in op maatschappelijke veranderingen en was daarin van vernieuwing weinig sprake. De verenigingen gedroegen zich vaak als sekte en waakhond van het freudiaanse gedachtegoed en koesterden zich in het zelfgezochte isolement. Dit gold nog sterker voor het behoudende Amsterdamse Psychoanalytisch Instituut van de Nederlandse Vereniging voor Psychoanalyse dan voor het minder dogmatische Utrechtse Nederlands Psychoanalytisch Genootschap. Vooral door de activiteiten van enkele leden van het Genootschap behield de psychoanalyse enige invloed in het psychotherapeutisch bedrijf. Met hun nadruk op de levensgeschiedenis be-

789 Fischer 1970, 52.

790 Blankstein 1976, 101–103

naderden psychoanalytici het innerlijk als het min of meer vastliggende resultaat van de mentale verwerking van bepaalde, vooral seksueel getinte ervaringen tijdens de kindertijd en jeugd. De analyse was gericht op bewustwording en zelfinzicht, waardoor problemen hanteerbaar werden en ermee te leven viel.

In de nieuwe therapieën daarentegen lag de nadruk sterker op het hier en nu en de veranderbaarheid van het zelf.[791] Waar de psychoanalyse en ook behavioristische stromingen veronderstelden dat onbewuste drijfveren dan wel onwillekeurige conditionering het menselijk gedrag bepaalden, ging de humanistische egopsychologie van A. Maslow, C. Rogers en C. Bühler uit van de mogelijkheid tot gerichte emotionele groei en zelfverwerkelijking. Het eigen bestaan en zelf waren als het ware maakbaar: mensen konden hun ervaringen bewust verwerken en ervan leren.[792] Op basis van de veronderstelling dat de mens in wezen autonoom en goed is, was de verwachting dat individuele bewustwording en bevrijding als vanzelf naar een betere maatschappij zouden leiden. In gepopulariseerde vorm werd dit geloof uitgedragen in zelfontplooiings- en -bevrijdingshandleidingen, die in de jaren zeventig een groot lezerspubliek trokken. Van T. Harris' *Ik ben O.K., jij bent O.K.* (1973) bijvoorbeeld ging een kwart miljoen exemplaren over de toonbank en ook de feministische zelfontboezeming van A. Meulenbelt, *De schaamte voorbij* (1976), werd een bestseller.[793] De socioloog C. Wouters merkte naar aanleiding hiervan op dat dergelijke literatuur in zekere zin de functie overnam van de etiquette- en manierenboeken, zoals A. Groskamp-ten Have's *Hoe hoort het eigenlijk?*, die tot het midden van de jaren zestig veel aftrek vonden, maar in de jaren zeventig nauwelijks meer verschenen.

Met hun nieuwe behandelwijzen en therapeutisch optimisme stonden psychotherapeuten in het middelpunt van de aandacht. Voor het grote publiek gold psychotherapie als pars pro toto van de geestelijke gezondheidszorg. Daarbuiten speelde het psychotherapeutische elan een belangrijke rol bij de emancipatie van achtergestelde groepen als vrouwen, homoseksuelen, oorlogsgetroffenen en anderszins getraumatiseerde slachtoffers, gehandicapten en verslaafden. Therapeutische praat- en groeigroepen dienden hun als steun voor individuele verwerking, zelfontdekking, zelfaanvaarding en bevrijding. In de jaren zeventig ontwikkelde zich een, in de woorden van de socioloog P. Schnabel, 'willige en lawaaiige markt' voor psychotherapie, waarbij verheerlijking van de ene soort en verguizing van de andere elkaar afwisselden. Het stigma van een psychiatrische behandeling dat er voordien aan kleefde, verloor aan kracht.[794]

Voor een groeiend aantal mensen werd het min of meer vanzelfsprekend psychotherapeutische hulp te zoeken voor allerlei vormen van ongerief die vroeger niet als psychische moeilijkheden werden ervaren en waar toen mogelijk andere oplossingen voor bestonden. Tegenover algemene maatschappelijke of gods-

791 Gomperts 2002.
792 Derksen 1981; Ippel 1983.
793 Wouters 1990, 50, 118-120, 128-129.
794 Schnabel 1991b, 25; vergelijk Hellinga 1981; Lemmens en Schnabel 1994, 12; Schnabel 1995, 150-175; Abma 1995, 80; De Groot 1995a, 133.

dienstige normen kregen de eigen persoonlijkheid, het psychisch welbevinden en zelfbeschikking steeds meer betekenis als leidraad voor een levenswaardig bestaan. Het idee was dat psychische moeilijkheden tot op zekere hoogte leerzaam waren voor wie bewust wilde leven: ze konden aanzetten tot zelfreflectie en verandering. Veel moeilijkheden en remmingen zouden het resultaat zijn van gestoorde en verstarde gezinsrelaties en een verstikkend ouderlijk milieu. Psychotherapie kwam ook tegemoet aan de verhoogde eisen in het maatschappelijke verkeer met betrekking tot sociale vaardigheden en assertiviteit.[795] De idealen van spontane zelfontplooiing en maakbaarheid waarop het psychotherapeutisch optimisme stoelde, waren echter niet zonder tegenstrijdigheden. Aan de ene kant sloot het aan bij de hoog gestegen verwachtingen omtrent doelgerichte en rationele verander- en verbeterbaarheid van mens en samenleving, maar aan de andere kant stonden authenticiteit en spontaniteit centraal: mensen zouden hun verborgen, natuurlijke kern, hun ware zelf moeten ontdekken en verwerkelijken.[796] Bovendien kreeg het streven naar spontaniteit een verplichtend karakter.

Het psychotherapeutisch bedrijf was niet onomstreden. Naar aanleiding van de controverses over organisatie en financiering kwam de psychotherapie rond 1980 op een negatieve manier in de publiciteit. Psychotherapeuten zouden veel geld opstrijken uit collectieve middelen met de behandeling van in materieel en cultureel opzicht bevoorrechte mensen, wier problemen bepaald niet nijpend waren.[797] De Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Gezondheidszorg maakte in dit verband gewag van 'fluwelen psychiatrie' en een 'onevenredige verdeling van mankracht en financiële middelen', die ten koste dreigden te gaan van de 'harde psychiatrie' voor 'de zwaarst getroffenen'. Bovendien werden er in de media en de politiek vraagtekens gezet bij de effectiviteit van psychotherapie; wetenschappelijk was die niet aan te tonen.[798]

Vooral de financiële moeilijkheden waarin het Amsterdamse IMP geraakte nadat de financiering van de instituutspsychotherapie vanwege de AWBZ onder de verantwoordelijkheid van de Ziekenfondsraad was komen te vallen, trok veel kritische aandacht en negatieve publiciteit. Voorheen had het IMP in Amsterdam vrijwel onbeperkt op eigen gezag cliënten in behandeling kunnen nemen en de kosten achteraf, zonder noemenswaardige controle en zonder kostenplafond, gedeclareerd bij de Gemeenschappelijke Medische Dienst, die belast was met de administratie van de arbeidsongeschiktheidswet. Dankzij deze financiering met een open einde had het IMP zich gestaag kunnen uitbreiden. De Ziekenfondsraad werd bij de overgang naar de AWBZ geconfronteerd met een fors financieel tekort vanwege achterstallige betalingen, die hij niet wilde overnemen. Er dreigde een faillissement en na een vertrouwenscrisis trad de directie af. Critici grepen deze

795 Brinkgreve, Onland en De Swaan 1979, 91; De Groot 1995a, 32; Gomperts 1992, 109.
796 Duijker 1980.
797 De Swaan 1980; Van Oosten 1980; Schnabel 1980; Heerma van Voss 1981a; De Jonghe 1981; vergelijk Aarsen 1980.
798 Staatstoezicht op de Volksgezondheid 1981, 18; Nooter 1979, 139-140; Van der Reijden 1984, 38; Van den Hout 1981.

affaire gretig aan om het IMP en de psychotherapie in een kwaad daglicht te stellen. Uiteindelijk werden de medewerkers van het grootste IMP verdeeld over vijf Riaggs.[799] Een paar jaar later kwam de psychotherapie opnieuw negatief in de publiciteit toen het weekblad *Vrij Nederland* een serie artikelen wijdde aan seksueel misbruik van cliënten door psychotherapeuten. In de daarop volgende jaren nam het aantal klachten hierover bij de rechter, de Geneeskundige Inspectie voor de Volksgezondheid en de Commissie Toezicht van de NVPT toe. Naar schatting zou 6 procent van de psychotherapeuten zich hieraan schuldig maken.[800]

Begin 1980 verzocht de Tweede Kamer de regering in een motie een onderzoek in te stellen naar de werking van psychotherapie en de voorwaarden waaraan zij zou moeten voldoen. Gefinancierd door het Ministerie van Volksgezondheid en Milieu voerden het Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid en de Vakgroep Klinische Psychologie van de Universiteit van Amsterdam onder leiding van S. Schagen het onderzoek uit. Daaruit kwamen in 1985 twee rapporten voort over psychotherapie in IMP'en en vrijgevestigde praktijken. Deze weerspraken bepaalde kritiek. Het idee dat psychotherapie vaak een jarenlang voortslepende behandeling was, bleek niet met de werkelijkheid overeen te komen. Zeventig procent van de cliënten was minder dan een jaar, 25 procent tussen één en twee jaar en slechts 5 procent langer dan twee jaar in behandeling. Het aantal mensen dat een langdurige klassieke psychoanalyse onderging, bedroeg in Nederland niet meer dan 500.[801]

Verder kwam uit het onderzoek naar voren dat de wensen van veel cliënten en de ambities van therapeuten nogal uiteenliepen. De cliënten, van wie bijna 2 op de 3 tussen 25 en 40 jaar oud waren, gaven over het algemeen de voorkeur aan een korte, snelle behandeling die zich direct op hun klachten richtte en streefden niet zozeer een verandering van hun persoonlijkheid na. De behandelaars daarentegen wilden vaak grondiger op de psychologische achtergrond van problemen ingaan en diepgaander veranderingen teweegbrengen in het leven van hun clienten.[802] In de praktijk pasten de therapeuten zich evenwel veelal aan de wensen van de cliënten aan, van wie de meesten het resultaat van de behandeling positief waardeerden, ook al was de verbetering van hun toestand doorgaans niet spectaculair te noemen. Een ander bezwaar dat vaak in de debatten rond psychotherapie opdook betrof de vermeende voorkeur van psychotherapeuten voor 'lichte' problemen ten koste van mensen met ernstiger psychische stoornissen. Ook hier was nuancering op zijn plaats, zo brachten de onderzoekers naar voren. De meest voorkomende moeilijkheden waren depressie, fobisch getinte problemen, angsten, relatiemoeilijkheden en psychosomatische klachten en daarbij consta-

799 De Swaan 1978; De Swaan 1980; Heerma van Voss 1981a; Mijs 1990.

800 Staatstoezicht op de Volksgezondheid 1984, bijlage 1, 6; Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1987, 11; Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1993, 36; Heerma van Voss 1984; De Nobel 1992.

801 Schagen 1985, 23, Aarsen 1985, 35.

802 Aarsen 1985, 22-23.

teerden zij dat de 'lichtere' en 'zwaardere' problemen elkaar in evenwicht hielden. Hoewel cliënten negatief oordeelden over de tijdrovende procedures van de IMP'en – aanmelding, spreekuurgesprek, intake, indicatiestelling, adviesgesprek en dan pas daadwerkelijke therapie – en de particuliere praktijken toegankelijker waren en minder voortijdige uitvallers kenden, was er weinig verschil in waardering voor de twee organisatievormen. Wat het soort behandeling betrof werd vastgesteld dat de psychodynamische en gedragstherapieën het meest frequent toepassing vonden, waarbij ongeveer de helft zich op het individu richtte en de andere helft uit groeps- of relatietherapie bestond.[803]

De psychotherapeutische markt en psychologisering

Voor zover de ontwikkeling van de psychotherapeutische beroepspraktijk en de cliënten daarvan nader is onderzocht, hebben enkele sociale wetenschappers hun aandacht vooral gericht op het toonaangevende en grootste IMP in Nederland, dat van Amsterdam.[804] Zij constateren dat naarmate de professionalisering van de psychotherapie voortschreed, ook de clientèle een specifieker profiel kreeg: bepaalde sociale groepen waren vanaf de jaren zestig oververtegenwoordigd. On- en halfgeschoolde arbeiders kwamen hoe dan ook nauwelijks voor. De cliënten waren overwegend afkomstig uit de middengroepen en meer in het bijzonder relatief hoog opgeleid, overwegend jong, ongehuwd, onkerkelijk, woonachtig in een stad en studerend of werkzaam in verzorgende en dienstverlenende beroepen, zoals het maatschappelijk werk, de verpleging en het onderwijs.[805] Voor zover mensen met een lage opleiding toegang kregen tot een behandeling op het IMP, maakten zij een grote kans op gedragstherapie. De inzichtgevende psychodynamische therapie, die verbale begaafdheid en introspectief vermogen vereiste, was voornamelijk weggelegd voor de hoger opgeleide cliënten.

In de toelatingscriteria van het IMP voor de laatste vorm van psychotherapie gaven – los van de uitzifting van de somatische, ernstige psychiatrische of verslavingsproblematiek, die bij andere instellingen thuishoorde – sociale status, opleiding, leeftijd en het beroep als zodanig echter niet de doorslag. Van groter belang waren de sociale omgeving en netwerken van cliënten in zoverre introspectie en zelfbeschrijving in psychologiserende termen daar min of meer gemeengoed waren. Daardoor waren zij als leken vertrouwd met het begrippenkader en de denkwijze van psychotherapeuten. Inzichtgevende psychotherapie veronderstelde bij cliënten een vermogen om omgangs- en belevingsmoeilijkheden met enige distantie en begrijpelijk onder woorden te brengen, de bereidheid om zichzelf verantwoordelijk te stellen voor hun leven en wat daarin mis was gegaan, te

803 Schagen 1985, 106.

804 Brinkgreve, Onland en De Swaan 1979; De Swaan, Van Gelderen en Kense 1979; Van Lieshout en De Ridder 1991a.

805 Brinkgreve, Onland en De Swaan 1979, 97, 104, 124; De Swaan 1978, 76; Van Lieshout en De Ridder 1991b, 24-25.

leren van opgedane ervaringen en de eigen houding te veranderen. Of mensen wel of niet de weg naar de psychotherapeut wisten te vinden en deze hen al dan niet geschikt achtte voor deze behandelmethode, hing van deze attitudes en vaardigheden af. Het ging om de mate waarin zij 'protoprofessioneel' ingesteld waren, om hun mentale en sociale verwantschap met de beroepsgroep. Het IMP op zijn beurt selecteerde zijn cliënten op deze kenmerken. Naarmate mensen beter konden verwoorden wat hen dwars zat en beter tot zelfreflectie in staat waren, kwamen zij eerder voor behandeling in aanmerking.[806]

De groeiende klantenkring hing echter niet alleen samen met de verbreiding van protoprofessionele kennis en vaardigheden, maar ook met bepaalde ontwikkelingen in de samenleving, die vooral jongeren aan den lijve ondervonden. Veertienhonderd spreekuur- en intakeverslagen van het IMP in Amsterdam uit de periode 1968–1977 zijn inhoudelijk geanalyseerd. Dit levert een beeld op van de ervaringen van psychotherapiecliënten tegen de achtergrond van de maatschappelijke veranderingen in die tijd.[807] Het aantal cliënten groeide snel toen de gemeente in de tweede helft van de jaren zestig psychotherapie ging financieren op basis van de Algemene Bijstandswet en de Algemene Arbeidsongeschiktheidswet. Mede daardoor meldden steeds meer mensen zich op eigen initiatief aan. In de onderzochte periode kwamen in totaal bijna 18.000 Amsterdammers bij het IMP terecht en ging de helft daarvan in therapie.[808]

De problemen waarmee mensen bij de psychotherapeut aanklopten – behalve moeilijkheden met sociale contacten, relaties en seksualiteit kwamen nervositeit, angst- en agressiegevoelens, dwanggedachten en psychosomatische kwalen veel voor – lagen grotendeels op het snijvlak van individuele beleving en veranderende maatschappelijke omstandigheden. De liberalisering op tal van gebieden in de jaren zestig en zeventig ging vergezeld van een toenemende nadruk op persoonlijke autonomie en een groeiende oriëntatie van mensen op hun als uniek beleefde innerlijk en gevoelsleven. Mensen waren vaker dan vroeger op zichzelf teruggeworpen. Geconfronteerd met sociale veranderingen en nieuwe idealen, lukte het niet iedereen de eigen opvattingen, attitudes en gevoelens daarbij aan te passen. Grotere mogelijkheden tot onafhankelijkheid en zelfontplooiing, en een ruimere keuzevrijheid konden op individueel niveau onzekerheid en verwarring met zich meebrengen en stonden vaak op gespannen voet met de behoefte aan geborgenheid. Problemen ontstonden vooral waar mensen de kloof tussen nieuwe vrijheden en oude manieren van denken, voelen en gedragen moeilijk konden overbruggen. In dit opzicht was de problematiek van de IMP-clientèle vergelijkbaar met die van de katholieke homoseksuelen die rond 1960 hulp zochten bij het Amsterdamse Pastoraal Bureau.[809] Aan het eind van de jaren zeventig veranderde de aard van de problemen: moeilijkheden rond relaties en seks stonden minder

806 De Swaan, Van Gelderen en Kense 1979, 37, 50, 84–86; vergelijk Oosterbaan en Zeldenrust 1988.
807 Van Lieshout en De Ridder 1991a; vergelijk De Ridder 1993.
808 Van Lieshout en De Ridder 1991b, 18.
809 Zie 3.7, paragraaf 'Psychotherapie en zielzorg'; vergelijk Becker 1985.

op de voorgrond en ook het verband met maatschappelijke ontwikkelingen was minder evident dan daarvoor – waaruit zou zijn op te maken dat meer en meer mensen zich de geliberaliseerde normen en waarden hadden eigen gemaakt. Depressie, fobieën en angststoornissen en psychosomatische klachten traden toen meer op de voorgrond.[810]

Vooral jongeren die op het IMP hulp zochten, balanceerden tussen vrijheid en afhankelijkheid.[811] Velen behoorden tot de generatie die voor het eerst op grote schaal de mogelijkheid had om zich vóór het huwelijk onafhankelijk te maken van hun ouders. Hun problemen draaiden vaak om onzekerheid, angst en teleurstelling over de gewonnen vrijheid nadat zij zelfstandig waren gaan wonen. Het leven in Amsterdam werd niet altijd als bevrijdend ervaren: de grote anonieme stad was ook confronterend en bedreigend. Gevoelens van hulpeloosheid en machteloosheid speelden de jongeren parten: naast het werk of de studie vormden vooral relaties en sociale contacten bronnen van twijfel. Zij kampten met tegenstrijdige gevoelens. Aan de ene kant wilden ze zich losmaken van thuis, aan de andere kant hadden zij moeite om hun hoofd boven water te houden in Amsterdam. Hun experimenten met relaties en seks verliepen allesbehalve zorgeloos. Terwijl vrijmoedigheid en spontaniteit tot nieuwe norm waren verheven, stonden hun seksuele opvoeding en voorlichting – als ze die al hadden gekregen – in het teken van vermeende gevaren. Hun gedrag mocht dan vrijer zijn geworden, de meer restrictieve moraal waarmee ze waren opgevoed, speelde deze jongeren nog parten en dat leidde vaak tot innerlijke spanningen en schuldgevoelens.[812]

Juist in een tijd waarin de bevrijding van het lichaam werd gevierd, meldden mensen zich aan bij het IMP omdat zij niet veel plezier aan hun lijf konden beleven. Aangezien afkomst, maatschappelijke positie, beroep en geloof aan belang inboetten op de relatiemarkt en het uiterlijk een grotere rol ging spelen, ervoeren zij lichamelijke onvolkomenheden in toenemende mate als problematisch en zorgden deze voor psychisch onbehagen.[813] Vooral vrouwen hadden ook om andere redenen ambivalente gevoelens over de seksuele revolutie. Mannen verweten vrouwen te weinig toeschietelijkheid op het gebied van seks, maar vrouwen ervoeren de pas verworven seksuele vrijheid niet zelden als een nieuwe vorm van dwang. Relatieproblemen tussen mannen en vrouwen hingen samen met de veranderende verhoudingen tussen de seksen.[814] Conflicten en communicatiestoornissen tussen mannen en vrouwen leken in de jaren zeventig nog heviger te worden door de verschuiving in de machtsbalans ten gunste van vrouwen; zij confronteerden mannen duidelijker dan voorheen met hun wensen. De zorg voor het huishouden en de kinderen was vaak onderwerp van conflicten. Vrouwen verweten mannen ook dat ze niet genoeg praatten, onvoldoende uitdrukking gaven aan hun gevoelens en niet genoeg affectie toonden. De vrouwen vonden vaak een

810 Van Lieshout en De Ridder 1991a.
811 De Ridder 1991c.
812 Van Daalen en Van Stolk 1991.
813 Mol 1991.
814 Abraham 1991.

bondgenoot in de therapeut: hun neiging om moeilijkheden uit te praten, erover te onderhandelen, gevoelens te uiten en hun veranderingsgezindheid pasten in het psychotherapeutische ethos. De psychotherapeuten ondersteunden vrouwenemancipatie in zekere zin. Zij achtten het probleem van de onattente echtgenoot en het geïsoleerde bestaan van de huisvrouw als behandelbaar en stimuleerden vrouwen om autonomie te verwerven en zich te ontplooien door middel van werk of (nieuwe) relaties.[815]

IMP-therapeuten stonden hierin niet alleen. Ook hulpverleners in BLGV's stimuleerden vrouwen, die zich met relatieproblemen in het huwelijk meldden, om voor zichzelf op te komen. 'Ik wilde die vrouwen aan het werk krijgen en ze uit hun situatie halen,' aldus een maatschappelijk werkster die begin jaren zeventig was verbonden aan het BLGV in Breda.

——— *Gooi die man er toch uit als het niet meer lukt. Altijd maar dat verzoenende. Dat vond ik vernederend. [...] Ik stoorde me aan de deterministische visie van de kerk op de positie en de rol van de vrouw in huwelijk en opvoeding [...] Dat mensen niet voor zichzelf konden beslissen, irriteerde me. Ik wees vrouwen in geval van mishandeling bijvoorbeeld op hun machtsmiddelen, zoals het inschakelen van de politie. [...] Ik probeerde zoiets aan te pakken vanuit de optiek dat noodzakelijke veranderingen in een huwelijk nu eenmaal niet stiekem kunnen gaan.*[816]

De inzet van psychotherapeuten kenmerkte zich door een streven naar bevrijding van traditionele opvattingen en morele voorschriften. Mensen moesten vastgeroeste tradities en conventies van zich afschudden en onafhankelijk worden, maar het probleem was dat zij de normen en idealen waarmee ze waren opgegroeid en die ze hadden verinnerlijkt, niet altijd even gemakkelijk achter zich konden laten. Zodoende profiteerden veel mensen in de ogen van de hulpverleners niet optimaal van het verruimde gedragsrepertoire. Veel cliënten stopten eerder met de behandeling dan de therapeuten gewenst achtten; minder dan de helft was volgens hen bij de beëindiging ervan vrij van klachten. Verder was typerend voor de denktrant van de psychotherapeuten dat ze ondanks hun emancipatorische engagement de maatschappelijke omstandigheden niet betrokken in de behandeling, maar moeilijkheden vooral psychologisch, deels psychoanalytisch, interpreteerden. Zij brachten deze vaak in verband met vroegere jeugdervaringen. Zo ging bij cliënten die problemen hadden met hun werk de aandacht van de therapeuten niet zozeer uit naar het werk zelf of de verhoudingen op de werkplek als wel naar de individuele levensloop en psychologische ontwikkeling. De therapeuten interpreteerden moeilijkheden op dit gebied vooral als symptomen van dieper liggende persoonlijkheidsproblemen.[817] Hetzelfde gold voor de behandeling van alcohol- en drugsverslaafden, waarin niet zozeer het verslavingsgedrag als wel de psychische achtergrond daarvan centraal kwam te staan.[818] Meer in het

815 Brinkgreve en Westerbeek 1991.
816 Willemsen 2001, 151, 155.
817 Van Lieshout 1991.
818 Gerritsen 1991.

algemeen was het kenmerkend voor psychotherapie dat de hulpvragen waarmee mensen zich aanmeldden zodanig werden geherformuleerd dat de bredere sociale context buiten beschouwing bleef. De aandacht van de therapeuten concentreerde zich op de persoonlijke eigenschappen van hun cliënten en de mogelijkheden tot individuele verandering.[819]

Niettegenstaande de individualiserende optiek van psychotherapeuten kan de toenemende behoefte aan deze vorm van hulpverlening niet los worden gezien van maatschappelijke ontwikkelingen.[820] De sterke groei van psychotherapie liep parallel aan een mentaliteitsverandering die zich in de jaren 1965-1985 voltrok, in eerste instantie vooral onder de groepen waaruit de psychotherapeutische clientèle afkomstig was, maar geleidelijk aan ook daarbuiten. Het gaat hier om psychologisering, dat wil zeggen een combinatie van toenemende individualisering, verinnerlijking en het onderkennen en uiten van gevoelens. De betekenis van het begrip psychologisering heeft in de historisch-sociologische literatuur verschillende accenten gekregen. In door Elias' civilisatietheorie geïnspireerde beschouwingen wordt psychologisering gezien als een gevolg van een toenemende wederzijdse afhankelijkheid van mensen en een daarmee gepaard gaande verandering in hun onderlinge omgang. Daardoor moesten zij steeds meer rekening gaan houden met elkanders gevoelens en bedoelingen en hun driftmatige impulsen grotendeels verinnerlijken en beheersen. Anderen associëren psychologisering met de sinds de jaren zestig toegenomen waardering van persoonlijke emoties. Met het begrip informalisering wijst de socioloog Wouters erop dat beide tendensen samengingen. Juist dankzij de grotere zelfbeheersing van mensen ten opzichte van elkaar, kwam er vanaf de jaren zestig ruimte om (een grotere variatie aan) gevoelens te uiten.[821]

Op basis van een analyse van de raadgevingen aan mensen met persoonlijke problemen in de adviesrubriek van het populaire vrouwenblad *Margriet* in de periode 1938 en 1978 signaleren de sociologen C. Brinkgreve en M. Korzec een verschuiving van een oriëntatie op vastomlijnde, eenduidige richtlijnen en normen, gedicteerd door godsdienstige ge- en verboden, algemene fatsoensnormen en gezagsdragers, naar een waardering van persoonlijke autonomie en individuele afweging. Wik en weeg zorgvuldig en beslis dan zelf, zo luidde de nieuwe boodschap van *Margriet* vanaf de jaren zestig. De dwang van hoe het hoorde en wat hoger geplaatsten voorschreven, maakte plaats voor eigen inzicht en individuele verantwoordelijkheid. Ook veranderde de houding ten aanzien van persoonlijke gevoelens die tot conflicten met anderen leidden of op gespannen voet stonden met de heersende moraal. Werd er tot in de jaren zestig nog op aangedrongen dergelijke emoties te onderdrukken en er niet te veel over te praten, in de jaren zeventig stuurden de adviezen aan op de erkenning en acceptatie ervan. Mensen

819 Vergelijk Davis 1984; De Ridder 1991a.
820 Vergelijk Van Dantzig en De Swaan 1978.
821 Abma et al. 1995; Zeegers 1988, 161-177; Wouters 1990, 39-57.

dienden de eigen drijfveren te onderzoeken, eerlijk ten opzichte van zichzelf te zijn en moeilijkheden met anderen uit te praten. Open communicatie werd de nieuwe norm voor relaties. Voor zover een zekere beheersing van het gevoels- en driftleven gewenst werd geacht, was dat niet omdat het uiten van emoties intrinsiek slecht of een teken van moreel tekortschieten zou zijn, maar omdat mensen rekening met anderen moesten houden.[822]

Niet alleen in een blad als *Margriet* was sprake van een toenemende nadruk op de persoonlijke eigenheid, de innerlijke drijfveren en de individuele emotiehuishouding. Deze kwamen ook steeds meer centraal te staan in de individuele zelfpresentatie. Aan de hand van de analyse van ruim zestigduizend contactadvertenties die tussen 1945 en eind jaren tachtig verschenen in dagbladen als *de Volkskrant, Het Parool, Trouw* en *De Telegraaf*, heeft de psycholoog W. Zeegers laten zien hoe de zelfbeschrijving van mensen die op deze wijze naar een partner zochten, veranderde. Steeds terugkerende verwijzingen naar afkomst, stand, bezit, beroep, geloof en algemene fatsoensnormen wijzen erop dat de zelfpresentatie vóór de jaren zestig werd opgehangen aan maatschappelijke positie en sociaal gewenst gedrag. Vanaf de jaren zestig werd de zelfbeschrijving persoonlijker: uiterlijke kenmerken als 'net', 'beschaafd' en 'degelijk' maakten plaats voor individuele karaktertrekken, de subjectieve beleving, de gevoelswereld en de zelfgekozen levensstijl. In toenemende mate accentueerden adverteerders, volgens Zeegers een doorsnee van de Nederlandse bevolking, hun autonomie en authenticiteit. De veranderende invulling van de persoonlijke identiteit als een individueel variërende, unieke innerlijke kwaliteit illustreert dat mensen hun leven niet zozeer opvatten als een vast traject binnen een vastliggende maatschappelijke orde, maar meer als een project dat ze zelf naar keuze vormgaven. Zij namen afstand tot de gestandaardiseerde gedragsregels, die voorheen waren verbonden met maatschappelijke stand en godsdienstige bindingen, en oriënteerden zich in toenemende mate op hun persoonlijke overtuigingen, innerlijke drijfveren en gevoel als leidraad voor hun zelfpresentatie. De standaardlevensloop maakte plaats voor de keuzelevensloop.[823]

De psychologiserende zelfbeschouwing, die zich vanaf de jaren zestig in de Nederlandse samenleving verspreidde, hing nauw samen met veranderende sociale verhoudingen en omgangsvormen tussen mensen. Over het geheel genomen werd de twintigste eeuw gekenmerkt door een toename van de materiële welvaart – met een gemiddelde groei van 3 procent verachtvoudigde het bruto nationaal product – een nivellering van inkomens, een groeiende deelname aan het voortgezet onderwijs en een vergroting van de kansen om op eigen kracht hogerop te komen. Vanaf halverwege de jaren vijftig tot halverwege de jaren tachtig vond een

822 Brinkgreve en Korzec 1978; vergelijk Wouters 1990, 39-57.

823 Zeegers 1988; Zeegers 1990; vergelijk Schnabel 1983; Baumeister 1987; Gergen 1991; Schnabel 1999; Brinkgreve 2001, Schnabel 2001; Van den Brink, Brinkgreve en Heerma van Voss 2001, 12; Liefbroer en Dijkstra 2000.

versnelling in deze ontwikkelingen plaats, een ware 'egalitaire revolutie'.[824] Ook de collectivisering van de sociale zekerheid vergrootte de mogelijkheden van individuen om hun leven naar eigen inzicht in te richten. De verzorgingsstaat, die alle Nederlandse burgers zonder onderscheid dezelfde sociale rechten toekende, ondermijnde het hiërarchische maatschappelijke weefsel dat veel mensen, alleen al om economisch te overleven, gebonden hield aan hun directe omgeving, aan ouders, partner, gezin, familie en kerk. Het formele, gebureaucratiseerde collectivisme van de verzorgingsstaat verschilde van het verzuilde collectivisme van voor de jaren zestig waarin de ondergeschiktheid van het individu aan levensbeschouwing, gezag en gemeenschap centraal stond.[825] De beperking van het verhaalsrecht op de familie in de bijstandswet gaf aan dat de economische afhankelijkheid binnen families verzwakte. Ook beroofde deze wet de kerken van een machtsmiddel: binding aan de kerk kon niet langer worden afgedwongen met het al dan niet verlenen van materiële ondersteuning.[826] Machtsverschillen en afhankelijkheidsrelaties tussen mensen werden minder statisch en eenzijdig, en de sociale distantie tussen rangen, standen, generaties, seksen en gelovigen van verschillende kerken nam af. Vastliggende conventies en gedragsregels, die met hiërarchische en geformaliseerde sociale verhoudingen en gegeven maatschappelijke posities samenhingen, verloren aan betekenis. Met de democratiseringsbeweging van de jaren zestig en de realisering van medezeggenschap en inspraak in uiteenlopende maatschappelijke instituties en organisaties kwam deze ontwikkeling in een stroomversnelling terecht. De 'bevels-' of 'gehoorzaamheidshuishouding' ruimde het veld voor de 'onderhandelingshuishouding'.[827]

De evenwichtiger machts- en afhankelijkheidsbalans bracht met zich mee dat meer mensen de mogelijkheid kregen zichzelf in het maatschappelijk verkeer te laten gelden en dat zij een grotere variëteit aan gevoelens en gedragingen tot uiting konden brengen. Tegelijkertijd dwong de toegenomen gelijkwaardigheid hen er toe om meer dan voorheen rekening met anderen te houden en zich ten opzichte van elkaar te beheersen. Terwijl mensen in materieel opzicht minder afhankelijk van elkaar waren geworden, werden de gevoelsbindingen in de privésfeer van gezin, relaties en vriendschap intenser, maar ook kwetsbaarder. Aangezien persoonlijke relaties losser kwamen te staan van sociale en economische afhankelijkheidsverhoudingen, kwam het daarin steeds meer aan op de emotionele banden en dienden mensen in dit opzicht de nodige inspanningen te leveren om de kwaliteit ervan te bewaren.[828] Daarnaast vereiste het sociale verkeer in de publieke sfeer in toenemende mate een vermogen tot flexibiliteit en rolwisseling.

824 Van den Berg en Hartog 1999; Mandemakers 1999; Van den Brink, Brinkgreve en Heerma van Voss 2001; Pen 2001; Schuyt 2001; Luiten van Zanden 2001; Schuyt en Taverne 2000, 302.

825 Schnabel 1982b; Van Stolk en Wouters 1982; Wouters 1990, 80–95; Schnabel 1999; Schuyt 2001, 30; Schuyt en Taverne 2000, 249; De Regt 1984, 251.

826 De Regt 1984, 250.

827 De Swaan 1979; vergelijk Wouters 1990 en Brinkgreve 2001.

828 Schnabel 1991a, 504; De Regt 1984, 251; vergelijk Giddens 1991 en Giddens 1992.

Naarmate expliciete regels en formele conventies in de onderlinge omgang aan belang inboetten en het individuele gedrag minder voorspelbaar werd, kwam het meer aan op zelfregulering, subtiele onderhandeling en wederzijdse instemming. Spontaniteit en ongedwongenheid zonder zelfverheffing en zonder voor anderen te buigen werd de nieuwe leidraad in de sociale omgang. Om de juiste balans te vinden tussen assertiviteit en inschikkelijkheid ten opzichte van anderen waren mensen gebaat bij sociale vaardigheden, inlevingsvermogen en zelfkennis. De 'informalisering' van de onderlinge verhoudingen tussen mensen vereiste een innerlijke, op zelfsturing gebaseerde gevoels- en gedragsregulering.

De democratisering van de maatschappelijke verhoudingen en de emancipatie van het individu gingen gepaard met een morele heroriëntatie. De godsdienstig gekleurde burgerlijke moraal, die het leven van Nederlanders tot halverwege de jaren zestig bepaalde, bood hen in de vorm van strikte geboden en verboden duidelijke richtlijnen. De veel minder expliciete en psychologiserende vormgevingsmoraal die daarna terrein won, veronderstelde dat mensen zich op een beredeneerde, weloverwogen manier door hun eigen drijfveren en gevoelens lieten leiden. In deze zin was de psychologisering een vorm van rationalisering en subtiele zelfbeheersing. De onderkenning van driftmatige en emotionele impulsen leidde er niet toe dat deze het gedrag rechtstreeks bepaalden, maar wel dat ze tot object van reflectie en gesprek werden en op een doordachte en gecontroleerde manier tot uiting kwamen.[829]

De morele verschuiving stelde hoge en soms tegenstrijdige eisen aan mensen en bracht nieuwe problemen met zich mee. Hoe minder dwang en bemoeienis van buitenaf, hoe meer ze zelf hun weg moesten zien te vinden en hoe meer last ze van zichzelf ondervonden als dat niet lukte. Hoe hoger de verwachtingen omtrent de individuele zelfontplooiingskansen, hoe groter de teleurstelling als deze niet waren te realiseren. Nederlanders kregen meer ruimte dan vroeger om het leven naar eigen inzicht in te richten en om persoonlijke verlangens te vervullen, zonder dat ze veel acht hoefden te slaan op sancties of morele restricties. De keerzijde van de grotere vrijheid en gelijkheid was minder geborgenheid en houvast en de noodzaak om rekening te houden met de beweegredenen en gevoelens van anderen. In het gedemocratiseerde sociale verkeer, waarin formele regels plaats maakten voor onderhandeling en zelfregulering, kwam het aan op zowel een sterk ontwikkeld zelfbewustzijn en psychische weerbaarheid als inzicht in en begrip voor andermans drijfveren. Mensen dienden zichzelf te kennen en anderen aan te voelen.[830] Naarmate het belang van subtiele sociale vaardigheden toenam, raakte de omgang tussen mensen en de wijze waarop zij elkaar beoordeelden, steeds meer gepsychologiseerd. Spanningen en conflicten tussen mensen werkten door in hun innerlijk, waardoor de psychische belasting kon toenemen en de kans groter werd dat op individueel niveau twijfels, angsten en onzekerheden ontstonden.[831]

829 Ketting 1983; Zeegers 1988, 161; Wouters 1990, 45-57; Schnabel 1991a, 503.

830 Wouters 1990, 45-47.

831 Brinkgreve 1980 en Brinkgreve 1988.

De morele liberalisering in de jaren zestig en zeventig gaf soms aanleiding tot gemengde gevoelens. De botsing tussen oude geïncorporeerde waarden en nieuwe mogelijkheden kon innerlijke tweestrijd met zich meebrengen. Nu de vormgeving van het leven meer was overgelaten aan de individuele keuze en verantwoordelijkheid, en er ruimte was gekomen voor bewustwording, zelfontplooiing en emancipatie, namen onzekerheid en verwarring over de keuzen waarvoor mensen stonden toe, zoals blijkt uit de problematiek van de Amsterdamse IMP-clientèle. Psychologisering ging gepaard met opvoedings- en omgangsonzekerheden en kon de angst om abnormaal te zijn, versterken. Zo bracht de seksuele liberalisering nieuwe eisen met zich mee omtrent het optimaal seksueel functioneren. Naarmate seksualiteit belangrijker werd voor het persoonlijke welbevinden en voor de instandhouding van relaties, kregen moeilijkheden op dit terrein een diepere betekenis en werden zij op individueel niveau intenser ervaren. Een van de paradoxen van de seksuele revolutie is dat de behoefte aan en het aanbod van de seksuologische hulpverlening toenam. Goede seks kwam niet vanzelf, maar vereiste oefening. Als bron van persoonlijke en relationele verrijking bleef seksualiteit zo een gevoelig onderwerp van zorg.[832]

Fluwelen en harde psychiatrie

Zoals we eerder hebben gezien kenden de ambulante voorzieningen – SPD, MOB, BLGM, IMP en CAD – uiteenlopende ontstaansgeschiedenissen, inhoudelijke en levensbeschouwelijke oriëntaties, behandelvormen en verbindingen met andere maatschappelijke terreinen. Het ambulante werkgebied zoals dat vanaf het interbellum tot ontwikkeling was gekomen, bestond uit een lappendeken van organisaties en hulpverleningsadressen. Daarbij waren onderlinge communicatie, samenwerking en centrale coördinatie ver te zoeken, had het publiek onvoldoende overzicht en liet de bereikbaarheid te wensen over. Door hun ongelijkmatige spreiding over het land waren vraag en aanbod niet goed op elkaar afgestemd: sommige steden en regio's, vooral de Randstad, waren goed voorzien, andere slecht of vrijwel helemaal niet. De instanties waar cliënten terechtkwamen waren vaak niet direct gekozen vanwege de aard van de moeilijkheden; andere factoren zoals nabijheid, geloof of binding met een zuil, speelden een minstens zo belangrijke rol.[833] Het aantal verschillende verenigingen en beleidsinstellingen dat zich op diverse deelgebieden van dit werkterrein richtte, was groot en de talloze naamswisselingen, reorganisaties, samenwerkingsverbanden en fusies maakten het geheel niet overzichtelijker. Zo bestonden er begin jaren zestig maar liefst veertig landelijke organisaties. Het aantal provinciale, regionale en plaatselijke verenigingen en stichtingen was een veelvoud daarvan.[834] De grote

832 Bierkens 1970; Bierkens 1989; Van Vugt 1989; Schnabel 1990.

833 Querido 1954, 15, 22 en 39; Trimbos 1983 [1968]; De Smit 1970, 72 e.v.; Verbraak 1984.

834 Nationale Federatie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1962, 24-37.

verscheidenheid en versnippering waren te wijten aan de belangrijke rol van verschillende particuliere, verzuilde initiatieven, naast de activiteiten van provinciale en gemeentelijke organisaties. Niet alleen tussen confessionele en neutrale organisaties was sprake van rivaliteit, ook de diverse ambulante instellingen – de poliklinieken van psychiatrische ziekenhuizen en psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen, de SPD'en, de diverse consultatiebureaus en psychotherapeutische instituten – kenden uiteenlopende belangen.

In hoofdstuk 4.2, paragraaf 'Het overheidsbeleid' is al aan de orde geweest dat de ambulante voorzieningen op aandrang van de overheid moesten samenwerken en fuseren. De Riagg-vorming stuitte echter op nogal wat weerstand van de onderling verdeelde hulpverleners.[835] Zij waren beducht voor aantasting van verworven rechten en verlies aan autonomie. Velen van hen, die gewend waren om binnen kleinschalige organisaties te werken, zagen een centralistische, bureaucratische moloch opdoemen die de afstand tussen hulpverlener en cliënt zou vergroten en die geen recht zou doen aan democratische medezeggenschap en de maatschappijkritische dimensie van de hulpverlening.[836] De reorganisatieplannen gaven aanleiding tot discussies over de vraag of het ambulante werkveld in de eerste plaats psychiatrie, welzijnszorg of sociale actie moest zijn. De verdeeldheid hierover werd in de hand gewerkt door het politieke engagement van veel hulpverleners, de uiteenlopende professionele samenstelling van de verschillende voorzieningen en hun uiteenlopende clientèle. Terwijl het IMP een psychiatrisch en psychologisch bolwerk was en in de SPD psychiaters en psychiatrisch verpleegkundigen de overgrote meerderheid vormden, bestond een groot deel van de staf van het MOB, het BLGV en het CAD uit maatschappelijk werkers.[837] Alleen de SPD hield zich met geesteszieken bezig; de andere instellingen richtten zich voornamelijk op psychosociale problemen. Velen waren bang dat de integratie ten koste zou gaan van de veelvormigheid en diversiteit van de ambulante zorg, en vooral ook dat het eigen werkveld en de eigen werkwijze in een gemeenschappelijke organisatie in het gedrang zouden komen. Vooral in de SPD'en en IMP'en vreesden psychiaters dat de Riagg-vorming ten koste zou gaan van hun invloed.

Het IMP, het BLGV en het MOB distantieerden zich (wederom) van de zorg voor psychiatrische patiënten. Ze profileerden zich als welzijnsvoorzieningen met een psychotherapeutische oriëntatie, hoewel de laatste twee consultatiebureaus zich minder exclusief en selectief opstelden dan het IMP. Vooral de IMP-therapeuten konden weinig enthousiasme opbrengen voor de Riagg-vorming. Met hun eigen gespecialiseerde instituut en de daaraan verbonden professionele normen,

835 Staatstoezicht op de Volksgezondheid 1979, 10; Staatstoezicht op de Volksgezondheid 1981; Staatstoezicht op de Volksgezondheid 1982b, 12–13.

836 Willemsen (2001, 227, 292) wijst erop dat de Riagg-vorming in dit verband vaak in het bijzonder nadelig uitpakte voor vrouwelijke medewerkers, die vaak in deeltijd werkten. Met het verdwijnen van kleine werkeenheden verminderden hun autonomie en zeggenschap over hun werk en werden ze ondergeschikt aan een leidinggevend kader dat vaak in meerderheid uit mannen bestond.

837 Aarsen 1985, 50.

autonomie en hoge salarissen hadden zij veel te verliezen.[838] IMP-therapeuten die geen medische vooropleiding hadden, vreesden voor inkomensverlies, omdat hun salaris op het niveau van dat van psychiaters niet was te handhaven bij een fusie met andere instellingen, waarin veel niet-medisch opgeleide psychotherapeuten lager waren ingeschaald. Vrijgevestigde psychiaters die psychotherapie bedreven, voelden zich vanwege de concurrentie bedreigd door de Riagg, temeer omdat de AWBZ (vanaf 1980) alleen instituutspsychotherapie bekostigde. Binnen de BLGV's, die als enige ambulante voorziening beleidsmatig niet onder Volksgezondheid maar onder Maatschappelijk Werk vielen en een gering aantal psychiaters in dienst hadden, bestond veel verzet tegen de Riagg omdat de verwachting was dat de psychiatrie daarin grote invloed zou krijgen.[839]

Niet zonder reden vreesden hulpverleners in de SPD'en en de CAD's daarentegen dat de zorg voor psychiatrische patiënten en verslaafden in het gedrang zou komen in een samenwerkingsverband met het IMP, het MOB en het BLGV. Deze richtten zich immers overwegend op de aanspreekbare, gemotiveerde en behandelbare cliënten en bewaarden afstand tot de patiënten met ernstige psychiatrische stoornissen, en alcohol- en drugsverslaafden, die soms onhandelbaar en agressief waren.[840] Het MOB had zich al vanaf zijn ontstaan duidelijk afgegrensd van de hulpverlening aan geestelijk gestoorde en zwakzinnige kinderen. De hulpverleningscontacten in deze instelling, zo maakte de *Gids voor de geestelijke gezondheidszorg* eind jaren zestig duidelijk,

> ——— *beogen de ouders inzicht bij te brengen in de diepere problematiek, die veelal aan de moeilijkheden van het kind ten grondslag ligt. Daartoe dient bij de ouders bereidheid tot hulpaanvaarding te bestaan en voorts mag bij de ouders zowel als bij het kind geen sprake zijn van een meer ernstige vorm van gestoordheid met name in intellectuele zin.*[841]

De gids van 1978, *Voorzieningen in de Geestelijke Gezondheidszorg*, beklemtoonde nogmaals: 'bij het kind moeten positieve mogelijkheden aanwezig zijn voor een psychotherapeutische behandeling, terwijl van de ouders verwacht moet kunnen worden, dat zij zich daadwerkelijk en persoonlijk in kunnen zetten voor een diepergaand contact.'[842] Al in de jaren zestig was uit onderzoek naar een MOB in Den Haag naar voren gekomen dat deze instelling met haar psychotherapeutische oriëntatie vooral tegemoet kwam aan behoeften die in de hogere en middenklassen leefden. De arbeidersklasse daarentegen wist de weg naar het MOB nauwelijks te vinden en het bood ook geen behandelingsmogelijkheden voor kinderen met ernstige gedragsproblemen. In de loop van de jaren zestig en zeventig klonk

838 Nederlandse Vereniging voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg 1978a; Nederlandse Vereniging voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg 1978c; Lumeij 1978; Wiersema 1981.

839 Willemsen 2001, 239.

840 Van der Stel 1995, 406, 427; Akkermans 2001, 654; De Boer 2004, 114-120.

841 Nationale Federatie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1965a (herdruk juni 1969 in losbladige klapper), 241.

842 Romme 1978b, 120.

Diploma Sociaal-psychiatrische verpleegkunde, 18 maart 1971.

DE COMMISSIE VOOR DE SOCIAAL-PSYCHIATRISCHE OPLEIDING VAN GEDIPLOMEERDEN B, INGESTELD DOOR DE NEDERLANDSE VERENIGING VOOR PSYCHIATRIE EN NEUROLOGIE, HEEFT IN DE VAKKEN, NADER OMSCHREVEN IN HET VOOR DEZE OPLEIDING VASTGESTELD PROGRAMMA, GEËXAMINEERD:

Herbertus Scherpenzeel,

GEBOREN DE 25 januari 1925 TE Apeldoorn

EN ~~HAAR~~/HEM DIT GETUIGSCHRIFT UITGEREIKT ALS BEWIJS, DAT ~~ZIJ~~/HIJ DE VOLLEDIGE CURSUS MET DE DAARBIJ BEHORENDE STAGE MET VRUCHT HEEFT GEVOLGD.

DE GEDELEGEERDE(N):

Driebergen, 18 maart 1971.

steeds weer het verwijt dat het MOB elitair en in zichzelf gekeerd was en daardoor een ongewenste selectie van zijn cliënten in de hand werkte.[843]

Ook de BLGV's selecteerden hun cliënten in toenemende mate door middel van een behandelaanbod waarin een psychotherapeutische oriëntatie een prominente plaats innam.[844] 'Voorwaarde voor de behandeling die wij gaven, was natuurlijk wel dat men over gevoelens kon praten en enigszins kon objectiveren. We probeerden inzicht te verschaffen', aldus een maatschappelijk werker die in de jaren zeventig aan het BLGM in Breda was verbonden.[845] In een publicatie van de NVAGG over de BLGM was te lezen dat de behandeling gericht was op 'het op gang brengen van strukturele veranderingsprocessen in het gedrag van kliënten, waardoor deze (opnieuw) in staat zijn hun funktioneren in hun relaties te verbeteren.' De cliënten waren gemotiveerde mensen zonder ernstige psychische stoornissen, maar in het bezit van 'psychologische mogelijkheden (de stap kunnen zetten) en kulturele vaardigheden [...] (uitdrukkingsvermogen)'.[846] Het doel van de BLGV was, zo viel te lezen in de gids voor geestelijke gezondheidszorg van 1978,

> ——— *de hulpvrager, cliënt, in eerste instantie te helpen de eigen rol in zijn vastgelopen situatie te ontdekken en te onderzoeken en hem te motiveren tot het zelf zoeken naar oplossingen. De therapeutische relatie die een werker van het LGV-bureau met een hulpvrager aangaat, doet een beroep op de groeikracht, de zelfwerkzaamheid en de eigen verantwoordelijkheid van de cliënt.*[847]

Dezelfde gids bevatte een waslijst aan voorwaarden waaraan hulpvragers dienden te voldoen om voor inzichtgevende therapie op een IMP in aanmerking te komen. Zij moesten beschikken over ziekte-inzicht en introspectief vermogen; bereid en in staat zijn om hun klachten met het eigen gevoelsleven in verband te brengen; de confrontatie met zichzelf aandurven; sterk genoeg in hun schoenen staan om angst, frustratie en teleurstelling te verdragen die de therapie naar boven kon brengen; in staat zijn om een min of meer hechte en blijvende gevoelsrelatie aan te gaan; flexibel en veranderingsgezind zijn; en een zekere continuïteit in de levensloop vertonen – een brokkelige levensgeschiedenis bood geen goede prognose voor psychotherapie.[848] Het IMP was er niet voor patiënten met zware psychische stoornissen, somatische aandoeningen en mensen die in een 'ernstige sociale ontredderingstoestand' verkeerden, had de psychiater Fischer al eerder geschreven.[849]

Het lijkt erop dat de IMP'en, BLGV's en MOB's voornamelijk cliënten verwelkomden die alleen maar een duwtje in de rug nodig hadden om zichzelf te helpen. Vanwege de tendens in deze instellingen om drempels op te werpen, was het

843 Bruyel en Van Meurs 1964; Bremer 1965; Van Gennip-Horsten 1967; Kruisinga 1970, 6, 35; Franswa 1971; Nederlandse Vereniging voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg 1972.
844 Kruisinga 1970, 35-37.
845 Willemsen 2001, 228-229.
846 Nederlandse Vereniging voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg s.a. [1976], 6, 21; vergelijk Nederlandse Vereniging voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg 1979.
847 Romme 1978b, 32.
848 Romme 1978b, 40-41; vergelijk Kruisinga 1970, 39.
849 Fischer 1970, 44.

gevaar niet denkbeeldig dat de te vormen Riaggs mensen met zwaardere psychiatrische stoornissen zouden weren. De psychiatrische ziekenhuizen, die inmiddels in toenemende mate met poliklinieken ook sociaal-psychiatrische activiteiten ontplooiden, stelden zich gereserveerd op tegenover de Riagg-vorming. Hun relatie met de SPD'en was vanaf de jaren zestig verslechterd.[850] De SPD'en, met hun aanbod van zowel psychosociale begeleiding als meer directieve ondersteuning en medische zorg, zoals behandeling met psychofarmaca, namen een onzekere positie in tussen de andere ambulante instellingen en de intramurale psychiatrie. Hun werkzaamheden overlapten met die van de poliklinieken en de vrijgevestigde psychiaters en de SPD'en verloren daaraan ook terrein. In de jaren zeventig daalde het aandeel van de SPD'en in de nazorg voor uit psychiatrische ziekenhuizen ontslagen patiënten van meer dan 50 naar minder dan 30 procent, terwijl het aandeel van de poliklinieken verdubbelde van 10 naar 20 procent en dat van huisartsen verdrievoudigde van 7 naar meer dan 20 procent. Het aandeel van de poliklinieken in de totale ambulante hulpverlening zou in de jaren tachtig oplopen tot meer dan een kwart van de inschrijvingen.[851] Mede als gevolg van de regionalisering namen de psychiatrische ziekenhuizen met hun poliklinieken de voor- en nazorg voor hun patiënten deels weer in eigen hand. Hierdoor konden ze beter greep houden op hun opname- en ontslagbeleid. De poliklinieken beschikten over een ruimer therapeutisch aanbod en konden sneller patiënten in behandeling nemen dan de overbelaste SPD'en, die er bovendien steeds meer toe neigden om een min of meer selectief aannamebeleid te voeren.[852] Al met al raakte de nazorg voor ontslagen psychiatrische patiënten versnipperd, wat nogal eens ten koste van de effectiviteit ervan ging.[853]

De koers van de SPD'en was niet geheel eenduidig. Al langer vertoonden ze een neiging om zich van de psychiatrische ziekenhuizen te verwijderen en zich ook te richten op de therapeutische behandeling van stoornissen en problemen waarvoor geen opname vereist was. Veel sociaal-psychiatrisch verpleegkundigen gingen zich met psychotherapeutische behandelingsvormen op afspraak bezighouden, wat ten koste ging van hun traditionele activiteiten: huisbezoeken, crisisinterventie en praktische ondersteuning van patiënten in hun dagelijkse leven.[854] De exploratie van het 'zachte' deel van de ambulante hulpverleningsmarkt, dat van de aanspreekbare en behandelbare cliënten, waaraan meer professionele eer was te behalen dan aan de ernstige en moeilijke gevallen, werd in de jaren zeventig in de hand gewerkt door een groeiend aantal psychologen en maat-

850 Frets 1969; Mastboom 1982a, 17-20, 35-36.
851 Mastboom 1982b, 524-525; Mastboom 1982a, 19-22, 75, 165; vergelijk Frets 1969; De Smit 1970; Esser 1970-1971, I; Van Londen 1973; Staatstoezicht op de Volksgezondheid 1976, 135; Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid, Afdeling Onderzoek 1982, 19-20; Hiddema 1979; Romme, Kraan en Rotteveel 1981; Hoogduin en De Haan 1979, 759; Ten Horn 1982a, 52-53; Verbraak 1984; Willemsen 2001, 275; Van de Beek 1991, 6.
852 Mastboom 1982a, 17, 19, 35-36, 44, 53, 174-175, 179; vergelijk Ten Horn 1982a, 52-53
853 Ten Horn 1982a, 148, 155, 160-161, 169; vergelijk Jenner 1984.
854 Ten Horn 1982a, 67.

schappelijk werkers in de SPD'en. Naast het voorkómen van onnodige opnamen en het verkorten van het verblijf in een psychiatrisch ziekenhuis stelde de sociale psychiatrie zich ook de preventie van stoornissen tot taak, een doelstelling die al in de rijkssubsidieregeling van 1961 werd genoemd. In deze lijn lag het aanhalen van de band met andere ambulante instellingen meer voor de hand dan een nauwe verbinding met de psychiatrische ziekenhuizen.[855]

Door dit alles dreigde de sociaal-psychiatrische begeleiding en ondersteuning van (ex-)psychiatrische patiënten alsook de crisisopvang door SPD'en naar de achtergrond te verschuiven.[856] Al in 1971 hadden de psychiaters P.J. Stolk en A.P. de Visser ervoor gewaarschuwd dat de verkettering van de klinische psychiatrie in de maatschappijkritische ambulante geestelijke gezondheidszorg nadelige gevolgen kon hebben voor de sociale integratie van psychiatrische patiënten.[857] Anderen constateerden tien jaar later dat de gerichtheid op psychotherapie en de kritiek op het medische model een alibi was geworden voor 'vluchtpsychiatrie'. Hulpverleners zouden hun 'psychohobby' uitleven door zich voornamelijk te richten op mensen die de hulp het minst nodig hadden.[858] De Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid signaleerde begin jaren tachtig 'wildgroei-activiteiten' onder SPD-hulpverleners op het terrein van de 'fluwelen psychiatrie' ten koste van hun eigenlijke taken op het gebied van de 'harde psychiatrie': de opvang van acute gevallen, de crisisinterventie en de (thuis)zorg voor en sociale ondersteuning van oudere, chronische psychiatrische patiënten.[859] De kritische kanttekeningen van de inspectie kregen bevestiging in een onderzoek naar de intakeprocedures van het sociaal-psychiatrische Crisiscentrum in Utrecht, dat onder de titel 'Discriminerende hulpverlening' in het *Tijdschrift voor Psychiatrie* verscheen. Het bleek dat de ene hulpvrager meer kans had om toegelaten te worden dan de andere. De nadruk op een psychosociale benadering in de hulpverlening, dat wil zeggen 'problemen oplossen door er over te praten', werkte selectief. De 'lichtere' gevallen, mensen met relatieproblemen waren in het voordeel ten opzichte van cliënten met zwaardere geestelijke stoornissen. In feite werden de laatsten gediscrimineerd en 'systematisch weggezuiverd', waardoor de hulpverlening eerder tegemoetkwam aan de behoefte van de hulpverlener zelf dan aan die van de clientèle die de hulp het hardst nodig had.[860]

855 Nederlandse Vereniging van Sociaal Psychiatrische Diensten 1970; Romme en Frowijn 1970; Esser 1970-1971, I; Nederlandse Vereniging voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg 1978b, 4, 15-31; Horst 1979; Romme, Kraan en Rotteveel 1981, 7, 95-96.

856 Nederlandse Vereniging voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg 1978b, 9-17; Schudel 1979; Schudel 1981; Colaco Belmonte 1979; Ten Horn 1979; Ten Horn 1982a, 155, 160-161, 175-176; Ten Horn 1982b; Hoogduin 1982; Ten Horn en Giel 1983; Van den Boom 1987, 114.

857 Stolk en De Visser 1971.

858 Van Oosten 1980.

859 Staatstoezicht op de Volksgezondheid 1980, 24; Staatstoezicht op de Volksgezondheid 1982b, 13; Staatstoezicht op de Volksgezondheid 1983, 74-75; vergelijk Van Ginneken 1981, 445; Van der Wilk 1982; Bakker, De Goei en Vijselaar 1994.

860 Beenackers 1982, 37, 38, 45.

Dergelijke selectiemechanismen leidden er in Amsterdam bijvoorbeeld toe dat de psychiaters van de Afdeling Geestelijke Hygiëne van de GG en GD zich steeds meer geconfronteerd zagen met de restgroep die elders werd afgeschoven en nergens anders terecht kon: de onbehandelbare, lastige, agressieve en ernstig geesteszieke mensen die met een scala aan problemen kampten: lichamelijke kwalen, verarming, vereenzaming, zelfverwaarlozing, vervuiling, verslaving en sociaal isolement. Met hun lage inkomen en scholingsgraad, hun geringe beroepsprestige alsmede hun slechte woonsituatie en hoge werkloosheid behoorden deze 'sociale schipbreukelingen' over het algemeen tot de onderkant van de samenleving. De gang naar de GG en GD was dan ook nooit een bewuste, vrijwillige keuze. De patiënten werden bijna altijd door andere instellingen doorverwezen en hadden geen andere mogelijkheden meer. Vanaf de jaren zestig kwam een groeiend aandeel van de patiënten via politie en justitie bij de GG en GD terecht en het aantal acute noodsituaties waarin de psychiaters moesten ingrijpen, liep in de jaren zeventig op tot meer dan drieduizend per jaar. Deze ontwikkeling werd in de hand gewerkt door de 'psychiatrisering' van maatschappelijke overlast. Mensen die met hun afwijkende gedrag hun omgeving hinder bezorgden, golden in toenemende mate als geestelijk gestoord en kwamen op deze manier steeds vaker in de psychiatrie terecht. Geleidelijk aan verschoof de functie van de gemeentelijke dienst van psychiatrische voor- en nazorg en opnamebemiddeling naar de bemoeienis met de uitzichtloze misère die andere hulpverleningsinstellingen met hun selectieve toelatingsbeleid buiten de deur hielden. In de aantekeningen van de psychiaters klinkt dan ook een zekere berusting en zelfs cynisme door over de effecten van hun bemoeienis. In de jaren zeventig en tachtig stond de afdeling geestelijke hygiëne ook wel bekend als 'het vuilnisvat'.[861]

Binnen de sociale psychiatrie was de psychohygiënische en psychotherapeutische oriëntatie omstreden.[862] Vooral de gemeentelijke SPD'en in de grote steden verzetten zich tot op het laatst tegen hun integratie in de Riagg. De vrees was dat in deze nieuwe particuliere organisatie de historisch gegroeide band met het lokale bestuur en andere plaatselijke maatschappelijke instellingen verloren zou gaan. Hierdoor dreigde het openbare karakter van de acute en sociale psychiatrie, waarop de gemeentelijke diensten zich in het bijzonder toelegden, in het gedrang te komen. Het ging hierbij vooral om de doorlopend bereikbare crisisdiensten voor acute gevallen en om hulpverlening aan moeilijk aanspreekbare probleemgroepen, zoals daklozen en verslaafden, die behalve met psychiatrische ook met lichamelijke klachten en sociale problemen kampten. Deze vroegen in de regel niet zelf om hulp, maar zorgden soms wel voor maatschappelijke overlast. Gemeenten konden hun eigen psychiatrische diensten opdragen om dergelijke

861 Akkermans 2006, 53-55, 58-59, 68-71, 171; vergelijk Oosterbaan, Zeldenrust en Schnabel 1989, 250; Gersons 1983; Gersons 1986; Donker 1982; Van Leeuwen 1989.

862 Schudel 1979; Schudel 1981; Ten Horn 1979; Ten Horn 1982a, Colaco Belmonte 1979; Romme, Kraan en Rotteveel 1981, 95-96.

groepen op te vangen, maar de Riaggs vielen als particuliere instellingen niet onder hun gezag. Er bestonden plannen om de invloed van de gemeenten op de Riaggs en hun openbare taken wettelijk te regelen, maar de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg, die de gemeenten de verantwoordelijkheid gaf voor de openbare en preventieve gezondheidszorg en die de Tweede Kamer in 1982 aannam, bleef een dode letter en werd later weer ingetrokken.[863] In Amsterdam bleef de GG en GD nog tot 1988 taken vervullen op het terrein van de openbare geestelijke gezondheidszorg en de acute psychiatrie; activiteiten die de Riaggs in de hoofdstad vooralsnog lieten liggen.[864]

Uiteindelijk ging het sociaal-psychiatrische werkveld op in de Riagg, in tegenstelling tot het CAD, hoewel dit zich aanvankelijk sterk op de ambulante geestelijke gezondheidszorg richtte. De Federatie van instellingen voor de Zorg voor Alcoholisten (FZA), die sinds 1968 alle consultatiebureaus overkoepelde, sloot zich in 1972 aan bij de NVAGG en bleef buiten de fusie van verschillende reclasseringsinstellingen, waar de verslavingszorg ook nauw mee samenwerkte.[865] Wat de overheidsfinanciering van de CAD's betreft verschoof het zwaartepunt in de loop van de jaren zeventig van het Ministerie van Justitie naar dat van Volksgezondheid en Milieu. Tegelijkertijd was het aantal medici, in het bijzonder psychiaters, in de CAD's beperkt, en hetzelfde gold voor de psychologen. Maatschappelijk werkers kregen om zowel praktische als ideologische redenen nog sterker dan voorheen de overhand. Er was meer behoefte aan een sociaal-directieve dan aan een medische aanpak, omdat veel cliënten via de reclassering met het CAD in aanraking kwamen. Bovendien werd, net als in andere ambulante instellingen, vanaf het eind van de jaren zestig het op het individu en persoonlijkheidskenmerken gerichte medische model ter discussie gesteld en werd gepleit voor een benadering van verslaving als sociaal vraagstuk.[866]

Vanaf het eind van de jaren zestig richtte de verslavingszorg zich niet alleen op alcoholisten, maar ook op drugsgebruikers.[867] De toename van het aantal cliënten van 11.000 in 1968 tot 16.000 in 1975 kwam voor een groot deel voor rekening van jeugdige drugsverslaafden, van wie velen betrokken waren bij de tegencultuur en die een andere sociale achtergrond hadden dan de alcoholisten. Drugsverslaafden vormden in de tweede helft van de jaren zeventig bijna de helft van het cliëntenbestand, een aandeel dat begin jaren tachtig was teruggelopen naar een derde.[868] Die terugloop hing samen met de concurrentie van laagdrempelige jongerenhulpverlening in JACs, Releases en Sosjale Joenits alsook andere alternatieve voorzieningen voor drugsverslaafden, die subsidie kregen van het Ministerie van CRM en die een tolerante houding innamen tegenover drugsgebruik. Tus-

863 Kerkhoff 1994, 84-85, 95; Festen et al. 1997, 61; vergelijk Wennink 1998, 95, 106, 144. Met de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid kregen de gemeenten in 1990 alsnog preventietaken toegewezen.

864 Akkermans 2006, 17.

865 Van der Stel 1995, 395-397.

866 Van der Stel 1995, 359; Esser 1966.

867 Van der Stel 1995, 383-391; vergelijk Blok 2007, 172-191.

868 Van der Stel 1995, 377, 389; Hoekstra 1984, 785.

sen de verslavingshulpverleners onderling ontstonden conflicten over de volgen koers. Moesten zij genezing nastreven door middel van (verplicht) afkicken of, op basis van een tegemoetkomende houding, drugsgebruik min of meer trachten te beheersen met behulp van de verstrekking van methadon of zelfs heroïne? Deze polarisatie was verweven met de voortdurende spanning binnen de CAD's tussen enerzijds de ontwikkeling in de richting van psychosociale hulpverlening op basis van vrijwilligheid en gelijkwaardigheid en anderzijds, mede vanwege de justitiële reclasseringstaak van de CAD's, de neiging om dwang en drang toe te passen.[869] Deze spanning was van invloed op de relatie tussen het CAD en de Riagg in wording.

Lange tijd werd ervan uitgegaan dat de CAD's zouden opgaan in de Riagg, maar na veel discussie en gemanoeuvreer besloten zij om er buiten te blijven en er alleen mee samen te werken. De CAD's zegden hun lidmaatschap van de NVAGG in 1982 op en ze kwamen niet onder de AWBZ te vallen; voor de financiering bleven zij afhankelijk van subsidiëring door de Ministeries van Volksgezondheid en Milieu en van Justitie.[870] Vanwege de specifieke kenmerken van de verslavingszorg, die niet alleen het gebied van de geestelijke gezondheidszorg, maar ook dat van het maatschappelijk werk en de justitiële reclassering omvatte, ging in deze sector de voorkeur uit naar de handhaving van een apart hulpverleningscircuit. Dit temeer omdat alcohol- en drugsverslaafden wat betreft motivatie, probleembewustzijn, initiatief en verbale begaafdheid vaak niet voldeden aan het profiel van de sterk op psychotherapie georiënteerde ambulante sector. De vrees bestond dat de Riagg verslaafden net als andere 'zware probleemgevallen' stiefmoederlijk zou behandelen.

Ook waren de CAD's nauw verbonden met zowel verslavingsklinieken als de justitiële sector, terwijl de ambulante zorg de afstand tot de intramurale zorg benadrukte en onder invloed van het democratiseringsideaal elke associatie met dwang wilde vermijden. In de jaren zeventig kregen vier CAD's een eigen kliniek. Daarnaast waren twee oudere sanatoria omgevormd tot categorale klinieken en kwamen er nog een nieuwe verslavingskliniek en twee gespecialiseerde afdelingen van psychiatrische inrichtingen bij. Medio jaren tachtig waren er 25 verslavingsklinieken, waaronder categorale afdelingen van psychiatrische ziekenhuizen, intramurale voorzieningen van CAD's en zogenoemde 'hiërarchisch gestructureerde' therapeutische gemeenschappen voor drugsverslaafden, zoals de Emiliehoeve van het psychiatrisch ziekenhuis Bloemendaal.[871] In de verslavingshulpverlening bestond in het algemeen minder weerzin tegen intramurale opname dan in andere ambulante instellingen. In de jaren 1980-1984 verdubbelde het aantal opnamen van drugsverslaafden.[872] De verslavingszorg ontwik-

869 Van der Stel 1995, 424.
870 Van der Stel 1995, 391-427.
871 Van der Stel 1995, 349-350; Blok 2007, 179-187; vergelijk Esser 1970-1971, II: 55; Hoekstra 1984, 787.
872 Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1987, 50.

kelde zich in eigen regionale circuits, die grotendeels samenvielen met de justitiele arrondissementen. Niettegenstaande de intenties in die richting kwam er van nauwe samenwerking tussen CAD's en Riaggs weinig terecht.[873]

De Regionale Instelling voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg

Ondanks alle bezwaren en verzet vanuit de diverse ambulante instellingen alsmede de verdeeldheid en het onderlinge wantrouwen binnen hun belangenorganisatie, de NVAGG, vond de Riagg-vorming uiteindelijk doorgang. De druk van de overheid en de Ziekenfondsraad alsmede de groeiende noodzaak van financiele beheersbaarheid gaven uiteindelijk de doorslag.[874] Na een lang en moeizaam proces van geharrewar en onderhandeling tussen de betrokken partijen, waarbij inhoudelijke argumenten en belangentegenstellingen een onontwarbare kluwen vormden, gingen de eerste Riaggs in 1982 van start.[875] Deze nieuwe instelling verenigde uiteenlopende vormen van hulpverlening en verschillende beroepsgroepen – overwegend psychiaters, psychologen, sociaal-psychiatrisch verpleegkundigen en maatschappelijk werkers. Ze richtte zich met verschillende activiteiten – behandeling, begeleiding, crisisinterventie, advies, voorlichting, onderzoek, preventie en consultatie ten behoeve van eerstelijnshulpverleners zoals huisartsen – op een breed scala aan problemen, van levensmoeilijkheden tot psychisch lijden en geestesziekte. De Riagg was niet op levensbeschouwelijke grondslag maar op regionale basis georganiseerd. Tegen de zestig neutrale, gelijkmatig over het hele land verspreide Riaggs kregen elk een eigen werkgebied met tussen de 150.000 en 300.000 inwoners. Riaggs werden alleen officieel erkend en collectief gefinancierd als ze rechtspersoonlijkheid bezaten en eindverantwoordelijkheid droegen voor het hulpaanbod in de gehele regio. De financiering van de ambulante geestelijke gezondheidszorg op basis van de AWBZ werd vanaf 1983 wettelijk afhankelijk gesteld van de erkenning als Riagg. Op deze manier stelde de overheid grenzen aan de uitbreiding van de institutionele ambulante zorg.

Voor officiële erkenning was vereist dat een Riagg tenminste een SPD, een MOB, een BLGM en een IMP omvatte en deze voorzieningen integreerde. Dat garandeerde nog niet dat zij ook daadwerkelijk in elkaar opgingen. In veel Riaggs duurde het nog jaren voordat de oude, bij elkaar geveegde werkverbanden echt plaats maakten voor hechte samenwerking.[876] Hoewel de Riaggs geen uniforme organisatiestructuur kenden en onderling nogal wat diversiteit vertoonden, bleven de uiteenlopende werkvormen en doelgroepen van de MOB's, BLGV's, IMP'en en SPD'en over het algemeen duidelijk herkenbaar bestaan in de vorm van ver-

873 Van der Stel 1995, 400, 412-413, 425-428.
874 Heerma van Voss 1981c; Van Heugten en Breemer ter Stege 1982, 171; Staatstoezicht op de Volksgezondheid 1982b, 40; Van der Stel 1995, 425; Festen et al. 1997, 82.
875 Van der Reijden 1984, 25; Mijs 1987; Mijs 1990.
876 Grossouw 1984; Mijs 1987; Mijs 1990; Festen et al. 1997, 85-86, 98; Willemsen 2001, 291, 317.

schillende Riagg-afdelingen. Dankzij de instelling van zogenaamde aparte Organisatorische Eenheden Psychotherapie wisten de voormalige IMP-psychotherapeuten in bijna alle Riaggs een zekere apartheid en exclusiviteit te bewaren. Het werkgebied van de voormalige SPD, het BLGV en het MOB kwam in de Riagg grotendeels overeen met dat van de afdelingen sociale psychiatrie, psychosociale hulpverlening voor volwassenen en jeugdzorg. De integratie van de verschillende deelgebieden van het ambulante werkveld in de Riagg kreeg vooral gestalte in de gemeenschappelijke intake van nieuwe cliënten door hulpverleners van verschillende disciplines.[877]

Nieuw waren de aparte teams voor bepaalde groepen cliënten, zoals vrouwen, allochtonen en ouderen. Emancipatie-idealen speelden hier duidelijk een rol. Begin jaren tachtig bracht het *Maandblad Geestelijke volksgezondheid* een themanummer uit over vrouwenhulpverlening, organiseerden het NcGv en de NVAGG studiedagen en verscheen een tweetal nota's over dit onderwerp.[878] De Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid en het Ministerie van Volksgezondheid en Milieu schonken de nodige aandacht aan de ontwikkeling van de vrouwenhulpverlening; begin jaren negentig constateerde de Inspectie dat deze een volwaardige en sterke positie in de Riaggs had verworven.[879] Het NcGv organiseerde in 1983 een symposium over migranten in de geestelijke gezondheidszorg en de NVAGG stelde in samenwerking met de Inspectie een Werkgroep etnische minderheden in om na te gaan hoe de Riagg beter bereikbaar viel te maken voor allochtonen.[880] De Riagg-ouderenzorg groeide in de jaren tachtig uit tot de snelst groeiende specialisatie binnen de ambulante sector. Mede vanwege het overwegend psychotherapeutisch georiënteerde ambulante behandelaanbod in de jaren zeventig, had deze groep relatief weinig aandacht gekregen. De overheid drong in de jaren tachtig aan op meer ambulante zorg voor bejaarden om de snelle aanwas van het aantal verpleeghuisbedden voor met name demente ouderen enigszins te remmen.[881]

De Riagg was in menig opzicht een product van het optimisme van de jaren zeventig, volgens welke psychische moeilijkheden door middel van vroegtijdige interventie te verhelpen waren.[882] De nieuwe instelling moest laagdrempelig zijn en nam met de multidisciplinaire benadering afstand van de medische psychiatrie, zoals de MOB's, de BLGV's en de IMP'en dat al eerder hadden gedaan. Met de Riagg

877 Van de Beek en Hutschemaekers 1993; Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid 1987, 16.

878 Steinmann 1985.

879 Staatstoezicht op de Volksgezondheid 1983, 81; Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1987, 44; Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1993, 99.

880 Staatstoezicht op de Volksgezondheid 1983, 78; zie verder 5.4, paragraaf 'De hulpvraag: cliënten en klachten'.

881 Robben 1992. Binnen de NVP kwam in 1981 een Sectie Psychiatrie voor Ouderen tot stand. Witteman 1995, 313. In 1988 waren in de Riaggs veertig op dit terrein gespecialiseerde psychiaters werkzaam en rond 1990 werden er leerstoelen voor ouderenpsychiatrie ingesteld in Amsterdam, Rotterdam en Utrecht. Witteman 1995, 314.

882 Vos en Hutschemaekers 1999, 172.

was niet alleen een regionalisering van de ambulante zorg doorgevoerd, maar werd ook het principe van echelonnering gerealiseerd. De geestelijke gezondheidszorg kreeg drie echelons: de eerste lijn van de huisarts, de wijkverpleegster en de eerstelijnspsycholoog, de tweede lijn van de ambulante instellingen – naast de nieuwe Riagg ook poliklinieken en particuliere praktijken – en de derde lijn van de semi- en intramurale voorzieningen.[883] De Riagg was bedoeld als spil tussen enerzijds de eerstelijnszorg en het maatschappelijk werk en anderzijds de semi- en intramurale geestelijke gezondheidszorg.

De overheid had de Riagg-vorming mede uit kosten- en efficiencyoverwegingen bevorderd. Vooral in de eerste jaren van hun bestaan riep het brede en nauwelijks afgebakende takenpakket van de Riaggs echter voortdurend discussie op. Zo gingen er stemmen op om de behandeling van 'lichte' psychosociale problemen over te hevelen naar de eerste lijn en de hulpverlening aan jongeren onder te brengen in een categoraal georganiseerde, algemene jeugdhulpverlening.[884] De verantwoordelijkheden van de Riagg op het terrein van de sociale psychiatrie en de openbare geestelijke gezondheidszorg voor psychisch gestoorden die niet uit zichzelf hulp zochten waren niet duidelijk en deze overlapten met de werkzaamheden van psychiatrische poliklinieken en het maatschappelijk werk. Bovendien was de plaats van de psychotherapie – afzonderlijk of geïntegreerd in volwassenenafdelingen – omstreden.[885] Tegelijkertijd werden Riaggs voortdurend geconfronteerd met de toeloop van nieuwe probleemgroepen, zoals lijders aan posttraumatische stress, kinderen van geesteszieke ouders, depressieve en onderbehandelde ouderen, seksueel misbruikte vrouwen en kinderen, overspannen werknemers, allochtonen en asielzoekers. Aangezien de financiële middelen beperkt werden, raakten de Riaggs in de loop van de jaren tachtig overbelast en ontstonden er wachtlijsten.[886] Het aantal cliënten steeg snel: terwijl het gezamenlijke aantal nieuwe inschrijvingen bij de SPD'en, MOB's, BLGM's en IMP'en in 1980 nog

883 Van der Reijden 1984, 24. In 1984 waren er rond de tweehonderd eerstelijnspsychologen werkzaam.

884 De afdelingen voor jeugdzorg bleven echter gehandhaafd. Begin jaren negentig was ongeveer een derde van de Riagg-clientèle tussen vier en twintig jaar oud, onder wie meer jongens dan meisjes (bij de volwassenenafdeling kwamen meer vrouwen dan mannen terecht). De meest voorkomende klachten betroffen gedrags-, opvoedings- en leermoeilijkheden, problemen in het gezin of in de omgang met leeftijdgenoten, identiteitsproblemen en depressieve, stemmings-, angst- en hechtingsstoornissen. De jeugdzorg kenmerkte zich door intensieve en langdurige intakeprocedures en deze leidden vaker dan in de volwassenenzorg tot enkel diagnose en doorverwijzing. Vermande, Faber en Hutschemaekers 1997.

885 Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1985, 4; Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1986; Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1987; Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1990; Festen et al. 1997.

886 Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1988a, 56; Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1993, 77; Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1995, 22; Inspectie voor de Gezondheidszorg 1996, 75; Inspectie voor de Gezondheidszorg 1998, 84; Van de Beek en Hutschemaekers 1993, 162; Festen et al. 1997, 99.

rond de 88.000 telde en er eind 1980 zo'n 65.000 cliënten in behandeling waren, deden in 1985 135.000 mensen een beroep op de Riaggs en had hun cliëntenbestand aan het eind van dat jaar een omvang van 120.000 bereikt. De groei van het aantal hulpverleners – van bijna 3100 in 1980 tot ruim 3900 in 1985 – bleef daarbij ver achter.[887] Eén op vier à vijf cliënten meldde zich op eigen initiatief aan, bijna de helft kwam via de huisarts bij de Riagg terecht en de rest werd door andere instanties doorverwezen.[888]

Uit de snelle groei van het aantal cliënten valt op te maken dat de Riagg vanuit het oogpunt van bereikbaarheid en toegankelijkheid – een belangrijke doelstelling van de regionalisering – grotendeels aan de verwachtingen beantwoordde of deze zelfs overtrof. De meerderheid van de cliënten was over het algemeen redelijk tevreden over de hulpverlening. Desondanks had de Riagg vanaf het begin met een imagoprobleem te kampen. Zij stond voortdurend bloot aan kritiek van clienten, de overheid, de Geneeskundige Inspectie van de Volksgezondheid, media, onderzoekers en hulpverleners, zowel van buiten als vanuit de Riagg zelf. De Riagg was nog maar nauwelijks tot stand gekomen of het verwijt klonk dat deze zich overwegend op de verkeerde cliënten richtte, namelijk mensen met 'lichte' psychosociale problemen en persoonlijkheidskenmerken die hen kwalificeerden voor een psychotherapeutische behandeling.[889] Ook zou de multidisciplinaire samenwerking, onder andere vanwege de tijdrovende intakeprocedures, ten koste van de doelmatigheid gaan.

Vooral de sterk uitgedijde psychotherapeutische hulpverlening aan mensen die ogenschijnlijk niet aan psychiatrische stoornissen leden, maar gebukt gingen onder levensproblemen en als mild aangemerkte psychische aandoeningen, raakte begin jaren tachtig in het geding. De behoeften waaraan deze tegemoetkwam, waren eindeloos en er dreigde een wildgroei van de psychotherapeutische beroepsgroep, zo luidde de kritiek. Naarmate de kosten opliepen werden er zowel binnen als buiten de geestelijke gezondheidszorg meer vraagtekens geplaatst bij de pretenties en de noodzaak van deze hulpverlening. Er kwam een einde aan de euforie waarmee de psychotherapie in de jaren zeventig in de schijnwerpers was komen te staan: als cultureel verschijnsel kreeg zij minder aandacht van de media en het maatschappelijk aanzien van psychotherapeuten als de wegbereiders voor een nieuwe levenshouding raakte aangetast.[890] Het zelfoplossend vermogen van individuen, hun gezinnen en hun naaste omgeving moest gestimuleerd worden, zo was te lezen in de *Nota Volksgezondheidsbeleid bij beperkte middelen* (1983) van het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur. De geestelijke gezondheidszorg diende zich te concentreren op de gemarginaliseerde groepen die echt hulp nodig hadden: de lijders aan ernstige, moeilijk behandelbare en vaak chronische geestesziekten en de gedragsgestoorde, lastige en soms agressieve psychiatrische

887 Ketting, Jacobs en Bijl 1987, 154-155, 157.
888 Van de Beek en Hutschemaekers 1993, 154; Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid 1994, 13.
889 Van der Reijden 1984, 64-68.
890 Dijkstra en Van Donselaar 1988a, 5.

patiënten, die niet beantwoordden aan het profiel van de aanspreekbare en behandelbare cliënten op wie een groot deel van de ambulante voorzieningen zich toelegde.

De sociale psychiatrie, die onder veel werkers in de ambulante sector een lage status genoot en waarin de op zelfontplooiing gerichte welzijnsideologie vanwege de ernst van de problematiek weinig praktische relevantie had, zou volgens deze gedachtegang herwaardering verdienen.[891] Hulpverleners in de sociale en acute psychiatrie voelden zich in de Riagg echter ondergewaardeerd en betreurden de teloorgang van de kleinschaligheid en de informele werkwijze van de vroegere SPD'en. De gebureaucratiseerde en meer grootschalige werkwijze in behandelteams zou niet geschikt zijn voor patiënten die behoefte hadden aan een meer persoonlijke vertrouwensband en huisbezoeken.[892] Vanuit de Riaggs werd er ook op gewezen dat zij hun sociaal-psychiatrische taken moeilijk konden uitbreiden zolang hun middelen en invloed vergeleken met de psychiatrische ziekenhuizen beperkt waren en er geen sprake was van een door de overheid afgedwongen bedden- en opnamereductie. Het was niet te verwachten dat ziekenhuizen uit eigen beweging de Riaggs meer zeggenschap over hun patiënten zouden geven, omdat ze dan hun eigen bestaan ter discussie stelden.[893]

Dat de Riagg, waarin het idealisme van de jaren zeventig nog doorwerkte, zich in de beginjaren met veel kritiek en knelpunten geconfronteerd zag, hield mede verband met het veranderende klimaat in zowel de samenleving als de geestelijke gezondheidszorg in de eerste helft van de jaren tachtig: de geest van *no-nonsense* zou de toon gaan aangeven en het streven naar kostenbeheersing en doelmatigheid won aan belang.

Nabeschouwing

De jaren zeventig vormden in de geschiedenis van de psychiatrie, in de woorden van de socioloog P. Schnabel, een periode van 'grote bestuurlijke gekte en veel therapeutische gekkigheid'.[894] Terugkijkend vanuit het begin van de eenentwintigste eeuw sprak een verpleegkundige die destijds in het Psychiatrisch Ziekenhuis Groot Bronswijk in het Groningse Wagenborgen werkzaam was, van 'een hele krankjorume wereld'. Hij maakte het mee dat een deel van de separeerruimten voor agressieve patiënten werd inricht als 'baarmoeder' voor jonge lijders aan schizofrenie om zogenaamd opnieuw geboren te worden, terwijl aan de andere kant van de muur patiënten onder dwang in isoleercellen zaten.[895] In de inleiding gaven we al aan dat de geestelijke gezondheidszorg zich in deze jaren kenmerkte door paradoxen. Wellicht de grootste komt in de titel van dit deel tot uitdruk-

891 Schnabel 1985, 157; Van Lieshout 1985a; Schene 1995; Hosman en Geelen 1997, 162.
892 Bakker, De Goei en Vijselaar 1994.
893 De Bont 1985.
894 Dankers en Van der Linden 1996, 11.
895 Pieters, Snelders en Houwaart 2006, 138.

king: de kritiek op de psychiatrie ging samen met een exponentiële groei van de geestelijke gezondheidszorg, in het bijzonder het ambulante deel daarvan, alsook een vergroting van de toegankelijkheid en de vraag naar hulpverlening.

In geen andere periode werden ontwikkelingen in de geestelijke gezondheidszorg zozeer door ideologie en politisering bepaald als in de jaren zeventig.[896] Toch was er ondanks alle turbulentie veel minder sprake van een breuk met de voorgaande periode dan op het eerste gezicht lijkt. Inhoudelijk bouwde de hulpverlening voor een groot deel voort op therapeutische innovaties in de jaren vijftig, waaronder ironisch genoeg de psychofarmaca, die zoveel adepten van het socio- en psychotherapeutisch ethos verguisden. De diverse sociaal-psychologische behandelmethoden hadden in de twee decennia na de Tweede Oorlog al op kleinere schaal ingang gevonden. Vanaf het eind van de jaren zestig kregen ze, vaak in geradicaliseerde vorm, een veel bredere toepassing. De relatieve rust die de psychofarmaca in de jaren vijftig in de psychiatrische ziekenhuizen brachten, vormde de basis waarop sociaal-psychologische behandelmethoden zich konden uitbreiden en verdiepen.

De soms felle botsingen die de geestelijke gezondheidszorg in de jaren zeventig kenmerkten, gingen eigenlijk niet over de essentie van de inhoudelijke oriëntatie van de hulpverlening. Er bestond brede steun voor een intensivering van de behandelactiviteiten en de communicatie met patiënten om hen te activeren en hun zelfstandigheid te vergroten. Ook het streven naar een verbetering van hun leefklimaat door middel van schaalverkleining en differentiatie kon op veel instemming rekenen. Er was geen sprake van een scherp en massief generatieconflict. Ook bij de oudere generatie was vernieuwingsdrang aanwezig. Het oudere fenomenologisch-personalistische gedachtegoed en het nieuwere, deels aan Amerikaanse voorbeelden ontleende socio- en psychotherapeutische behandelrepertoire vertoonden meer overeenkomsten dan verschillen. In feite probeerde de jongere generatie de idealen van de aanhangers van de fenomenologisch-personalistische benadering te realiseren, ook al verwoordden ze hun streven op een andere manier, en kregen ze daar in de jaren zeventig, mede dankzij de ruimere financiering, meer mogelijkheden voor dan hun voorgangers.[897] Het streven naar spontane zelfontplooiing bouwde voort op de invulling die het ideaal van geleide zelfontplooiing in de loop van de jaren vijftig en zestig met name in de geestelijke gezondheidszorg had gekregen.

Vooral wat betreft de groeiende betekenis van allerlei vormen van psychotherapie vallen in de psychiatrische ziekenhuizen en de ambulante geestelijke gezondheidszorg overeenkomstige tendensen te signaleren: een sterke nadruk op de individuele beleving en gevoelswereld alsook persoonlijke bevrijding en groei. Ook hier deed zich een paradox voor. De scherpe kritiek vanuit de antipsychiatrische beweging op het gebrek aan aandacht in de medische psychiatrie voor de

896 Van Eck 1991a, 12; Van Londen 2001, 20.

897 Abma en Weijers 2004, 157–158.

sociale kanten van geestesstoornissen mondde uiteindelijk uit in een sterke groei van allerlei psychotherapieën waarin de individuele beleving centraal stond. Het streven naar maatschappijhervorming (sociale maakbaarheid) maakte in toenemende mate plaats voor gerichte individuele verandering (zelfmaakbaarheid), vooral op basis van, zoals de historicus H. van der Horst het treffend omschrijft, 'de soevereiniteit van de eigen drijfveren'.[898] Verder vormde de oriëntatie van de ambulante geestelijke gezondheidszorg op de welzijnszorg evenmin een fundamentele vernieuwing. In zekere zin werden hiermee de idealen van de beweging voor geestelijke volksgezondheid, gericht op preventie en verhoging van de geestelijke weerbaarheid, nieuw leven ingeblazen, nadat zij in de jaren vijftig door de nadruk op individuele therapeutische behandeling op de achtergrond waren geraakt. Meer in het algemeen waren de extramuralisering en vermaatschappelijking van de psychiatrie, die vanaf de tweede helft van de jaren tachtig de toon gingen aangeven, niet denkbaar zonder de invloed van de kritische beweging van de jaren zeventig.

De conflicten ontstonden vooral door radicaliserende invloeden, die niet zozeer van binnen uit de geestelijke gezondheidszorg als wel uit de samenleving afkomstig waren. Vooral door de toestroom van sociaal-wetenschappelijk en psychologisch geschoolde beroepsgroepen en de emancipatiestrijd van patiënten en verpleegkundigen vonden nieuwe ideeën ingang over de aard van psychische stoornissen, de therapeutische behandeling daarvan en de rol die behandelaars en patiënten daarin zouden moeten spelen. Hierin werkten de democratiseringsbeweging, de tegencultuur en de antipsychiatrie duidelijk door. Ook bredere maatschappelijke ontwikkelingen als de toenemende welvaart, individualisering, secularisering, emancipatie van achtergestelde bevolkingsgroepen en de psychologisering van het alledaagse leven deden hun invloed gelden. Vanaf het eind van de jaren zestig was het afgelopen met de grote mate van autonomie van de psychiatrische inrichting. De leiding moest in toenemende mate rekening houden met de buitenwereld: de overheid, de patiënten en hun naasten, het eigen personeel, de kritische beweging, de media en het grote publiek.

In veel psychiatrische ziekenhuizen verliepen de vernieuwingsprocessen in de jaren zeventig in grote lijnen volgens hetzelfde patroon. Steeds weer raakten aanvankelijk breed gedragen therapeutische en zorginhoudelijke innovaties vermengd met het bredere streven naar democratisering, waardoor zij gepolitiseerd raakten. Naarmate vernieuwers radicaliseerden en zich met steun van buitenaf vastbeten in hun eigen ideologische gelijk, riepen zij meer weerstand op van gematigde hervormers. De standpunten raakten, mede onder invloed van de simplificerende beeldvorming door de media en de kritische beweging, zodanig gepolariseerd dat een vergelijk niet meer mogelijk was en de spanningen zover opliepen dat alleen ingrijpen van boven- of buitenaf nog een einde kon maken aan de vaak onwerkbaar geworden verhoudingen. Meestal leidde zo'n interventie

898 Van der Horst 2005, 103.

tot een gedeeltelijke terugdraaiing van bepaalde uitwassen van de democratisering, terwijl de zorginhoudelijke vernieuwingen grotendeels behouden bleven. Ook het streven naar verbetering van de rechtsbescherming en de emancipatie van patiënten vond doorgang. De openheid van de psychiatrische ziekenhuizen was blijvend vergroot en meer dan voorheen moesten behandelaars verantwoording afleggen over hun inspanningen en resultaten aan de overheid, de financiers en de patiënten en hun naasten. Behandelaars werden zo gedwongen om zich sterker dan daarvoor te bezinnen op hun therapeutische principes en handelen, en op de kwaliteit van de zorg.

Het overheidsbeleid, dat bijdroeg aan de politisering van de geestelijke gezondheidszorg, was evenmin vrij van tegenstrijdigheden. Enerzijds wilde de regering met het oog op de betaalbaarheid tot een indamming van het hulpaanbod en de zorgvraag komen en de verschillende voorzieningen bewegen tot meer samenwerking en onderlinge afstemming, anderzijds stimuleerde haar beleid de uitdijing alsook de verdeeldheid en verkokering van de geestelijke gezondheidszorg.[899] Deels liet de overheid zich leiden door de kritische psychiatrie: al in de jaren zeventig drongen bewindslieden aan op extramuralisering en lieten zij de term 'vermaatschappelijking' vallen. De fusie van de ambulante voorzieningen, die grotendeels onder druk van de regering tot stand kwam, was in hoge mate bedoeld om de sociale psychiatrie te versterken ten opzichte van de ziekenhuispsychiatrie en daarvoor een alternatief te bieden. De Riagg was een typisch product van het kritische en tegelijkertijd optimistische gedachtegoed van de jaren zeventig: een laagdrempelige voorziening met een breed multidisciplinair hulpverleningsaanbod, waarin psychiaters een minderheid vormden temidden van psychologisch en sociaal-wetenschappelijk geschoolde deskundigen. In zijn *Structuurnota* schreef staatssecretaris Hendriks dat de Riagg moest bijdragen aan het onderzoek naar 'de sociale en ruimtelijke factoren die van invloed zijn op de psychische gezondheid'.[900] Door middel van vroegtijdige interventie bij een breed scala aan psychische en relationele moeilijkheden zouden geestesstoornissen te voorkomen zijn. Tegelijkertijd werd er fors geïnvesteerd in de vernieuwing van de psychiatrische ziekenhuizen en legde de regering deze geen strobreed in de weg toen zij in toenemende mate ook extra- en semimurale en multidisciplinaire hulpverlening gingen bieden. Daarmee maaiden ze het gras voor de voeten van de nieuwe Riaggs weg, vooral als het ging om de sociaal-psychiatrische zorg voor geesteszieken.[901] Terwijl de overheid de ambulante voorzieningen aan een centripetaal proces onderwierp, werd de ontwikkeling van de zich deconcentrerende en differentiërende psychiatrische ziekenhuizen bepaald door centrifugale krachten.[902]

899 Bijker 1994, 44, 47; Vos en Hutschemaekers 1999; Van der Grinten en Verburg 2001, 20-23; vergelijk Van Eck 1991a.

900 Hendriks 1974, 50.

901 Rose en Steffens 1987, 128-138; Van de Beek en Hutschemaekers 1992, 951-952; Van Londen 2001, 10.

902 Van Hezewijk 1999, 150.

Vooral de snelle groei van de poliklinieken, die deels dezelfde clientèle bedienden als de Riaggs, stond eigenlijk haaks op het beleid om de ambulante hulpverlening in de Riagg te concentreren. Op deze manier vulden de psychiatrische ziekenhuizen en de Riaggs elkaar niet aan, maar werden ze eerder concurrenten van elkaar en versterkten ze de al bestaande kloof tussen de intra- en extramurale geestelijke gezondheidszorg. Een onbedoeld gevolg daarvan was dat Riaggs zich sterk met psychosociale en psychotherapeutische hulp profileerden en aanvankelijk weinig werk maakten van de sociaal-psychiatrische zorg voor psychiatrische patiënten. In die zin droeg de Riagg aanvankelijk nauwelijks bij tot de nagestreefde substitutie van bedden.

Naast de psychiatrische ziekenhuizen en de Riaggs bestonden er ook nog psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen, die eveneens over poliklinieken beschikten, en de praktijken van vrijgevestigde psychiaters en psychotherapeuten. Van een duidelijk beleid gericht op een taakafbakening tussen de verschillende hulpverlenings- en zorgaanbieders was geen sprake. Hun activiteiten overlapten met elkaar en alle bewaakten angstvallig hun werkgebied. Zij werkten langs en door elkaar heen, waarbij de overheid nu weer eens de ene en dan weer de andere een impuls gaf of juist afremde, zonder de verkokering te doorbreken en een einde te maken aan de verbrokkeling. Weliswaar werden steeds meer voorzieningen onder de AWBZ gebracht, maar daarbij golden voor de verschillende instellingen uiteenlopende regels en declaratiesystemen, waardoor samenwerking en afstemming werd bemoeilijkt.[903] In plaats van de bestaande instellingen op een directe wijze tot samenwerking te dwingen, lanceerde de regering in de *Nieuwe Nota* een nieuw type voorziening, de Multifunctionele Eenheid, die klinische, semimurale (deeltijdbehandeling) en extramurale functies moest verenigen. Dat de overheid haar toevlucht nam tot een dergelijke omweg, hing samen met het corporatistische systeem, waardoor de betrokken instellingen nauw bij de beleidsvorming waren betrokken. Vernieuwing kwam niet tot stand door de bestaande voorzieningen grondig aan te pakken, maar door de toevoeging van nieuwe instellingen en regelingen aan de oudere, waardoor de lappendeken alleen maar bonter werd. Dat maakte het des te moeilijker om de geestelijke gezondheidszorg te stroomlijnen in tijden van financiële krapte, zoals in de jaren tachtig. Het duidelijkst kwam de halfslachtigheid van het overheidsbeleid naar voren bij de vorming van de semimurale sector, de beschermende woonvormen. Door de groei ervan afhankelijk te maken van de substitutie van bedden, terwijl het corporatistische besluitvormingsstelsel de regering geen machtsmiddelen toeliet om de ziekenhuizen daartoe te dwingen, kwamen de beschermende woonvormen maar moeizaam van de grond. De Nederlandse overheid voerde wel een tamelijk consistente koers als het om de rechten en emancipatie van patiënten ging. Al in de jaren zeventig werd de patiëntenbeweging betrokken bij de beleidsvorming op dit terrein en het was ook grotendeels aan de steun van de over-

903 Bakker en Van der Velden 2004a, 68.

heid te danken dat de Nederlandse patiëntenbeweging in internationaal opzicht een voorhoederol vervulde en dat ons land voorop liep met de verbetering van de rechtspositie van psychiatrische patiënten.[904]

De grotendeels toch wat negatieve balans van het Nederlandse overheidsbeleid komt in een ander licht te staan als wij de Nederlandse geestelijke gezondheidszorg in de jaren zestig, zeventig en tachtig vergelijken met die in andere landen.[905] Naar aanleiding van de veelvuldige kritiek en de grote aandacht voor vermeende navolgenswaardige ontwikkelingen in het buitenland, in het bijzonder de deïnstitutionalisering in landen als Groot-Brittannië, de Verenigde Staten en Italië, verzuchtte Schnabel in 1981 dat Nederlanders zich er blijkbaar niet van bewust waren hoe gunstig de geestelijke gezondheidszorg hier afstak ten opzichte van die elders.

——— *Er zijn vrijwel geen landen – neen, er is geen enkel land – waar zoveel, zo uitgebreide en zo gemakkelijk toegankelijke voorzieningen voor ambulante geestelijke gezondheidszorg zijn. Er is waarschijnlijk geen land, waar het voorzieningenpakket in de psychiatrie zo'n enorme differentiatie heeft bereikt en zozeer door therapeutische inzichten wordt bepaald. Er zijn maar heel weinig landen waar de geestelijke gezondheidszorg zo belangrijk wordt gevonden als in Nederland en dat komt tot uiting in de absoluut en relatief gezien grote hoeveelheid geld die er hier beschikbaar is voor hulpverlening. Je ziet het aan alles, aan de behandelingsmogelijkheden die burgers geboden worden, aan de salarissen die hulpverleners betaald krijgen, aan de rechtspositie die ze hebben, aan de gebouwen waarin ze werken. Als je gek moet worden, kan je dat het beste in Nederland doen.*[906]

Had Schnabel het bij het rechte eind? Aan de hand van een vergelijking van de ontwikkelingen in Nederland met die van zes andere landen – België, de Bondsrepubliek Duitsland, Frankrijk, Italië, het Verenigd Koninkrijk en de Verenigde Staten – proberen wij deze vraag te beantwoorden.

De groeiende bemoeienis van de rijksoverheid was niet alleen kenmerkend voor de ontwikkelingen in Nederland, maar ook voor die in andere West-Europese landen en de Verenigde Staten. Al voor het optreden van de antipsychiatri-

904 Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1988a, 17; Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1989, 17; Legemaate 1992, 1341; Kwekkeboom 1999.

905 Voor de internationale vergelijking hebben wij gebruikgemaakt van Cramer 1983; Schaufeli 1984; Mangen 1985a; Maynard 1985; Freeman, Fryers en Henderson 1985; Breemer ter Stege en Gittelman 1987; Verhaegen 1987; Demay 1987; Cooper en Bauer 1987; Jones 1987; Pirella 1987; Goodwin 1997; Mangen 1985b; Schrijver 1984; Baro, Prims en De Schouwer 1985; Mangen 1985c; Mangen en Castel 1985; Van Lieshout en Meurs 1987; Ramon 1985; Mangen en Rao 1985; Guarnieri 1991; Van de Klippe 1989; Busfield 1998; Jones 1993; Welshman 1999; Payne 1999; Grob 1994; Shorter 1997; Becker en Vázquez-Barquero 2001; Burti 2001; Johnson, Zinkler en Priebe 2001; Provost en Bauer 2001; Bauer et al. 2001; Brink 2002; Von Cranach 2002; Kringlen 2002; Long 2002; Turner 2002; Kersting 2003; Jones 2004; Freeman 2005; Grob 2005; Roelcke 2005; Kersting 2005; Coffin 2005; Oosterhuis 2005a; Oosterhuis 2005b.

906 Schnabel 1981b, 201.

sche beweging kwam de traditionele psychiatrische inrichting in veel landen ter discussie te staan en ontstonden er plannen om de geestelijke gezondheidszorg te reorganiseren. Het hervormingsstreven was door de bank genomen in alle landen gericht op een afslanking dan wel afbouw van inrichtingen en een gedifferentieerde verschuiving van zorgfuncties naar nieuwe of al bestaande alternatieve intra- en vooral extramurale instellingen: psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen, (poli)klinieken, dag- en nachtziekenhuizen, sociaal-psychiatrische diensten, vrijgevestigde praktijken, consultatiebureaus, rehabilitatie- en beschermde woon- en werkvoorzieningen. De zorg voor psychiatrische patiënten diende beter aan te sluiten bij de reguliere gezondheidszorg en sociale hulpverlening, en tevens kwam hun integratie in de maatschappij hoog op de agenda te staan. De extramuralisering van de psychiatrie kreeg algemene bekendheid onder de term deïnstitutionalisering. In hun boek *The Psychiatric Society* (1982) karakteriseren R. Castel, F. Castel en A. Lovell deze als de 'derde psychiatrische revolutie', die een even ingrijpende verandering bewerkstelligde als twee vroegere omwentelingen: het ontstaan van de psychiatrische gestichten in de negentiende eeuw en de opmars van de psychoanalyse en andere psychologische en psychotherapeutische benaderingen vanaf 1900.[907]

Terwijl in de vooroorlogse jaren sociaal-psychiatrische voorzieningen overwegend vanuit pragmatische motieven – kostenbesparing en ontlasting van overvolle gestichten – waren opgezet, speelden nu idealen omtrent een betere, humane zorg en een grotere zelfstandigheid van en meer rechten voor psychiatrische patiënten een belangrijke rol, hoewel financiële overwegingen ook nu zeker niet ontbraken, en die in de loop van de jaren zeventig en tachtig aan belang wonnen. In vrijwel alle landen werd de soms nog uit de negentiende eeuw stammende krankzinnigenwetgeving gewijzigd, waardoor het accent verschoof van ordehandhaving en maatschappelijke beveiliging naar het recht op collectief gefinancierde zorg en therapeutische behandeling alsmede de rechtsbescherming van psychiatrische patiënten.[908]

Vooral in Groot-Brittannië, de Verenigde Staten en Frankrijk werden begin jaren zestig op regeringsniveau al ambitieuze hervormingsplannen gelanceerd, waarbij lokale experimenten en particuliere initiatieven soms als voorbeeld dienden. In Europa liep het Verenigd Koninkrijk, dat in de jaren vijftig op het gebied van de psychiatrie internationaal als voorbeeld gold, voorop. Met de invoering van de National Health Service (1946) was het beheer en de financiering van de psychiatrische instellingen onderdeel geworden van een centraal aangestuurde collectieve gezondheidszorg. Nadat een regeringscommissie zich voor meer *community care* had uitgesproken, nam het parlement in 1959 een nieuwe Mental Health Act aan, die de oudere krankzinnigenwetgeving verving. Teneinde de barrière tussen

907 Castel, Castel en Lovell 1982.

908 In België in 1969 (wetsontwerp), in Frankrijk in 1968, in Italië in 1968 en 1978, in het Verenigd Koninkrijk in 1959 en 1983 en in de verschillende Duitse deelstaten begin jaren vijftig en vanaf de tweede helft van de jaren zeventig. Mangen 1985b, 27.

ziekenhuis en maatschappij te slechten en extramuralisering te bevorderen, werden de juridische procedures voor opname en ontslag vereenvoudigd en kregen medische criteria prioriteit. Psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen moesten de acute psychiatrische problematiek voor hun rekening nemen en extramurale faciliteiten dienden er zorg voor te dragen dat chronische psychiatrische patiënten in de maatschappij opvang vonden. Tezamen met de toepassing van psychofarmaca zouden dergelijke vernieuwingen volgens de Britse regering een drastische vermindering van het aantal bedden in psychiatrische ziekenhuizen mogelijk maken.

Terwijl in de Verenigde Staten de inrichtingspsychiatrie traditioneel onder het beheer van de deelstaatregeringen viel, trok de federale overheid na de oorlog het initiatief naar zich toe op het terrein van de ambulante geestelijke gezondheidszorg en namen de federale bestedingen op dit terrein toe. Onder de regeringen van de presidenten J.F. Kennedy en L.B. Johnson, wier politiek in het teken stond van sociale hervorming, democratisering en uitbreiding van de verzorgingsstaat (de *Great Society*), werden in de Verenigde Staten de hervormingen, mede dankzij een effectieve lobby voor de geestelijke gezondheidszorg op federaal niveau, ook door de centrale overheid in gang gezet. Begin jaren zestig lanceerde een nationale commissie onder voorzitterschap van de Minister van Gezondheid, Onderwijs en Sociale Zaken het *Community Mental Health Center*, een instelling die zowel (kortdurende) klinische als ambulante geestelijke gezondheidsdiensten bood aan een breed samengestelde clientèle en die als alternatief voor de psychiatrische inrichting moest dienen. Over het gehele land verspreid werden er tweeduizend van deze instellingen nodig geacht en de federale overheid zou ze in de oprichtingsfase moeten ondersteunen. Dit plan vormde de kern van de *Mental Retardation and Community Mental Health Centers Construction Act* van 1963. Verder leidde de invoering van een nationaal verzekeringsstelsel voor de gezondheidszorg (*Medicare* en *Medicaid*) ertoe dat verpleeghuizen de zorg voor oudere patiënten van psychiatrische inrichtingen overnamen en psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen zich konden uitbreiden.

In het vanouds gecentraliseerde Frankrijk, waar de staat al vanaf de negentiende eeuw een sterke greep op de inrichtingspsychiatrie had, werd de preventieve zorg voor geestelijke hygiëne – vooral gericht op verslaving – vanuit Parijs gecoördineerd en met publieke middelen gefinancierd in het kader van de zorg voor de openbare volksgezondheid. In 1960 formuleerden hervormingsgezinde psychiaters in samenspraak met hoge regeringsambtenaren een plan om de inrichtingszorg te verbeteren en daarnaast een nieuw extramuraal voorzieningenstelsel op te zetten op regionale basis, de zogenaamde *psychiatrie de secteur*. Ambulante regioteams met zowel psychiaters en verpleegkundigen als maatschappelijk werkers zouden zich bezig moeten houden met opnamepreventie, sociaal-psychiatrische voor- en nazorg en curatieve behandeling van psychiatrische patiënten, alsook het organiseren van dagactiviteiten en arbeidsvoorzieningen.

Vergeleken met de Britse, Amerikaanse en Franse plannen kwamen hervormingsvoorstellen in Duitsland en België, net als in Nederland, later op de agenda van de overheid te staan, waren zij minder drastisch en stelden de nationale regeringen zich terughoudender op. Waarschijnlijk hing een en ander samen met een geringere overheidsbemoeienis met de gezondheidszorg in deze landen. In de federale Bondsrepubliek Duitsland waren de bevoegdheden en financiële verantwoordelijkheid op het terrein van de geestelijke gezondheidszorg verdeeld tussen de nationale overheid, de deelstaatregeringen, plaatselijke besturen en particuliere organisaties. Afgezien van de publieke *Gesundheitsämter* voor de openbare volksgezondheid, werd de uitvoering van de zorg grotendeels overgelaten aan het (gesubsidieerde) particuliere initiatief en de vrijgevestigde zenuwartsen. Hervormingsvoorstellen werden geformuleerd door een enquêtecommissie die de Duitse Bondsdag in 1970 op instigatie van vernieuwingsgezinde sociaal-psychiaters en onder invloed van de protestbeweging van de jaren zestig instelde. In een omvangrijk rapport schilderde deze commissie in 1975 een somber beeld van de Duitse inrichtingen. Deze waren grotendeels gesloten instellingen met een grote omvang – het gemiddelde beddental bedroeg 1200 met uitschieters tot 3000 – en ze vervulden voornamelijk een asielfunctie. Verder ontbrak het aan voldoende preventieve, ambulante en rehabilitatievoorzieningen. Verbeteringen werden verwacht van een verkleining van de psychiatrische inrichtingen, meer psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen, meer inspanningen op het gebied van preventie en maatschappelijke reïntegratie, en de organisatie van regionale netwerken van op elkaar afgestemde extramurale voorzieningen. Naast de vrijgevestigde zenuwartsen zouden er meer psychiatrische poliklinieken en multidisciplinaire sociaal-psychiatrische diensten bij de openbare gezondheidsdiensten moeten komen. De invulling van deze voornemens werd overgelaten aan de deelstaten.

Net als in Nederland had de wijze van organisatie en financiering van de geestelijke gezondheidszorg in België meer weg van die in Duitsland dan die in het Verenigd Koninkrijk en Frankrijk: de overheid stelde regels, subsidieerde en oefende toezicht uit, maar liet de uitvoering over aan (deels confessionele) particuliere organisaties en lokale en provinciale overheden. Pas vanaf het midden van de jaren zeventig gingen de Belgische rijksoverheden (ofwel de Vlaamse en Waalse deelregeringen) een actievere rol spelen en werden er stap voor stap meer uniforme, collectieve betalingsregelingen ingevoerd. In België stipuleerde een koninklijk besluit in 1975 een uitbreiding van de al bestaande *dispensaires* voor geestelijke hygiëne en hun financiering vanuit collectieve middelen. Deze voorzieningen vervulden de functie van consultatiebureau en polikliniek en richtten zich vooral op preventie van geestesziekte. Deze instellingen, die grotendeels op lokale basis en vanuit particuliere initiatieven waren georganiseerd, zouden hun taken moeten uitbreiden tot behandeling van psychische aandoeningen en crisisinterventie. Naast psychiaters dienden hierbij ook vertegenwoordigers van andere disciplines een rol te vervullen.

Zoals al eerder aangegeven kwamen de veranderingen in Italië, op nationaal niveau althans, pas aan het eind van de jaren zeventig onder invloed van een maatschappelijke protestbeweging op gang, maar de regeringsplannen waren nergens zo radicaal als hier. Met een nieuwe wet, die het parlement in 1978 aannam, stuurde de overheid aan op een afbouw van openbare psychiatrische inrichtingen, een verschuiving van de klinische psychiatrische naar kleinschalige afdelingen van algemene ziekenhuizen en de opbouw van extramurale zorgvoorzieningen, waardoor geesteszieken zo veel mogelijk in de maatschappij zouden kunnen leven. Deze voornemens wekten de indruk dat de idealen van de democratische psychiatrie, die in het voorgaande decennium in enkele Noord-Italiaanse steden waren beproefd, nu in het hele land verwerkelijkt zouden worden. Dat in Italië verstrekkende maatregelen werden voorgesteld en de discussie over de psychiatrie in hoge mate gepolitiseerd raakte, hield verband met de monopoliepositie van de inrichtingen op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg en de slechte omstandigheden waaronder psychiatrische patiënten in de verouderde en overbevolkte openbare instellingen verbleven. Deze waren eerder bewaarinstellingen dan ziekenhuizen. De uit 1904 stammende Krankzinnigenwet onderstreepte het gevaar dat psychisch gestoorden zouden vormen voor de openbare orde en veiligheid. De door het fascistische regime ingevoerde bepaling dat een psychiatrische opname gepaard ging met een aantekening op een strafblad, bleef tot 1968 van kracht. Wat de openbare inrichtingen betreft voorzag de wet alleen in dwangopnamen; vrijwillige opnamen waren alleen mogelijk in particuliere ziekenhuizen en universitaire klinieken. Verder waren ambulante psychiatrische voorzieningen dun gezaaid.

Als we naar de hervormingsplannen kijken die tijdens de jaren zestig en zeventig in diverse landen op overheidsniveau werden geformuleerd, kunnen we constateren dat deze evenals in Nederland in Duitsland, Frankrijk en België geen voorstellen tot drastische deïnstitutionalisering bevatten, wat wel het geval was in Groot-Brittannië, de Verenigde Staten en Italië. Als we de praktijk van de deinstitutionalisering dan wel extramuralisering in deze landen met elkaar vergelijken, dan blijkt dat Nederland zich zowel van de eerste drie als de laatste drie landen onderscheidde.

Het streven naar een fundamentele vernieuwing van de geestelijke gezondheidszorg door middel van deïnstitutionalisering oftewel extramuralisering getuigde vaak van ambitie en bevlogenheid, maar vrijwel overal stuitte het op belemmeringen van financiële, politieke, organisatorische en professionele aard. In de meeste landen kwamen de plannen tot ontwikkeling in de jaren zestig, toen er een economische hoogconjunctuur en een euforisch, veranderingsgezind politiek klimaat heersten. Toen het in de daarop volgende decennia op uitvoering aankwam, was het economische en soms ook het politieke tij gekeerd. Als gevolg van de economische depressie vanaf 1973 was er minder geld beschikbaar en bezuinigden overheden op de collectieve voorzieningen, waarvan vooral sociaal-

psychiatrische voorzieningen de gevolgen ondervonden. Bovendien verbleekten de idealen van de vernieuwingsbeweging van de jaren zestig, nam het vertrouwen in het sturende vermogen van de centrale overheid af en verschoof het zwaartepunt in het politieke krachtenveld in met name de Angelsaksische landen naar Nieuw Rechts: minder overheid en meer markt was de leuze van de regeringen Thatcher en Reagan. Hun voorbeeld vond – hoewel in wat gematigder vorm – weerklank op het Europese continent.

Naast de veranderende externe omstandigheden zetten organisatorische problemen een rem op de vernieuwingen. Plannen die op centraal niveau door beleidsvormers waren ontworpen, bleken in het lokale werkveld niet altijd even gemakkelijk te realiseren. Het bleek moeilijk om de zorg die verschillende intramurale en extramurale voorzieningen boden, goed op elkaar af te stemmen, onder andere omdat deze deels onder de gezondheidszorg en deels onder de sociale hulpverlening vielen, alsook deels openbaar en deels particulier en commercieel waren of werden. Bovendien strookten de vernieuwingen niet altijd met de uiteenlopende professionele belangen van de therapeutische beroepsgroepen. Vooral psychiaters verzetten zich er soms tegen, omdat hun dominantie en de medische benadering in het geding waren. De psychiatrische inrichtingen werkten niet altijd mee, aangezien deïnstitutionalisering en een uitbreiding van de ambulante sector ten koste van hun invloed en financiële middelen konden gaan.

Afgaande op de beschikbare statistische gegevens, nam in de periode 1950–1980 het totaal aantal bedden in psychiatrische ziekenhuizen alleen in Groot-Brittannië, Italië en de Verenigde Staten substantieel af. Terwijl in Groot-Brittannië, de Verenigde Staten en Nederland de inrichtingsbevolking haar grootste omvang in het midden van de jaren vijftig bereikte, gebeurde dit in Italië rond 1960 en in België, Frankrijk en Duitsland omstreeks 1970.[909] In de drie laatste landen en in Nederland was de afname van het beddental in de jaren zeventig en tachtig gering vergeleken met die in Groot-Brittannië, de Verenigde Staten en Italië. De Franse en Duitse intramurale psychiatrie was in 1980 zelfs omvangrijker dan in 1950. Rond 1980 varieerde het aantal bedden van psychiatrische ziekenhuizen en klinieken en psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen per 1000 inwoners van 1,2 in de Verenigde Staten, 1,5 in Italië en rond 1,9 in Duitsland, Nederland en Groot-Brittannië tot tussen 2,3 en 2,6 in Frankrijk en België.[910] Hierbij moet worden aangetekend dat reductie van het aantal psychiatrische bedden voor een groot deel niet door deïnstitutionalisering of extramuralisering, maar door 'transinstitutionalisering'[911] ofwel wat wij eerder als externe differentiatie

909 Goodwin 1997, 105; vergelijk Mangen 1985b, 21–22 en Grob 1994, 291.

910 De gegevens van de Europese landen zijn ontleend aan de statistieken van de World Health Organisation zoals vermeld door Mangen (1985b, 21–22) en Goodwin (1997, 50–51) en die van de Verenigde Staten aan Grob (1994, 291) en Taube en Barrett (1985, 30). In Luxemburg en Ierland lag de relatieve hoeveelheid psychiatrische bedden met 3,6 en 4,1 promille nog beduidend hoger. Zie Van Hezewijk 1999, 41.

911 Deze term ontlenen wij aan Grob 2005.

omschreven, tot stand kwam. Veel demente ouderen en geestelijk gehandicapten die voorheen in psychiatrische inrichtingen verbleven, werden in toenemende mate elders in verpleeghuizen en categorale instellingen ondergebracht. Wel nam vrijwel overal de gemiddelde duur van een psychiatrische opname af.

Terwijl het aantal bedden in de psychiatrische inrichtingen in het Verenigd Koninkrijk, Italië en de Verenigde Staten sterk verminderde, bleef de daadwerkelijke organisatie van alternatieve ambulante voorzieningen in deze landen achter bij de voornemens. Het Verenigd Koninkrijk was in Europa het eerste land dat de deïnstitutionalisering op de politieke agenda zette en in praktijk bracht. Vanaf het begin speelden financiële overwegingen een belangrijke rol in het overheidsbeleid. Pleidooien voor inkrimping en zelfs sluiting van psychiatrische ziekenhuizen waren mede gemotiveerd door het streven om de groei van de collectieve sector af te remmen en de toenemende kosten van de National Health Service te beheersen. Het Verenigd Koninkrijk was een van de eerste landen waar de geestelijke gezondheidszorg onder een centraal gereguleerde collectieve ziektekostenverzekering kwam te vallen, maar dit garandeerde geenszins een ruime financiering. Het deel van het nationale inkomen dat aan de gezondheidszorg werd besteed – 6 procent – was lager dan in de meeste andere landen van de Europese Gemeenschap.[912] Verder was de deïnstitutionalisering eerder ingegeven door het optimisme omtrent de medicamenteuze behandeling van geestesziekten dan door een uitgesproken voorkeur voor een sociaal-psychiatrische benadering. Deïnstitutionalisering kreeg dan ook eerder steun van medisch-biologische georiënteerde psychiaters dan van kritische psychiaters die een sociaal-psychiatrische benadering voorstonden. Het is opmerkelijk dat de antipsychiatrische beweging in het Verenigd Koninkrijk enkele jaren later in feite een monsterverbond aanging met de eerste groep. Verder kreeg de tweede groep maar weinig steun van vernieuwingsgezinde organisaties als Mind, de voormalige National Association for Mental Health, die meer aandacht had voor de burgerrechten van psychiatrische patiënten dan voor de opbouw van extramurale zorgvoorzieningen.

Hoewel de Britse overheid keer op keer lippendienst bewees aan het streven naar *community care*, voerde zij geen voortvarend beleid op dit terrein. De verantwoordelijkheid voor de organisatie van de extramurale zorg werd grotendeels overgelaten aan de lokale autoriteiten op het gebied van gezondheidszorg en maatschappelijke hulpverlening, die niet over voldoende financiële middelen beschikten om de wegvallende psychiatrische bedden te compenseren door nazorg- en crisisdiensten, dagklinieken en speciale woon-, werk- en rehabilitatievoorzieningen. Het deïnstitutionaliseringsbeleid raakte in de jaren zeventig steeds meer vermengd met bezuinigingsoverwegingen, een tendens die nog werd versterkt onder de regering Thatcher. Verder was de kloof die tussen de psychiatrie en de sociale hulpverlening bleef bestaan, niet bevorderlijk voor de ontwikkeling van de extramurale zorg voor chronische psychiatrische patiënten. Psychiaters en ver-

912 Mangen en Rao 1985, 236.

pleegkundigen oriënteerden zich sterk op de medische wereld, omdat die professionele statusverhoging betekende, waardoor ze gescheiden van het maatschappelijk werk en andere sociale voorzieningen opereerden. In Groot-Brittannië kwamen geen *Community Mental Health Centers* tot stand zoals in de Verenigde Staten, maar werd ervoor gekozen om de *community care* vooral vanuit ziekenhuizen te organiseren en daarnaast huisartsen in samenwerking met verpleegkundigen en maatschappelijk werkers de eerstelijnszorg in handen te geven. Verder kende Groot-Brittannië in vergelijking met landen als Duitsland, Frankrijk, België, Nederland en de Verenigde Staten relatief weinig vrijgevestigde psychiatrische en psychotherapeutische beroepsbeoefenaars; de meerderheid van de psychiaters werkte in door de National Health Service gefinancierde instellingen. Ook het aantal klinisch psychologen dat in de Britse geestelijke gezondheidszorg werkzaam was bleef vrij klein.

In het daarop volgende decennium werden deze plannen doorkruist door het beleid van de regering Thatcher, dat was gericht op het primaat van de vrije markt en de terugdringing van de verzorgingsstaat. Terwijl de opheffing van psychiatrische bedden doorging – van de 130 psychiatrische ziekenhuizen die er in 1960 bestonden, waren er begin jaren negentig nog maar 41 over[913] en het aantal opgenomen patiënten in die periode daalde van ruim 133.000 tot ruim 45.000[914] –, werden openbare sociaal-psychiatrische voorzieningen door bezuinigingen getroffen: particuliere initiatieven, commerciële instellingen en niet-professionele mantelzorg moesten hun taken deels overnemen, zonder dat er sprake was van veel onderlinge coördinatie. De openbare diensten concentreerden zich in toenemende mate op geesteszieken die een bedreiging voor de openbare orde vormden. Chronische psychiatrische patiënten kwamen meer en meer terecht in commerciële pensions en verpleegtehuizen of waren aangewezen op hun families. Een parlementscommissie verwees in 1985 naar de Verenigde Staten en Italië, waar radicale deïnstitutionalisering ertoe had geleid dat sommige psychiatrische patiënten aan hun lot werden overgelaten en op straat terechtkwamen, een ontwikkeling die ook in het eigen land was waar te nemen. Voor uit de ziekenhuizen ontslagen chronische geesteszieken was onvoldoende alternatieve zorg voorhanden.

Een jaar nadat in Italië de deïnstitutionalisering bij wet was afgekondigd (1978), werd de toegankelijkheid van de (geestelijke) gezondheidsvoorzieningen vergroot door de invoering van een nationaal ziekenfonds. Deze twee maatregelen boden in beginsel een gunstige voorwaarde voor de ontwikkeling van de publieke *Servici d'Igiene Mentale*, de Italiaanse variant van de *Community Mental Health Centers*, die de psychiatrische inrichting als kerninstellingen van de geestelijke gezondheidszorg zouden moeten vervangen. Deze voorzieningen, bemenst door psychiaters, verpleegkundigen, psychologen en maatschappelijk werkers, waren bedoeld om een toegankelijke en flexibele psychiatrische hulpverlening midden

913 Busfield 1998, 22.

914 Jones 1993, 161, 187, 243–244.

in de samenleving mogelijk te maken. Als opname niet te vermijden was, zouden kleine psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen uitkomst moeten bieden. Hun aantal nam snel toe tot ruim 230 met 3100 bedden, die medio jaren tachtig 80.000 opnamen per jaar voor hun rekening namen, terwijl het aantal patiënten in de publieke inrichtingen snel afnam van ongeveer 60.000 vóór 1978 tot circa 30.000 omstreeks 1985.[915]

De Italiaanse experimenten met deïnstitutionalisering dan wel extramuralisering konden op veel internationale aandacht rekenen, waarbij ze vaak als navolgenswaardig werden aangeprezen. Daarbij ging het in feite om enkele min of meer succesvolle lokale projecten in sommige Noord-Italiaanse steden, waaronder Triëst, de thuisbasis van Basaglia. In de rest van Italië, vooral in het zuiden, bleef de sociaal-psychiatrische hulpverlening echter een luchtkasteel. Nog sterker dan in het Verenigd Koninkrijk liet de overheid de daadwerkelijke organisatie ervan volledig over aan lokale initiatieven en ontbrak het aan voldoende financiele middelen. Het gevolg was dat terwijl de openbare psychiatrische ziekenhuizen – en de daarin nog verblijvende patiënten die nergens anders terecht konden – verkommerden, in de meeste plaatsen nauwelijks voldoende vervangende zorg beschikbaar was. Vaak waren de publieke ambulante voorzieningen beperkt tot poliklinieken en veel chronische patiënten werden, mede vanwege het tekort aan beschermende woonvoorzieningen en faciliteiten voor dagbesteding, min of meer aan hun lot of aan de zorg door hun familie overgelaten, met alle problemen van dien. Weliswaar kende Italië naast de gebrekkige publieke instellingen ook nog particuliere ziekenhuizen, universiteitsklinieken en vrijgevestigde psychiaters en psychotherapeuten, maar deze richtten zich voornamelijk op de behandeling van acute stoornissen of minder ernstige psychische moeilijkheden en ze waren bovendien alleen toegankelijk voor de hogere en middenklassen. Zowel onder het publiek als onder de betrokken beroepsgroepen, vooral de psychiaters, raakte de deïnstitutionalisering al gauw omstreden.

In de Amerikaanse publieke inrichtingen liep het aantal patiënten en hun gemiddelde verblijfsduur in een vrij hoog tempo terug vanaf het midden van de jaren zestig, toen de psychiatrische zorg onderdeel werd van *Medicare* and *Medicaid*. Tussen 1970 en 1986 daalde het beddental van meer dan 410.000 naar bijna 120.000.[916] Voor een deel namen verpleegtehuizen (voor oudere chronische patiënten) en psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen (voor acute patiënten) zorg- en behandeltaken over, maar in de jaren zeventig kwamen meer en meer geesteszieken voor langere of kortere tijd in de maatschappij terecht. Het was de bedoeling dat de *Community Mental Health Centers*, die vanaf 1965 werden opgezet, met een breed aanbod van ambulante diensten een groot deel van de intramurale zorg voor geesteszieken vervingen. In de loop van de jaren zeventig bleek dat ze daarin niet slaagden. Ten eerste kwamen er te weinig tot stand: het totale

915 Burti 2001, 42-43.

916 Grob 1994, 291.

aantal van ruim 750 in 1980 bleef ver achter bij de 2000 die begin jaren zestig gepland waren.[917] Mede vanwege de oorlog in Vietnam en de economische crisis in de jaren zeventig ontbrak het aan voldoende financiële middelen. Het presidentschap van Reagan maakte zelfs een einde aan de federale betrokkenheid en financiering van de ambulante geestelijke gezondheidszorg.

Ten tweede richtten veel *Community Mental Health Centers* zich niet zozeer op de sociale ondersteuning en rehabilitatie van chronische psychiatrische patiënten, maar kwamen ze eerder tegemoet aan de behoeften van een andere clientèle met minder ernstige psychische problemen, die psychotherapie werd geboden en die ook al werd bediend door een omvangrijke particuliere psychotherapeutische sector. De sociaal-psychiatrische zorg voor de eerste groep kwam in het gedrang, mede omdat psychiaters zich als gevolg van de groeiende invloed van de biologische psychiatrie meer en meer uit de ambulante instellingen terugtrokken en psychotherapeutisch georiënteerde psychologen hun plaats innamen. Onder deze omstandigheden was de deïnstitutionalisering geen onverdeeld succes: weliswaar konden veel oudere geesteszieken, die in het verleden langdurig waren opgenomen, zich dankzij steun van hun omgeving of enigerlei vorm van ambulante hulp redelijk handhaven in de maatschappij, maar tevens trad het tekortschieten van de *community care* steeds duidelijker aan het daglicht naarmate meer jongere mensen met psychiatrische stoornissen, al dan niet verslaafd aan alcohol en drugs, zich aansloten bij het groeiende leger daklozen in de Amerikaanse steden.

In Duitsland stuitte het streven naar extramuralisering vooral op institutionele belemmeringen (vooral de versnippering van de bevoegdheden tussen de federale overheid en de deelstaatregeringen), de financieringssystemen op het gebied van de gezondheidszorg en de sociale hulpverlening, en de gevestigde medische belangen. Als het om de uitvoering en financiering van het federale beleid ging, kwam het grotendeels op de deelstaten aan – de centrale overheid financierde alleen tijdelijk bepaalde modelexperimenten –, en hun bereidheid om hervormingen door te voeren varieerde nogal, al naar gelang de politieke kleur van hun regeringen. Wat betreft de implementatie van het nieuwe beleid waren er grote verschillen tussen de deelstaten, maar van een radicale deïnstitutionalisering was nergens sprake. Weliswaar nam het aantal psychiatrische ziekenhuisbedden tussen 1975 en 1981 met 13 procent af, maar deze daling was voor een groot deel het gevolg van de overplaatsing van oudere en chronische patiënten naar andere (goedkopere) woon- en verpleeginstellingen.[918] Wel kwam er een substantiele verschuiving op gang in de intramurale psychiatrie van de inrichtingen naar psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen.

Veel deelstaten besteedden meer geld aan de regionalisering, verbetering en schaalverkleining van de inrichtingen dan aan de opbouw en uitbreiding van extramurale voorzieningen. Dit laatste werd ook bemoeilijkt door de gefragmen-

917 Grob 1994, 262.

918 Mangen 1985c, 96.

teerde stelsels waaronder de financiering, het beheer en de uitvoering van de geestelijke gezondheidszorg vielen. De verdeeldheid van de bevoegdheden tussen federale overheid, deelstaatregeringen, particuliere organisaties, medische beroepsverenigingen, ziektekostenverzekeringen, sociale verzekeringsinstanties en ziekenhuisorganisaties stond een daadkrachtig extramuraliseringsbeleid in de weg. De geestelijke gezondheidszorg werd zowel gefinancierd door ziektekostenverzekeringen (voor zover het om medische behandeling gericht op genezing ging[919]) als door collectieve sociale voorzieningen (voor zover het zorg voor en rehabilitatie van chronische patiënten betrof). Het scherpe onderscheid tussen enerzijds medische behandeling en anderzijds (sociale) zorg was niet bevorderlijk voor de opbouw van nieuwe ambulante faciliteiten voor psychiatrische patiënten, zoals woon-, dagbestedings-, rehabilitatie- en werkvoorzieningen, die niet zozeer waren gericht op genezing als wel op sociale ondersteuning. Terwijl dergelijke voorzieningen niet in aanmerking kwamen voor financiering door ziektekostenverzekeringen, schoten sociale verzekeringen tekort omdat hun criteria vaak niet van toepassing waren op de hulp die chronische psychiatrische patiënten nodig hadden. Daardoor kwamen onvoldoende faciliteiten tot stand om hulpverlening aan chronische psychiatrische patiënten in de maatschappij mogelijk te maken.

Verder verliep de voorgenomen uitbreiding van poliklinieken in psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen voor acute patiënten niet volgens plan. Vrijgevestigde zenuwartsen vreesden concurrentie van deze klinieken en hun belangenorganisaties wisten te bewerkstelligen dat de verspreiding ervan aan banden werd gelegd. De onafhankelijke beroepsbeoefenaren wisten hun dominantie nog te versterken doordat hun aantal sterk toenam; begin jaren tachtig werkte 45 procent van alle psychiaters in een particuliere praktijk.[920] De sociale psychiatrie kreeg weinig aandacht in de universitaire opleiding tot psychiater. Mede daardoor bleef de Duitse extramurale psychiatrie sterk medisch van karakter, temeer daar vrijgevestigde psychiaters onder invloed van de beperkte mogelijkheden die de ziektekostenverzekeringen boden, er eerder toe neigden patiënten te laten opnemen dan ze door te verwijzen naar sociaal-psychiatrische instellingen. Voor de openbare sociaal-psychiatrische diensten, die zich voornamelijk bezighielden met crisisinterventie, nazorg en sociale begeleiding, restte de zorg voor de restgroep van moeilijk handelbare chronische patiënten en psychisch gestoorde verslaafden. Toen vanaf het begin van de jaren tachtig het overheidsbeleid op het gebied van de gezondheids- en welzijnszorg in het teken van kostenbeheersing kwam te staan, ondervond vooral de sociale psychiatrie daar de gevolgen van.

In het gecentraliseerde Frankrijk waren de organisatie en financiering van de geestelijke gezondheidszorg minder gecompliceerd dan in Duitsland. Het Ministerie van Sociale Zaken in Parijs, dat verantwoordelijk was voor het beleid

919 Pas in de jaren zeventig werden ook als preventief aangemerkte behandelingen zoals psychotherapie als medische behandeling erkend.

920 Mangen 1985c, 108.

op dit terrein, bepaalde jaarlijks het totale budget en stelde vijfjarenplannen op. In het kader van het streven naar decentralisatie werd de verantwoordelijkheid voor de uitvoering rond 1980 overgeheveld naar de departementen en regionale bestuurslichamen voor de gezondheidszorg en welzijnszorg. De daadwerkelijke organisatie van publieke extramurale voorzieningen werd opgedragen aan lokale besturen, die deze ofwel zelf ter hand konden nemen of deze konden uitbesteden aan particuliere verenigingen of psychiatrische ziekenhuizen – in de praktijk werd vaak voor deze laatste variant gekozen. Behalve bij de openbare diensten konden patiënten terecht bij huisartsen en, in de grote steden, bij een groeiend aantal vrijgevestigde psychiaters, onder wie psychotherapeuten. In grote lijnen werd de geestelijke gezondheidszorg op drie manieren gefinancierd: ziektekostenverzekeraars financierden medische behandelingen in ziekenhuizen en door vrijgevestigde psychiaters; onder de noemer van preventie subsidieerde de staat het grootste deel van de openbare extramurale voorzieningen voor zowel psychisch gestoorden als alcohol- en drugsverslaafden; en de departementen bekostigden het grootste deel van de zorg voor en rehabilitatie van chronische psychiatrische patiënten.

Hoewel het idee al in 1960 was gelanceerd, kwam de *psychiatrie de secteur*, waarin ambulante regioteams een belangrijke rol speelden, pas in de jaren zeventig echt van de grond en voerde de overheid in 1985 wettelijke richtlijnen ervoor in. Daarnaast maakten vooral de poliklinieken een sterke groei door: van het midden van de jaren zestig tot het midden van de jaren tachtig vervijfvoudigde het aantal consultaties.[921] Verder kwamen er nieuwe ambulante voorzieningen: voor kinder- en jeugdpsychiatrie en woon-, werk- en verpleegvoorzieningen voor geestelijk gehandicapten en chronische psychiatrische patiënten. Desondanks stelde een regeringscommissie in 1980 vast dat slechts in een minderheid van de regio's voldoende voorzieningen aanwezig waren en dat het in het bijzonder ontbrak aan dagbestedings- en woonfaciliteiten voor chronische geesteszieken. Mede daardoor had de uitbreiding van de extramurale zorg niet bijgedragen aan een vermindering van het aantal ziekenhuisopnamen; de ambulante voorzieningen bedienden voor een groot deel een andere, minder ernstig gestoorde, clientèle. De psychiatrische ziekenhuizen, die een belangrijke rol vervulden in de organisatie van de ambulante zorg, bleken ook een hindernis voor de extramuralisering; om hun bestaan veilig te stellen neigden zij ertoe om patiënten vast te houden. De socialistische regering die in 1981 aan de macht kwam, ontwikkelde plannen om geld bij de ziekenhuizen weg te halen ten gunste van de extramurale voorzieningen, maar vanaf 1984 verschoof het accent naar kostenbeheersing, die vooral ten koste ging van de ambulante zorg voor chronische patiënten. De openbare geestelijke gezondheidszorg bleef achter bij de particuliere praktijken en commerciële initiatieven op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg voor de beter gesitueerden.

921 Mangen en Castel 1985, 136.

Net als in Duitsland bleven in Frankrijk de psychiaters – in de jaren zeventig verviervoudigde hun aantal – de toon aangeven in de geestelijke gezondheidszorg. Vaak combineerden zij een aanstelling in ziekenhuizen met extramuraal werk, waarbij ze prioriteit gaven aan hun intramurale functie en niet zelden louter lippendienst aan de extramuralisering bewezen. Psychiatrisch verpleegkundigen, wier aantal tussen 1975 en 1985 verdubbelde en wier opleiding in de jaren zeventig aansluiting kreeg bij de algemene verpleegkundige opleiding, bleven een ondergeschikte positie innemen. Hun carrièremogelijkheden bleven voornamelijk geënt op het psychiatrische ziekenhuis, zodat extramuraal werk voor hen niet aantrekkelijk was. Klinisch psychologen en maatschappelijk werkers hadden maar een klein aandeel in de Franse geestelijke gezondheidszorg. Klinisch psychologen kregen pas in 1977 een formele status, waardoor hun behandelingen in aanmerking kwamen voor vergoeding door de ziektekostenverzekeraars. Veel regioteams waren dan ook niet multidisciplinair samengesteld, maar bestonden voornamelijk uit psychiaters en verpleegkundigen, waardoor de neiging groot was om de ambulante sector op medische in plaats van sociaal-psychiatrische leest te schoeien. Onder de vernieuwingsgezinde hulpverleners ontstond in de jaren tachtig steeds meer twijfel over de haalbaarheid van de eens zo ambitieuze hervormingsplannen.

Ook in België, waar de organisatie van de geestelijke gezondheidszorg veel leek op die in Frankrijk, werden de extramuraliseringsplannen maar deels uitgevoerd. Ongeveer twee derde van de bijna 200 geplande *dispensaires* was in het midden van de jaren tachtig in bedrijf; ze ontvingen subsidie van het Ministerie van Volksgezondheid en behandelden jaarlijks gemiddeld zo'n 25.000 cliënten, een tiende van het aantal dat in Nederland een beroep op de Riagg deed.[922] Waarschijnlijk speelden vrijgevestigde psychiaters en zenuwartsen in België, net als in Duitsland, een grotere rol in de ambulante behandeling van psychische stoornissen dan de publieke instellingen. De taak van de poliklinieken werd uitgebreid: terwijl voorheen de nadruk lag op preventie, gingen ze zich nu ook toeleggen op crisisinterventie en gesprekstherapie. Het ontbrak aan een goede coördinatie tussen de poliklinieken en de psychiatrische inrichtingen, die met het oog op hun inkomsten geen belang hadden bij extramurale zorg. Ook de interdisciplinaire samenstelling van de staf liet te wensen over, onder andere vanwege het gebrek aan goed opgeleide sociaal-psychiatrisch verpleegkundigen. Het zorgaanbod van de extramurale voorzieningen was onvoldoende om een substantiële verschuiving van de inrichtingen naar de ambulante zorg te bewerkstelligen, vooral ook omdat de subsidies voor de poliklinieken en andere extramurale faciliteiten voor psychiatrische patiënten op de tocht kwamen te staan.

Evenmin als in Duitsland, Frankrijk en België was in Nederland sprake van deïnstitutionalisering. Zoals we hebben gezien kreeg het streven van de kritische psychiatrie en de al langer bestaande vernieuwingsdrang hier vooral gestalte in

922 Baro, Prims en De Schouwer 1985, 48.

veranderingen binnen het psychiatrisch ziekenhuis – deconcentratie, differentiatie, multidisciplinariteit en democratisering – en een versterking en uitbreiding van ambulante voorzieningen. Hoewel de verhoudingen soms gepolariseerd raakten en zich tal van conflicten voordeden, vormden de vernieuwingen van de jaren zeventig geen radicale breuk in de ontwikkeling van de Nederlandse geestelijke gezondheidszorg. Deze werd gekenmerkt door een behoedzame extramuralisering, een geleidelijke en al met al bescheiden afbouw van bedden, en de gelijktijdige versterking en opbouw van alternatieve voorzieningen als beschermende woonvormen. Dat in Nederland niet werd gekozen voor meer radicale vormen van deïnstitutionalisering bleek begin jaren tachtig. De plannen om nieuwe psychiatrische ziekenhuizen te bouwen, die waren bedoeld om tot een evenwichtige regionale spreiding en schaalverkleining te komen, vonden ondanks protesten in grote lijnen toch doorgang. In Nederland, waar corporatistische overlegstructuren de speelruimte van de overheid inperkten, werden veranderingen doorgevoerd door geleidelijk, weloverwogen en in uitgebreid overleg met de belanghebbenden voort te bouwen op het bestaande stelsel van de geestelijke gezondheidszorg. Overigens lag deïnstitutionalisering in Nederland ook veel minder voor de hand dan in landen als Duitsland, Italië, Groot-Brittannië en de Verenigde Staten, die grote, geïsoleerde en massale inrichtingen kenden en waar het relatieve aantal bedden in het midden van de twintigste eeuw deels op een hoger niveau lag dan in Nederland. Nederland behoorde toen al tot de landen met een in verhouding laag aantal psychiatrische bedden en dat was in 1980 nog steeds zo.[923] Deze positie hangt evenwel samen met een relatief grote capaciteit van psychogeriatrische verpleeghuizen en instellingen voor verstandelijk gehandicapten – wellicht bleven demente ouderen en ook geestelijk gehandicapten in andere landen langer en in grotere getale opgenomen in psychiatrische ziekenhuizen.[924]

Nederland onderscheidde zich van alle andere genoemde landen vooral door een voorsprong op het gebied van de ambulante geestelijke gezondheidszorg. Terwijl alternatieve extramurale voorzieningen in andere landen voor een groot deel nog moesten worden opgebouwd, ook toen er in enkele al een begin was gemaakt met deïnstitutionalisering, bestond in ons land al sinds de jaren dertig een netwerk van sociaal-psychiatrische diensten en diverse consultatiebureaus, dat zich sindsdien gestaag had uitgebreid. Deze instellingen hadden een vaste plaats in de geestelijke gezondheidszorg gekregen en ze behielden die tot het begin van de jaren tachtig, toen ze opgingen in de Riagg. De sterke institutionele verankering, de grote mate van continuïteit en de hoge graad van differentiatie waardoor de ambulante sector in Nederland zich onderscheidde van die in andere landen, is waarschijnlijk deels te danken aan de invloed van de verzuiling en de sterke aan-

923 Van Hezewijk 1999, 41-42. Zo lag het aantal opgenomen psychiatrische patiënten in Groot-Brittannië medio jaren vijftig op 3,4 per 1.000 inwoners. Jones 1993, 161.

924 Van Hezewijk 1999, 219.

wezigheid van het confessionele particuliere initiatief, die min of meer stabiele organisatiestructuren en nationale coördinatie mogelijk maakten voordat de rijksoverheid een grotere rol op dit terrein ging vervullen. Internationaal gezien kwam de overheidsbemoeienis met en publieke financiering van de ambulante geestelijke gezondheidszorg overigens vrij laat, vanaf eind jaren zestig, tot stand. Maar vanaf toen droegen deze er wel in hoge mate toe bij dat de Nederlandse ambulante sector zich, vergeleken met die in andere landen, uitermate voorspoedig verder ontwikkelde. De Nederlandse verzorgingsstaat, die even alomvattend werd als de Scandinavische verzorgingsstaten en die niet alleen gericht was op materiële zekerheid, maar ook op een verbetering van de immateriële kwaliteit van het leven, garandeerde een gelijkmatige spreiding van de collectief gefinancierde geestelijke gezondheidszorg over het hele land en een brede toegankelijkheid. Vergeleken met de Amerikaanse *Community Mental Health Centers*, die als voorbeeld hadden gediend, waren de Riaggs een succes – opnieuw een voorbeeld van hoe vernieuwingen die elders waren gelanceerd, in Nederland een betere voedingsbodem vonden dan in het land van oorsprong.

Wat ook opvalt is de grote reikwijdte van het werkgebied van de Nederlandse ambulante instellingen in vergelijking met die in de meeste andere landen. Het ging niet alleen om sociale psychiatrie in de zin van voor- en nazorg voor psychiatrische patiënten, maar al vanaf de jaren dertig en veertig ook om diverse consultatiebureaus voor opvoedings-, gezins-, huwelijks- en andere levensmoeilijkheden en verslavingsproblematiek, alsook om psychotherapeutische instituten. De ambulante zorg bestond behalve uit psychiatrie en psychotherapie uit maatschappelijk werk en welzijnszorg. Het behandelrepertoire was niet zozeer medisch-psychiatrisch, als wel sociaal-psychologisch en psychotherapeutisch van aard. Vooral in de ambulante praktijk waren Nederlandse behandelaars terughoudender met het voorschrijven van psychofarmaca dan in andere landen, althans tot halverwege de jaren tachtig. In andere landen waren publieke ambulante voorzieningen sterker gericht op psychiatrische patiënten en stonden ze dichter bij de klinische psychiatrie. In Duitsland, België, Frankrijk, Italië en de Verenigde Staten bedienden vrijgevestigde psychiaters, zenuwartsen en psychotherapeuten waarschijnlijk voor een deel de clientèle met psychosociale problematiek die in Nederland bij diverse ambulante instellingen terecht kon.

Verder namen in Nederland psychiaters een minder dominante positie in de geestelijke gezondheidszorg in dan in de meeste andere landen. Terwijl in de andere Europese landen het medisch-psychiatrisch perspectief vaak bleef overheersen en psychiaters een zekere afstand bewaarden tot andere beroepsgroepen, werkten Nederlandse psychiaters in de ambulante sector al vanaf de jaren vijftig en in psychiatrische ziekenhuizen vooral vanaf het eind van de jaren zestig met andere beroepsgroepen samen. Vooral het aantal psychologisch, sociaal-wetenschappelijke en verpleegkundige deskundigen groeide vanaf de jaren zestig snel en zij waren in de Nederlandse geestelijke gezondheidszorg zowel getalsmatig als wat

invloed betreft sterker vertegenwoordigd dan in die van andere landen. Nederland onderscheidde zich in de laatste decennia van de twintigste eeuw internationaal niet alleen door het relatief hoge aantal psychiaters en psychologen, maar ook door de veelheid aan diverse sociaal-agogische beroepsbeoefenaren.[925] Vooral onder psychologen en sociaal-wetenschappelijk opgeleide hulpverleners bestond veel affiniteit met de protestbeweging en het streven naar sociale hervorming, maar vrijwel nergens speelden sommigen van hen samen met psychiaters zo'n vooraanstaande rol in de mentale modernisering van de bevolking als in Nederland. In dit verband is het ook opmerkelijk dat een groot deel van het antipsychiatrische gedachtegoed op vruchtbare bodem viel en, nadat de radicale maatschappijkritische elementen waren bijgeschaafd, vrijwel moeiteloos in de ambulante sector kon worden geïntegreerd, temeer omdat deze zich al veel langer had gedistantieerd van de klinische psychiatrie.

Bijzonder vanuit internationaal perspectief was tot slot de vooraanstaande positie die psychotherapeuten, en vooral de psychologen onder hen, vanaf de jaren zestig in de Nederlandse geestelijke gezondheidszorg verwierven. Mede dankzij een beroepsorganisatie waarin verschillende professies verenigd waren, alsook door hun institutionele basis in IMP'en slaagden psychotherapeuten erin erkenning voor hun behandelwijze te krijgen als apart, interdisciplinair specialisme. Terwijl de door collectieve verzekeringen gefinancierde IMP'en een vrij brede toegankelijkheid tot psychotherapie garandeerden, was deze in andere Europese landen voornamelijk beperkt tot particuliere psychiatrische praktijken. Wat de populariteit van psychotherapie betreft en ook als het meer in het algemeen om de psychologisering in de samenleving als geheel gaat, leek Nederland meer op de Verenigde Staten dan op de buurlanden.[926] In zowel de Verenigde Staten als Nederland leidde de nadruk op een multidisciplinaire aanpak in de naoorlogse ambulante geestelijke gezondheidszorg uiteindelijk tot een sterk psychologische oriëntatie. Terwijl de Nederlandse medische psychiatrie voor 1940 in hoge mate op Duitsland was georiënteerd, waren na de Tweede Wereldoorlog vooral Amerikaanse benaderingen en methoden, zoals het *social casework*, de *human relations*-benadering, de rogeriaanse counseling en de humanistische psychologie, geïmporteerd. Ook konden nieuwe, in Amerika uitgedokterde psychiatrische diagnoses, zoals de meervoudige persoonlijkheidsstoornis, *posttraumatic stress disorder* en *attention deficit hyperactivity disorder*, in Nederland op meer aandacht en navolging rekenen dan in andere Europese landen.[927] De sterk psychologiserende benadering en het hoge aanzien van de psychotherapie droegen ertoe bij dat in beide landen veel extramuraal werkende hulpverleners zich sterk op psychosociale problemen in plaats van psychiatrische stoornissen richtten. In dit opzicht was er in de jaren zeventig en tachtig sprake van een duidelijke parallel tussen

925 Van Strien 1993, 88-89; Hutschemaekers 1993a, 1178-1180; Hutschemaekers en Neijmeijer 1998, deel 2.

926 Vergelijk Moskowitz 2001.

927 Shorter 1997, 289-291; Slijkhuis 1998; Pieters, Te Hennepe en De Lange 2002.

ontwikkelingen in Amerikaanse *Community Mental Health Centers* en de Nederlandse MOB's, BLGV's, IMP'en en Riaggs.[928] De geestelijke gezondheidszorg en de hoge mate van psychologisering zijn in dit opzicht overigens niet uitzonderlijk: ook meer in het algemeen ontwikkelde Nederland zich in cultureel opzicht tot het sterkst geamerikaniseerde land op het Europese continent.

928 Grob 1994, 263, 266; Shorter 1997, 288-295.

[5]

Schuivende schotten en haperende vermaatschappelijking (1985-2005)

Inleiding

De jaren 1965-1985 vormden een turbulente fase in de geschiedenis van de geestelijke gezondheidszorg. In de laatste vijftien jaar van de twintigste eeuw verstomde het rumoer, terwijl tegelijkertijd de meest ingrijpende veranderingen in de organisatie van de hulpverlening plaatsvonden. Dit was de periode van de stille revolutie in de geestelijke gezondheidszorg. De schotten die al zo lang tussen de verschillende instellingen voor geestelijke gezondheidszorg en vooral tussen de psychiatrische inrichtingen of ziekenhuizen en de ambulante hulpverlening hadden bestaan, werden mede onder invloed van het overheidsbeleid neergehaald. De steeds nauwere samenwerking en de daarop volgende fusies tussen verschillende instellingen leidden ertoe dat de organisatie van de geestelijke gezondheidszorg een ingrijpende gedaantewisseling onderging. Voortbouwend op het kritische ideeëngoed uit de jaren zeventig en de plannen die al in de eerste helft van de jaren tachtig waren ontwikkeld, veranderde ook de inhoud van de zorg: extramuralisering, vermaatschappelijking en zorgvernieuwing waren hier de sleutelbegrippen. Deze werkten een sociaal-psychiatrische oriëntatie van de hulpverlening en veel aandacht voor chronische geesteszieken in de hand. Op gespannen voet daarmee lijkt een aan kracht winnende medische en biologische benadering in de psychiatrie te staan.

De biomedische psychiatrie alsook de kritiek daarop neemt een belangrijke plaats in in hoofdstuk 5.1 over het psychiatrisch beroep, waarin het psychiatrisch werkveld en de universitaire psychiatrie centraal staan. In hoofdstuk 5.2 schetsen wij in de eerste paragraaf ('De crisis van de verzorgingsstaat en de veerkracht van de geestelijke gezondheidszorg') de contouren van het maatschappelijk krachtenveld waarbinnen de geestelijke gezondheidszorg zich in de jaren tachtig en negentig ontwikkelde, en stippen wij de belangrijkste trends aan die zich in de hulpverlening voordeden. Vervolgens komen in de daarop volgende drie paragrafen het overheidsbeleid, de voornemens en de uitwerking ervan in de weerbarstige praktijk aan de orde. Daarbij onderscheiden wij drie hoofdlijnen: ten eerste

het streven naar extramuralisering en vermaatschappelijking en de wijze waarop die gestalte kregen (paragraaf 'Extramuralisering en vermaatschappelijking'); ten tweede de discussie over het domein of de reikwijdte van de geestelijke gezondheidszorg, die nauw verband hield met debatten over de organisatie en financiering van de zorg (paragraaf 'De domeindiscussie'); en ten derde de rationalisering van de hulpverlening en de juridisering van de verhouding tussen behandelaars en patiënten of cliënten; met de laatste werd het streven van de patiëntenbeweging in de jaren zeventig en tachtig bezegeld (paragraaf 'Rationalisering en juridisering').

Hoewel de schotten tussen de intra-, semi- en extramurale instellingen van de geestelijke gezondheidszorg vanaf het midden van de jaren negentig grotendeels verdwenen, behandelen wij deze overwegend gescheiden. Hoofdstuk 5.3 is gewijd aan de psychiatrische ziekenhuizen en de beschermende woonvormen. De eerste paragraaf, 'De psychiatrische ziekenhuizen en de beschermende woonvormen', gaat over de institutionele vernieuwingen, de omvang van deze instellingen, de patiëntenstromen en de toepassing van dwang. In de volgende paragraaf staan de patiënten centraal, in de derde paragraaf gaan wij in op de zorg en behandeling in het psychiatrisch ziekenhuis en in de vierde en vijfde paragraaf belichten wij de ontwikkelingen in de psychiatrische verpleegkunde. Terwijl in het vorige deel over de periode 1965-1985 vooral de curatieve behandeling door middel van socio- en psychotherapie aandacht kreeg, richten wij ons nu vooral op de zorg voor chronische patiënten omdat op dit terrein de meeste vernieuwingen plaatsvonden. Wij sluiten het hoofdstuk over de intramurale psychiatrie af met een paragraaf over de forensische psychiatrie. In hoofdstuk 5.4 over de ambulante geestelijke gezondheidszorg behandelen wij achtereenvolgens het uiteenlopende hulpverleningsaanbod in deze sector, de cliënten van de verschillende ambulante instellingen en hun moeilijkheden en stoornissen en de therapeutische behandelingen die zij ondergingen, waarbij in grote lijnen twee stromen – medicamenteuze behandeling en gespreks- of psychotherapie – zijn te onderscheiden.

In het laatste hoofdstuk, 5.5, richten wij onze blik nader op de vermaatschappelijking, en dan vooral op de uitwerking ervan in de praktijk. In de eerste paragraaf laten wij zien hoe de beleidsvoornemens en -idealen zich verhielden tot de praktijk. De belemmeringen waarop het streven naar vermaatschappelijking stuitte, waren voor een groot deel te wijten aan weerstanden in de samenleving. Vergeleken met de jaren zeventig en tachtig was het maatschappelijk klimaat in Nederland in de jaren negentig in een aantal opzichten sterk veranderd. Deze verandering kwam ook tot uiting in de geestelijke gezondheidszorg. In de tweede paragraaf zetten wij uiteen hoe de hernieuwde aandacht voor de geestelijke volksgezondheid vergezeld ging van een zeker cultuurpessimisme en een reactie op de democratische en emancipatorische idealen van de jaren zeventig. Veranderde opvattingen over burgerschap en een zekere verharding in politiek en samenleving speelden daarbij een belangrijke rol.

5.1 Het psychiatrisch beroep

Het werkveld en de beroepsorganisaties

In de laatste twee decennia van de twintigste eeuw groeide het aantal actieve psychiaters van ruim 1150 tot bijna 1700. Niet alleen in absolute, maar ook in relatieve zin dijde de beroepsgroep uit: per 100.000 inwoners steeg het aantal van ruim 7 medio jaren zeventig en bijna 9 rond 1980 tot bijna 11 rond het jaar 2000, waarmee Nederland internationaal gezien behoorde tot de landen met relatief het hoogste aantal psychiaters. Ruim 15 procent van alle medisch specialisten was aan het eind van de eeuw psychiater; daarmee was het aandeel van de psychiatrie toen even groot als dat van de zenuw- en zielsziekten samen in 1960.[1] In 1982 had de socioloog P. Schnabel naar aanleiding van zijn onderzoek naar de beroepsgroep voorspeld dat er een overschot aan psychiaters zou ontstaan, mede doordat andere beroepsgroepen een deel van hun werkzaamheden zouden overnemen. Daarop besloot de NVP het aantal opleidingsplaatsen terug te brengen.[2] De uitdijende omvang van de beroepsgroep bleef echter achter bij de toenemende vraag: begin jaren negentig was één op de zes arbeidsplaatsen voor psychiaters vacant. Schattingen van de omvang van het tekort liepen uiteen van 200 tot 300. Mede doordat een groeiend aantal psychiaters voor een particuliere praktijk koos, kampten in het bijzonder psychiatrische ziekenhuizen, kinder- en jeugdpsychiatrische instellingen, de ouderenzorg, de verslavingszorg, de forensische psychiatrie en Riaggs met een tekort. Het hing niet alleen samen met de aanwassende vraag, maar ook met een stijgend aantal vervroegde uittredingen, arbeidstijdverkorting en de voorkeur van veel, vooral vrouwelijke, psychiaters voor werken in deeltijd. De verspreiding van psychiaters over het land was nog altijd onevenwichtig; vooral de oostelijke en zuidelijke provincies waren in vergelijking met de randstad onderbedeeld.[3]

In het midden van de jaren negentig werkten meer dan 600 psychiaters in intramurale psychiatrische instellingen, ruim 300 in de algemene gezondheidszorg, bijna 500 in ambulante instellingen, tegen de 750 (van wie ruim 150 volledig) in eigen praktijken en meer dan 350 in andere instellingen zoals psychogeriatri-

1 Van Drunen 2004, 40, 44; Hutschemaekers 1993a, 1178-1179; Hutschemaekers 1994, 172; Vos en Hutschemaekers 1999, 180; Simons 1993, 35. Zie ook bijlage 7: Aantallen leden en werkplekken psychiatrische beroepsgroep 1900-2000. Het aantal neurologen liep rond de millenniumwisseling tegen de 700. Tussen 1975 en 1995 nam het totaal aantal specialisten toe van 5600 naar bijna 12.000, terwijl het aantal huisartsen steeg van 4800 naar 6800. Van Praag en Uitterhoeve 1999, 63, 69.

2 Schnabel 1982a, 33-49.

3 Ravelli 1991, 723-724; Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1991b, 19; Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1992, 20-21; vergelijk Simons 1993, 34; Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1994, 17; Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1995, 92; Inspectie voor de Gezondheidszorg 1996, 84; Inspectie voor de Gezondheidszorg 1997, 68; Inspectie voor de Gezondheidszorg 1999, 18; De Goei 1990b, 25; Hutschemaekers 1993a; Hutschemaekers 1994, 168-169, 172.

sche verpleeghuizen, inrichtingen voor verstandelijk gehandicapten, medische kleuterdagverblijven, Regionale Instellingen voor Beschermende Woonvormen (RIBW), forensische diensten en inrichtingen en bestuursrechtelijke instellingen. Vergeleken met het begin van de jaren tachtig was het aandeel van deze 'andere' instellingen tezamen in het psychiatrisch werkgebied (gemeten in aantallen werkzame personen) uitgedijd van 13 tot 22 procent, terwijl dat van de intramurale, ambulante en vrijgevestigde sectoren ongeveer gelijk was gebleven (respectievelijk 36, 30 en 45 procent) en dat van de algemene gezondheidszorg was gekrompen van 28 tot 19 procent.[4] Een groeiend aantal psychiaters was werkzaam op het gebied van de sociale verzekeringsgeneeskunde: het verrichten van medische keuringen in het kader van de ziekte- en arbeidsongeschiktheidswetgeving. Dit terrein was inmiddels omvangrijker dan dat van de forensische psychiatrie.[5] Voorts gingen sommige psychiaters zich steeds meer bezighouden met beleid en management, aspecten van de beroepsuitoefening die terrein wonnen als gevolg van de schaalvergroting en bureaucratisering in de geestelijke gezondheidszorg. Binnen de NVP kwam in 1985 een sectie voor beleidspsychiatrie tot stand voor psychiaters die in grote organisaties werkzaam waren.[6] Overigens nam de animo van psychiaters om leidinggevende functies in instellingen voor geestelijke gezondheidszorg te bekleden af en lieten ze deze in toenemende mate over aan professionele managers. Verder waren de toenemende regelgeving, standaardisering en werkdruk in publieke instellingen, die ten koste ging van de directe contacten met patiënten, voor veel psychiaters reden om zich sterker op hun particuliere praktijken te richten. In de jaren negentig nam de omvang van deze sector met 30 procent toe.[7]

Wat de combinaties van functies betreft boetten de verbindingen tussen de algemene en de geestelijke gezondheidszorg aan betekenis in. Het aantal psychiaters met een werkplek in zowel de algemene gezondheidszorg als in een ambulante instelling voor geestelijke gezondheidszorg of een eigen praktijk daalde. De combinatie tussen een ambulante functie en een particuliere praktijk won daarentegen terrein: ongeveer de helft van de psychiaters met een aanstelling in een ambulante instelling voerde ook een praktijk aan huis. Ruim 40 procent van de psychiaters was uitsluitend extramuraal en 14 procent uitsluitend intramuraal werkzaam, terwijl 32 procent deze werkplekken combineerde. Vijf procent van de psychiaters bekleedde een functie op semimuraal gebied.[8]

Medio jaren negentig was 28 procent van de psychiaters van het vrouwelijk geslacht en tegen 2000 bestond bijna de helft van het aantal nieuwe inschrijvingen uit vrouwen; daarmee was de psychiatrie samen met de kindergeneeskunde

4 Van Drunen 2004, 40, 47. Zie verder bijlage 7: Aantallen leden en werkplekken psychiatrische beroepsgroep 1900-2000.

5 Krul-Steketee en Zeegers 1993; vergelijk Kabela 1986 en Van Zandvoort 1987.

6 Ravelli 1996.

7 Staatstoezicht op de Volksgezondheid 1984, 6; Schene en Faber 2001, 77; Abma en Weijers 2005, 215.

8 Hutschemaekers 1993a, 1172-1176; vergelijk Abma en Weijers 2005, 214.

het medisch specialisme met het grootste aandeel van vrouwen.[9] De organisatiegraad van psychiaters daalde in de jaren tachtig en negentig: hun animo om lid van een beroepsvereniging te worden nam af. Alleen de NVP, waarbij tussen de 80 en 90 procent van de psychiaters was aangesloten, was nog representatief voor het medisch specialisme als geheel. Van de Landelijke Vereniging van Artsen in Dienstverband was nog maar ongeveer 30 procent van alle psychiaters lid, terwijl dat rond 1980 nog meer dan 40 procent was. Ook daalde de participatiegraad van psychiaters in de verschillende psychotherapeutische verenigingen. Dit hing waarschijnlijk samen met veranderingen in de erkenningsvoorwaarden van psychotherapie: terwijl eerder het lidmaatschap van een vereniging het bewijs vormde van psychotherapeutische vaardigheden, kwam er in 1986 een officieel register voor psychotherapeuten, waartoe psychiaters op basis van hun opleiding automatisch toegang hadden.[10]

Over de rol van de NVP als behartiger van de beroepsbelangen bestond onder de leden nog altijd veel ontevredenheid. De vereniging zou in de regel achter maatschappelijke ontwikkelingen aanlopen, te behoudend zijn en te terughoudend naar buiten toe optreden. De uiteenlopende en soms strijdige belangen van psychiaters stonden een duidelijk en eendrachtig beleid vaak in de weg. Teneinde adequater op het overheidsbeleid en andere externe ontwikkelingen te kunnen reageren en de belangen van de beroepsgroep beter te behartigen, ondernam het bestuur pogingen om een effectiever functioneren van de NVP mogelijk te maken. Zo stelde het in 1986 voor een vaste beleidsmedewerker aan te stellen. Dit gaf echter aanleiding tot conflicten met en in het dagelijks bestuur en het bureau van de vereniging, die blijkbaar moeite hadden om bevoegdheden af te staan. Een en ander leidde in 1989 tot een bestuurscrisis, waarop de Leidse hoogleraar H.G.M. Rooijmans aantrad als nieuwe voorzitter om de rust te herstellen. Het algemeen bestuur nam afstand van de dagelijkse leiding en kreeg een adviserende rol.[11]

Hun beroepsprofiel bleef de psychiaters sterk bezighouden. Mede onder invloed van de beroepsdifferentiatie in de geestelijke gezondheidszorg en de discussie over de afgrenzing van de werkzaamheden van de verschillende beroepsgroepen, de toenemende bemoeienis van de overheid en andere beleidsvormende organen met het werkveld alsmede de schaalvergroting en bureaucratisering van de instellingen waarin ze werkten, zagen psychiaters zich in de jaren negentig genoodzaakt zich opnieuw op hun beroepsidentiteit te bezinnen. In 1993 stelde de NVP een werkgroep Profielschets Psychiater onder leiding van de hoogleraar W. van Tilburg in die duidelijkheid moest verschaffen over de plaats van de psychiater in de geestelijke gezondheidszorg. De werkgroep ging na welke kennis

9 Van Drunen 2004, 40, 44-45; Hutschemaekers 1993a, 1172. Zie ook Van Heteren 1998. Vrouwen waren sterk vertegenwoordigd in de subspecialisatie kinder- en jeugdpsychiatrie, die in 1987 een officiële status kreeg in het specialistenregister. Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1987, 43.

10 Hutschemaekers, Van de Heuvel en Jacobs 1992.

11 Van 't Hof 1996, 74-75.

en vaardigheden psychiaters dienden te bezitten en op welke basis zij met andere beroepsgroepen moesten samenwerken. De werkgroep definieerde de psychiatrie aanvankelijk als een medisch specialisme dat zich bezighield met 'psychische ziekte' en een 'klinisch-descriptieve' diagnosemethode hanteerde.[12] Blijkbaar vonden veel psychiaters deze omschrijving te beperkt, want later viel de werkgroep terug op het in de jaren zeventig en tachtig gehanteerde biopsychosociale profiel, waarmee de onderlinge tegenstellingen, althans voor het oog van de buitenstaander, min of meer leken te zijn overbrugd. Als biopsychosociaal generalist zou de psychiater in multidisciplinaire behandelteams aanspraak kunnen maken op een leidinggevende en coördinerende rol en de eindverantwoordelijkheid van de behandeling.

Het beroepsprofiel bewoog zich voortdurend tussen medisch specialist en biopsychosociaal generalist. Enerzijds hielden psychiaters vast aan hun status als arts, zodat zij zich konden onderscheiden van andere beroepsgroepen in de geestelijke gezondheidszorg. Anderzijds bestond er de neiging om zich niet uitsluitend als medicus, maar zich ook met psychosociale vaardigheden te profileren – dit laatste mede om een centrale en leidinggevende rol in de geestelijke gezondheidszorg te kunnen vervullen, in het bijzonder bij de diagnosestelling.[13] Psychiaters bleven worstelen met de plaats van hun vak tussen de somatische, de sociale en de gedragswetenschappen.[14] In 2004 ondernam de voorzitter van de NVP, de Utrechtse hoogleraar R.S. Kahn, een poging om met een nieuwe profielschets het biomedische karakter van de psychiatrie te versterken. De neurowetenschappen dienden de basis van het vak te vormen, aldus Kahn, en in de opleiding was meer aandacht voor neurologie en interne geneeskunde nodig. Psychiaters waren in de eerste plaats arts en als zodanig moesten zij zich concentreren op ernstige, door hersenaandoeningen veroorzaakte stoornissen in gedrag, cognitie en gevoel. De (psychotherapeutische) behandeling van 'lichte' psychosociale en levensproblemen konden zij beter overlaten aan psychologen. Veel leden van de NVP konden zich moeilijk in het profiel van de psychiater als hersenspecialist herkennen en bleven waarde hechten aan de psychologische en sociale aspecten van hun vak. Volgens critici van Kahn was diens streven mede ingegeven door zijn sterk Amerikaanse oriëntatie en de wens om het prestige van het vak in de medische wereld te verhogen.

Mede onder invloed van het toenemende aanzien van de biologische psychiatrie en later ook de fusies van Riaggs en psychiatrische ziekenhuizen, waarin psychiaters meer invloed uitoefenden dan in multidisciplinair samengestelde ambulante voorzieningen, ging een groeiend aantal van hen in de jaren negentig sterker de medische kant van hun beroep benadrukken en raakten sociaal- en psychotherapeutisch georiënteerde psychiaters enigszins in het defensief.[15] Al

12 Van Tilburg *1996*, 10, 13.
13 Pols 1990b; Van Tilburg en De Groot *1999*; Hodiamont 2000; Bakker 2003; Richartz s.a.
14 Van 't Hof *1996*.
15 Hutschemaekers *1993a*, 1178.

vanaf de jaren zestig hadden sommige academische psychiaters, zoals H.M. van Praag, hun vak in medisch-biologische richting trachten om te buigen, maar zij waren daarin gehinderd door het maatschappelijke klimaat, de antipsychiatrie en vooral ook door sterke weerstanden van veel vakgenoten die zich met psychotherapie en de sociale psychiatrie bezighielden.[16] Pas in 1990 kreeg de biologische psychiatrie een eigen sectie in de NVP, maar toen was haar opmars niet meer te stuiten. De accentverschuiving van de sociaal-psychologische naar de medisch-biologische richting, die al in de tweede helft van de jaren tachtig was begonnen, kwam tot uiting in het toenemend gebruik van psychofarmaca en de herleving van de elektroshocktherapie.[17] De medische profilering van het vak werd ook in de hand gewerkt door de toenemende invloed van de *evidence-based medicine* in de geneeskunde als geheel, waardoor de medische praktijk werd onderworpen aan wetenschappelijke toetsing, alsmede door de rationalisering van de hulpverlening in de geestelijke gezondheidszorg. De objectivering en standaardisering van de diagnostiek werd bevorderd doordat steeds meer Nederlandse psychiaters gebruikmaakten van internationale classificatiesystemen: *The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* van de Amerikaanse psychiatrische beroepsorganisatie, waarvan de derde en vierde edities respectievelijk in 1980 en 1994 (DSM-III en DSM-IV) verschenen, of, in mindere mate, van de *International Classification of Diseases* (ICD, 1977). De DSM-classificatie, die uit de jaren vijftig stamde, maar pas na 1980 grote internationale invloed kreeg, kwam tot stand op basis van consensus van deskundigen en definieerde stoornissen voornamelijk op basis van patronen in psychologische en gedragssymptomen. Van de DSM-IV en de ICD-10 (1992) verschenen onder auspiciën van de NVP Nederlandse vertalingen. De groeiende invloed van in het bijzonder de DSM was een teken van de sterker wordende medische oriëntatie van de psychiatrie.[18]

Ontwikkelingen in de genetica, de resultaten van de cognitieve neurowetenschappen, het fysiologisch hersenonderzoek en de daarin toegepaste technieken, zoals computergestuurde scanning, waardoor hersenactiviteiten in beeld kunnen worden gebracht, vormden een belangrijke stimulans voor psychiaters om zich op de veronderstelde lichamelijke basis van geestesziekten te richten. Zij werden daarin gesteund door de Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid, die stelde dat de biologische psychiatrie door de eenzijdige nadruk op sociale en psychologische factoren was ondergewaardeerd en dat het onderzoek op dit terrein in Nederland achterliep bij dat in andere westerse landen. Vooral patiënten met ernstige psychiatrische aandoeningen als schizofrenie, bipolaire stoornissen en zware depressie zouden gebaat zijn bij de medicamenteuze behandeling; meer onderzoek in deze richting was geboden. Ook bepleitte de Inspectie een versterking van de rol van de psychiater in de geestelijke gezond-

16 Van der Reijden 1984, 37; Simons 1993, 27-28.
17 Zie verder 5.3, paragraaf 'Zorg en behandeling'.
18 Kirk en Kutchins 1992; Abma en Weijers 2005, 181-183; vergelijk Van Ree 2007, 193-196.

heidszorg ten behoeve van een zorgvuldige, medisch onderbouwde diagnostiek, die als gevolg van de kritiek op de medische psychiatrie schromelijk zou zijn verwaarloosd.[19] Eind jaren tachtig riep de Inspectie een Kerngroep Biologische Psychiatrie in het leven. Deze uit veertien prominente psychiaters bestaande groep onderstreepte in haar rapport *Biologische psychiatrie: een ontbrekende schakel* (1992) het wetenschappelijke en klinische belang ervan.[20] Eenzelfde teneur klonk door in het rapport *Viermaal een doorkijk in de biologische psychiatrie* (1996) dat in opdracht van de Stuurgroep Toekomstscenario's Gezondheidszorg tot stand kwam.[21]

In de jaren negentig, in Amerika op instigatie van het Congres uitgeroepen tot *The Decade of the Brain*, groeide de aandacht voor de biologische psychiatrie in Nederland. De media speelden een belangrijke rol bij het verspreiden van het optimisme omtrent de biologische psychiatrie en de nieuwe psychofarmaca ter behandeling van depressie en psychosen. Zo wijdde de journalist P. Witteman in 1995 onder de titel *Opgenomen* een serie televisieprogramma's aan de psychiatrie waarin duidelijk een voorkeur doorklonk voor de medisch-biologische benadering. Kahn, sinds 1993 hoogleraar psychiatrie in Utrecht, kreeg uitgebreid gelegenheid om uit te leggen dat dankzij het onderzoek naar de werking van neurotransmitters en nieuwe scantechnieken de kennis van de werking van de hersenen met sprongen vooruitging en dat psychiatrische patiënten daar baat bij zouden hebben. De manisch-depressieve psychose, waarvan de aanleg erfelijk bepaald zou zijn, was volgens Kahn goed met medicijnen of elektroshocktherapie te behandelen. Hij beweerde dat de elektroshock bij negen op de tien depressieve patiënten werkte, hoewel niemand wist waarom. Ook meldde hij dat er binnen vijf jaar effectieve medicijnen beschikbaar zouden zijn om de symptomen van schizofrenie te bestrijden. In Nederland waren artsen te terughoudend geweest met psychofarmaca, zo betoogde Kahn, en hij juichte het dan ook toe dat hierin verandering was gekomen en dat vooral huisartsen deze steeds meer voorschreven.[22]

Toch deelden maar weinig psychiaters Kahns onvoorwaardelijke vertrouwen in en enthousiasme voor de biologische psychiatrie. Een verklaard tegenstander van de medische psychiatrie als Foudraine lanceerde met zijn *Bunkerbouwers* (1997) opnieuw een felle aanval erop, maar ook meer gematigde psychiaters wezen op de tekortkomingen van het biologisch-neurologische en genetische onderzoek.

19 Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1987, 7; Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1988a, 17; Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1989, 10, 23-24; Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1990, 17; Inspectie voor de Gezondheidszorg 1996, 74. Sinds 1995 is de Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid, bestaande uit een hoofdinspectie en vijf regionale afdelingen, samengevoegd met die voor de Volksgezondheid en voor de Geneesmiddelen in de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Zie Staatstoezicht op de Volksgezondheid 1980, 9; Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1994, 7; Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1995, 5; Lucieer 2005, 75.

20 Abma en Weijers 2005, 179-180.

21 Hutschemaekers 1996.

22 Witteman 1995, 162-204; vergelijk Pols 1995 en Hrackovec 1995.

De biologische psychiatrie kon haar pretenties bij lange na niet waarmaken. De neurowetenschappen waren maar zelden direct toepasbaar in de psychiatrische praktijk en de heilzame werking van de psychofarmaca werd vaak overdreven; deze konden hoogstens dienen als een toevoeging aan en niet als vervanging van andere therapieën.[23] De praktische consequenties van het genetische onderzoek bleven vooralsnog beperkt. Al in de jaren vijftig en zestig werd vooral in Scandinavië, Engeland, Zwitserland en de Verenigde Staten door middel van familie- en tweelingonderzoek gepoogd inzicht te verkrijgen in de rol van erfelijke factoren bij het ontstaan van psychosen zoals bij schizofrenie en manische depressie.[24] In de jaren tachtig en negentig kreeg dit onderzoek een nieuwe impuls en richtte het zich ook op stoornissen als Alzheimer en autisme. Voor enkele sporadische ziekten (Huntington en sommige vormen van dementie) toonden onderzoekers de grote rol van erfelijkheid ondubbelzinnig aan, maar ze slaagden er niet in om voor andere psychiatrische stoornissen eenduidige genetische verklaringen te vinden: hun bevindingen wezen eerder in de richting van een gecompliceerde wisselwerking tussen erfelijk bepaalde afwijkingen en omgevingsinvloeden. Psychische stoornissen als schizofrenie kenden weliswaar een genetische basis, maar de aanleg daartoe betekende nog niet dat deze zich ook daadwerkelijk voordeden. De invloed van de omgeving zou mede bepalen of een stoornis latent bleef dan wel manifest werd. Voor zover het al resultaten opleverde, deed het genetisch onderzoek derhalve geen afbreuk aan het belang van aandacht voor psychische en sociale factoren in de psychiatrie.[25]

De publieke aandacht voor en de pretenties van de biologische psychiatrie waren geen afspiegeling van de psychiatrische praktijk. Gevraagd naar hun bijzondere deskundigheid, noemden psychiaters begin jaren negentig het meest psychotherapie, gevolgd door de sociale en biologische psychiatrie.[26] Een groot deel van de psychiatrische behandelpraktijk binnen en buiten de psychiatrische ziekenhuizen bestond nog steeds uit enigerlei vorm van psychotherapie. De medisch-biologische richting strookte evenmin met de belangrijke rol die de sociaal-psychologische benadering speelde in de zorg voor psychiatrische patiënten, vooral in verband met de zogenaamde vermaatschappelijking van de geestelijke gezondheidszorg.[27] De medisch-biologische objectivering stond op gespannen voet met de individualiserende en invoelende benadering, waaraan veel psychiaters bleven hechten en die veel patiënten ook van hen verwachtten. Weliswaar verwierven de DSM en de psychofarmaca een vaste plaats in hun dagelijkse werk, maar tegelijkertijd stelden veel psychiaters zich afwachtend zo niet sceptisch op

23 Koers 1989; Witteman 1995, 43, 46, 51, 102-103; vergelijk Van 't Hof 1996.
24 Shorter 1997, 241-246.
25 Niermeijer 1990; Kuilman 1990; Frets 1990; Vandermeersch 1990; De Waardt 2005, 215-216.
26 Hutschemaekers 1993a; Schwarz 1987, 421; vergelijk Giel et al. 1989; Koerselman 1998; Hutschemaekers en Neijmeijer 1998, 38.
27 Zie verder 5.2, paragraaf 'Extramuralisering en vermaatschappelijking'; 5.3, paragraaf 'Zorg en behandeling'; 5.5, paragraaf 'Het gebrekkige draagvlak voor vermaatschappelijking'.

tegenover de beloften van de neurobiologie en het farmacologisch onderzoek, vooral als het om de genezing van ernstige stoornissen ging.[28]

Wellicht heeft de biomedische oriëntatie er wel toe bijgedragen dat psychiaters zich opnieuw gingen bezighouden met psychogeriatrische aandoeningen als dementie[29] en met de psychische stoornissen van verstandelijk gehandicapten. Het aantal leden van de Sectie voor psychiatrie in de zwakzinnigenzorg van de NVP groeide en in 1996 werd de psychiater A. Dosen hoogleraar in de psychiatrische aspecten van zwakzinnigheid aan de Katholieke Universiteit Nijmegen. Volgens hem zou 30 tot 50 procent van de verstandelijk gehandicapten ook behept zijn met psychiatrische aandoeningen en waren er aparte voorzieningen voor deze groep nodig. In Nijmegen kreeg het academisch ziekenhuis een hiervoor gespecialiseerde polikliniek.[30] Verder vormde de biologische psychiatrie een ondersteuning voor de versterking van de positie van de consultatieve en liaison-psychiatrie in algemene ziekenhuizen. De oprichting van de Nederlandse Federatie voor Ziekenhuispsychiatrie in 1994, de fusie van het in 1983 opgerichte Nederlands Consortium voor Consultatieve Psychiatrie met de Sectie Ziekenhuispsychiatrie van de NVP in 1998 en de instelling van de Commissie Ziekenhuispsychiatrie door de staatssecretaris van Volksgezondheid, H.J. Simons, waren belangrijke stappen in de ontwikkeling van dit specialisme. De commissie bepleitte de integratie van psychiatrische deskundigheid in algemene ziekenhuizen ten behoeve van de behandeling van somatische en psychiatrische comorbiditeit. Naar het voorbeeld van de Amerikaanse *Psymed Units* richtte een aantal PAAZ'en zich vooral op deze problematiek.[31]

In feite was de psychiatrische praktijk rond 2000 nog even eclectisch als in de voorafgaande eeuw en bestond er nog steeds een kloof tussen het diagnostisch en therapeutisch vermogen van de psychiatrie. Bovendien waren er ook tekenen dat de menswetenschappelijke benadering weer op een groeiende belangstelling van psychiaters kon rekenen. Mede naar aanleiding van P.C. Kuipers *De mens en zijn verhaal* (1989), discussieerden sommigen over de relevantie van de fenomenologie voor de psychiatrie. Het aantal aanmeldingen voor het eerste congres van een nieuwe sectie van de NVP, Psychiatrie en Filosofie, in 2002 overtrof het aantal beschikbare plaatsen. Op de bijeenkomst werd de wenselijkheid van een herwaardering van de fenomenologie en de hermeneutiek benadrukt.[32] In een terugblik op 25 jaar psychiatrie in Nederland bij het 125-jarig bestaan van de NVP, waarvoor S. van 't Hof meer dan twintig beroepsbeoefenaren over de ontwikkelingen

28 Hutschemaekers 1996; Abma en Weijers 2005, 184; vergelijk Van 't Hof 1996.

29 Staatstoezicht op de Volksgezondheid 1984, 104-105; Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1985, 100.

30 Zwanikken en Sijben 1991, 538; Simons 1993, 60-61; De Jong 1997b; Brabers en Schreuder 1998, II: 461-504.

31 Vos 2007b, 147-151.

32 Melis 1990; De Kroon 1997; De Kroon 1999; Vijselaar 2002. Al eerder had met name de psychiater A.W.M. Mooy aangedrongen op een herwaardering van de antropologische benadering. Mooy 1984.

in hun vak interviewde, merkte zij op dat zij getroffen was door de grote mate aan kritische zelfbeschouwing en openheid over hun twijfels die haar gesprekspartners aan de dag legden. Allen worstelden met de vraag waar hun vak precies thuishoorde tussen de geneeskunde en de sociale en gedragswetenschappen.[33]

De universitaire psychiatrie

In de academische psychiatrie, waar medio jaren tachtig een einde kwam aan de twintigjarige hegemonie van de psychoanalyse, deed de invloed van de neurobiologie en -fysiologie zich evenwel sterk gelden, wellicht mede omdat onderzoek en publicaties op het gebied van de biopsychiatrie meer wetenschappelijk aanzien en financiële middelen opleverden. Van Praag had in de jaren zeventig al een leerstoel biologische psychiatrie in Groningen en een algemene leerstoel in Utrecht bekleed. In Groningen was R.H. van den Hoofdakker vanaf 1977 aangesteld voor dit specialisme. Vanaf het eind van de jaren tachtig bezetten pleitbezorgers van deze richting nieuwe of bestaande leerstoelen: F.G. Zitman in Nijmegen (1988), L. Pepplinkhuizen in Rotterdam (1990), Van Praag in Maastricht (1992), Kahn in Utrecht (1993) en G.M.J. van Kempen in Leiden (1990). In Groningen volgde J.A. den Boer in 1996 Van den Hoofdakker op. Al eerder, medio jaren tachtig, was R.J. van den Bosch daar benoemd tot hoogleraar psychiatrie. Hij was in 1982 gepromoveerd op een onderzoek naar het cognitieve functioneren van lijders aan schizofrenie en daaraan verwante stoornissen. Zijn conclusie was dat er iets schortte aan het vermogen om informatie te verwerken; de oorzaak van schizofrenie zou niet, zoals in de jaren zeventig gebruikelijk was geweest, gezocht moeten worden in gestoorde gezinsrelaties.[34]

De biologische benadering kreeg vooral een sterke impuls met de benoeming van Kahn, leerling van Van Praag. In zijn oratie kondigde hij aan dat hij onderzoek naar schizofrenie ging doen door middel van hersenonderzoek, waarbij hij gebruikmaakte van scan- en computertechnieken. Schizofrenie zou gepaard gaan met hersenafwijkingen en de stoornis zou een erfelijke component bezitten. De symptomen waren volgens Kahn goed met psychofarmaca te onderdrukken. De Universiteit van Utrecht werd het centrum van de biologische psychiatrie in Nederland. Naast Kahn deed de kinderpsychiater H. van Engeland onderzoek naar autisme, waarbij de nadruk verschoof van een verstoorde relatie tussen moeder en kind naar afwijkingen in de hersenen en genen.[35] In Leiden, waar Rooijmans in 1985 Bastiaans opvolgde, werden de banden tussen Endegeest en de Jelgersmakliniek weer aangehaald. Endegeest had zich na de Tweede Wereldoorlog met een sterke gerichtheid op biomedisch onderzoek van de meer op psycho- en sociotherapeutische behandeling en onderzoek georiënteerde Jelgersmakliniek onderscheiden. Hoewel de laboratoria van Endegeest voor neurofysiologie, neuro-

33 Van 't Hof 1996, 89.
34 Blok s.a.b [1999], 66-68.
35 De Waardt 2005, 212-218, 298.

anatomie, genetisch onderzoek en neuropathologie in de jaren tachtig ten prooi vielen aan bezuinigingen en er alleen een biochemisch laboratorium overbleef, verschoof het accent van de Leidse universitaire psychiatrie van een psycho- en sociotherapeutische naar een meer biomedische en psychofarmaceutische oriëntatie.[36]

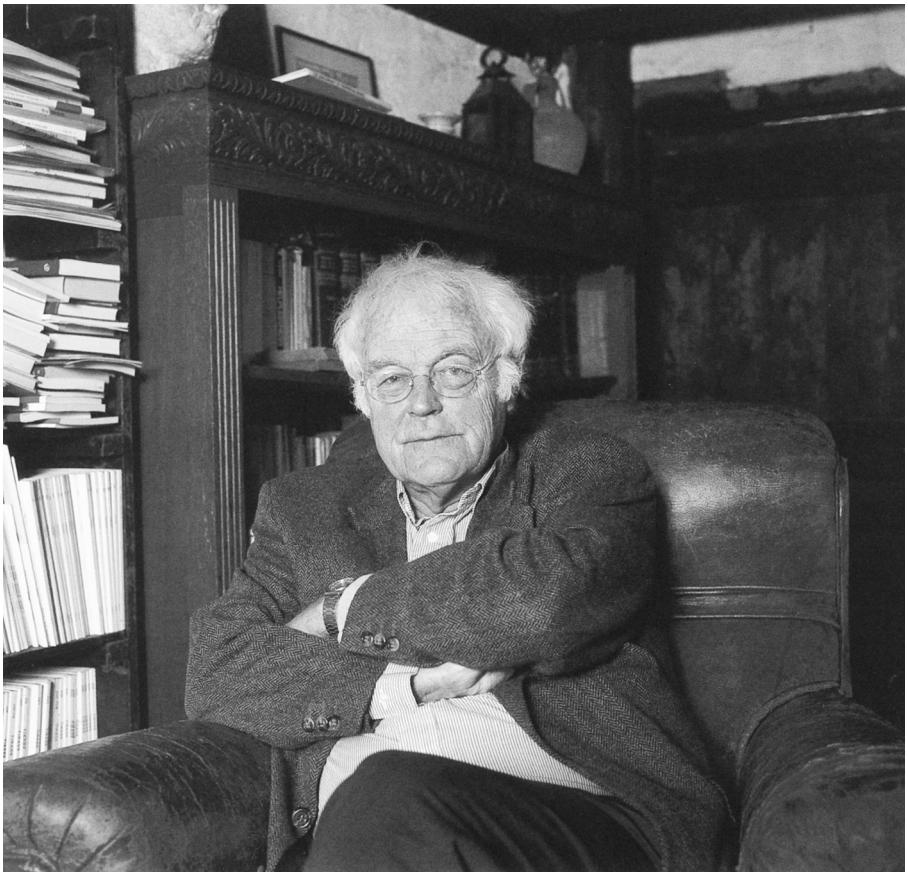
De hoogleraren in de biologische psychiatrie vormden geenszins een gesloten front. Kahns stellige overtuiging dat psychische stoornissen waren terug te voeren op lichamelijke afwijkingen en dat de psychologische en sociale benaderingen grotendeels achterhaald waren, werd niet door al zijn collega's gedeeld. In zijn afscheidsrede nam Van den Hoofdakker fel stelling tegen wat hij als 'vraatzuchtig reductionisme' en 'biologisch simplisme' karakteriseerde. Hij betreurde de eenzijdigheid en polarisatie waarmee de biologische psychiatrie gepaard ging: psychiaters moesten volgens hem oog hebben voor de interactie tussen natuur én cultuur, tussen aanleg én omgeving. De populariteit van biologische verklaringen was volgens hem een symptoom van een afnemend sociaal bewustzijn en ze werden gebruikt om bezuinigingen door te voeren; pillen waren immers goedkoper dan psychotherapie.[37]

Zelfs Van Praag, Kahns leermeester, die na een tienjarig verblijf in Amerika als hoogleraar aan de Universiteit van Maastricht in Nederland terugkeerde, gaf toe dat niet alle psychische fenomenen tot biochemische processen waren te herleiden en pleitte voor behoud van psychische en sociale behandelwijzen naast de psychofarmaca, omdat psychiatrische aandoeningen mede zouden ontstaan als reacties op schadelijke invloeden van buitenaf.[38] Van Praag leverde evenals Van Tilburg en Rooijmans ook kritiek op het DSM-classificatiesysteem en de grote invloed die het had verworven in de psychiatriebeoefening. Het kraepeliaanse uitgangspunt dat er afzonderlijke psychiatrische ziekte-eenheden bestaan zou uitermate twijfelachtig zijn en verder was de DSM niet op empirisch onderzoek, maar op consensusvorming onder Amerikaanse psychiaters gebaseerd, waardoor de grondslagen van het systeem niet meer ter discussie konden worden gesteld.[39] In zijn oratie erkende de Rotterdamse hoogleraar Pepplinkhuizen dat over het causale verband tussen de werking van psychofarmaca en de somatische stoornissen nog veel onbekend was. De biologische psychiatrie had weliswaar de toekomst, maar dat betekende niet dat de sociale psychiatrie en psychotherapie zouden kunnen verdwijnen.

Aanhangers van de 'zachte', psychosociale kanten van de psychiatrie wekten de indruk dat vooral de sociale psychiatrie steeds meer in de verdrukking kwam aan de universiteiten; in Leiden en Rotterdam verdwenen leerstoelen op dit terrein en in de psychiatrische opleiding zou de stage sociale psychiatrie gevaar lopen. Er werden echter ook nieuwe hoogleraren voor zowel sociale als ambulante

36 Blok 1998d, 253-256, 266.
37 Van den Hoofdakker 1996; vergelijk Abrahams 1995.
38 Bos 2002, 106, 146; vergelijk Bos 1997.
39 Van 't Hof 1996, 40-43.

R.H. van den Hoofdakker.



psychiatrie benoemd: R. van Dyck (sociale en ambulante psychiatrie) aan de Vrije Universiteit (1987), J. Ormel (sociale psychiatrie en epidemiologie) in Groningen (1994), J. Buitelaar (biopsychosociale determinanten van menselijk gedrag) in Utrecht (1995), A. Schene (sociale en ambulante psychiatrie) aan de Universiteit van Amsterdam (1995), P.G. Hodiamont (sociale psychiatrie) aan de Katholieke Universiteit Brabant (1995) en J. van Oss (sociale psychiatrie) aan de Universiteit van Maastricht (1995). Ormel en Van Oss profileerden zich met epidemiologisch onderzoek. Bovendien kwamen twee voormalige hoogleraren sociale psychiatrie op algemene leerstoelen terecht: W.J. Schudel aan de Erasmus Universiteit (1985) en B.P.R. Gersons aan de Universiteit van Amsterdam (1991). De Nijmeegse hoogleraar F.A.M. Kortmann, in 1993 benoemd, was met zijn deskundigheid op het gebied van de transculturele psychiatrie ook een exponent van de sociale oriëntatie van het vak. Hetzelfde gold voor J. de Jong, die vanaf 1992 een bijzondere leerstoel op dit terrein aan de Vrije Universiteit bekleedde. Een groeiend aantal allochtone patiënten leidde tot meer aandacht voor de culturele bepaaldheid van het gangbare psychiatrische perspectief en de behandeling van geestesziekte. Zo wees Kortmann erop dat westerse waarden als autonomie, zelfredzaamheid, assertiviteit en zelfontplooiing op gespannen voet staan met het belang dat veel etnische minderheden hechtten aan groepsharmonie en onderschikking van het individu aan collectieve leefverbanden. Werkers in de geestelijke gezondheidszorg zouden meer rekening moeten houden met dergelijke verschillen. De Jong drong aan op meer epidemiologisch onderzoek naar de frequentie, aard en beleving van psychische stoornissen onder allochtonen en hun hulpvraag als voorwaarde voor de ontwikkeling van een consistent beleid in de geestelijke gezondheidszorg ten aanzien van deze groep.[40]

De hoogleraren W. van Tilburg (Vrije Universiteit) en Van den Bosch (Rijksuniversiteit Groningen), die algemene leerstoelen bekleedden, hadden eveneens oog voor het belang van de sociale psychiatrie. Hetzelfde gold voor de Nijmeegse hoogleraar voor klinische psychiatrie G.J. Zwanikken (1985–1992), wiens aandacht in het bijzonder uitging naar de zorg voor chronische geesteszieken.[41] De psychotherapie verdween evenmin uit de universitaire psychiatrie. Zo bleef de Leidse Jelgersmakliniek een voornamelijk psychotherapeutische instelling, hoewel langdurende en inzichtgevende behandelingen op psychoanalytische grondslag hadden plaatsgemaakt voor een meer directieve aanpak en kortdurende psychotherapeutische technieken, die waren ontleend aan het gedrags- en cognitief-therapeutische repertoire.[42] In Nijmegen stapte de hoogleraar psychiatrie A.A. Fischer in 1987 over op een leerstoel psychotherapie, die hij tot 1995 bekleedde.[43] Tegen deze

40 Blok 1998d, 269–270; De Jong 1991.

41 Van Veldhuizen 1991; Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1993, 97; Gersons 1994; Brabers en Schreuder 1998, II: 477, 498; Giel 2000; Kool 2000; Bos 2002; Van Londen 2001; Willemsen 2004, 184; Schrameijer 2005b, 102; vergelijk Witteman 1995, 284, 297.

42 Rooijmans 1998, 131.

43 Brabers en Schreuder 1998, II: 470.

H.G.M. Rooijmans rond zijn afscheid in 1999.

achtergrond moet de vermeende dominantie van de biomedische richting worden gerelativeerd.

Sinds de jaren zestig had de Nederlandse universitaire psychiatrie zich ontwikkeld van een beschouwend vak naar een meer empirisch gefundeerde discipline. Hoewel het Nederlandse onderzoek op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg volgens een inventarisatie onder leiding van de voorzitter van de NVP Van Tilburg tot de Europese top behoorde, liep het wat de omvang betreft (5 procent van het totale onderzoek aan medische faculteiten) achter op de somatische geneeskunde. De farmaceutische industrie financierde minder psychiatrisch onderzoek dan over het algemeen werd verondersteld: 10 tot 15 procent.[44] In de universitaire geneeskunde stond psychiatrie nog steeds laag aangeschreven.[45] Het aantal psychiaters dat publiceerde in toonaangevende buitenlandse bladen, was gering. Blijkbaar trok de psychiatrie minder dan andere medische specialisaties artsen aan die wetenschappelijk onderzoek wilden verrichten. Tussen 1985 en 1998 promoveerden ruim 100 psychiaters. In de jaren negentig was ongeveer 12 procent van de psychiaters gepromoveerd, een percentage dat nauwelijks hoger lag dan dat van begin jaren tachtig (11 procent) en dat achterbleef bij het aantal gepromoveerden in de interne geneeskunde (30 procent) en de neurologie (15 procent).[46] Verrassend is de bescheiden plaats die het biomedische en in het bijzonder het psychofarmaceutische onderzoek innamen in het promotieonderzoek: nog geen 20 procent van de dissertaties was daaraan gewijd. De meeste proefschriften, meer dan een derde van het totaal, richtten zich op onderwerpen op het gebied van de klinische psychiatrie (diagnostiek, ziektebeelden en behandelpraktijken), terwijl ook het terrein van de sociale psychiatrie met iets minder dan een derde, sterk was vertegenwoordigd.[47]

Niet alleen in de behandelpraktijk, ook in het wetenschappelijke onderzoek bleef de integrale biopsychosociale benadering invloedrijk. Een voorbeeld vormt het onderzoek naar het ontstaan, het beloop en de behandeling van schizofrenie, dat vanaf het eind van de jaren tachtig onder leiding van de psychiater D. Linszen in de zogenaamde Adolescentenkliniek van de Universiteit van Amsterdam werd verricht. Daarin kregen erfelijke aanleg en de ontwikkeling van de hersenen veel aandacht; zo werd ontdekt dat er een verband bestond tussen cannabisgebruik en psychotische uitingsvormen van schizofrenie. Tegelijkertijd ging het onderzoek naar behandelmethoden en effecten uit van een stress-kwetsbaarheidsmodel dat een wederzijdse beïnvloeding van biologische, psychische en sociale factoren veronderstelde. De latente erfelijke aanleg voor schizofrenie zou door de invloed van diverse risicofactoren manifest kunnen worden. De behandeling die de onderzoekers uitdokterden was niet gericht op genezing van schizofrenie, maar op de beheersing van de gevolgen ervan aan de hand van individuele risicoprofielen

44 Schoemaker 1999.
45 Witteman 1995, 35-36.
46 Rooijmans 1993, 425-426; vergelijk Rooijmans 1999, 171.
47 Rooijmans s.a.

R. *Giel.*

van patiënten. Concreet kreeg dit streven gestalte in een breed palet aan medische en sociaal-psychologische interventies: het voorschrijven van psychofarmaca, ondersteunende en preventieve sociaal-psychiatrische begeleiding, gesprekstherapie, cognitieve en communicatietrainingen, psycho-educatie en gezinstherapie voor familieleden.[48]

5.2 Maatschappij, overheid en geestelijke gezondheidszorg

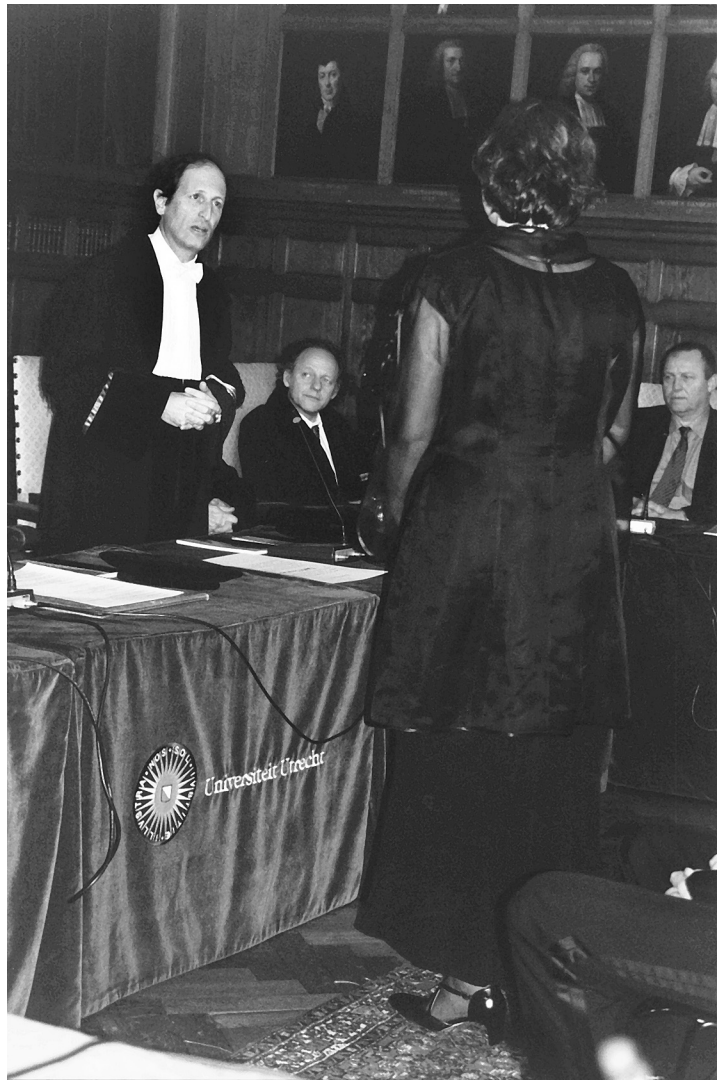
De crisis van de verzorgingsstaat en de veerkracht van de geestelijke gezondheidszorg

Het nog steeds toenemende beroep op collectieve voorzieningen en de professionele hulpverlening riep vanaf 1980 tegenreacties op. Mede onder invloed van de sterk oplopende werkloosheid en de overheidsschuld als gevolg van de economische crisis, zwol de kritiek op de verzorgingsstaat aan. De liberalen namen het voortouw, maar de christen-democraten onder leiding van R. Lubbers, van 1982 tot 1994 minister-president, sloten zich hier al gauw bij aan. Terwijl sociale voorzieningen eerder waren voorgestaan om de maatschappelijke belemmeringen – armoede, ongelijkheid en onmondigheid – voor individuele zelfontplooiing weg te nemen, gold de verzorgingsstaat nu zelf als het probleem. De critici wezen erop dat de overheid overbelast was geraakt vanwege het toenemende beroep van burgers op collectieve voorzieningen en dat deze onbetaalbaar werden. In hun ogen had de verzorgingsstaat geleid tot afhankelijkheid van de staat, passiviteit, consumentisme, calculerend gedrag, een ondermijning van de individuele verantwoordelijkheid en het arbeidsethos, een overwaardering van rechten ten koste van plichten en een verzwakking van de sociale banden. Zowel de verzorgingsstaat als het geloof in sociale maakbaarheid moesten het ontgelden. De overheid en de maatschappij zouden verstrikt zijn geraakt in het zelf gesponnen bureaucratisch web van inefficiënte wet- en regelgeving, die individuen het eigen initiatief ontnam en hun zelfredzaamheid en ontplooiing in de weg stond.[49]

Deze kritiek speelde deels in op de voortschrijdende individualisering en de gegroeide maatschappelijke afkeer van paternalisme en betutteling. De individualisering kwam het meest pregnant tot uiting in de daling van de gemiddelde omvang van de huishoudens, de veranderende gezinspatronen en de sterke stijging van het aantal alleenstaanden. Terwijl het traditionele gezin van man, vrouw en kinderen in 1960 nog 56 procent van de huishoudens uitmaakte, was dat percentage aan het eind van de eeuw geslonken tot ruim 30. Het aandeel van de alleenstaanden daarentegen was gestegen van 12 naar meer dan 30 procent.[50]

48 Schrameijer 2005b, 74-284.
49 Van der Veen 1995; Van der Veen 1999; De Haan en Duyvendak 2002, 179-183.
50 Van Praag en Uitterhoeve 1999, 15-16; Uitterhoeve 2000, 37; vergelijk Duyvendak en Hurenkamp 2004.

R.S. Kahn tijdens een promotieplechtigheid aan de Universiteit van Utrecht, 24 november 2004.



Wanneer mensen nog wel in gezinsverband leefden, kregen ze op latere leeftijd en tevens minder kinderen dan vroeger – eind jaren negentig gemiddeld 1,6 per vrouw, terwijl de vruchtbaarheid in 1970 nog 2,6 en in 1960 nog 3,1 bedroeg. Ze trouwden op latere leeftijd, woonden meer en langer ongehuwd samen en scheidden vaker: 'seriële monogamie' begon het huwelijk voor het leven te verdringen. De verhoudingen binnen relaties en gezinnen kenmerkten zich door een afgenomen ongelijkheid tussen man en vrouw en tussen ouders en kinderen, en door een hoge waardering van de kwaliteit van de affectieve bindingen, wederzijdse betrokkenheid en onderlinge communicatie.[51]

Liberalen en christen-democraten verlegden met hun politiek van deregulering en privatisering het accent van collectieve zorg onder de vleugels van de staat naar de eigen verantwoordelijkheid van burgers op de vrije markt, de liberale optie, dan wel in een zorgzame samenleving, het christen-democratische ideaal. De verzorgingsstaat diende in te krimpen ten gunste van de zelfwerkzaamheid van geëmancipeerde burgers die verantwoordelijkheid namen voor zichzelf en hun naasten. Autonome zelfontplooiing van het individu op basis van zijn talenten en inspanningen met minimale bemoeienis van de overheid werd de nieuwe norm omtrent goed burgerschap. Zelfontplooiing was een persoonlijke en niet langer een maatschappijkritische aangelegenheid, zoals in de protestbewegingen van de jaren zestig was verkondigd. Mensen konden voortaan 'gewoon zichzelf zijn', zonder zich druk te maken over de vraag hoe de samenleving viel te veranderen.[52]

In vergelijking met de 'conservatieve revolutie' die in de Angelsaksische wereld onder leiding van de Amerikaanse president R. Reagan en de Britse premier M. Thatcher plaatsvond, kreeg de privatiserings- en dereguleringsgolf in Nederland, althans voor het midden van de jaren negentig, een voorzichtige en pragmatische gedaante.[53] Weliswaar deden de overheid en de publieke sector een stap terug ten gunste van zelfwerkzame burgers en de vrije markt, maar dat betekende niet dat de verzorgingsstaat teloorging. Het uitkeringsniveau ging omlaag en de toegangseisen werden strikter, maar het stelsel als zodanig bleef tot het begin van de eenentwintigste eeuw overeind. De collectieve uitgaven bereikten onder de kabinetten Lubbers ondanks hun *no-nonsense* beleid met 70 procent van het nationale inkomen een hoogtepunt. De inkomensverschillen, die vanaf 1983 weliswaar groeiden, bleven in Nederland kleiner dan in andere landen. Na de polarisatie in de jaren zeventig en de massale protesten tegen de plaatsing van kruisraketten en de sociale onrust begin jaren tachtig, vervaagden de politieke tegenstellingen en deed zich een zekere ideologische onderkoeling voor. Hoewel het marktdenken terrein won, bleef het sociaal-economische stelsel corporatieve trekken vertonen: zo kwamen werkgevers en werknemersorganisaties tezamen met de regering in

51 Van Praag en Uitterhoeve 1999, 13; Van den Brink 1999, 549, 553; Uitterhoeve 2000, 37.

52 Duyvendak 1999; Tonkens 1999.

53 Uitterhoeve 2000.

1982 tot het Akkoord van Wassenaar teneinde door middel van loonmatiging, arbeidsduurverkorting en deeltijdarbeid de economische crisis te lijf te gaan. In de jaren negentig kreeg deze consensusvorming faam als het poldermodel.[54]

De kritiek op de verzorgingsstaat trof in de jaren tachtig vooral de welzijnszorg. Maatschappelijk werkers zouden het tegengestelde bewerkstelligen van wat zij pretendeerden te doen: zij kwamen niet tegemoet aan onder de bevolking levende behoeften, maar legden hun eigen professionele probleemdefinities aan mensen op en in plaats van hun zelfbeschikking te vergroten, bevorderden zij hun afhankelijkheid. Welzijnswerkers en agogen van diverse pluimage zouden zich meer met hun eigen werkgelegenheid dan met de noden van hun clientèle bezighouden en eigenlijk overbodig zijn, zo betoogde de filosoof H. Achterhuis in zijn geruchtmakende boek *De markt van welzijn en geluk* (1979).[55] Vergelijkbare kritiek kwam er op de geestelijke gezondheidszorg, waarbij publicaties van Amerikaanse en Franse auteurs als C. Lasch, J. Donzelot, R. Castel en J.F. Le Cerf als inspiratie dienden. Medicaliserings- en normaliseringstheorieën, zoals die van M. Foucault, die eerder de medische psychiatrie aan de schandpaal hadden genageld, werden nu ook toegepast op de psychosociale hulpverlening.[56] Deze filosofisch, sociologisch en politiek-libertair geïnspireerde kritiek op de schadelijke effecten van de psychosociale hulpverlening in de moderne welzijnsmaatschappij was grotendeels afkomstig van buitenlandse cultuurcritici en sociale wetenschappers. Ze kregen in Nederland weerklank onder enkele academici en journalisten.[57] Lasch' cultuurkritiek vond eind 1979 een echo in het weekblad de *Haagse Post*, dat de jaren zeventig uitriep tot het 'ik-tijdperk'. De scherpe kritiek op de psychiatrie en de geestelijke gezondheidszorg kreeg hier evenwel weinig navolging. Vergeleken met de felle polemieken van Franse en Amerikaanse auteurs tegen de psychologisering waren de toonaangevende Nederlandse bijdragen aan de sociologie van de geestelijke gezondheidszorg in die tijd, die van A. de Swaan en zijn medewerkers, en die van P. Schnabel, verbonden aan het Nederlands centrum voor Geestelijke volksgezondheid, veel gematigder van toon.

Zo bracht Schnabel naar voren dat de antipsychiatrie en de kritische sociologie met hun eenzijdige aandacht voor stigmatisering, etikettering, sociale uitstoting, hospitalisering en disciplinering geen oog hadden voor de maatschappelijke realiteit van geestesstoornissen en niets concreets hadden bijgedragen aan de hulpverlening. De verwerping van het 'medische model' miste volgens hem elke relevantie in het licht van de alledaagse praktijk in de geestelijke gezondheidszorg. Daarin ging het deels immers om ernstige vormen van geestesziekte, waardoor mensen het contact met de werkelijkheid en hun vermogen tot zelfbe-

54 De Haan 1993, 116-133; Van Praag en Uitterhoeve 1999, 24, 47; De Rooy 2002.

55 Achterhuis 1979; vergelijk De Haan en Duyvendak 2002, 121-122, 182, 352-353.

56 Lasch 1977; Lasch 1979; Donzelot 1977, Castel en Le Cerf 1981-1982; Castel, Castel en Lovell 1982. Zie ook de Inleiding.

57 Zie Van Wel 1981; Abma 1983; Van Lieshout, Maas en Mol 1983; Ippel 1983; vergelijk Keulartz 1987; Mol en Van Lieshout 1989.

schikking en sociaal functioneren verloren. Deze patiënten konden eenvoudigweg niet zonder psychiatrische hulp.[58] Maar niet alleen de psychiatrie in engere zin, die zich richtte op zware psychische stoornissen, ook de toename van zowel de vraag naar als het aanbod van psychosociale hulpverlening was volgens Schnabel legitiem. Deze waren te begrijpen tegen de achtergrond van de eisen die de moderne samenleving aan het psychische en sociale functioneren van mensen stelde. De kritiek op de psychologisering als een vorm van opgelegde disciplinering ging voorbij aan hun gegronde behoefte aan ondersteuning en advisering op psychisch en relationeel gebied. Veel cliënten zouden een rationele keuze maken om hun capaciteiten gericht te ontwikkelen en de kwaliteit van hun leven te verbeteren. De doeleinden van de geestelijke gezondheidszorg, zowel normalisering in de zin van een vermindering van scherpe contrasten en het afvlakken van extremen in gedrags- en gevoelsuitingen, als de bevordering van individuele zelfbeschikking en ontplooiing, weerspiegelden, zo stelde Schnabel, 'het moderne psychische leven' waarin 'mensen enerzijds geaccepteerd willen worden als normale medemensen – en ook als zodanig willen functioneren – en anderzijds erkend willen worden in wat ze in positieve zin in hun eigen ogen bijzonder en tot individuen maakt.' Het toenemend beroep op de geestelijke gezondheidszorg en de daarmee gepaard gaande psychologisering waren dan ook niet zozeer een teken van disciplinering als wel van 'bevrijding uit chaos, onzekerheid en willekeur.'[59]

De groeiende vraag naar deskundige hulp paste volgens Schnabel in een modern levenspatroon, waarin het individuele bestaan van mensen niet meer onderhevig was aan noodlot en toeval, maar zij hun leven steeds meer in eigen hand namen, zoals zij ook, door middel van ziektepreventie, hygiëne, geboorteregeling en verzekeringen, zorg droegen voor hun lichamelijke gezondheid. Overheidsbemoeienis op het terrein van de geestelijke gezondheidszorg was voor Schnabel dan ook min of meer vanzelfsprekend, aangezien de politiek meer in het algemeen de taak op zich had genomen om de kwaliteit van de maatschappelijke verhoudingen en het functioneren van individuen in de samenleving te verbeteren. Met dat doel voerde de overheid een gericht beleid op tal van terreinen, zoals onderwijs, emancipatie, sociale achterstand en criminaliteit. In dit verband nam Schnabel ook afstand van pleidooien voor minder professionele en meer zelf- en mantelzorg.[60] De laatste zou wel leiden tot meer bemoeienis van mensen met elkanders dagelijks leven, maar die garandeerde niet dat psychische problemen werden onderkend en behandeld. Bovendien konden zelf- en mantelzorg geen oplossing bieden voor ernstige gedragsstoornissen en maatschappelijke overlast. In de moderne samenleving was er geen werkelijk alternatief voor professionele, op wetenschappelijke leest geschoeide hulpverlening. Het verlies van zelfstandigheid en de afhankelijkheid, waarmee geestesziekte vaak gepaard ging, waren

58 Schnabel 1985, 157–158; Schnabel 1998c, 19.
59 Schnabel 1991a, 503–504.
60 Schnabel 1984.

juist alleen dankzij professionele afstandelijkheid – formele regels, procedures en toetsing – te controleren en te beschermen tegen willekeur.

In grote lijnen weerspiegelde Schnabels analyse de sterke positie die de geestelijke gezondheidszorg vanaf de jaren zestig in de Nederlandse samenleving had verworven. Terwijl de welzijnszorg ten prooi viel aan ingrijpende bezuinigingen en inkrimping en er een einde kwam aan het ambitieuze overheidsbeleid op dit terrein, breidde de geestelijke gezondheidszorg en dan in het bijzonder de ambulante sector – die verwantschap vertoonde met het welzijnswerk – zich in de jaren tachtig en negentig verder uit. Steeds meer mensen – vrouwen en jongeren vaker dan mannen en ouderen – wisten de weg naar de geestelijke gezondheidszorg te vinden. Tussen 1980 en 2000 was er sprake van ten minste een verdubbeling van het aantal aanmeldingen. Het aantal opnamen dan wel aanmeldingen in de gehele geestelijke gezondheidszorg per jaar steeg tussen 1980 en 1995 van ruim 17 tot bijna 31 promille van de Nederlandse bevolking. Het aantal opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen en psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen nam in die periode toe van ruim 3 tot meer dan 4 promille. Bij de semimurale voorzieningen (beschermende woonvormen, deeltijdbehandelingen en medische kleuterdagverblijven) meldde zich in 1980 ruim 1 en in 1995 bijna 3,5 promille van de bevolking aan. De hoeveelheid aanmeldingen bij de ambulante instellingen liep op van bijna 14 tot krap 26 promille.[61] In de jaren 1986-1996 nam het aantal hulpverleningscontacten in de Riaggs met zo'n 70 procent toe en verdubbelde de hoeveelheid consulten op de poliklinieken.[62] De extramurale sector nam aan het eind van de eeuw 80 procent van alle aanmeldingen in de gehele geestelijke gezondheidszorg voor zijn rekening, terwijl de intra- en semimurale voorzieningen goed waren voor respectievelijk 15 à 16 procent en 4 à 5 procent van alle inschrijvingen.[63] Het aandeel van de extramurale en semimurale hulpverlening in de totale capaciteit van de geestelijke gezondheidszorg steeg tussen 1980 en medio jaren negentig van 12 respectievelijk 10 procent naar 19 procent voor elk van beide, terwijl dat van de intramurale zorg daalde van 78 naar 61 procent.[64]

Ook de groei van het aantal hulpverleners alsmede de toenemende diversiteit van hun beroepsachtergrond, die zich al vanaf de jaren zestig voordeden, zetten zich in de jaren tachtig en negentig door. In de totale geestelijke gezondheidszorg[65] waren medio jaren negentig naast zo'n 20.000 ondersteunende medewerkers ongeveer 28.000 hulpverleners werkzaam: meer dan 15.000 psychiatrisch

61 Hutschemaekers 2000, 317.
62 Kwekkeboom 1999, 30-31.
63 Vos en Hutschemaekers 1999, 175.
64 Ten Have et al. 1996, 126. De capaciteit is berekend op basis van het aantal intramurale bedden, het aantal semimurale behandelplaatsen en het aantal arbeidsplaatsen in het ambulante werkveld.
65 Dat wil zeggen: algemeen psychiatrische ziekenhuizen, psychiatrische afdelingen van algemene en academische ziekenhuizen, psychiatrische poliklinieken, categorale instellingen voor kinder- en jeugdpsychiatrie, verslavingszorg en TBS-gestelden, beschermende woonvormen, medische kindertehuizen en kleuterdagverblijven, Riaggs, CAD's en particuliere praktijken. Zie Vos en Hutschemaekers 1999, 180.

verpleegkundigen, circa 6000 agogische deskundigen (maatschappelijk werkers, sociaal-pedagogische hulpverleners[66] en activiteitenbegeleiders), bijna 2800 gedragswetenschappers en psychotherapeuten (psychologen en pedagogen), tegen de 2000 artsen (meer dan 1300 psychiaters en ongeveer 600 algemene artsen), bijna 1800 specialistische vaktherapeuten (voor psychomotorische, bewegings-, creatieve en ergotherapie) en krap 150 geestelijk verzorgers.[67] De rond de 30 verschillende beroepsverenigingen waarin hulpverleners zich organiseerden, geven aan hoezeer de specialisatie, vooral op het gebied van de psychotherapie, was voortgeschreden. Het aantal verschillende functies in de geestelijke gezondheidszorg was nog groter: alleen al in de psychiatrische ziekenhuizen en de Riaggs werden er meer dan 100 onderscheiden.[68] Overigens bleef het personeelsbestand in de geestelijke gezondheidszorg enigszins achter bij de groei van de clientèle. Terwijl de laatste tussen 1980 en 2000 in omvang verdubbelde, nam het aantal hulpverleners met ongeveer 40 procent toe. Door middel van rationalisering zou de hulpverlening efficiënter moeten worden, waardoor minder zorgverleners meer hulpvragers konden bedienen.[69]

Dat de geestelijke gezondheidszorg verder kon uitdijen, terwijl de welzijnszorg aan banden werd gelegd, hing deels samen met de uiteenlopende financieringswijzen. De geestelijke gezondheidszorg was voor haar financiering niet meer afhankelijk van wisselende overheidssubsidies en sociale bijstandsvoorzieningen. Op basis van de bekostiging door het ziekenfonds, particuliere ziektekostenverzekeringen en vooral de AWBZ maakte ze nu een onbetwist onderdeel uit van de gezondheidszorg, waarvan de noodzakelijkheid niet ter discussie stond en waarop bezuinigingen minder goed waren te verdedigen dan kortingen op andere sectoren, zoals de sociale zekerheid, het maatschappelijk werk en het onderwijs. Het was voor de regering ook gemakkelijker om op de welzijnszorg te bezuinigen, omdat deze rechtstreeks afhankelijk was van overheidsgeld. De gezondheidszorg daarentegen werd grotendeels bekostigd met verzekeringspremiebetalingen door burgers, waaraan rechten waren verbonden en waarop de regering geen directe greep had. Bezuinigingen op de kosten van de gezondheidszorg leidden niet alleen tot wachtlijsten, maar ook tot juridische procedures van patiënten die zich benadeeld voelden. Rechterlijke uitspraken bevestigden dat zij wettelijk aanspraak kunnen maken op zorg.[70]

66 Dit beroep op het grensvlak van gezondheids- en welzijnszorg bestond sinds 1994. Sociaal-pedagogische hulpverleners waren in de geestelijke gezondheidszorg in diverse functies werkzaam (sociotherapeut, activiteitenbegeleider, pedagogisch medewerker, speltherapeut, woonbegeleider, inrichtingswerker, groepsleider) en richtten zich op langdurige zorg en begeleiding en de sturing van groepsprocessen. Van Tol, Boonekamp en Winkelaar 1999.

67 Hutschemaekers en Neijmeijer 1998; Vos en Hutschemaekers 1999, 180; Schene en Faber 2001, 77. Vergelijk Ketting, Jacobs en Bijl 1987, 157; Hutschemaekers 1999, 355-356; Tonnaer 2001, 7-8; Lucieer 2005, 282. Volgens Tonnaer (2001, 7-8) was 66 procent van het personeel vrouw.

68 Hutschemaekers 1999, 355-356.

69 Schene en Faber 2001, 79.

70 Festen et al. 1997, 21; De Haan en Duyvendak 2002, 182-187, 343-344, 350-353; Banning 2005.

De reële kosten van de algemene psychiatrische ziekenhuizen stegen tussen 1980 en 1996 van bijna 340 tot 460 miljoen gulden. De uitgaven voor de semimurale voorzieningen, dat wil zeggen beschermende woonvormen en deeltijdbehandelplaatsen, stegen veel sterker: respectievelijk van 60 tot ruim 260 miljoen gulden en van 50 tot bijna 200 miljoen gulden. Per hoofd van de bevolking verdubbelden de uitgaven voor de ambulante hulpverlening in die periode.[71] Nadat vanaf de jaren zestig al grote delen van de geestelijke gezondheidszorg onder de AWBZ waren gebracht, kwamen in 1989 vormen van behandeling en zorg die eerder voor rekening kwamen van het ziekenfonds of de particuliere ziektekostenverzekeringen, ook onder deze collectieve volksverzekering te vallen. Het betrof de hulp van zelfstandig gevestigde psychiaters en psychotherapeuten, de poliklinische zorg, de psychiatrische deeltijdbehandeling, de eerste 12 maanden verpleging in een psychiatrisch ziekenhuis en de opname en het verblijf op een psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis.[72] Eind jaren negentig werden de uitgaven voor geestelijke gezondheidszorg voor meer dan 90 procent door de AWBZ gedekt. Patiënten en cliënten droegen zelf voor ongeveer 5 procent aan de kosten bij.[73] Instellingen die zich aan de rand van de geestelijke gezondheidszorg bevonden, zoals de verslavingszorg, de jeugdhulpverlening, de bureaus vertrouwensarts inzake kindermishandeling, de telefonische hulpdiensten en de stichtingen voor therapeutische gezinsverpleging, bleven aangewezen op subsidies van de rijksoverheid, de provinciale en gemeentelijke overheden en ook op ondersteuning door stichtingen en fondsen.[74]

Behalve door de gegarandeerde financiering werd de verdere groei van vooral de ambulante hulpverlening en de tussenvoorzieningen als beschermd wonen in de hand gewerkt door het streven naar 'vermaatschappelijking' van de geestelijke gezondheidszorg, dat wil zeggen het streven naar sociale rehabilitatie en integratie van psychiatrische patiënten, en 'substitutie' van bedden door stoelen – de rode draad in het overheidsbeleid op dit terrein vanaf het midden van de jaren tachtig. Verder wist de geestelijke gezondheidszorg zich beter dan de welzijnszorg aan het veranderde maatschappelijke klimaat aan te passen. Het ambitieuze en ideologisch bevlogen streven naar psychosociaal welzijn in de gehele samenleving maakte plaats voor een meer pragmatische, zakelijke en reformistische benadering van sociale vraagstukken. Het ging in de jaren tachtig en negentig

71 Bakker en Van der Velden 2004a, 69-71. Tegen het eind van de eeuw ging van het totale budget voor gezondheidszorg 9 à 10 procent, tussen 5 en 6 miljard gulden, naar de geestelijke gezondheidszorg. Zie Ten Have, Vollebergh en Hutschemaekers 1999, 5; Van der Grinten 1995, 707.

72 Vos 1989; Vos en Hutschemaekers 1999, 182. Terwijl de AWBZ eind jaren zestig tot stand kwam om de zorg beter bereikbaar te maken en de kwaliteit ervan te verhogen, stond nu de beheersing van de kosten en het aanbod voorop. De uitbreiding was bedoeld als eerste stap op weg naar een basisverzekering en tevens om de onderlinge afstemming van intra- en extramurale zorg en de substitutie van de laatste door de eerste te vergemakkelijken.

73 Borst-Eilers 1997a, 33; Schene en Faber 2001, 77.

74 Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid 1987, 470-474.

om meer beperkte en praktische doelstellingen: de vermaatschappelijking van de zorg voor geesteszieken en het behandelen van psychisch leed door middel van professioneel hoogwaardige hulpverlening, waarvan de resultaten dienden te worden verantwoord en de kosten beheersbaar moesten blijven. Professionaliteit, doelmatigheid, rationalisering, verwetenschappelijking, zakelijkheid en marktdenken verdrongen de hooggestemde, door de beweging van de jaren zestig ingegeven idealen.[75] Over deze mede door het overheidsbeleid in de hand gewerkte ontwikkelingen gaan de volgende drie paragrafen.

Extramuralisering en vermaatschappelijking

De *Nieuwe Nota Geestelijke Volksgezondheid*, die staatssecretaris van Volksgezondheid J.P. van der Reijden in 1984 presenteerde, legde de grondslag voor het overheidsbeleid in de daarop volgende decennia. Zoals we in deel 4 hebben gezien, vormden extramuralisering en substitutie de speerpunten van deze nota. Centraal stond het streven naar terugdringing van het aantal opnamen en de verblijfsduur van patiënten in psychiatrische ziekenhuizen. Een deel van hun zorgcapaciteit moest geleidelijk verschuiven naar semimurale voorzieningen, zoals beschermende woonvormen en deeltijdbehandelplaatsen, en naar de sociaal-psychiatrische hulpverlening, waarbij een belangrijke taak voor de Riagg was weggelegd. Zo stelde de regering zich ten doel om het aantal plaatsen in beschermende woonvormen in de tweede helft van de jaren tachtig te verhogen van ongeveer 3000 tot 5000 en daarbij ook in dagactiviteitencentra ten behoeve van de resocialisatie van vooral chronische geesteszieken te voorzien. De 2000 nieuwe plaatsen zouden 'budgetneutraal' te verwezenlijken zijn door de psychiatrische ziekenhuizen evenveel bedden te laten inleveren.[76] Van der Reijden benadrukte dat het niet de bedoeling was om psychiatrische ziekenhuizen af te schaffen; deze bleven nodig voor de opvang van kwetsbare patiënten. Wel achtte hij het gewenst dat ziekenhuizen hun zorg kleinschalig en gedeconcentreerd organiseerden en zo veel mogelijk zelfstandige huisvesting aan patiënten boden, bijvoorbeeld in de vorm van sociowoningen. Aan de regionale samenwerking en afstemming tussen verschillende instellingen van de geestelijke gezondheidszorg – voorwaarde voor het welslagen van de extramuralisering – schoot het nog tekort, zo stelde Van der Reijden vast. De vanaf begin jaren tachtig ontstane Regionale Instellingen voor Geestelijke Gezondheidszorg (RIGG) hadden in dit opzicht een belangrijke taak te vervullen. Enigszins terloops introduceerde hij verder een nieuwe voorziening voor geestelijke gezondheidszorg: de zogenaamde Multifunctionele Eenheid, een kleinschalige voorziening met zowel bedden en deeltijdbehandelplaatsen als

75 Hoekstra 1987; Van der Grinten 1987a, 284; Brinkman 1989; Osselaer-Schouterden 1989; Ravelli en Schrevel 1993; Baars en Kal 1995; Schnabel 1998a, 38; Ingleby 1998, 309.

76 Van der Reijden 1984, 75-76.

sociaal-psychiatrische hulpverleningscapaciteit. Deze instelling zou door middel van samenwerking tussen psychiatrische ziekenhuizen en Riaggs tot stand moeten komen.

Van de realisering van de plannen in de *Nieuwe Nota* kwam in de tweede helft van de jaren tachtig niet veel terecht. Wel werkte de Nationale Raad voor de Volksgezondheid de voornemens nader uit in enkele adviesrapporten over respectievelijk de Multifunctionele Eenheden, de beschermende woonvormen, de samenwerking tussen intramurale en extramurale instellingen, de voorzieningen voor dagopvang en -besteding, en een organisatie van de geestelijke gezondheidszorg op basis van zorgfuncties in plaats van zorginstellingen.[77] In deel 4 hebben wij al aangegeven dat vooral de substitutie van ziekenhuisbedden door plaatsen in beschermende woonvormen achterbleef bij de verwachtingen. Tussen 1986 en 1990 kwamen er nog geen 500 erkende plaatsen in RIBW'en bij.[78] Ook het aantal deeltijdbehandelplaatsen, dat in die periode steeg van ruim 2200 naar rond 2700, groeide niet in de mate als gepland.[79] In hun *Tussentijdse Evaluatie Substitutiebeleid APZ/BW 1984-1988* (1988) stelden het College voor Ziekenhuisvoorzieningen en de Nationale Raad voor de Volksgezondheid vast dat de realisering van beschermende woonvormen achterbleef bij de plannen. In zijn *Voortgangsnotitie* (1989) kon Staatssecretaris D. Dees voor Volksgezondheid dat alleen maar beamen: er zou meer tijd nodig zijn om de plannen van zijn voorganger Van der Reijden te verwerkelijken. De belangrijkste oorzaak van de vertraging was dat psychiatrische ziekenhuizen, die zich geconfronteerd zagen met een groeiende opnamedruk, niet erg genegen waren om bedden af te staan aan RIBW'en of om deze om te zetten in deeltijdbehandelplaatsen. Dit zou namelijk ten koste gaan van hun capaciteit, die in tal van ziekenhuizen toch al onder druk stond vanwege het regionaliserings- en deconcentratiebeleid. Aangezien een bed meer geld opleverde dan een 'stoel' in een dag- of polikliniek was het in financieel opzicht nadelig voor psychiatrische ziekenhuizen om aan het substitutiebeleid mee te werken.

Ook het streven naar onderlinge afstemming van de instellingen voor geestelijke gezondheidszorg door middel van bestuurlijke samenwerking in Regionale Instellingen voor Geestelijke Gezondheidszorg leverde weinig tastbare resultaten op. Deze organisaties bleven overwegend tot niets verplichtende vergadercolleges die weinig invloed hadden op de praktijk van de hulpverlening. Vanaf 1987, toen de subsidieregeling voor de RIGG'en afliep en zij door de deelnemende instellin-

77 Achtereenvolgens verschenen: Advies Multifunctionele Eenheden (1985), Advies plaatsing patiënten uit psychiatrische ziekenhuizen in beschermende woonvormen (1986), Advies samenwerking extra- en intramurale Geestelijke Gezondheidszorg (1987), Advies inzake dagbesteding en dagopvang in de Geestelijke Gezondheidszorg (1987), Advies samenwerking tussen extramurale en intramurale geestelijke gezondheidszorg (1987), Advies functies van de Geestelijke Gezondheidszorg (1989). Zie Henkelman en De Ruiter 1991, 67-72; Bijker 1994, 40-42.

78 Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1991b, 71.

79 Verhoeff 1992, 140; Kwekkeboom 2001, 21. Vergelijk Bakker en Van der Velden 2004a, 71.

gen zelf moesten worden gefinancierd, raakten ze in de versukkeling.[80] De veronderstelling die aan de RIGG ten grondslag lag, namelijk dat samenwerking van bovenaf was te bewerkstelligen, bleek niet uit te komen. Daadwerkelijke samenwerkingsverbanden zouden vanaf omstreeks 1990 wel op andere manieren, van onderop, tot stand komen, zoals we verderop zullen zien.

Meer in het algemeen werden de extramuralisering en samenwerking tussen intramurale en ambulante voorzieningen gehinderd door de wet- en regelgeving voor de (geestelijke) gezondheidszorg. Deze was geënt op aparte instellingen met hun eigen aanbod, eigen financieringswijze en eigen verantwoordingsverplichtingen. De AWBZ-financiering was gebonden aan gedetailleerde regels omtrent de omvang van de zorgcapaciteit van instellingen, het soort hulpverlening dat zij boden en de vergoedingen die zij daarvoor ontvingen. De bekostiging van psychiatrische ziekenhuizen en beschermende woonvormen was gebaseerd op hun omvang, uitgedrukt in de aantallen bedden waarvoor ze krachtens de Wet Ziekenhuis Voorzieningen erkenning hadden gekregen. De financiering van deeltijdplaatsen vond plaats op basis van het aantal toegekende 'stoelen' en die van ambulante instellingen op grond van hun hoeveelheid verrichtingen.

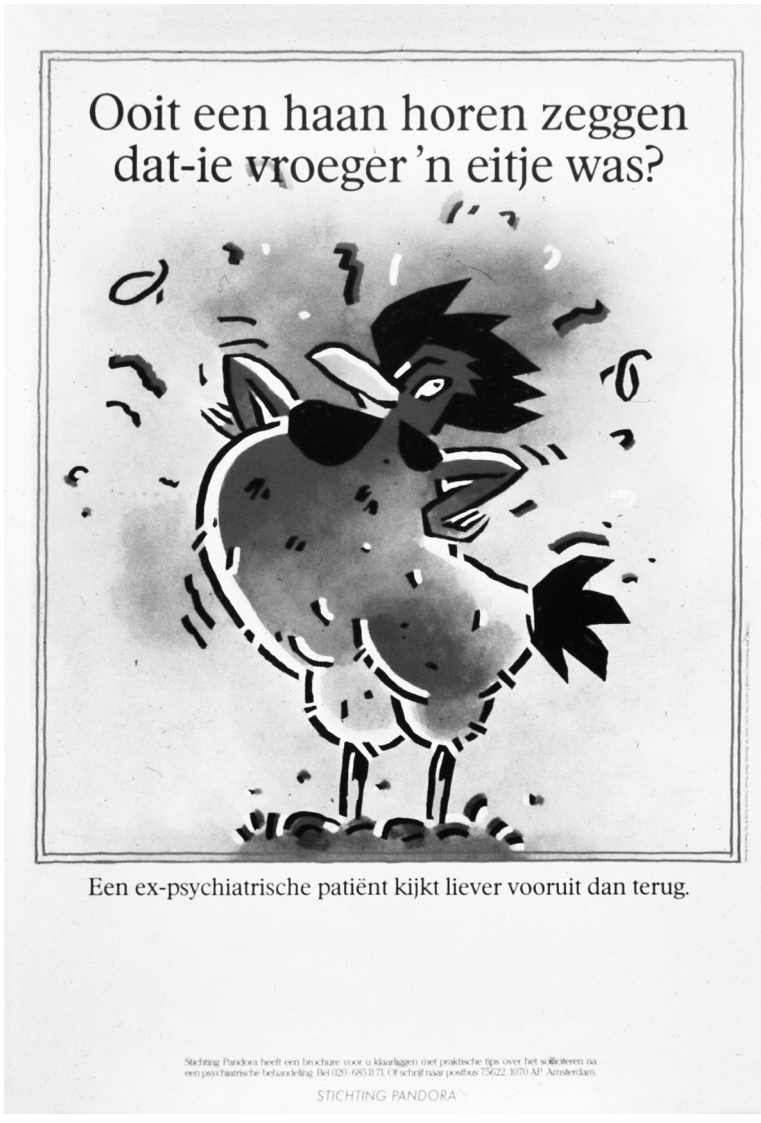
Aangezien ziekenhuisbedden meer geld opleverden dan plaatsen in beschermende woonvormen en stoelen in dagbehandelklinieken, en stoelen op hun beurt meer dan verrichtingen, remde dit financieringsstelsel de extramuralisering en onderlinge samenwerking. Deze zouden vooral voor psychiatrische ziekenhuizen nadelig uitpakken. Bedden, stoelen en verrichtingen waren binnen dit systeem niet uitwisselbaar zonder ingrijpende financiële gevolgen. Dit stelsel stond de ontwikkeling van een flexibel, instellingsgrenzen overschrijdend hulpverleningsaanbod in de weg. Doordat de financiering was opgehangen aan bedden, stoelen en verrichtingen en niet zozeer aan de inhoud van de hulpverlening, kon het voorkomen dat patiënten die een soortgelijke behandeling kregen, maar in verschillende instellingen stonden ingeschreven, voor uiteenlopende vergoedingen in aanmerking kwamen. Verder was een probleem dat nieuwe hulpverleningsfaciliteiten als dagcentra, arbeidsrehabilitatievoorzieningen en sociaalpsychiatrische thuiszorg helemaal buiten de financieringssystematiek vielen.[81]

Nauw verbonden met het financieringsstelsel leverde ook de wijze waarop de geestelijke gezondheidszorg was georganiseerd hindernissen op. De hulpverlening was in handen van verschillende soorten instellingen, die elk hun eigen

80 Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1988a, 39; Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1989, 48; Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1993, 78; Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1995, 15; Leene, Hermsen en Stelwagen 1995.

81 Staatstoezicht op de Volksgezondheid 1976, 4; Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1988a, 36-37; Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1989, 61; Stoelinga en Van Lieshout 1991, 916-917; Van Zuthem 1994; De Wilde 1995, 817; De Gruijter 1997, 593-599; Van der Grinten en Verburg 2001, 23; Vijselaar 2002, 333; Bakker en Van der Velden 2004a, 70-71.

Affiche van Pandora: haan die vooruit wil kijken, waarschijnlijk 1993.



historische ontwikkeling hadden doorgemaakt. De verkaveling van het zorgveld was niet zozeer gebaseerd op de zorgbehoeften van patiënten en cliënten als wel op het gevarieerde hulpverleningsaanbod zoals dat vanaf de jaren twintig vorm had gekregen. Daarmee hadden de diverse instellingen zich deels ten opzichte van elkaar geprofileerd en mede daardoor was een kloof ontstaan tussen psychiatrische ziekenhuizen en de ambulante sector. Vanaf het eind van de jaren tachtig werd van verschillende kanten gepleit voor een fundamentele verandering van het organisatieprincipe van de geestelijke gezondheidszorg. Dit zou niet van aparte instellingen, maar van hulpverleningsfuncties moeten uitgaan, zo stelde de Nationale Raad voor de Volksgezondheid in zijn *Advies samenwerking tussen extramurale en intramurale geestelijke gezondheidszorg* (1987) en *Advies functies van de Geestelijke Gezondheidszorg* (1989). In dat laatste rapport was sprake van een ordening van de geestelijke gezondheidszorg aan de hand van hulpverleningsbehoeften en van werkzaamheden die met elkaar samenhangen en een gemeenschappelijk doel hebben. Op basis hiervan waren vijf functies te onderscheiden: preventie, curatieve behandeling, ondersteunende begeleiding, verpleegzorg en bescherming. Ook de regeringsnota's *Nota 2000* (1986) en *Onder Anderen* (1993) en een advies van de Ziekenfondsraad (1990) wezen in deze richting.[82]

De pleidooien voor een functionele organisatie van de geestelijke gezondheidszorg hielden verband met het voornemen van de overheid om het ziektekostenverzekeringsstelsel op de schop te nemen. De door de regering ingestelde Commissie Structuur en Financiering Gezondheidszorg onder leiding van voormalig Philips-topman W. Dekker bepleitte in haar rapport *Bereidheid tot verandering* (1987) een ingrijpende hervorming. Het Ziekenfonds, de particuliere ziektekostenverzekeringen en de AWBZ dienden plaats te maken voor een verplichte basisverzekering en aanvullende verzekeringen op vrijwillige basis. De overheidsregulering en het daarmee verbonden corporatistische overlegcircuit van adviesorganen en koepelorganisaties moesten worden teruggedrongen ten gunste van marktwerking. Het was volgens de commissie beter om de afstemming van vraag en aanbod over te laten aan verzekeraars, zorginstellingen en zorgconsumenten. In de nota's *Verandering verzekerd* (1988) en *Werken aan Zorgvernieuwing* (1990) nam de regering zich voor om de aanbevelingen van de commissie Dekker stapsgewijs in te voeren. Simons, staatssecretaris van Volksgezondheid in het derde kabinet Lubbers, stelde een systeem voor waarin niet het institutionele hulpaanbod, maar het soort hulpverlening waaraan verzekerden behoefte hadden, bepalend was voor de vergoedingen waarop zij aanspraak konden maken. De geestelijke gezondheidszorg stond begin jaren negentig op de nominatie om als eerste onderdeel van de gezondheidszorg een dergelijke transformatie te ondergaan. In 1993 wees het kabinet Lubbers Simons' plan echter af en het eerste paarse

82 Henkelman en De Ruiter 1991, 67-72; Stoelinga en Van Lieshout 1991; Simons 1993, 38; Bijker 1994, 40-42.

kabinet, dat in 1994 aantrad, maakte voorlopig een eind aan de pogingen om een nieuw verzekeringssysteem voor de gezondheidszorg in te voeren. Het bleef voorlopig bij enkele aanpassingen, zoals de uitvoering van de vrije ziekenfondskeuze en van de nominale premie.

Het voorstel van de commissie Dekker riep vooral bezwaren op vanwege de bepleite marktwerking en het idee dat patiënten zorgconsumenten waren. Deze zouden niet voor alle sectoren van de gezondheidszorg even goed uitpakken. De kritiek kwam tegemoet aan de sterke reserves die er in de geestelijke gezondheidszorg tegen het plan-Dekker bestonden. Het pleidooi voor marktwerking ging ervan uit dat patiënten over inzicht in de kwaliteit van de verschillende zorgaanbieders beschikten en op basis daarvan een weloverwogen keuze konden maken. De veronderstelde keuzevrijheid en verantwoordelijkheid van patiënten stond op gespannen voet met de beperkte zelfstandigheid en mondigheid van geesteszieken. Bovendien was er in de geestelijke gezondheidszorg weinig te kiezen omdat het overheidsbeleid, gericht op aanbodregulering door middel van samenwerking tussen instellingen op regionale basis, met zich meebracht dat het aantal zorgaanbieders per regio beperkt werd. Ook leefde de vrees dat zorgverzekeraars psychiatrische patiënten zouden proberen te weren: veel geestesziekten hadden immers een chronisch karakter en de langdurige zorg die zij behoefden bracht hoge kosten met zich mee.[83]

De minister voor Volksgezondheid E. Borst-Eilers maakte duidelijk dat zij de drie bestaande financieringscompartimenten van de gezondheidszorg wilde handhaven en daarbij uitging van zowel overheidsregulering als marktwerking. De AWBZ bleef bestemd voor langdurige en onverzekerbare zorg en daarbij reguleerde de overheid het aanbod. De ziekenfondsen en de particuliere ziektekostenverzekeringen namen de curatieve zorg voor hun rekening en hierbij zou plaats moeten zijn voor gereguleerde concurrentie. De overige zorg, die door particuliere aanvullende verzekeringen werd gedekt, zou voor marktwerking in aanmerking komen. De geestelijke gezondheidszorg moest volgens Borst-Eilers in zijn geheel in het AWBZ-compartiment blijven. Voorstellen om de financiering van curatieve en zorgfuncties in de psychiatrie van elkaar te scheiden door de eerste over te hevelen naar de ziekenfondsen en de particuliere ziektekostenverzekeringen wees zij af.[84]

In plaats van een radicale herziening van het verzekeringsstelsel koos de regering voor aanpassingen ervan om op die manier toch veranderingen in de gezondheidszorg mogelijk te maken. Het ging daarbij vooral om een omslag van de bestaande aanbodgestuurde naar een vraaggerichte organisatie, waardoor de zorgverlening flexibeler werd en beter tegemoet kwam aan individuele behoef-

83 Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1989, 1; Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1991b, 16-17; Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1992, 17; Van der Grinten 1995, 717; Vos en Hutschemaekers 1999, 188; College voor Zorgverzekeringen 2002.

84 Borst-Eilers 1998, 649.

ten, alsook om een vergroting van de individuele keuzevrijheid en de zeggenschap van verzekerden. Zo werd in *1996* het persoonsgebonden AWBZ-budget ingevoerd, waardoor patiënten niet meer uitsluitend waren aangewezen op een vastgestelde hoeveelheid hulp in natura, maar ook beschikking konden krijgen over een geldbedrag om naar eigen keuze aan zorg te besteden. Vooral patiënten die thuis zorg of verpleging nodig hadden kregen hierdoor meer keuzevrijheid. Vooralsnog ging het in de geestelijke gezondheidszorg maar om een klein aantal cliënten. In 2001 kregen 150 zelfstandig wonende geesteszieken de beschikking over tussen 4.000 en 5.000 euro om naar eigen keuze aan zorg te besteden.[85]

Al met al bleef de stagnerende hervorming van het financieringsstelsel een hindernis voor de geestelijke gezondheidszorg om vernieuwingen door te voeren. Uit een inventarisatie onder zorgaanbieders in de geestelijke gezondheidszorg bleek eind jaren negentig dat de regelgeving, in het bijzonder die op basis van de Wet Tarieven Gezondheidszorg, de Wet Ziekenhuis Voorzieningen en de AWBZ, de samenwerking bemoeilijkte. Ook klaagden ze erover dat de diverse beleidsinstanties – het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, de Ziekenfondsraad, het Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg en het College voor Ziekenhuisvoorzieningen – hun regels niet altijd goed op elkaar afstemden. Hoewel psychiatrische ziekenhuizen, psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen, organisaties voor beschermende woonvormen en Riaggs met elkaar samenwerkten, golden er nog steeds verschillende declaratiesystemen. De onduidelijkheid over de verdeelsleutels die bij de samenwerking moesten worden gehanteerd, leidde tot veel bureaucratische en administratieve rompslomp. Om toch vernieuwingen te kunnen doorvoeren moesten instellingen hun toevlucht nemen tot omslachtige kunstgrepen, zoals dubbele of driedubbele boekhoudingen. Psychiatrische ziekenhuizen die beddencapaciteit wilden omzetten in andersoortige behandelplaatsen, omzeilden de regelgeving bijvoorbeeld met behulp van de boekhoudkundige creatie van 'luchtbedden'.[86] Verder bracht het financieringssysteem, waardoor de geestelijke gezondheidszorg een integraal onderdeel van de gezondheidszorg was geworden, met zich mee dat de maatschappelijke hulp- en dienstverlening voor psychiatrische patiënten (huisvesting, dagbesteding, werkverschaffing, sociale ondersteuning en rehabilitatie) moeilijk structureel was te bekostigen en dat de middelen daarvoor ontoereikend waren.[87]

De discussie over het zorgstelsel hield nauw verband met veranderende opvattingen over de sturende rol van de overheid. De *Nieuwe Nota* stond nog in het teken van het maakbaarheidsoptimisme van de jaren zeventig, maar in de tweede helft van de jaren tachtig taande het vertrouwen in de effectiviteit van overheidsplanning. De overheid zou een stap terug moeten doen en zich dienen te beperken tot een voorwaardenscheppende rol teneinde ruimte te maken voor initiatieven

85 De Haan en Duyvendak 2002, 237.

86 Rose en Steffens 1987, 66-67; De Wilde 1995, 808-809; De Gruijter 1997; De Lange en Hoeksma 1998; Ravelli en Schrijvers 1999, 497-500; Van de Graaf, Van Haaster en Vesseur 2001, 8-9.

87 Rose en Steffens 1987, 66, 130-135.

Minister Borst-Eilers aan de telefoon voor de Stichting Korrelatie, op de Dag van de Depressie, 10 oktober 1997.

vanuit de maatschappij, eigen verantwoordelijkheid voor burgers en marktwerking.[88] Deze teneur viel duidelijk te beluisteren in het plan-Dekker en ook de nota *Onder Anderen* (1993) van staatssecretaris Simons gaf er uiting aan door aan te geven dat de overheid minder als 'regelneef' en meer als 'regisseur en hoeder' moest optreden.[89] De dereguleringsretoriek kon echter niet verhullen dat het regeringsbeleid verre van eenduidig was. Niet alleen was vrijwel de gehele geestelijke gezondheidszorg in 1989 onder de AWBZ gebracht, waarmee de overheid haar greep op deze sector alleen maar versterkte, ook bleef de regering vasthouden aan centrale regulering van de omvang, de spreiding en de inhoud van het hulpverleningsaanbod. Zo was in de *Beleidsvisie Geestelijke Gezondheidszorg* (1999) van minister Borst-Eilers sprake van gedetailleerde planningsnormen met betrekking tot de capaciteit van de klinische psychiatrie en de semi- en extramurale geestelijke gezondheidszorg. Ook ventileerde de minister uitgesproken ideeën over de wijze waarop hulpverleners hun werk zouden moeten uitvoeren. In dit opzicht waren eigen verantwoordelijkheid van het veld en marktwerking ver te zoeken.[90]

Aan de andere kant beschikte de regering niet over het benodigde instrumentarium om veranderingen af te dwingen. Om haar beleid door te voeren bleef zij afhankelijk van de medewerking van de spelers in het veld, die in de talrijke adviesorganen en koepelorganisaties waren vertegenwoordigd.[91] In de Nederlandse politieke cultuur dwong de regering haar sociale beleid in de regel niet met wetgeving af, maar kwam dit tot stand door uitgebreid overleg en compromisvorming met het maatschappelijk middenveld. Aan plannen ontbrak het niet, maar vanwege de verstrengeling van verschillende belangen bleef de invloed van blauwdrukken op de praktijk beperkt. De instellingen volgden de discussies op overheidsniveau nauwlettend, maar met een soort van berekenende passiviteit en net waakzaam genoeg om zich op hun manier aan te passen aan veranderende omstandigheden en beleidswijzigingen.[92] Hoewel de organisatorische en vooral de financiële perikelen voortwoekerden en de overheid geen eenduidig beleid voerde, kwam er op deze manier vanaf omstreeks 1990 toch schot in de vernieu-

88 Bijker 1994, 30, 33; Vos en Hutschemaekers 1999, 188.

89 Simons 1993, 21.

90 Van der Grinten 1995; Vos en Hutschemaekers 1999, 188; Wennink 1999; Elich, Vijverberg en Vroon 2001, 56.

91 Tot 1997 bestonden er vijf landelijke adviesorganen op gebied van de gezondheidszorg. De Nationale Raad voor de Volksgezondheid adviseerde de regering over de structuur, uitvoering, kwaliteit en doelmatigheid van de zorg, de uitvoering van wetgeving en andere zaken op terrein van volksgezondheid. Tot 1992 kende deze raad een aparte kamer voor de geestelijke gezondheidszorg. De Ziekenfondsraad hield zich vooral bezig met de financiering van de gezondheidszorg en hield toezicht op de zorgverzekeraars en de uitvoering van de collectieve verzekeringen en subsidieregelingen. De Gezondheidsraad richtte zich vooral op de inhoudelijke en wetenschappelijke aspecten van de gezondheidszorg. Het College voor Ziekenhuisvoorzieningen hield zich bezig met de planning en bouw van ziekenhuizen. Het Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg stelde de tarieven vast die zorgvoorzieningen in rekening mochten brengen. Hutschemaekers en Ten Have 1995.

92 Van Lieshout en Stoelinga 1992, 619; Van Hezewijk 1999, 224; Schoemaker 2000, 13; Van der Grinten 2006.

wing van de geestelijke gezondheidszorg, zoals die in de *Nieuwe Nota* was bepleit. In de jaren negentig deden zich vijf met elkaar samenhangende ontwikkelingen voor waardoor de organisatie van de zorg ingrijpend veranderde en de schotten tussen de intra-, semi- en extramurale sectoren begonnen te verdwijnen. De vernieuwingen waren het resultaat van een wisselwerking tussen enerzijds de beleidsmaatregelen, -plannen en -discussies op het centrale niveau van de rijksoverheid en de advies- en koepelorganisaties, en anderzijds de initiatieven die van onderop, in de praktijk van de hulpverlening, gestalte kregen.[93]

De eerste doorbreking van de impasse die in de tweede helft van de jaren tachtig heerste, was de eerder genoemde uitbreiding van de AWBZ-financiering in 1989. Vooral de beschermende woonvormen kregen een impuls door de invoering van de AWBZ-verstrekking 'Hulp door of vanwege een RIBW', waarmee zij erkenning verwierven als aparte, derde sector van de geestelijke gezondheidszorg. Door deze ontkoppeling tussen de beschermende woonvormen en de psychiatrische ziekenhuizen was de uitbreiding van hun capaciteit niet meer direct afhankelijk van de afbouw van bedden. In het daarop volgende decennium groeide het aantal plaatsen van ruim 3400 tot meer dan 6000. Ten behoeve van de opzet van dagactiviteitencentra voor de bewoners van beschermende woonvormen introduceerde de Ziekenfondsraad in 1990 een subsidieregeling en kwamen er in de jaren daarop middelen ten behoeve van de zogenaamde zorgvernieuwing (waarover hieronder meer) beschikbaar.[94]

Ten tweede betekende de discussie over de stelselwijziging – functie- en vraaggerichte in plaats van institutioneel en aanbodgestuurde hulpverlening – een stimulans voor de verschillende zorginstellingen om zich daarop voor te bereiden door toenadering tot elkaar te zoeken en gezamenlijk kleinschalige samenwerkingsprojecten op te zetten. Weliswaar blies de regering een complete stelselwijziging uiteindelijk af, maar dat nam niet weg dat op het niveau van de hulpverleningspraktijk een begin werd gemaakt met de ontwikkeling van zorgprogramma's, -netwerken, -ketens en -circuits die de grenzen tussen intra-, semi- en extramurale voorzieningen overschreden. Het ging om samenhangende hulpverleningstrajecten voor groepen patiënten met een vergelijkbare problematiek of demografische kenmerken, waarmee de instellingen tegemoet trachtten te komen aan hun specifieke en wisselende zorgbehoeften.[95] Een andere, hieraan verwante vernieuwing was de invoering van *casemanagement* voor met name

93 De Wilde 1995; Kwekkeboom 2001, 14; Van der Grinten 2006.

94 Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1990, 20-21; Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1991b, 71-72; Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1992, 87; Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1993, 85; Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1995, 37; Inspectie voor de Gezondheidszorg 1998, 85; College voor Zorgverzekeringen 2002, 33. Vergelijk Beijers, Henkens en Klein Ikkink 1992, 140; Simons 1993, 50; Van Zuthem 1994; Henkelman en Faber 1996; Kwekkeboom 2001, 21; Mens 2003, 255, 257; De Goei en Van der Hoorn 2006, 95-96.

95 Franx en Verburg 1999; vergelijk Borst-Eilers 1997a, 4; Kwekkeboom 1999, 62.

chronische geesteszieken. Dit hield in dat verpleegkundigen patiënten op individuele basis onder hun hoede namen om hen bij hun gang door de hulpverlening te begeleiden en erop toe te zien dat diverse vormen van zorg, binnen en buiten het psychiatrisch ziekenhuis, goed op elkaar aansloten. Hierbij vormden het idee van *stepped care*, getrapte, van lichtere naar intensievere, maar naadloos op elkaar volgende hulpverlening, de leidraad.[96] Al deze nieuwe organisatieprincipes, die grotendeels aan Amerikaanse voorbeelden waren ontleend, moesten de zogenoemde 'continuïteit van de zorg' alsook een betere onderlinge afstemming van het zorgaanbod op behoeften – 'zorg op maat' heette dat – bevorderen.[97]

Ten derde kwamen vanaf omstreeks 1990 op basis van samenwerking van psychiatrische ziekenhuizen met Riaggs en later ook psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen de eerste Multifunctionele Eenheden van de grond. Deze kleinschalige voorzieningen moesten de continuïteit van de zorg verbeteren door vijf functies te verenigen: kortdurende opname, poliklinische behandeling, deeltijdbehandeling, sociaal-psychiatrische begeleiding en crisisinterventie.[98] Medio jaren negentig waren er 14 operationeel en bestonden er concrete plannen voor nog eens 18 Multifunctionele Eenheden, voor het merendeel in de Randstad.[99] In zijn nota *Onder Anderen* (1993) stelde staatssecretaris Simons dat er op de langere termijn ongeveer 80 moesten komen, waardoor uiteindelijk een kwart van de bedden in psychiatrische ziekenhuizen, 13 procent van die in psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen en 40 procent van de deeltijdbehandelplaatsen in de Multifunctionele Eenheden onderdak zouden krijgen.[100] Minister Borst-Eilers gaf 6 jaar later in haar *Beleidsvisie Geestelijke Gezondheidszorg* een nieuwe wending aan de Multifunctionele Eenheid, die zich vanaf nu ook met de benaming Regionaal GGZ-Centrum tooide, door het belang van deelname van psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen te benadrukken. Op termijn zouden alle psychiatrische afdelingen in de centra moeten opgaan. Om de aansluiting van de geestelijke gezondheidszorg bij de somatische geneeskunde verder te bevorderen dienden de nieuwe centra, bedoeld voor zowel curatieve psychiatrische behandeling als sociaal-psychiatrische zorg, zich zo veel mogelijk bij algemene ziekenhuizen te vestigen.[101]

Nog belangrijker als katalysator van samenwerking en extramuralisering vormde de vierde vernieuwende factor, de zogenaamde zorgvernieuwing. De 14 projecten die onder deze noemer in 1990 met subsidie van het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur van start gingen, waren bedoeld om buiten de reguliere financieringskaders om nieuwe vormen van zorg voor met name chronische geesteszieken te ontwikkelen. Voorwaarde was transmurale samenwerking en afstemming van de hulpverlening op de behoeften van patiënten.

96 Hogenstijn 2004, 151.
97 Van der Grinten en Verburg 2001, 23.
98 Van Hezewijk 1999, 14.
99 Hutschemaekers en Ten Have 1995, 12.
100 Simons 1993, 13.
101 Over de Multifunctionele Eenheden en de Regionale GGZ-Centra zie verder 5.4, paragraaf 'Het hulpverleningsaanbod'.

Cliënten- en mantelorganisaties dienden betrokken te worden bij de zorgvernieuwing en kregen ook gelegenheid om projecten te initiëren. Vanuit het Ministerie werd gesteld dat de mate van betrokkenheid van cliënten en hun familie bepalend zou zijn voor succes van zorgvernieuwing.[102] Naast de tijdelijke (driejarige) subsidieregeling van het Ministerie bood de Ziekenfondsraad vanaf 1991 de mogelijkheid tot substitutie: met geld dat eigenlijk voor bedden was bestemd, konden samenwerkende instellingen nieuwe vormen van zorg ontwikkelen die niet in de bestaande regelgeving pasten. Drie jaar later zette de regering het Zorgvernieuwingsfonds op waarmee psychiatrische ziekenhuizen een stok achter de deur kregen: zij moesten 3 procent van hun budget inleveren en konden dit weer terugverdienen door in samenwerking met andere instellingen regionale zorgvernieuwingsprojecten op te zetten. Regio's waarin deze tot stand kwamen, kregen het predikaat zorgvernieuwingsregio en ontvingen een financiële beloning. In 1998 werd het Zorgvernieuwingsfonds vervangen door de beleidsmaatregel Zorg op Maat van het College Tarieven Gezondheidszorg. Deze verplichtte de instellingen om 5 procent van hun AWBZ-budget te besteden aan zorgvernieuwing, een percentage dat in 1999 opliep tot 8 en in 2000 tot 10.[103] De zorginstellingen ervoeren dergelijke maatregelen nogal eens als een verkapte bezuiniging, maar tegelijkertijd droegen deze er wel toe bij dat er in de jaren negentig honderden projecten het daglicht zagen.[104] Ook kwamen er overlegplatforms tot ontwikkeling waar instellingen kennis over en ervaring met zorgvernieuwing uitwisselden. Dergelijke initiatieven vormden de opmaat tot de oprichting in 1995 van het Landelijk Overleg Zorgvernieuwing door de vier koepelorganisaties van de intra-, semi- en extramurale geestelijke gezondheidszorg en de verslavingszorg.[105]

De vijfde ontwikkeling vormde het voorlopige sluitstuk van de toenemende transmurale samenwerking in zorgcircuits, Multifunctionele Eenheden, Regionale GGZ-Centra en zorgvernieuwingsprojecten: de fusies van verschillende zorginstellingen in regionale organisaties voor geestelijke gezondheidszorg. De eerste twee kwamen in 1993 tot stand. Tien jaar later waren de meeste psychiatrische ziekenhuizen, Riaggs en instellingen voor beschermende woonvormen opgegaan in 33 gefuseerde organisaties.[106] Minister Borst-Eilers had eind jaren negentig in een Brief aan de Tweede Kamer (1997) en in haar *Beleidsvisie Geestelijke Gezondheidszorg* (1999) sterk aangedrongen op fusering om de extramuralisering te versnellen en te intensiveren. De koepelverenigingen van de ambulante (Nederlandse Vereniging voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg), semimurale (Nederlandse Vereniging voor Beschermende Woonvormen), intramurale (Nederlandse Vereniging voor Geestelijke Gezondheidszorg) en verslavingszorg (Nederlandse

102 De Roy 1996; J. Wolf 1995; Borgesius en Brunenberg 1996; Van de Graaf, Van Haaster en Vesseur 2001, 15.

103 Kwekkeboom 2001, 24; Van de Graaf, Van Haaster en Vesseur 2001, 13; vergelijk Bakker en Van der Velden 2004a, 72.

104 Over de inhoud van de zorgprojecten zie verder 5.3, paragraaf 'Zorg en behandeling'.

105 De Wilde 1995, 810-816.

106 Ravelli 2005, 52-53.

Vereniging van Instellingen voor Verslavingszorg) gingen in 1997 op in de Vereniging GGz Nederland.

Het overheidsbeleid was voor een groot deel ingegeven door het streven naar kostenbeheersing. Het belangrijkste doel van extramuralisering en transmurale samenwerking was het beperken van het aantal ziekenhuisopnamen. Alleen ernstig gestoorde mensen die zich niet in de maatschappij konden handhaven zonder zichzelf of anderen schade te berokkenen, zouden voor langdurige opname in aanmerking dienen te komen. Andere psychiatrische patiënten, ook chronische lijders, moesten zo veel mogelijk in de samenleving terugkeren of blijven om daar met behulp van semimurale en ambulante voorzieningen – beschut, beschermd en begeleid zelfstandig wonen, psychiatrische thuiszorg, deeltijdbehandelingen, mobiele behandelteams, dag-, crisis- en opvangcentra, psychiatrische polikliniekeen en de Riaggs – de zorg te krijgen die ze nodig hadden. Zorg op maat impliceerde dat behandeling, verpleging, bescherming, begeleiding, dagbesteding, werken en wonen grotendeels van elkaar gescheiden plaatsvonden en dat de hulpverlening was toegesneden op de specifieke behoeften van patiënten. De veronderstelling was dat afgemeten semimurale en vooral ambulante hulpverlening goedkoper was dan de veelomvattende ziekenhuiszorg. Ook het streven naar een efficiënte en doelmatige uitvoering van de hulpverlening – naast extramuralisering en organisatorische integratie een constante in het overheidsbeleid – stond in dienst van kostenbeheersing.[107]

Kostenbesparing vormde echter niet de enige leidraad voor de overheid. Haar beleid werd ook gedragen door argumenten waarin idealen van de kritische psychiatrie doorklonken: het tegengaan van het maatschappelijk isolement van psychiatrische patiënten, de bevordering van hun zelfstandigheid en maatschappelijke participatie en de eerbiediging van hun burgerrechten. In staatssecretaris Simons' nota *Onder Anderen* (1993), die voortbouwde op de *Nieuwe Nota,* stond de vermaatschappelijking van de geestelijke gezondheidszorg centraal. Het begrip vermaatschappelijking kwam ook al in vroegere beleidsdocumenten voor en had deels betrekking op een streven dat in de *Nieuwe Nota* was verwoord: extramuralisering gericht op maatschappelijke integratie van patiënten.[108] Aanknopend bij het beleid van sociale vernieuwing dat het derde kabinet Lubbers voerde, voegde Simons daar drie elementen aan toe. Ten eerste zou vermaatschappelijking ook vorm moeten krijgen door structurele samenwerking van de geestelijke gezondheidszorg met andere instanties, zoals de somatische geneeskunde, de verslavingszorg, het maatschappelijk werk, woningbouwverenigingen, dak- en thuislozenzorg, politie en justitie, en gemeenten. Volgens Simons ontbrak het nog aan afstemming tussen de geestelijke gezondheidszorg en andere maatschappelijke

107 De Gruijter 1997; Van Hezewijk 1999, 13; Van de Graaf, Van Haaster en Vesseur 2001.

108 In de *Structuurnota Gezondheidszorg* kwam de term voor in de betekenis van de 'mate van openheid en democratie' van de zorg. Hendriks 1974, 21.

109 Stichting Antonia Wilhelmina Fonds 1987.

sectoren. Niet alleen psychiatrische patiënten, maar ook hun hulpverleningsvoorzieningen dienden in de samenleving te integreren. Ten tweede verwees vermaatschappelijking naar sociale acceptatie en ondersteuning van geesteszieken. Het ging niet alleen om deelname van de patiënt aan de samenleving, maar eveneens om deelname van de samenleving aan de geestelijke gezondheidszorg, bijvoorbeeld in de vorm van informele mantelzorg.[109] Ten derde had vermaatschappelijking betrekking op geestelijke volksgezondheid en de openbare geestelijke gezondheidszorg: het streven naar collectieve preventie, onder andere door middel van een versterking van de weerbaarheid van burgers, en de zorg voor psychisch gestoorden die de hulpverlening meden en die soms voor overlast zorgden.[110]

Toch lijkt het erop dat het streven naar maatschappelijke integratie van psychiatrische patiënten de drie andere betekenissen van vermaatschappelijking in de schaduw stelde. In de nota's *Gezond en wel* (1994) en *Zuinig met zorg* (1994) en het advies *Thuis in de GGZ* (1996) van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg draaide vermaatschappelijking vooral om deze doelstelling. De daarin bepleite maatregelen – verdere deconcentratie van psychiatrische ziekenhuizen, het vervangen van bedden door extramurale zorg, de vorming van zorgcircuits, de zorgvernieuwing, de scheiding van wonen en behandeling, zelfstandige huisvesting en de bevordering van dagactiviteiten en de arbeidsparticipatie van psychiatrische patiënten – waren erop gericht om vooral chronische geesteszieken een plaats in de samenleving te bieden.[111] Ook de Taskforce Vermaatschappelijking die het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport instelde nadat was gebleken dat de vermaatschappelijking in de praktijk achterbleef bij de verwachtingen, hanteerde deze betekenis. Vermaatschappelijking was het proces dat geesteszieken leidde naar een zelfstandige, geaccepteerde en volwaardige plaats in de maatschappij.[112]

De domeindiscussie

Mede in verband met de almaar aanwassende vraag naar geestelijke gezondheidszorg en de oplopende kosten deed zich de vraag voor wie wel en wie niet in aanmerking zou moeten komen voor hulpverlening. De reikwijdte van de geestelijke gezondheidszorg was vanaf het begin van de jaren tachtig voortdurend onderwerp van discussie.[113] Het begon met het onderscheid dat Staatssecretaris Van der Reijden aanbracht in de *Nota Volksgezondheidsbeleid bij beperkte middelen* (1983) en de *Nieuwe Nota Geestelijke Volksgezondheid* (1984) tussen enerzijds zogenaamde 'lichte'

110 Simons 1993, 9–10, 22–29; vergelijk Kwekkeboom 2001, 10–18; Schoemaker 2000.
111 Van Hezewijk 1999, 142.
112 Michon et al. 2003, 15.
113 Hodiamont et al. 1986; Bijl 1993; Borst-Eilers 1997a, 17; Van Rooijen 1997; Wennink 1999, 540; Scenariocommissie Geestelijke Volksgezondheid en Geestelijke Gezondheidszorg en Onderzoeksteam van het Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid 1990; Landelijke Commissie Geestelijke Volksgezondheid 2002.

psychosociale klachten en levensmoeilijkheden van in wezen gezonde mensen en anderzijds 'zware' stoornissen van geesteszieken. Lichte moeilijkheden zouden zo veel mogelijk buiten de gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg moeten worden behandeld door middel van zelfhulp, 'mantelzorg', het maatschappelijk werk of de eerstelijnsgezondheidszorg (huisarts of eerstelijnspsycholoog), zodat de geestelijke gezondheidszorg zich op de zwaardere problemen kon concentreren.[114] Deze boodschap was vooral bedoeld voor de ambulante sector, die zich immers voor een groot deel had gericht op psychosociale problematiek en waarin psychotherapie in de jaren zeventig een vooraanstaande plaats had gekregen. Het accent diende nu te verschuiven naar de sociaal-psychiatrische hulpverlening teneinde de extramuralisering van de zorg voor met name chronische patiënten mogelijk te maken.

Dergelijke pleidooien waren in de loop van de jaren tachtig en negentig geregeld te beluisteren, niet alleen van de kant van de overheid, maar ook onder psychiaters. De psychiater A.P.J. Höppener bijvoorbeeld stelde in 1996 voor de volledige AWBZ-financiering te beperken tot wat hij als de kerngroep van de psychiatrie beschouwde: ernstig gestoorde patiënten, chronische lijders, verslaafden en verstandelijk gehandicapten. Voor mensen met lichtere psychische aandoeningen als persoonlijkheidsstoornissen, neurosen, stress en levensproblemen bepleitte hij de invoering van een eigen risico. Een grotere verantwoordelijkheid en vaardigheid van burgers om met hun beperkingen en levensvragen om te gaan en een overheveling van een deel van de hulpverlening naar andere instanties zouden de toenemende druk op de geestelijke gezondheidszorg kunnen verlichten.[115]

Höppener kreeg rond de millenniumwisseling bijval van andere psychiaters alsook van de Raad voor Volksgezondheid en Zorg en de Landelijke Commissie Geestelijke Volksgezondheid, die adviezen uitbrachten aan minister Borst-Eilers over de inrichting van de geestelijke gezondheidszorg. Deze moest zich beperken tot diagnose, behandeling, verpleging en revalidatie van geesteszieken en psychisch gestoorden, zo stelde de Raad voor Volksgezondheid en Zorg in zijn adviesrapport *Geestelijke gezondheidszorg in de 21e eeuw* (1998). Welzijns- en levensproblematiek hoorde niet thuis in deze tak van gezondheidszorg, die op dezelfde manier als de somatische geneeskunde diende te functioneren, dat wil zeggen op basis van echelonnering en de principes van *evidence-based medicine*. De Raad pleitte voor een vergroting van de rol van de huisarts, de eerstelijnsgezondheidspsycholoog en de maatschappelijk werker bij de behandeling van psychische problemen en een versterking van hun rol als poortwachter voor de gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg. Net als de specialistische somatische gezondheidszorg zou deze alleen met een verwijzing door de huisarts toegankelijk mogen zijn. Verder stelde de Raad voor om preventie en zorgfuncties als huisvesting, dagbesteding,

114 Van der Reijden 1984, 44, 49-53, 64-67.

115 Höppener 1996.

sociale opvang en welzijn uit de geestelijke gezondheidszorg te verwijderen en over te laten aan gemeenten en instanties als woningbouwverenigingen. Het ziekenfonds en de particuliere ziektekostenverzekeringen zouden het medische deel van de geestelijke gezondheidszorg moeten financieren en de AWBZ kon dan worden beperkt tot langdurige verpleging, beschermd wonen en diverse vormen van sociale begeleiding en ondersteuning.[116]

Ook de Landelijke Commissie, die in 2002 haar rapport *Zorg van velen* uitbracht, achtte het gewenst dat een groot deel van de zorg voor mensen met psychische problemen buiten de gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg plaatsvond door middel van buurtopvang, mantel- en thuiszorg met behulp van vrijwilligers alsook professionele hulpverlening in het eerste echelon door huisarts, eerstelijnspsycholoog, sociaal-psychiatrisch verpleegkundige en maatschappelijk werker. Zo veel mogelijk zouden hulp- en steunverlening bij psychosociale moeilijkheden moeten plaatsvinden in de leefwereld waarin ze waren ontstaan – in dit verband sprak de commissie van de noodzaak om 'contextuele' zorg en de '*empowerment*' van burgers te bevorderen – zodat de specialistische geestelijke gezondheidszorg zich kon richten op curatieve behandeling, revalidatie en langdurige verpleging van mensen met zwaardere stoornissen en patiënten die zich niet zelfstandig in de samenleving konden handhaven.[117]

Er waren echter ook andere geluiden te horen. Tegenover het pleidooi van beleidsvormers en sommige psychiaters voor (financiële) drempels om de nog steeds toenemende vraag naar psychiatrische en psychosociale hulpverlening aan banden te leggen, betoogden anderen, daarin gesteund door een commissie van de Gezondheidsraad, dat deze in vergelijking met de somatische gezondheidszorg nog altijd niet ruim bedeeld was en dat een verdere uitbreiding van de geestelijke gezondheidszorg alleszins was te rechtvaardigen.[118] Zo verscheen in 1998 tijdens de kabinetsformatie een manifest van het Nationaal Fonds Geestelijke Volksgezondheid waarmee het stelling nam tegen een beperking van het werkgebied van de geestelijke gezondheidszorg. Net als diverse lichamelijke ongemakken zouden ook alle vormen van psychisch leed in aanmerking moeten komen voor goede professionele hulp. Bovendien bepleitte het Nationaal Fonds een actiever regeringsbeleid ter verbetering van de geestelijke volksgezondheid en de aanstelling van een staatssecretaris voor dit terrein.[119]

Al eerder, in 1995, had A. Schene in zijn oratie als bijzonder hoogleraar voor de ambulante geestelijke gezondheidszorg aan de Universiteit van Amsterdam kanttekeningen geplaatst bij de redenering dat de voorzieningen overstelpt raakten met cliënten, die alleen 'lichte' klachten hadden en die er derhalve oneigen-

116 Raad voor de Volksgezondheid en Zorg 1998; vergelijk Bakker 2003, 35, 184-185.
117 Landelijke Commissie Geestelijke Volksgezondheid 2002, 124.
118 Pols 1988b.
119 Nationaal Fonds Geestelijke Volksgezondheid 1998.

lijk gebruik van zouden maken. Weliswaar waren patiënten met ernstige schizofrene, stemmings- en persoonlijkheidsstoornissen – hij schatte het aantal op zo'n honderdduizend mensen – door de eenzijdige nadruk op persoonlijke groei en psychotherapie in de jaren zeventig tekort gekomen en hadden zij recht op betere zorg, maar het zou volgens Schene kortzichtig zijn om daaruit de conclusie te trekken dat minder ernstige psychische aandoeningen niet in de geestelijke gezondheidszorg thuishoorden. Behandeling daarvan door middel van korte therapieën was uitermate zinvol, omdat daarmee werd voorkomen dat ze verergerden. Bovendien waren de toenemende aandacht van mensen voor hun psychische gesteldheid en een laagdrempelige toegang tot psychiatrische hulpverlening, zo stelde Schene, positief te waarderen als een teken van voortgaande beschaving en emancipatie.[120]

Soortgelijke argumenten brachten Schnabel en de voormalige directeur van het Amsterdamse Instituut voor Multidisciplinaire Psychotherapie, A. van Dantzig, naar voren. Schnabel wees erop dat veel psychische problemen schadelijk zijn voor zowel het individu als de maatschappij en dat de geestelijke gezondheidszorg nog altijd achterliep op de somatische gezondheidszorg: te veel psychische stoornissen bleven nog onbehandeld en naar verhouding was er minder geld voor beschikbaar.[121] Hij signaleerde onder psychiaters een neiging om zich overwegend op objectief vaststelbare ziekte te richten en het subjectieve lijden van de geestelijke gezondheidszorg uit te sluiten. Het argument dat een dergelijke inperking om financiële redenen noodzakelijk was, miste volgens hem elke grond: vergeleken met de dure zorg voor een relatief kleine groep psychiatrische patiënten, viel het met de kosten van de hulpverlening aan mensen met lichtere psychische moeilijkheden wel mee. Evenals Schene achtte Schnabel de groeiende vraag naar en het toenemende aanbod van geestelijke gezondheidszorg en diverse vormen van psychologische advisering en ondersteuning min of meer onvermijdelijk en legitiem. Deze waren onverbrekelijk verbonden met het moderne levenspatroon waarin het persoonlijke bestaan geen lot meer was en niet aan het toeval werd overgelaten, maar mensen zich voor de opgave gesteld zagen het zelf vorm te geven en te optimaliseren. Het openbare en het privéleven stelden in toenemende mate hoge eisen aan hun psychische en relationele vermogens en vanuit dit perspectief waren psychotherapie en aanverwante psychologische behandelingen een waardevolle maatschappelijke verworvenheid.[122]

——— *De geestelijke gezondheidszorg is een groot maatschappelijk goed, bedoeld om mensen in geval van psychische stoornissen te helpen hun toestand en hun functioneren weer zodanig te verbeteren, dat zij zelf verder kunnen in de zekerheid weer zoveel controle over hun eigen leven te hebben, dat zij in vrijheid keuzen voor de toekomst kunnen maken.*[123]

120 Schene 1995, 11.
121 Schnabel 1998c, 14; vergelijk De Bont 1988.
122 Schnabel 1991a, 500-505; vergelijk Bijl 1993.
123 Schnabel 1998c, 28.

Van Dantzig hamerde er in de jaren negentig voortdurend op dat de aandacht voor psychisch leed en de professionele behandeling daarvan een toetssteen van humanitaire en democratische vooruitgang, en sociale gerechtigheid vormden. De geestelijke gezondheidszorg, in het bijzonder de psychotherapie, was in zijn ogen een waardevol product van secularisering en toenemend wetenschappelijk begrip en had de emancipatie van het individu mede mogelijk gemaakt. Zij zou even alomvattend moeten zijn als de somatische gezondheidszorg, zodat in principe iedereen de mogelijkheid kreeg om met behulp van psychotherapie de kwaliteit van het leven te verhogen en een optimum aan levensgeluk te bereiken. Teneinde te voorkomen dat psychische aandoeningen 'geprivatiseerd' raakten en hun sociale oorzaken uit het zicht verdwenen, had de geestelijke gezondheidszorg tot taak om maatschappelijke misstanden die schadelijk waren voor het individuele welzijn, openlijk aan de kaak te stellen.[124]

De overheid was niet consequent als het ging om de toegankelijkheid en reikwijdte van de hulpverlening. Van concrete maatregelen om de toegang van mensen met psychosociale problemen tot de geestelijke gezondheidszorg te beperken was nagenoeg geen sprake. Simons constateerde in zijn nota *Onder Anderen* dat de eerder in de *Nieuwe Nota* geponeerde tegenstelling tussen lichte en zware problematiek in de praktijk niet hanteerbaar was gebleken en dat van een versterking van de rol van de huisarts in de behandeling van psychische moeilijkheden weinig terecht was gekomen. Ook maakte hij in verband met de groeiende behoefte aan geestelijke gezondheidszorg gewag van een 'authentieke hulpvraag', die samenhing met een toename van zowel psychische als psychiatrische problematiek onder invloed van 'ongunstige' maatschappelijke omstandigheden. Zijn opsomming van risicogroepen – dak- en thuislozen, arbeidsongeschikten, verslaafden, gedetineerden, slachtoffers van geweldsmisdrijven, seksueel geweld en kindermishandeling, oorlogsgetroffenen, allochtonen, vluchtelingen en asielzoekers – suggereerde dat hij een breed werkgebied van de geestelijke gezondheidszorg voorstond.[125]

Zeer tegenstrijdige signalen gaf Minister Borst-Eilers af met betrekking tot de vraag wat tot het domein van de geestelijke gezondheidszorg moest behoren. In haar *Beleidsvisie Geestelijke Gezondheidszorg* (1999) en haar beleidsbrief aan de Tweede Kamer *Cure en care in de geestelijke gezondheidszorg* (2001) hanteerde zij opnieuw het onderscheid tussen lichte en zware problemen en stelde zij net als Van der Reijden en de Raad voor Volksgezondheid en Zorg voor om de instroom in de geestelijke gezondheidszorg in te dammen door de huisarts als poortwachter te laten optreden en de eerstelijnsgezondheidszorg meer taken op dit terrein te geven. In navolging van het eerder genoemde advies van de Raad, *Geestelijke gezondheidszorg in de 21e eeuw*, pleitte ze er verder voor om de zorg- en dienstverlening voor psychiatrische pa-

124 Van Dantzig 1991, 647; Van Dantzig 1995a; Van Dantzig 1995b; Van Dantzig 1995c, 118; vergelijk Van Dantzig 1997; Van Dantzig 2002; Schrameijer 1996; Schnabel 1998b.

125 Simons 1993, 3, 15, 17-18, 63, 67.

tiënten op het gebied van huisvesting, arbeidsrehabilitatie en maatschappelijke integratie over te hevelen van de geestelijke gezondheidszorg naar algemene voorzieningen en gemeenten. Van een concrete uitwerking van deze voornemens was echter geen sprake. Zo kwam de vraag of huisartsen en het geringe aantal eerstelijnspsychologen in de praktijk wel in staat waren om een substantieel deel van de hulpverlening over te nemen, nauwelijks aan de orde.[126] Bovendien nam Borst-Eilers tegelijkertijd expliciet stelling tegen voorstellen om de reikwijdte van de geestelijke gezondheidszorg te beperken. Het advies van de Raad om de geestelijke gezondheidszorg te laten aansluiten bij de algemene gezondheidszorg en de niet-medische, door de AWBZ gefinancierde hulpverlening, ervan af te splitsen, nam zij niet over. Niet alleen handhaafde Borst-Eilers de AWBZ-financiering voor de gehele geestelijke gezondheidszorg, ze gaf ook te kennen dat deze een brede taak had te vervullen. In een brief aan de Tweede Kamer schreef ze:

> ——— *Ik ben van mening dat GGZ beschikbaar dient te zijn voor alle mensen die als gevolg van psychische stoornissen belemmeringen ondervinden in hun maatschappelijk functioneren, en niet voor een selectie uit deze groep. [...] In vergelijking met andere landen is in Nederland zowel de curatieve, als de chronische zorg voor iedereen toegankelijk en van goede kwaliteit. Ik wil dat graag zo houden.*
>
> *In een samenleving waar zulke hoge eisen worden gesteld aan het psychisch functioneren van zijn burgers wordt het des te nijpender als deze zorg niet beschikbaar is. Dat is nu reeds zichtbaar bij ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid op psychische gronden.*[127]

De tweeslachtigheid van het overheidsbeleid op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg kwam verder tot uiting in de opvattingen die bewindslieden ventileerden over de inhoudelijke oriëntatie van het vak psychiatrie.[128] Enerzijds onderstreepten ze in het kader van de nagestreefde extramuralisering en vermaatschappelijking voortdurend het belang van de sociale psychiatrie. Daarin stond niet zozeer curatieve behandeling als wel maatschappelijke rehabilitatie van vooral chronische patiënten voorop. Uitgangspunt daarbij was het verstoorde sociale functioneren, waarvoor vervolgens psychische of biologische achtergronden en oorzaken werden gezocht. In dit perspectief, dat een wisselwerking tussen biologische, psychische en sociale factoren veronderstelde, moest de zorg worden geënt op een totaalbeeld van het individu en diens leefwereld. Deze 'inclusieve' en eclectische sociopsychobiologische benadering sloot aan bij de tendens in de geestelijke gezondheidszorg om zich op basis van een ruime taakopvatting en multidisciplinaire werkwijze behalve als gezondheidszorg ook als welzijnszorg te profileren. Begeleiding, ondersteuning, bescherming, verzorging en commu-

126 Wennink 1999; Kwekkeboom 2001, 15; College voor Zorgverzekeringen 2002, 27-28.

127 Borst-Eilers 1998, 646, 649.

128 Van der Reijden 1984, 8; Simons 1993, 27-28; Dröes 2001, 64-65; De Wilde 2001, 15; Van der Grinten 1995.

nicatie waren daarin evenzeer van belang als behandeling. Anderzijds juichten de bewindslieden de toenemende invloed van de biologische psychiatrie en haar oriëntatie op de natuurwetenschappelijk onderbouwde curatieve geneeskunde toe. In tegenstelling tot de inclusieve sociaal-psychiatrische benadering was de werkwijze van de somatische geneeskunde en de biologische psychiatrie veeleer op exclusiviteit gebaseerd: een diagnose komt tot stand door uitsluiting van alternatieven en toespitsing op de lichamelijke oorzaken.[129] Deze twee visies op de gewenste ontwikkeling van de psychiatrie lieten zich moeilijk met elkaar verenigen. De eerste accentueerde de status aparte van een breed georiënteerde geestelijke gezondheidszorg, terwijl de tweede een inperking van het werkgebied van de psychiatrie tot curatieve geneeskunde en een samensmelting daarmee veronderstelde. Een duidelijke keuze voor de een of de ander maakte de overheid niet.

Rationalisering en juridisering

In 1986 tekende de psychiater M.H. Cohen Stuart in het blad *Medisch Contact* protest aan tegen wat hij als 'legalisme' betitelde. Daarmee bedoelde hij dat artsen in hun werk met steeds meer regelgeving van buitenaf te maken kregen. Deze gaf volgens hem blijk van wantrouwen ten aanzien van artsen, deed de 'pluriforme casuïstiek van het leven' geweld aan en hinderde hun primaire taakuitoefening. 'Het dwangmatige mechanisme van de bureaucratische recht- en regelgeving', zo schreef hij, 'is in geest en inhoud in strijd met de onmisbare creativiteit die in geneeskunde en psychiatrie aanwezig moet zijn.' Cohen Stuart was niet de enige hulpverlener die zich in zijn professionele autonomie en verantwoordelijkheid voelde aangetast.[130] Op drie niveaus zagen werkers in de geestelijke gezondheidszorg zich in toenemende mate geconfronteerd met regels, wetten en druk van buitenaf om verantwoording over hun werk af te leggen. De eerste betrof het streven naar rationalisering en standaardisering van hun beroepsuitoefening, de tweede de verzakelijking van het bestuur en beheer van de instellingen waarin zij werkten en de derde de verhouding tot hun patiënten of cliënten.

In paragraaf 'De crisis van de verzorgingsstaat en de veerkracht van de geestelijke gezondheidszorg' van hoofdstuk 5.2 is er al op gewezen dat het groeiende aantal werkers in de geestelijke gezondheidszorg een breed palet aan beroepsgroepen en specialisaties vertoonde. Professionalisering en specialisering verliepen niet zonder problemen en tegenstrijdigheden. Hoewel de verschillende beroepsgroepen hun specialisatie en bijgevolg de verschillen met andere deskundigen accentueerden om hun bestaan te legitimeren, streefden ze tegelijkertijd vaak naar een verbreding van hun competentie, waardoor ze het domein van andere beroepsgroepen betraden en er feitelijk sprake was van een groeiende over-

129 Schnabel 1996; Schnabel 1998c.

130 Cohen Stuart 1986, 1210-1211; vergelijk Osselaer-Schouterden 1989; Noordanus 1997; Borst-Eilers 1997a.

lapping van hun werkzaamheden en een toenemende kans op grensgeschillen.[131] De Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (BIG) van 1993 was bedoeld om het sterk toegenomen aantal gespecialiseerde beroepen op dit terrein in kaart te brengen en de vrije beroepsuitoefening te garanderen. Door middel van titelbescherming kregen de gevestigde beroepsgroepen wettelijke erkenning. Door te voldoen aan bepaalde opleidingseisen en zich te onderwerpen aan een beroepstuchtrecht garandeerden zij patiënten en cliënten een deskundige behandeling. De wet bracht dus bepaalde verplichtingen met zich mee, maar loste het probleem van de inhoudelijke taakverdeling en grensafbakening niet op. Met uitzondering van bepaalde exclusieve medische bevoegdheden, die deels al in de uit 1865 stammende Wet op de Uitoefening van de Geneeskunst waren vastgelegd, bevatte de Wet BIG geen omschrijving van aan bepaalde beroepsgroepen voorbehouden werkzaamheden en functies.[132] In die zin bood de wet geen bescherming voor beroepsdomeinen en kwam er geen eind aan de onderlinge wedijver tussen beroepsgroepen. Onderlinge concurrentie droeg niet bepaald bij tot een versterking van hun positie ten aanzien van derden.[133]

Tegelijkertijd werden beroepsgroepen steeds afhankelijker van andere partijen, zoals beleidsmakers, werkgevers, managers, zorgverzekeraars en cliënten.[134] De autonomie van de beroepsgroepen nam af als gevolg van de collectieve financiering en daarmee verbonden erkenningseisen, regelgeving, schaalvergroting, efficiencymaatregelen, controle, bureaucratisering en overheidsbemoeienis. Niet zijzelf, maar de overheid, adviesorganen en koepelorganisaties van verzekeraars en zorgaanbieders bepaalden in toenemende mate hoe ze dienden te werken en aan welke eisen ze moesten voldoen. De opleidingen en nascholingscursussen voor de verschillende beroepsgroepen werden meer en meer geformaliseerd en centraal gecoördineerd door een landelijk platform, het in 1989 door het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur ingestelde Coördinerend Orgaan voor Nascholing en Opleiding, terwijl vijf Regionale Instituten voor Nascholing en Opleiding in de Geestelijke Gezondheidszorg (RINO) voor de uitvoering zorgden.[135] De rationalisering, verwetenschappelijking en standaardisering van de hulpverlening, zoals die tot uiting kwamen in de toenemende invloed van de

131 Hutschemaekers en Neijmeijer 1998, 48, 306.

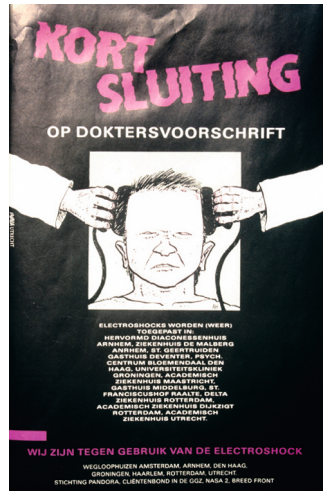
132 Zo waren enkele medische taken voorbehouden aan de psychiater: diagnosestelling, het voorschrijven van medicijnen, het opstellen van een geneeskundige verklaring voor gedwongen opname, lichamelijk onderzoek en medische keuringen in verband met het verstrekken van sociale uitkeringen, zoals de WAO. Hutschemaekers 1993a; Schwarz 1987; Hutschemaekers en Neijmeijer 1998, 93.

133 Hutschemaekers en Neijmeijer 1998; Hutschemaekers 1999; Van Londen en Vos 1999; Dijkhuis 1999.

134 Hutschemaekers en Neijmeijer 1998, 70; Hutschemaekers 1999; Reijzer 1993, 314; Schnabel 1996, 153; Van der Laan 2002, 50.

135 In het Coördinerend Orgaan participeerden de beroepsgroepen, de instellingen voor geestelijke gezondheidszorg, de financiers en de cliëntenorganisaties. Verder waren het Ministerie voor Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, de Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid, de Raad voor Volksgezondheid en Zorg, de Ziekenfondsraad en de opleidingsinstellingen erin vertegenwoordigd. Dijkhuis 1999.

Affiche demonstratie tegen elektroshock in 1987.



evidence-based medicine, de diagnostische systemen DSM en ICD, behandelplannen, -programma's, -modulen, -protocollen en -contracten, epidemiologisch, evaluatie- en tevredenheidsonderzoek, kwaliteitsrichtlijnen, registratieverplichtingen, en kosten en batenanalyses, brachten met zich mee dat hulpverleners steeds meer verantwoording aan derden moesten afleggen. Het overheidsbeleid werkte deze koers sterk in de hand. De nota's van Van der Reijden, Simons en Borst-Eilers drongen aan op vraaggerichte, doelmatige en kosteneffectieve zorg, die systematisch op kwaliteit werd getoetst.[136] Vooral in de jaren negentig benadrukten zowel de overheid als de zorgverzekeraars het belang van rationalisering en standaardisering: aan de hand van de aan betekenis winnende *evidence-based medicine* en zorgprogramma's dienden hulpverleners meer en meer volgens wetenschappelijk onderbouwde, toetsbare en eenvormige indicatiestellingen en behandelmethoden te werken. Hun werk werd in toenemende mate onderworpen aan gerichte planning teneinde doelstellingen, middelen en resultaten op elkaar af te stemmen.[137] Beroepsverenigingen als de NVP konden niet anders dan hieraan meewerken. Psychiaters die hun medisch handelen weigerden te baseren op *evidence-based* richtlijnen, waren onverantwoord bezig, zo stelde de psychiater J. Swinkels, voorzitter van de Commissie Kwaliteitszorg van de NVP, in 1999.[138]

Vooral in de jaren negentig ging er met de opmars van managers in leidinggevende functies een nieuwe wind waaien in instellingen van de geestelijke gezondheidszorg. 'Het moest mijns inziens zakelijker, objectiever, onder meer door zaken getalsmatig vast te leggen', zo formuleerde een Riagg-directeur zijn streven naar meer efficiëntie. 'Cijfermatig werken was eind jaren tachtig nog een taboe [...] We zijn een urenbedrijf geworden, vergelijkbaar met de advocatuur. Daarvoor moesten we vaststellen hoeveel tijd de hulpverlener besteedde aan hulpverlening, bijscholing en andere zaken.' Sommige managers zagen de Riagg als een bedrijf. 'Het Riagg is [...] veel te weinig commercieel gericht. [...] Wanneer je het puur vanuit marketingprincipe bekijkt, kun je de vraag naar de Riaggs enorm stimuleren. [...] non-profit-medewerkers [...] kennen doorgaans de werking van de markt niet'. Hulpverleners dienden duidelijk te maken wat wel en niet van hen te verwachten was en welk 'product' het Riagg aanbood.[139]

De verzakelijking werkte door in de verhouding tot de cliënten: ze werden steeds meer benaderd als mondige klanten met eigen opvattingen over wat eraan schortte en wat goed voor hen was.[140] 'Vroeger wisten wij het altijd beter. Nu is er meer overleg. We nemen mensen serieuzer, met als gevolg dat ze zich ook verantwoordelijker voelen voor hun behandeling', aldus een maatschappelijk werker die in de jaren negentig op een Riagg werkzaam was. 'Sinds 1995 leggen we alles vast. De cliënten vinden dit zeer prettig. Ze weten meteen waar ze aan toe zijn en wat er

136 Van der Reijden 1984, 86-89; Simons 1993, 32; College voor Zorgverzekeringen 2002, 27-28.
137 Van der Grinten en Verburg 2001, 26-27.
138 De Wit 1999, 20.
139 Willemsen 2001, 329, 339-340.
140 Mol en Van Lieshout 1989, 238; Kwekkeboom 1999, 90.

gaat gebeuren. Ze hebben tenslotte mee onderhandeld over hun behandeling.'[141] Zoals al eerder de verhoudingen in de maatschappij waren gedemocratiseerd, werd gedurende de laatste decennia van de twintigste eeuw ook in de geestelijke gezondheidszorg de machtsongelijkheid verder teruggedrongen en de medezeggenschap van patiënten en cliënten vergroot. De nadruk op marktwerking en op de eigen verantwoordelijkheid van mensen ging gepaard met een juridisering en formalisering van de relatie tussen hulpverlener en patiënten of cliënten. Hun rechten en plichten werden vastgelegd in wetten, regels en procedures. Over alles wat behandelaars zonder instemming van de betrokkenen deden, dienden zij verantwoording af te leggen aan derden.[142]

De al in de jaren zeventig door de kritische beweging bepleite verbetering van de rechtspositie van de patiënt werd in het midden van de jaren negentig door wetgeving bezegeld. Leidraad daarvoor vormden de beginselen van individuele autonomie, zelfbeschikking en medezeggenschap. De Wet Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen (BOPZ), die in 1994 na 23 jaar voorbereiding en discussie de Krankzinnigenwet van 1884 verving, bond gedwongen opnamen tegen de wil van patiënten aan een strikt criterium, namelijk dat van gevaar voor henzelf en/of anderen. Dwangopname gold als uiterste middel en eenmaal opgenomen behielden patiënten bepaalde grondrechten. De wet maakte in principe een einde aan de mogelijkheid om mensen louter omwille van hun eigen bestwil onder dwang op te nemen en te behandelen.[143] In de daarop volgende jaren versterkte een viertal nieuwe wetten de rechtspositie en de inspraak van patiënten en cliënten. De Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (1995) schreef voor dat behandeling in beginsel op basis van vrijwilligheid en instemming (*informed consent*) moest plaatsvinden. Verder kregen patiënten recht op een behandel- en zorgplan en inzage in hun dossier. Voor dossiers gold in principe een bewaartermijn van tien jaar, maar als de patiënt dat wenste diende het eerder vernietigd te worden. De Wet op het Mentorschap (1995) regelde de vertegenwoordiging en de behartiging van de persoonlijke belangen van de patiënt als deze zelf daartoe niet in staat was. De Wet Klachtrecht Cliënten Zorgsector (1995) en de Wet Medezeggenschap Cliënten Zorgsector (1996) boden patiënten en cliënten de mogelijkheid om hun stem te laten horen, uiting te geven aan hun ontevredenheid als de zorg in hun ogen tekort schoot en mee te praten over de inrichting van de geestelijke gezondheidszorg.

Een belangrijk gevolg van de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst en de BOPZ was dat de toepassing van dwang, zowel voor als na opname, aan stringente regels werd onderworpen. De teneur was dat dwang alleen als laatste redmiddel toelaatbaar was. Volgens de Wet op de Geneeskundige Behan-

141 Willemsen 2001, 365, 370.
142 Legemaate 1996b.
143 Lucieer 2005, 169. Over de praktijk zie 5.3, paragraaf 'De psychiatrische ziekenhuizen en de beschermende woonvormen'; 5.3, paragraaf 'Zorg en behandeling'.

delingsovereenkomst kon behandeling zonder instemming van de patiënt onder voorwaarden plaatsvinden als deze wilsonbekwaam was. In dat geval was vervangende toestemming van de wettelijke vertegenwoordiger van de patiënt nodig. Als een wilsonbekwame patiënt zich tegen behandeling verzette, mocht alleen tot ingrijpende dwangbehandeling worden overgegaan om ernstig nadeel voor de patiënt te voorkomen. Voor niet-ingrijpende behandeling (medicatie bijvoorbeeld) gold dit niet.[144] Terwijl onder het regime van de Krankzinnigenwet de toepassing van dwangmiddelen en -behandeling in het verlengde lag van dwangopname, die per definitie handelingsonbekwaamheid en opschorting van het recht op zelfbeschikking inhield, impliceerde een dwangopname volgens de BOPZ niet meer automatisch dat gedwongen behandeling mogelijk was.[145] De BOPZ schrijft voor dat wat betreft de bewegingsvrijheid en de toepassing van dwang per individu een afweging moet worden gemaakt. Dwangtoepassing (afzondering, separatie, fixatie, dwangmedicatie, toediening van voeding of vocht) is alleen toegestaan als dit plaatsvindt in het kader van een vastgelegd behandelplan waarmee de patiënt heeft ingestemd of als er sprake is van ernstig gevaar voor de patiënt of anderen. Dwangmaatregelen mogen in beginsel alleen dienen als tijdelijke – niet langer dan zeven dagen – overbrugging van een noodtoestand.[146] Als een patiënt geen toestemming geeft voor behandeling of zich daartegen verzet, kan alleen tot dwang worden overgegaan indien daarmee een ernstig gevaar voor de patiënt zelf of anderen wordt voorkomen.[147]

De Wet Klachtrecht Cliënten Zorgsector en de Wet Medezeggenschap Cliënten Zorgsector verplichtten alle collectief gefinancierde zorgaanbieders op het terrein van het maatschappelijk werk en de gezondheidszorg tot het instellen van een klachtencommissie en een cliëntenraad met de bevoegdheid om gevraagd en ongevraagd adviezen uit te brengen over de organisatie en uitvoering van de zorg. Naast de patiënten konden ook hun verwanten hun stem laten horen en wel in familieraden. Verder kregen patiënten en cliënten ook op landelijk en regionaal niveau inspraak. Het overheidsbeleid, zoals dat in de nota *Patiënten/Consumentenbeleid in de Zorgsector* (1992) werd uiteengezet, was erop gericht om hun belangenorganisaties naast de zorgaanbieders en -verzekeraars als 'derde partij' te laten meepraten over de inrichting van de gezondheidszorg.[148] Als vertegenwoordigers van de zorgconsumenten werden patiënten- en cliëntenorganisaties uitgenodigd om samen met de zorginstellingen en verzekeraars zitting te nemen in landelijke en regionale advies- en planningscommissies. Zo kwamen er 27 Regionale Patiënten en Consumenten Platforms tot stand om met de verzekeraars en zorgaanbieders in overleg te treden over de ontwikkeling van de (geestelijke) gezondheidszorg.[149]

144 Kampen en Van Ewijk 1997.
145 Volgens Kampen en Van Ewijk (1997) werd in feite al voor de invoering van de BOPZ de koppeling tussen dwangopname en -behandeling losgelaten.
146 Van de Klippe en Franchimont 1995.
147 Kampen en Van Ewijk 1997.
148 Dercksen en Van 't Hof 1996, 79.
149 Gibbels 1994, 981.

Demonstratie Jolijn Santegoeds tegen isoleer, 17 september 2003.

Medio jaren negentig bestonden er op het terrein van de geestelijke gezondheidszorg rond driehonderd landelijke en lokale al dan niet instellingsgebonden organisaties van patiënten, cliënten en hun familieleden.[150] De meeste waren sinds 1993 aangesloten bij de Nederlandse Patiënten/Consumenten Federatie. Behalve met belangenbehartiging, het streven naar verbetering van de hulpverlening en de beïnvloeding van het overheidsbeleid, hielden zij zich ook bezig met onderlinge hulp en steunverlening (door middel van telefonische hulpdiensten, praatgroepen, lotgenotengesprekken, zelfhulpgroepen en mantelzorg), voorlichting en informatie-uitwisseling en het bevorderen van sociale contacten. Vooral de op basis van een bepaalde psychische stoornis georganiseerde verenigingen werkten vaak met de professionele hulpverlening samen. De wat oudere organisaties, die in de jaren zeventig als onderdeel van de kritische beweging waren ontstaan, hadden hun koers verlegd van oppositie naar overleg met de overheid en de zorginstellingen.[151]

Om de verdeeldheid en versnippering van de patiëntenorganisaties te overwinnen drong de overheid aan op nauwe samenwerking en een fusie van de drie belangrijkste landelijke organisaties: Pandora, de Cliëntenbond en de Landelijke Patiënten Raden. Daarvan kwam het niet.[152] In de patiëntenbeweging bestonden uiteenlopende opvattingen en gemengde gevoelens over de betrokkenheid bij beleidsvorming. Met name kritische organisaties als de Cliëntenbond en Pandora waren nog steeds beducht voor wat zij als inkapseling zagen. Verder bestond er twijfel of patiëntenorganisaties over voldoende deskundigheid, financiële middelen en continuïteit beschikten om op basis van gelijkheid met de zorginstellingen en verzekeraars te onderhandelen. Ook zagen de patiëntenorganisaties zich op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg geconfronteerd met de overmacht van organisaties op het terrein van de somatische gezondheidszorg. In regionale patiënten- en consumentenplatforms voerden organisaties op het terrein van de somatische gezondheidszorg de boventoon. Een groot deel van de patiëntenbeweging in de geestelijke gezondheidszorg, in het bijzonder de ongeveer 170 in de Landelijke Patiënten Raden verenigde patiënten- en cliëntenraden, hechtte meer belang aan medezeggenschap over de concrete zorgverlening op instellingsniveau dan aan inspraak over het meer abstracte overheidsbeleid. Mede door het grote verloop onder de actieve leden en de versnippering van de patiënten- en cliëntenorganisaties bleef hun invloed op de instellingen en op het beleid beperkt.[153]

150 Gibbels 1994, 976; Dercksen en Van 't Hof 1996, 39-40.

151 Dercksen en Van 't Hof 1996, 48-64; Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1988a, 39-40; Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1990, 19.

152 Rijkschroeff 1988; Gibbels 1994; Dercksen en Van 't Hof 1996, 71-78; Langelaan 1998a; Langelaan 1998b.

153 Van Borssum Waalkes 1991a, 80; Donker 1992, 182-187; Borst-Eilers 1997a, 5; Kwekkeboom 1999.

De in 1996 ingevoerde Kwaliteitswet Zorginstellingen verplichtte instellingen om criteria en normen te formuleren ten aanzien van de kwaliteit van de zorg die zij boden, de praktijk daaraan te toetsen en verantwoording af te leggen over de resultaten. Deze wet vereiste systematische aandacht voor verbetering en bewaking van kwaliteit met het oog op een doelmatige en patiëntgerichte zorg. De wet behelsde echter geen concrete voorschriften waaraan instellingen moesten voldoen en evenmin sanctiebepalingen als zij in gebreke bleven. De overheid vertrouwde op zelfregulering van het veld: in overleg met zorgverzekeraars en patiënten- en cliëntenorganisaties moesten de zorgaanbieders zelf inhoud geven aan de kwaliteit van de zorg.[154] Net als de verbetering van de rechtspositie van patiënten en cliënten was de aandacht voor kwaliteit deels voortgekomen uit het streven van de kritische beweging.

De Kwaliteitswet Zorginstellingen schreef voor dat patiënten- en cliëntenorganisaties bijdroegen aan de opstelling van kwaliteitscriteria. Al eerder hadden deze met financiële steun van de overheid gelegenheid gekregen om op dit terrein expertise te ontwikkelen en projecten op te zetten.[155] Het bleek dat zij andere accenten legden dan de instellingen voor geestelijke gezondheidszorg. Zorgaanbieders associeerden kwaliteit vooral met professionaliteit, deskundigheid en standaardisering en wetenschappelijke onderbouwing van de indicatiestelling, diagnostiek en behandeling, alsook veiligheid als het om gesloten psychiatrische afdelingen ging. Patiënten en hun familieleden daarentegen dachten in de eerste plaats aan een aangenaam leefklimaat, een goede bejegening en communicatie, de waarborging van privacy, duidelijke informatieverstrekking over behandelmogelijkheden en een heldere regelgeving omtrent vrijheidsbeperkende maatregelen en dwangtoepassing. Terwijl de beroepsorganisaties van werkers in de geestelijke gezondheidszorg en ook de overheid met de Wet BIG veel aandacht schonken aan de opleiding en deskundigheden van de verschillende beroepsgroepen, had dit voor patiënten en cliënten geen prioriteit. Die hechtten veel meer belang aan de persoonlijke kwaliteiten van hulpverleners als openheid, toegankelijkheid en betrokkenheid. De invloed van patiëntenorganisaties droeg er sterk toe bij dat de kwaliteit van de zorg niet alleen werd afgemeten aan deskundigheid en doelmatigheid, maar ook aan de mate waarin hulpverleners tegemoet kwamen aan de behoeften van patiënten en cliënten.[156]

Er werd veel over de kwaliteit van de zorg gesproken en geschreven, maar de praktijk bleef ver achter bij de idealen. De Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid, die al vanaf het eind van de jaren zeventig aandrong op systematische aandacht voor kwaliteitsbevordering en -bewaking, consta-

154 Inspectie voor de Gezondheidszorg 1999, 34, 83; Nijssen et al. 1997; Nijssen, Schene en De Haan 1999; Lucieer 2005, 111-112, 125.

155 Gibbels 1994, 980.

156 Nijssen et al. 1997; Nijssen, Schene en De Haan 1999; De Jonge 1999; Inspectie voor de Gezondheidszorg 2002, 30.

teerde keer op keer dat de meeste instellingen op dit punt in gebreke bleven.[157] Zo meldde de Inspectie dat de helft van de 23 in 1996 door haar bezochte psychiatrische ziekenhuizen niet over behandelplannen beschikte.[158] De invoering van behandelrichtlijnen op basis van *evidence-based medicine* liet zeer te wensen over en vooral op het gebied van medicatie ontbrak het aan duidelijke voorschriften en behandelprotocollen.[159] In veel instellingen was geen sprake van een structureel kwaliteitsbeleid, zoals de Kwaliteitswet Zorginstellingen voorschreef.[160] De wet werd op grote schaal niet nageleefd, zo bleek uit het rapport *Staat van de gezondheidszorg 2002. Kwaliteitsborging in zorginstellingen: intentie, wet en praktijk*, dat de Inspectie voor de Gezondheidszorg in 2002 publiceerde. Nog geen 5 procent van de instellingen voor de gezondheidszorg beschikte over een integraal kwaliteitssysteem. Van de zeven onderzochte organisaties voor geestelijke gezondheidszorg voldeden er vijf niet aan de wettelijke eisen. Ze hadden geen kwaliteitsdoelen op basis van een coherente zorgvisie en in onvoldoende mate richtlijnen en protocollen opgesteld als leidraad voor de uitvoering van de zorg en behandeling. Ook besteedden zij niet genoeg aandacht aan klachten van patiënten om structurele problemen op te lossen.[161]

Het oordeel van patiënten of hun belangenvertegenwoordigers over de geestelijke gezondheidszorg vertoonde in de jaren negentig een stijgende lijn, wat overigens niet hoeft te wijzen op een verslechtering van de zorg, maar ook te maken kan hebben met hun grotere mondigheid of hogere verwachtingen van de hulpverlening.[162] Tussen 1991 en 1999 liep het aantal klachten bij de Patiëntenvertrouwenspersonen op van 11.000 tot meer dan 15.000. De klachten gingen vooral over de bejegening, het gebrek aan voldoende zorg en therapeutische behandeling en de toepassing van dwangopnamen en -maatregelen.[163] Het aantal officiele klachten dat jaarlijks bij de Inspectie binnenkwam, verdubbelde tussen het midden van de jaren tachtig en 2000 van ongeveer 250 tot bijna 500.[164] Deels hadden ze dezelfde inhoud als de klachten bij de Patiëntenvertrouwenspersonen en verder betroffen ze voor het merendeel moeilijkheden om patiënten opgenomen

157 Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1994, 157, 162; Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1995, 52; Inspectie voor de Gezondheidszorg 1997, 71; Inspectie voor de Gezondheidszorg 1998, 143; vergelijk Nijssen, Schene en De Haan 1999; Lucieer 2005, 114-115.

158 Inspectie voor de Gezondheidszorg 1997, 71.

159 Inspectie voor de Gezondheidszorg 1999, 39, 110.

160 Inspectie voor de Gezondheidszorg 2000, 47.

161 Inspectie voor de Gezondheidszorg 2001, 43-44.

162 Inspectie voor de Gezondheidszorg 1996, 5.

163 Janssen 1995b, 79-80; Haans 2001.

164 Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1989, 70; Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1991b, 127; Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1992, 159; Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1993, 36, 38; Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1994, 15; Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1995, 52, 54; Inspectie voor de Gezondheidszorg 1996, 112; Inspectie voor de Gezondheidszorg 1997, 83; Inspectie voor de Gezondheidszorg 1998, 59; Inspectie voor de Gezondheidszorg 2000, 43-44, Inspectie voor de Gezondheidszorg 2001, 63.

te krijgen, praktijken in de alternatieve hulpverlening en seksueel misbruik door behandelaars. Uit de evaluatie van de wet Klachtrecht Cliënten Zorgsector kwam naar voren dat meer dan de helft van de ingediende klachten gegrond werd verklaard, maar dat twee derde van de klagers niet tevreden was over de afwikkeling ervan. Het probleem van de klachtenbehandeling was dat de formele wettelijke procedures onvoldoende tegemoetkwamen aan hun behoefte om hun persoonlijke verhaal te vertellen.[165] Meer in het algemeen bestond er een kloof tussen de formele patiëntenrechten en de praktijk. Het uitgangspunt van de wetgeving en de regelgeving was de veronderstelling dat lichamelijk en geestelijk zieken autonome en goed geïnformeerde burgers zijn die weloverwogen beslissingen kunnen nemen over de zorg die zij wensen en die op de hoogte zijn van de mogelijkheden om klachten in te dienen. De werkelijkheid is anders: meestal valt er voor zieke mensen niet veel te kiezen – als ze dat al zouden willen – omdat er geen of onvoldoende (informatie over) gedifferentieerd zorgaanbod beschikbaar is. De patiëntenwetgeving is mede door het juridische jargon en de versnippering ervan in verschillende regelingen voor leken niet altijd even inzichtelijk.[166]

5.3 De intramurale en semimurale geestelijke gezondheidszorg rond de eeuwwende

De psychiatrische ziekenhuizen en de beschermende woonvormen

In de periode 1985-2005 zagen 6 nieuwe algemene psychiatrische ziekenhuizen het daglicht.[167] In 1986 opende het Psychiatrisch Ziekenhuis Nijmegen zijn deuren met 80 bedden, een aantal dat omstreeks 2000 was uitgegroeid tot bijna 330, exclusief krap 50 dagbehandelplaatsen.[168] In het jaar daarop nam het Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis De Grote Rivieren in Dordrecht zijn eerste patiënten op. Dit ziekenhuis, dat tegen 2000 ongeveer 280 bedden en 90 dagbehandelplaatsen telde, was met 4 vestigingen in Dordrecht en Gorinchem het eerste nieuwe ziekenhuis dat geheel volgens de beginselen van deconcentratie en kleinschaligheid alsook een scheiding tussen wonen en behandelen tot stand kwam.[169] In de jaren 1989 en 1990 kwamen 2 kleine ziekenhuizen op levensbeschouwelijke grondslag tot stand: de Bernard Lievegoed Kliniek op antroposofische grondslag in Bilthoven met 40 bedden en het Gereformeerd Psychiatrisch Ziekenhuis De Fontein in Bosch en Duin met 26 bedden en 8 dagbehandelplaatsen. Deze 2 instellingen

165 Van Zweden 1999.
166 Friele, Albada en Sluijs 2006; Legemaate 2006; Staatstoezicht op de Volksgezondheid 2006.
167 Bijlage 1b: Chronologisch overzicht psychiatrische inrichtingen in Nederland 1940-2000.
168 NZR/Nationale Ziekenhuisraad – sectie geestelijke gezondheidszorg en SIG/Informatiecentrum voor de gezondheidszorg 1989a, 3.
169 Mens 2003, 251, 255.

doorbraken het principe van de regionalisering.[170] In 1991 kreeg Amsterdam naast het Psychiatrisch Centrum Amsterdam Zuid/Nieuw-West, de voortzetting van de universitaire Valeriuskliniek, twee nieuwe psychiatrische ziekenhuizen: de Frederik Van Eeden Stichting en het Psychiatrisch Ziekenhuis Amsterdam. Deze twee instellingen, die net als het Dordrechtse ziekenhuis kleinschalig en gedeconcentreerd waren opgezet, namen tezamen meer dan 900 bedden van het Provinciaal Ziekenhuis nabij Santpoort over en telden circa 60 dagbehandelplaatsen. In 2002 verhuisden de laatste patiënten van Santpoort naar Amsterdam en kwam een definitief einde aan deze meer dan anderhalve eeuw oude instelling.[171]

Terwijl de nieuwe Amsterdamse ziekenhuizen voortkwamen uit de splitsing van een oudere inrichting, vonden er vanaf 1989 ook fusies tussen psychiatrische ziekenhuizen plaats: het Psychiatrisch Ziekenhuis Schakenbosch in Leidschendam en de Ursulakliniek in Wassenaar gingen op in de Robert Fleurystichting (1989); Reinier van Arkel en Voorburg in GGZ 's-Hertogenbosch (1990); Coudewater en Huize Padua in het Instituut voor Psychiatrische Zorg Oost Brabant in Rosmalen (1990); Sancta Maria en een deel van St. Bavo in het Centrum voor Psychiatrie Langeveld in Noordwijk (1991); het Willem Arntsz Huis, de Willem Arntsz Hoeve en het Christelijk Sanatorium te Zeist in de H.C. Rümkegroep (1992); Psychiatrisch Ziekenhuis Dennenoord en Psychiatrisch Ziekenhuis Groot Bronswijk in GGZ Groningen (1995); het Psychiatrisch Centrum Licht en Kracht te Assen en het Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis Beileroord in GGZ Drenthe (1995); het Psychiatrisch Ziekenhuis Rosenburg en het Psychiatrisch Ziekenhuis Bloemendaal in Parnassia in Den Haag (1998); het Psychiatrisch Ziekenhuis Endegeest en Centrum voor Psychiatrie Langeveld in de Rijngeest groep (2000) en de Robert Fleurystichting en de Rijngeest groep in De Rivierduinen (2005). Vrijwel alle psychiatrische ziekenhuizen, of ze nu wel of niet met zusterinstellingen waren gefuseerd, vormden vanaf 1993 samen met ambulante en semimurale instellingen en soms ook verpleeghuizen en voorzieningen voor verslavingszorg grotere organisaties voor geestelijke gezondheidszorg.[172] Hierop zullen wij verderop terugkomen.

De nieuwbouw door bestaande psychiatrische ziekenhuizen vond vooral plaats in samenwerking met Riaggs en psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen en in de vorm van Multifunctionele Eenheden en Regionale GGZ-Centra. Deze kleinschalige en stedelijke voorzieningen, waartoe psychiatrische ziekenhuizen met hun streven naar deconcentratie meestal het initiatief namen, combineerden verschillende klinische en sociaal-psychiatrische functies. Zij waren vooral bedoeld voor kortdurende opnamen van acute patiënten, deeltijd- en poliklinische behandeling, crisisopvang en sociaal-psychiatrische

170 Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1991b, 42; Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1989, 50.

171 Polling 2001, 13; Van Kerkhof 2002.

172 Bijlage 4: Overzicht naamsveranderingen en fusies psychiatrische inrichtingen/ziekenhuizen in Nederland 1945-2005, alfabetisch naar plaatsnaam gerangschikt.

Psychiatrisch Ziekenhuis Zeeland, Goes.

begeleiding.[173] Volgens de nota *Onder Anderen* dienden er uiteindelijk ongeveer tachtig Multifunctionele Eenheden te komen en zouden deze gezamenlijk een kwart van de ziekenhuisbedden en 40 procent van de deeltijdbehandelplaatsen voor hun rekening nemen.[174] Dat aantal is tot op heden bij lange na niet gehaald: tussen 1988 en 2000 kwamen er ruim 30 tot stand.[175] De Multifunctionele Eenheden waren vooral behandel- en geen verblijfsvoorzieningen: wonen en therapie dienden met uitzondering van kortdurende opnamen zo veel mogelijk te worden gescheiden. In architectonisch opzicht werden ze ingepast in de stedelijke omgeving en waren ze niet direct herkenbaar als klinieken. Om patiënten het gevoel te geven dat ze tijdelijke bezoekers of gasten waren, kregen sommige een hotelachtig interieur – een concept dat indertijd ook ten grondslag had gelegen aan Vijverdal, maar dat nu veel kleinschaliger werd ingevuld.[176]

Het Regionale GGZ-Centrum, een benaming die vanaf 1999 gangbaar werd, was een bijzondere variant van de Multifunctionele Eenheid. Het kenmerkte zich door de deelname van een psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis en was in tegenstelling tot de in woonwijken gevestigde Multifunctionele Eenheden meestal op het terrein of in de nabijheid van een algemeen ziekenhuis gesitueerd. Het Regionale GGZ-Centrum was mede bedoeld om de geestelijke gezondheidszorg nauwer op de algemene gezondheidszorg te laten aansluiten, een streven dat Minister Borst-Eilers in haar *Beleidsvisie* verwoordde. In 2000 waren 17 van dergelijke centra gerealiseerd en bestonden er plannen voor nog eens 24. Gemiddeld beschikten ze over ruim 80 behandelplaatsen, waarvan bijna twee derde uit bedden en de rest uit deeltijdplaatsen en andere semimurale behandelcapaciteit bestond. Het College Bouw Ziekenhuisvoorzieningen constateerde in 2001 dat de nieuwe voorzieningen aan hun doel beantwoordden – een verschuiving van klinische naar ambulante behandelvormen en een verkorting van de behandelduur. Van een evenwichtige spreiding ervan over het hele land was echter nog geen sprake.[177]

De lovende woorden van het College Bouw Ziekenhuisvoorzieningen ten spijt bleven de Multifunctionele Eenheden en de Regionale GGZ-Centra niet voor kritiek gespaard. Zo werd geconstateerd dat de medisch-psychiatrische benadering vaak de boventoon voerde, waardoor zij als voorposten van de psychiatrische ziekenhuizen toch weer de gedaante van kleine klinieken aannamen. Verder zouden zij door de nadruk op kortdurende en curatieve behandeling een selectief opnamebeleid in de hand werken. Hun doelgroep bestond voornamelijk uit acute en behandelbare patiënten die zich vrijwillig lieten opnemen. De moeilijk behandelbare, gedragsgestoorde en chronische patiënten, van wie een deel onder dwang

173 De Wilde 1995; Vijselaar 1999b, 174; Willemsen 2004, 159; Blok 2004, 216. Vergelijk Janssen 1995a, 768-769; Borst-Eilers 1997a, 3; Van Hezewijk 1999, 151.

174 Simons 1993, 13.

175 Ravelli 2005, 134; Ravelli en Schrijvers 1999, 495.

176 Mens 2003, 283-297, 305.

177 College bouw ziekenhuisvoorzieningen 2001, 10, 16-18, 20, 26, 30-31.

Psychiatrisch Centrum De Grote Rivieren, Gorinchem, oplevering 1992.

werd opgenomen, bleven aangewezen op de oude hoofdvestigingen van psychiatrische ziekenhuizen en dreigden zo weer op het tweede plan te komen.[178]

Als gevolg van de al in de jaren zeventig op gang gekomen en in de jaren tachtig en negentig op grotere schaal voortgezette deconcentratie raakten de oorspronkelijke locaties van de psychiatrische ziekenhuizen enigszins verweesd en verwaarloosd. Ze bestonden uit een ratjetoe van oud- en nieuwbouw. 'Willekeur, chaos, gebrek aan richting en zelfs een zekere behoefte af te rekenen met het gebouwde verleden', aldus de auteur van een architectuurgeschiedenis van psychiatrische ziekenhuizen N. Mens, 'lijken de aanblik van menig psychiatrisch ziekenhuis te hebben bepaald.'[179] Sommige oude locaties werden geheel of grotendeels verlaten, maar andere ondergingen een herstructurering om plaats te bieden aan bepaalde zorg- en behandelfuncties: verblijfsafdelingen en sociowoningen voor chronische patiënten die zich niet in beschermende woonvormen of in de samenleving konden handhaven; gesloten afdelingen voor onder dwang opgenomen patiënten of psychisch gestoorde delinquenten; en gespecialiseerde afdelingen met een bovenregionale functie, onder meer voor verstandelijk gehandicapten of ouderen met psychiatrische stoornissen, verslaafden of vluchtelingen en asielzoekers.[180]

De kwaliteit van de huisvesting van psychiatrische ziekenhuizen, die in de jaren zeventig veel kritiek had opgeroepen, verbeterde in de loop van de jaren tachtig, althans volgens staatssecretaris Simons. In zijn nota *Onder Anderen* (1993) meldde hij dat ruim driekwart van de bedden als goed was aan te merken, terwijl dat in 1978 slechts voor een derde van de bedden gold. Het aantal bedden dat echt onder de maat scoorde, was teruggedrongen van meer dan een derde tot 7 procent. De gemiddelde grootte van de leefgroepen, die in de jaren zeventig nog gemiddeld 30 bedroeg, was teruggebracht tot tussen 8 en 12. Het woon- en leefklimaat zou hierdoor aanmerkelijk verbeterd zijn.[181] Het beeld dat uit de jaarverslagen van de Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid naar voren komt, is echter minder rooskleurig. De Inspectie meldde herhaaldelijk dat de accommodatie van vooral chronische patiënten nog steeds te wensen overliet en dat deze over het algemeen slechter was dan die in algemene ziekenhuizen.[182] In Santpoort was in het midden van de jaren tachtig zelfs sprake van een

178 Janssen 1995a, 769-778; De Wilde 1995; De Roy 1996, 34; De Boer 2004, 202; Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1990, 16; Inspectie voor de Gezondheidszorg 1996, 78; Inspectie voor de Gezondheidszorg 1997, 73.

179 Mens 2003, 283.

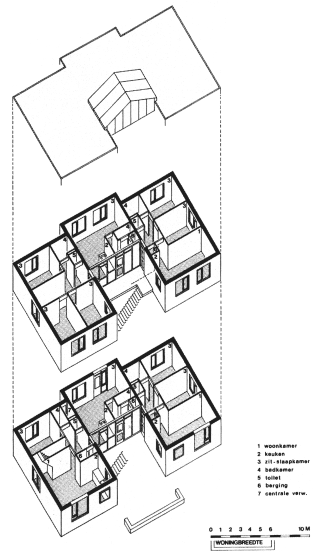
180 Mens 2003, 323; Ravelli en Schrijvers 1999, 497-498; Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1995, 39. Aan het eind van de jaren negentig was de helft van de twintig verslavingsklinieken ondergebracht bij psychiatrische ziekenhuizen. Inspectie voor de Gezondheidszorg 1998, 89.

181 Simons 1993, 13.

182 Staatstoezicht op de Volksgezondheid 1984, 79; Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1985, 10. Zie over Vijverdal ook Klijn 2007a, 145.

Patiëntenhuisvesting Het Hooghuys, Etten-Leur, 1982-1987.

Plattegronden.



'onmogelijke situatie' en een 'onhoudbare toestand'.[183] Nieuwbouw en renovatie verliepen volgens de Inspectie te traag. Bovendien zou de kwaliteit van de nieuwbouw maar pover zijn: goedkope standaardbouw was de regel en eenpersoonskamers bleven schaars, waardoor er nog steeds een gebrek aan privacy bestond.[184]

Zoals wij al eerder aangaven leidde de steeds nauwere samenwerking van psychiatrische ziekenhuizen met andere instellingen voor geestelijke gezondheidszorg tot fusies. In 1993 vonden de eerste 2 plaats tussen psychiatrische ziekenhuizen – Vijverdal in Maastricht en Jan Wier in Tilburg – en Riaggs, waarvan die in Maastricht na 3 jaar al weer werd ontbonden.[185] De Maastrichtse mislukking weerhield andere instellingen er niet van om te fuseren in regionale instellingen voor geestelijke gezondheidszorg. Naast de meeste psychiatrische ziekenhuizen en Riaggs gingen ook een groot aantal RIBW'en en enkele PAAZ'en, psychogeriatrisch verpleeghuizen en instellingen voor verslavingszorg op in dergelijke grootschalige organisaties. De animo om te fuseren was bij de RIBW'en niet zo groot als bij de psychiatrische ziekenhuizen en Riaggs. De vrees bestond dat de begeleiding en ondersteuning die zij boden aan voornamelijk chronische patiënten verdrongen zou worden door de sterker op curatieve behandeling gerichte aanpak van de laatste twee instellingen. Van de 41 zelfstandige algemene psychiatrische ziekenhuizen die vlak voor de eerste fusies bestonden, waren er in 2000 nog 9 en begin 2005 nog 2 over: Vijverdal en het Delta Psychiatrisch Ziekenhuis.[186] Het aantal zelfstandige RIBW'en daalde tussen 1993 en 2004 van 40 naar 23. Terwijl er in 1996 nog maar 6 gefuseerde instellingen bestonden, telde Nederland in 2000 29 en begin 2005 33 regionale organisaties voor geestelijke gezondheidszorg. In 2005 vond een fusie tussen twee regionale organisaties plaats. In de provincies Groningen, Friesland, Drenthe, Utrecht en Zeeland bestond toen nog maar 1 grote regionale zorgaanbieder. De omvang van de regio's die de gefuseerde organisaties bedienden, varieerde van 200.000 tot 700.000 inwoners.[187] Fusies waren overigens niet uniek voor de geestelijke gezondheidszorg: in de algemene gezondheidszorg vond een vergelijkbaar proces plaats.[188] Sommige voorzieningen voor geestelijke gezondheidszorg bleven voor het grootste deel buiten de gefuseerde organisatie:

183 Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1985, 93; Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1986, 104-105.

184 Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1985, 3; Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1987, 20; Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1990, 54; Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1993, 11-15; Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1994, 14; vergelijk Wennink 1989b, 646.

185 Van Hezewijk 1999, 17, 153; Willemsen 2004, 184-187; Ravelli 2005, 52-53.

186 Bijlage 4: Overzicht naamsveranderingen en fusies psychiatrische inrichtingen/ziekenhuizen in Nederland 1945-2005, alfabetisch naar plaatsnaam gerangschikt; vergelijk Ravelli en Schrijvers 1999, 491-494; College voor Zorgverzekeringen 2002, 33; Trimbos-instituut 2004; Ravelli 2005, 52-53, 55; Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport 2002, 32, 65.

187 Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport 2002, 32; College voor Zorgverzekeringen 2002, 33; Ravelli 2005, 52, 55.

188 Ravelli 2005, 54.

klinieken voor kinder- en jeugdpsychiatrie, PAAZ'en, klinische en ambulante instellingen voor verslavingszorg en de onder justitie vallende TBR-inrichtingen.[189]

De fusies betekenden een bestuurlijke centralisering en organisatorische schaalvergroting, maar de daadwerkelijke zorgverlening vond juist steeds meer gedeconcentreerd in betrekkelijk kleinschalige voorzieningen plaats. Al vanaf de jaren zeventig was het aantal hulpverleningslocaties gestaag toegenomen en dit steeg tijdens de fusiegolf vanaf 1996 nog eens met 10 procent.[190] Het lijkt erop dat de gefuseerde regionale instellingen verder hebben bijgedragen aan een evenwichtige spreiding van het hulpverleningsaanbod en daarmee aan een vergroting van de toegankelijkheid ervan. Verbetering van de hulpverlening vormde de belangrijkste rechtvaardiging van een fusie. Grootschalige organisaties zouden een breed palet aan naadloos op elkaar aansluitende hulpverleningsvormen kunnen bieden en zo de continuïteit van de zorg beter waarborgen dan een groter aantal kleinere zelfstandige instellingen. Ook zouden ze door een centraal aangestuurde verdeling van middelen en uniforme, gestandaardiseerde werkwijzen de efficiency van de zorg verhogen. Verder zou schaalvergroting meer mogelijkheden geven tot het aanbieden van hooggespecialiseerde hulpverlening aan specifieke groepen.

Op basis van onderzoek naar de effecten van vier fusies op de zorgverlening concludeerde het College voor Zorgverzekeringen in 2002 dat zij inderdaad tot een verbetering van de hulpverlening hadden geleid. De vrees dat de psychiatrische ziekenhuizen de kleinere, semimurale en ambulante, instellingen opslokten, was niet uitgekomen: ook de laatste konden hun stempel op het behandelbeleid zetten. Weliswaar hadden de gefuseerde instellingen een regionale monopoliepositie verworven – een ander veel gehoord bezwaar tegen de fusies –, maar deze ging niet ten koste van de keuzevrijheid van patiënten en cliënten. Zij konden uit een breder zorgaanbod kiezen en verkregen meer informatie over de behandelmogelijkheden. De hulpverleningslocaties waren nog beter dan voorheen over de regio gespreid, waardoor de bereikbaarheid was vergroot, en hulpverleners overlegden meer met elkaar, wat de continuïteit van de zorg ten goede kwam. Van dat laatste profiteerden vooral chronische patiënten. De fusies hadden de positie van patiënten en cliënten eerder versterkt dan verzwakt. Hun raden bleken mede door de ruimere budgetten waarover zij als gevolg van de schaalvergroting beschikten en de ondersteuning vanaf het centrale niveau van de organisatie beter te functioneren. Het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport onderschreef deze bevindingen.[191]

Toch is het de vraag of de fusies voornamelijk werden ingegeven door zorginhoudelijke motieven en de behoeften van patiënten en cliënten. Aan geen enkele fusie lag een onderzoek ten grondslag naar hun wensen en de zorgbehoeften in de

189 Trimbos-instituut 2004, v-xv.

190 Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport 2002, 59.

191 College voor Zorgverzekeringen 2002; Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport 2002; voor een ander geluid vergelijk Langelaan 2002b.

regio. Instrumentele en strategische drijfveren lijken een minstens even belangrijke rol te hebben gespeeld. De fusiegolf vormde ook een reactie op het overheidsbeleid, waarin het streven naar vergroting van de marktwerking in de gezondheidszorg steeds weer op de agenda kwam te staan, alsook op de schaalvergroting die onder zorgverzekeraars optrad. Een fusie was een middel voor de instellingen van de geestelijke gezondheidszorg om zowel hun positie op de markt als die ten opzichte van de overheid en de verzekeringsinstanties te versterken. Ook drong het extramuraliseringsbeleid van de overheid de psychiatrische ziekenhuizen in de richting van fusies: zij konden zich alleen in nauwe samenwerking met semi- en extramurale instellingen verder ontwikkelen.[192] Verder was schaalvergroting niet uniek voor de (geestelijke) gezondheidszorg, maar vond een dergelijke ontwikkeling vanaf de jaren negentig in tal van maatschappelijke sectoren plaats.

De fusies verliepen niet zonder problemen. Wij hebben er al op gewezen dat de verschillen in de financieringssystematiek van de intra-, semi- en extramurale zorg voor complicaties in de onderlinge samenwerking zorgden. Daar kwam nog bij dat de bestuurlijke schaalvergroting niet alleen tot grotere efficiency leidde, maar vanwege de verdergaande deconcentratie op het niveau van de hulpverleningsactiviteiten ook de nodige sturing en afstemming vereiste en daarmee meer management- en overheadkosten met zich meebracht, die ten koste gingen van het uitvoerende hulpverleningswerk.[193] Of de fusies werkelijk ten goede kwamen aan de zorgkwaliteit en de behoeften van patiënten en cliënten, zoals het College van Zorgverzekeringen en het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport meenden te kunnen concluderen, blijft dan ook de vraag. Op basis van een onderzoek naar zorgprogramma's voor schizofreniepatiënten stelde de psychiater D.P. Ravelli vast dat de fusies weliswaar hadden geleid tot meer standaardisering van de hulpverlening op basis van zorgprogramma's en de toepassing van aan de *evidence-based medicine* ontleende richtlijnen, maar dat van een grotere tevredenheid van patiënten geen sprake was.[194] Ook de cliënten- en patiëntenorganisaties plaatsten kritische kanttekeningen bij de fusies. Zij maakten melding van veel klachten over wachtlijsten en een gebrek aan keuzemogelijkheden. Ook zou de invloed van patiënten- en cliëntenraden door de schaalvergroting eerder zijn afdan toegenomen.[195]

Het aantal in algemene psychiatrische ziekenhuizen verblijvende patiënten bedroeg in de jaren *1985-1996* ruim 21.000, om vervolgens licht te dalen tot ruim 20.000 in 2000.[196] Afgezet tegen de groei van omvang van de Nederlandse bevolking met iets meer dan *6* procent van een kleine 15 tot *16* miljoen, was de afname van de capaciteit van de algemene psychiatrische ziekenhuizen met iets minder

192 Ravelli en Schrijvers *1999*, *496-501*; Roosenschoon 2001, 81.
193 Inspectie voor de Gezondheidszorg 1998, 81; Ravelli en Schrijvers *1999*, *499-500*.
194 Ravelli 2005, 135-136.
195 Langelaan 2002b.
196 Bijlage 5b: Verpleegden in gestichten en psychiatrische inrichtingen, exclusief zwakzinnigeninrichtingen, in Nederland 1940-1997; bijlage 5d: Verpleegden in algemeen psychiatrische ziekenhuizen (APZ) in Nederland 1980-2000, gebaseerd op GGZ *in getallen*.

Interieur laagbouw Vijverdal, Maastricht.

dan 5 procent niet groot. Bovendien ging de teruggang van de hoeveelheid bedden vergezeld van een sterke uitbreiding van het aantal dagbehandelplaatsen, van tegen de 1300 in 1985 naar ongeveer 2600 in 1996.[197] Als we de patiënten in categorale intramurale psychiatrische instellingen en psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen meetellen, dan was er nauwelijks sprake van een intramurale capaciteitsreductie. De kinder- en jeugdpsychiatrische klinieken maakten in de jaren tachtig en negentig een forse groei door van ruim 250 naar circa 950 bedden en ook de intramurale instellingen voor verslavingszorg en de TBR-inrichtingen dijden uit, respectievelijk van ruim 500 tot meer dan 1000 en van rond de 400 tot tegen 1000 plaatsen.[198] De ongeveer 60 psychiatrische afdelingen van algemene en academische ziekenhuizen beschikten in de jaren negentig over ruim 2100 bedden.[199]

Als we kijken naar de grensgebieden van de intramurale geestelijke gezondheidszorg, dan valt te constateren dat de herstellingsoorden een forse afslanking ondergingen: tussen 1985 en 1995 verdwenen ongeveer 250 van de 600 bedden. Daarentegen waren de psychogeriatrische verpleeghuizen met rond 31.000 bedden en de residentiële instellingen voor verstandelijk gehandicapten met ongeveer 43.000 plaatsen in 2000 veel groter van omvang dan de gehele intramurale geestelijke gezondheidszorg.[200]

Het aantal nieuwe opnamen per jaar in psychiatrische ziekenhuizen steeg tussen 1985 en 1996 van ruim 25.000 tot meer dan 36.000, terwijl in die periode het aantal ontslagen opliep van bijna 24.000 naar meer dan 34.000.[201] Het opnamecijfer van de psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen – begin jaren negentig zo'n 18.000 en rond 2000 bijna 20.000 steeg minder sterk, maar bleef zeer hoog vergeleken met hun bescheiden totale beddental en met het aantal opnamen in de psychiatrische ziekenhuizen.[202] Het verschil hangt samen met de verblijfsduur van patiënten op de psychiatrische afdelingen, die wettelijk was vast-

197 Deze cijfers zijn gebaseerd op de in 1967 Patiëntenregistratie Intramurale Geestelijke Gezondheidszorg (PIGG). Zie NZR/Nationale Ziekenhuisraad – sectie geestelijke gezondheidszorg en SIG/Informatiecentrum voor de gezondheidszorg 1989a, 5; Nederlandse Vereniging voor Geestelijke Gezondheidszorg en SIG Zorginformatie s.a.e, 6-7. Vergelijk Neijmeijer en Hutschemaekers 1995, 53; Beijers, Henkens en Klein Ikkink 1992, 140; Bakker en Van der Velden 2004a, 71; Kwekkeboom 2001, 21; Schene en Faber 2001, 76.

198 College voor Zorgverzekeringen 2002, 33; Vos en Hutschemaekers 1999, 178.

199 Neijmeijer en Hutschemaekers 1995, 18, 27; Kwekkeboom 2001, 20; Schene en Faber 2001, 75; vergelijk Van Alphen 1988, 692; College voor Zorgverzekeringen 2002, 33; College Bouw Ziekenhuisvoorzieningen 2001, 22. Tussen 1993 en 2004 ging ongeveer de helft van deze afdelingen (de PAAZ'en) op in Regionale GGZ-Centra. Zie Vos 2007b, 151.

200 Scenariocommissie Geestelijke Volksgezondheid en Geestelijke Gezondheidszorg en Onderzoeksteam van het Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid 1990, 78; Van Hezewijk 1999, 230; Gijswijt-Hofstra 2005, 37-38; vergelijk Schene en Faber 2001, 80.

201 Bijlage 5b: Verpleegden in gestichten en psychiatrische inrichtingen, exclusief zwakzinnigeninrichtingen, in Nederland 1940-1997; bijlage 5d: Verpleegden in algemeen psychiatrische ziekenhuizen (APZ) in Nederland 1980-2000, gebaseerd op *GGZ in getallen*. Vergelijk Bakker en Van der Velden 2004a, 70; Van Wijngaarden, Bransen en Wennink 2001, 10; Wennink et al. 2001, 924.

202 Simons 1993, 48; Neijmeijer en Hutschemaekers 1995, 18, 27, 49; Schene en Faber 2001, 75.

gelegd op maximaal 3 tot 6 maanden en die in de praktijk gemiddeld 1,3 maand bedroeg, en met het nog aanzienlijke aantal chronische verblijfspatiënten in de psychiatrische ziekenhuizen.[203] De gemiddelde opnameduur van de totale bevolking van de psychiatrische ziekenhuizen daalde wel, maar was nog altijd vrij hoog: in 1985 meer dan 10 en in 1996 ruim 8 jaar.[204]

Terwijl hun beddencapaciteit en bevolkingsomvang een inkrimping vertoonden, zagen psychiatrische ziekenhuizen zich dus met een steeds sterkere opnamedruk geconfronteerd. De toename van het aantal opnamen was niet zozeer het gevolg van een in verhouding tot de bevolkingsgroei sterke stijging van het aantal mensen met ernstige psychiatrische stoornissen, maar hing veeleer samen met het al langer veranderende opnamepatroon: de verkorting van de gemiddelde opnameduur, de vergroting van de doorstroming en de hogere frequentie van heropnamen, het zogenaamde draaideureffect.[205] In de jaren negentig verlieten 9 van de 10 opgenomen patiënten het psychiatrisch ziekenhuis weer binnen een jaar en hadden zij gemiddeld 5 maanden daarin doorgebracht.[206] Tussen 1985 en 1996 trad bijna een verdubbeling op van het aantal heropnamen binnen

203 Simons 1993, 48.

204 NZR/Nationale Ziekenhuisraad – sectie geestelijke gezondheidszorg en SIG/Informatiecentrum voor de gezondheidszorg 1989a, 6; NZR/Nationale Ziekenhuisraad – sectie geestelijke gezondheidszorg en SIG/Informatiecentrum voor de gezondheidszorg 1989b, 8; NZR/Nationale Ziekenhuisraad – sectie geestelijke gezondheidszorg en SIG/Informatiecentrum voor de gezondheidszorg 1989c, 9; NZR/Nationale Ziekenhuisraad – sectie geestelijke gezondheidszorg en SIG/Informatiecentrum voor de gezondheidszorg 1989d, 8; NZR/Nationale Ziekenhuisraad – sectie geestelijke gezondheidszorg en SIG/Informatiecentrum voor de gezondheidszorg 1990, [8]; NZR/Nationale Ziekenhuisraad – sectie geestelijke gezondheidszorg en SIG/Informatiecentrum voor de gezondheidszorg s.a. [1992], 7; Nederlandse Vereniging voor Geestelijke Gezondheidszorg en SIG Zorginformatie s.a. [1993], 6; Nederlandse Vereniging voor Geestelijke Gezondheidszorg en SIG Zorginformatie s.a.a, 6; Nederlandse Vereniging voor Geestelijke Gezondheidszorg en SIG Zorginformatie s.a.b, 6; Nederlandse Vereniging voor Geestelijke Gezondheidszorg en SIG Zorginformatie s.a.c, 6; Nederlandse Vereniging voor Geestelijke Gezondheidszorg en SIG Zorginformatie s.a.d, 6; Nederlandse Vereniging voor Geestelijke Gezondheidszorg en SIG Zorginformatie s.a.e, 8.

205 Kwekkeboom 2001, 24-25; Van Hezewijk 1999, 220. Het totale aantal patiënten dat van zowel intramurale als semimurale voorzieningen gebruikmaakte groeide van ongeveer 30.000 in 1980 tot bijna 40.000 rond 2000. Wennink et al. 2001, 924.

206 NZR/Nationale Ziekenhuisraad – sectie geestelijke gezondheidszorg en SIG/Informatiecentrum voor de gezondheidszorg 1989a, 6; NZR/Nationale Ziekenhuisraad – sectie geestelijke gezondheidszorg en SIG/Informatiecentrum voor de gezondheidszorg 1989b, 8; NZR/Nationale Ziekenhuisraad – sectie geestelijke gezondheidszorg en SIG/Informatiecentrum voor de gezondheidszorg 1989c, 9; NZR/Nationale Ziekenhuisraad – sectie geestelijke gezondheidszorg en SIG/Informatiecentrum voor de gezondheidszorg 1989d, 8; NZR/Nationale Ziekenhuisraad – sectie geestelijke gezondheidszorg en SIG/Informatiecentrum voor de gezondheidszorg 1990, [8]; NZR/Nationale Ziekenhuisraad – sectie geestelijke gezondheidszorg en SIG/Informatiecentrum voor de gezondheidszorg s.a. [1992], 7; Nederlandse Vereniging voor Geestelijke Gezondheidszorg en SIG Zorginformatie s.a. [1993], 6; Nederlandse Vereniging voor Geestelijke Gezondheidszorg en SIG Zorginformatie s.a.a, 6; Nederlandse Vereniging voor Geestelijke Gezondheidszorg en SIG Zorginformatie s.a.b, 6; Nederlandse Vereniging voor Geestelijke Gezondheidszorg en SIG Zorginformatie s.a.c, 6; Nederlandse Vereniging voor Geestelijke Gezondheidszorg en SIG Zorginformatie s.a.d, 6; Nederlandse Vereniging voor Geestelijke Gezondheidszorg en SIG Zorginformatie s.a.e, 8.

een jaar en vergeleken met 1970 was er zelfs sprake van een verzesvoudiging daarvan.[207] Veel chronische patiënten die voorheen langdurig in een psychiatrisch ziekenhuis verbleven, kregen nu afwisselend ambulante of deeltijdbehandeling en klinische zorg. De langdurige opname van vroeger was een serie kortdurende opnamen geworden. Een tijdelijke opname kon dienen om psychotische episodes te overbruggen, patiënten tegen zichzelf te beschermen, bijvoorbeeld bij verwaarlozing of suïcidegevaar, of om de omgeving te ontlasten als ze moeilijk handelbaar waren, destructief gedrag vertoonden en overlast of gevaar veroorzaakten.[208] Daarnaast waren de sociale omgeving, in het bijzonder de urbanisatiegraad daarvan, en de nabijheid van intramurale voorzieningen waarschijnlijk van invloed op de beslissing om een geesteszieke wel of niet op te nemen. Terwijl er geen aanwijzingen waren dat de prevalentie van psychische stoornissen in steden en die op het platteland van elkaar verschilden, bedroeg de opnamefrequentie in de grote stad bijna het dubbele van die op het platteland.[209] Vrouwen waren licht oververtegenwoordigd onder de nieuw opgenomen patiënten en dit overwicht liep in de jaren 1985-1996 op van 50,4 naar 52,5 procent. Ook onder de in psychiatrische ziekenhuizen verblijvende mensen waren vrouwen met een vrijwel gelijkblijvend aandeel van ongeveer 53 procent in de meerderheid.[210]

Vrij algemeen was de gedachte in de psychiatrie dat een korte opnameduur gecombineerd met een breed aanbod van (deeltijd- en extramurale) behandeling in therapeutisch opzicht betere resultaten afwierp dan een langer verblijf in een psychiatrisch ziekenhuis. Uit onderzoek bleek dat de kans op heropname groter werd naarmate de duur van de eerste opname langer was.[211] De verkorte opnameduur en de vergrote doorstroming namen niet weg dat het aandeel van chronische patiënten in de bevolking van psychiatrische ziekenhuizen nog altijd aanzienlijk was. Weliswaar was het aantal demente ouderen en verstandelijk gehandicapten, de zogenaamde 'oude' verblijfspatiënten, door overplaatsing naar verpleeghui-

207 Nederlandse Vereniging voor Geestelijke Gezondheidszorg en SIG Zorginformatie s.a.e, 12-13. Zie ook bijlage 5b: Verpleegden in gestichten en psychiatrische inrichtingen, exclusief zwakzinnigeninrichtingen, in Nederland 1940-1997.

208 Dado-Kersten, Hermans en Maaskant 1995; Van Hezewijk 1999, 220.

209 Spijker et al. 1998.

210 NZR/Nationale Ziekenhuisraad – sectie geestelijke gezondheidszorg en SIG/Informatiecentrum voor de gezondheidszorg 1989a, 6; NZR/Nationale Ziekenhuisraad – sectie geestelijke gezondheidszorg en SIG/Informatiecentrum voor de gezondheidszorg 1989b, 8; NZR/Nationale Ziekenhuisraad – sectie geestelijke gezondheidszorg en SIG/Informatiecentrum voor de gezondheidszorg 1989c, 9; NZR/Nationale Ziekenhuisraad – sectie geestelijke gezondheidszorg en SIG/Informatiecentrum voor de gezondheidszorg 1989d, 8; NZR/Nationale Ziekenhuisraad – sectie geestelijke gezondheidszorg en SIG/Informatiecentrum voor de gezondheidszorg 1990, [8]; NZR/Nationale Ziekenhuisraad – sectie geestelijke gezondheidszorg en SIG/Informatiecentrum voor de gezondheidszorg s.a. [1992], 7; Nederlandse Vereniging voor Geestelijke Gezondheidszorg en SIG Zorginformatie s.a. [1993], 6; Nederlandse Vereniging voor Geestelijke Gezondheidszorg en SIG Zorginformatie s.a.a, 6; Nederlandse Vereniging voor Geestelijke Gezondheidszorg en SIG Zorginformatie s.a.b, 6; Nederlandse Vereniging voor Geestelijke Gezondheidszorg en SIG Zorginformatie s.a.c, 6; Nederlandse Vereniging voor Geestelijke Gezondheidszorg en SIG Zorginformatie s.a.d, 6; Nederlandse Vereniging voor Geestelijke Gezondheidszorg en SIG Zorginformatie s.a.e, 8.

zen en zwakzinnigeninstellingen of overlijden sterk afgenomen, maar daarvoor in de plaats kwam een oplopend aantal 'nieuwe', jongere chronici die twee jaar of langer in psychiatrische ziekenhuizen verbleven.[212] Chronische geesteszieken bezetten rond 1990 56 procent en in 1996 ruim 53 procent van de bedden.[213] De gemiddelde verblijfsduur van chronische geesteszieken in psychiatrische ziekenhuizen bedroeg rond 1990 nog altijd 12 jaar en ruim de helft van de opgenomen patiënten was 60 jaar of ouder.[214] Als we de definitie van chronisch verbreden van een onafgebroken ziekenhuisverblijf van meer dan 2 jaar naar het langer dan 2 jaar achtereen beperkt zijn in het dagelijks leven vanwege psychische stoornissen, was de omvang van deze groep nog veel groter. Schattingen van het totaal aantal chronische geesteszieken binnen en buiten psychiatrische ziekenhuizen en beschermende woonvormen liepen uiteen van 50.000 tot 75.000. Rond 2000 kregen ongeveer 40.000 van hen op de een of andere manier ambulante hulp of stonden zij daarvoor ingeschreven.[215]

Het aantal erkende plaatsen in beschermende woonvormen groeide in de tweede helft van de jaren tachtig van 3000 tot 3400, om vervolgens in de jaren negentig bijna te verdubbelen tot bijna 6700.[216] Desondanks bleef de capaciteit ach-

211 Van Hezewijk 1999, 77-78, 82.

212 Geneeskundige Inspectie voor de Volksgezondheid 1989, 105; Van Hezewijk 1999, 14-15, 44-46.

213 NZR/Nationale Ziekenhuisraad – sectie geestelijke gezondheidszorg en SIG/Informatiecentrum voor de gezondheidszorg 1989a, 6; NZR/Nationale Ziekenhuisraad – sectie geestelijke gezondheidszorg en SIG/Informatiecentrum voor de gezondheidszorg 1989b, 8; NZR/Nationale Ziekenhuisraad – sectie geestelijke gezondheidszorg en SIG/Informatiecentrum voor de gezondheidszorg 1989c, 9; NZR/Nationale Ziekenhuisraad – sectie geestelijke gezondheidszorg en SIG/Informatiecentrum voor de gezondheidszorg 1989d, 8; NZR/Nationale Ziekenhuisraad – sectie geestelijke gezondheidszorg en SIG/Informatiecentrum voor de gezondheidszorg 1990, [8]; NZR/Nationale Ziekenhuisraad – sectie geestelijke gezondheidszorg en SIG/Informatiecentrum voor de gezondheidszorg s.a. [1992], 7; Nederlandse Vereniging voor Geestelijke Gezondheidszorg en SIG Zorginformatie s.a. [1993], 6; Nederlandse Vereniging voor Geestelijke Gezondheidszorg en SIG Zorginformatie s.a.a, 6; Nederlandse Vereniging voor Geestelijke Gezondheidszorg en SIG Zorginformatie s.a.b, 6; Nederlandse Vereniging voor Geestelijke Gezondheidszorg en SIG Zorginformatie s.a.c, 6; Nederlandse Vereniging voor Geestelijke Gezondheidszorg en SIG Zorginformatie s.a.d, 6; Nederlandse Vereniging voor Geestelijke Gezondheidszorg en SIG Zorginformatie s.a.e, 8. Vergelijk Hoekstra en Mur-Veeman 1989, 1300; Wennink 1989b; Beijers, Henkens en Klein Ikkink 1992, 140; Van der Werf 1996; Van Hezewijk 1999, 224; Schene en Henselmans 1999, 720; Borgesius en Brunenberg 1999, vii, 11; Van Wijngaarden, Bransen en Wennink 2001, 5.

214 Van Borssum Waalkes 1991a, 15, 80; vergelijk Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid in samenwerking met de Nationale Ziekenhuisraad 1986, 7.

215 Van Hezewijk 1999, 16; Borgesius en Brunenberg 1999, vii, 11; Van Wijngaarden, Bransen en Wennink 2001, 5; Michon et al. 2003, 8, 24-25; Schene en Henselmans 1999, 720.

216 Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1991b, 71-72; Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1992, 87; Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1993, 85; Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1995, 37; Inspectie voor de Gezondheidszorg 1998, 85. Vergelijk Beijers, Henkens en Klein Ikkink 1992, 140; Simons 1993, 50; Henkelman en Faber 1996; Kwekkeboom 2001, 21; Schene en Faber 2001, 76; College voor Zorgverzekeringen 2002, 33. De aangegeven aantallen zijn exclusief de 3800 plaatsen voor beschut wonen onder het beheer van de psychiatrische ziekenhuizen en de 2500 plaatsen voor begeleid zelfstandig wonen, waarover hieronder meer. Schene en Faber 2001, 76.

ter bij de behoefte.[217] In vergelijking met de andere sectoren van de geestelijke gezondheidszorg waren de beschermende woonvormen klein van omvang en kleinschalig georganiseerd. In de regionale indicatiecommissies, die over de toelating van patiënten tot deze voorzieningen beslisten, waren naast de RIBW'en zelf ook psychiatrische ziekenhuizen en Riaggs vertegenwoordigd. Door uitbehandelde chronische patiënten over te nemen van de psychiatrische ziekenhuizen, vervulden zij daarvoor in de eerste plaats een 'achterdeurfunctie'. Aan het voorkómen van opnamen, hoewel die doelstelling eerder wel was overwogen, droegen zij niet bij.

In tegenstelling tot de jaren tachtig, toen de beschermende woonvormen vooral een beschuttende functie hadden en in pensionachtige onderkomens waren gevestigd, kwam in de jaren negentig het streven naar vergroting van de zelfredzaamheid en maatschappelijke integratie voorop te staan. Kleinschalige huisvesting in normale eengezinswoningen in woonbuurten werd de regel.[218] De RIBW'en werden overwegend bevolkt door oudere mensen met langdurige en ernstige psychische stoornissen, die gehandicapt waren in het sociale functioneren, maar over genoeg vermogen tot zelfredzaamheid beschikten om de alomvattende ziekenhuiszorg te kunnen missen. Vanwege hun verblijfsfunctie was de doorstroming van patiënten in deze instellingen gering. De geboden zorg bestond vooral uit ondersteuning en begeleiding bij het zelfstandig wonen en uit activiteiten die waren gericht op dagbesteding, sociale en arbeidsrehabilitatie en maatschappelijke integratie.[219] De RIBW'en hadden, al dan niet in samenwerking met andere instellingen voor geestelijke gezondheidszorg, een groot aandeel in het opzetten en beheren van dagactiviteitencentra, inloophuizen en arbeidsrehabilitatieprojecten. Deze faciliteiten kregen in 1990 een belangrijke impuls door een subsidie van 10 miljoen gulden van de Ziekenfondsraad en de zorgvernieuwingsgelden die in de jaren daarop beschikbaar kwamen.[220] Hun aantal nam toe van een tiental medio jaren tachtig naar ongeveer 160 medio jaren negentig en rond 16.000 mensen maakten er gebruik van.[221] Toch bleven de capaciteit en de bereikbaarheid van deze voorzieningen achter bij de behoefte eraan. De bewoners van de beschermende woonvormen toonden zich over het algemeen redelijk tevreden over hun woonsituatie, maar over hun dagvulling waren ze minder te spreken. Het gebrek aan voldoende georganiseerde activiteiten was een van de

217 Wierdsma et al. 1995; Henkelman en Faber 1996.
218 De Goei en Van der Hoorn 2006, 95, 103-110.
219 Van Wel en Van den Hout 1988; Van Zuthem 1994; Wierdsma et al. 1995; Henkelman en Faber 1996; vergelijk Van Hezewijk 1999.
220 Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1990, 60, 71; vergelijk Simons 1993, 51-53; Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1995, 38; Inspectie voor de Gezondheidszorg 1997, 78.
221 Van Zuthem 1994, 12; Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1995, 38; Inspectie voor de Gezondheidszorg 1998, 86; Van Hezewijk 1999, 16; Borgesius en Brunenberg 1999, vii, 11; Schene en Henselmans 1999, 720; Van Wijngaarden, Bransen en Wennink 2001, 5; Schene en Faber 2001, 76; Van de Lindt, Michon en Kroon 2002, 11; Michon et al. 2003, 8, 24-25.

Beschermd wonen in Utrecht: woonkamer van De Pauw.

manco's van de zorg voor chronische geesteszieken, zowel binnen als buiten de muren van het psychiatrisch ziekenhuis.[222]

In de beschermende woonvormen ontstond enige differentiatie ten behoeve van specifieke doelgroepen alsook naar de aard en intensiteit van de beschikbare hulpverlening.[223] Tussen een derde en een kwart van de plaatsen was bestemd voor groepen als verslaafden, forensische patiënten, autisten en asielzoekers met psychische problemen.[224] Verder kwam naast de door de AWBZ gefinancierde RIBW'en en de beschutte of sociowoningen, die onder beheer van psychiatrische ziekenhuizen vielen en waarin begeleiders continu aanwezig waren, een nieuwe woonvorm tot ontwikkeling: het begeleid wonen, waarmee sommige RIBW'en zich ook gingen bezighouden.[225] Daarbij ging het om zelfstandig wonen in een reguliere woning met op afroep beschikbare begeleiding, waarvan niet alleen psychiatrische patiënten, maar ook andere groepen als verstandelijk gehandicapten, autisten, dak- en thuislozen, verslaafden, forensisch-psychiatrische patiënten en probleemjongeren gebruikmaakten. Het doel ervan was vooral activering ter versterking van de zelfredzaamheid en de sociale integratie. Volgens de Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid, die in 1991 het advies *Psychiatrisch begeleid wonen* aan de Staatssecretaris voor Volksgezondheid uitbracht, zou deze woonvorm de doorstroming vanuit de RIBW'en moeten bevorderen.[226] Begin jaren negentig bestonden er zo'n 20 begeleid wonen-projecten met in totaal rond 800 plaatsen, een aantal dat rond 2000 was toegenomen tot tussen 2000 en 2500.[227] Verder vonden psychiatrische patiënten die op de rand van dak- en thuisloosheid balanceerden onderdak in sociale pensions: laagdrempelige woonvoorzieningen die in ruil voor een substantieel deel van de sociale uitkering die zij veelal genoten, bed, bad en brood, en daarnaast enige sociale ondersteuning en toezicht boden.[228] Tot slot kwamen voor patiënten die wel over een eigen woning beschikten en thuis bleven wonen, nieuwe vormen van hulpverlening tot ontwikkeling, zoals ambulante woonbegeleiding en psychiatrische thuiszorg.

De capaciteit van zowel de psychiatrische ziekenhuizen als de beschermende woonvormen was niet berekend op de groeiende opnamedruk, niet alleen vanwege het aantal op te nemen geesteszieken op zichzelf, maar ook vanwege de aard

222 Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1992, 21; Vijselaar 2002, 344-345; De Goei en Van der Hoorn 2006, 141; Henkelman 2006; Mensink et al. 2006.

223 Henkelman en Faber 1996; Ten Cate en Van Lieshout 1991; Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1990, 21; Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1993, 85; Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1995, 37.

224 Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1995, 37.

225 De Goei en Van der Hoorn 2006, 110-134.

226 Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1992, 87-88; Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1993, 85; Inspectie voor de Gezondheidszorg 1998, 86.

227 Ten Cate en Van Lieshout 1991; Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1994, 81; Schoemaker 2000, 13; Schene en Faber 2001, 76.

228 Wolf et al. 1999; vergelijk Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1990, 37; Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1991b, 37; Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1992, 87.

van hun aandoeningen. De Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid maakte voortdurend melding van een stokkende doorstroming als gevolg van wachtlijsten en overbezetting. Deze problematiek werd verergerd doordat de beschermende woonvormen te weinig chronische patiënten konden overnemen en doordat het aantal moeilijke handelbare en agressieve patiënten groeide.[229] In de jaren tachtig en negentig nam het aantal opnamen van patiënten met dementie en andere organische stoornissen en neurotische klachten af, terwijl het aantal lijders aan schizofrenie en andere ernstige psychotische aandoeningen alsook zware persoonlijkheidsstoornissen en verslaving omhoog ging.[230] Velen van hen werden onder dwang opgenomen en vertoonden storend en agressief gedrag. Bovendien steeg het aantal psychisch gestoorden dat via politie en justitie in het psychiatrisch ziekenhuis terechtkwam.[231] Volgens de Inspectie deden zich steeds meer 'vechtpartijen tussen patiënten onderling en mishandeling van zorgverleners' voor.[232] Dit klemde des te meer daar de capaciteit van de gesloten afdelingen in psychiatrische ziekenhuizen, mede als gevolg van het deconcentratie- en extramuraliseringsbeleid, was ingekrompen. Nieuwe klinische voorzieningen als Multifunctionele Eenheden en Regionale GGZ-Centra waren in onvoldoende mate berekend op dit soort patiënten. Het tekort aan gesloten afdelingen deed zich vooral in de grote steden en in het bijzonder in Amsterdam voor, maar ook elders dreigde het oplopende aantal dwangopnamen ten koste te gaan van de opname- en behandelingsmogelijkheden voor vrijwillig opgenomen patiënten. Het therapeutisch klimaat en de veiligheid in psychiatrische ziekenhuizen en klinieken kwamen onder druk te staan. Uit psychiatrische ziekenhuizen kwamen geluiden dat de beddenreductie te ver was gegaan en dat de asielfunctie van het psychiatrisch ziekenhuis herwaardering verdiende.[233] Sommige psychiatrische ziekenhuizen, zoals Zon en Schild, voerden hun beddencapaciteit weer op.[234] Verder maakte de Inspectie in de tweede helft van de jaren negentig herhaaldelijk melding van capaciteitstekorten in de kinder- en jeugdpsychiatrische instellingen.[235]

229 Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1988a, 67; Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1989, 49, 101; Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1990, 53; Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1991b, 20, 24; Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1993, 11, 19.

230 Van Wijngaarden, Bransen en Wennink 2001, 10.

231 Lucieer 2005, 71.

232 Inspectie voor de Gezondheidszorg 1999, 19.

233 Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1993, 137; Inspectie voor de Gezondheidszorg 1997, 109; Inspectie voor de Gezondheidszorg 1998, 56; Inspectie voor de Gezondheidszorg 1999, 19, 108-109; Inspectie voor de Gezondheidszorg 2000, 19-21, 24-25; Inspectie voor de Gezondheidszorg 2001, 22-23; Inspectie voor de Gezondheidszorg 2003a, 35; Hemels 1998; Nijman, à Campo en Ravelli 1999, 106; Willemsen 2004, 164-165.

234 Kroon, Den Boer en Luycx-de Bont 2000, 29, 32.

235 Staatstoezicht op de Volksgezondheid 1984, 101; Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1986, 7; Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1995, 23; Inspectie voor de Gezondheidszorg 1996, 81; Inspectie voor de Gezondheidszorg 1997, 68, 74; Inspectie voor de Gezondheidszorg 1998, 87.

Het aandeel van de dwangopnamen in het totaal van de psychiatrische opnemingen vertoonde tussen 1985 en 1996 een licht stijgende lijn van ruim 13 naar bijna 15 procent.[236] Uit sommige psychiatrische ziekenhuizen klonken eind jaren negentig alarmerende geluiden over een sterke toename van het aantal dwangopnamen, en dan vooral van de inbewaringstellingen. Zo zou maar liefst de helft van de opnamen in het eerste half jaar van 1996 in het Delta Psychiatrisch Ziekenhuis een onvrijwillig karakter hebben gehad. Het ging voor bijna 90 procent om inbewaringstellingen, waarvoor de meest genoemde redenen gevaar voor zichzelf (50 procent), voor zelfverwaarlozing (37 procent) en voor de algemene veiligheid (35 procent) waren.[237] Ook uit de Welterhof en de Amsterdamse psychiatrische ziekenhuizen kwamen meldingen van oplopende aantallen dwangopnamen; in de hoofdstad zou het aantal inbewaringstellingen in de jaren negentig zelfs zijn verviervoudigd.[238] Hoe deze geluiden te rijmen zijn met de opgaven van de *Patiëntenregistratie Intramurale Geestelijke Gezondheidszorg* is onduidelijk. Het zou kunnen zijn dat in de grote steden meer geestelijk gestoorde mensen onder dwang in een psychiatrisch ziekenhuis of psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis terechtkwamen. In 2006 werden in totaal ongeveer 17.000 patiënten onder dwang opgenomen.[239]

Het lijkt er in ieder geval op dat de BOPZ geen vermindering van het aantal dwangopnamen met zich mee heeft gebracht – zoals wel werd verwacht, omdat het criterium voor dwang in deze wet (gevaar voor zichzelf of anderen) strikter was dan dat van de Krankzinnigenwet (voor eigen bestwil). In deel 4 hebben wij er al op gewezen dat rechters reeds in de twee decennia voordat de BOPZ rechtsgeldig werd, het bestwilcriterium steeds meer afwezen als legitimatie voor dwangopname.[240] Desondanks was er reeds vanaf omstreeks 1980 in relatieve zin ten opzichte van de vrijwillige opnemingen sprake van een licht oplopend aantal

236 NZR/Nationale Ziekenhuisraad – sectie geestelijke gezondheidszorg en SIG/Informatiecentrum voor de gezondheidszorg 1989a, 6; NZR/Nationale Ziekenhuisraad – sectie geestelijke gezondheidszorg en SIG/Informatiecentrum voor de gezondheidszorg 1989b, 8; NZR/Nationale Ziekenhuisraad – sectie geestelijke gezondheidszorg en SIG/Informatiecentrum voor de gezondheidszorg 1989c, 9; NZR/Nationale Ziekenhuisraad – sectie geestelijke gezondheidszorg en SIG/Informatiecentrum voor de gezondheidszorg 1989d, 8; NZR/Nationale Ziekenhuisraad – sectie geestelijke gezondheidszorg en SIG/Informatiecentrum voor de gezondheidszorg 1990, [8]; NZR/Nationale Ziekenhuisraad – sectie geestelijke gezondheidszorg en SIG/Informatiecentrum voor de gezondheidszorg s.a. [1992], 7; Nederlandse Vereniging voor Geestelijke Gezondheidszorg en SIG Zorginformatie s.a. [1993], 6; Nederlandse Vereniging voor Geestelijke Gezondheidszorg en SIG Zorginformatie s.a.a, 6; Nederlandse Vereniging voor Geestelijke Gezondheidszorg en SIG Zorginformatie s.a.b, 6; Nederlandse Vereniging voor Geestelijke Gezondheidszorg en SIG Zorginformatie s.a.c, 6; Nederlandse Vereniging voor Geestelijke Gezondheidszorg en SIG Zorginformatie s.a.d, 6; Nederlandse Vereniging voor Geestelijke Gezondheidszorg en SIG Zorginformatie s.a.e, 8. Vergelijk Janssen 1995b, 76; College voor zorgverzekeringen 2002, 31.

237 Derksen, Timmerman en Stronks 1999, 671-673.

238 Hemels 1998, 10-11; Nijman, à Campo en Ravelli 1999, 104-105.

239 *NRC Handelsblad* 31-1-2007, 2.

240 Zie 4.4, paragraaf 'De rechten van de patiënt'.

dwangopnamen, een trend die zich na de invoering van de BOPZ doorzette. Bovendien kwam het steeds vaker voor dat een vrijwillige opname alsnog werd omgezet in een dwangopname om dwangbehandeling mogelijk te maken.[241]

De BOPZ was omstreden in psychiatrische kring omdat de wet het moeilijker zou maken om onwillige patiënten op te nemen en te behandelen die zichzelf verwaarloosden of hun omgeving overlast bezorgden, zonder dat er sprake was van acuut gevaar. Deze 'verloederden en verkommerden' of 'zorgwekkende zorgmijders', zoals ze wel werden genoemd, en ook de samenleving zouden niet gebaat zijn bij de juridisch afgedwongen terughoudendheid van hulpverleners. Het gevaar bestond dat geesteszieken in de gevangenis in plaats van in het psychiatrisch ziekenhuis terechtkwamen. Sommige psychiaters brachten verder naar voren dat de BOPZ hen in hun geneeskundige taakuitoefening belemmerde en hen zelfs in de rol van gevangenisbewaarder drong, aangezien een dwangopname niet meer, zoals in de Krankzinnigenwet, impliceerde dat zij een onwillige patiënt ook onder dwang mochten behandelen.[242] De Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid deelde deze kritiek. Zij waarschuwde voortdurend voor een enge interpretatie van het gevaarscriterium. Die zou ertoe kunnen leiden dat de noodzakelijke zorg voor en behandeling van ernstig gestoorde en moeilijk handelbare patiënten in het gedrang kwam. De BOPZ kon ertoe leiden dat zij aan hun lot werden overgelaten.[243] Vanaf medio jaren negentig gingen er stemmen op om de mogelijkheden tot gedwongen opname en behandeling te verruimen en het bestwilcriterium in ere te herstellen.[244]

In de praktijk bleek het verschil tussen de oude Krankzinnigenwet en de nieuwe BOPZ echter minder groot dan de formele bepalingen en de discussie over de nieuwe wet suggereerden. Rechters bleken een brede invulling te geven aan het begrip gevaar. Volgens een uitspraak van de Hoge Raad uit 1992 was gedwongen opname gerechtvaardigd als iemand 'maatschappelijk te gronde gaat' of 'zichzelf zal verwaarlozen'. De Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid stuurde in 1995 een brochure naar alle psychiaters, officieren van justitie, rechters en burgemeesters om hen erop te wijzen dat de BOPZ gedwongen opname vanwege (de dreiging van) ernstige zelfverwaarlozing toeliet. Veel psychiaters trokken daaruit en uit de jurisprudentie de conclusie dat de BOPZ ingrijpen ten behoeve van de

241 Janssen 1995b, 76-77; Nijman, à Campo en Ravelli 1999, 105-106; vergelijk Hemels 1998. Volgens Janssen zou uit onderzoek blijken dat bij ongeveer de helft van de in juridische zin vrijwillige opnamen informele dwang was gebruikt.

242 Hassing, Van Lent en Van der Velden 1995; vergelijk Van Borssum Waalkes 1991a, 32-34, 37; Legemaate 1996a; Lucieer 2005, 180-184.

243 Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1989, 50; Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1995, 6; Inspectie voor de Gezondheidszorg 1996, 9, 74, 109; Inspectie voor de Gezondheidszorg 1997, 109; Inspectie voor de Gezondheidszorg 1998, 56, 58.

244 Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1995, 13; Inspectie voor de Gezondheidszorg 1996, 9; Kortmann 1996; Borst-Eilers 1997a, 9; Landelijke Commissie Geestelijke Volksgezondheid 2002, 71; Lucieer 2005, 68, 183.

bestwil van geesteszieken niet geheel uitsloot en wel degelijk voldoende mogelijkheden bood om onwillige patiënten onder dwang op te nemen en te behandelen.[245] De BOPZ heeft wellicht zelfs bijgedragen tot de toename van het aantal dwangopnamen. Aangezien deze wet bepaalt dat voor een vrijwillige opname een expliciete blijk van bereidheid van de patiënt noodzakelijk is, zouden psychiaters bij gebrek of twijfel aan diens uitdrukkelijke instemming geneigd zijn om tot dwangopname over te gaan om van juridische rugdekking verzekerd te zijn. Ook de bepaling dat voor dwangbehandeling een dwangopname is vereist, zou aan de toename hebben kunnen bijdragen. Verder speelden de toegenomen agressie van een deel van de op te nemen geesteszieken en een afnemende tolerantie van overlast in de samenleving hierbij een rol.[246]

Niet alleen de dwangopnamen, ook de toepassing van dwangmiddelen, dwangmaatregelen en dwangbehandelingen in de psychiatrische ziekenhuizen vertoonde een opgaande lijn. Het aantal bij de Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid gemelde toepassingen van dwangmiddelen en -maatregelen steeg in de jaren negentig van ruim 1000 tot rond 4400, om vervolgens in de eerste 5 jaar van het nieuwe millennium een aantal van 5100 te bereiken.[247] Het aantal meldingen van dwangbehandelingen ging tussen 1995 en 2000 omhoog van ongeveer 1100 tot ruim 1800 (ruim 2400 als de psychogeriatrische verpleeghuizen en instellingen voor verstandelijk gehandicapten ook worden meegerekend) en kwam het in 2004 uit op bijna 2000.[248] Naar schatting kreeg in het midden van de jaren negentig een kwart tot de helft van de opgenomen patiënten te maken met vormen van dwang als separatie, vastbinden en toediening van voeding, vocht en medicatie, vooral door middel van injectie met depotpreparaten. Daarnaast kreeg een onbekend aantal patiënten beperkingen opgelegd

245 Heidinga 1991, 188; Legemaate 1995, 153; Legemaate 1996a, 257; Vuijsje 1997, 88–89; Lucieer 2005, 69, 177, 184.

246 Hemels 1998; Nijman, à Campo en Ravelli 1999, 105-106; zie verder 5.5, paragraaf 'Geestelijke volksgezondheid en publieke moraal'.

247 Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1992, 72; Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1994, 75; Inspectie voor de Gezondheidszorg 1996, 111; Inspectie voor de Gezondheidszorg 1997, 115; Inspectie voor de Gezondheidszorg 1999, 80; Inspectie voor de Gezondheidszorg 2000, 73; Inspectie voor de Gezondheidszorg 2001, 86; Lucieer 2005, 185. Volgens de in 1988 bijgestelde Middelen en Maatregelen Registratie van de Inspectie moesten toepassingen van dwang met een duur van zeven dagen of langer gemeld worden. Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1989, 20; Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1992, 72. Het is niet helemaal duidelijk of de cijfers betrekking hebben op alleen psychiatrische ziekenhuizen en afdelingen of ook op psychogeriatrische verpleeghuizen en instellingen voor verstandelijk gehandicapten. Verder geven de cijfers geen compleet beeld omdat niet alle instellingen aan de registratie meewerkten. Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1989, 21; Inspectie voor de Gezondheidszorg 1998, 59. Volgens Lucieer (2005, 68) bleek op het congres Dwang en drang in de psychiatrie dat patiënten jaarlijks ongeveer 25.000 keer aan 'vrijheidsbeperkende maatregelen' werden onderworpen.

248 Inspectie voor de Gezondheidszorg 1996, 111; Inspectie voor de Gezondheidszorg 1998, 63; Inspectie voor de Gezondheidszorg 1999, 80; Inspectie voor de Gezondheidszorg 2000, 72; Inspectie voor de Gezondheidszorg 2001, 85; Lucieer 2005, 185.

wat betreft post, telefoonverkeer, bezoek en bewegingsvrijheid.[249] Er is niet aan de indruk te ontkomen dat de toepassing van dwang en de wijze waarop die werd gelegitimeerd niet altijd beantwoordden aan de wettelijk voorgeschreven terughoudendheid, zoals met name de BOPZ en de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst die voorschreven. Vooral de middelen en maatregelen waaraan onder dwang opgenomen patiënten werden onderworpen, waren vanuit wettelijk oogpunt niet altijd gerechtvaardigd, aangezien de reden om daartoe over te gaan vaak betrekking had op de niet direct gevaarlijke overlast die zij veroorzaakten, in plaats van het gevaarscriterium.[250]

Ongeveer een vijfde van de patiënten werd een of meer keren geïsoleerd; het totale aantal separaties bedroeg ongeveer 20.000 per jaar.[251] De Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid stelde vast dat separatie de meest frequent toegepaste dwangmaatregel was en dat het in meer dan de helft van de gevallen vrijwillig opgenomen patiënten betrof.[252] Ook signaleerde de Inspectie een tendens in psychiatrische ziekenhuizen om dit middel steeds vaker toe te passen. Deze zou samenhangen met de toegenomen regelgeving en wettelijke beperkingen ten aanzien van dwangbehandeling.[253] Wij beschikken verder niet over gegevens met betrekking tot een mogelijk verband tussen enerzijds de toenemende neiging om patiënten te separeren en anderzijds de patiëntenwetgeving, die grenzen stelde aan andere mogelijkheden om dwang uit te oefenen, en wellicht ook een grotere gevoeligheid met betrekking tot dwangmaatregelen die directer op het lichaam ingrepen, zoals fixatie. Uit een vergelijking met psychiatrische ziekenhuizen in Duitsland, Denemarken, Engeland en Ierland kwam wel naar voren dat separatie daar veel minder frequent plaatsvond dan in Nederland. In het buitenland maakten behandelaars veel vaker gebruik van middelen als fixatie en dwangmedicatie, gecombineerd met intensieve bewaking en begeleiding. De grotere terughoudendheid in de Nederlandse psychiatrie ten aanzien van directe fysieke dwang blijkt uit zowel de praktijk als de wetgeving, waarin dwangbehandeling, al dan niet gecombineerd met fixatie, aan meer restricties en reserves gebonden was dan dwangopnamen en separatie. In andere landen was vaak het omgekeerde het geval.[254] Overigens verscheen in 2007 een opmerkelijk artikel van de hand van twee bij de Stichting Patiënten Vertrouwens Persoon betrokken auteurs, die erop wezen dat een onderzoek door patiëntenvertrouwenspersonen onder ruim 300 patiënten had uitgewezen dat door degenen die zowel dwangmedicatie als separatie hadden ondergaan, meer nadelige effecten werden gerapporteerd als gevolg van dwangmedicatie dan van separatie. Enkele patiën-

249 Janssen 1995b, 77-78; Van de Klippe en Franchimont 1995, 711, 714-715.

250 Van de Klippe en Franchimont 1995, 711, 714-715; Janssen 1995b, 82; vergelijk Stolker, Nijman en Zwanikken 2004.

251 Janssen 1995b, 77-78; vergelijk Stolker, Nijman en Zwanikken 2004.

252 Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1992, 72.

253 Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1988a, 25-26.

254 Kampen en Van Ewijk 1997; Langelaan 2001a; Lucieer 2005, 190-191; vergelijk Stolker, Nijman en Zwanikken 2004.

ten gaven aan dat separatie op hen ook een positieve uitwerking had gehad in de vorm van herstel van rust en stabiliteit, terwijl dergelijke effecten bij dwangmedicatie ontbraken.[255] Anderzijds kreeg een jeugdige patiënte als J. Santegoeds met haar actiegroep 'Tekeer tegen de isoleer' in korte tijd opmerkelijk veel medestanders. Zij werd een veelgevraagd spreker bij de projecten van GGz-Nederland die ten doel hadden om dwang en drang in de psychiatrie te verminderen.[256]

De patiënten

In de egodocumenten van psychiatrische patiënten die in de jaren negentig verschenen, kwam minder kritiek op de psychiatrie en de maatschappij voor dan in die van de jaren zeventig en tachtig. Net zoals in de geestelijke gezondheidszorg had de kritische bevlogenheid plaatsgemaakt voor een meer berustende en nuchtere houding. De auteurs neigden ertoe om de reserves en vooroordelen in de maatschappij ten aanzien van geesteszieken als gegeven te accepteren, waarmee zij moesten leven. Een belangrijke beweegreden voor patiënten om hun ervaringen publiek te maken was een soort *coming out*, het uiting geven aan hun persoonlijke beleving en een zeker zelfbewustzijn, alsook het streven om lotgenoten een hart onder de riem te steken. Ten aanzien van de psychiatrie stelden zij zich zelfverzekerder als gelijkwaardige en mondige 'klant' op en benadrukten zij het belang van eigen verantwoordelijkheid en zelfredzaamheid. Daarbij waren de verwachtingen ten aanzien van het therapeutisch vermogen van de geestelijke gezondheidszorg duidelijk naar beneden bijgesteld.[257]

Wat merkten psychiatrische patiënten van de veranderingen die in deze periode in de geestelijke gezondheidszorg werden doorgevoerd? Profiteerden zij van de transmurale samenwerking en de zorgvernieuwing? Volgens de zogenaamde 'GGZ-thermometer', een gestandaardiseerd instrument waarmee sinds 2005 in het hele land de mening van cliënten over de kwaliteit van de zorg wordt gepeild, oordeelden zij over het algemeen positief over individuele behandelaars en meende ongeveer twee derde van de patiënten dat de behandeling tot een verbetering van hun geestelijke toestand had geleid. Psychiatrische patiënten die langdurig op zorg waren aangewezen, toonden veel tevredenheid met de min of meer zelfstandige woonvormen waarvan zij gebruik konden maken; in het bijzonder de vergroting van de privacy en van de vrijheid om hun eigen dagelijkse leven in te richten konden op veel waardering rekenen.

Tegelijkertijd gaven veel cliënten van de geestelijke gezondheidszorg aan dat hun behoefte aan hulp en de geboden zorg niet goed op elkaar waren afgestemd. Een kwart van hen ontving niet de gewenste hulp, terwijl eveneens een kwart hulp kreeg waaraan geen behoefte was. Kritisch waren zij ook over de voortdurende wisseling van hun behandelaars en de niet altijd vlekkeloos verlopende

255 Welles en Widdershoven 2007, 478-481.
256 Santegoeds 2007.
257 Parabirsing 2003, 14-16.

overdracht van informatie van de ene instelling of afdeling naar de andere. Het ideaal van de 'continuïteit van zorg' bleek in de praktijk nogal eens te verzanden in een gebrek aan afstemming van verschillende instellingen en behandelaars op elkaar en een onduidelijke afbakening van verantwoordelijkheden, waardoor het voor cliënten en hun naasten onduidelijk was waar en bij wie zij moesten aankloppen als er iets misging. Verder bleek er nogal wat ontevredenheid te bestaan over de informatieverschaffing en communicatie met betrekking tot medicatie en de toepassing van dwang. Patiënten hadden behoefte aan meer uitleg over het voorschrijven van psychofarmaca en de mogelijke bijwerkingen. Van de patiënten die onderworpen waren aan dwangmaatregelen als separatie, isolering, fixatie en gedwongen toediening van medicijnen, was twee derde van mening dat er onvoldoende moeite was gedaan om de reden daarvoor aan hen uit te leggen en driekwart vond dat er achteraf niet of te weinig met hen over was gepraat. Ook gaven ze aan dat behandelaars onvoldoende rekening hielden met hun wensen omtrent mogelijk minder belastende alternatieven voor ingrijpende dwangmaatregelen. Vooral onder dwang opgenomen patiënten achtten het wenselijk dat ze meer informatie kregen over de mogelijkheden om een beroep te doen op het klachtrecht en klachten in te dienen.[258]

Dit globale beeld wordt in grote lijnen bevestigd door een onderzoek naar de kwaliteit van de geestelijke gezondheidszorg in de provincie Groningen. In het kader hiervan verscheen in 2001 een rapport over de ervaringen van een tiental patiënten en hun partners of familieleden met de hulpverlening.[259] Het gaat hierbij waarschijnlijk om een selectie van mensen die daarover slecht te spreken waren en die daarom graag hun verhaal kwijt wilden. Dat neemt niet weg dat hun ervaringen zouden kunnen wijzen op min of meer structurele gebreken in de hulpverlening aan mensen met geestelijke stoornissen.

Deze treden soms al aan het licht bij de eerste stap in het hulpverleningscircuit: de inschakeling van de huisarts en de pogingen om een opname te bewerkstelligen. Het komt voor dat huisdokters de symptomen van geestesziekte niet als zodanig herkennen of deze niet serieus nemen. De moeder van de 22-jarige student Theo, die vanwege ernstige geestelijke moeilijkheden zijn studie geneeskunde heeft gestaakt en thuis bij zijn ouders ten prooi valt aan angst en verwarring, belt ten einde raad de huisarts. Theo denkt dan zelf al dat hij mogelijk aan schizofrenie lijdt, een vermoeden dat later zal worden bevestigd, maar de huisarts beschouwt de moeilijkheden als aanstellerij. 'Tegenover mij zie ik de huisarts', herinnert Theo zich later.

——— *'Lig jij altijd 's middags in bed?' vraagt hij geïrriteerd. Ik kijk hem aan en zie aan zijn gelaatsuitdrukking dat hij zich afvraagt wat hij hier doet. 'Ja', zeg ik en wil mijn motieven nader*

258 Friele, Albada en Sluijs 2006, 15, 40-41, 45-46, 60-62, 78-79; 85, 92; Staatstoezicht op de Volksgezondheid 2006, 42-43, 54-55.

259 Ligtenberg 2001.

toelichten. 'Een trap onder je gat moet je hebben', hoor ik hem nog zeggen als hij even snel als ik hem gezien heb weer opstaat, zijn aantekenmap in zijn tas gooit en vertrekt.[260]

De ouders van de achttienjarige, eveneens aan schizofrenie lijdende Bert, krijgen weinig medewerking van hun huisarts en het Riagg bij hun pogingen om hun onhandelbare zoon te laten opnemen. Bert is thuis niet meer te handhaven en ze voelen zich gedwongen hem het huis uit te zetten. De wanhopige ouders stellen vervolgens alles in het werk om Bert opgenomen te krijgen, wat leidt tot een reeks vruchteloze telefoontjes met de huisarts, de Riagg en het psychiatrisch ziekenhuis Licht en Kracht. Berts moeder vertelt:

_____ *Ik krijg het advies om naar de polikliniek van 'Licht en Kracht' te bellen, omdat ze daar Bert misschien kunnen motiveren om zich te laten opnemen. Een mevrouw van de poli aan de telefoon: 'Uw zoon moet aangemeld worden door de huisarts of een andere arts die hem gezien heeft, dat kan ook per telefoon. Bij de eerste afspraak moet uw zoon de ingevulde vragenlijst meenemen. De vragenlijst moet hij eerst zelf hier halen. Bij de eerste afspraak moet hij een verwijsbrief van de huisarts meenemen.' Hierover bel ik onze huisarts, die zegt: 'Ik sta op het punt om naar het buitenland te gaan, bel de psychiater maar'. Bij het RIAGG weten ze niet welke vragenlijst er bedoeld wordt en dokter Albers [de psychiater die Bert enkele keren thuis heeft gezien] is afwezig. Op 14 december bel ik opnieuw, maar de psychiater Albers blijkt ook deze dag niet te werken, gaat zeer binnenkort weg uit Hoogezand. In verband met die verhuizing heeft ze deze week geen tijd om Bert aan te melden bij 'Licht en Kracht', en voor de verwijsbrief ook niet.*[261]

Ten einde raad richt de moeder van Bert zich tot de organisatie Ypsilon, die haar aanraadt om contact op te nemen met een zekere dokter Derksen van Licht en Kracht. Deze deelt mee dat Bert ook zonder verwijsbrief op de polikliniek terecht kan en adviseert om de Riagg in te schakelen teneinde de onwillige Bert te motiveren om zich bij Licht en Kracht aan te melden. Een paar dagen later krijgt de moeder na tal van vruchteloze pogingen eindelijk de Riagg-psychiater Albers aan de lijn.

_____ *Dokter Albers wil niet naar Bert toegaan. 'Ik zie daar het nut niet van in. Die andere keren heeft hij ook niet met mij willen praten. Hij heeft gezegd dat hij geen hulp nodig heeft'. Ik vraag of zij misschien het RIAGG in Groningen wil bellen of daar iemand is die het wil proberen. Dokter Albers wil dat niet doen omdat het volgens haar geen 'acute noodsituatie' is. 'Ik zal dokter Derksen dan maar bellen', zeg ik. 'Om hem te vertellen dat ik het geprobeerd heb, maar dat er niemand is die naar Bert toe wil gaan'. Dokter Albers vraagt dàn of ik even wil wachten. Ze zal kijken of er op het RIAGG iemand anders is die er heen kan gaan. Maar nee, er is niemand die het kan doen. [...] RIAGG Groningen gebeld, telefonisch spreekuur van Anton Evers. Hij is, ondanks het spreekuur, niet aanwezig, maar zal later terugbellen. Wat helaas vergeten wordt.*[262]

260 Ligtenberg 2001, 18.
261 Ligtenberg 2001, 29.
262 Ligtenberg 2001, 30.

Enkele dagen later proberen de ouders van Bert het nog eens door een afspraak met Albers te maken. Deze wendt zich tot de vader (Douwe):

_____ *'Ik heb mij afgevraagd of u wel weet dat uw vrouw mij de afgelopen weken zo vaak gebeld heeft.' Ja, daar weet Douwe van! Hij vertelt haar dat haar geringe betrokkenheid bij onze situatie ons behoorlijk is tegengevallen. Dokter Albers zegt dat het niet goed voor Bert is dat zijn vader zo rationeel en zijn moeder zo emotioneel is. 'Weet u wel dat uw vrouw zoveel moeite heeft met uw rationaliteit?' Douwe is niet blij met deze informatie en ik ook niet. Daar hadden wij niet om gevraagd.*[263]

Ook de ouders van de aan anorexia nervosa lijdende Wiske voelen zich niet serieus genomen. Als hun dochter op een psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis is opgenomen, worden zij niet geïnformeerd over de behandeling en moeten zij ontdekken dat er geen behandelplan is opgesteld.

_____ *Wij liepen tegen hulpverleners aan die plotseling op vakantie gingen ofwel die informatie aan ons ouders, zonder het 'volwassen kind' erbij, niet nodig vonden. Wij werden woest dat alleen dankzij òns aandringen ons kind medisch onderzocht werd, met als resultaat een spoedopname in het ziekenhuis, terwij het 'in behandeling' was. 'Wij houden haar ook medisch in de gaten', was ons verzekerd. Je snapt er toch niks van als je meemaakt dat jouw psychisch zieke kind met de kerst in pyjama het Martini Ziekenhuis uit kan lopen naast haar sonde karretje?! Je snapt toch niet dat [...] niet over een behandelplan gesproken kan worden 'omdat de behandelvraag nog niet gesteld is'?! Woede!*[264]

Aangezien in Nederland lange wachttijden blijken te bestaan voor een klinische behandeling van anorexia nervosa laten de ouders van Wiske haar, mede op advies van de anorexiepatiëntenvereniging, in een gespecialiseerde kliniek in België opnemen. 'Wat was het een opluchting toen wij met haar in België kwamen, waar men ons zei: "Wij begrijpen u! Laat haar maar gerust hier achter, we weten wat we doen. Het is ons vak." Dat maakte zo'n indruk! Ik heb er om zitten janken!'[265] De ouders dienen een klacht in bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg over de gebrekkige hulpverlening: 'Een ondoorzichtig zorglandschap, vertragende verwijzingen, ons weinig effectief lijkende behandelingen, geen noodopvang en geen sturende voorstellen om de patiënt intensiever te behandelen.'[266]

De vijftigjarige Henk, die in het midden van de jaren negentig met de gevolgen van alcoholverslaving wordt geconfronteerd, voelt zich ook van het kastje naar de muur gestuurd. Na een opname in het ziekenhuis vanwege een levercirrose, besluiten Henk en zijn vrouw dat het tijd is voor professionele verslavingshulp.

263 Ligtenberg 2001, 31.
264 Ligtenberg 2001, 32.
265 Ligtenberg 2001, 32.
266 Ligtenberg 2001, 80.

——— *Via kerkelijke instanties kwamen we in 1996 bij het C.A.D., het 'Consultatiebureau voor Alcoholisme en Drugs', terecht. Op het gebied van alcohol werden wij vaderlijk onderwezen. Helaas, op de patiënt zelf had dat maar weinig invloed. Het vermanend opgestoken vingertje kende ik al. Mijn klachten [...] bleven bestaan. [...] Bij het RIAGG ging het helemaal niet. Die kwamen in 1997 niet verder dan drie keer een intake: van bureau X naar bureau Y en weer terug! Tenslotte stelde men daar dat ik geen patiënt voor hen was!*[267]

In 1998 komt Henk in een kliniek voor verslavingszorg terecht, waar hij zich in het geheel niet thuis voelt.

——— *De huisvesting in het oude gebouw [...] is ronduit slecht. Behalve de woonkamer lijkt het een ouderwetse kazerne met slaapzalen voor een man of acht tot tien. De crisispatiënten mogen niet in de keuken komen: besmettingsgevaar. Wel hebben we een gemeenschappelijke 'overvolle' plee [...] Veel medepatiënten hebben een crimineel verleden of zijn nog crimineel. [...] Er gaat bijna geen dag voorbij zonder confrontaties, ruzie, gegil, vluchtpogingen of gebruik van verboden middelen.*[268]

De ouders van Wiske zijn niet de enige familieleden van patiënten die zich door hulpverleners genegeerd voelen. Nadat de manisch-depressieve Hepie in 1993 onder dwang in een psychiatrisch ziekenhuis is opgenomen, zit haar partner drie dagen lang aan de telefoon om uit te vinden waar zij wordt verpleegd.[269] Ook krijgen de familieleden vaak maar mondjesmaat duidelijke informatie over de diagnose en de behandeling. De ouders van Bert, die aan schizofrenie lijdt, krijgen te horen dat er sprake is van 'identiteitsproblematiek' en anderen wordt verteld dat patiënten 'overspannen' of een 'beetje in de war' zijn, terwijl er duidelijk meer aan de hand is.[270] De ouders van de eveneens aan schizofrenie lijdende Boris, die in een jeugdpsychiatrische kliniek is opgenomen, krijgen op een gegeven moment van een verpleegkundige te horen dat hun zoon onvoldoende meewerkt aan de behandeling. Tijdens een gesprek met haar wordt het hen echter niet duidelijk wat de therapie inhoudt en wat precies het probleem met Boris is.

——— *De verpleegkundige is niet tevreden over de veertienjarige Boris. Hij doet te weinig, eet slecht. 'Hij houdt van luxe eten', zegt ze pinnig. Van het kleedgeld wil hij, in haar ogen, te duur ondergoed kopen. 'Hij heeft bovendien de beste kleding van de kinderen hier', zegt ze.*

'Ik vraag mij af', zo schrijft de moeder, 'wat dat met de ziekte en de behandeling van Boris te maken heeft. In een gesprek met de maatschappelijk werkster zeg ik dat ik niet tevreden ben over deze verpleegkundige. De maatschappelijk werkster belooft mij dat hierover een gesprek zal volgen. Dat heeft echter nooit plaatsgevonden.[271]

267 Ligtenberg 2001, 35.
268 Ligtenberg 2001, 83.
269 Ligtenberg 2001, 137.
270 Ligtenberg 2001, 122, 171.
271 Ligtenberg 2001, 57.

Patiënten die in een psychiatrisch ziekenhuis worden opgenomen, voelen zich nogal eens ontheemd en onpersoonlijk bejegend. De eerder genoemde Theo herinnert zich zijn eerste opname, die medio jaren tachtig plaatsvindt in de psychiatrische kliniek van het Academisch Ziekenhuis Groningen.

_____ *Mijn ouders brengen mij naar het AZG. In een gesprekskamer, waarin zich enkel een langwerpige tafel met zes stoelen bevindt en een telefoon op een klein tafeltje, leggen ze de dienstdoende psychiater uit dat ik opgenomen moet worden. Het gesprek dringt niet tot mij door. Ik loop de gang op. Een eindeloze rij deuren komt er op uit. De vloer is bekleed met zeil. Aan het eind is de recreatiezaal met verpieterde plantjes, een tv en een kast vol boeken. Daarnaast een eetzaal, waar zich een knop aan de muur bevindt om de radio te bedienen. Het geheel maakt een lege en verloren indruk op mij. [...] Mijn ouders zijn al vertrokken als er een man op mij afkomt. Hij slaat echter af en met een sleutel, waaraan hij de hele bos draagt, opent hij een deur. Even later komt hij terug en nodigt mij uit de slaapzaal te bekijken. Op deze zaal staan vier bedden, hoge ziekenhuisbedden met daarnaast een kastje. Ook is er een wastafel met spiegel. Elk bed is voorzien van een leeslamp. De bedden zijn opgemaakt met een laken en een enkele deken. [...]*

Ik wacht. Een kwartier geleden ben ik door een verpleegster uitgelaten en werd de deur van de afdeling achter mij gesloten. Ik hoor het draaien van de sleutel nog nagalmen in mijn hoofd. Een gesprek met Arnoud staat op het programma. Ik heb hem nog niet eerder gezien, hij is het hoofd van de afdeling. [...] Ik loop wat heen en weer op de gang. Plotseling wordt een deur geopend. Een jongeman met krullerig lang haar en puisten op zijn gezicht staat in de deuropening. 'Theo?' roept hij. Ik loop naar hem toe. Hij gaat mij voor en ik aanschouw de werkkamer. Er blijkt nog iemand aanwezig te zijn, een modieus geklede lange man die enkele papieren ordent. Beide mannen zeggen niets, ik ga zitten en zij komen tegenover mij staan, letterlijk! 'Nou moet je goed opletten, Bert', zegt de psychiater. Ik begrijp niet wat hij de co-assistant wil laten zien maar deze staat mij met open mond aan te staren. Ik heb op dat moment een vreemde lichamelijke sensatie. Mijn ogen staan stokstijf in de oogkassen. Toch voel ik ze bewegen. Kleine figuurtjes dansen voor mijn ogen en ik word misselijk. De psychiater maakt daarop wat aantekeningen en Bert laat mij weer uit.

Een dergelijke afstandelijke behandeling valt ook de achttienjarige Ans ten deel. Zij verblijft in de jaren 1986-1987 in een jeugdpsychiatrische kliniek vanwege psychosen en manisch-depressieve verschijnselen. De behandeling bestaat onder andere uit gezinstherapie onder leiding van een maatschappelijk werker.

_____ *Ik ben bang voor die man. Altijd als ik hem tegen kom op de afdeling of op het terrein, maakt hij van die denigrerende opmerkingen tegen mij en hij kijkt zo gemeen uit zijn ogen. [...] Mijn ouders praten met de maatschappelijk werker over mij en het gaat volledig langs mij heen. Ik word er ook nauwelijks bij betrokken. Op een gegeven moment vraagt mijn vader wat er nu precies met me aan de hand is. 'Tja dat weten wij ook niet precies', zegt de maatschappelijk werker. Mijn moeder vertelt opeens dat haar vader ook opnamen heeft gehad. Hij was manisch-depressief. Ik wist dat helemaal niet, daar hebben ze nooit wat over verteld. 'O', zegt de maatschappelijk werker, 'dat is erfelijk, dus dan heeft Ans dat ook.' Ik ben wat verbaasd over deze conclusie. Dan gaat het*

gesprek vooral over de moeilijkheden van mijn ouders en wat ze verder met zichzelf moeten doen. Aan het einde van het gesprek komt die enge maatschappelijk werker op me af en geeft me een aai over mijn bol. Vol afschuw wend ik mijn hoofd af. Wat doet hij nu? Denk ik, Bah! 'O', zegt hij, 'dat wil ze niet, hoor! Daar voelt ze zich zeker te groot voor?' Mijn ouders lachen wat ongemakkelijk. Ik ga met een vreselijk rotgevoel terug naar de afdeling.[272]

Ook andere patiënten klagen over de onpersoonlijke bejegening die hen ten deel valt in de geestelijke gezondheidszorg. Zij hebben het gevoel dat de behandelaars niet doordringen tot de kern van hun problemen en dat dezen voor hen beslissen. Naar aanleiding van zijn verblijf in een isoleercel en de dwanginjectie die hij krijgt toegediend, merkt Clemens, een lijder aan schizofrenie, bijvoorbeeld op: 'Bij psychiatrie wordt nergens naar gevraagd, dóórgevraagd naar de achterliggende problemen. "Jij moet luisteren! Wij weten wat goed voor je is: pillen en injecties."'[273] Sam Funda, een vrouw met een dertigjarige geschiedenis in de psychiatrie, is eveneens van mening dat hulpverleners veel te weinig met haar communiceren en nauwelijks een poging doen om zich in haar situatie in te leven. 'Ze vragen hooguit: wat denk je zelf wat je hebt? [...] Ze vertelden me eigenlijk niks en al helemaal niets over wat voor ziekte het zou kunnen zijn. Het was gewoon: slikken. Pillen, dat was alles wat ik van ze kreeg en soms een vriendelijk woord.'[274]

Het gebrek aan begrip en betrokkenheid van de kant van hulpverleners dat psychiatrische patiënten signaleren, wordt in de hand gewerkt door het grote aantal wisselende behandelaars met wie sommigen in aanraking komen. 'Heb je eindelijk je verhaal aan iemand kunnen vertellen, zit er de volgende keer weer iemand anders voor je', aldus een van de patiënten.[275] 'Het aantal behandelaars dat ik al die jaren heb gehad, is niet meer te tellen, net als het aantal afdelingen!', zo vertelt Ans.

——— *Het leek wel of ik constant aan het verhuizen was. [...] Eigenlijk was de enige 'behandeling': afwachten tot de pillen mijn psychose onder controle kregen. Neuleptil, Nozinan, Haldol, Melleril, Valium, Seresta, Dalmadorm, Cisordinal, al die pillen die ik kreeg als ik psychotisch was! In totaal waren het wel meer dan dertig soorten en dan reken ik de antidepressiva nog niet mee. Het leek wel of elke afdeling een ander medicijnbeleid had. Elke psychiater schrijft weer andere pillen voor. Niet eerst kijken in het dossier welke pillen goed aanslaan en waar ik het minst bijwerkingen van krijg [...] nee hoor, er moest weer iets geprobeerd worden! Andere psychiaters? Andere pillen!*[276]

Vrijwel alle patiënten worden met medicijnen behandeld. Naar aanleiding van zijn opname in de psychiatrische kliniek van het Academisch Ziekenhuis Groningen merkt Clemens op: 'De pillenactie in het AZG bestaat hieruit dat ik verschillende bestrijdingsmiddelen krijg: Aspirine, Kemadrin, Siquil, Valium, Anafranil,

272 Ligtenberg 2001, 53.
273 Ligtenberg 2001, 147.
274 Ligtenberg 2001, 199.
275 Ligtenberg 2001, 92.
276 Ligtenberg 2001, 208.

Imovane, Ludiomil. Sorry, ik vergeet lithium. [...] Verder is [sic] er arbeidstherapie en groepsgesprekken."[277]

De dertienjarige scholier Boris, die begin jaren negentig met symptomen van schizofrenie kampt, krijgt, om te beginnen, van de huisarts kalmerende middelen voorgeschreven en van een jeugdpsychiater Orap, 'wat vervelende bijwerkingen kan geven', aldus zijn moeder. 'Boris is erg moe en prikkelbaar. Hij krijgt een poosje meer medicijnen omdat hij drukker wordt. [...] Als hij een paar weken later Anafril krijgt, gaat het eerst iets beter maar daarna wordt hij weer drukker.' Niet lang daarna worden de medicijnen 'verhoogd, er wordt Tryptisol aan toegevoegd. [...] Hij begint nu ook met Sequile.' Vervolgens krijgt Boris ook nog lithium, waarvan de dosis twee keer wordt verhoogd en die wordt aangevuld met slaapmedicatie. 'Op den duur werden mij door het Riagg allemaal medicijnen voorgeschreven', zo vertelt Boris zelf. 'Bij sommige medicijnen had ik meer last van de bijwerkingen dan van het goede dat ze zouden moeten brengen."[278]

Ans, die omstreeks 1985 als zeventienjarige onder dwang in een jeugdpsychiatrische kliniek wordt opgenomen, krijgt vanaf de eerste dag medicijnen voorgeschreven.

_____ *'Hier', zegt een van de leiding, 'drink deze druppels op.' 'Waarom?' vraag ik, 'wat is dit? Ik wil eerst weten waarvoor dit is en wat het is.' 'Gewoon opdrinken nu, en niet zeuren. Dit heb je nodig, het is Neuleptil.' 'Ik wil het niet, wat is het voor spul?' Na aandringen drink ik het toch op. Dan begint de ellende. Ik krijg verschrikkelijke last van bijwerkingen. Stijve spieren, kramp in mijn kaken. Ik kan mijn mond niet meer dicht krijgen en begin te kwijlen. Ik ben al zo angstig doordat ik in de war ben en nu word ik nog banger.*[279]

Later, als ze met een rechterlijke machtiging in een andere kliniek is opgenomen, weigert Ans medicatie.

_____ *Voor mij is het allemaal vergiftige troep, die pillen! De verpleegkundige dringt elke keer aan. Met een handvol onbekende pillen staat hij voor mij: 'Neem ze nu in! Toe nou!' Hij smeekt haast! Wat te doen als iemand, die psychotisch is, geen pillen wil? Dan is behandeling toch niet mogelijk? Natuurlijk wel! Met geduld! [...] Dwang werkt averechts. Gewoon rustig overleg dus! Ik wil eerst goed uitgelegd krijgen welke pillen er zijn en wat de bijwerkingen zijn. Als een verpleegkundige zegt: 'Neem deze nu, geen gezeur!, dan werkt dat niet. Hij kan beter zeggen: 'Probeer nu eens dit medicijn en als het niet bevalt, dan stoppen we er meteen mee en proberen we een ander'. Zo krijg je meer vertrouwen in de behandeling en het gevoel dat de verpleging met je meedenkt. De angst voor medicijnen moet serieus genomen worden. Het is niet niks wat allemaal aan medicatie in je lijf gestopt wordt. Dus: goede voorlichting, uitleg en geduld.*[280]

277 Ligtenberg 2001, 49.
278 Ligtenberg 2001, 22-24.
279 Ligtenberg 2001, 19-20.
280 Ligtenberg 2001, 161-162.

Ook Sam Funda herinnert zich van haar eerste opname dat ze werd 'volgestopt met medicatie'. 'Van medicatie heb ik ondervonden dat het wel eens rustiger kan maken, vrolijker ben ik er nooit van geworden. De bijwerkingen waren altijd nadelig: trillen, huiduitslag, misselijk, keelonsteking, staalsmaak.'[281]

Als we op de verhalen van deze patiënten afgaan dan moeten we vaststellen dat het geven van medicijnen aan het eind van de twintigste eeuw de meest frequent toegepaste behandelvorm is en dat andere therapieën, zoals individuele of groepsgesprekken en bezigheidstherapie, een aanvullend karakter hebben, al naar gelang de behoeften en mogelijkheden van patiënten. Sommigen vinden dat ze onvoldoende behandeling krijgen. 'Ik kom de dagen door met hasj roken op de binnenplaats', zo herinnert Ans zich van haar verblijf in Beileroord.

——— *De verpleging merkt hier niets van. Die hebben het te druk met elkaar. Er heerst hier ruzie in het team van de verpleging. Daar gaat de aandacht naartoe in plaats van naar de patiënten die het zo hard nodig hebben. Echter therapie is hier niet. Alleen wat activiteitentherapie van therapeuten die zelf ook problemen hebben en vaak overspannen zijn. Voor de depressie [...] krijg ik alleen pillen en af en toe een gesprek met een heel verstrooide psychiater voor een paar minuten. Ik heb niets aan die gesprekken. O ja, ik krijg sociale vaardigheidstraining, maar daar heb ik ook weinig aan in mijn depressieve toestand.*[282]

De meest negatieve herinneringen hebben patiënten aan dwangmaatregelen. Als Ans manisch gedrag vertoont in de jeugdpsychiatrische kliniek waarin zij is opgenomen, sluit een verpleegkundige haar op.

——— *Ik schud aan de deur en maak heel veel lawaai. Dan staat Bart weer voor de deur. Hij is woedend! Ik kijk hem quasi onschuldig aan en hij weet zich niet te beheersen. Hij geeft mij een enorme klap op mijn gezicht. Ik schrik mij dood en begin te huilen. Bart doet de deur weer op slot en loopt weg. Ik heb geen klacht ingediend omdat ik niet wist hoé en ook niet wist dat het kon!*[283]

Als Ans aan het eind van de jaren tachtig, wanneer zij in Beileroord verblijft, opnieuw manisch wordt, wordt ze twee maanden in een isoleercel opgesloten.

——— *[...] er staan al een stuk of vijf verpleegkundigen klaar om me af te voeren naar de separeer. Heel wild kleden ze me uit. Ze rukken mijn kettinkje kapot. Dan gaan ze in het hok op mijn armen en benen zitten en spuiten iets onder in mijn rug. Ik ben verschrikkelijk bang. Ik weet niet wat me overkomt, ik ervaar het als een aanranding en vernedering. Als ze klaar zijn met het inspuiten, laten ze me zo achter in het hok. Ik kom daar twee maanden te zitten. Wel na twee weken een kwartiertje per dag eruit en dat langzaam uitbouwen tot helemaal weer uit de separeer. Dit is de behandelmethode voor manie en psychose in 'Beileroord': onmenselijk, beestachtig! Het waren de twee ergste maanden uit mijn leven. Ik kreeg er na mijn traumatische jeugd nog een trauma bij.*[284]

281 Ligtenberg 2001, 46, 199.
282 Ligtenberg 2001, 109.
283 Ligtenberg 2001, 55.
284 Ligtenberg 2001, 107–108.

Nadat Ans een jaar in een sociowoning heeft gewoond, komt ze weer op de gesloten afdeling van Beileroord terecht. Ze krijgt de belofte dat ze niet weer wordt gesepareerd. Als dat desondanks toch gebeurt, raakt zij alle vertrouwen in de hulpverleners kwijt.

_____ *Ik kom weer op de gesloten afdeling. Ik ben vrij druk en wil en kan 's nachts niet slapen. En ja hoor, ik word toch weer gesepareerd. Terwijl ik absoluut niet agressief ben, alleen druk. Vijf verpleegkundigen springen bovenop me, ontdoen me van mijn kleding, spuiten me plat en laten me achter in het hok. En nu weer opnieuw voor twee maanden! Opnieuw een trauma erbij en mijn vertrouwen zeer geschonden. Is dat nu een menswaardige behandeling?!*[285]

Ook Clemens is zeer verontwaardigd over de wijze waarop hij geïsoleerd wordt. Dat gebeurt tijdens zijn opname in de psychiatrische kliniek van het Academisch Ziekenhuis Groningen.

_____ *Bij psychiatrie zou ik hulp vinden, dat was toch normaal onder zulke verschrikkelijke omstandigheden? Hoe het kwam, weet ik niet. Welke middelen ze me gegeven hebben? Ik werd daar in korte tijd omgetoverd tot een dolleman! Vreselijk! Tegen mijn wil werd ik in een isoleercel gesleept waar ik enige tijd moest blijven. Als dolleman in de isoleercel! Ik kreeg er een mooie witte molton deken, dacht dat die was om eronder te liggen. Ik kreeg ook een urinefles. Die gebruikte ik om op de muur te bonzen, om aandacht te krijgen. Die aandacht, die kwam! Zo nu en dan verscheen er een gezicht voor het kleine raampje in de deur, nooit een vriendelijk gezicht in mijn ogen. Toen ik naar de wc moest, werd er niet gereageerd, wel verscheen er een grijnzende kop voor het raampje. Waarom was er geen toiletemmer voor mij en een fles water? Toen begreep ik de bedoeling van de moltondeken: die was niet om te slapen, maar om in te poepen! Met het overige gedeelte van de deken probeerde ik mij schoon te vegen. Was ik een dier geworden? Het is niet te beschrijven hoe vies, smerig en hopeloos ik mij voelde. Er is nooit geprobeerd om op een liefdevolle manier mijn verwarde gedachten weer in het reine te brengen. Lieve manieren, dáár ontbreekt het aan!*[286]

Toch hebben de patiënten ook wel positieve ervaringen te melden. Zo komt Ans begin jaren negentig in de gesloten afdeling Beukenrode van Dennenoord in Zuidlaren terecht, volgens haar een verademing vergeleken met wat ze in Beileroord meemaakte.

_____ *Op 'Beukenrode' wordt mijn psychose niet tegengegaan door me suf te spuiten en mij twee maanden in de separeer te stoppen. Oké, ik kreeg wel één keer een spuit en werd een enkele keer kort in het 'hok' gestopt en dat was al erg genoeg. Maar verder kan ik gewoon op de afdeling zijn en krijg ook activiteitentherapie. Hier kan ik veel van mijn manische energie in kwijt en het wordt ook goed begeleid. Strikt, zodat het niet uit de hand loopt. De therapeut kan heel goed met drukke mensen omgaan. Na zes weken pillen, verblijf op gesloten afdeling en therapie is mijn psychose voorbij.*

285 Ligtenberg 2001, 108.

286 Ligtenberg 2001, 146.

Dus zie je nou wel, een separeerbehandeling was écht niet nodig! Ná die periode word ik depressief en ik word met rust gelaten. [...] Er wordt geen druk uitgeoefend. Ik voel mij belabberd door mijn depressie, maar de omstandigheden zijn wel ideaal. Ik krijg ook antidepressiva wanneer ik dat wil. Er wordt goed naar me geluisterd. Maar ja, ik heb dan ook al vijf jaar ervaring met de psychiatrie en ik weet wat ik wil. De gesprekken met de psychiater bevallen me goed. Zij zet me niet onder druk en geeft mij steun bij de acceptatie van mijn situatie. Zij volgt mijn tempo. Het is ook de eerste keer dat ik eindelijk voor een langere periode dezelfde psychiater heb. Ik heb in die zes jaar daarvoor wel meer dan tien verschillende behandelaars gehad. Zeer verwarrend! Het is de eerste keer in zes jaar dat ik daadwerkelijk iets aan een psychiater heb.[287]

Na een verblijf in de jeugdpsychiatrische instelling 'De Ruyterstee', wordt Boris in de kleine jeugdpsychiatrische kliniek 'De Wenakker' in Groningen opgenomen, waar hij geleidelijk aan opknapt, zodat hij na verloop van tijd weer redelijk kan functioneren in de maatschappij. Zijn herinnering aan de laatste instelling en de hulpverleners daar is overwegend positief.

——— *'De Wenakker' bestond in die tijd uit twee groepen, de voorgroep en de achtergroep. Ik zat in de achtergroep. Er zat geen verschil tussen deze groepen. Het huis kon twaalf mensen opnemen in de leeftijd van dertien tot en met twintig. Ik zat in een groep met alleen maar meisjes. In de andere groep zat nog een andere jongen. Ik heb dat nooit als een probleem gezien. Ik had één keer per week een gesprek met een psychiater, verder waren er therapieën als handvaardigheid, sport en spel. Er waren in het weekend vaak uitjes naar pretparken, het zwembad, wadlopen etc. Ik vind dat dit goed geregeld was en ook belangrijk om in de maatschappij bezig te blijven. Verder waren er groepsgesprekken die erg goed waren. In tegenstelling tot de gesprekken in 'De Ruiterstee' waren deze gesprekken erg intensief en werd er veel ingegaan op de werkelijke problematiek van de bewoners. Iedereen wist ook van de ander wat de problemen waren, zodat daar ook rekening mee gehouden kon worden. Vaak werd er gehuild tijdens deze gesprekken. [...] Het verschil tussen 'De Wenakker' en 'De Ruiterstee' is dat 'De Wenakker' veel dieper ingaat op de problematiek van de bewoners. Ik heb nog nooit zo zwaar in de put gezeten als tijdens mijn verblijf op 'De Wenakker', maar ik ben daar sterker van geworden. Ik ben er van overtuigd dat het verblijf op 'De Wenakker' er toe heeft bijgedragen dat ik nu een gewoon normaal leven kan leiden. Ik ben hier ook dankbaar voor.*[288]

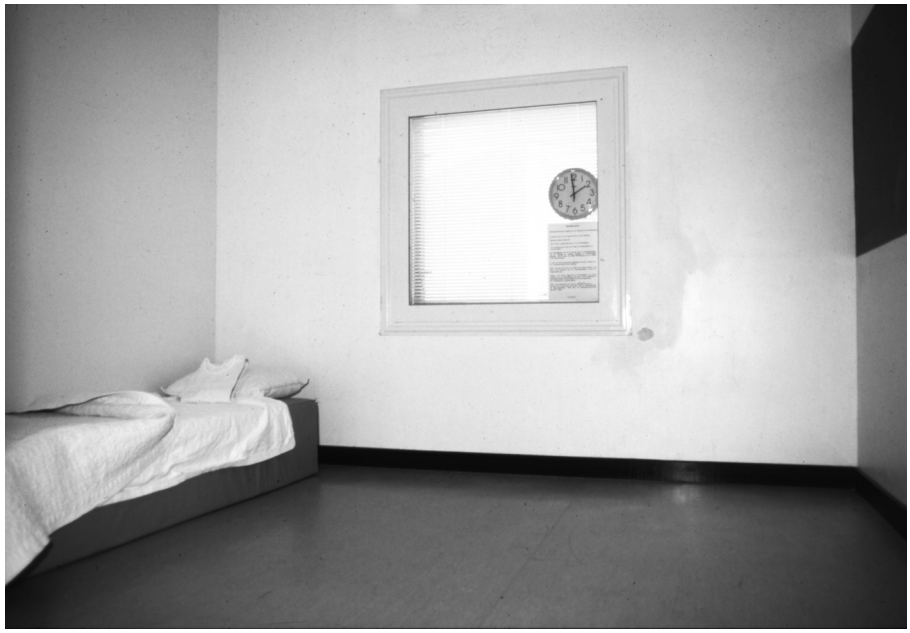
Zorg en behandeling

Het psycho- en sociotherapeutische klimaat van de jaren zeventig maakte in de loop van de jaren tachtig plaats voor zowel biomedische als sociaal-psychiatrische benaderingen. Psychotherapie bleef onderdeel van het behandelrepertoire en nam zelfs in betekenis toe, maar werd wel minder intensief en op een meer pragmatische manier toegepast. Het bevlogen genezingsoptimisme omtrent zelfbevrijding, persoonlijke groei en zelfontplooiing werd ingewisseld voor minder

287 Ligtenberg 2001, 158.

288 Ligtenberg 2001, 165.

Separeerkamer met reglement PVP, 1994.



hooggespannen en scherper omlijnde doelstellingen als gedragsverandering en symptoombestrijding.[289] Ook aan de radicale democratisering van de behandelpraktijk, zoals die vooral in psychotherapeutische gemeenschappen was doorgevoerd door patiënten grotendeels zelf verantwoordelijk te stellen voor hun genezing, kwam een eind. De verantwoordelijkheden en beslissingsbevoegdheden van behandelaars en patiënten werden weer duidelijk afgebakend. Vergeleken met de jaren zeventig kregen verzorging, ondersteuning en begeleiding meer en socio- en psychotherapie minder nadruk in de verpleging. De reserves ten aanzien van het gebruik van psychofarmaca verdwenen.[290]

Symptomatisch voor het veranderde behandelklimaat in psychiatrische ziekenhuizen was de terugkeer van de elektroshocktherapie. Nadat deze in de jaren zeventig vrijwel uit het therapeutisch arsenaal was verdwenen, vond deze vanaf het midden van de jaren tachtig opnieuw toepassing bij een gestaag stijgend aantal patiënten. Volgens de jaarverslagen van de Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid, waarbij psychiatrische ziekenhuizen ECT-behandelingen moesten melden, ondergingen tussen 1986 en 1992 jaarlijks tussen 47 en 86 patiënten meermaals (gemiddeld 11 à 12 keer) een elektroshock. In de daarop volgende jaren steeg dat aantal tot ongeveer 330 in 1999. Het ging om overwegend oudere patiënten – hun gemiddelde leeftijd schommelde rond de 60 jaar – en de meerderheid van hen – twee derde tot driekwart – was vrouw.[291] Psychiaters wendden de elektroshock vooral aan ter behandeling van psychotische depressies waarbij medicijnen geen enkele verbetering bewerkstelligden.[292]

Eind jaren tachtig voerde een medewerker van de Inspectie een promotieonderzoek uit onder bijna 100 met ECT behandelde patiënten, waarvan de resultaten in 1991 aan de Tweede Kamer en de Staatssecretaris voor Volksgezondheid werden aangeboden. Hieruit bleek dat patiënten relatief tevreden waren over de behandeling.[293] De Inspectie, die zich al eerder had uitgesproken voor de toepassing van ECT mits een aantal zorgvuldigheidseisen in acht werd genomen,

289 Van Borssum Waalkes 1991a, 90-99; Hutschemaekers 1994, 179. Over psychotherapie zie verder 5.4, paragraaf 'Behandeling: pillen en praten'.

290 In 1982 merkte Schnabel (1982a, 127) nog op dat Nederlandse psychiaters terughoudend waren met het voorschrijven van psychofarmaca.

291 Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1987, 60; Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1988a, 65, 146, 150; Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1990, 104; Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1991b, 129; Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1993, 107-108; Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1994, 78-79; Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1995, 55; Inspectie voor de Gezondheidszorg 1996, 77; Inspectie voor de Gezondheidszorg 1997, 74; Inspectie voor de Gezondheidszorg 1998, 82-83; Inspectie voor de Gezondheidszorg 1999, 82; Inspectie voor de Gezondheidszorg 2000, 74; vergelijk Van den Broek, Leentjens en Verwey 1999, vii; Leentjens 2000, 4.

292 Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1990, 104; Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1991b, 131; Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1993, 82.

293 Volgens Nolen 1999 had de helft van de patiënten baat bij ECT, althans op de kortere termijn.

Separeerkamer met Zweedse band, 1994.

bekrachtigde deze conclusie door te onderstrepen dat zij geen klachten over deze behandeling binnenkreeg. De patiënten die haar ondergingen, leken de protesten tegen de elektroshock – eind jaren tachtig was deze opnieuw doelwit van demonstraties en onderwerp van discussies in de media en kritische vragen in de Tweede Kamer – niet te delen. De Inspectie merkte verder op dat ECT in Nederland in vergelijking met andere landen, in het bijzonder de Angelsaksische wereld, nog altijd bijzonder weinig toepassing vond.[294] De psychiaters W.H.L. Schornagel en V.C.C.A. Assmann, die in 1992 in het *Tijdschrift voor Psychiatrie* pleitten voor een verbreding van het indicatiegebied en frequentere toepassing bij vooral oudere depressieve patiënten, wezen erop dat de frequentie van de toepassing van ECT in de Verenigde Staten, Groot-Brittannië en Denemarken zestig tot tachtig hoger lag dan in Nederland. Zij verklaarden deze terughoudendheid, die werd gedeeld door Duitse psychiaters, uit de succesvolle antipsychiatrische agitatie waardoor ECT tot taboe was geworden.[295]

In de jaren negentig ontstond onder behandelaars een brede consensus dat de elektroshock herwaardering en, met inachtneming van de nodige zorgvuldigheidseisen, een plaats in het psychiatrisch behandelrepertoire verdiende. In 1992 kwam de NVP met gebruiksrichtlijnen, die grotendeels overeenkwamen met de in 1985 door de Inspectie uitgevaardigde regels.[296] Het toezicht door de Inspectie werd in 1995 vervangen door dat van een Landelijke Evaluatiecommissie ECT, bestaande uit NVP-leden, een vertegenwoordiger van de patiëntenbeweging, een waarnemer van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en een adviseur van de Inspectie. Het aantal wetenschappelijke publicaties over ECT nam toe en de NVP bood cursussen aan om psychiaters ermee vertrouwd te maken. Omstreeks 2000 vond de elektroshocktherapie in bijna alle universitaire psychiatrische klinieken en in een twintigtal psychiatrische ziekenhuizen en PAAZ'en toepassing.[297] Een van de pleitbezorgers van ECT, de psychiater A.F.G. Leentjes, wees erop dat de behandeling dankzij de verbeterde techniek en preventieve maatregelen veiliger, effectiever en patiëntvriendelijker was geworden en dat de kans op bijwerkingen en complicaties was afgenomen. Aan de therapie ging een zorgvuldig onderzoek naar mogelijke risico's vooraf. De sterkte van de shocks werd nauwkeuriger gedoseerd en patiënten kregen ze alleen onder narcose en voorzien van spierverslappers toegediend.[298] De terugkeer van de elektroshock was een belangrijk symptoom van de opmars van de biomedische aanpak in de psychiatrie, maar in kwantitatieve zin was de invloed ervan toch beperkt. Slechts een kleine minderheid van de patiënten kwam ermee in aanraking en zij

294 Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1988a, 29; Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1989, 15-16; Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1990, 103; Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1993, 81.

295 Schornagel en Assmann 1992; vergelijk Vijselaar 2007a, 20-21.

296 Nolen 1999; Koster 1999; Van 't Hof 1996, 21-22.

297 Nolen 1999.

298 Leentjens 2000, 4.

Koken op de woonunit van Vijverdal, Maastricht, 1988.

vormden slechts een fractie van de patiënten die medicijnen kregen voorgeschreven. De belangrijkste ontwikkelingen op het gebied van de biomedische psychiatrie en de rationalisering van de behandeling zijn al in eerdere paragrafen aan de orde gekomen.[299]

Van minstens even grote betekenis voor de ontwikkeling van de geestelijke gezondheidszorg vanaf het midden van de jaren tachtig waren de vernieuwingen die in de organisatie van de zorg en de therapeutische behandeling werden doorgevoerd. Op basis van transmurale samenwerking kwamen zorgprogramma's en -circuits tot stand. Deze waren gericht op groepen patiënten met een gemeenschappelijke diagnose of hulpbehoefte of met overeenkomstige demografische kenmerken, zoals volwassenen, kinderen en jongeren, ouderen, vrouwen, allochtonen, asielzoekers, verslaafden en delinquenten.[300] Vooral voor chronische geesteszieken met meervoudige en wisselende zorgbehoeften werd het in Amerika ontwikkelde *casemanagement* geïntroduceerd: individuele begeleiding door verpleegkundigen met het doel om verschillende vormen van hulpverlening op elkaar en op de persoonlijke omstandigheden en wensen van de patiënt af te stemmen.[301] Een belangrijke doelstelling van zorgketens en *casemanagement* was de zogenaamde continuïteit van de zorg, een begrip dat de Amerikaanse socioloog L. Bachrah had uitgewerkt. Het veronderstelde een zodanige organisatie van de geestelijke gezondheidszorg dat patiënten en cliënten konden rekenen op een gevarieerd en multidisciplinair, maar op elkaar aansluitend hulpverleningsaanbod vanuit verschillende instellingen.[302] In zekere zin lag een dergelijke ordening in het verlengde van de al eerder binnen de psychiatrische ziekenhuizen en ook de Riaggs geïntroduceerde multidisciplinaire werkwijze. Het verschil was dat de behandeling van een patiënt niet meer zozeer tegelijkertijd, maar veeleer op een gecoördineerde manier naast en na elkaar door verschillende beroepsgroepen plaatsvond.

Deze organisatorische vernieuwingen deden zich bij uitstek gelden op het terrein van de sociaal-psychiatrische zorg voor chronische geesteszieken, die sinds het begin van de jaren tachtig steeds meer aandacht kreeg. Het was vooral voor deze groep patiënten met uiteenlopende en wisselende zorgbehoeften dat psychiatrische ziekenhuizen en andere instellingen voor geestelijke gezondheidszorg nauwer gingen samenwerken. Hierbij ging het niet in de eerste plaats om curatieve behandeling, maar veeleer om hulpverlening die was gericht op psychische revalidatie en sociale rehabilitatie. Deze benadering, die in de jaren tachtig met name in de Verenigde Staten, Groot-Brittannië en Zweden tot bloei was gekomen en die in Nederland onder meer in de Maastrichtse psychiater D. Petry een pleitbezorger vond, veronderstelde dat ernstige geestesziekten vaak ongeneeslijk waren en een blijvende handicap voor patiënten vormden. Zij en hun naasten

299 Zie hoofdstuk 5.1. Het psychiatrisch beroep.
300 Simons 1993, 39, 41-62; Franx en Verburg 1999.
301 Van de Beek en Van Lieshout 1992.
302 Van der Grinten en Verburg 2001, 23.

Een begeleidingsgesprek in hostel Maliehof, Utrecht.

moesten ermee leren leven. Ondanks de beperkingen die de psychische gestoordheid met zich meebracht zou de kwaliteit van hun bestaan echter wel te verbeteren zijn. De eerste stap was een beheersing en stabilisering van de psychische stoornis – bijvoorbeeld door middel van medicatie en het vermijden van risicovolle situaties die een crisis konden uitlokken – waardoor de ontwrichtende effecten ervan werden teruggedrongen. Verder moesten de nog sluimerende vermogens van deze patiënten met de nodige ondersteuning, begeleiding en training geactiveerd worden, waardoor hun zelfredzaamheid en sociale vaardigheden een zodanig niveau bereikten dat zij niet waren aangewezen op continue verpleging, maar min of meer zelfstandig in de samenleving konden functioneren.[303]

Het streven naar revalidatie en rehabilitatie was geënt op de ontwikkeling van beschermende woonvormen en de extramuralisering van de psychiatrische hulpverlening. Concreet kreeg het gestalte in woonbegeleiding, psychiatrische thuiszorg, werkverschaffing, arbeidstraining en de organisatie van dagbestedingsactiviteiten en sociale contacten, alsook sociaal-agogische begeleiding en psycho-educatie voor familieleden van geesteszieken.[304] De revalidatie- en rehabilitatiehulpverlening was vooral in handen van verpleegkundigen, maatschappelijk werkers en sociaal-pedagogische hulpverleners.[305] Daarnaast raakten er ook vrijwilligers bij betrokken: door middel van de zogenaamde vriendendiensten in de geestelijke gezondheidszorg, die vanaf 1994 ontstonden, eerst in Amsterdam en Maastricht. In 1997 bestonden er zo'n vijftien en waren er veertien in voorbereiding. Deze door het zorgvernieuwingsfonds en gemeenten gesubsidieerde buddy-, maatjes-, en bezoekersprojecten waren vooral bedoeld om isolement en vereenzaming van psychiatrische patiënten tegen te gaan en maatschappelijke integratie te bevorderen.[306] Ook de zogenaamde verwenzorg, waarvoor de verpleegkundige J.G.M. Zwanikken-Leenders de grondslag legde, was gericht op het verbeteren van de kwaliteit van het bestaan van chronische patiënten door middel van persoonlijke aandacht en het organiseren van bijzondere activiteiten, waarin de reguliere zorg niet voorzag.[307]

Revalidatie en rehabilitatie speelden een hoofdrol in de rond zeshonderd zorgvernieuwingsprojecten die in de eerste helft van de jaren negentig het daglicht zagen. Bij meer dan 80 procent van de projecten waren psychiatrische ziekenhuizen als initiatiefnemer dan wel partner betrokken en ze waren voornamelijk bedoeld voor chronische patiënten.[308] In bijna de helft van de projecten ging het om opnamevervangende zorgvormen, zoals zelfhulp, thuiszorg, deeltijdbehandeling en flexibele crisisopvang voor chronische patiënten en hun maatschappe-

303 Petry 1988a; Petry 1988b; Petry 1988c; Schene en Henselmans 1999; Vuister 1992; Van Borssum Waalkes 1991a, 16-17; Langelaan 1998c.

304 Zie Vuister 1992. De Inspectie voor de Gezondheidszorg (1997, 76-77) telde in 1997 zestig thuiszorgprojecten.

305 Schene en Henselmans 1999.

306 Van Erp en Geelen 1997.

307 Mintjes-de Groot 2006; Mensink et al. 2006.

308 Borgesius en Brunenberg 1996, 1267; Kwekkeboom 1999, 31; Ravelli 2005, 18; vergelijk Van de Graaf, Van Haaster en Vesseur 2001, 57; Kwekkeboom 2001, 24; De Wilde 1995, 808-809.

lijke integratie door middel van werk, scholing, dagbesteding, zelfstandig wonen en sociale contacten.[309] Verder waren veel projecten gericht op de verbetering van de organisatie van de zorg, in het bijzonder door middel van de bevordering en de intensivering van de samenwerking tussen verschillende hulpverleners en instellingen. Deze kreeg gestalte in regionale plaatsings- of indicatiecommissies om gezamenlijk te bepalen waar patiënten het beste geholpen konden worden, alsook gemeenschappelijke zorgprogramma's voor bepaalde patiëntengroepen om de hulpverlening op elkaar af te stemmen in zorgcircuits en *casemanagement*-begeleiding teneinde de continuïteit van de zorg te garanderen. Ook deze projecten waren voornamelijk voor chronische patiënten bedoeld.[310] Een kleiner aantal projecten hield zich bezig met de verbetering van diagnostiek, behandeling en opnamepreventie voor nieuwe patiënten die nog niet eerder waren opgenomen.[311]

Onderzoek naar het functioneren en de resultaten van de zorgvernieuwingsprojecten leverden geen eenduidig beeld op.[312] Weliswaar bevorderden deze de samenwerking en fusies binnen de geestelijke gezondheidszorg, maar dat betekende nog niet dat de patiënten ervan profiteerden. Veel projecten gingen mank aan een te krappe personeelsbezetting en een gebrek aan sturing en continuïteit. Het is de vraag of het grote aantal projecten een teken was van de sterke vernieuwingsgezindheid van de instellingen voor geestelijke gezondheidszorg. Voor een deel waren hun activiteiten op dit gebied ook ingegeven door financiële motieven: de overheid kortte immers op hun budgetten en ze konden het geld terugverdienen door projecten op te zetten. Of het daarbij altijd om vernieuwing ging was een tweede. Wat door de ene instelling als nieuw werd gepresenteerd was elders al lang deel van de reguliere hulpverlening. Er is niet aan de indruk te ontkomen dat instellingen het etiket zorgvernieuwing op al bestaande praktijken plakten om budgetkortingen ongedaan te maken of extra middelen te verwerven. Een van de doelstellingen van zorgvernieuwing was om door middel van participatie en goedkeuring van patiënten- en familieorganisaties het hulpverleningaanbod beter af te stemmen op de vraag. De betrokkenheid van deze organisaties liet echter zeer te wensen over: slechts bij 8 procent van de projecten speelden zij een rol van betekenis.[313] Ook bleek dat de zorgvernieuwing lang niet aan alle chronische geesteszieken ten goede kwam, maar zich vooral concentreerde op de 'besten van de slechtsten' onder hen, de groep waarbij het revalidatie- en rehabilitatiestreven enig resultaat afwierp. De moeilijkste patiënten, de zogenaamde 'zorgwekkende zorgmijders', de verslaafden, de gedragsgestoorden, de dak- en thuislozen met psychiatrische problemen alsook de bewoners van de verblijfsafdelingen van

309 J. Wolf 1995; Borgesius en Brunenberg 1996, 1273-1274.

310 Borgesius en Brunenberg 1996, 1268-1272; vergelijk Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1995, 35; Inspectie voor de Gezondheidszorg 1997, 76-77; Schnabel 1997b.

311 Borgesius en Brunenberg 1996, 1272-1273, 1275.

312 J. Wolf 1995; Borgesius en Brunenberg 1996; De Roy 1996.

313 J. Wolf 1995; Borgesius en Brunenberg 1996, 1278.

de psychiatrische ziekenhuizen, vielen grotendeels buiten de boot.[314] De meeste zorgvernieuwingsprojecten slaagden er evenals de reguliere hulpverlening niet in om de uitdijende groep chronische patiënten te bereiken die geïsoleerd aan de zelfkant van de maatschappij van de ene crisis naar de andere crisis leefde en ten prooi viel aan zelfverwaarlozing, vereenzaming en verloedering. Voor zover zij met de geestelijke gezondheidszorg in aanraking kwamen betrof het kortdurende acute crisisinterventie of een tijdelijke opname, maar geen doorbreking van de vicieuze cirkel waarin zij gevangen zaten.

De langdurig zorgafhankelijke geesteszieken die op de verblijfsafdelingen van psychiatrische ziekenhuizen waren achtergebleven of daar terechtkwamen, hadden evenmin veel baat bij zorgvernieuwing en vermaatschappelijking. Verschillende onderzoeken suggereerden dat een groot deel van de chronische ziekenhuisbevolking te gemakkelijk werd afgeschreven en beter af zou zijn in beschermende woonvormen en andere semimurale en ambulante zorgvoorzieningen. Over het aantal van hen dat nog over mogelijkheden tot zelfredzaamheid zou beschikken, liepen de schattingen uiteen van 10 tot maar liefst 90 procent. Volgens de meest optimistische inschattingen zou eigenlijk alleen een harde kern van ongeveer 1600 zeer hulpbehoevende en/of gedragsgestoorde patiënten op de alomvattende ziekenhuiszorg zijn aangewezen.[315] In hoeverre dergelijke vaststellingen reëel waren, kunnen wij moeilijk beoordelen. Het is ook de vraag of het merendeel van de chronische patiënten zelf de behoefte voelde om het psychiatrisch ziekenhuis te verlaten. Voor velen betekende elke verandering in hun levenssituatie wellicht een bedreiging van de rust, bescherming, voorspelbaarheid en overzichtelijkheid waaraan ze zo gewend waren. Al in 1987 had een studiegroep die zich over de problematiek van chronische geestesziekte boog, in haar rapport *Chroniciteit, Invaliditeit en Voorzieningen* (1987) gewaarschuwd voor 'een politiek-ideologisch substitutiebeleid': niet alle patiënten zouden daarbij gebaat zijn.[316]

Feit was dat aan het eind van de twintigste eeuw nog altijd meer dan 12.000 geesteszieken langdurig in psychiatrische ziekenhuizen verbleven en dat hun leefomstandigheden verre van optimaal waren. Naar aanleiding van een brandbrief van een grote instelling voor geestelijke gezondheidszorg aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, waarin melding werd gemaakt van een verschraling van de zorg voor chronische patiënten als gevolg van financiële krapte, gaven Borst-Eilers en GGz-Nederland het Trimbos-instituut opdracht tot een onderzoek. De resultaten ervan verschenen in 2001 onder de veelzeggende titel *Een keten van lege zondagen*. Het rapport, dat was gebaseerd op de bevindingen in zes psychiatrische ziekenhuizen, bood een onthutsend beeld van het dagelijks bestaan van verblijfspatiënten. Door de ontoereikende financiële middelen

314 Borgesius en Brunenberg 1996, 1277-1278.

315 Hoekstra en Mur-Veeman 1989; Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1995, 18; Van der Werf 1996; Borgesius en Brunenberg 1999; vergelijk Henkelman en Faber 1996.

316 Van Borssum Waalkes 1991a, 80; Henkelman en De Ruiter 1991, 74.

en het tekort aan gekwalificeerd personeel voldeed de zorg niet aan de standaard zoals die door een groep deskundigen was vastgesteld. Het ontbrak aan behandelmogelijkheden en vooral aan dagactiviteiten. Patiënten brachten hun dagen grotendeels in ledigheid door. De woonomgeving en de voeding lieten te wensen over. Op zak- en kleedgeld was gekort. Dagbestedingscentra waren door het ontbreken van vervoer onbereikbaar. Het leek erop dat deze patiënten niet alleen slachtoffer waren geworden van de bezuinigingen die in de jaren 1994-1998 waren doorgevoerd, maar ook van de verdeling van de financiële middelen in de geestelijke gezondheidszorg.[317] Volgens de onderzoekers had de overheid de kosten van de extramuralisering, de zorgvernieuwing en de nagestreefde samenwerking tussen de verschillende voorzieningen onderschat en ging er verhoudingsgewijs meer geld naar behandelafdelingen voor acute patiënten dan naar verblijfsafdelingen van chronische geesteszieken. 'Opvallend is de bevinding', zo luidde hun conclusie, 'dat de patiënten die op grond van hun kenmerken de meeste hulp zouden behoeven, in alle ziekenhuizen de minste directe hulp krijgen. Dat zou er op kunnen wijzen dat deze patiënten min of meer zijn "opgegeven" en dat de meeste directe hulp naar degenen gaat die het beste zijn te benaderen.'[318]

De 'zondagse leegte' was niet alleen een probleem voor verblijfspatiënten in psychiatrische ziekenhuizen, maar, zoals eerder opgemerkt, ook voor chronische geesteszieken in beschermende woonvormen. Het gebrek aan dagvulling was niet alleen te wijten aan het tekort aan faciliteiten, maar het was ook een onbedoeld gevolg van de grotere vrijheid die zij vanaf de jaren zeventig door de democratisering hadden gekregen. Door het verdwijnen van de traditionele inrichting, die het dagelijks levensritme van patiënten geheel bepaalde, alsook de afschaffing van de verplichting om aan allerlei werkverschaffings- en bezigheidsactiviteiten deel te nemen, kregen zij meer verantwoordelijkheid om hun dagelijkse leven zelf vorm te geven. Voor velen was dat te veel gevraagd.[319] In de psychiatrische ziekenhuizen verergerde deze problematiek als gevolg van bezuinigingen en de toenemende werkdruk waaronder verpleegkundigen gebukt gingen. Budgetkortingen aan het eind van de jaren tachtig en het begin van de jaren negentig brachten met zich mee dat ziekenhuizen steeds meer kosten aan patiënten doorberekenden en dat hun eigen bijdragen omhoog gingen. Daardoor hielden zij minder geld over om voor zichzelf te besteden en dat belemmerde hun mogelijkheden om allerlei activiteiten te ondernemen. In 1988 publiceerden patiëntenorganisaties het manifest *Armoe troef*. De toenemende standaardisering en rationalisering van de verpleegkundige beroepsuitoefening konden ten koste gaan van persoonlijke aandacht en de communicatie met patiënten.[320] De kwaliteit van de zorg kwam onder

317 In het regeerakkoord van het tweede kabinet Kok werd voor het eerst geen extra geld meer uitgetrokken voor de geestelijke gezondheidszorg.

318 Van Wijngaarden, Bransen en Wennink 2001, 51; vergelijk Petry 1988a en Wennink 1989b, 646.

319 Dröes 1990, 9; Henkelman 2006, 53; Mensink et al. 2006, 70.

320 Henkelman 2006, 55.

druk te staan toen ziekenhuisdirecties noodgedwongen de omvang van de vanaf de jaren zeventig verkleinde leefgroepen weer vergrootten en minder en jonger verplegend personeel in dienst namen.[321] Naar aanleiding van loonconflicten en bezuinigingen gingen verpleegkundigen in 1989 en 1993 massaal de straat op om uiting te geven aan de 'witte woede'.[322]

'Marie, word wijzer!'
Een psychiatrisch-verpleegkundige carrière

Jeanne Derks (1963), opgegroeid in een katholiek boerenmilieu, werd in haar vroege jeugd getroffen door het lot van enkele verstandelijk gehandicapte meisjes in haar dorp.[323] Voor zulke mensen wilde ze graag zorgen. Ze hoopte zich te kunnen opgeven voor de opleiding in zwakzinnigenzorg, maar toen ze haar mavo-opleiding had afgerond bleek ze daar te jong voor. Wel kon ze kiezen voor het volgen van een mbo-opleiding Inrichtingswerk: één jaar school, één jaar werken en dan weer één jaar school. Op de mavo had ze vaak affiches zien hangen: 'Marie, word wijzer!' Deze oproep aan jonge vrouwen om zolang mogelijk door te leren had ze in haar oren geknoopt. Ze besefte dat ze met een officieel mbo-diploma een goede basis zou hebben om verder te komen. Zo gaf ze zich op voor de opleiding mbo-Inrichtingswerk in Berg en Dal bij Nijmegen. Dat was een linkse school. Haar ouders werden zelfs door kennissen en buren gewaarschuwd voor het 'aankomend bederf' van hun dochter. Ze lieten haar echter niet vallen: zelf waren ze ook altijd sociaal geëngageerd geweest. Ze zaten in tal van besturen en moeder had vroeger zelf de droom gekoesterd maatschappelijk werkster te worden. Bovendien was het vertrouwen in hun dochter groter dan hun schrik voor de linkse buitenwereld.

——— *Het was de tijd van de kraakbeweging. In 1981 braken grote rellen uit in de Piersonstraat te Nijmegen. Opeens zat ik als jong boerenmeisje temidden van allemaal punkers uit Nijmegen die kozen voor 'politiserende hulpverlening'. Ik vond het machtig interessant en bovendien kon ik het best met die lui vinden en omgekeerd. We lazen boeken van Abram de Swaan, Anja Meulenbelt, Ivan Illich, Hans Achterhuis. De contextuele benadering werd mij met de paplepel ingegoten: maatschappelijke ontwikkeling, klasse, religie, alles was bepalend voor hoe een mens zich ontwikkelde. Als practicus onthield ik vooral wat ik als hulpverlener met dat inzicht zou kunnen als ik het idee omkeerde: 'Wie mensen echt wil helpen, behoort in hun eigen sociale context steun daarvoor te vinden.' In mijn stagejaar, 1981, ging ik werken en wonen op het terrein van* Maria Roepaan *te*

321 Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1987, 68; Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1988a, 27; Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1989, 17, 21; Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1991b, 24; Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1995, 39; Van Borssum Waalkes 1991a, 27–30.

322 Kroon, Den Boer en Luycx-de Bont 2000, 31, 36; Willemse 2006.

323 Dit portret is gebaseerd op een interview van G.J.C. aan de Stegge met J. Derks. Zie ook Aan de Stegge, proefschrift in voorbereiding; Derks en Zwanikken-Leenders 2005.

Verpleegster Jeanne Derks, 2007.

Ottersum. In het begin vond ik dat lastig. Als boerendochter had ik nooit geleerd met vrije tijd om te gaan. Op een boerenbedrijf word je immers in beslag genomen door het werk dat gedaan moet worden. Toch leerde ik gaandeweg een eigen netwerk opbouwen, spelletjes doen, risken, kaarten en naar het café gaan. Het veelvuldig 'stappen' was voor mij denk ik wel een uitlaatklep voor moeilijke situaties waar we op de afdeling mee te maken hadden. Ik werkte bijvoorbeeld op een afdeling met vrouwen die nogal wat gedragsproblemen vertoonden: ze automutileerden, vertoonden claimend gedrag, of gedroegen zich grensoverschrijdend. Ik had het idee dat ik anders op hen reageerde dan veel van mijn collega's. Die waren nogal veroordelend naar de patiënten. Dat leek mij niet de meest adequate manier om met hun gedrag om te gaan. Ik wilde er meer van weten, er meer van begrijpen en onderzoeken wat de beste aanpak was. Daarom besloot ik na de afsluiting van de MBO ook nog de B-opleiding te volgen. Dit voornemen wekte om mij heen grote verbazing. Een B-diploma behalen was in linkse kringen ook jaren na de rellen om Dennendal niet bepaald populair. Gelukkig heb ik me daar niet door laten beïnvloeden. Na wat sollicitaties vond ik van alle inrichtingen in mijn regio de sfeer op Huize Padua te Boekel het prettigst. Dat kwam waarschijnlijk ook omdat het een katholieke instelling was. In Wolfheze was van mij geëist dat ik met de protestants-christelijke patiënten moest meebidden. Dat wilde ik niet. Ik wilde hun bidden best respecteren, maar op bevel meebidden ging me te ver.

Ik ben nog steeds erg tevreden over de B-opleiding die ik op Padua gehad heb. Alleen al het model van de B-opleiding, met het zelfstandig wonen, een salaris verdienen en onderwijl een vak leren vond ik geweldig. Wat ik daarnaast ook goed vond was dat ik een praktijkbegeleider kreeg toegewezen die mij drie jaar lang bleef volgen. Deze man keek goed hoe ik was, hoe ik me ontwikkelde en wat ik nog moest leren. Misschien hadden ze op Huize Padua wel gewoon direct door dat ik, ondanks mijn MAVO-diploma, met wat extra aandacht een heel eind zou komen. Wij moesten steeds zes weken aaneen werken en kregen dan weer een week les van ervaren personeelsleden: psychiaters, psychologen, de huisarts en verpleegkundigen. Theorie en praktijk sloten naadloos op elkaar aan. Voor psychiatrie kregen we Hoofdsom der Psychiatrie en Neurosenleer van P.C. Kuiper. Het Opleidings Praktijk en Oefenboek vond ik nuttig. Je kon exact bijhouden wat je al geleerd had en wat je nog moest ontwikkelen. De verpleegkundigen die ons begeleidden waren trots op hun vak. Jos Verdel, een religieuze broeder, droeg vol vuur uit dat het op het terrein van een inrichting het belangrijkste was dat je als verpleegkundige de patiënten het gevoel gaf dat je hen zag staan: dat je hen begroette als je ze tegenkwam en even stil stond om een praatje met hen te maken. Ik dacht wel eens, 'nou, als dat alles is...' Maar achteraf moet ik zeggen dat dit inderdaad het allerbelangrijkste is wat hij mij geleerd heeft: tijd maken en aandacht geven aan de patiënten beschouw ik nog altijd als de basis van mijn vak. Ook zie ik hem nòg de woorden 'holistische verpleegkunde' op het bord schrijven. We werden er dus zeer van doordrongen dat de mens méér is dan ziekte alleen. Geest, Lichaam en Omgeving werden benadrukt en ook was er aandacht voor zingeving. Gaandeweg hebben al deze aspecten voor mij natuurlijk meer betekenis gekregen, omdat ik ouder werd, meer levenservaring kreeg en steeds beter ging snappen wat er precies mee bedoeld werd.

Ook het verpleegkundig werk zelf vond ik interessant. Ooit werkte ik bijvoorbeeld op een verblijfsafdeling met twintig mannen. Daar waren een aantal mensen bij met schizofrenie en de daarbij ontstane defecten. Ik vond dit heel bijzondere mannen, ieder met een eigen verhaal. Ik zag hun zorgbehoefte wel, maar vond het vooral prachtig en ook heel leerzaam om met hen om te gaan.

Die omgang vraagt namelijk geduld, grote interesse en inlevingsvermogen. Ik leerde om steeds weer te checken of wij wel datgene boden wat zo'n man zelf wenste of nodig had, in plaats van onze interpretatie daarvan. Slechts enkele mensen vond ik lastig om mee om te gaan, omdat ik wist dat daarmee erg veel aan de hand was of omdat ze voortdurend de grens van het toelaatbare opzochten. Toch kwam ik daar altijd wel uit. Deze bewoners leerden mij immers ook om mijn eigen grenzen te kennen en kenbaar te maken. Ik kon dus mezelf bij hen blijven. Dat was belangrijk. Bovendien was er altijd de mogelijkheid om even met iemand te overleggen. Dat voelde over het algemeen ook wel veilig.

Huize Padua was een vrij hechte en betrokken gemeenschap. Wij vonden het als leerlingen geen probleem als we eens terug moesten komen in vrije tijd, om een afdelingsfeest of een hoogtijdag goed te laten verlopen. De reden daarvoor was, dat we als collega's doorgaans onderling bevriend waren. In de vrije tijd iets met de patiënten doen was voor ons dus geen straf. Dat vonden we zelf ook gezellig. Na mijn opleiding kreeg ik per direct een baan in Huize Padua aangeboden. Toch heb ik die na twee jaar vaarwel gezegd. De besloten cultuur van deze instelling met de bijbehorende sociale controle en patriarchale trekjes begon me te irriteren. Naarmate ik me meer bewust werd van allerlei zaken ging ik mij verzetten tegen de behoudende opvattingen die er nog waren, zoals die over de rol van mannen of vrouwen. Ook de machtsverschillen tussen patiënten en hulpverleners stoorden mij. Ik streed tegen ongelijkheid.

Ik ging ook weg omdat ik weer wilde leren. Ik heb me toen ingeschreven op de dagopleiding tot sociaal-psychiatrisch verpleegkundige aan de Katholieke Hogere School voor Verpleegkundigen te Nijmegen. Daar werd ik toegelaten op basis van mijn B-diploma en twee jaar werkervaring als gediplomeerde. De studiebeurs die ik kreeg, was geen vetpot, maar ik kon mijn inkomsten natuurlijk incidenteel aanvullen met geld dat ik verdiende met af en toe invallen in de zorg. Ik kwam terecht in een lesgroep van ongeveer vijftien mensen vanuit het hele land. Sommigen wilden bedrijfsverpleegkundige worden, anderen wijkverpleegkundige, sommigen net als ik sociaal-psychiatrisch verpleegkundige. We volgden een gemeenschappelijk basistraject, met daarbovenop een aantal keuzevakken die specifiek waren voor het werkveld van onze keuze. Wat ik vooral leerde was hoe je gesprekstechniek inbedt in een hulpverleningsrelatie, plus een paar specifieke communicatiestrategieën zoals de directieve en de paradoxale aanpak en de uitgangspunten van de systeemtherapie. De gesprekstechniek was voor mij het belangrijkst: contact leggen, een werkrelatie aangaan, samenwerken met de patiënt, doorvragen, de hulpvraag verduidelijken, teruggeven en checken, systematisch werken. Hóe ik dat precies leerde kan ik niet zeggen. De Hogere School gebruikte vaak readers met artikelen uit allerlei richtingen, al waren er een paar standaardwerken die je niet mocht missen, zoals die van de sociaal psychiaters Marius Romme, Jack Jenner en Berthold Gersons, en de verpleegkundige theoretici Bien van den Brink-Tjebbes en Dorothea Orem.

Ik liep stage op de Riagg Rivierenland. Ooit had ik daar een casus die een markeringspunt voor mij vormde. Er kwam een boerin op spreekuur met haar dochter, die verpleegkundige was. Die was ongeveer net zo oud als ik. De verpleegkundige was na thuiskomst uit een buitenland plotseling suïcidaal geworden. Het gezin was zwaar gereformeerd; de vader wilde helemaal geen contact met de hulpverlening en de beide bezoeksters stonden hier eveneens zeer huiverig tegenover. Mijn opdracht was contact met moeder en dochter te maken en het meisje te motiveren voor de hulpverlening. Ik ben heel rustig naar hen gaan luisteren. Ik wilde eerst weten: 'Wie zijn deze men-

sen, wat beweegt hen, wat willen zij, wat zou het beste aansluiten op hun hulpvraag?' Op grond van deze anamnese besloot ik hen door te verwijzen naar de Gereformeerde Landelijke Instelling voor Geestelijke Gezondheidszorg. Kortom: ik zag hun probleem, maar besefte dat noch ik, noch iemand anders van onze RIAGG dit zou kunnen oplossen en dat ik hen beter kon doorverwijzen. Deze mensen waren mij zó dankbaar dat ze mij een Bijbel cadeau gaven. Die ligt nog steeds bij mij thuis op een mooie plaats; ik ben er echt trots op. Ook mijn begeleiders waren heel tevreden dat ik met deze mensen het gesprek gaande heb weten te houden. Ze zijn ook echt bij een gereformeerde hulpverleningsinstelling terecht gekomen.

Toen ik in 1991 mijn SPV-diploma behaalde was er weinig werk. Wat te doen? Ik had niet erg veel zin in een baan bij de RIAGG want destijds zaten alle SPV-en de godganselijke dag in een kantoor en dat trok me helemaal niet. Ik heb toen besloten een paar jaar te gaan werken bij de Maatschappelijke Opvang in Nijmegen: een soort crisisopvang waar ze twintig individuen en twaalf gezinnen konden herbergen. Het werd een interessante tijd: ik zag wel eens oude bekenden van school die wèl drugs gebruikt hadden en dan prees ik mezelf gelukkig dat ik er nooit aan begonnen was. Van de psychologen en maatschappelijk werkers daar heb ik het echte sociaal-psychiatrische handwerk geleerd: hoe je contact legt en onderhoudt met de politie, de gemeente, de sociale dienst enzovoorts. Ik kreeg (opnieuw) supervisie en leerde alles wat ik deed goed te verwoorden. Een lastige casus hier was een man met borderline-problematiek die zeer ernstig acting out gedrag vertoonde. Mijn collega's waren allemaal een beetje bang voor die man. Die angst had ik niet. Ik had genoeg ervaring in de psychiatrie om op hem af te kunnen stappen en hem te confronteren met de mogelijkheden, maar ook met de beperkingen van de maatschappelijke opvang. Uiteindelijk is daardoor een vertrouwensrelatie tussen ons gegroeid en bleef die man ook daadwerkelijk 'van de straat'. Hij bleef bij ons opgenomen en kon zodoende rustig een meer ingrijpende opname in een therapeutische gemeenschap voorbereiden.

Naast het werk in de Opvang werkte ik elke week acht uur bij Rivierenland als freelancer in de ziektedienst, om mijn netwerk te onderhouden en met het oog op mijn verdere loopbaan. Uiteindelijk heb ik zo in 1994 toch bij de RIAGG Arnhem (later: Gelderse Roos) gesolliciteerd en werd aangenomen. Daar kreeg ik in 1996 de kans de Voortgezette Opleiding tot SPV te volgen in Utrecht. Die opleiding leerde mij met grote afstand naar mijn eigen functioneren te kijken: 'Wat doe ik, waarom en hoe doe ik dat en hoe zou ik deze aanpak binnen een theoretisch kader kunnen plaatsen en daardoor beter verantwoorden?' Ik vind zelf dat ik best een eind gekomen ben, simpelweg door me steeds de affiche van 'Marie, word wijzer' voor ogen te stellen. Steeds opnieuw heb ik weer andere opleidingen gevolgd. Bovendien ben ik van 2001 tot 2005 voorzitter geweest van de Nederlandse Vereniging voor Sociaal Psychiatrische Verpleegkundigen. Dat waren tropenjaren.

In 2004 kreeg ik een andere baan en ik werk nu als coördinator consultatie GGZ in de eerste lijn. Mijn taak is ervoor te zorgen dat de specifieke deskundigheid van de GGZ beschikbaar komt in de eerstelijnsgezondheidszorg zodat deze versterkt wordt en alle betrokkenen rondom een cliënt met elkaar samenwerken en diens belang centraal stellen. Daarnaast werk ik als consulterend SPV in een aantal huisartsenpraktijken. Ik draai daar zelfstandig spreekuur. Dat is heel interessant werk. Regelmatig kom ik ook vrouwen tegen zoals ik, met als enige verschil dat zij toevallig níet het geluk hadden die affiche van 'Marie' te hebben gezien. Die vrouwen zijn opgebrand, en hebben last van angstklachten of depressieve klachten omdat ze na het opvoeden van hun kinderen zó hard werken

en zó veel geven in een klein baantje binnen de verpleeghuiszorg dat ze het niet meer aankunnen. Ik probeer hen te helpen zich bewust te worden van de omstandigheden waarin ze verkeren en help hen zoeken naar oplossingen die bij hen passen om te kunnen herstellen of zich verder te ontwikkelen. Ik ervaar dat als heel bevredigend en zinvol werk. In principe is aan mijn eigen waardering voor verpleegkundig werk in de psychiatrie door de jaren heen dus niets veranderd. Het is slechts de cultuur in de geestelijke gezondheidszorg die is veranderd. Vandaag de dag is er een dikke laag managers die zichzelf aan het werk houdt. Dat is storend. Dat ze er zijn ligt aan de schaalvergroting. Een leuker effect van de schaalvergroting is dat vandaag de dag veel meer onderzoek gedaan wordt naar de effectiviteit van interventies in de psychiatrie. Immers: als de schaal van een organisatie groter wordt, moeten diverse mensen bij elkaar in de keuken kijken. Ook komen door de bundeling van krachten meer middelen beschikbaar om onderzoek te doen en te verantwoorden wat we doen.

De schaalvergroting heeft dus, net als alle andere dingen in het leven, twee kanten. Ook iedere cliënt is uniek en bijzonder met sterke en minder sterke, leuke en minder leuke kanten. Ieder mens heeft recht op kwaliteit van leven en wat dat is, ligt voor iedere persoon weer anders. Het is de taak van ons als hulpverleners daarop aan te sluiten en hen precies die voorlichting en uitleg te geven waar zij behoefte aan hebben. Deze kennisvermeerdering kan hen helpen om andere keuzes te maken die op korte of lange duur hun kwaliteit van leven verbeteren. In de op productiecijfers gerichte bedrijfscultuur van de geestelijke gezondheidszorg anno 2007 is er echter niet altijd genoeg tijd om zo ver te gaan in het leveren van 'zorg op maat'. Ik betreur het dan ook dat gedurende de laatste vijf jaar, zeg maar na de dood van Pim Fortuyn, de bereidheid om te investeren in psychiatrische patiënten zo is afgenomen. De polarisering binnen onze multiculturele samenleving maakt de mensen bang voor iedereen die 'anders' is dan de norm. Samen met nog enkele andere afwijkende groepen zijn juist psychiatrische patiënten dan al gauw het kind van de rekening. Ik betrap mezelf er de laatste tijd wel eens op dat ik met weemoed denk aan die tijd op Huize Padua: de betrokkenheid tussen personeel en patiënten die ik daar heb ervaren was nog niet zo gek.

De verpleegkunde: professionalisering ten tijde van deregulering

De ontwikkelingen in de opleidingen van psychiatrisch verpleegkundigen tussen 1986 en 2005 leken haaks te staan op die in hun beroepsuitoefening en -organisatie.[324] Als gevolg van hun integratie in de nieuwe algemene opleiding tot 'generiek verpleegkundige' verdwenen specifieke opleidingen, zoals die tot psychiatrisch verpleegkundige en sociaal-psychiatrisch verpleegkundige. Europese regelgeving en de Wet BIG, die alleen de 'verpleegkundige' erkenden, luidden het eind in van de titel psychiatrisch verpleegkundige. Tegelijkertijd onderging het takenpakket van 'de verpleegkundige in de GGz', waarvan vanaf 1996 sprake was, een duidelijke profilering als gevolg van nieuwe wetgeving (vooral met betrekking tot de rechtspositie van de patiënt en het tuchtrecht voor verpleegkun-

324 Met dank aan G.J.C. aan de Stegge, die de basistekst voor deze paragraaf leverde.

digen), deconcentratie van psychiatrische ziekenhuizen, schaalverkleining van afdelingen en zorgvernieuwingsprojecten.[325] Zoals de loopbaan van Jeanne Derks illustreert, ging de verpleegkundige op steeds meer plaatsen in de (geestelijke) gezondheidszorg een centrale rol vervullen als indicatiesteller, consultant of coördinator van zorg, onder meer in de psychiatrische intensieve thuiszorg, als 'GGz-verpleegkundige' bij de huisarts, als consultatief verpleegkundige op de psychiatrische afdeling van het algemene ziekenhuis of in het verpleeghuis.[326] In dergelijke functies hadden verpleegkundigen juist zeer specifieke kennis nodig en moesten zij vaak zelfstandig beslissingen nemen. De grotere verantwoordelijkheid van verpleegkundigen op de werkvloer stond in schril contrast met hun afnemende invloed op het beleid van de steeds grootschaliger zorginstellingen. Verpleegkundigen namen nog maar zelden een leidinggevende positie in en naar hun idee nam de afstand tussen het beleid op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg en hun beroepspraktijk toe.[327] Teneinde greep te houden op hun werksituatie, een tegenwicht te bieden tegen het streven naar uniformering van de verpleegkunde en voldoende aandacht te krijgen voor hun specialisatie in de verpleegkundige wereld richtten psychiatrisch verpleegkundigen beroepsverenigingen op, sinds 2000 verenigd in de Federatie Verpleegkunde in de GGz in oprichting.[328]

Om deze ontwikkelingen te verhelderen, moeten we terug naar het begin van de jaren tachtig. In reactie op het kabinetsbesluit van 1980 om het inservice-onderwijs op termijn af te bouwen ten gunste van dagonderwijs, riep staatssecretaris van Volksgezondheid en Milieuhygiëne E. Veder-Smit binnen de directie Gezondheidszorg Beroepen en Opleidingen een speciale afdeling Verplegende en Verzorgende Beroepen en Opleidingen in het leven. Hiermee deed zich medio jaren tachtig een tweede beleidsinstantie gelden naast de in 1975 opgerichte Commissie Opleiding Ziekenverpleging-B van de Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid.[329] Doordat op het ministerie geen ambtenaren met een psychiatrisch verpleegkundige achtergrond werkten, bestond daar weinig begrip voor de B-opleiding.[330] Onder invloed van Europese regelgeving en de komende Wet BIG voer de directie Gezondheidszorg Beroepen en Opleidingen een koers die was gericht op de uniformering van de diverse verpleegkundige opleidingsregelingen in Nederland.[331] Binnen de Wet BIG zouden geen A-, B-, of

325 Piepenbrink 1986; De Vries 1986; Vermeeren et al. 1991; Verpleegkundige Staf St. Elisabethsgasthuis/Brinkgreven 1996.

326 Smit 1992; Vesseur 1997; Van Dijk et al. 1998; De Leeuw en Raben 1999; Boomsma, Dingemans en Van den Heuvel 1999; Bosman en De Lange 2002.

327 Werner 1991; Kapteijns, Debbaut en Koopman 1993; Van Dijk et al. 1998; Kingma 2002.

328 Pol 1997; Raben 2002. De federatie zou in 2007 als 'vakcommissie GGz' opgaan in een nog grotere organisatie: Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland.

329 Zie 4.4, paragraaf 'De psychiatrische verpleging: een vak voor iedereen?'

330 Informatie van onderwijskundige E.W.F. Luder; Notulen Commissie OZB, 6 augustus 1980. Archief G.J.C. aan de Stegge.

331 Mondelinge informatie van B.H. de Rave tijdens gesprek met G.J.C. aan de Stegge, d.d. 20-12-2001.

Z-verpleegkundigen erkend worden, doch slechts breed inzetbare 'verpleegkundigen', die op basis van een gemeenschappelijke basisopleiding gemakkelijk zouden kunnen wisselen tussen diverse sectoren in de gezondheidszorg. De nieuwe wet onderscheidde twee beschermde en onder het verpleegkundige tuchtrecht vallende titels: de 'verpleegkundige artikel 3' met een mbo-, hbo- of inserviceopleiding, en de 'verpleegkundig specialist artikel 14' met een opleiding op masterniveau.

Het deskundigheidsgebied van de artikel 3 verpleegkundige bestond uit het verrichten van handelingen op het gebied van observatie, begeleiding, verpleging en verzorging alsook het in opdracht van een andere beroepsbeoefenaar verrichten van handelingen die aansloten op diens diagnostische en/of therapeutische werkzaamheden. In de Wet BIG was voor verpleegkundigen een zogenaamde 'functionele zelfstandigheid' voorzien: een regeling voor beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg die weliswaar niet zelfstandig bevoegd waren, maar in de praktijk toch met een grote mate van zelfstandigheid aan hen opgedragen 'voorbehouden handelingen' verrichtten. Hierbij ging het vooral om handelingen waarbij in het lichaam van de patiënt werd doorgedrongen: injectie, punctie, katheterisatie of vergelijkbare ingrepen. Specifiek voor de psychiatrie relevante handelingen, zoals het toepassen van dwangmiddelen en -maatregelen, kwamen echter niet voor in de wetstekst. Voor de titel van de nog te creëren 'verpleegkundig specialist artikel 14' zou een erkende specialistische opleiding op een deelgebied van de verpleegkunde vereist zijn. Op basis van een zelfstandige behandelrelatie met de patiënt was deze bevoegd diagnoses te stellen, te indiceren en te beslissen over uit te voeren interventies binnen het eigen deskundigheidsgebied. Ook zouden anderen rechtstreeks patiënten naar een verpleegkundig specialist kunnen verwijzen. In 2004 keurde het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport de regeling voor het aanvragen van een verpleegkundig specialisme goed en werd de nationale koepelorganisatie van verpleegkundige en verzorgende beroepsorganisaties, de Algemene Vereniging van Verpleegkundigen en Verzorgenden, belast met de opdracht een College Specialismen Verpleegkunde te installeren.[332]

Teneinde wederzijdse erkenning van verpleegkundige diploma's en onderlinge uitwisseling van verpleegkundigen mogelijk te maken tussen de lidstaten van de Europese Gemeenschap werden vanaf het eind van de jaren zeventig Europese richtlijnen opgesteld met betrekking tot de algemene verpleegkundige opleiding. Aanvankelijk kwam de Nederlandse verpleegkunde hieraan niet tegemoet. Zo voldeden alleen de mbo- en hbo-opleidingen in het dagonderwijs, die begin jaren tachtig nog slechts een fractie van de Nederlandse verpleegkundigen opleidden, aan de verplichting om 1535 uur theoretisch onderwijs aan te bieden. Aangezien het theoriedeel van de inservice-opleidingen aanpassing behoefde,

332 Sindram 1997; Verpleegkundige Beroepsstructuur en Opleidings Continuüm 2006, 22-24; Algemene Vereniging van Verpleegkundigen en Verzorgenden 2004.

werkte de directie Gezondheidszorg Beroepen en Opleidingen van het ministerie, die de eindverantwoordelijkheid voor de ontwikkeling van leerplannen naar zich toetrok, vanaf 1983 aan een 'algemene regeling voor inservice-opleidingen'.[333]

Tegelijkertijd stagneerde de toestroom van nieuwe leerlingen, onder meer als gevolg van het dalend geboortecijfer vanaf 1965, de onzekerheid over het voortbestaan van de inservice-opleiding en de aantrekkingskracht van andere, nieuwe deelterreinen in de zorg, zoals sociaal-pedagogische hulpverlening of activiteitenbegeleiding. Om het dreigende tekort aan gediplomeerde verpleegkundigen in de psychiatrie en verpleeghuiszorg op te vangen en vanwege de achterblijvende capaciteit van de mbo- en hbo-opleidingen drong de Nationale Ziekenhuisraad in 1985 aan op een intensivering van de werving van inservice-leerlingen, niet alleen onder jongeren, maar ook onder werkloze volwassenen.[334] Een jaar eerder had de vakbondsbestuurder P. Hijzen in het kader van de bestrijding van de (jeugd) werkloosheid voorgesteld om arbeidsduurverkorting gekoppeld aan onderwijsvernieuwing in te zetten als instrument om nieuwe, extra arbeidsplaatsen in de zorg te creëren.[335] Door het aantal uren theoretisch onderwijs in de inserviceopleidingen op te trekken, deze te laten vallen in een verlengde Beroeps Voorbereidende Periode waarin de leerlingen 'student' en geen 'werknemer' waren en hen een extra arbeidsduurverkorting op te leggen van twee uur per week, zouden de salarissen van inservice-leerlingen verlaagd kunnen worden, waardoor er geld vrijkwam voor minstens 6500 extra banen in de zorgsector. Ondanks alle kritiek op dit plan – vanuit de Inspecties voor de (Geestelijke) Volksgezondheid, de Nationale Ziekenhuisraad, het Nationaal Ziekenhuisinstituut en het dag- en inservice-onderwijs – werd het in 1985 onder de titel *WVC leerlingenplan* ondertekend door staatssecretaris Van der Reijden en de werkgevers- en werknemersbonden, om in het jaar daarop van kracht te worden.[336]

Voor de B-opleiding betekende de nieuwe regeling dat van de totale duur van 3 jaar en 4 maanden, bijna 1600 uren onder het theoretische deel, inclusief een stage en praktijkleerperiodes, kwamen te vallen. Vergeleken met de regeling van 1975 was ook de inhoud van de opleiding veranderd. Het accent verschoof van de sociaal-agogische vakken naar het vak verpleegkunde met een eigen aandachtsgebied: 'het ondersteunen en/of overnemen van zelfzorg.'[337] In navolging van vooral

333 Notulen 29-11-1983. Commissie Opleiding B-ziekenverpleging. Archief G.J.C. aan de Stegge.

334 Nationale Ziekenhuisraad 1985, 26.

335 Mondelinge mededeling P. Hijzen tijdens interview door G.J.C. aan de Stegge met P. Hijzen, d.d. 1-6-2004; vergelijk Van Hall 1986.

336 Brief van de Geneeskundig Hoofdinspecteur van de Volksgezondheid, W.J.Chr. van Gestel en de Geneeskundig Hoofdinspecteur voor de Geestelijke Volksgezondheid, J.B. van Borssum Waalkes, aan de staatssecretaris van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, d.d. 26-2-1985, kenmerk GHI/VVB 182515, semistatisch archief van het Ministerie van VWS, directie GBO, 1.772.531; Hogewind en Van der Windt 1986; Commissie Opleiding Ziekenverpleging B, notulen 4-6-1984. Archief G.J.C. aan de Stegge; Nationale Raad voor de Volksgezondheid 1984; Le Grand-van den Boogaard 1988; Willemse 1985, 6-9.

337 Werkgroep Herziening B-opleiding 1986, 5; zie ook 4.4, paragraaf 'De psychiatrische verpleging: een vak voor iedereen?'

Amerikaanse theorieën over verplegen won het idee terrein dat de verpleegkundige moest aansluiten op wat de patiënt nog wel kon (het 'gezonde stuk') in plaats van op wat deze niet meer kon (het 'zieke stuk').[338] Op basis van dit uitgangspunt werden binnen de B-opleiding vijf interdisciplinaire 'leergebieden' onderscheiden: verpleegkunde, gezondheidsleer, ziekteleer, keuze-uren en tot slot methoden en technieken. De sociaal-agogische vakken, die in de regeling van 1975 de helft van alle theorie-uren opeisten, kregen nu als onderdeel van 'methoden en technieken', het leergebied dat al het onderwijs in verpleegtechnische, observatorische, organisatorische en communicatieve vaardigheden omvatte, veel minder aandacht.

Gelijktijdig met de nieuwe opleidingsregeling publiceerde de Werkgroep Herziening B-opleiding het *Beroepsprofiel van de psychiatrisch verpleegkundige*. Daarin verscheen de patiënt als 'cliënt', die vanuit een holistische mensvisie benaderd diende te worden als een mens met groeipotentie, een eigen leefomgeving en een eigen betekenisgeving. De verpleegkundige hulpverlening moest aansluiten bij diens waarden en individualiteit. De definitie van psychiatrische verpleegkunde bleef de definitie van J.A.M. Kerstens uit 1974, waarin de nadruk lag op de verpleegkundige begeleiding van de patiënt van afhankelijkheid naar onafhankelijkheid. Daarnaast werd het vak in het *Beroepsprofiel* omschreven als 'de leer omtrent het communiceren met mensen, die blijvende of tijdelijke tekorten vertonen in hun communicatief vermogen'. De psychiatrisch verpleegkundige zou zich vooral moeten richten op geestelijke, psychologische en sociale factoren en de invloed daarvan op psychische en somatische ziektetoestanden. Voor het vaststellen van 'zelfzorgtekorten' dienden niet alleen de 'problemen' maar ook de 'behoeften, verlangens en doelstellingen' van de cliënten aandacht te krijgen.[339]

Niettegenstaande de accentverschuiving in de opleiding stond in het *Beroepsprofiel*, evenals in de regeling van 1975, de communicatie met de patiënt voorop. Op deze wijze probeerden de docenten in de Werkgroep Herziening B-opleiding zo veel mogelijk vast te houden aan de eigen identiteit van de psychiatrische verpleegkunde. Daar kwam nu het methodisch werken en rapporteren bij. De diagnose van zelfzorgtekorten diende te leiden tot 'omschreven verplegingssituaties' waarin de verpleegkundige activiteiten ontplooide om de vastgestelde 'zelfzorgtekorten' op te heffen of 'zelfzorgactiviteiten' te ondersteunen. Daarbij moest hij of zij het tussenmenselijke contact tussen zichzelf en de cliënt als een 'therapeutische relatie' hanteren en daarbij reflecteren op de eigen reacties, de eigen normen en waarden, en de kwaliteit van de interactie met de cliënt. Behalve vorm en inhoud geven aan de relatie met de cliënt en aan diens leefmilieu zou een gediplomeerd B-verpleegkundige ook in staat moeten zijn om te functioneren binnen een organisatorische structuur, zoals die van het psychiatrisch ziekenhuis, en om

338 Orem 1986; Townsend 1990; Gordon 1995.

339 Werkgroep Herziening B-opleiding 1986, 2, 5-6 en 10.

nieuwe verpleegkundige inzichten en ontwikkelingen toe te passen.[340] Op deze manier stond de nieuwe B-opleiding volgens de directie Gezondheidszorg Beroepen en Opleidingen op hetzelfde niveau als een hbo-opleiding.[341]

Voor de verpleegkundigen in psychiatrische ziekenhuizen betekende de nieuwe regeling een taakverzwaring.[342] Het methodisch werken vereiste een tijdrovende registratie van 'zelfzorgtekorten' in zogenaamde 'verpleegplannen'. Daarnaast kregen gediplomeerden de taak om leerlingen 'methodische praktijkbegeleiding' te bieden en moesten zij zich hiervoor didactisch bijscholen.[343] Niet alleen het theoriegedeelte, maar ook het praktijkleren was uitgebreid. De talrijke evaluatie- en beoordelingsmomenten vroegen veel tijd van begeleiders en leerlingen. Tegen deze achtergrond worden de gestaag toenemende klachten van patiënten en de Inspectie over 'kantoortjesverpleging' enigszins begrijpelijk. Ook krijgt de groeiende onvrede onder verpleegkundigen, die in 1988 tot uitbarsting kwam en in 1989 tot massale CAO-demonstraties leidde, enig reliëf.[344] Met steeds minder werkkrachten moesten zij steeds meer en complexer wordende taken verrichten, terwijl het salaris gelijk bleef en dat van leerlingen zelfs daalde. Daar kwam nog bij dat er veel onzekerheid heerste over de toekomst van de B-opleiding. Het was immers de bedoeling om al het verpleegkundig onderwijs aan dagonderwijsinstellingen over te dragen.

In 1987 kwam opnieuw een ingrijpende vernieuwing in de B-opleiding tot stand. Deze door de Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid afgekondigde wijziging hing samen met het streven 2000 bedden in psychiatrische ziekenhuizen om te zetten in plaatsen in beschermende woonvormen.[345] De Inspectie kondigde aan dat de B-opleiding verpleegkundigen moest scholen voor werkplekken in zowel de psychiatrische ziekenhuizen als de beschermende woonvormen. (Tot dan toe waren de laatste instellingen vooral het werkterrein van de meest ervaren B-verpleegkundigen.) Voor het eerst in de twintigste eeuw werd werk op een andere plek dan het psychiatrisch ziekenhuis zo ook een onderdeel van de B-opleiding en daarmee een regulier onderdeel van het gewone psychiatrisch verpleegkundig beroep. De B-opleiding moest stageplaatsen gaan realiseren binnen beschermende woonvormen.[346] Inspecteur S. Bangma wees er nog eens extra op

340 Directoraat-Generaal voor de Volksgezondheid, directie GBO, afdeling Verplegende en Verzorgende Beroepen en Opleidingen (1986), Publicatie van een besluit van 2-1-1986, nr. 57981, tot invoering van de nieuwe Regeling Opleiding Diploma B-verpleegkundigen 1986. Zie *Nederlandse Staatscourant* 23 januari 1986, 13-14; Werkgroep Herziening B-opleiding 1986.

341 Brief H.R.G. Veldkamp van het ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, afdeling GBO, aan Ministerie van Onderwijs en Wetenschappen, kenmerk nr. 401512, DGVGZ/GBO/VVBO, archief Permanent Advies Orgaan B-opleiding, stuk behorend bij de vergadering van 27-4-1986, 2. Archief G.J.C. aan de Stegge.

342 Ward 1987; Townsend 1990; Arnoldus 1992.

343 Brief H.R.G. Veldkamp aan de directies van zorginstellingen betreffende Cursussen praktijkleiding verpleegkundigen en ziekenverzorgenden, 17-4-1986, DG/ VGZ/GBO/VVBO 402295. Archief G.J.C. aan de Stegge.

344 Notermans 1989, 4.

345 Notulen Permanent Advies Orgaan B-opleiding, 9-9-1987. Archief G.J.C. aan de Stegge.

346 Notulen Permanent Advies Orgaan voor de B-opleiding, 7-1-1987. Archief G.J.C. aan de Stegge

dat deze instellingen met hun kernfuncties huisvesting en begeleiding nieuwe eisen aan de verpleegkundige opleiding stelden.

> ——— *Noodzakelijke leersituaties zijn leersituaties betrekking hebbende op de instandhouding en stimulering van een woonklimaat, en aan de andere kant een attitude-aspect dat zich kort laat samenvatten in 'verantwoord niets doen' en 'leren verplegen met de handen op de rug'.*[347]

Psychiatrisch verpleegkundigen moesten zich hierdoor voortaan sterker richten op zorgverlening aan chronische patiënten en zich intensief bezighouden met de theorie en de methodiek van 'rehabilitatie' en 'casemanagement'.[348] Beide benaderingen brachten een zelfstandiger beroepsrol voor verpleegkundigen met zich mee.[349] Casemanagement hield in dat verpleegkundigen samenwerking bewerkstelligden tussen alle betrokkenen (diverse andere hulpverleners, familieleden, relevante 'buitenpersonen' en de cliënt zelf) en daarbij rekening hielden met alle perspectieven.[350] In de jaren negentig zouden verpleegkundigen in het kader van het streven naar een functionele ordening van de geestelijke gezondheidszorg de rehabilitatietheorie aangrijpen om de rol te claimen van 'eindverantwoordelijk verpleegkundig specialist' bij uitbehandelde patiënten. Bij een dergelijke grotere verantwoordelijkheid zou ook een salarisverhoging op zijn plaats zijn.[351]

Zoals eerder aangegeven stonden bovengenoemde innovaties en de profilering van de B-opleiding op gespannen voet met het beleidsvoornemen van de overheid om deze op termijn af te bouwen. Uit een in opdracht van staatssecretaris Simons van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur en minister J.J.M. Ritzen van Onderwijs en Wetenschappen uitgevoerd onderzoek naar de kosten van de voorgenomen omschakeling van inservice- naar dagonderwijs kwam in 1989 echter naar voren dat deze niet 'budgettair neutraal' haalbaar was.[352] Daarop besloten zij dat zij het Kabinetsbesluit van 1980 niet zouden uitvoeren en spraken zij het voornemen uit alle bestaande opleidingssystemen te behouden. Daarmee leek de overdracht van het inservice-onderwijs naar het Ministerie van Onderwijs van de baan. Door middel van de financiering van regionale 'samenwerkingsexperimenten' vanaf 1991 hoopten de bewindslieden langs geleidelijke en decentrale weg een 'samenhangend opleidingsstelsel voor verpleegkundigen en verzorgenden' tot stand te brengen.[353] Een en ander had tot gevolg dat het nog zes jaar onduide-

347 Notulen Permanent Advies Orgaan voor de B-opleiding, *9-9-1987*. Archief G.J.C. aan de Stegge.

348 Zie Van Heeswijk en Lemmens 1990; Lensen en Beetsma 1998; Klungers 2002.

349 Zie Meillo 1991a en Meillo 1991b; vergelijk Holman 1986, 70.

350 Lemmens 1990.

351 Wesselink 1997; Klungers 2002; Meurs en Meillo 1994.

352 Janssen en Langerak 1989, 17.

353 Brief van M.F. Hulsbosch-Smulders, directeur van de Vereniging van Opleidingsinstituten voor verplegende en verzorgende beroepen aan de vertegenwoordigers van de lidinstituten van de VOVB, 13-3-1990. Stuk in Archief Permanent Advies Orgaan B-opleiding. Archief G.J.C. aan de Stegge; Minister van Onderwijs en Wetenschappen J.M.M. Ritzen en staatssecretaris van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur H.J. Simons aan de Tweede Kamer, 9-5-1990, Kenmerk DGVGZ/GBO/OZ-527269. Archief G.J.C. aan de Stegge.

lijk bleef via welke leerweg (een inservice- of een dagopleiding) een jongere het best verpleegkundige kon worden.

Intussen daalde het aantal jongeren dat zich daadwerkelijk aanmeldde voor enige verpleegopleiding sterk. De instroom in de B-opleiding nam af van bijna 1100 in 1985 tot nog geen 500 in 1996, terwijl het aantal geslaagden terugliep van bijna 800 in 1985 naar ruim 570 in 1996 en naar circa 280 in 1998.[354] Van de afgestudeerde mbo- en hbo-verpleegkundigen koos hooguit 8 procent – in 1996 nauwelijks meer dan 200 – voor een werkplek in de geestelijke gezondheidszorg.[355] Het leek erop dat het aantal gediplomeerden volstrekt ontoereikend zou zijn om te voldoen aan de behoefte aan verpleegkundigen in de psychiatrie. Verpleegkundigen en werkgevers zagen de toekomst somber in.

In 1997 werd de B-opleiding uiteindelijk opgeheven. In het nieuwe 'samenhangend opleidingsstelsel voor verpleegkundigen en verzorgenden' vond het theoretisch onderwijs plaats op mbo- dan wel hbo-scholen, die onder verantwoordelijkheid vielen van het Ministerie van Onderwijs en Wetenschappen. Het leren in de praktijk bleef de taak van de onder het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport vallende zorginstellingen. Behalve tussen het mbo- en hbo-niveau konden studenten per opleiding ook kiezen tussen twee verschillende 'leerwegen': een beroepsopleidende leerweg, waarbij de praktijkcomponent de vorm had van stages in een of meer zorginstellingen, en een beroepsbegeleidende leerweg, waarbij het praktijkgedeelte gestalte kreeg binnen een leerarbeidsovereenkomst met een of meer zorginstellingen.[356] Alle varianten leidden tot de generieke titel 'verpleegkundige' volgens artikel 3 van de Wet BIG. Voor de specifieke opleidingseisen van de in de geestelijke gezondheidszorg werkende verpleegkundigen zou het in 1990 opgerichte Centraal Orgaan Nascholing en Opleiding (CONO) in de geestelijke gezondheidszorg een belangrijke instantie worden. Dit was een corporatistisch opgezet orgaan waarin beroepsgroepen, werkgevers, onderwijsinstellingen en financiers onderlinge afspraken maakten over de hoeveelheid te financieren opleidingsplaatsen voor de nascholing van bepaalde beroepen in de geestelijke gezondheidszorg.[357] Eveneens in 1990 kwam er een eind aan het toezicht van de Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid op de psychiatrisch verpleegkundige opleidingen.[358]

Aangezien de oprichting van het CONO was voortgevloeid uit een advies over het opleidingsbeleid binnen de Riaggs, waren de enige verpleegkundigen die vanaf het begin in dit orgaan zitting hadden sociaal-psychiatrisch verpleegkundigen. De hbo- en de tweejarige voortgezette opleidingen voor deze specialisatie golden als een vorm van 'nascholing', omdat deze vaak na de voltooiing van

354 Gerritse en Van der Windt 1991, 87; Van der Windt, Calsbeek en Hingstman 1998, 50, tabel 6.1; Van der Windt et al. 2000, 45-46; Calsbeek et al. 2001.

355 Van der Windt et al. 2000, 46, tabel 6.2.

356 Heitink en Teluy 1995, 24.

357 Afschrift van de acte van oprichting inzake Stichting CONO, Zoetermeer 19-12-1996, Blad 1. Archief G.J.C. aan de Stegge.

358 Notulen Permanent Advies Orgaan B-opleiding, 13-9-1989 en daarna. Archief G.J.C. aan de Stegge; Van Deelen 1992.

een B-opleiding werden gevolgd. De in 1979 opgerichte Nederlandse Vereniging van Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundigen (NVSPV) anticipeerde op het nieuwe verpleegkundig opleidingsstelsel waarin naar verwachting geen plaats meer zou zijn voor een aparte hbo-opleiding tot sociaal-psychiatrisch verpleegkundige na het behalen van een algemeen diploma hbo-verpleegkunde. De vereniging stelde dat de leerstof van de algemene hbo-opleiding volstrekt onvoldoende was om de studenten toe te rusten voor een zelfstandige en verantwoordelijke functie in de crisis- en preventieafdeling van een Riagg. Daarom zou de tweejarige voortgezette opleiding op termijn omgezet moeten worden in een driejarige specialistische opleiding tot sociaal-psychiatrisch verpleegkundige. Het CONO nam dit advies eind 1995 over en zegde toe een opleidingscapaciteit van veertig plaatsen te financieren.[359]

Tegelijkertijd ondernam de voorzitter van het CONO, J.H. Dijkhuis, pogingen om ook de 'gewone' psychiatrisch verpleegkundigen aan de CONO-tafel te krijgen. Daartoe werd G.J.C. aan de Stegge benaderd. Zij was staffunctionaris voor de verpleging in Psycho-Medisch Streekcentrum Vijverdal te Maastricht en voorzitter van een netwerk van intramuraal werkzame verpleegkundigen, de Vereniging Staffunctionarissen In de Psychiatrie (STIP). Dit netwerk was tot stand gekomen naar aanleiding van het onderzoeksrapport *Verpleegkundigen zonder Uniform* (1988) van de verpleegkundigen E. Borgesius, J. de Lange en P. Meurs, die pleitten voor meer openheid en reflectie over gevoelige kwesties als het inzetten van dwangmiddelen, het omgaan met agressie, het reageren op doodswensen of suïcide(pogingen), het gebruik van macht, het omgaan met vragen van patiënten over seksualiteit, intimiteit en dergelijke. Het *Beroepsprofiel van de psychiatrisch verpleegkundige* schonk volgens deze onderzoekers te weinig aandacht aan de conflictueuze aspecten van de beroepspraktijk. Staffunctionarissen moesten verpleegkundigen steun bieden bij het oplossen van dilemma's en conflicten door vakinhoudelijke en ethische thema's aan de orde te stellen en intervisie te bieden.[360] Aangezien Aan de Stegge en andere staffunctionarissen in den lande hun taak als moeilijk ervoeren omdat veel verpleegkundigen meer belang leken te hechten aan de verbetering van de arbeidsvoorwaarden en een vermindering van de werkdruk, dan aan hun vakinhoudelijke ontwikkeling, besloten zij steun bij elkaar te zoeken door middel van regelmatige bijeenkomsten waarop beroepsinhoudelijke kwesties werden besproken. De Vereniging STIP, waarbij vrijwel alle psychiatrische ziekenhuizen zich aansloten, wist meer belangstelling te wekken voor de vakinhoud, onder andere door middel van de publicatie van een *Functieprofiel psychiatrisch verpleegkundige* en de organisatie van goed bezochte congressen

359 Centraal Orgaan Opleidingen Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundigen 1994; R. Bakker, stafmedewerker NVSPV, brief met respons op vragen over regeling verpleegkundig specialismen aan A.A.C. Vlaskamp van het LCVV, 3-1-1996. Archief CONO/COOV G.J.C. aan de Stegge.

360 Borgesius, De Lange en Meurs 1988; vergelijk Piepenbrink 1986 en Dassen 1989.

voor psychiatrisch verpleegkundigen.[361] Dit was overigens ook een gevolg van de loonsverhogingen na de CAO-acties in 1989 en de groeiende erkenning dat de positie van verpleegkundigen verbeterd moest worden.[362] Nadat Aan de Stegge in 1993 een positief advies had uitgebracht over participatie van psychiatrisch verpleegkundigen in het CONO en dit orgaan daarmee had ingestemd, kwam er eind 1994 met subsidie van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en het Nationaal Fonds Geestelijke Volksgezondheid naast de Vereniging STIP een voor alle psychiatrisch verpleegkundigen open staande 'nationale beroepsvereniging voor psychiatrisch verpleegkundigen' tot stand: de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrische Verpleegkunde.[363] Een dergelijke vereniging was een voorwaarde voor vertegenwoordiging in het CONO. Vooruitlopend op de oprichting van een Centraal Orgaan Opleidingen voor Psychiatrisch Verpleegkundigen in 1995 bekleedde J. Klungers, psychiatrisch verpleegkundige en staffunctionaris in St. Franciscushof te Raalte, vanaf 1994 een waarnemingszetel in het CONO, waardoor de psychiatrisch verpleegkundige beroepsgroep een stem kreeg in de beleidsvorming.[364]

Aandacht voor de vakinhoudelijke aspecten van de psychiatrische verpleegkunde bestond ook bij de Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid.[365] De verpleegkundige A. Sijp, die in 1989 C.J.M. Nieland opvolgde als Inspecteur voor de verplegende en verzorgende beroepen, wist de Inspectie te bewegen om een aantal onderzoeken naar de beroepspraktijk te laten uitvoeren, waaruit nieuwe inzichten naar voren kwamen.[366] Zo bleek uit het onderzoeksrapport *Separatie in de praktijk* (1992) hoe belangrijk de kwantiteit en kwaliteit van de verpleegkundige personeelsbezetting was voor de frequentie waarmee gesepareerd werd, hoezeer psychiaters hun verantwoordelijkheid voor deze maatregel afwentelden op zowel verpleegkundigen als psychiaters-in-opleiding en hoezeer het ontbreken van eenpersoonskamers op afdelingen de besluitvorming van verpleegkundigen over de duur van een separatie beïnvloedde.[367] *De verpleegkundige als regisseur* (1994) maakte duidelijk dat het aanstellen van een verpleegkundige in de rol van 'persoonlijk begeleider' de positie van patiënten en hun familieleden verbeterde en de arbeidsvreugde van verpleegkundigen verhoogde.[368] Het onderzoek *Agressie tussen patiënten en verpleegkundigen op gesloten afdelingen* (1996)

361 Aan de Stegge en Klungers 1993; Van den Berg, Klungers en Aan de Stegge 1997 [1993]; Van den Berg en Peeters-van den Bekerom 1996; Venneman 2002.

362 Werner 1991.

363 Nederlandse Vereniging voor Psychiatrische Verpleegkunde 1995a; Nederlandse Vereniging voor Psychiatrische Verpleegkunde 1995b; Hoogervorst 1996.

364 Aan de Stegge 1993, 4; Centraal Orgaan Nascholing en Opleiding in de GGz 1993, Notitienummer B-CONO 93/74. Archief G.J.C. aan de Stegge; Klungers 1996, 4-5.

365 Opvallend was dat J.B. van Borssum Waalkes, hoofdinspecteur van 1982 tot 1990, na zijn aftreden in zijn boek *Bondgenoot van de zwaksten* op de bres klom voor psychiatrisch verpleegkundigen. Van Borssum Waalkes 1991a; vergelijk Lucieer 2005, 63.

366 Gassman en De Haas 1996.

367 Van Deelen 1992, 53-58.

368 Gassman, Melchior en Van den Berg 1994, 108-109.

G.J.C. aan de Stegge met het eerste bestuur van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrische Verpleegkunde, 8 mei 1995.

leidde tot inzicht in de frequentie van agressieve voorvallen tussen patiënten en verpleegkundigen, de oorzaken daarvan, de noodzaak 'normen' te stellen met betrekking tot toelaatbaar gedrag op afdelingsniveau en de wenselijkheid van evaluatie van incidenten door betrokken verpleegkundigen en patiënten.[369] De activiteiten van de Inspectie vormden een stimulans voor psychiatrisch verpleegkundigen om zelf kwaliteitsnormen te formuleren.[370] Zo nam de Vereniging STIP het initiatief tot de ontwikkeling van een meetinstrument voor de kwaliteit van zorg in de psychiatrie.[371] Ook benaderde zij de patiëntenverenigingen Ypsilon en Anoiksis om met leden daarvan na te denken over de inrichting van gesloten afdelingen.[372] Dit project maakte verpleegkundigen gevoeliger voor het perspectief van zowel de patiënten als hun familieleden en het leidde ertoe dat het College voor Ziekenhuisvoorzieningen verpleegkundigen als volwaardige gesprekpartners ging beschouwen bij het beoordelen van bouwaanvragen en -normen.[373]

Ook enkele psychiatrisch verpleegkundigen die promotieonderzoeken uitvoerden, richtten zich op de verbetering van kwaliteit van zorg, vooral die op gesloten afdelingen en afdelingen voor chronische psychiatrische patiënten. Zo promoveerde de verplegingswetenschapper T. Dassen in 1989 op een studie over de taakopvattingen van verpleegkundigen in de psychiatrie. De sociaal-psychiatrisch verpleegkundige H. Henselmans volgde in 1993 met een onderzoek naar bemoeizorg: ongevraagde *outreaching*-hulp aan mensen met een psychose. In 1996 verkreeg T. Melchior de doctorsbul voor een onderzoek naar de effecten van patiëntgerichte verpleging op de kwaliteit van leven voor chronische patiënten en de werkdruk van psychiatrisch verpleegkundigen. B. Lendemeijer verdedigde in 2000 een dissertatie over het besluitvormingsproces van verpleegkundigen met betrekking tot separatie. In hetzelfde jaar promoveerde Y. Nijssen op het meten van kwaliteit van zorg op gesloten opnameafdelingen. B. van Meijel sloot in 2003 een onderzoek af over het voorkómen van terugval bij schizofrene patiënten. J. de Lange ten slotte deed in haar proefschrift, dat in 2004 verscheen, verslag van een onderzoek naar de invloed van 'belevingsgerichte zorg' op de gezondheid en levenskwaliteit van demente ouderen.[374]

Ondanks deze ontwikkelingen groeide in de jaren negentig de bezorgdheid over de kwaliteit van de verpleegkundige zorgverlening aan patiënten in de geestelijke gezondheidszorg, onder meer vanwege het tekort aan verpleegkundig personeel. Voormalig inspecteur J.B. van Borssum Waalkes beklaagde zich op een STIP-congres in 1994 over het almaar uitdijende aantal therapeuten dat

369 Broers en De Lange 1996, 245-260.
370 NVPV-bestuur 1996; Lucieer 1996; Klungers 1998; Centraal Begeleidingsorgaan voor de Intercollegiale Toetsing 1998; Werkgroep Interculturele Hulpverlening NVPV 1999; Werkgroep Schizofrenie NVPV 2000; Zandstra, Van der Woude en De Ree 2002.
371 Jongerden 1992; Jongerden, Hollands en Van Bergen 1993.
372 Kwaliteit van de zorg, de arbeid en het gebouw, 26 januari 1995, STIP congres te Ede.
373 Aan de Stegge 1996.
374 Dassen 1989; Henselmans 1993; Melchior 1996; Lendemeijer 2000; Nijssen 2000; Van Meijel 2003; De Lange 2004.

zich bezighield met relatief 'goede' patiënten, waardoor er te weinig middelen overbleven voor geesteszieken die intensieve zorg nodig hadden. Verpleegkundigen zouden geen genoegen mogen nemen met een 'prullige kwaliteit' voor de ziekste patiënten.[375] In aansluiting op deze bezorgde geluiden signaleerden leidinggevende verpleegkundigen dat de omvang van het administratief en ondersteunend personeel in de chronische sector dat van het verpleegkundige en verzorgende personeel overtrof. Op initiatief van de verpleegkundige J. Leenders werd een brief naar minister Borst-Eilers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport gestuurd met een pleidooi om de positie van de psychiatrisch verpleegkundige beroepsgroep te versterken, bijvoorbeeld door middel van de Wet op de Kwaliteit van Zorginstellingen.[376] Het deregulerende ministerie toonde wel begrip voor deze zorgen, maar verwachtte dat de nieuwe psychiatrisch verpleegkundige beroepsvereniging in oprichting zelf het initiatief zou nemen, bij voorkeur in samenwerking met de beroepskrachten van het in 1993 opgerichte Landelijk Centrum Verpleging en Verzorging. Wel zegde het Ministerie toe dat het Nederlands centrum voor Geestelijke volksgezondheid opdracht zou krijgen om in het kader van een serie studies naar beroepen in de gezondheidszorg ook onderzoek te doen naar de psychiatrisch verpleegkundige beroepsgroep.[377]

De Nederlandse Vereniging voor Psychiatrische Verpleegkunde en het door haar ingestelde Centraal Orgaan Opleidingen voor Psychiatrische Verpleegkunde richtten hun pijlers op twee doelen: de beïnvloeding van het verpleegkundige onderwijs voor de psychiatrie en, daarmee samenhangend, de bundeling van alle verenigingen op het gebied van de psychiatrische verpleegkunde. Wat het initiële onderwijs betreft zetten beide organisaties zich in voor het behoud van een differentiatiefase voor de geestelijke gezondheidszorg in het nieuwe opleidingsstelsel. Het *Functieprofiel Psychiatrisch Verpleegkundige* diende om aan te geven welke leerstof het basispakket van het mbo- en hbo-onderwijs minimaal op dit terrein diende te bevatten.[378] Vervolgens organiseerde het Centraal Orgaan Opleidingen een conferentie om hiervoor draagvlak onder alle betrokkenen (de verpleegkundige beroepsorganisaties, opleiders, werkgevers, ambtenaren en Inspectie) te creëren en stuurde het in 1996 de *Aanbevelingen over de GGz-deskundigheid in de beroepsopleidingen* naar J. van Londen, voorzitter van de Commissie Kwalificatiestructuur die belast was met het ontwikkelen van eindtermen van de nieuwe opleidingen.[379] In deze *Aanbevelingen*, waarin de titel 'psychiatrisch verpleegkundige' plaatst maakte

375 Van Borssum Waalkes 1994.

376 C. aan de Stegge, Brief aan Minister Borst d.d. 10 oktober 1994 namens 26 'betrokkenen bij de psychiatrische verpleegkunde'. Archief G.J.C. aan de Stegge en Archief Vereniging STIP (in bewaring bij Aan de Stegge), Bestuursstukken 1989-1997.

377 C. aan de Stegge, Verslag gesprek met J. van der Klaauw, J. van Dijk, F. Doorduin en D. Beumer (GHIGV) op het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 7-11-1994. Archief Vereniging STIP: Bestuursstukken STIP 1989-1997; vergelijk N.C. Oudendijk, openingstoespraak op STIP Congres 26-1-1995, Archief Vereniging STIP, Congresverslagen.

378 Klungers 1996, 5.

379 Kram 1995; Klungers 1996.

voor 'verpleegkundige in de GGz', werd gepleit voor een 'brede inzetbaarheid van de verpleegkundige in een ontschotte GGz' op basis van specifieke kennis. Het initiële onderwijs zou vooral aandacht moeten besteden aan de 'attitude' van de aankomende verpleegkundige in de GGz. De gewenste attitude bestond uit een groot empathisch vermogen, een hoge frustratietolerantie, een lage krenkbaarheid en het vermogen om zowel overmatige bezorgdheid als overmatige kritiek binnensmonds te houden. Ook moest een GGz-verpleegkundige het vermogen bezitten de patiënt te laten 'leren van het leven van alledag', een 'therapeutisch milieu' vorm te geven, het netwerk van de patiënt te ondersteunen en ernstige gedragsproblemen van de patiënt te verdragen en te beïnvloeden. Bij dit alles diende de verpleegkundige zelfstandig te kunnen werken, een gedegen kennis van psychopathologie en de DSM-IV te bezitten, en te beschikken over 'transfervaardigheden' teneinde algemene verpleegkundige vaardigheden te kunnen toepassen op psychiatrische patiënten.[380] De Commissie Kwalificatiestructuur nam de *Aanbevelingen* over en stelde eindtermen vast voor de differentiatiefase ten behoeve van de geestelijke gezondheidszorg, zowel voor het mbo- als het hbo-onderwijs.[381]

Dit alles betekende echter geenszins dat er daadwerkelijk curricula ontwikkeld werden voor de differentiatiefasen ten behoeve van de geestelijke gezondheidszorg. Het CONO en het Centraal Orgaan Opleidingen beschikten namelijk niet over middelen om hun wensen in de initiële, algemene verpleegopleidingen af te dwingen. Over de invulling daarvan beslisten de mbo- en de hbo-Raad uiteindelijk. Het CONO stelde zich terughoudend op ten aanzien van het streven naar differentiatie in de verpleegkunde. Het in opdracht van het CONO door medewerkers van het Trimbos Instituut uitgevoerde onderzoek naar 'beroepen in de GGz' leverde een dubbelzinnige conclusie op met betrekking tot de psychiatrische verpleegkunde. Enerzijds verscheen deze in *Beroepen in beweging* (1998) naast de geneeskunde en de gedragswetenschappen als een van de drie 'basisberoepen' in de geestelijke gezondheidszorg. Anderzijds verbond het CONO geen consequentie aan zijn constatering dat er voorlopig onderscheid nodig was tussen 'basisberoepsbeoefenaren voor de Wet BIG' en 'basisberoepsbeoefenaren in de GGz'. Als orgaan dat zich bezighield met 'nascholing en opleiding' deed het geen uitspraak over de vraag of de 'basisverpleegkundige in de GGZ' in afwijking van de 'artikel 3 verpleegkundige Wet BIG' over specifieke kwalificaties zou moeten beschikken. Hierdoor werden de directies van instellingen voor de geestelijke gezondheidszorg niet aangemoedigd om alleen verpleegkundigen aan te trekken die zich tijdens hun opleiding op psychiatrisch gebied bekwaamd hadden. Het CONO bevorderde evenmin dat deze instellingen zich gezamenlijk sterk maakten voor een differentiatiefase in de verpleegkundige opleidingen. In feite betekende de

380 J. Klungers, Brief 22-1-1996 aan J. van Londen, met bijlage Aanbevelingen over de GGz-deskundigheid in de beroepsopleidingen tot verpleegkundige, 2-3. Archief G.J.C. aan de Stegge.

381 Kort verslag bijeenkomst COOPV 15-4-1996, 2. Archief G.J.C. aan de Stegge; Commissie Kwalificatiestructuur 1996, 167-168; vergelijk Nederlandse Vereniging van Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundigen 1996.

erkenning door het CONO van de verpleegkundige als 'basisberoep voor de GGz' niet meer dan onderkenning van de noodzaak van een 'voor GGz functionele bij- en nascholing' en de instelling van de functie van 'specialist in de GGz-verpleegkunde'.[382] Het eindrapport over de psychiatrisch verpleegkundige (1997), dat in de serie beroepenstudies verscheen, liet bovendien nogal wat vragen open en kaatste de bal terug naar de beroepsbeoefenaren zelf. 'Dit onderzoek heeft duidelijk gemaakt', zo was in de studie te lezen,

> ——— *dat de positie van psychiatrisch verpleegkundige op dit moment onomstreden is. Psychiatrisch verpleegkundigen vormen in de GGz de grootste beroepsgroep en daarmee de ruggengraat van de intramurale psychiatrie. [...] De variatie onder psychiatrisch verpleegkundigen zal echter de komende jaren alleen maar toenemen. [...] De effecten zullen sterk worden bepaald door de wijze waarop de beroepsgroep zelf op deze veranderingen reageert. Zal zij tot één van de spilfiguren worden van de zorgvernieuwing of zal zij zich (laten) degraderen tot een bijrol? [...] Meer dan voorheen zal van hen worden verwacht dat zij in staat zijn om aan te geven wat hun specifieke deskundigheden zijn, waarin zij zich onderscheiden van andere beroepsgroepen, wat nu precies hun meerwaarde is.*[383]

Daar kwam nog bij dat het CONO het rapport *Beroepen in beweging* aangreep om de positie van een andere beroepsgroep in de geestelijke gezondheidszorg te versterken. Ten behoeve van het streven naar vermaatschappelijking zouden de 'agogisch opgeleiden', in het bijzonder de sociaal-pedagogische hulpverleners of activiteitenbegeleiders meer steun verdienen. Zij kregen een aparte Kamer binnen het CONO aangeboden, waarbij er afstemming moest plaatsvinden met de verpleegkundigen.[384] Het sociaal-pedagogisch werkgebied overlapte deels dat van verpleegkundigen. De Vereniging ter Bevordering Sociotherapie bestond merendeels uit hulpverleners die voorafgaand aan hun hbo-opleiding inrichtingswerk een B-diploma hadden behaald. De vereniging was om die reden in 1997 toegetreden tot het Centraal Orgaan Opleidingen Verpleegkunde binnen het CONO. In het begin van de jaren tachtig hadden verpleegkundigen en sociotherapeuten gezamenlijk geprobeerd van de sociotherapie een specialisme binnen de psychiatrische verpleegkunde te maken.[385] Dit was niet gelukt en aan de eendrachtige samenwerking kwam na 1998 een eind. Nadat het CONO in 2001 een Kamer voor agogen had erkend, trok de Vereniging ter Bevordering Sociotherapie zich terug uit het Centraal Orgaan Opleidingen Verpleegkunde om zich daarop aan te sluiten bij de Nederlandse Vereniging voor Sociaal Pedagogische Hulpverleners en toe te treden tot het Centraal Orgaan Opleidingen Agogische Beroepen. In 2003 kreeg de GGz-agoog erkenning in het kader van de Wet BIG.[386] Een nieuw beroep

382 Hutschemaekers en Neijmeijer 1998, 321.
383 Neijmeijer et al. 1997, 150-151.
384 Neijmeijer et al. 1997, 215, 319.
385 Zie 4.4, paragraaf 'De psychiatrische verpleging: een vak voor iedereen?'
386 Centraal Orgaan Opleidingen Agogische Beroepen 2003.

was geboren en daarmee kreeg de psychiatrische verpleegkunde een geduchte concurrent.[387] De hbo-opleiding sociaal-pedagogische hulpverlening trok grote aantallen studenten aan, terwijl de uitstroom van de hbo-opleiding verpleegkunde naar de geestelijke gezondheidszorg stokte, onder meer door het ontbreken van een differentiatiefase die studenten op dit werkterrein voorbereidde.[388] GGz-Nederland voorspelde in 1997 dat de instellingen anno 2005 13 procent van hun hbo-functies in de verpleegkunde niet zouden kunnen vervullen.[389] Verder bleek al spoedig dat de diverse sectoren in de gezondheidszorg met elkaar concurreerden om studenten verpleegkunde, vooral om mbo-gediplomeerden. Wat betreft het aanbod aan stageplaatsen verkeerde de sector geestelijke gezondheidszorg in het nadeel ten opzichte van de algemene gezondheidszorg. Voor de nieuwe generieke opleiding was een diversiteit aan werkervaringen nodig, maar de geestelijke gezondheidszorg kon deze niet bieden op het terrein van de algemene gezondheidszorg, terwijl de laatste wel beschikte over psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen. Instellingen op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg trachtten dit probleem het hoofd te bieden door hun krachten te bundelen, soms met de verstandelijk gehandicaptenzorg samen, en 'productieafspraken' te maken met onderwijsinstellingen.[390]

De ontwikkelingen op het gebied van het postinitiële onderwijs voor verpleegkundigen riepen eveneens gemengde gevoelens op in de verpleegkundige wereld. In 1996 legde het CONO de verantwoordelijkheid voor specialisatie bij de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrische Verpleegkunde als representatieve organisatie van 'basisverpleegkundigen', waarmee de eerdere toezegging van 40 opleidingsplaatsen tot 'assistent-specialistisch psychiatrisch verpleegkundige' aan de Nederlandse Vereniging van Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundigen werd doorkruist.[391] De overkoepelende organisatie van de ambulante sector, de NVAGG, volgde het standpunt van het CONO dat in een functioneel geordende geestelijke gezondheidszorg 'basisverpleegkundigen in de GGz' op meer, zowel intra- en semi- als extramurale, werkplekken inzetbaar moesten zijn en dat een sociaalpsychiatrische specialisatie daarvoor te eenzijdig was.[392] In 1996 werd begonnen met de opzet van een nieuwe driejarige opleiding tot 'verpleegkundig specialist in de GGz', die in 1998 met 1 dag theorie en 4 dagen praktijk per week van start

387 Van Tol, Boonekamp en Winkelaar 1999; vergelijk Dijkhuis 1999, 433.

388 Verkenningscommissie hoger gezondheidszorg onderwijs 2000.

389 Om het tekort op te lossen adviseerde GGz-Nederland haar lidinstellingen wegen te zoeken om 'agogisch opgeleiden' door middel van om- of bijscholing inzetbaar te maken in het verpleegkundige werk. In 2004 werd daar een begin mee gemaakt. Van Til en Kanters 2001; GGz-Nederland 2004.

390 Gesprek G.J.C. aan de Stegge met M. Bilars, directeur ROCASA, 5-7-2001 en met T. van der Donk, voormalig directeur van Stichting Opleidingen GGz Amsterdam, 3-6-2004.

391 Notulen COOPV, 10-6-1996, 2; Archief G.J.C. aan de Stegge.

392 Brief T. Festen (NVAGG) aan bestuur NVSPV en COOSPV, d.d. 7-2-1006. Archief G.J.C. aan de Stegge.

ging.[393] De praktijk werd verzorgd door instellingen in zorgvernieuwingsregio's, zodat de assistenten-in-opleiding ervaring opdeden in een 'ontschotte' geestelijke gezondheidszorg en leerden om innovaties in de zorg te ontwerpen. In 2004 waren 85 'verpleegkundig specialisten' afgestudeerd, onder wie 38 mannen en 47 vrouwen.[394] Tevens gaf het CONO opdracht aan de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrische Verpleegkunde om de Centrale Organen Opleidingen voor Psychiatrische Verpleegkunde respectievelijk voor Sociaal Psychiatrische Verpleegkunde samen te voegen tot één Centraal Orgaan Opleidingen voor Verpleegkundigen in de GGz. Deze samenvoeging ging gepaard met de nodige spanningen en intensieve discussies tussen intramuraal en sociaal-psychiatrisch werkende beroepsbeoefenaren over de opleiding tot verpleegkundig specialist.[395] In 1999 werd het nieuwe Centraal Orgaan uitgebreid met groepen verpleegkundigen die zich wilden specialiseren in onder meer de kinder- en jeugdpsychiatrie, de forensische psychiatrie, de verslavingszorg en de verstandelijk gehandicaptenzorg.

Het ongenoegen over deze ontwikkeling onder sociaal-psychiatrisch verpleegkundigen, tot dan toe de enige groep specialistische psychiatrisch verpleegkundigen, nam toe toen de Minister van Onderwijs in 2002 aankondigde dat hij de tweejarige voortgezette hbo-opleiding tot sociaal-psychiatrisch verpleegkundige met ingang van 2006 niet langer wenste te financieren. Het sociaal-psychiatrische gedachtegoed zou zijn ingebed in de reguliere hbo-opleiding verpleegkunde en wie daarna verder wilde studeren, moest op een hogeschool of universiteit een mastergraad behalen.[396] Het besluit zorgde voor veel verontwaardiging in de geestelijke gezondheidszorg. Juist nu de vermaatschappelijking de pijler van het beleid was geworden, dreigde de snel groeiende sociaal-psychiatrische verpleegkunde, waarmee Nederland vanouds een internationale reputatie genoot, te verdwijnen. Politieke druk leidde tot uitstel van de uitvoering van het ministeriële besluit tot eind 2007.[397] In de tussentijd ontwikkelden enkele hogescholen (deels commercieel gefinancierde) initiatieven tot een continuering van de voortgezette hbo-opleiding tot sociaal-psychiatrisch verpleegkundige, al dan niet in de vorm van een masteropleiding.[398] Afgestudeerden zouden op den duur erkenning moeten krijgen als verpleegkundig specialist. GGz-Nederland stelde in 2006 vast dat het noodzakelijk was de zo vertrouwde sociaal-psychiatrische competenties te behouden voor

393 Notulen COOPV januari 1997, 1; Notulen Bestuur Stichting Opleidingsinstelling Geestelijke Gezondheidszorg Verpleegkundig Specialist i.o., 10-9-1997, 1. Archief G.J.C. aan de Stegge.

394 Gegevens van Stichting GGZ-VS, gezonden aan G.J.C. aan de Stegge per 1-8-2007, met dank aan Eline Schut.

395 Venneman 1997; Wesselink 1997; Wolf, Van Hoof en Neijmeijer 1997.

396 Hutschemaekers en Neijmeijer 1998, 318; HBO-Raad 2002; Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschappen 2002, 3.

397 Hermanides-Willenborg en Derks 2003a, 46; Hermanides-Willenborg en Derks 2003b, 26; Onderwater en Van der Padt 2003, 22-23; Ott, Paardekooper en Van der Windt 2005, 54.

398 Mondelinge presentaties door M. van Bemmel (Hogeschool Arnhem en Nijmegen), R. van Dommelen (Hogeschool Utrecht) en S. van der Voort (Saxion) op beleidsdag COOV, 21-6-2006, Amersfoort. Archief G.J.C. aan de Stegge.

het werkveld, maar deze werkgeversorganisatie nam geen standpunt in over de vraag welke opleidingsroute daarvoor geboden was.[399]

Uiteraard lieten al deze ontwikkelingen hun sporen na in de opbouw van de verpleegkundige personeelsformatie in de geestelijke gezondheidszorg. In de periode tussen 1986 en 1996 groeide het aantal werkzame gediplomeerde psychiatrisch verpleegkundigen van rond de 10.000 in 1985 naar ruim 12.250 in 1995. Tussen 1990 en 1995 vormden zij de sterkst groeiende groep in de verpleegkunde. In het laatste jaar hadden ruim 4500 van hen (37 procent) een hbo-opleiding doorlopen.[400] In de Riaggs bezetten de 1550 sociaal-psychiatrisch verpleegkundigen medio jaren negentig zelfs een kleine 30 procent van de totale personeelsformatie.[401] Ondanks deze absolute stijging nam het aandeel van de verpleging op het totaal van de personeelsformatie in de psychiatrische ziekenhuizen af van 51 procent in 1985 tot 48 procent in 1996, terwijl het aantal opnamen, heropnamen en verpleegdagen die ten laste van de verpleegkundige zorg kwamen, groeide.[402] Aan de andere kant werd het aandeel van de gediplomeerden groter als gevolg van de sterke teruggang van het aantal B-leerlingen. Ook bleven vooral gehuwde vrouwelijke gediplomeerden langer werken dan voorheen, onder andere omdat er in de jaren negentig kinderopvang tot stand kwam. Gediplomeerden bleven naar schatting gemiddeld zelfs 16 jaar in dienst, waardoor het later moeilijker zou worden om nieuwe leerlingen of stagiaires aan te stellen.[403] Wel ging een groter deel van de gediplomeerden korter werken. In de jaren tussen 1985 en 1995 steeg het aandeel van deeltijdwerkers van ongeveer de helft naar driekwart.[404] Waren in het psychiatrisch ziekenhuis in 1985 zo'n 114 werkkrachten nodig om 100 arbeidsplaatsen te bezetten, in 1995 waren dat er 133.[405] Hierdoor werden patiënten met steeds meer verpleegkundigen en andere verzorgers geconfronteerd en werd de zorg, mede als gevolg van de groeiende nadruk op efficiënt werken, onpersoonlijker en kariger. Het werd moeilijker om patiënten nog iets meer dan louter basiszorg te bieden.[406] Verder steeg de gemiddelde leeftijd van verpleegkundigen in de geestelijke gezondheidszorg naar ruim 36 jaar in 1995 en naar meer dan 39 in 2005.[407] Het aandeel van mannen in de formatie zakte tussen 1988 ven 1995 van bijna 47 naar ruim 35 procent.[408]

Vergeleken met de situatie in 1996 leek de formatie in 2005 aanzienlijk uitgebreid. Een arbeidsmarktverkenning, die zowel het gediplomeerde verplegende als het sociaal-pedagogisch opgeleide personeel in de geestelijke gezondheidszorg

399 GGz Nederland 2006, 21.
400 Nationaal Ziekenhuisinstituut 1986, 10; Nationaal Ziekenhuisinstituut 1996, 39; Neijmeijer et al. 1997, 22, 24, 28; Van der Windt, Calsbeek en Hingstman 1997, 46.
401 Van Hoof en Wolf 1995, 106.
402 Nationaal Ziekenhuisinstituut 1986, 11, staat 5; Nationaal Ziekenhuisinstituut 1996, 24, staat 11, 20 en 39.
403 Gerritse en Van der Windt 1991, 72.
404 Van der Windt, Calsbeek en Hingstman 1997, 62.
405 Van der Windt 1988, 10; Van der Windt, Calsbeek en Hingstman 1997, 61.
406 Van Wijngaarden, Bransen en Wennink 2001.
407 Nationale Ziekenhuisraad 1985, 26; Van der Windt et al. 1997, 133.
408 Borgesius, de Lange en Meurs 1988, 191; Van der Windt et al. 2002, 54.

in kaart bracht[409], leverde de volgende cijfers op: 5400 verpleegkundigen met een hbo-opleiding, onder wie circa 2000 sociaal-psychiatrisch verpleegkundigen alsook verpleegkundigen met een academische graad en verpleegkundig specialisten[410]; 10.800 verpleegkundigen met een mbo-opleiding of een B-diploma[411]; 3700 (lager opgeleide) ziekenverzorgenden of 'verpleegsters' en 300 'helpenden' of 'verzorgsters'. Het totaal aantal gediplomeerde verpleegkundigen en verzorgenden raamde het rapport op ruim 20.000, van wie meer dan 16.000 met een verpleegkundig diploma. Tezamen bezetten zij 15.700 formatieplaatsen.[412] Daarnaast werkten 5100 sociaal-pedagogisch opgeleiden, zowel op hbo- als op mbo-niveau, in de geestelijke gezondheidszorg. Zij bezetten 4200 formatieplaatsen. Tot slot waren er nog 100 huishoudelijk werkers en 1700 anders opgeleiden aangesteld. In totaal waren dus bijna 28.000 personen op 21.000 formatieplaatsen werkzaam op het gebied van verpleging, verzorging en begeleiding. Deze werkkrachten maakten 43 procent uit van het totale personeel in de geestelijke gezondheidszorg.[413] Het rapport verschaft geen informatie over het aantal stagiaires en leerlingen. Wanneer die meegeteld worden, lag het aandeel van de 'verpleging' (inclusief verzorging en begeleiding) op het totale personeelsbestand in de geestelijke gezondheidszorg na 1996 waarschijnlijk onder de 48 procent.[414] Duidelijk was dat de beroepsdifferentiatie op de werkvloer na 1998 sterk was toegenomen. Nog veel sterker dan het aantal hbo- en mbo-opgeleide verpleegkundigen, was het aantal sociaal-pedagogische hulpverleners tussen 1985 en 2005 gegroeid: het ging om een vertienvoudiging van ruim 500 naar meer dan 5000.[415]

Uit de verder gestegen gemiddelde leeftijd van GGz-verpleegkundigen – iets boven de veertig in 2004 – is op te maken dat vanuit de nieuwe verpleegopleidingen een slinkend aantal schoolverlaters koos voor een werkplek in de geestelijke gezondheidszorg. Ook de feminisering van het beroep zette zich door. Het aandeel van mannen liep terug van ruim 35 procent in 1996 naar bijna 30 procent in 2004.[416] Terwijl de instroom van mannen vanuit de sociaal-psychiatrisch verpleegkundige opleidingen nog een derde van het totaal bedroeg, lag dat aandeel in alle andere verpleegkundige opleidingen op een percentage tussen de 10 en de 20.[417] Dit heeft tot gevolg dat de feminisering van de intramuraal werkzame verpleegkundige beroepsgroep met de pensionering van de oudere werknemers steeds sterker zal worden.

Concluderend kan worden gesteld dat de verpleegkundige beroepsgroep in de geestelijke gezondheidszorg in deze periode werd uitgedaagd om zich te organi-

409 Van der Windt en Talma 2005.
410 Telefonische mededeling W. van der Windt aan G.J.C. aan de Stegge, 2-8-2007.
411 Vergeleken met de voormalige B-leerlingen was het niveau van mbo'ers gelijk, dan wel gemiddeld lager. Bovendien was het de vraag of de mbo-verpleegkundigen zich tijdens hun opleiding goed voorbereid hadden op een werkplek in de psychiatrie.
412 Van der Windt en Talma 2005, 105.
413 Ott, Paardekooper en Van der Windt 2005, 54.
414 Van der Windt, Bos en Francke 2007, 18.
415 Nationaal ziekenhuisinstituut 1986, 39, staat 6 en 20; Hutschemaekers en Neijmer 1998, 181; Van der Windt en Talma 2005, 11.
416 Van der Windt, Bos en Francke 2007, 24.
417 Dassen 1989, 64; Van Hoof en Wolf 1995, 11; Website HBO Raad, juni 2007.

seren en om te professionaliseren. Verpleegkundigen hebben deze handschoen opgepakt, doch zijn in hun streven gehinderd door drie sterke tegenkrachten: deregulering bij de overheid, voortgaande uniformering van het vak verpleegkunde als gevolg van Europese regelgeving en een groot gebrek aan directe invloed op het beleid. Vooral de Europese regelgeving druiste regelrecht in tegen de bijzondere internationale positie die Nederland met de B-verpleging op verpleegkundig terrein een eeuw lang innam. In de meeste andere landen bestond immers geen aparte basisopleiding voor de psychiatrische verpleegkunde. Het is opmerkelijk dat de Nederlandse beleidsinstanties, waarop psychiatrisch verpleegkundigen weinig invloed konden uitoefenen, deze positie zo snel hebben prijsgegeven en dat psychiaters c.q. de NVP zich blijkbaar ook niet hard maakten voor het behoud van de B-opleiding. Het resultaat is dat het psychiatrisch verpleegkundig beroep, een beroep dat in Nederland haar aantrekkingskracht vanouds te danken had aan de unieke combinatie van een medische, een verzorgende en een sociaal-pedagogische dimensie, mede door een gebrek aan mogelijkheden tot beleidssturing vanuit het beroep zelf, een deel van haar 'marktwaarde' verloren heeft aan lager opgeleide verzorgenden en sociaal-pedagogische hulpverleners. Of het engagement van een relatief kleine groep hoogopgeleide verpleegkundig specialisten ervoor kan zorgen dat het beroep weer aantrekkelijker voor schoolverlaters wordt, is nog een open vraag.

De forensische psychiatrie

Na een discussie van veertien jaar maakten de Psychopatenwetten van 1925 plaats voor een nieuwe TBS-wet – TBR, terbeschikkingstelling van de regering, werd eenvoudigweg TBS, terbeschikkingstelling – die in 1986 werd aangenomen en in 1988 in werking trad. Eveneens in 1988 kreeg de forensische rapportage een wettelijk kader: ten minste 2 gedragsdeskundigen van verschillende disciplines, onder wie een psychiater, moesten eraan bijdragen. In de 23 Districts Forensisch-Psychiatrische Diensten, die tot taak hadden de rechterlijke macht en de reclassering te adviseren, en gedetineerden met psychische stoornissen te behandelen, waren naast psychiaters (in totaal rond de 35) ook psychologen werkzaam.[418]

De nieuwe TBS-wet bood gestoorde delinquenten meer rechtsbescherming en de maatregel werd wettelijk beperkt tot zware delicten met een strafmaat van ten minste vier jaar. Dat laatste was in feite al sinds de jaren zeventig de praktijk: het ging bij TBR vooral om ernstige gewelddadige en zedendelicten. Terwijl er eerder geen maximum was gesteld aan de duur van TBR, schreef de nieuwe wet voor dat deze in principe de vier jaar niet mocht overschrijden. Een langere TBS bleef echter mogelijk als de rechter, mede op basis van medische adviezen, meende dat de veiligheid van de maatschappij deze vereiste.[419] Vanwege de gewelddadigheid

418 Hutschemaekers en Ten Have 1995, 95; Brand 2000, 349; Weijers 2003, 33.

419 Hamers 1986, 241.

van hun misdaden bleef een toenemend aantal TBS-gestelden dan ook langer dan vier jaar in behandeling. De nieuwe wet maakte onderscheid tussen TBS met en zonder dwangverpleging; in dat laatste geval konden de veroordeelden onder toezicht van de reclassering worden gesteld. In 1997 volgde nog een wetswijziging, waarmee voorwaardelijke beëindiging van de TBS mogelijk werd en de 'TBS met aanwijzingen' veranderde in 'TBS met voorwaarden', waardoor rechters behalve dwangopname ook een verplichte klinische of ambulante behandeling konden opleggen.[420] De verbetering van de rechtsbescherming kwam tot uiting in de verscherping van de verlengingsprocedure van TBS-stellingen. De rechter moest de TBS-gestelde horen en deze kon beroep aantekenen tegen diens beslissing. Als er sprake was van een aanvraag tot verlenging van een TBS-stelling die al zes jaar duurde, dan diende de rechter het advies van onafhankelijke deskundigen in te roepen. Verder werden regels vastgelegd met betrekking tot dwanguitoefening in TBS-instellingen, de bewegingsvrijheid van TBS-gestelden, bezoekrecht, het recht op correspondentie en dergelijke.[421]

De al eerder ingezette tendens om TBR vooral bij gewelds- en zedendelicten op te leggen, zette door. Terwijl in 1971 bijna 40 procent van de TBR-veroordeelden zich aan zware agressie en seksueel geweld had schuldig gemaakt, gold dit tegen 1990 voor maar liefst 95 procent van de gevallen.[422] Aangezien TBS overwegend als uiterste middel werd ingezet, ging het vooral om recidiverende delinquenten, die doorgaans eerder contact hadden gehad met hulpverleningsinstanties. De vrees voor herhaling was voor rechters een belangrijke overweging om TBS op te leggen. Terwijl het aantal vrouwen beperkt bleef tot 5 procent van het totaal, groeide het aantal TBS'ers van allochtone afkomst in de jaren negentig van een kwart tot een derde. De gemiddelde leeftijd lag rond de dertig en het opleidingsniveau was laag. De meesten kampten met ernstige persoonlijkheidsstoornissen en daarnaast kwamen psychotische aandoeningen en drugsverslaving vaak voor.[423]

In de jaren tachtig bedroeg het aantal TBS-stellingen met dwangverpleging per jaar tegen de 100 en groeide het aantal verpleegde TBS-gestelden van bijna 400 tot krap 530.[424] In de eerste helft van de jaren negentig liep het aantal TBS-veroordelingen snel op tot gemiddeld bijna 200 per jaar, terwijl ook de gemiddelde duur van de TBS toenam, van 4 à 5 jaar begin jaren tachtig tot meer dan 6 à 7 jaar aan het eind van de eeuw. Tegelijkertijd daalde het aantal beëindigingen van TBS. Daardoor kwam de inrichtingscapaciteit onder druk te staan en moesten meer en meer TBS-gestelden in de gevangenis wachten op behandeling. In de jaren negen-

420 Dankers en Van der Linden 1996, 226-227; Groenhuijsen 2000; Kelk 2007, 92.

421 Dankers en Van der Linden 1996, 226-227.

422 Witteman 1995, 205; Van Marle en Harte 1999.

423 Hamers 1986, 242-243; De Goei 1990b, 9, 12, 18, 65; Dankers en Van der Linden 1996, 239-241; Van Emmerik 1999, 16; Weijers 2003, 32, 37-38; Mol en Stalman 2000; Oostveen 2003; Inspectie voor de Gezondheidszorg 2003b, 62; Hildebrand 2004; Weijers en Koenraadt 2007, 63-65; Kelk 2007, 105-106.

424 Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1990, 17; Hutschemaekers en Ten Have 1995, 91; Witteman 1995, 205, 208-209; Van Emmerik 1999, 10-11; De Vogel et al. 2001, 780.

tig liep dat aantal op van bijna 30 tot rond de 180 en steeg de wachtduur van 3 tot 9 maanden.[425]

Behalve in de Van Mesdagkliniek, de Rijksinrichting Veldzicht, de Van der Hoevenkliniek te Utrecht, de Pompekliniek in Nijmegen en Oldenkotte in Rekken werden TBS-gestelden ook in speciale afdelingen van algemene instellingen verpleegd: Hoeve Boschoord in Vledder voor zwakzinnige TBS-gestelden en de Forensisch Psychiatrische Kliniek van het psychiatrisch ziekenhuis De Grote Beek te Eindhoven, de in 1986 geprivatiseerde Rijks Psychiatrische Inrichting, waarin vooral psychotische TBS'ers waren opgenomen.[426] Daarnaast fungeerden het Pieter Baan Centrum en het F.S. Meijers-Instituut in Utrecht respectievelijk als observatie- en selectiekliniek.[427] Vanaf 1996 kwamen er drie nieuwe TBS-klinieken bij: De Kijvelanden te Poortugaal (1996) als onderdeel van Delta Psychiatrisch Ziekenhuis, Flevo Future in Amsterdam (1998) en De Rooyse Wissel te Venray als onderdeel van het Vincent van Gogh Instituut (2000). Verder werd het F.S. Meijers-Instituut in 2000 omgevormd tot een behandelkliniek: de Utrechtse vestiging van Flevo Future.[428]

Ondanks de uitbreiding van de behandelplaatsen – tussen medio jaren negentig en 2004 van bijna 550 naar meer dan 1300 – bleef de capaciteit tekortschieten: in die periode steeg het aantal TBS'ers van meer dan 1100 tot ruim 1600.[429] Een verdere vermeerdering van het aantal TBS-plaatsen tot 1600 in 2005 was niet voldoende om alle TBS-gestelden tijdig te kunnen behandelen: eind 2005 moesten gedetineerden die na het uitzitten van hun gevangenisstraf een psychiatrische behandeling dienden te ondergaan, tussen 15 en 20 maanden wachten voordat er een plaats in een kliniek of inrichting vrijkwam. Op grond van een uitspraak van het Europese Hof voor de Rechten van de Mens dienden zij hiervoor een schadevergoeding te ontvangen, aangezien zij langer dan hun vonnis voorschreef zonder behandeling in detentie bleven. In 2006 kondigde de Minister van Justitie aan dat er voor de wachtenden in gevangenissen TBS-afdelingen met (50 tot 80 plaatsen) zouden komen, zodat daarin al met hun behandeling kon worden begonnen.

Mede als reactie op de capaciteitsproblemen kreeg de reguliere intra- en extramurale geestelijke gezondheidszorg ook taken op dit terrein. De regeringsnota *TBS: een bijzondere maatregel* (1991) van Staatssecretaris van Justitie A. Kosto introduceerde

425 Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1988a, 13; Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1989, 19; Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1992, 23; Inspectie voor de Gezondheidszorg 1997, 68, 79; Groenhuijsen 2000, 8; De Vogel et al. 2001, 780; Van Emmerik 1999, 10–11; Weijers 2003, 31; Inspectie voor de Gezondheidszorg 2003b, 46, 55.

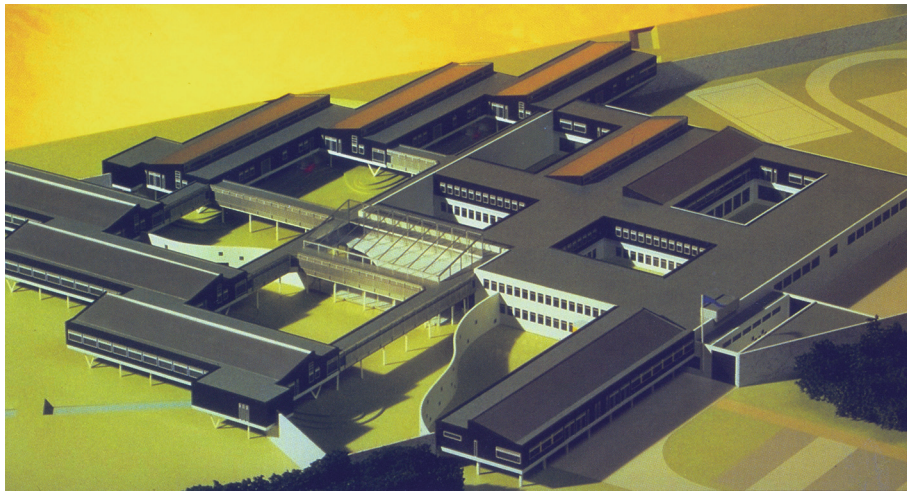
426 Over De Grote Beek zie De Goei 1990b; vergelijk Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1989, 18, 52.

427 Ketting, Jacobs en Bijl 1987, 62; vergelijk Inspectie voor de Gezondheidszorg 1997, 79.

428 Inspectie voor de Gezondheidszorg 2003b, 10–18; Jansen 2005, 456–458; Vijselaar 1999b; vergelijk Jippes 2004; Mens 2003, 272–277.

429 Inspectie voor de Gezondheidszorg 1998, 88; Inspectie voor de Gezondheidszorg 2002, 76; Van Emmerik 1999, 10–11; Tonnaer 2001; Inspectie voor de Gezondheidszorg 2003b, 55–56.

TBS-kliniek De Kijvelanden, Poortugaal, 1994-1996.



TBS-kliniek De Kijvelanden, Poortugaal, 1994-1996.

het idee van forensische zorgcircuits om de doorstroom van delinquenten van TBS-instellingen naar algemene psychiatrische voorzieningen te bevorderen. In het begin van de jaren negentig zette een viertal psychiatrische ziekenhuizen forensische afdelingen met in totaal 120 bedden op. Tegen 2000 verbleef 15 procent van de TBS'ers in reguliere psychiatrische ziekenhuizen.[430] Behalve aan TBS'ers boden deze afdelingen ook plaats aan ontoerekenbaar verklaarde en van rechtsvervolging ontslagen delinquenten die op last van de rechter voor een jaar werden opgenomen en aan uit gevangenissen overgeplaatste gedetineerden met psychische stoornissen. Volgens de Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid bleef de forensische capaciteit van algemene psychiatrische ziekenhuizen te beperkt om de toestroom van psychisch gestoorde delinquenten te verwerken. Velen van hen moesten in de gevangenis maanden wachten tot een behandelplaats vrijkwam.[431] Verder kwamen er op bescheiden schaal ook semimurale en ambulante voorzieningen in de vorm van begeleid en beschermd wonen en enkele aan TBS-inrichtingen verbonden dag- en poliklinieken en behandelplaatsen in een tiental Riaggs.[432] De resultaten van het doorstroombeleid waren vooralsnog bescheiden; de reguliere geestelijke gezondheidszorg toonde niet veel animo om TBS'ers te behandelen.[433] Aan de andere kant kwamen er zogeheten *long stay*-afdelingen, aanvankelijk met 60 en later meer plaatsen voor als onbehandelbaar beschouwde TBS'ers.[434]

Terwijl de forensische psychiatrie in de jaren zestig en zeventig als een belangrijke humane verworvenheid gold, waren er in de jaren tachtig en negentig meer bedenkingen te beluisteren. De nadruk van forensische deskundigen op de verklaarbaarheid van de daad in het licht van de levensgeschiedenis en de karakterstructuur van verdachten begon iets van een voorspelbaar ritueel te krijgen en stuitte in toenemende mate op kritiek van rechters en andere deskundigen.[435]

430 Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1987, 17; Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1989, 18; Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1990, 55; Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1993, 80; Simons 1993, 54; Van Emmerik 1999, 13; Mens 2003, 272-277; Trimbos-instituut 2004, xiv.

431 Van de gehele gevangenisbevolking zou meer dan een tiende met psychische stoornissen kampen. Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1990, 103; Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1992, 23; Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1993, 109; Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1994, 83; Inspectie voor de Gezondheidszorg 1996, 81; Inspectie voor de Gezondheidszorg 1997, 68, 79; Inspectie voor de Gezondheidszorg 2000, 25; Groenhuijsen 2000, 9; Brand 2000, 346; vergelijk Mol en Stalman 2000.

432 Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1993, 80; Hutschemaekers en Ten Have 1995, 90-95; Dankers en Van der Linden 1996, 248-250; Mol en Stalman 2000; De Vogel et al. 2001; Weijers 2003, 32.

433 Van Emmerik 1999, 21-22; Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1989, 19; Inspectie voor de Gezondheidszorg 1996, 81; Inspectie voor de Gezondheidszorg 2003b, 61-62; Van Vliet 2006; Weijers en Koenraadt 2007, 62-65; Kelk 2007, 102-105, 126-130.

434 Inspectie voor de Gezondheidszorg 2003b, 55-56.

435 Heerma van Voss 1990b; vergelijk Hamers 1986, 243.

Onder psychiaters en psychologen ontstond steeds meer twijfel over de mogelijkheid TBS'ers te genezen. Zij behandelden TBS-gestelden met medicijnen en diverse psycho-, gedrags- en sociotherapieën, maar het optimisme van de jaren zestig en zeventig omtrent de veranderbaarheid van hun persoonlijkheid was getemperd. De nadruk kwam te liggen op gedragsregulering, zelfbeheersing en het leren vermijden van gevaarlijke situaties.[436] In 1991 wees Kosto er in zijn nota op dat het ontbrak aan kennis over de effectiviteit van de behandeling van TBS-gestelden. Vier jaar later publiceerde het Ministerie van Justitie de resultaten van een onderzoek naar het voorkomen van recidive onder in de jaren 1984-1988 ontslagen TBS-gestelden. Ruim de helft bleek opnieuw voor een misdrijf te zijn veroordeeld en 20 procent had zich aan een zeer ernstig delict schuldig gemaakt. Vooral zedendelinquenten leken ongeneeslijk.[437] Door ontsnappingen en ernstige misdrijven van delinquenten tijdens proefverloven kwamen TBS-instellingen herhaaldelijk op een negatieve manier in de publiciteit.[438]

Het accent verschoof deels van behandeling naar beveiliging van de maatschappij door middel van risicotaxatie en -management, het bijbrengen van zelfbeheersing en de uitbreiding van *long stay*-afdelingen voor TBS'ers die zes jaar lang tevergeefs therapie hadden ondergaan en als onbehandelbaar golden.[439] Zo spitste het onderzoek in de selectiekliniek, het F.S. Meijers-Instituut, zich toe op de inschatting van het gevaar dat delinquenten vormden en de kans op herhaling. Het predikaat psychopaat, sinds de jaren zestig als diagnostische categorie naar de achtergrond verdwenen, werd weer gangbaar. C. de Ruiter, bijzonder hoogleraar forensische psychologie aan de Universiteit van Amsterdam en verbonden aan de Henri van der Hoeven Kliniek, introduceerde de zogenaamde *Psychopathology checklist* van de Canadese psycholoog R.D. Hare. Hare veronderstelde dat de psychopathische persoonlijkheid in de genetische aanleg en de werking van de hersenen geworteld was en dat behandeling weinig zin had. 'Niks slechte jeugd, niks heropvoeden en nieuwe kansen. Gewoon: dit is een door en door slecht mens', aldus De Ruiter.[440] H. van Marle, voormalig geneesheer-directeur van de Van Mesdagkliniek en het Pieter Baan Centrum en sinds 2003 hoogleraar forensische psychiatrie aan de Erasmus Universiteit, was van mening dat TBS alleen toegankelijk moest zijn voor behandelbare delinquenten. Volgens hem bestond er inmiddels genoeg deskundigheid om te voorspellen welke TBS'ers wel en niet behandelbaar waren. Er zou bij de behandeling meer ruimte moeten komen voor dwang(behandeling) en onbehandelbare TBS'ers konden volgens hem het beste

436 De Goei 1990b, 12, 18, 56, 85; Dankers en Van der Linden 1996, 242-248.

437 Witteman 1995, 236, 259; Dankers en Van der Linden 1996, 231, 252-253; Groenhuijsen 2000, 11; Jippes 2004.

438 Dankers en Van der Linden 1996, 240-241; Weijers en Koenraadt 2007, 62-65; Kelk 2007, 111-114, 120-126.

439 Witteman 1995, 238; Sins 2002; Inspectie voor de gezondheidszorg 2003b, 19-20, 27, 56. Gezien de hoge kosten van TBS-behandeling – ongeveer tien keer zo veel als normale detentie – speelden financiële overwegingen hierbij waarschijnlijk ook een rol. Van Hijlkema 1987.

440 Koelewijn en De Koning 2004, 35; vergelijk Hildebrand 2004.

op *long stay*-afdelingen worden geplaatst, zodat ze geen behandelplaatsen bezet hielden.[441] In grote lijnen onderschreef de Inspectie voor de Gezondheidszorg deze opvattingen.[442]

Ook vanuit de politiek kwamen pleidooien voor een hardere aanpak van TBS'ers door middel van snellere overplaatsing van onbehandelbare delinquenten naar (goedkopere) *long stay*-afdelingen en een verlenging van de maximale proeftijd na vrijlating tot 10 jaar. Over de vrijlating van TBS'ers zou niet alleen de rechter, maar een commissie van deskundigen moeten beslissen.[443] Medio 2005 verbleven 220 TBS'ers in *long stay*-afdelingen. Tegelijkertijd hield de regering vooralsnog vast aan het streven naar resocialisatie van TBS'ers.[444] Ondanks haar pleidooi voor risicotaxatie en -beheersing en de uitbouw van *long stay*-voorzieningen, stelde de Inspectie voor de Gezondheidszorg in 2003 in een rapport over de TBS-klinieken dat met name Veldzicht, Oldenkotte en de Van Mesdagkliniek te veel nadruk op beveiliging, regels en sancties legden en te weinig werk maakten van therapeutische behandeling. Lof had de Inspectie voor het behandelklimaat op basis van de beginselen van de therapeutische gemeenschap in de Van der Hoevenkliniek en de Pompekliniek.[445] Opmerkelijk in het licht van de roep om een hardere aanpak van TBS'ers was dat een aanzienlijk aantal – in 2003 meer dan 150 – zonder officieel proefverlof, maar met toestemming van het Ministerie van Justitie onder begeleiding zelfstandig buiten de inrichting woonde.[446] Opmerkelijk was ook dat de voormalige Leidse hoogleraar in de criminologie W. Buikhuisen, eind jaren zeventig fel bekritiseerd vanwege zijn vermeende deterministische visie op criminelen, in 2005 van zich liet horen met een pleidooi voor meer psychobiologisch onderzoek teneinde op die manier toch wegen te vinden om TBS'ers te behandelen. 'Het is [...] in alle opzichten onjuist, om niet te zeggen immoreel,' zo schreef hij, 'om door de maatschappij als gevaarlijk beschouwde delinquenten die op dit moment onbehandelbaar lijken te zijn, levenslang op te sluiten, als niet tot het uiterste is geprobeerd om langs wetenschappelijke weg te onderzoeken of het vertoonde gedrag niet toch te verklaren is en aansluitend te behandelen.'[447]

Mede naar aanleiding van enkele geruchtmakende ontsnappingen van TBS-gestelden die uitliepen op een ontvoering en een moord, en de daarop volgende roep om een strenger TBS-regime stelde de Tweede Kamer in het voorjaar van 2006 een onderzoek in naar de TBS-praktijk. Uit de hoorzittingen van de Tijdelijke Commissie TBS-beleid van de Tweede Kamer kwam naar voren dat een groeiend aantal onbehandelbare delinquenten in *long stay*-afdelingen verbleef, de aansluiting met de reguliere geestelijke gezondheidszorg te wensen overliet en een toestroom van jeugdcriminelen met psychiatrische problemen dreigde. In haar

441 Jippes 2004.
442 Inspectie voor de Gezondheidszorg 2003b, 19-20-, 27-28.
443 NRC-*Handelsblad* 8-3-2004.
444 NRC-*Handelsblad* 17-6-2005.
445 Inspectie voor de Gezondheidszorg 2003b, 10-18, 28-29.
446 Oostveen 2003.
447 Buikhuisen 2005, 8.

eindrapport concludeerde de commissie dat het TBS-systeem verstopt zat en dat er een gebrek was aan opvang- en behandelmogelijkheden in de reguliere geestelijke gezondheidszorg. Naast uitbreiding van het aantal TBS-plaatsen – het aantal TBS-gestelden was inmiddels opgelopen tot 1700 – en een betere aansluiting op andere instellingen adviseerde de commissie om het psychiatrisch toezicht op (voorwaardelijk) ontslagen TBS'ers te verlengen van maximaal 3 tot 9 jaar en in bijzondere gevallen zelfs tot levenslang. Het kabinet en de Tweede Kamer stemden met deze adviezen in. Tegelijkertijd benadrukte de Minister van Justitie dat het uitgangspunt van het TBS-stelsel, behandeling en sociale rehabilitatie, gehandhaafd bleef. Naar aanleiding van de commotie die er telkens weer in de samenleving en de politiek ontstond naar aanleiding van ontsnappingen van TBS'ers bracht hij naar voren dat het om incidenten ging, dat het recidivegevaar van TBS-gestelden met 30 procent lager lag dan dat van andere veroordeelden (70 procent) en dat het aantal ontsnappingen mede door een strikter verlofbeleid sterk was gedaald.[448] Aan het begin van de eenentwintigste eeuw verdwenen gemiddeld 90 TBS'ers per jaar, vaak tijdens proefverloven, om vervolgens meestal na kortere of langere tijd weer op te duiken; slechts enkelen wisten zich definitief aan de TBS te onttrekken, bijvoorbeeld door uit te wijken naar het buitenland.[449]

5.4 De ambulante geestelijke gezondheidszorg rond de eeuwwende

Het hulpverleningsaanbod

Vanuit organisatorisch oogpunt was het aanbod van de publieke ambulante geestelijke gezondheidszorg vereenvoudigd. De lappendeken van SPD'en, MOB's, BLGV's en IMP'en was vanaf 1982 immers vervangen door 58 regionaal werkende Riaggs met 185 hulpverleningsadressen en 1 landelijk werkende joodse Riagg, de Joodse Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg met 5 vestigingen, die zich in het bijzonder op de behandeling van oorlogstrauma's richtte. In 1991 kwam er nog een landelijke instelling bij, de Gereformeerde Landelijke Instelling voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg (GLIAGG). Terwijl alle IMP'en in Riaggs opgingen, bleven de 2 psychoanalytische instituten, die van de Nederlandse Vereniging voor Psychoanalyse in Amsterdam en die van het Psychoanalytisch Genootschap te Utrecht, bestaan. Vanaf 1993 werkten deze samen in het Nederlands Psychoanalytisch Instituut om in 1997 te fuseren. Dit landelijke expertisecentrum richtte zich vooral op scholing, supervisie en de organisatie van symposia en congressen.[450]

448 Verlaan 2006; NRC-*Handelsblad* 17-5-2006.
449 NRC-*Handelsblad* 17-6-2005.
450 Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid 1987, 110-465; Fuks-Mansfeld en Sunier 1997, 145-148; Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1993, 82-83; Langelaan 1997; Stufkens 1997; Polling 2001.

Het aantal bij de Riaggs of hun voorlopers werkzame hulpverleners – voor het merendeel gedragswetenschappers en sociaal-psychiatrisch verpleegkundigen – nam tussen 1980 en 1994 toe van bijna 3100 tot ruim 5200, verdeeld over zo'n 3600 voltijdse arbeidsplaatsen.[451] De omvang van de regio's die de Riaggs bedienden, varieerde van 80.000 tot 560.000 inwoners.[452] In de loop van de jaren negentig nam het aantal zelfstandige Riaggs – de meeste waren stichtingen, enkele verenigingen – als gevolg van fusies met psychiatrische ziekenhuizen en RIBW'en af tot 20.[453] In 2003 waren er nog maar 14 zelfstandige Riaggs over. De integratie van Riaggs en psychiatrische ziekenhuizen verliep moeizaam vanwege de cultuurverschillen en de ongelijke grootte: de ambulante hulpverleners vreesden voor opslokking door de ziekenhuizen waarin het medisch-psychiatrische perspectief domineerde.[454] De Riaggs konden geen vuist maken tegen de doorgaans veel grotere intramurale instellingen, temeer ook omdat ze op weinig krediet van het publiek en de politiek konden rekenen.

Als de Riaggs in de publiciteit kwamen, was dat vrijwel altijd naar aanleiding van hun vermeende falen. Uit onderzoeken van de Consumentenbond in 1986 en 1998 kwam naar voren dat 2 op de 3 Nederlanders weinig vertrouwen in de Riagg had.[455] Cliënten klaagden over de lange wachttijden, het onpersoonlijke, bureaucratische en ondoorzichtige karakter van de intakeprocedures, de omslachtige werkwijze, de gebrekkige informatievoorziening over de behandeling en hun rechten, de frequente afwisseling van hulpverleners en de aard van de geboden hulp, die niet aan hun wensen en behoeften tegemoetkwam.[456] Veel verwijzers uit de eerste lijn, huisartsen, maatschappelijk werkers en wijkverpleegkundigen, zagen de Riagg als een anonieme, naar binnen gekeerde en ontoegankelijke organisatie waarin de aandacht meer uitging naar procedures dan naar de cliënten. Huisartsen hadden meer vertrouwen in de hulpverlening door poliklinieken en vrijgevestigde psychiaters.[457]

Ook waren er aanwijzingen dat het in de Riaggs schortte aan de samenwerking tussen de verschillende beroepsgroepen in multidisciplinaire behandelteams en dat het ontbrak aan duidelijke behandelplannen.[458] De Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid signaleerde in 1991 dat patiëntendossiers slecht werden bijgehouden. Uit nader onderzoek kwam naar voren dat de infor-

451 Ten Have et al. 1996, 126; Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid 1994, 13; vergelijk Kwekkeboom 2001, 21.

452 Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid 1994, 13.

453 Tonnaer 2001, 7; College voor Zorgverzekeringen 2002, 33.

454 NRC *Handelsblad* 7/8-6-2003.

455 Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1987, 8; Friele, Verhaak en Andela 2000; Nabitz, Vis en Van den Brink 2001.

456 Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1985, 83; Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1986, 93-94; Andela en Luiten 1986; Van de Sande, Van Hoof en Hutschemaekers 1992; Osselaer-Schouterden 1995.

457 Bensing 1986.

458 Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1986, 93-94.

matie in de dossiers summier en onsamenhangend was en dat alleen het begin van het hulpverleningscontact behoorlijk was gedocumenteerd. Over de behandeling en het resultaat ervan was weinig terug te vinden. De conclusie van de onderzoeker was vernietigend: 'Omdat in de dossiers alleen de input werd beschreven en niet de behandeling en de output, wekten ze de indruk dat er niet werd behandeld en dat er geen resultaten werden geboekt. De Riagg doet niets, en voor zover de Riagg iets doet, leidt dit tot niets.'[459] In 1997 publiceerde S.M. Roelofs, een voormalig medewerkster van de Riagg Zuid-Oost in Amsterdam, op basis van haar eigen ervaring een diatribe over de Riagg. Door de bureaucratisering en omslachtige procedures zouden hulpverleners vooral gericht zijn op de eigen organisatie en zich weinig gelegen laten liggen aan de behoeften van cliënten. Riaggs gingen gebukt onder vergadermanie en een topzwaar circuit van managers en bestuurders, die zich hoofdzakelijk met regelgeving en controle, maar niet inhoudelijk met de hulpverlening bezighielden.[460]

Naar aanleiding van de groeiende wachttijden bij de Riagg, die in het midden van de jaren negentig opliepen tot zo'n 100 dagen, kwam er op aandrang van de Tweede Kamer een onderzoek naar de doelmatigheid van zijn werkwijze.[461] Een aantal hoorzittingen met betrokkenen en een doorlichting van een zestal Riaggs leidde in 1998 tot een rapport waarin werd vastgesteld dat de taak van de Riagg – sociaal-psychiatrische, psychosociale en psychotherapeutische behandeling – te breed was en te veel overlapping vertoonde met andere voorzieningen, zoals poliklinieken, en dat de procedures te omslachtig en tijdrovend waren. De poortwachterfunctie van huisarts, eerstelijnspsycholoog en maatschappelijk werker zou versterking behoeven teneinde de toeloop naar de Riagg beter in de hand te houden en de hulpverleners zouden met protocollen voor diagnose en behandeling dienen te werken. De hulpverleners zelf, die klaagden over een hoge werkdruk en slechte arbeidsverhoudingen, wezen erop dat dergelijke maatregelen weinig effect zouden hebben zolang er niet meer geld voor de geestelijke gezondheidszorg beschikbaar kwam.[462]

Naast de Riaggs nam een groeiend aantal poliklinieken van algemene en categorale psychiatrische ziekenhuizen en van psychiatrische afdelingen van algemene en universitaire ziekenhuizen, alsmede de zich sterk uitbreidende particuliere psychiatrische en (niet-medische) psychotherapeutische praktijken een deel van het ambulante hulpverleningsaanbod voor hun rekening. Deels als reactie van de kant van de psychiatrische ziekenhuizen en psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen op de Riagg-vorming, steeg het aantal poliklinieken

459 Beenackers 1995, 619.
460 Roelofs 1997; vergelijk Jens 1982; Mispelblom Beyer 1983; Verhaaren 1987; Hull en Donker 1994.
461 Ten Have, Vollebergh en Hutschemaekers 1999, 20.
462 Hull en Donker 1994; Bijl, Lemmens en Van de Wijgert 1996; De Wit 1998a.

in de jaren tachtig en negentig van ongeveer 100 naar circa 140. Het aantal hulpverleners daarin groeide van rond 700 naar meer dan 1000.[463]
Het aantal psychiaters met een zelfstandige praktijk, meestal gecombineerd met een dienstverband bij een instelling en gemiddeld voor ongeveer de helft van de werktijd, steeg in die periode van ongeveer 520 naar rond de 740.[464] De toename van het aantal niet-medische psychotherapeuten was nog groter. Medio jaren negentig waren er ongeveer 2300 officieel geregistreerd – de overgrote meerderheid was psycholoog en 1 op de 8 maatschappelijk werker –, meer dan een verdubbeling ten opzichte van de ruim 1000 psychologen die rond 1980 als psychotherapeut werkzaam waren.[465] Iets minder dan de helft van hen hield er een particuliere praktijk op na, meestal in deeltijd. Gezamenlijk omvatten die in het midden van de jaren negentig naar schatting meer dan 600 voltijdse arbeidsplaatsen, waarschijnlijk een vertienvoudiging vergeleken met 15 jaar daarvoor. In 1996 bezetten vrijgevestigde psychiaters en psychotherapeuten samen bijna 1000 voltijdse arbeidsplaatsen.[466] Behalve als psychotherapeut vonden klinisch psychologen ook emplooi in de eerstelijnsgezondheidszorg als eerstelijnspsycholoog om de taak van de huisarts als poortwachter voor de gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg te verlichten; medio jaren negentig waren er ongeveer 300 van dergelijke hulpverleners werkzaam.[467] De vrijgevestigde psychiatrische en psychotherapeutische praktijken waren niet gelijkmatig over het land verdeeld: evenals in het verleden waren deze oververtegenwoordigd in de Randstad. Zo was in Amsterdam het aanbod van zelfstandig gevestigde psychiaters 8 keer zo hoog als in Twente of Friesland. In mindere mate gold deze ongelijkmatige verdeling ook voor het Riagg-aanbod; in Amsterdam was dat 2 keer zo hoog als het landelijk gemiddelde.[468]

Ook de verslavingshulpverlening dijde uit en liet bovendien een toenemende diversiteit zien. Naast de al veel langer bestaande 16 à 17 CAD's met zo'n 90 tot 100 vestigingen waren er vanaf het begin van de jaren zeventig rond de 30 laag-

463 Schene 1995, 10; Ten Have et al. 1996, 126; Nationaal Centrum voor Geestelijke Volksgezondheid 1981, 21, 43-241; Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid 1987, 21, 100-465; Ketting, Jacobs en Bijl 1987, 75; Van de Beek en Hutschemaekers 1992, 940-941; Van de Beek en Hutschemaekers 1993, 160; Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid 1994, 18; Vos en Hutschemaekers 1999, 178; Kwekkeboom 2001, 22; Schene en Faber 2001, 74.

464 Van Drunen 2004, 40; vergelijk Vos en Hutschemaekers 1999, 178; Aarsen 1985, 54; Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid 1987, 22; Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid 1994, 18; Ten Have et al. 1995, 62.

465 Hutschemaekers, Van der Camp en Van Hattum 2001, 23-24; Hutschemaekers 1993a, 1180; vergelijk Aarsen 1985, 64.

466 Ten Have, Vollebergh en Hutschemaekers 1999, 4; Vos en Hutschemaekers 1999, 178; Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid 1994, 19; vergelijk Ten Have et al. 1995, 63; Ten Have et al. 1996, 126.

467 Hutschemaekers en Ten Have 1995, 23.

468 Hutschemaekers, Van de Heuvel en Jacobs 1992; Hutschemaekers, Van der Camp en Van Hattum 2001, 24-25; Ten Have et al. 2002; vergelijk Lemmens 1991.

drempelige en op specifieke doelgroepen gerichte instellingen voor met name drugsverslaafden ontstaan. De laatste hielden zich bezig met activiteiten als methadonverstrekking, straathoekwerk, sociale opvang en begeleiding, woon- en werkprojecten, dag- en crisisopvang, klinische behandeling, preventie en voorlichting.[469] De koepel van deze verenigingen (de Vereniging van de maatschappelijk georiënteerde verslavingszorg) fuseerde in 1993 met de Nederlandse Vereniging van CAD's in de Nederlandse Vereniging van Instellingen voor Verslavingszorg, waarop het aantal zelfstandige instellingen afnam van 63 in 1993 tot 32 in 2000.[470] Dat de omvang van de verslavingszorg groeide, valt af te leiden uit de stijging van het aantal bij de CAD's werkzame hulpverleners van bijna 600 in 1980 tot ruim 1000 in 1994; voor het merendeel ging het om maatschappelijk werkers.[471]

Het aantal JAC's en Releases, waarin maatschappelijk werkers en psychologen hulp boden aan jongeren, bleef met rond 50 constant en het aantal organisaties voor therapeutische gezinsverpleging voor ontwikkelingsgestoorde kinderen groeide tussen het midden van de jaren tachtig en medio jaren negentig licht van 5 tot 7 met in totaal 300 plaatsen.[472] Het aantal telefonische hulpdiensten liep tussen 1987 en 1994 terug van 80 naar 25.[473] Verder bestonden er speciale landelijke instellingen voor homoseksuelen en buitenlandse vluchtelingen en asielzoekers: het consultatiebureau van de Schorerstichting (1967), dat zich vanaf het midden van de jaren tachtig in het bijzonder op (homoseksuele) aidspatiënten richtte, het Centrum Gezondheidszorg Vluchtelingen, Centrum '45 en de hulpverleningsbureaus van de stichtingen Pharos en Averroés (1974).[474]

Naast de bovengenoemde instellingen vermeldden de *Gidsen geestelijke gezondheidszorg* nog diverse hulporganisaties op het grensvlak van geestelijke gezondheidszorg en maatschappelijk werk: dagactiviteitencentra en arbeidsrehabilitatieprojecten voor (ex-)psychiatrische patiënten; herstellingsoorden, wegloop- en inloophuizen en opvangcentra voor vrouwen; de Vereniging tegen Kindermishandeling (1970) en de bureaus vertrouwensarts inzake kindermishandeling; organisaties op het gebied van seksualiteit, zwangerschap, geboorteregeling en

469 Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid 1987, 110-465; Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid 1994, 15; Hutschemaekers 1995, 76; Inspectie voor de Gezondheidszorg 1998, 89.

470 Tonnaer 2001, 7.

471 Ten Have et al. 1996, 126; vergelijk Vos en Hutschemaekers 1999, 180.

472 Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid 1987, 110-465; Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid 1994, 16.

473 Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid 1987, 110-465; Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid 1994, 19. Nadat in 1958 in Rotterdam de eerste tot stand was gekomen, kwam een over geheel Nederland verspreid netwerk van deze diensten tot ontwikkeling, die zich in 1965 verenigden in de Federatie van SOS-Telefonische Hulpdiensten in Nederland. Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid 1987, 24.

474 Schippers 1985; Eppink 1981; Wisman en Westermann 1993; Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1995, 39; De Duijn 1999.

prostitutie[475]; het Leger des Heils (1887) en de Landelijke Stichting voor Thuislozenzorg en Onderdak (1953); het Nederlands Centrum Buitenlanders (1975); de Nederlandse Federatie van Reclasseringsinstellingen (1986); de Nederlandse Vereniging voor Vrijwillige Euthanasie (1973) en de Nederlandse Organisatie van Welzijnswerkers (1978).[476]

De hulpvraag: cliënten en klachten

De vraag naar ambulante geestelijke gezondheidszorg nam in de jaren tachtig en negentig nog sterker toe dan de beschikbare financiële middelen voor en de capaciteit van de hulpverleningsinstellingen, waardoor er vooral in de jaren negentig in toenemende mate wachtlijsten ontstonden.[477] Tussen 1980 en 1995 groeide het aantal jaarlijkse hulpverleningscontacten van de Riagg (of van haar voorgangers) van ruim 1,4 tot ruim 2,3 miljoen, dat van de poliklinieken van 420.000 tot bijna 1,2 miljoen, dat van de vrijgevestigde psychiaters van 220.000 tot 615.000, dat van de vrijgevestigde psychotherapeuten van 60.000 tot 714.000 en dat van de CAD's van 140.000 tot 517.000.[478] Het aantal aanmeldingen per jaar steeg bij de Riagg van 97.000 tot bijna 248.000, bij de poliklinieken van 65.000 tot ruim 94.000, bij de vrijgevestigde psychiaters en (niet-medische) psychotherapeuten van ruim 19.000 naar bijna 40.000 en bij de CAD's van ruim 11.000 naar meer dan 27.000. Het totale aantal ambulante aanmeldingen nam toe van een kleine 254.000 naar ruim 507.000.[479] In relatieve zin betekende dat een stijging van bijna 1,4 tot nagenoeg 2,6 nieuwe aanmeldingen per 100 inwoners. Meer dan de helft van de ambulante clientèle zocht hulp bij een Riagg, terwijl gemiddeld ongeveer 27 procent in een polikliniek terechtkwam. Het aandeel van de CAD's bedroeg tussen 5 en 7 procent. De sterkste stijging vertoonde het aantal cliënten dat een beroep deed

475 De Nederlandse Vereniging voor Seksuele Hervorming (1946), de Protestantse Stichting voor voorlichting en vorming omtrent relaties en seksualiteit (1957), het Rutgers Stichting Bureau voor Geboorteregeling en Seksualiteitsvragen (1970), de Stichting Huwelijks/Relaties Ouderschap Zwangerschap (1970), de Stichting MR '70 voor geboorteregeling en seksualiteit (1970), Stimezo Nederland voor zwangerschapsafbreking (1971), de Nederlandse Vereniging voor Seksuologie, de Fiom, Nederlandse Vereniging van Organisaties voor Hulpverlening bij Zwangerschap en Alleenstaand Ouderschap (1930) met 14 Fiom-huizen en 25 Fiom-bureaus, en de Mr. A. de Graaf Stichting (1961) voor de hulpverlening aan prostitué(e)s.

476 Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid 1987, 62-66; 519-530; Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid 1994, 43-48.

477 Terwijl het zorggebruik per hoofd van de bevolking steeg met een kleine 120 procent, steeg de capaciteit met niet meer dan 20 procent, waardoor het aantal arbeidsplaatsen in de geestelijke gezondheidszorg per 1000 patiënten daalde van 144 in 1980 tot 90 in 1994. Ten Have et al. 1996, 132, 134; vergelijk Tonnaer 2001.

478 Vos en Hutschemaekers 1999, 178.

479 Ten Have et al. 1996, 128. Het aantal aanmeldingen geeft niet het aantal personen weer: een onbekend aantal – schattingen liepen uiteen van 20 tot 50 procent – kwam voor rekening van een relatief kleine groep patiënten die binnen een jaar verschillende keren bij een of meer instellingen aanklopte. Ten Have 1996, 128; Landelijke Commissie Geestelijke Volksgezondheid 2002, 16-17; vergelijk Brook et al. 1997; Hutschemaekers 2000, 316-317.

op vrijgevestigde psychiaters of psychotherapeuten: in 1980 slechts 2 en in 1995 bijna 8 procent van alle ambulante cliënten.[480] Het aantal mensen dat zich ook of uitsluitend met psychische problemen of stoornissen tot eerstelijnshulpverleners (huisartsen, eerstelijnspsychologen en maatschappelijk werkers) wendde, lag veel hoger, ondanks een lichte afname gedurende de laatste twee decennia van de twintigste eeuw. Schattingen liepen uiteen van 12 tot 18 procent van de bevolking.[481] Hoewel de overheid er voortdurend op aandrong dat huisartsen meer psychosociale problemen gingen behandelen, zagen patiënten hen meer en meer als verwijzers naar de geestelijke gezondheidszorg. Ook huisartsen zelf neigden er steeds vaker toe dergelijke problemen door te verwijzen.[482] Overigens maakte de eerste lijn zijn door de overheid bepleite rol als poortwachter voor de gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg niet waar: slechts een beperkt deel van de cliënten kwam via de huisarts bij de ambulante hulpverlening terecht.[483]

Naast de reguliere (geestelijke) gezondheidszorg bestond er een alternatief circuit, waar nog weinig onderzoek naar is gedaan. Op basis van een extrapolatie van een telling in de provincies Groningen en Utrecht eind jaren negentig is het aantal alternatieve hulpverleners dat zich bezighield met psychische klachten geschat op ruim 4600, niet veel minder dan de 5200 Riagg-hulpverleners. Bijna driekwart van de alternatieve behandelaars was vrouw en de grote meerderheid bestond uit maatschappelijk werkers, psychologen, verpleegkundigen en fysiotherapeuten; psychiaters waren nauwelijks actief in het alternatieve circuit. Deze sector ademde sterk de invloed van het New Age-denken – met nadruk op holisme, spiritualiteit en gevoel – en het bestreek een breed palet aan therapievormen: massagetechnieken, paranormale behandelingen (waaronder reiki), yoga, meditatie, verbeeldingsgerichte technieken, hypnotherapieën en andere niet officieel erkende vormen van psychotherapie, zoals de reichiaanse therapie, *rebirthing*, bio-energetica, de Gestalttherapie, de psychosynthese en de jungiaanse therapie. Het totale aantal mensen dat zich hiermee liet behandelen wordt op zo'n 200.000 geschat. Opmerkelijk is dat deze clientèle grotendeels – driekwart van het totaal – uit vrouwen bestond en dat hun gemiddelde opleiding hoger lag dan die van de cliënten van de reguliere ambulante instellingen. Ongeveer 40 procent van hen deed uit ontevredenheid over de reguliere hulpverlening een beroep op dit circuit; een deel van hen, 15 procent van het totaal, was door reguliere hulpverleners hiernaar verwezen. De meest voorkomende klachten waarmee mensen zich bij alternatieve hulpverleners aanmelden waren stress, depressie, identiteitspro-

480 Vos en Hutschemaekers 1999, 176. Vergelijk Van de Beek en Hutschemaekers 1993, 160; Ten Have, Vollebergh en Hutschemaekers 1999, 3-4; Van de Beek en Hutschemaekers 1992, 941; Neijmeijer en Hutschemaekers 1995, 69; Schene 1995, 8; Kwekkeboom 1999, 31.

481 Vos en Hutschemaekers 1999, 169; Landelijke Commissie Geestelijke Volksgezondheid 2002, 18-19.

482 De Wit 1998a; Onderwater 2001.

483 Van Lieshout en Stoelinga 1988.

blemen, relatie- en contactmoeilijkheden, psychosomatische klachten en zingevingsvraagstukken.[484]

Religieus geïnspireerde genezers trokken vooral een allochtone clientèle. Onder creoolse Surinamers, Antillianen en West-Afrikanen kon Winti, een mengeling van West-Afrikaanse en Indiaanse tradities, zich in een toenemende populariteit verheugen. De vooral door vrouwen beoefende Winti veronderstelde het bestaan van bovennatuurlijke wezens die het bewustzijn beïnvloedden. In de moslimgemeenschappen bestond een groot aanbod aan islamitische genezers, die de oorzaak van psychische en psychosomatische aandoeningen aan zowel lichamelijke, geestelijke en sociale, als aan bovennatuurlijke, kwade invloeden weten. De moslimclientèle was breed geschakeerd en de klachten vertoonden een grote variëteit aan psychische en psychosomatische aandoeningen alsook levens- en zingevingsvraagstukken. Het behandelrepertoire van de genezers, wier godsdienstige opvattingen aansloten bij het van de officiële Islam afwijkende volksgeloof, bestond uit een mengeling van praktische adviezen en symbolische handelingen, zoals het reciteren van Koranverzen.[485] Overigens was er ook in de reguliere geestelijke gezondheidszorg sprake van een toenemende aandacht voor levensbeschouwing en spiritualiteit. Vanuit de overweging dat de geprofessionaliseerde hulpverlening niet iedereen bevredigende antwoorden op fundamentele zinvragen kon bieden, kregen religie en de pastorale zorg in de tweede helft van de jaren tachtig weer enige, zij het omstreden, waardering in de geestelijke gezondheidszorg. De werkgroep Riagg en Religie bewerkstelligde dat vijftien Riaggs een aandachtsfunctionaris aanstelden voor geloof en levensbeschouwing. Mede onder invloed van een toenemend aantal allochtone patiënten ruimden sommige psychiatrische ziekenhuizen weer plaats in voor religieuze geestelijke verzorging.[486]

Over het algemeen lag het opleidings- en inkomensniveau van de clientèle van de reguliere ambulante geestelijke gezondheidszorg hoger dan dat van mensen met psychische problemen die hun heil uitsluitend bij de huisarts of het maatschappelijk werk zochten, alsook van patiënten in de intramurale en semimurale geestelijke gezondheidszorg.[487] In vergelijking met de bevolking als geheel was er onder de ambulante hulpvragers sprake van een oververtegenwoordiging van vrouwen, alleenstaanden, allochtonen en inwoners van de grote steden.[488] Ondanks de aanhoudende aansporingen van de overheid en sommige psychiaters om de aandacht te verleggen van de 'lichte' psychosociale problematiek en neurotische klachten naar 'zwaardere' en chronische psychiatrische stoornissen, behan-

484 Van Reenen, Vandermeersch en Hutschemaekers 1997, 1209-1214; vergelijk Brandt 1998.

485 Slutzky 1999a; Slutzky 1999b; Hoffer 2000, 137-301.

486 De Groot 1995b; De Groot 1995c; vergelijk Blom en Bodisco Massink 1986; Berten 1985; Van Kalmthout 1998.

487 Verhaak 1993; Wierdsma, Vergouwen en Jurg 1993; Van Ginneken 2003.

488 Van de Sande, Van Hoof en Hutschemaekers 1992, 4; Ten Have et al. 1995, 56-57; Festen et al. 1997, 14; Ten Have, Vollebergh en Hutschemaekers 1999, 15.

delden de Riaggs evenals de poliklinieken rond 1990 nog altijd veel mensen met relatief lichte aandoeningen, respectievelijk rond 60 en tussen 40 en 50 procent van hun clientèle.[489] De cliënten van de vrijgevestigde psychiaters en psychotherapeuten vertoonden veel overeenkomsten met deze groep, zij het dat vrouwen nog sterker oververtegenwoordigd waren dan bij de Riaggs, hun gemiddelde leeftijd wat lager lag en zij over een hoger opleidingsniveau en inkomen beschikten.

In de ambulante zorg hing de meerderheid van vrouwen onder de clientèle samen met de verschillende aard van hun stoornissen: mannen leden meer aan verslaving en antisociale persoonlijkheidsstoornissen, terwijl onder vrouwen meer depressies en fobieën voorkwamen. Verder was de hulpverlening, waarin gesprekstherapie een belangrijke plaats innam, beter toegesneden op de behoeften en de attitude van vrouwen. Zowel vrouwelijke cliënten als de Riagg-hulpverleners richtten zich sterker dan mannen met psychische problemen op het praten over de persoonlijke beleving en het gevoelsleven. Vooral mannen met persoonlijkheidsstoornissen vertoonden vaker problematisch gedrag, waardoor een deel van hen in het justitiële circuit terechtkwam.[490] Dat meer jongeren dan ouderen een beroep deden op de hulpverlening zou erop kunnen wijzen dat de eersten moeilijkheden eerder als psychisch onderkenden en het ongemak dat ermee gepaard gaat minder dan de laatsten stilzwijgend accepteren.[491] De patiënten met de zwaardere psychiatrische problemen, die bij de Riaggs en de poliklinieken sociaal-psychiatrische en acute hulp kregen, onderscheidden zich duidelijk door een lage opleiding, een zwakke inkomenspositie, veel werkloosheid, een ruime ervaring met de geestelijke gezondheidszorg, een wat hogere leeftijd en een hoger aandeel van mannen en allochtonen. In de verslavingszorg waren mannen oververtegenwoordigd.[492]

Naast de relatief minder voorkomende ernstige psychiatrische ziektebeelden vormden stemmings- en angststoornissen (vooral depressie), aanpassingsmoeilijkheden, nerveuze spanningen, vage lichamelijke klachten, seksuele problemen, ouderdomsdementie en diverse psychosociale problemen (relatieproblemen, moeilijkheden op het werk, identiteitscrises, eenzaamheid en onzekerheid over de toekomst) de meest voorkomende klachten waarmee mensen bij een Riagg, polikliniek of vrijgevestigde behandelaar terechtkwamen.[493] De problematiek die in de jaren zestig en zeventig vooral in de psychotherapie op de voorgrond stond, de kloof tussen nieuwe vrijheden en innerlijke remmingen die voor psychische spanningen zorgden, had aan betekenis verloren. In de jaren tachtig

489 Van de Beek 1991, 7; Van de Beek en Hutschemaekers 1992, 945-946; Van de Beek en Hutschemaekers 1993, 160.

490 De Boer 1994.

491 Ten Have en Bijl 1998; vergelijk De Boer 1994, 136 en Bauduin 1989.

492 Van de Sande, Van Hoof en Hutschemaekers 1992, 4; Ten Have et al. 1995, 63; Ten Have, Vollebergh en Hutschemaekers 1999, 15; Kwekkeboom 1999, 35-36; Hutschemaekers, Van der Camp en Van Hattum 2001, 45-47, 53, 62-63, 79.

493 Van de Sande, Van Hoof en Hutschemaekers 1992, 4, 11; Vroege 1993; Ten Have, Vollebergh en Hutschemaekers 1999, 16; Kwekkeboom 1999, 35-36; Hutschemaekers, Van der Camp en Van Hattum 2001, 106.

en negentig zocht een groeiend aantal mensen hulp voor moeilijkheden in verband met hun werk. Het aantal dat op grond van psychische klachten werd afgekeurd steeg tussen 1970 en het begin van de jaren negentig van 11 naar ruim 30 procent van alle arbeidsongeschikten (160.000 rond 1970 en 800.000 rond 1990) en volgens schattingen zou dat aandeel sindsdien nog zijn toegenomen. 'Stress', 'burn-out' en het 'chronisch vermoeidheidssyndroom' (ME) leken steeds meer hun tol te eisen.[494] Epidemiologisch onderzoek wees uit dat maar liefst een op de vijf werkende mannen en vrouwen ten minste één psychische stoornis had en dat de frequentie het hoogst was onder werknemers in dienstverlenende functies.[495] Uit ander onderzoek onder Riagg-hulpverleners en -cliënten kwam naar voren dat rond 80 procent van de hulpvragers met een baan in meer of mindere mate kampte met problematiek die met hun werk te maken had.[496] Vooral de hoge werkdruk, geestelijk te inspannende arbeid, een slechte werksfeer en onzekerheid over het behoud van een baan speelden hen parten. Ook bleek dat de behandeling van hun moeilijkheden in een Riagg zich vaak toespitste op het vergroten van de individuele weerbaarheid en het eigen vermogen om met de problemen om te gaan. Slechts incidenteel namen hulpverleners contact op met andere betrokkenen, zoals de werkgever, bedrijfsartsen of personeelsfunctionarissen, hoewel veel cliënten dat wel wenselijk hadden gevonden teneinde verandering te brengen in de arbeidsomstandigheden.[497]

De Arbeidsongeschiktheidsverzekering heeft er waarschijnlijk sterk toe bijgedragen dat moeilijkheden op het werk in hoge mate als psychische problemen werden behandeld. Op deze manier konden werkgevers minder goed functionerende werknemers met een uitkering laten afvloeien.[498] Maar ook veranderingen op de arbeidsmarkt in combinatie met de algemene tendens tot psychologisering werkten dergelijke moeilijkheden in de hand.[499] In de Nederlandse economie nam de al sterk aanwezige dienstensector nog in betekenis toe. Terwijl rond 1970 al de helft van de beroepsbevolking in de tertiaire (handel, transport, communicatie en het bank-, verzekerings- en advieswezen) en kwartaire sector (overheid, gezondheidszorg, onderwijs en maatschappelijke dienstverlening) werkte, omvatten deze rond de millenniumwisseling 70 procent van de werkgelegenheid.[500] Vooral het groeiende aantal vrouwen op de arbeidsmarkt – een groot aantal van

494 Hosman 1991, 108; Van Gageldonk et al. 1996, 359; vergelijk Swalen, Van Steenderen en Wansink 1995; Landelijke Commissie Geestelijke Volksgezondheid 2002, 73. Volgens Abma (2005b) was in de jaren negentig 70 procent van de arbeidsongeschikt verklaarde werknemers vanwege psychosomatische aandoeningen afgekeurd.

495 Laitinen-Krispijn en Bijl 2002.

496 Swalen, Van Steenderen en Wansink 1995, 643; Van Gageldonk et al. 1996, 360.

497 Hutschemaekers 1991; Swalen, Van Steenderen en Wansink 1995, 646; Van Gageldonk et al. 1996, 365-367.

498 Abma 2005b; vergelijk Knepper 1992.

499 Zie 4.6, paragraaf 'De psychotherapeutische markt en psychologisering'.

500 Van Leeuwen 1999a, 70; vergelijk Van Leeuwen 1999b, 77-78; Nierop 1999, 89; Van Praag en Uitterhoeve 1999, 30-31; Van den Brink 1999, 550.

hen werkte in deeltijd – kwam in deze sectoren terecht.[501] Kennis, flexibiliteit, initiatief, assertiviteit en sociale en communicatieve vaardigheden werden belangrijke vereisten op de arbeidsmarkt. Nu de ongelijkheid in onderwijskansen grotendeels was weggevallen en het gemiddelde opleidingsniveau was gestegen, moesten mensen in toenemende mate op basis van hun persoonlijke talenten met anderen concurreren. Werk gold voor steeds meer mensen mede als middel tot persoonlijke ontplooiing en carrière. Dat betekende dat hun mentale investering daarin toenam. De vervaging tussen arbeidstijd en privéleven, de toenemende nadruk op marktwerking alsook de opgeschroefde eisen, prestatiedrang en werkdruk konden leiden tot overbelasting en stress.[502] Voor veel vrouwen kwam daar nog bij dat hun belasting vanwege de combinatie van betaald werk en zorgtaken in het gezin zwaarder werd.[503] Tegelijkertijd leek het erop dat het steeds moeilijker werd om de vraag te stellen in hoeverre bepaalde arbeidsomstandigheden moeilijkheden met zich meebrachten en hoe deze op de arbeidsplek zelf waren op te lossen. De toenemende uitval van werknemers vanwege psychische klachten zou erop kunnen wijzen dat moeilijkheden op het werk in toenemende mate geïndividualiseerd werden.[504] Hoe het ook zij, de psychosociale hulpverlening bij arbeidsproblemen, zowel door de publieke geestelijke gezondheidszorg en vrijgevestigde therapeuten, als door een door het bedrijfsleven gefinancierd particulier circuit, groeide in omvang, vooral nadat de WAO-uitkeringen werden aangescherpt en werkgevers en werknemers een gemeenschappelijke verantwoordelijkheid kregen voor het terugdringen van ziekteverzuim. Het ging vooral om doelgerichte en kortdurende behandelingen, waarbij cognitieve gedragstherapie een belangrijke plaats innam.[505]

Verder ontstond er zowel in de maatschappij als in de hulpverlening veel aandacht voor andere nieuw ontdekte of benoemde psychische aandoeningen als de meervoudige persoonlijkheidsstoornis[506], psychotrauma's, eetstoornissen (anorexia en boulimia nervosa), *attention deficit hyperactivity disorder* (ADHD), *body dysmorphic disorder* (oftewel het Michael Jackson-syndroom[507]) en automutilatie onder vooral jonge vrouwen.[508] Ook richtte de hulpverlening zich op nieuwe doelgroepen, zoals etnische minderheden en asielzoekers, mishandelde en seksueel misbruikte vrouwen en kinderen, het toenemende aantal ouderen met psychische problemen en een groeiend aantal jongeren met zelfmoordneigingen. De verslavingszorg, die kampte met een tekort aan psychiaters en een groot verloop en veel ziekteverzuim onder hulpverleners, kreeg in toenemende mate te maken met

501 Van Leeuwen 1999c, 109-110; Van Praag en Uitterhoeve 1999, 33; Uitterhoeve 2000, 49, 64; Lucassen 2001.

502 Van Lieshout en De Ridder 1991b, 32; Wansink 1994; Van Leeuwen 1999a; Nierop 1999; Uitterhoeve 2000, 149-150; Sociaal en Cultureel Planbureau 2004.

503 Brinkgreve 1988; Brinkgreve 2001.

504 Hutschemaekers 1991; Landelijke Commissie Geestelijke Volksgezondheid 2002, 73.

505 Abma 2005a; Bakker en Van der Velden 2004a, 73.

506 Slijkhuis 1997; Slijkhuis 1998.

507 Meijer van Putten 2006.

508 Blok 2006.

cliënten die naast alcohol- of drugsverslaving en sociale moeilijkheden ook psychiatrische stoornissen en ernstige gedragsproblemen vertoonden. Schattingen over het aantal verslaafden met psychische problemen liepen uiteen van 40 tot 70 procent van het totaal. Een groot deel van hen beëindigde de behandeling voortijdig.[509] Het grootste deel van de stijging kwam voor rekening van de drugsverslaafden. Gokverslaafden vormden een geringer, maar toenemend aandeel van de cliënten in deze sector – aan het eind van de twintigste eeuw rond 10 procent.[510]

Behandeling: pillen en praten

Tussen de verschillende ambulante voorzieningen bestond geen scherpe taakafbakening. Evenals de clientèle vertoonde het behandelingsaanbod van Riaggs, poliklinieken en vrijgevestigde psychiatrische en psychotherapeutische praktijken een grote mate van overlapping. Terwijl de vrijgevestigde psychiaters en psychotherapeuten zich hoofdzakelijk met psychotherapie bezighielden, boden de Riaggs en de poliklinieken zowel medische en sociaal-psychiatrische zorg, als psychosociale en psychotherapeutische hulpverlening, waarbij in de Riaggs een multidisciplinaire werkwijze en in de poliklinieken de medische dan wel de sociale psychiatrie domineerde. In het midden van de jaren negentig kreeg ongeveer driekwart van alle ambulante cliënten een of andere vorm van gespreks- of psychotherapie en zo'n kwart medicatie, al dan niet in combinatie met psychosociale ondersteuning. Psychotherapie vond het meest frequent plaats in de particuliere praktijken en het minst in poliklinieken, terwijl het omgekeerde gold voor de medicamenteuze behandeling. De Riaggs namen in dit opzicht een tussenpositie in. Hoewel de cliënten van de Riaggs en vooral van de poliklinieken over het algemeen met zwaardere psychische problemen kampten dan de clientèle van de particuliere praktijken, lag het aantal hulpverleningscontacten in de eerste twee instellingen gemiddeld lager dan in de laatste.[511]

Terwijl de psychotherapeuten in de jaren zeventig de wind in de zeilen hadden, mede omdat het medisch model onder vuur lag, won in de jaren tachtig en negentig, zoals eerder aangegeven, de biologische psychiatrie aan invloed.[512] Hoewel de sociaal-psychiatrische en de psychosociale en -therapeutische orientaties zeker niet in belang afnamen – het ging niet zozeer om pillen *of* praten, maar om pillen *en* praten – won de medische benadering niet alleen terrein in de klinische psychiatrie, maar ook in de ambulante geestelijke gezondheidszorg. Dat bleek bijvoorbeeld uit de introductie van het DSM-classificatiesysteem en

509 Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1989, 14; Inspectie voor de Gezondheidszorg 1998, 90.

510 Inspectie voor de Gezondheidszorg 1996, 82; Inspectie voor de Gezondheidszorg 1998, 89; Hutschemaekers 1995, 76; Van der Stel 2001b, 332.

511 Ten Have, Vollebergh en Hutschemaekers 1999, 18-19, 29; vergelijk Van de Beek en Hutschemaekers 1992, 948-951; Wilmink et al. 1998.

512 Van Kalmthout en Van der Staak 1994; Bos 2002, 40-46.

behandelprotocollen op basis van de *evidence-based medicine* in de Riagg, alsook de toenemende neiging van psychiaters om zich weer als medicus te profileren en psychofarmaca voor te schrijven.[513] Terwijl in 1992 15 procent van de Riagg-cliënten medicatie kreeg, was dat vier jaar later opgelopen tot 30 procent. In de polikliniekken bedroeg dat aantal toen 50 procent en in de particuliere psychiatrische praktijken 10 procent.[514] De groeiende tendens om psychische stoornissen en problemen met medicijnen te lijf te gaan, deed zich behalve in de gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg ook in de huisartsenpraktijk voor. Huisartsen kregen mede als gevolg van de groeiende wachtlijsten in de geestelijke gezondheidszorg en de aan hen toegeschreven rol als poortwachter voor de tweede lijn in toenemende mate patiënten met psychische klachten in hun spreekkamer. Vanwege hun gebrek aan tijd en deskundigheid op dit terrein, vormden medicijnen voor hen een voor de hand liggende behandelwijze, die bovendien minder geld en tijd kostte dan een gespecialiseerde gespreks- of gedragstherapeutische behandeling in de tweede lijn. Volgens een recente schatting slikken ongeveer 800.000 Nederlanders, meer vrouwen dan mannen, psychofarmaca.[515]

Daarbij verbreedde het indicatiegebied van de psychofarmaca zich. Terwijl zware vormen van geestesziekte al sinds de jaren vijftig en eerder medicamenteus werden behandeld, vonden nieuwe psychofarmaca, die minder bijwerkingen dan de oudere vertoonden en snel werkten, in de laatste twee decennia van de twintigste eeuw in toenemende mate toepassing bij lichtere psychische klachten. Kalmerings- en slaapmiddelen en antidepressiva behoren inmiddels tot de meest frequent voorgeschreven en best verkochte geneesmiddelen. Vooral de nieuwe antidepressiva (de Selectieve Serotonine-Heropname Remmers), in het bijzonder Prozac, die in de jaren tachtig op de markt kwamen, verwierven, mede door de grote media-aandacht en publicaties van schrijvers als E. Brunt, G. Meijsing en R. Wieg over hun positieve ervaringen ermee, het aureool van wondermiddel, niet alleen bij ernstige depressie, maar ook bij de veel meer voorkomende mildere vormen ervan en andere psychische klachten als overspannenheid en angst- en slaapstoornissen.[516] Verder kregen steeds meer kinderen die aandachts- en concentratiestoornissen en overactief, impulsief en rusteloos gedrag vertoonden het geneesmiddel Ritalin voorgeschreven. Vanaf het eind van de jaren tachtig maakte een nieuwe, uit de Verenigde Staten overgewaaide psychiatrische diagnose opgang, de *attention deficit hyperactivity disorder* (ADHD). De definitie van deze stoornis bleek rekbaar: diverse vormen van probleemgedrag in gezin en op school zouden symptomen ervan zijn en sommige deskundigen meenden dat een kwart van alle kinderen eraan leed. Lange tijd bestond in Nederland terughoudendheid ten

513 Willemsen 2001, 331, 340, 404; vergelijk Festen et al. 1997; Hutschemaekers en Neijmeijer 1998, 28.

514 Van de Sande, Van Hoof en Hutschemaekers 1992, 17; Ten Have, Vollebergh en Hutschemaekers 1999, 19.

515 Breeuwsma, Abma en Dane 2003, 626; vergelijk Van Lieshout en De Ridder 1991b, 26.

516 Pieters, Te Hennepe en De Lange 2002, 25-34; vergelijk Bos 2002.

aanzien van Ritalin en werd dit medicijn alleen voorgeschreven als gedragstherapie geen remedie bood. In de tweede helft van de jaren negentig, toen ADHD epidemische vormen leek aan te nemen, verdriedubbelde het gebruik ervan evenwel; zowel het aantal patiënten als de periode waarin ze het middel slikten, nam toe.[517]

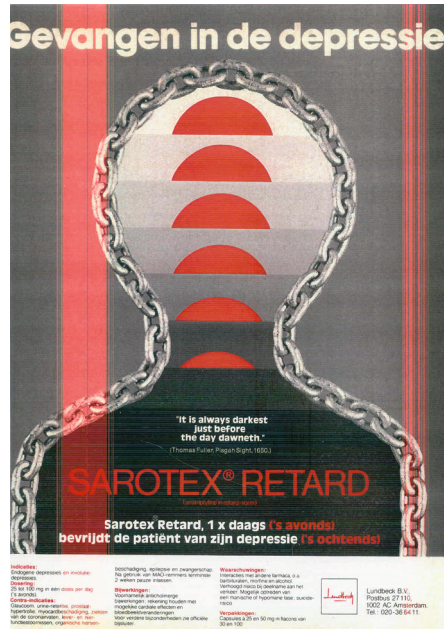
De groei van zowel het aanbod als de vraag naar psychofarmaca hing niet alleen samen met de invloed van de biologische psychiatrie, de marketing door de farmaceutische industrie, de beeldvorming in de media en de geringere kosten en benodigde tijd vergeleken met gespreks-, gedrags- of psychotherapeutische behandelingen, maar ook met de behoeften van de consumenten.[518] Ten eerste kon de biologische verklaring van psychische stoornissen op veel instemming onder het publiek rekenen, omdat ze hiermee op één lijn met lichamelijke ziekte kwamen te staan en de vraag naar de eigen verantwoordelijkheid buiten beschouwing kon blijven. Ten tweede lag de toenemende consumptie van psychofarmaca in het verlengde van de psychologisering en protoprofessionalisering tijdens de voorgaande decennia, waardoor levensproblemen en psychische moeilijkheden bespreekbaar waren geworden en meer mensen een beroep deden op de professionele hulpverlening. De mondigheid van patiënten en cliënten, die zich sinds de jaren zeventig hadden georganiseerd in actiegroepen en belangenorganisaties en van wie sommigen in publicaties verslag deden van hun ervaringen, nam in de jaren tachtig en negentig verder toe. In nog grotere getale deden zij hun verhaal in boeken, tijdschriften en kranten, in nieuwsrubrieken en praatprogramma's op radio en televisie en op het internet. Enerzijds werden psychische moeilijkheden daardoor 'gewoner', anderzijds werd het minder vanzelfsprekend om deze lijdzaam te ondergaan.

Mensen grepen de beschikbare behandelingsmogelijkheden gauwer aan en verwachtten er meer van, vooral naarmate de kennis erover toenam en ze gemakkelijk verkrijgbaar en toepasbaar waren. Daarbij ging het niet alleen om het verhelpen van klachten. Zoals eerder psychotherapie deels in dienst kwam te staan van de bevordering van welzijn, zelfontplooiing en geluk, werden psychofarmaca soms ook in dit licht gezien. Zo koesteren sommigen hooggespannen verwachtingen omtrent de mogelijkheid om met behulp van *designer drugs* het innerlijke leven te optimaliseren en assertiever en socialer te worden. Aan de andere kant bracht de mondigheid van patiënten en hun zaakwaarnemers ook kritiek vanuit deze kring met zich mee op het onvoorwaardelijke en eenzijdige vertrouwen in de psychofarmaca. Zij wezen op de schadelijke lichamelijke en psychische bijwerkingen, zoals suïcidale neigingen, agressief gedrag en verslaving. Daarnaast vroegen ze aandacht voor het gemis aan voldoende kennis over de effecten op de langere termijn, het gebrek aan aandacht voor de individuele omstandigheden en belevingswereld van gebruikers, de grote invloed van de commerciële motieven van de farmaceutische industrie, haar eenzijdige voorlichting en de vermenging

517 Pieters, Te Hennepe en De Lange 2002, 72-82.

518 Pieters, Te Hennepe en De Lange 2002; Bos 2002.

Reclames voor psychofarmaca.



van onderzoek en marketing. Verder riep het voorschrijven van psychofarmaca aan kinderen, jongeren en ouderen bedenkingen op, terwijl ze alleen op jongere volwassenen waren getest.[519]

De opmars van de psychofarmaca ging maar in beperkte mate ten koste van de psychotherapie en aanverwante psychosociale behandelwijzen. Ondanks de golf van kritiek op bepaalde uitwassen van het psychotherapeutisch bedrijf begin jaren tachtig en de opheffing van zijn bastion, het IMP, handhaafde deze behandelvorm zich grotendeels – weliswaar deels in gewijzigde en meer bescheiden vorm – en groeide zowel het aantal erkende en alternatieve therapeuten als de omvang van hun clientèle in de jaren tachtig en negentig gestaag verder.[520] Aan het eind van de twintigste eeuw bedroeg het aantal officieel geregistreerde psychotherapeuten – zowel psychiaters als psychologen en enkele maatschappelijk werkers – ruim vierduizend, meer dan een verdubbeling ten opzichte van 1980.[521] Mede vanwege het grote aantal psychologen dat voor dit beroep koos, behoorde Nederland al sinds het eind van de jaren zeventig tot de landen met het hoogste aantal psychotherapeuten in verhouding tot de omvang van de bevolking.[522] Behalve in de Riaggs en de sterk groeiende particuliere praktijken vonden psychotherapeuten ook emplooi in bureaus voor studentenpsychologen, polikliniekken, psychiatrische ziekenhuizen, psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen, instellingen voor psychiatrische deeltijdbehandeling, categorale voorzieningen voor kinder- en jeugdpsychiatrie, alcohol- en drugsklinieken, de forensische psychiatrie en de somatische gezondheidszorg.[523]

Naast de erkende en gevestigde richtingen als de psychoanalyse en de rogeriaanse, de (cognitieve) gedrags-, groeps-, gezins- en relatietherapie[524] bestond er, grotendeels buiten de reguliere geestelijke gezondheidszorg, een gevarieerd behandelaanbod, waaronder psychosynthese, crisis-, psychotrauma-, generatie-, rationeel-emotieve, feministische, wijsgerige, universele, eclectische, muziek-, dans- en schrijftherapie, en interapie (psychotherapie via internet).[525] De strijd tussen de verschillende psychotherapeutische richtingen luwde echter: niet de

519 Bos 2002, 38, 39, 78, 226; vergelijk Dehue 2003.

520 Schnabel 1986; De Klerk 1989; vergelijk Blok 2004, 213.

521 Hutschemaekers, Van der Camp en Van Hattum 2001, 24.

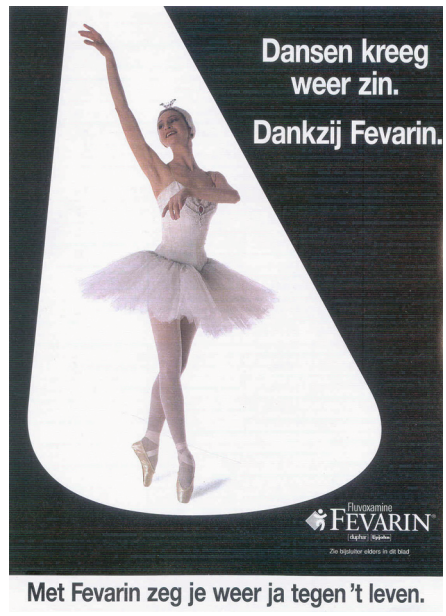
522 Lemmens en Schnabel 1994, 15; De Waal 1992, 126.

523 Schnabel 1991b, 33–35; Hutschemaekers 1994, 179; Hutschemaekers, Van der Camp en Van Hattum 2001, 30–36.

524 Aan het eind van de twintigste eeuw bestonden de volgende specialistische verenigingen: Nederlandse Vereniging voor Psychoanalyse, Nederlands Psychoanalytisch Genootschap, Nederlandse Vereniging voor Psychoanalytische Psychotherapie, Nederlandse Vereniging voor Groeps-Psychotherapie, Nederlandse Vereniging voor Relatie- en Gezinstherapie, Vereniging voor Rogeriaanse Therapie, Vereniging voor Gedragstherapie en Vereniging voor Kinder- en Jeugdpsychotherapie. Rümke 1995, 145.

525 Rümke 1995; Van Soest 1998; Koop 1998. A. Lange, hoogleraar in de relatie- en gezinstherapie aan de Universiteit van Amsterdam, zette Interapy op, een bedrijf met negen medewerkers dat via internet probleemoplossende, directieve psychotherapie aanbood. Donkers 2002.

Reclames voor psychofarmaca (vervolg).



achterliggende filosofie of specifieke methode, maar de instrumentele waarde werd het belangrijkste criterium om een bepaalde vorm van psychotherapie toe te passen. Net als in de geestelijke gezondheidszorg in het algemeen maakte de bevlogenheid van de jaren zestig en zeventig ook in de psychotherapie plaats voor een meer pragmatische en zakelijke oriëntatie. Veel therapeuten gingen zich in toenemende mate tegelijkertijd op verschillende referentiekaders oriënteren. Zo kreeg hun behandeling een pluralistisch en eclectisch karakter, 'in de trant van een losjes door elkaar gebruiken van rogeriaanse basishoudingen, enkele psychoanalytische inzichten en allerlei praktische oefeningen uit de gedragstherapie of uit andere richtingen.'[526] Daarbij wisten ze zich gesteund door onderzoek waaruit naar voren kwam dat de effectiviteit van psychotherapie niet zozeer afhing van de bijzondere inhoudelijke kenmerken en methodieken van de verschillende richtingen als wel van niet-specifieke factoren, zoals de persoon van de therapeut, de kwaliteit van de therapeutische relatie en het vermogen van cliënten om van hun eigen ervaringen te leren teneinde hun gedrag of houding te veranderen.[527]

Er was niet alleen sprake van toenadering tussen de verschillende psychotherapeutische scholen, maar er gingen ook stemmen op om psychotherapie en biologische psychiatrie niet langer als antipolen te beschouwen. Zo betoogden de psychiaters M.G.J. Schmeets en A.C. van Reekum dat de ontdekkingen in de neurowetenschappen een nieuw licht wierpen op de mogelijkheden van psychotherapie: de omgeving en de ervaring zouden de ontwikkeling van de hersenen en de wijze waarop de genetische aanleg tot uiting komt, beïnvloeden.

——— *Rijping van het brein vindt niet autonoom plaats louter op basis van genetische sturing, maar is ervaringsafhankelijk. Het al of niet aanwezig zijn van specifieke stimuli in de omgeving bepaalt of en wanneer bepaalde functies tot ontwikkeling komen. [...] ook op latere leeftijd kunnen er onder meer als gevolg van pathogene invloeden, maar wellicht ook als gevolg van psychotherapie, veranderingen optreden in de genetische expressie met als gevolg veranderingen in structuur en functie van het brein.*[528]

Voor zover psychiaters het biopsychosociale model aanhingen, hoefden de biomedische en psychosociale benaderingen elkaar volgens een dergelijke redenering niet uit te sluiten.

Hoeveel mensen jaarlijks psychotherapeutisch behandeld werden, is moeilijk na te gaan omdat zowel in de diverse publieke instellingen van de geestelijke gezondheidszorg als in de particuliere praktijken van psychiaters cliënten niet op deze basis geregistreerd stonden en psychotherapie nauwelijks is af te gren-

526 Van Kalmthout en Van der Staak 1994, 380; vergelijk Lemmens 1991, 256; Lemmens en Schnabel 1994, 19; Rümke 1995.

527 Albersnagel 1989; Schnabel 1991b; De Ridder 1991a; Van Kalmthout en Van der Staak 1994, 379; vergelijk Schagen 1993; Rümke 1995, 127; Bolhuis en Trijsburg 2001.

528 Schmeets en Van Reekum 2000, 464; vergelijk Ladan 1996; Buitelaar 1996; Hendrikx 1998; Koerselman 1998.

zen ten opzichte van andere vormen van gesprekstherapie. Een indicatie vormt het aantal nieuwe cliënten per jaar van de vrijgevestigde, officieel geregistreerde psychotherapeuten, dat tussen 1980 en 1995 groeide van ruim 19.000 naar bijna 40.000.[529] Het is aannemelijk dat het aantal cliënten dat een of andere vorm van psychotherapie in de reguliere geestelijke gezondheidszorg onderging, ten minste verdubbelde.[530] Het aantal mensen dat bij alternatieve psychotherapeuten in behandeling kwam, ligt waarschijnlijk nog hoger.

De al in de jaren zeventig op gang gekomen professionalisering werd in 1986 bezegeld met het 'Besluit inzake registratie van psychotherapeuten'. Daarmee kreeg psychotherapie wettelijke erkenning als apart, interdisciplinair vakgebied waarvoor bepaalde kwaliteitsnormen en opleidingseisen golden. Therapeuten die hieraan voldeden, konden zich vanaf 1988 laten inschrijven in een door de Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid beheerd register van het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur. Psychiaters die in het specialistenregister van de KNMG stonden ingeschreven, kregen automatisch toegang tot dit register, aangezien psychotherapie onderdeel van hun beroepsopleiding was. Anderen – het ging voornamelijk om psychologen – moesten zich kwalificeren op basis van een gespecialiseerde vervolgopleiding, zoals de vijfjarige postdoctorale opleiding die de zeven Regionale Instellingen voor Nascholing en Opleiding onder toezicht van het Centraal Orgaan Opleidingen Psychotherapie verzorgden. Met de Wet BIG werd psychotherapie als basisberoep in de gezondheidszorg erkend en de titel psychotherapeut beschermd. Geregistreerde therapeuten konden voor hun werkzaamheden ter verantwoording worden geroepen en kwamen onder een beroepstuchtrecht te vallen. De wet gaf geregistreerde therapeuten echter geen beroepsbescherming in de zin dat zij het alleenrecht kregen om psychotherapie te bedrijven; niet-erkende behandelaars konden zich er straffeloos mee blijven bezighouden.[531]

De collectieve financiering op basis van de AWBZ, die zich vanaf 1989 van de institutionele psychotherapie uitbreidde tot de particuliere praktijken van psychiaters en, onder bepaalde voorwaarden, ook tot de vrijgevestigde (erkende) niet-medische therapeuten, garandeerde een ruime toegankelijkheid. De AWBZ vergoedde 90 psychotherapiezittingen, waarbij voor elke sessie een eigen bijdrage was verschuldigd – deze steeg in 1993 van 5 naar 20 gulden. De AWBZ-financiering ten behoeve van vrijgevestigde niet-medische psychotherapeuten vond tot 1994 plaats op basis van de zogenaamde 'verlengde-arm-constructie': nadat een psychiater de diagnose had gesteld, kon deze de behandeling uitbesteden aan een gespecialiseerde psychotherapeut. Vanaf 1994 kwamen de particuliere praktijken van deze psychotherapeuten voor deze financiering in aanmerking als ze onder

529 Ten Have et al. 1996, 128; Lemmens et al. 1990, 369; vergelijk Rümke 1995, 11; Langelaan 1999b, 12; Hutschemaekers, Van der Camp en Van Hattum 2001, 41.

530 *In therapie*. Profiel NRC *Handelsblad* 10-4-1997, 1.

531 Haaijman 1986; Schnabel 1991b; Trijsburg 1999; Van der Staak, Dalewijk en Everaerd 1999; Bakker, Deege en Wijsbek 1991; Hutschemaekers, Van der Camp en Van Hattum 2001.

supervisie van en na indicatiestelling door een Riagg cliënten van deze instelling behandelden. Verder werd psychotherapie bekostigd door het Ziekenfonds, particuliere ziektekostenverzekeringen en cliënten die de behandeling voor eigen rekening namen. Het aantal therapiezittingen dat voor vergoeding door middel van collectieve verzekeringen in aanmerking kwam, werd in de jaren negentig en aan het begin van de eenentwintigste eeuw teruggebracht tot in principe 25 en tot 50 voor bijzonder gecompliceerde aandoeningen. Tevens werden de voorwaarden aangescherpt.[532]

Hoewel psychotherapeuten sterk waren geconcentreerd in de Randstad, vooral in Amsterdam, raakten zij mede door de Riaggs beter over het land verspreid. In de jaren tachtig overheerste binnen deze instellingen nog sterk de koers die in de jaren zeventig door de MOB's, BLGM's en IMP'en was uitgezet: een gerichtheid op psychosociale problemen en een sterke voorkeur voor psychotherapeutische behandelwijzen, die onder de medewerkers in hoger aanzien stonden dan sociaal-psychiatrische en preventieve werkzaamheden.[533] Psychotherapeuten, die ongeveer een zesde van alle arbeidsplaatsen van de Riaggs bezetten, wisten een zekere autonomie te handhaven door in Organisatorische Eenheden voor Psychotherapie te opereren. Zij wisten zich nog steeds als toonaangevende deskundigen te profileren, aan wie andere behandelaars zich spiegelden.[534] Mede hierdoor was de Riagg-hulpverlening niet voor iedereen even toegankelijk: lijders aan zware en chronische psychiatrische stoornissen, die vaak gepaard gingen met sociale ontreddering, waren in dat opzicht in het nadeel vergeleken bij hulpvragers met lichtere psychische of psychosociale moeilijkheden, die zich doorgaans aanspreekbaar en gemotiveerd opstelden.[535] Bijna een kwart van de cliënten die zich rond 1990 bij een Riagg aanmeldden, werd doorverwezen naar andere instanties, zoals het maatschappelijk werk, de huisarts, psychiatrische ziekenhuizen en de verslavingszorg. Een groot deel hiervan betrof psychiatrische patiënten met ernstige psychiatrische stoornissen en gedrags- en/of verslavingsproblemen. Driekwart van de cliënten die deze kenmerken vertoonden, werd onmiddellijk of na enkele gesprekken doorverwezen. Slechts 15 procent van hen kreeg een behandeling binnen de Riagg aangeboden.[536]

Het therapeutische aanbod van de Riaggs was beter afgestemd op mensen zonder uitgesproken psychopathologische symptomen, die in staat waren om hun problemen te verwoorden, die zich geschikt toonden voor gesprekstherapie en daarbij enig vermogen tot zelfreflectie aan de dag legden. Dit bracht met zich mee dat hoger opgeleiden, jongeren en vrouwen een streepje voor hadden

532 Simons 1993, 35-36, 46, 72; Rümke 1995, 142-143; Van Dyck 1993; Pols 1993; Ten Have et al. 1995, 105; Vos en Hutschemaekers 1999, 182; Van Soest 1988; Bakker, Deege en Wijsbek 1991; Van Dantzig 2002.

533 Festen et al. 1997, 101-102; Witteman 1995, 284, 297; vergelijk Roelofs 1997, 81, 145.

534 Lemmens et al. 1990, 370.

535 Van de Sande, Van Hoof en Hutschemaekers 1992; Osselaer-Schouterden 1995; Ten Have, Vollebergh en Hutschemaekers 1999.

536 Van de Sande, Van Hoof en Hutschemaekers 1992, 12-13.

op laag opgeleiden, ouderen en mannen. Aan het begin van de eenentwintigste eeuw waren hoogopgeleide vrouwen met lichtere problemen nog steeds over- en laagopgeleide mannen met ernstige stoornissen nog steeds ondervertegenwoordigd in de Riagg.[537] Riagg-hulpverleners vertoonden een voorkeur voor wat langer durende psychotherapeutische behandelvormen waarin de verwerving van zelfinzicht en veranderingen in de persoonlijkheidsstructuur centraal stonden. Ze kwamen veel minder tegemoet aan mensen met een behoefte aan meer kortdurende, concrete en direct op hun klachten gerichte hulp. Tevens was de behandeling van cliënten die er zowel in psychisch als in sociaal opzicht slecht aan toe waren, minder intensief en frequent dan de hulpverlening aan cliënten die er relatief beter voorstonden.[538]

De ambities van de behandelaars stonden echter op gespannen voet met zowel voorkeuren en verwachtingen van de meerderheid van de cliënten, als de daadwerkelijke praktijk van de hulpverlening. Inhoudelijk bewoog het therapeutische repertoire van de Riagg zich tussen twee polen: enerzijds een open en exploreren de benadering gericht op het individuele psychische functioneren en het actief verwerven van zelfinzicht en anderzijds een directieve, structurerende en probleemoplossende aanpak met concrete aanwijzingen, adviezen en oefeningen. Terwijl 80 procent van de clientèle neigde naar de laatste en slechts 20 procent – in deze groep waren vrouwen, alleenstaanden, jongeren en hoger opgeleiden oververtegenwoordigd – een uitgesproken voorkeur voor de eerste aan de dag legde, vonden veel hulpverleners dat een behandeling pas echt voltooid en geslaagd was als deze bij cliënten een innerlijke verandering en persoonlijke groei teweeg had gebracht.[539] De behandelplannen waren vaak op de explorerende variant geënt, maar in het feitelijke verloop van de hulpverleningscontacten verschoof het accent meestal naar een meer pragmatische benadering. Over het algemeen vonden er minder gesprekken plaats en duurde de gehele behandeling korter dan de hulpverleners eigenlijk nodig achtten. De gerealiseerde behandeling sloot uiteindelijk beter bij de wensen van de meeste cliënten aan dan bij de opzet van de hulpverleners en de eersten bleken dikwijls met minder tevreden dan wat de laatsten voor ogen hadden.[540]

Enquêtes onder cliënten gaven aan dat de meerderheid matig tot redelijk tevreden was over de Riagg-behandeling. Ouderen toonden zich de meest tevreden cliënten van de Riagg.[541] De cliënten van de volwassenen- en jeugdafdelingen

537 Ten Have, Vollebergh en Hutschemaekers *1999*, 25-26, 35; vergelijk Lemmens 1989; De Waal 1988. Internationale vergelijking leert dat dit ook gold voor de ambulante geestelijke gezondheidszorg in Duitsland, de Verenigde Staten en Canada. NRC *Handelsblad*, Thema Riagg. 7/8-6-2003, 45-48.

538 Van de Sande, Van Hoof en Hutschemaekers *1992*, 32-33; Osselaer-Schouterden *1995*.

539 Van de Sande, Van Hoof en Hutschemaekers *1992*, 4; vergelijk Friele, Albada en Sluijs *2006*, 53.

540 Ten Have, Vollebergh en Hutschemaekers *1999*, 18, 27; vergelijk De Beer en Hutschemaekers *1996*; Vermande, Faber en Hutschemaekers *1997*; Schaefer, Schene en Koeter *1999*.

541 De Beer en Hutschemaekers *1996*.

waren over het algemeen kritischer, maar een uitgesproken negatief oordeel over de hulpverlening in de zin dat deze nauwelijks of geen enkele verbetering had teweeggebracht of hun toestand zelfs had verslechterd, bleef beperkt tot een minderheid van tussen 20 en 30 procent.[542] Ongeveer de helft van de Riagg-cliënten meende dat de behandeling wel enig effect had gehad, ook al waren de verbeteringen meestal bescheiden en verklaarde nog geen 10 procent van hen dat ze volkomen vrij waren van klachten.[543] In dit opzicht scoorden de Riaggs iets beter dan de poliklinieken, maar veel slechter dan de particuliere praktijken, waarin bijna 80 procent van de cliënten min of meer positieve effecten van de therapie bespeurde. De mate van tevredenheid over het resultaat van de behandeling hing over het algemeen niet zozeer samen met de inhoud ervan, als wel met de bejegening door de hulpverlener, de duur ervan en de wachttijd, alsook met de ernst van de klachten en de bereidheid van mensen om verandering in hun toestand te brengen: hoe zwaarder de problemen en hoe geringer de motivatie, des te kleiner de kans was op verbetering.[544] Meer in het algemeen bleek uit opinieonderzoek van de Consumentenbond dat mensen minder vertrouwen hadden in de genezende werking van de geestelijke gezondheidszorg, dan in die van de algemene gezondheidszorg. Waar 87 procent van de ondervraagden geloofde dat professionele hulp bij lichamelijke gezondheidsproblemen tot genezing leidde, gold dat maar voor de helft in het geval van psychische problemen.[545] Het geringere vertrouwen in de geestelijke gezondheidszorg bleek nauw samen te hangen met het negatieve beeld dat veel respondenten hadden van mensen met psychische problemen alsook met hun onbekendheid met deze hulpverlening. Dat kan mede verklaren waarom de huisarts veel meer vertrouwen genoot.[546]

Voortdurend kreeg de Riagg van de overheid, de Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid en hulpverleners in de intramurale en sociale psychiatrie het verwijt dat haar sterke gerichtheid op min of meer gemotiveerde mensen met psychosociale en lichte psychische moeilijkheden, die zich vaak uit eigen beweging aanmeldden en die op reguliere spreekuren met praattherapieën waren te behandelen, ten koste ging van de minder mondige psychiatrische patiënten, voor wie medische behandeling, *outreachende* sociaal-psychiatrische begeleiding ofwel 'bemoeizorg', thuiszorg, crisisinterventie en bemiddeling bij een eventuele opname nodig waren. De Riagg schoot tekort in haar rol als poortwachter voor de intramurale zorg: eind jaren tachtig verliep slechts een derde van de ziekenhuisopnamen via deze instelling. De Riagg hield te veel afstand van het

542 Andela en Luiten 1986, 1232; De Brey en Peereboom 1986; Van de Sande, Van Hoof en Hutschemaekers 1992, 27; Festen et al. 1997, 105; Ten Have, Vollebergh en Hutschemaekers 1999, 28-29; vergelijk Cuijpers en Telleman 1995.

543 Van de Sande, Van Hoof en Hutschemaekers 1992, 28; Ten Have, Vollebergh en Hutschemaekers 1999, 28-29.

544 Ten Have, Vollebergh en Hutschemaekers 1999, 28-29; Hutschemaekers, Van der Camp en Van Hattum 2001, 95, 100.

545 Friele, Verhaak en Andela 2000, 127-128.

546 Nabitz, Vis en Van den Brink 2001.

psychiatrisch ziekenhuis en in verband met de nagestreefde extramuralisering en de substitutie van bedden door stoelen zou zij ernstig in gebreke blijven.[547] De Riagg zou ook tekortschieten op het vlak van de openbare gezondheidszorg, de opvang van mensen met psychische stoornissen die zichzelf niet bij de hulpverlening aanmeldden, maar die wel voor overlast in de maatschappij zorgden, een gevaar voor zichzelf vormden of zichzelf ernstig verwaarloosden. Deze taak kwam in de grote steden voorheen toe aan de sociaal-psychiatrische diensten van de Gemeentelijke Geneeskundige en Gezondheidsdienst (GG en GD), waarvoor gemeentebesturen direct verantwoordelijk waren. Op de particuliere Riagg hadden zij echter geen directe invloed.[548]

Mede als gevolg van dergelijke kritiek, de hierboven geschetste ontwikkelingen in de hulpverleningspraktijk en ook vanwege de steeds nauwere samenwerking en fusies met psychiatrische ziekenhuizen verlegden de Riaggs in de jaren negentig hun koers. Ze gingen meer werk maken van de behandeling van psychiatrische patiënten en samenwerking met psychiatrische ziekenhuizen. Het accent verschoof van de psychosociale moeilijkheden naar de zwaardere psychische stoornissen, waardoor de medische en sociaal-psychiatrische taken meer nadruk kregen.[549] Daarnaast kwam er meer aandacht voor hulpverlening aan specifieke groepen, zoals ouderen en allochtonen, waarvoor de psychotherapeutische mogelijkheden beperkt waren. Ouderen waren licht oververtegenwoordigd in de Riaggs: terwijl 13 procent van de Nederlandse bevolking ouder was dan 65 jaar, bestond begin jaren negentig 16 procent van de Riagg-clientèle uit 65-plussers, die voor het merendeel door hun huisarts waren doorverwezen. De ouderenzorg was de jongste en snelst groeiende specialisatie binnen de ambulante sector. Als gevolg van het groeiende aantal ouderen in verzorgings- en verpleegtehuizen kwam er zowel in de geriatrie als in de psychiatrie meer aandacht voor de (extramurale) zorg voor bejaarden met psychische problemen.[550] Tachtig procent van deze cliënten leed aan typische mentale ouderdomsstoornissen. Andere frequent voorkomende psychische klachten betroffen depressie, relatieproblemen, eenzaamheid en angst. Onder ouderen gingen psychische moeilijkheden vaak gepaard met lichamelijke en sociale problemen. Voor dementerende ouderen waren de therapeutische mogelijkheden van de Riagg beperkt: praktische sociale ondersteuning of opname in een psychogeriatrisch verpleeghuis lag meer voor de hand. Oudere cliënten met andere psychische moeilijkheden kregen behandelingen door middel van gesprekken, begeleiding, advisering en medicatie, waarbij

547 Staatstoezicht op de Volksgezondheid 1983, 75; Van der Reijden 1984, 44-45; 52-53; 64-66; Van Lieshout en Stoelinga 1988, 244; Inspectie voor de Gezondheidszorg 1996, 79; Mispelblom Beyer 1983; Verbraak 1984; Van Lieshout 1985a; Brook et al. 1988; Horn, Van Ommen en Verhoeff 1988; Robben 1992; Van de Beek en Hutschemaekers 1993, 159; Witteman 1995, 306.

548 Wennink 1998, 95; vergelijk Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1987; Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1988a; Gersons et al. 1993.

549 Festen et al. 1997, 15, 18; vergelijk Witteman 1995, 269-270.

550 Robben 1992.

de nadruk lag op een kortdurende, praktische en probleemgerichte aanpak en er van meer diepgaande psychologische beïnvloeding weinig sprake was. Bij de ouderenzorg waren voornamelijk sociaal-psychiatrisch verpleegkundigen en artsen en nauwelijks psychologen en psychotherapeuten betrokken.[551] Vanwege de grote mate van afhankelijkheid van ouderen en de uiteenlopende belangen en draagkracht van diverse betrokkenen (partners, familie, andere hulpverleners) namen bemiddeling, coördinatie en de afweging tussen thuiszorg of opname in een verzorgings- of verpleegtehuis een belangrijke plaats in de ouderenhulpverlening in.

Naarmate het aantal cliënten van allochtone afkomst en asielzoekers met psychische problemen toenam, kwam er meer aandacht voor etnische minderheden en culturele verschillen in de geestelijke gezondheidszorg.[552] Naar aanleiding van problemen die zich op het terrein van de diagnostiek, behandeling en communicatie met allochtone patiënten voordeden, werden in Santpoort (1985) en Endegeest (1993) werkgroepen 'etnopsychiatrie' of 'migranten' opgericht. Ook vonden er vanaf medio 1985 symposia en congressen over dit onderwerp plaats.[553] Telkens weer werd geconstateerd dat de reguliere hulpverlening onvoldoende aansloot op de belevingswereld van veel allochtonen, waardoor zij niet de zorg kregen die zij, gezien de hoge frequentie van psychische en psychosociale moeilijkheden, nodig hadden.[554] De sterk op het individu toegesneden werkwijze van de ambulante geestelijke gezondheidszorg met een sterke nadruk op praten, openheid, onderhandeling, psychologisch inzicht, informele gedragsregels en eigen initiatief stond op gespannen voet met hun op het collectief, in het bijzonder de familie, gerichte belevingswereld, waarin strikte gedragsregels, aanzien en eer een grote rol speelden. Mede vanwege het taboe op geestesziekte en psychiatrie vertoonden veel allochtonen, vooral die met een islamitische achtergrond, een sterke neiging om geestelijke moeilijkheden te vertalen in lichamelijke klachten of deze in godsdienstige termen te begrijpen. Praten zagen zij doorgaans niet als behandeling en van hulpverleners verwachtten zij in hoge mate leiding en sturing.[555] Aan de andere kant waren er ook tekenen dat de cultuurverschillen in de omgang met psychische problematiek, bijvoorbeeld die tussen Surinamers en Nederlanders, niet zo groot waren. Bovendien zouden cultuurverschillen minder invloed hebben

551 De Beer en Hutschemaekers 1996.

552 Inspectie voor de Gezondheidszorg 1997, 82; Inspectie voor de Gezondheidszorg 1999, 19; Kleinlugtenbeld en Naaykens 1998; Blok 1998d, 269-270; Langelaan 2001b.

553 Wesenbeek 1991, 195; Blok 1998d, 269. Hoewel sommige psychiatrische ziekenhuizen, zoals Santpoort, in de jaren tachtig te maken kregen met een sterke stijging van patiënten van buitenlandse afkomst, lag het gemiddelde aantal opnamen van allochtonen niet hoger dan dat van autochtonen. In de jaren zeventig lag het zelfs lager. Zie Brook en De Graaf 1985, 199.

554 Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1992, 102-103; Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1993, 97; Noorlander 1993; Kortmann 1997; Van Dijk et al. 2000. In dit verband werd ook gepleit voor meer openheid voor geneeswijzen uit andere culturen. Willemsen 2001, 315; Dugardyn 2000.

555 Eppink 1981; Six, Örücü en Botros 1981; Pannekeet et al. 1987; Van der Meer 1987b; Limburg-Okken en Jansen 1987; Kortmann 1991; Thung 2000; Van Dijk et al. 2000; Bos 2002, 192, 197, 206.

naarmate de psychische problemen ernstiger waren: psychotische ziektebeelden vroegen minder om een cultuurgebonden aanpak dan neurotische of psychosociale problemen. Als het om de laatste ging, speelden sociaal-economische achterstanden evenzeer een rol als cultuurverschillen.[556]

Psychiatrische patiënten, ouderen en allochtonen waren over het algemeen niet gebaat bij inzichtgevende psychotherapie. Mede hierdoor verdwenen de Organisatorische Eenheden Psychotherapie vanaf het eind van de jaren tachtig en maakte de langer durende en op het psychisch functioneren gerichte psychotherapeutische aanpak in toenemende mate plaats voor kortere, mindere intensieve en meer concrete, direct op de klachten geënte behandelingen.[557] 'In de jaren zeventig konden we rustig een paar uur praten in een sessie, maar dat werkt niet', aldus een aan een Riagg verbonden maatschappelijk werker. 'Te lang ergens over doorpraten kan ziekmakend werken. Korte gesprekken bieden veel structuur.'[558] Begin jaren negentig bestond de gemiddelde Riagg-behandeling uit 8 á 9 individuele gesprekken van zo'n 3 kwartier, verspreid over 4 á 5 maanden. Ongeveer de helft van de cliënten onderging een korte behandeling (maximaal 3 maanden) met ten hoogste 4 á 5 hulpverleningscontacten, terwijl een minderheid van 8 procent meer dan 50 hulpverleningscontacten had.[559] Ongeveer de helft van de Riagg-cliënten werd in het midden van de jaren negentig behandeld met een of andere vorm van directieve therapie, 16 procent met kortdurende steunend-toedekkende gesprekshulp (gemiddeld 5 zittingen), 15 procent met medicijnen en begeleiding en 11 procent met een langer durende inzichtgevende psychotherapie (30 tot 35 wekelijkse gesprekken).[560]

De ontwikkelingen in de Riagg weerspiegelden meer algemene veranderingen op het gebied van de psychosociale en psychotherapeutische hulpverlening. Het onderscheid tussen psychotherapie en andere vormen van hulpverlening verwaterde, niet alleen in de Riagg, maar ook in andere instellingen van de geestelijke gezondheidszorg. De hooggespannen verwachtingen omtrent de mogelijkheid om mensen te veranderen en te bevrijden werden getemperd door het meer bescheiden streven om hun lijden op een effectieve en zo efficiënt mogelijke manier te verlichten en symptomen te bestrijden en te beheersen.[561] De sterk door de psychoanalyse gekleurde benadering waarin psychotherapie als een langdurig en intensief proces van zelfexploratie gold en de in de jaren zeventig populaire rogeriaanse, existentiële benadering, waarin persoonlijke groei en vrijwording centraal stonden, verloren terrein. Hoewel de psychoanalyse in de populaire beeldvorming als pars pro toto voor de psychotherapie gold en het freudiaanse

556 Kortmann 1991; Knipscheer et al. 1999; Kunst en Pels 1994; Dieperink, Van Dijk en Wierdsma 2002.

557 Inspectie voor de Gezondheidszorg 1997, 75; Schaefer, Schene en Koeter 1999; Ten Have, Vollebergh en Hutschemaekers 1999.

558 Willemsen 2001, 370.

559 Van de Sande, Van Hoof en Hutschemaekers 1992, 16; Van de Beek en Hutschemaekers 1993, 156.

560 Festen et al. 1997, 17-18; vergelijk Lemmens en Schnabel 1994, 17-18.

561 Schnabel 1991b; Schrameijer 1990; Lemmens et al. 1988.

gedachtegoed grote bekendheid genoot, was het aandeel van de klassieke psychoanalyse in het totaal van de psychotherapie – 0,1 procent van de clientèle – miniem geworden. Op jaarbasis waren niet meer dan tussen 500 en 700 mensen in analyse. De Nederlandse Vereniging voor Psychoanalyse telde aan het eind van de eeuw ruim 200 en het Psychoanalytisch Genootschap ruim 100 leden. Behalve met de lange duur en de hoge kosten hing de afnemende invloed van de psychoanalyse ook samen met het toenemende belang van empirische verifieerbaarheid en meetbare effectiviteit. Het psychoanalytische begrippenkader vond geen ingang in de DSM-classificatie.[562]

Terwijl eind jaren zeventig in de IMP'en de psychodynamische en introspectieve therapievormen domineerden, vonden nu in toenemende mate de korter durende symptoom- en klachtgerichte cognitieve en gedragstherapieën, gebaseerd op leertheorieën en conditioneringsmodellen, het meest frequent toepassing. Waar therapeuten eerder hun cliënten selecteerden op geschiktheid en zij optimistische verwachtingen koesterden omtrent de mogelijkheid om veranderingen in hun persoonlijkheid teweeg te brengen, stemden zij de behandeling nu meer af op de behoeften en beperkingen van de hulpvragers en verschoof het accent naar directieve, structurerende en ondersteunende behandelingen. Deze waren niet voorbehouden aan erkende psychotherapeuten, maar behoorden in principe tot de therapeutische bagage van alle hulpverleners in de geestelijke gezondheidszorg en ze werden ook ingezet om psychiatrische patiënten te begeleiden en hun zelfstandigheid te bevorderen.[563] De afnemende invloed van psychotherapie in enge zin hing ook samen met de tendens om sociale moeilijkheden en psychiatrische ziektebeelden in mindere mate dan voorheen te reduceren tot individuele, psychologische problematiek. De exclusief psychologiserende optiek maakte plaats voor een meer generalistische, pragmatische en meerzijdige aanpak, die recht deed aan de meervoudige contexten van stoornissen en problemen.[564]

Deze ontwikkelingen gaven aanleiding tot discussies over wat psychotherapie moest inhouden en tot defensieve reacties van psychotherapeuten die wensten vast te houden aan psychotherapie als min of meer exclusief specialisme gericht op innerlijke exploratie.[565] De psycholoog J.H. Dijkhuis, die een vooraanstaande rol had gespeeld in het streven om van psychotherapie een apart, gespecialiseerd vak te maken, kwam daarvan terug: alle hulpverleners dienden in meer of mindere mate over psychotherapeutische vaardigheden te beschikken.[566] Psychotherapeuten die korte symptoom- en klachtgerichte behandelingen niet als echte psychotherapie beschouwden en zich toelegden op de meer intensieve persoons-

562 Schnabel 1995, 107-146; Van Ginneken 1998, 290, 292; vergelijk Schnabel 1998a; Waning et al. 1995; Abma en Weijers 2005, 236.

563 Lemmens et al. 1990; Schnabel 1991b, 34-35; Hutschemaekers, Van der Camp en Van Hattum 2001, 55-57, 102-105.

564 Hutschemaekers en Oosterhuis 2004.

565 Berten 1985; Gravestein en Waage 1987; De Klerk 1989; De Bont 1990; Lemmens 1991; Hutschemaekers, Van der Camp en Van Hattum 2001.

566 Dijkhuis 1989, 1057; vergelijk Van Groeningen 1990.

gerichte en inzichtgevende benadering, konden zich hierin moeilijk vinden en zochten hun heil in toenemende mate in particuliere praktijken.[567] Rond het jaar 2000 vormde de eigen praktijk in omvang de belangrijkste werkplek van erkende psychotherapeuten. De Riagg, die begin jaren negentig nog deze positie innam, en het psychiatrisch ziekenhuis en de daaraan verbonden poliklinieken, kwamen op de tweede en derde plaats.[568]

Deze verschuiving van publieke instellingen naar particuliere praktijken werd ook in de hand gewerkt omdat de invulling die vrijgevestigden aan psychotherapie gaven, op gespannen voet stond met de richtlijnen van de *evidence-based medicine* en de behandelprotocollen, die steeds meer de toon gingen aangeven in de publieke geestelijke gezondheidszorg. Bovendien bood de particuliere praktijk de mogelijkheid om te ontsnappen aan bureaucratisering en managementtaken en om min of meer selectief cliënten aan te nemen. De particuliere praktijken, waar de wachttijden en intakeprocedures veel korter waren dan bij instellingen als de Riagg en de eigen bijdragen hoger waren, bedienden vooral de beter opgeleide en hogere inkomensgroepen alsmede de Yavis-cliënten – *young, attractive, verbalising, intelligent, successful* – die gemotiveerd waren en over de nodige vaardigheden beschikten: mensen die weliswaar gebukt gingen onder 'lijdensdruk' (*'ill enough to need it'*), maar bestand waren tegen de pijnlijke gevoelens, spanningen en angsten die de behandeling kon oproepen (*'sound enough to stand it'*).[569]

Niet alleen de inhoud van psychotherapie, ook de status ervan als apart vak kwam ter discussie te staan. De Wet BIG bracht meer verwarring teweeg dan helderheid met betrekking tot het beroep van psychotherapeut. Deze wet erkende psychotherapie als basisberoep, terwijl zij in feite een specialisatie was van voornamelijk psychiaters, klinisch psychologen, gezondheidspsychologen en kleinere aantallen andere artsen en maatschappelijk werkers. Bijna alle psychiaters en klinisch psychologen waren ingeschreven in het psychotherapieregister. Hoewel de wet BIG een specialistische, postdoctorale opleiding als voorwaarde stelde voor de toekenning van de titel psychotherapeut, konden psychiaters zich op grond van hun beroepsopleiding zonder aanvullende psychotherapieopleiding in het register inschrijven. In psychiatrische kring bestond al veel langer twijfel aan het nut van de aparte status van de psychotherapeut. Onder psychologen ontstond ook onvrede over de BIG omdat een groot aantal klinisch psychologen tegelijkertijd als psychotherapeut en als gezondheidspsycholoog stond ingeschreven en deze twee basisberoepen een grote overlapping vertoonden. Er gingen stemmen op om psychotherapie niet langer als basisberoep te beschouwen, maar, net als in andere

567 Hutschemaekers, Van Der Camp en Van Hattum 2001, 104-105; vergelijk Lemmens 1991, 251.

568 Hutschemaekers, Van der Camp en Van Hattum 2001, 31-33; vergelijk Simons 1993, 34.

569 Rümke 1995, 72-74; vergelijk Van Soest 1998, 17; Langelaan 1999; Hutschemaekers, Van der Camp en Van Hattum 2001, 105-106. Veertig procent van de cliënten kreeg de behandeling via de Riagg vergoed op basis van de AWBZ, terwijl 35 procent van de cliënten deze zelf betaalde. Hutschemaekers, Van der Camp en Van Hattum 2001, 108.

landen, als specialisatie van psychiaters en klinisch psychologen. Eind jaren negentig adviseerde het Coördinerend Orgaan voor Nascholing en Opleiding in de Geestelijke Gezondheidszorg de Minister van WVC om het register voor psychotherapeuten op termijn te sluiten, waardoor psychotherapie als basisberoep op den duur zal verdwijnen en een psychologische en psychiatrische specialisatie wordt.[570] Hierdoor, en ook als gevolg van de verschuiving van de instellingen naar de eigen praktijken, verloor de multidisciplinaire behandelideologie, die een belangrijke rol in de IMP'en had gespeeld, aan betekenis.[571]

Ondanks de problemen waarmee de professionele psychotherapie kampte, raakte het psychotherapeutische gedachtegoed, in het kielzog van het 'ik-tijdperk' en de voortgaande individualisering, ingeburgerd in de Nederlandse maatschappij en kreeg het in verwaterde vorm – de psychobabbel – invloed op het denken en handelen van steeds meer mensen.[572] Het ging om een dalend cultuurgoed. De preoccupatie met het eigen gevoelsleven en de articulatie van innerlijke roerselen, die in de jaren zestig en zeventig vooral waren aan te treffen onder bepaalde categorieën 'protoprofessionele' jongeren en hoger opgeleiden, en die aanvankelijk grotendeels beperkt bleef tot de therapeutische setting, werden door andere bevolkingsgroepen overgenomen. Mensen gingen het gewoner vinden om in psychologische termen over zichzelf en anderen te praten, en verwezen steeds vaker naar hun gevoel en stemming om hun gedrag te legitimeren. Terwijl de intellectuele kringen waarin psychotherapie in de jaren zestig en zeventig opgang had gemaakt, er enige ironische afstand van begonnen te nemen en in de geestelijke gezondheidszorg de intensieve explorerende psychotherapie in de loop van de jaren tachtig en negentig aan betekenis inboette, verspreidden het psychotherapeutische jargon en denkkader zich in min of meer verbasterde vorm vooral via de massamedia[573], zelfhulpliteratuur, internet en allerlei therapeuten, trainers, adviseurs en consultants in de intieme levenssfeer, in opvoeding en onderwijs, in de kerk, in de sport, in de reclame, in de politiek, in het bedrijfsleven, op publieke manifestaties en vooral in de uitdijende slachtofferhulp, onder andere voor mensen die leden aan zogenaamde psychotrauma's of posttraumatische stressstoornissen. De diagnoses psychotrauma en posttraumatische stressstoornis werden aanvankelijk vooral gebruikt om de psychische problemen van oorlogsgetroffenen aan te duiden, maar vanaf de jaren zeventig ging ook het geestelijke leed van andere slachtoffers eronder vallen. Slachtofferhulp Nederland was een van de snelst groeiende organisaties in Nederland. In 2002 meldden zich ruim 90.000 mensen voor nazorg bij uiteenlopende calamiteiten, zoals verkeersongelukken, bedreigingen, gijzelingen, gewelds- en zedendelicten en inbraken.[574]

570 Koerselman 1998; Van der Staak, Dalewijk en Everaerd 1999; Bakker 1999c; Hutschemaekers, Van der Camp en Van Hattum 2001, 112–113; vergelijk Festen 1991.

571 Hutschemaekers, Van der Camp en Van Hattum 2001, 109.

572 Schnabel 1991b, 31.

573 Zo groeide de oplage van het populariserende tijdschrift *Psychologie Magazine*, dat in 2002 werd uitgeroepen tot tijdschrift van het jaar, tussen 2000 en 2002 van veertigduizend tot meer dan tachtigduizend.

574 Gersons 1990; Withuis 2002; Van Teeseling 2004.

Rond de millenniumwisseling was er in de Nederlandse samenleving sprake van een sterke behoefte om collectief uitdrukking te geven aan emoties: uitbarstingen van euforie werden afgewisseld met geritualiseerde uitingen van verdriet en rouw naar aanleiding van rampen, 'zinloos geweld' en de al dan niet gewelddadige dood van bekende Nederlanders. Daarbij vertroebelde het onderscheid tussen de publieke en de privésfeer: persoonlijk slachtofferschap, lijden en verdriet werden breed uitgemeten in de media en dit ging gepaard met een streven om erkenning te verkrijgen voor subjectieve belevingen en wensen.[575] Tegelijkertijd was er een toenemende neiging om de risico's van het leven te beheersen en konden mensen tegenslagen en calamiteiten steeds moeilijker accepteren als gegeven of onvermijdelijke begeleidingsverschijnselen van het bestaan. Terwijl het geloof in de maakbaarheid van de maatschappij op zijn retour was, waren controle en vervolmaking belangrijke ankers in het persoonlijke leven geworden. Voortdurend kregen mensen allerlei programma's en cursussen aangeboden om greep te krijgen op hun levensloop en nieuwe vaardigheden aan te leren, zoals zelfinzicht, emotionele intelligentie, empathie, het reguleren en productief aanwenden van gevoelens en het omgaan met relaties, waardoor zij hun opgeschroefde ambities zouden kunnen realiseren.[576]

5.5 Geestelijke gezondheidszorg en samenleving

Het gebrekkige draagvlak voor vermaatschappelijking

Mede dankzij het overheidsbeleid vervulde de geestelijke gezondheidszorg door de extramuralisering en transmurale samenwerking een voorhoederol in de vernieuwing van de gezondheidszorg.[577] In de jaren negentig stond het beleid in het teken van vermaatschappelijking, gericht op het streven naar integratie van (de zorg voor) geesteszieken in de samenleving.[578] Het was een mooi ideaal, dat binnen en buiten de geestelijke gezondheidszorg op brede instemming kon rekenen, maar de praktijk was weerbarstig. De realisering van de vermaatschappelijking bleef achter bij de verwachtingen, vooral vanwege het gebrek aan draagvlak en draagkracht in zowel de geestelijke gezondheidszorg als de samenleving.[579]

575 Kleijwegt 1995; Jansen van Galen 1995; Polman 1995; Beunders 2002; In therapie, *Vrij Nederland* 2002; Pessers 2003.

576 Van der Stel 1999, 150; vergelijk Van der Horst 2005, 34.

577 Vos en Hutschemaekers 1999, 193.

578 In het ouderen- en gehandicaptenbeleid was een dergelijke koers al eerder ingezet: sinds de jaren zeventig kwam daarin steeds meer de nadruk te liggen op zorg-op-maat dicht bij huis en de vergroting van de maatschappelijke participatie. Kwekkeboom 1999, 52-53.

579 Kwekkeboom 1999; Kwekkeboom 2000; Kwekkeboom 2001.

Uit de opeenvolgende overheidsnota's viel op te maken dat de vernieuwingen moeizaam verliepen en voortdurend nieuwe stimulansen behoefden. Zowel de interne samenwerking tussen de intra-, semi- en extramurale voorzieningen van de geestelijke gezondheidszorg als hun afstemming op andere vormen van hulpverlening verliep niet zonder problemen. Aangezien de verschillende instellingen en echelons aanvankelijk relatief zelfstandig functioneerden en hun domeinen afschermden, kwam de samenwerking binnen de geestelijke gezondheidszorg, vooral bedoeld om de continuïteit van de zorg te waarborgen, maar langzaam en moeizaam van de grond. Zowel de horizontale afstemming tussen de diverse extramurale voorzieningen (Riagg, polikliniek en zelfstandig gevestigde psychiaters) en die tussen de intramurale instellingen (algemene en categorale ziekenhuizen en de psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen), als de verticale aansluiting van de echelons op elkaar, liet te wensen over.[580] De echelonnering was al vanaf de jaren zeventig ondermijnd doordat vooral psychiatrische ziekenhuizen steeds meer activiteiten gingen ontplooien die eigenlijk thuishoorden bij voorzieningen in andere echelons. Met hun poliklinieken en andere extramurale activiteiten, zoals crisisinterventie, bewogen zij zich op het werkterrein van de Riaggs. Het is opvallend dat juist de psychiatrische ziekenhuizen die zich al in de jaren zestig en zeventig met een breed transmuraal zorgaanbod als regionale centra voor geestelijke gezondheidszorg trachtten te profileren – bijvoorbeeld Sint Willibrord, Welterhof en het Vincent van Gogh Instituut in Venray – in de jaren tachtig en negentig de hekkensluiters waren als het om samenwerking met andere instellingen ging.[581]

Dergelijke afstemmingsproblemen binnen de geestelijke gezondheidszorg verminderden in de loop van de jaren negentig als gevolg van de fusies tussen de instellingen en de vorming van regionale organisaties voor geestelijke gezondheidszorg. Tegelijkertijd sloeg een deel van de psychiatrie een koers in die op gespannen voet stond met de vermaatschappelijking. De toenemende nadruk op de medisch-biologische benadering en curatieve behandeling op basis van *evidence-based medicine*, waarbij de somatische geneeskunde als voorbeeld gold, doorkruiste de sociaal-psychiatrische aanpak waarop de vermaatschappelijking stoelde.[582] Deze was niet in de eerste plaats gericht op genezing, maar concentreerde zich veel meer op de ondersteunende hulpverlening en de sociale rehabilitatie van vooral chronische psychiatrische patiënten, doeleinden die eerder waren aan te merken als welzijnszorg, dan als geneeskundige behandeling in engere zin.[583]

580 Trimbos 1983; Van Lieshout en Stoelinga 1988; Polis en Schnabel 1988; Van der Grinten 1990; Sytema 1994; Van de Beek 1991.

581 Bakker en De Boer 2002b, 301-310; Blok s.a.d [1999]; Van Jaarsveld 2005; Jansen 2005.

582 Borst-Eilers 1997a; Raad voor de Volksgezondheid en Zorg 1998; Kragten 1999; Landelijke Commissie Geestelijke Volksgezondheid 2002, 29, 89.

583 Witteman 1995, 263, 307, 309; Vos en Hutschemaekers 1999, 189; Koerselman 1999; De Haan en Duyvendak 2002, 350-351.

Het medisch model liet zich moeilijk verenigen met de problematiek in een groot deel van de geestelijke gezondheidszorg. Bij veel psychische stoornissen gaat het niet om ziektebeelden die zich volgens eenduidige diagnoses en een schaal van licht naar zwaar of eenvoudig naar gecompliceerd laten indelen. Ernstige geestesziekten vertonen veel meer het patroon van golfbewegingen, zijn dikwijls min of meer chronisch, gaan frequent gepaard met sociale problemen en vragen om vaak langdurige en wisselende vormen van zorg en begeleiding.[584] De toenemende medisch-biologische oriëntatie van de psychiatrie, die zich daarmee voor een deel afkeerde van de sociale hulpverlening aan moeilijk te behandelen chronische patiënten en die ten koste ging van de inzet voor hun huisvesting in de samenleving, arbeidsrehabilitatie en dagbesteding, bracht een verzwakking van het draagvlak binnen de geestelijke gezondheidszorg voor de vermaatschappelijking met zich mee.[585]

De vermaatschappelijking was niet alleen bedoeld om psychiatrische patiënten in de maatschappij te integreren, maar ook om de geestelijke gezondheidszorg nauw te laten samenwerken met andere maatschappelijke instanties, zoals het maatschappelijk werk, de verslavingszorg, de thuiszorg, woningbouwcorporaties, GG en GD'en, Sociale Diensten, politie en justitie. Deze samenwerking liet echter nogal te wensen over. Juist als gevolg van de verbeterde samenwerking binnen de geestelijke gezondheidszorg, de schaalvergroting als gevolg van de fusies, de nadruk op professionele werkwijzen en de medische oriëntatie van een deel van de psychiatrie, nam de bereidheid om taken met andere instellingen te delen eerder af dan toe. Anderzijds ontbrak het bij de laatste vaak aan deskundigheid en animo om zich structureel met psychiatrische patiënten bezig te houden en zetten zij ook vraagtekens bij de haalbaarheid van het streven naar hun maatschappelijke integratie. Het maatschappelijk werk, de woningbouwverenigingen en de politie zagen zich geconfronteerd met de moeilijke gevallen en de schaduwkanten van de vermaatschappelijking in de vorm van sociaal isolement, verwaarlozing, gebrek aan dagbesteding, overbelasting van de omgeving en sociale opvangvoorzieningen, alsook overlast in de samenleving. Tussen de geestelijke gezondheidszorg en andere maatschappelijke instanties bestonden uiteenlopende opvattingen over de noodzaak om overlast te bestrijden en daarbij dwang toe te passen. Voor woningbouwcorporaties bijvoorbeeld was de overlastbestrijding de belangrijkste invalshoek van waaruit zij bij de vermaatschappelijking van de geestelijke gezondheidszorg betrokken raakten. Zij moesten rekening houden

584 Van Lieshout en Stoelinga 1988, 246-249, Petry 1988b, 5; Wennink 1999, 540.

585 De Roy 1996; ; Inspectie voor de Gezondheidszorg 1996, 73; Inspectie voor de Gezondheidszorg 2000, 25; Van Hezewijk 1999; Schoemaker 2000; De Wilde 2001; Dröes 2001; Brouwer 2001, 175; Kwekkeboom 2001.

met collectieve belangen, in het bijzonder die van de omwonenden, tegenover het individuele belang van de patiënt.

Soortgelijke bedenkingen bestonden bij gemeentebesturen, die in de tweede helft van de jaren negentig een coördinerende taak kregen toegewezen op het terrein van de sociale hulp- en dienstverlening, en de plaatselijke GG en GD'en, belast met onder andere overlastbestrijding en de aanpak van verwaarlozing en vervuiling. Gemeenten bleken onvoldoende toegerust om een regisserende en sturende rol te spelen bij het realiseren van samenhang in het regionale hulpaanbod en konden weinig invloed uitoefenen op de grootschalige instellingen van de geestelijke gezondheidszorg, die als gevolg van de fusies ontstonden.[586] De gescheiden financiering van de geestelijke gezondheidszorg op basis van de AWBZ en de sociale hulpverlening door de gemeenten belemmerde de totstandkoming van hechte regionale beleids- en hulpverleningsnetwerken. Het ontbrak bij de lokale overheden niet alleen aan financiële middelen, maar ook aan deskundigheid, omdat ze weinig ervaring hadden opgebouwd op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg, die overwegend op particuliere basis was georganiseerd.[587] Nadat de schaduwkanten van de vermaatschappelijking de nodige media-aandacht hadden gekregen, gaven wethouders van een aantal steden in het voorjaar van 2001 te kennen dat de grenzen van het toelaatbare waren bereikt. Dit beleid had tot te veel sociale overlast geleid en vooral gestoorde dak- en thuislozen zouden vaker en langer moeten worden opgenomen.[588]

De Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid en ook sommige psychiaters plaatsten in de jaren tachtig en negentig voortdurend kritische kanttekeningen bij de extramuralisering en vermaatschappelijking. Zo wezen zij erop dat de (voorgenomen) afbouw van bedden niet spoorde met de steeds groeiende opnamedruk waarmee psychiatrische ziekenhuizen zich geconfronteerd zagen en dat het ontbrak aan voldoende alternatieve voorzieningen op het terrein van wonen, dagactiviteiten en crisisopvang.[589] Overbelaste familieleden en andere mantelzorgers, alsook verwaarlozing en verloedering van bepaalde groepen patiënten waren het gevolg. Chronische patiënten werden in toenemende mate uit psychiatrische ziekenhuizen ontslagen zonder adequate huisvesting en opvang, en zij leefden vaak geïsoleerd en in armoede. De vermaatschappelijking bleek niet voor alle geesteszieken even goed uit te pakken. Vooral moeilijk handelbare chronische patiënten, die aan ernstige gedragsstoornissen leden, de professionele

586 Kwekkeboom 1999, 67, 192.
587 Kwekkeboom 1999, 93; Kwekkeboom 2001.
588 Kal 2001.
589 Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1987, 8-9; Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1988a, 16, 24; Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1989, 10; Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1990, 53; Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1991b, 25; Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1994, 13; Ravelli 2005, 133.

Woning van een van de cliënten van het Team Integrale Zorg in Hoorn.

hulpverlening meden en sociale overlast veroorzaakten, gaven aanleiding tot zorg. 'Zij draaideuren, zwerven, gebruiken en verhuizen', zo omschreef de psychiater J. Dröes hun lot.[590] Al in 1984 maakte de Inspectie gewag van mogelijke 'Italiaanse en Amerikaanse toestanden' en daarvan meende zij in de jaren negentig steeds meer tekenen te ontwaren: een toenemend aantal psychisch gestoorde dak- en thuislozen in de grote steden, de opkomst en groei van particuliere tehuizen en pensions voor deze groep en een toename van het aantal gedetineerden met psychische stoornissen in gevangenissen.[591] Aangezien de bereidheid in de samenleving om psychiatrische patiënten op te vangen duidelijk beperkt was, konden sommige geesteszieken de bescherming en de continue en intensieve verzorging in het psychiatrische ziekenhuis moeilijk missen. 'Soms hoort men de verzuchting dat de oude APZen, in een landelijke omgeving, met een behoorlijke diversiteit aan bezigheden op het terrein zelf, voor bepaalde groepen patiënten zo gek nog niet waren. Voor sommige patiënten is dat gewoon zo [...]'[592] Steeds weer hamerde de Inspectie op het gevaar van verwaarlozing van chronische patiënten en op de noodzaak om de asielfunctie van het psychiatrisch ziekenhuis te behouden. In de beleidsnota's van de bewindslieden Simons en Borst-Eilers waren soortgelijke overwegingen aan te treffen.[593]

De reserves die bij verschillende maatschappelijke instanties en voor een deel ook binnen de geestelijke gezondheidszorg ten aanzien van de vermaatschappelijking leefden, werden weerspiegeld in de samenleving als geheel. Uit opinieonderzoeken kwam weliswaar naar voren dat slechts 5 procent van de bevolking vermaatschappelijking expliciet afwees, maar ook dat de acceptatie van psychiatrische patiënten in de eigen nabijheid beperkt was. Deze was sterk afhankelijk van hun gedrag en het al dan niet veroorzaken van overlast. Naarmate confrontaties met gestoord gedrag dichterbij kwamen en mensen rekening moesten hou-

590 Dröes 2002, 143; vergelijk Cuijpers 1996; Henkelman 2002; Mentjox 2002.

591 Staatstoezicht op de Volksgezondheid 1984, 2; Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1986, 6; Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1987, 19-21; Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1991b, 25; Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1992, 87; Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1993, 15-16, 79; Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1994, 12; Inspectie voor de Gezondheidszorg 1996, 73; Inspectie voor de Gezondheidszorg 1997, 67; Inspectie voor de Gezondheidszorg 1998, iv, 10; Inspectie voor de Gezondheidszorg 1999, 7-8, 15; Inspectie voor de Gezondheidszorg 2002, 62; Borst-Eilers 1997a, 26-27; Nationaal Fonds Geestelijke Volksgezondheid 1998, 3.

592 Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1994, 13.

593 Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1988a, 23; Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1994, 13; Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1995, 18; Inspectie voor de Gezondheidszorg 1997, 68; Inspectie voor de Gezondheidszorg 1998, v; Simons 1993, 4; Bijker 1994, 42-43; Kragten 1999.

den met mogelijke hinder, namen de bedenkingen ten opzichte van de integratie van geesteszieken in de samenleving toe. De bereidheid om psychiatrische patiënten in de eigen leefomgeving toe te laten, vertoonde in de jaren negentig zelfs een dalende tendens. Vermaatschappelijking stond op gespannen voet met de verhardende samenleving, waarin gevoelens van onveiligheid en onzekerheid toenamen. Van een breed draagvlak voor vermaatschappelijking leek in de Nederlandse samenleving geen sprake.[594] De naasten van psychiatrische patiënten stonden positiever tegenover de vermaatschappelijking, maar familieorganisaties brachten wel naar voren dat het beleid te veel zelfstandigheid en zelfredzaamheid van psychiatrische patiënten veronderstelde. Veel familieleden en mantelzorgers waren niet altijd gelukkig met het streven om patiënten zo veel mogelijk thuis te laten wonen en ervoeren de zorglast zowel in materiële als in immateriële zin als (te) zwaar. Zij achtten meer steun van hulpverleningsinstanties wenselijk en pleitten ook voor ruimere financiële middelen ten behoeve van de mantelzorg.[595]

Hoewel velen profiteerden van vernieuwingen in de zorg, vooral voor zover die zich meer toespitste op hun individuele behoeften, bestonden er ook onder patiënten zelf gemengde gevoelens over het streven naar maatschappelijke integratie, vooral vanwege het gebrek aan bescherming en acceptatie in de samenleving. In het bijzonder op het terrein van sociale contacten, dagbesteding en arbeidsrehabilitatie en in mindere mate hun financiële mogelijkheden bestonden onder patiënten nog veel onvervulde wensen en liet de kwaliteit van hun bestaan nog te wensen over.[596] Om de behoefte van veel chronische patiënten aan een veilige en rustgevende woonomgeving te vervullen, kwam in 2005 de Stichting Huisjes tot stand. Het initiatief kwam van R. van der Heijden en G. Francken, die een leidende rol vervulden in de familie- en patiëntenorganisaties Ypsilon en Anoiksis. Van der Heijden, Francken en hun medestanders stelden dat de vermaatschappelijking was doorgeschoten, dat de draagkracht van chronische geesteszieken, met name lijders aan schizofrenie, werd overschat en dat de grote stad geen geschikte leefomgeving voor hen vormde. De beschermende woonvormen, waarin met vier tot zes mensen werd samengeleefd, boden niet voor alle chronische patiënten een geëigende leefsituatie. Het doel van de stichting was om op de terreinen van enkele (voormalige) psychiatrische ziekenhuizen zo'n 15.000 kleine, eenpersoonswoningen te bouwen voor mensen met schizofrenie die zich niet zelfstandig in de maatschappij konden handhaven. Dit initiatief betekende eigenlijk een doorkruising van de vermaatschappelijking en een terugkeer naar het idee dat psychiatrische patiënten een zekere afscherming tegen de samenleving nodig hadden.[597]

594 Kwekkeboom 2000; Kwekkeboom 2001, 216-217.
595 Kwekkeboom 2001, 197-199.
596 Michon et al. 2003, 30-34.
597 Stichting 'huisjes' 2006; Van Hintum en Vanheste 2006; Pama 2006.

Een van de uitgangspunten van zowel de vermaatschappelijking van de geestelijke gezondheidszorg als de wetgeving ten behoeve van de rechten van patiënten was dat geesteszieken niet bij voorbaat van hun rechten en plichten als burger mochten worden uitgesloten, ook al waren zij net als andere groepen hulpbehoevenden beperkt in hun autonomie, oordeelsvermogen en keuzevrijheid. De mate waarin psychiatrische patiënten deze ook daadwerkelijk zouden kunnen uitoefenen, hing deels af van maakbare maatschappelijke voorwaarden: rechtsbescherming en een zodanige organisatie van de geestelijke gezondheidszorg dat zij niet van de rest van de samenleving waren geïsoleerd en voldoende sociale ondersteuning kregen om hun maatschappelijke integratie te bewerkstelligen. In deze redenering werkte het kritische ideeëngoed van de jaren zeventig door. In meer algemene zin had zij veel weg van de gedachtegang op basis waarvan een eeuw eerder een begin was gemaakt met de verheffing van de volksklassen tot volwaardige burgers. De vooronderstelling erachter was dat de realisering van burgerschap grotendeels afhing van de mate waarin maatschappelijke omstandigheden mensen daadwerkelijk in staat stelden zichzelf te ontplooien en zij daarbij op de nodige ondersteuning en aansporing konden rekenen.

Het burgerschap voor psychiatrische patiënten bleek in de praktijk echter moeilijk realiseerbaar en de wijze waarop het vorm moest krijgen raakte in de jaren negentig omstreden. Critici wezen erop dat de beginselen van autonome zelfbepaling en maatschappelijke participatie, die centraal stonden in het moderne burgerschapsideaal, volledig voorbij gingen aan wat juist de essentie van geestesziekte uitmaakt: het gebrekkige vermogen tot zelfbeschikking en zelfredzaamheid en de teloorgang van de vanzelfsprekende en basale verwachtingspatronen in het sociale verkeer. Bovendien brachten zij naar voren dat het streven naar emancipatie van geesteszieken tot burgerschap niet zelden botste met hun eigen wensen en belevingswereld. Niet zozeer de patiënten zelf als wel hun zaakwaarnemers en de beleidsvormers drongen erop aan dat zij voor zichzelf konden, mochten of zelfs moesten beslissen, dat zij in de samenleving dienden te participeren, dat de zorg moest worden afgestemd op hun vraag en dat zij deze als zorgconsumenten zelf moesten articuleren. Door de nadruk op zelfstandigheid en zelfredzaamheid als meest zinvolle bestaansvorm, raakten andere behoeften van psychiatrische patiënten op de achtergrond: veiligheid, zorg, geborgenheid, bescherming, rust, het verlangen naar een overzichtelijk bestaan dat is afgeschermd van de dynamiek en de complexiteit van de samenleving, en begrip voor hun bijzondere belevingswereld en hun kwetsbaarheid. De daarbij horende waarden als zorgzaamheid, inleving, solidariteit en sociabiliteit stonden op gespannen voet met autonome zelfontplooiing. Maatschappelijke integratie en arbeidsrehabilitatie van psychiatrische patiënten, die in hoge mate afhankelijk zijn van hun directe omgeving, werd bemoeilijkt doordat de sociale samenhang in wijken en buurten in toenemende mate onder druk stond en de arbeidsmarkt eisen stelde

waaraan zij bij lange na niet konden voldoen. Zolang volwaardig burgerschap in de eerste plaats samenviel met autonomie, eigen initiatief, mondigheid, actieve maatschappelijke participatie en prestatie (vooral door middel van betaald werk), was voor geesteszieken, net als voor andere hulpbehoevenden, niet meer weggelegd dan een marginaal burgerschap.[598]

Geestelijke volksgezondheid en publieke moraal

De belangrijkste component van de vermaatschappelijking van de geestelijke gezondheidszorg betrof de extramuralisering van de hulpverlening en de sociale integratie van geesteszieken. Daarnaast was er in de regeringsnota's *Onder Anderen* (1993) en *Beleidsvisie Geestelijke Gezondheidszorg* (1999) alsook de *Beleidsbrief Openbare Geestelijke Gezondheidszorg* (1997) eveneens sprake van een hernieuwde aandacht voor geestelijke volksgezondheid in het algemeen en, daarmee nauw verbonden, de noodzaak van preventie alsmede openbare geestelijke gezondheidszorg voor geesteszieken die zich aan de reguliere hulpverlening onttrokken en die voor maatschappelijke overlast zorgden.[599] In de loop van de jaren zeventig en tachtig was de nadruk in de ambulante geestelijke gezondheidszorg op de behandeling van individuen komen te liggen. De mogelijk schadelijke invloed van maatschappelijke ontwikkelingen op de geestelijke volksgezondheid, die rond 1970 zoveel aandacht had getrokken, was naar de achtergrond verdwenen.

Onder invloed van epidemiologisch onderzoek naar het vóórkomen van psychische stoornissen, de almaar aanwassende zorgvraag en toekomstprognoses die een versnelde groei daarvan voorspelden, kwam er in de jaren negentig weer meer belangstelling voor de maatschappelijke dimensie van geestelijke ongezondheid. Uit epidemiologisch onderzoek kwam naar voren dat bijna een kwart van de bevolking tussen achttien en 65 jaar oud op jaarbasis leed aan een volgens de DSM diagnosticeerbare psychiatrische stoornis of aan ernstige psychosociale problematiek. Ruim vier op de tien Nederlanders zouden in hun leven ooit wel eens met ernstige psychische problematiek hebben te kampen. Depressie, alcoholmisbruik en verschillende fobieën kwamen het meest en schizofrenie en andere ernstige psychosen het minst voor. Oververtegenwoordigd waren mensen met een laag inkomen en geringe opleiding, werklozen, arbeidsongeschikten,

598 Oderwald en Rolies 1990; Bauduin [et al.] 1990, 69-93; Vandermeersch 1990, 66; Pols 1990a; Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1991b, 140-141; Schnabel 1992; Van der Veen 1992; Donker 1992; Metz en Kok 1994; Wansink 1994; Schnabel 1995, 79-83; Van Loenen 1997; Van Houten 1999; Widdershoven, Berghmans en Molewijk 2000; Rasmussen 2001; Kal 2001; Van der Laan 2002; Landelijke Commissie Geestelijke Volksgezondheid 2002, 68-69, 73; Pols 2004.

599 Samson 1991; Simons 1993, 21, 25, 9; Kal 1995; Borst-Eilers 1997b; Tonnaer 2001; Kwekkeboom 2002.

alleenstaanden, allochtonen, inwoners van de grote steden, dak- en thuislozen en mensen die leden onder een traumatische jeugd vanwege verwaarlozing, mishandeling, seksueel misbruik of psychiatrische ziekte van hun ouders.[600]

De Stuurgroep Toekomstscenario's Gezondheidszorg, die in 1983 door de staatssecretaris van Volksgezondheid als beleidsondersteunend adviesorgaan was ingesteld, gaf eind jaren tachtig opdracht tot een onderzoek naar mogelijke ontwikkelingen op het gebied van de geestelijke volksgezondheid en gezondheidszorg. In hun rapport *Zorgen voor geestelijke gezondheidszorg in de toekomst* (1990) voorspelden de onderzoekers een sterk stijgende prevalentie van psychische aandoeningen. Door de vergrijzing zou er meer dementie en met chronische lichamelijke kwalen gepaard gaande geestelijke nood voorkomen. Vanwege de hoge eisen van de moderne prestatiemaatschappij en de groeiende werkdruk zouden psychische problemen onder de beroepsbevolking en onder jongeren, in het bijzonder die van allochtone afkomst, toenemen. Verder wezen de onderzoekers op de schadelijke invloed van langdurige werkloosheid, hoge sociale en geografische mobiliteit, verzwakkende gezinsverbanden en sociale netwerken en een groei van alcohol- en drugsmisbruik, gewelddadigheid en ander risicovol gedrag onder jongeren. De stijgende frequentie van psychische moeilijkheden hing volgens de onderzoekers voor een groot deel samen met maatschappelijke veranderingen en daarom drongen zij aan op meer aandacht voor de sociaal-culturele invloeden op de geestelijke volksgezondheid.[601]

Naar aanleiding van deze conclusie gaf staatssecretaris Simons in 1990 opdracht tot een vervolgonderzoek, dat een jaar later resulteerde in het rapport *Vier gevaarlijke kruispunten*. Daarin werden vier maatschappelijke factoren aangewezen die een bedreiging voor de geestelijke volksgezondheid zouden vormen: de wijde verbreiding van seksueel misbruik en incest, de sterke groei van het aantal arbeidsongeschikten, de achterblijvende positie en discriminatie van etnische minderheden en de afnemende sociale veiligheid.[602] Dit onderzoek was voor het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur reden om het Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid een conferentie te laten organiseren over geestelijke volksgezondheid. In het verslag daarvan werd de verwachting uitgesproken dat het aantal cliënten van de geestelijke gezondheidszorg tussen 1990 en 2000 zou stijgen van 4,5 tot 6 procent van de bevolking.[603] De meeste deelnemers waren van mening dat de toenemende vraag naar professionele hulpverlening

600 Bijl, Van Zessen en Ravelli 1997; Bijl en Ravelli 1998; vergelijk Van der Reijden 1984, 15-16, 19, 49-50; Hamers en Driessen 1986; Hodiamont et al. 1986; Giel, Wiersma en De Jong 1987; De Heus 1991; Bangma en De Groot 1993; Ruwaard en Kramers 1993; Coopmans 1997; Schnabel 1997b; Vermande en Bijl 1997; Kwekkeboom 1999, 37-41; Wennink 1998, 77; Van der Stel 2001a; Ten Have et al. 2003.

601 Scenariocommissie Geestelijke Volksgezondheid en Geestelijke Gezondheidszorg en Onderzoeksteam van het Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid 1990, 47-49, 88-89.

602 Gastelaars et al. 1991.

603 Schnabel, Bijl en Hutschemaekers 1992, 10.

op zichzelf geen teken hoefde te zijn van een verslechterende geestelijke volksgezondheid. De groeiende zorgconsumptie was volgens hen ook een gevolg van het verruimde hulpaanbod, de grotere bekendheid van het publiek daarmee, een afnemende tolerantie ten aanzien van allerlei vormen van ongerief en ongeluk, die steeds meer als psychische klachten werden gearticuleerd, en het gestegen vertrouwen in de mogelijkheid deze te behandelen.

Desondanks sloten zij niet uit dat psychische problemen in de hand werden gewerkt door schadelijke maatschappelijke ontwikkelingen: het hoge tempo en de intensiteit van sociale veranderingen, de grote sociale en geografische mobiliteit, de individualisering, de verzwakkende of wegvallende gezinsverbanden en andere sociale netwerken, het verlies aan normatieve en zingevende kaders en maatschappelijke geborgenheid, de (te) hoge eisen die aan de sociale vaardigheden en psychische spankracht van mensen werden gesteld en de nauwelijks meer verwerkbare informatielawine. De geestelijke volksgezondheid zou gediend zijn met goede arbeidsomstandigheden, voldoende werkgelegenheid, de bevordering van de individuele weerbaarheid tegen psychisch ongemak en van gunstige ontwikkelingsomstandigheden voor kinderen en adolescenten. Het rapport benadrukte dat individuele vrijheid en tolerantie niet gedijden zonder maatschappelijke verantwoordelijkheid, cohesie en veiligheid. In dit verband sloegen de auteurs een bezorgde toon aan:

> ——— *Juist in een zeer verstedelijkte, zeer dichtbevolkte, zeer mobiele en complexe samenleving is een geordend en ongestoord verloop van het dagelijkse leven, een gevoel van sociale veiligheid, essentieel om de stedelijkheid niet tot een druk te laten worden, die beklemmender is dan de dorpse sociale controle van vroeger.*[604]

De levenskwaliteit van de Nederlandse maatschappij zou zijn gediend met de bevordering van 'een *nieuwe vorm van burgerlijke beschaving*', teneinde zowel de vrijheid van mensen als hun veiligheid te garanderen.[605] Drie jaar later maakte de psychiater Van Dantzig het grote publiek deelgenoot van dergelijke opvattingen door in *NRC-Handelsblad* te verklaren dat gemeenschappelijke normen en waarden duidelijker moesten worden geëxpliciteerd, bij voorkeur door de overheid, en dat er een manier van 'transmissie' moest worden bedacht om ze in het geweten van burgers te verankeren.[606]

In minder omfloerste bewoordingen weerklonk deze bezorgdheid in het manifest waarmee het Nationaal Fonds Geestelijke Volksgezondheid aan de vooravond van de Tweede Kamerverkiezingen van 1998 de overheid opriep een actief beleid te voeren ter bevordering van de geestelijke volksgezondheid teneinde

604 Schnabel, Bijl en Hutschemaekers 1992, 38
605 Schnabel, Bijl en Hutschemaekers 1992, 38; cursivering door de auteurs.
606 Koenis 1997, 22.

bepaalde 'verontrustende ontwikkelingen' een halt toe te roepen. 'In een samenleving als de onze – met veel uiteenvallende gezinnen, agressie, geweld, alcoholmisbruik, een steeds grotere werkdruk, veel sociale angst, veel stress en met een collectief verlies aan normen en waarden – neemt [...] de kans toe op psychische problemen of stoornissen,' beweerden de opstellers van het manifest. De overheid zou te weinig oog hebben voor de invloed van maatschappelijke problemen op de geestelijke volksgezondheid. Ten behoeve van de sociale cohesie en de geestelijke volksgezondheid moest zij 'regels en grenzen stellen en normen en waarden formuleren.'[607] In hetzelfde jaar verklaarde de psychiater M. de Vries, hoogleraar sociale psychiatrie aan de Universiteit Maastricht en president van de World Federation for Mental Health, dat geestelijke gezondheid een van de grootste problemen van de eenentwintigste eeuw zou vormen. Cijfers van de WHO gaven aan dat in 2020 een op de vijf wereldburgers met psychiatrische problemen zou kampen en dat depressie na hart- en vaataandoeningen de meest voorkomende ziekte in de wereld werd. 'Dat komt onder andere doordat overal ter wereld aan mensen steeds meer en steeds hogere eisen worden gesteld', aldus De Vries. 'Hierdoor neemt de stress enorm toe. Ook het wegvallen of minder worden van vertrouwde steunsystemen als familie of buren als gevolg van de steeds verdergaande individualisering draagt aan die stresstoename bij.'[608]

Rond 2000 zette minister Borst-Eilers de vraag naar het verband tussen de kwaliteit van de samenleving en de geestelijke volksgezondheid opnieuw op de beleidsagenda. Haar *Beleidsvisie Geestelijke Gezondheidszorg* (1999) suggereerde een verband tussen de toename van psychische problemen en 'ontwikkelingen in de huidige samenleving', zoals individualisering, ontkerkelijking, een gevoel van onveiligheid, werkstress en eenzaamheid. In een interview naar aanleiding van het verschijnen van haar nota verklaarde zij dat ze onder de indruk was van de woorden die Van Dantzig naar aanleiding van de toekenning van de ereprijs van het Nationaal Fonds Geestelijke Volksgezondheid een jaar eerder sprak.

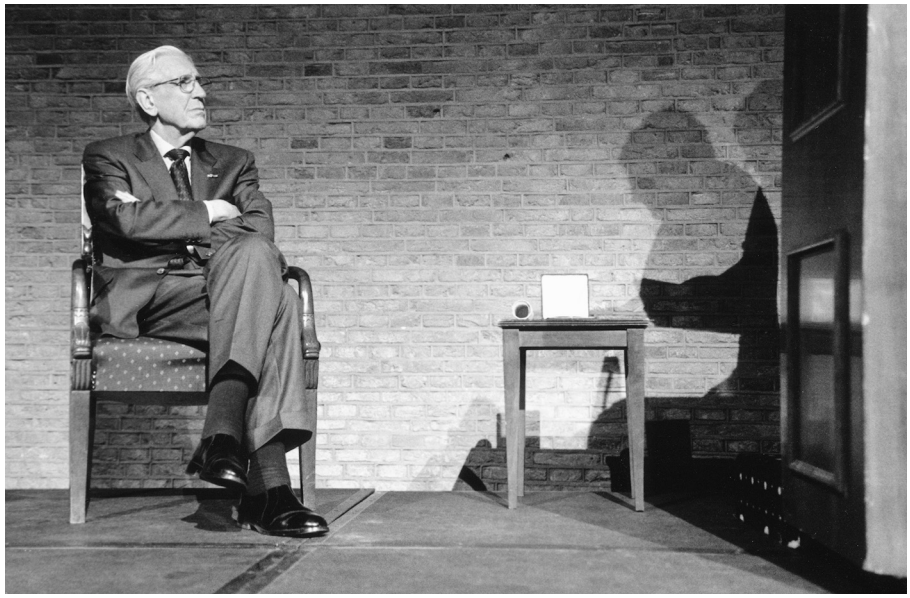
——— *Die wees erop dat vroeger de pastoor en de dominee overal kwamen. Eigenlijk vormden zij een soort eerstelijns ggz. Ze bereikten mensen tot in de verste hoeken en waren opgeleid in het omgaan met leed. Ik vond het een mooie analyse, al moet je het ook weer niet idealiseren. Want veel mensen danken de hemel dat de pastoor uit hun leven is verdwenen vanwege zijn bemoeizucht. Maar je kon er wel je hart bij uitstorten. En dan waren er natuurlijk de bredere en intensievere familieverbanden. Ook dat had zijn bezwaren, want iedereen wist precies wat je deed. Je was minder vrij. Maar je had wel wat om je heen. Nu heb ik de indruk dat veel mensen er alleen voor staan. [...] Ik denk dat we minder hoge eisen aan onszelf en aan elkaar moeten stellen. Op mensen die werken, wordt op het ogenblik behoorlijke druk uitgeoefend.*[609]

607 Nationaal Fonds Geestelijke Volksgezondheid 1998, 3, 8.

608 De Wit 1998b, 23.

609 Schoemaker en De Wit 1999, 18–19.

A. van Dantzig wordt als laureaat voor de erepenning van het Nationaal Fonds Geestelijke Volksgezondheid (thans Fonds Psychische Gezondheid) op 17 mei 1998 toegesproken door J.J. Dijkhuis.



Evenals haar voorganger Simons liet ook Borst-Eilers een studie uitvoeren. Hiervoor riep zij een Landelijke Commissie Geestelijke Volksgezondheid in het leven, die in 2002 met het rapport *Zorg van velen* kwam. Net als in voorgaande studies legde de commissie uit dat de forse groei van de zorgconsumptie, vooral met betrekking tot psychosociale moeilijkheden, niet alleen een teken was van een verslechterende geestelijke volksgezondheid, maar ook te maken had met veranderingen in het hulpzoekgedrag en de organisatie van de geestelijke gezondheidszorg. Tegelijkertijd werden de maatschappelijke ontwikkelingen die psychosociale problemen met zich mee zouden brengen, nog breder uitgemeten dan in de vorige studies. Er was sprake van het verdwijnen van 'traditionele verbanden', 'de opkomst van nieuwe leefwerelden' met 'nieuwe risico's op uitval', 'afbrokkeling van de sociaal-pedagogische infrastructuur' waardoor 'een *gat in de opvoeding*' was ontstaan, en van 'vastgelopen situaties, overbelasting en verstoorde verhoudingen' op het werk. De sociale en levensbeschouwelijke geborgenheid, die de zuilen ooit hadden gewaarborgd, was geërodeerd en daarmee was volgens de commissie,

> ——— *de systematische overdracht van waarden minder vanzelfsprekend geworden. Dat is een probleem dat aandacht verdient. Geen gemeenschap en geen maatschappij kan functioneren zonder de cohesie die gevormd wordt door het delen van een waardenpatroon en gedragsregels. [...] Het expliciteren en onderwijzen van de gemeenschappelijkheden die onder de pluriformiteit liggen en van de waarden en normen die de samenleving hoog wenst te houden, acht de commissie van groot belang voor het goed functioneren van onze gemeenschap.*[610]

De grote woorden konden echter niet verbergen dat de commissie weinig had te bieden als het om concrete maatregelen ter verbetering van de geestelijke volksgezondheid ging. Zij viel terug op oude recepten die tot dan toe weinig hadden opgeleverd. Ten eerste de aanbeveling om de zorg voor psychische stoornissen en problemen niet te beperken tot de professionele hulpverlening, maar deze ook een plaats te geven in andere maatschappelijke sectoren en leken er zo veel mogelijk bij te betrekken – een benadering die vlak na de Tweede Wereldoorlog en rond 1970 ook was bepleit, maar niets had opgeleverd. Ten tweede – voor de zoveelste keer – verdere studie, in het bijzonder naar de vraag welke maatschappelijke ontwikkelingen ongunstig uitwerkten op bepaalde risicogroepen.

De bezorgdheid over de geestelijke volksgezondheid alsook over de schaduwkanten van de vermaatschappelijking bracht met zich mee dat de openbare geestelijke gezondheidszorg en het preventiestreven in de jaren negentig meer aandacht kregen dan in de jaren zeventig en tachtig. Terwijl er in de jaren zeventig met overheidssubsidies was begonnen met het opbouwen van lokale, kleinschalige preventieactiviteiten binnen ambulante instellingen, werden er vanaf het

610 Landelijke Commissie Geestelijke Volksgezondheid 2002, 58, 62, 64, 79.

midden van de jaren tachtig plannen ontwikkeld voor een landelijk preventiebeleid. In 1984 kwam er een Landelijk Platform Preventie Geestelijke Volksgezondheid en het groeiende, maar nog altijd geringe aantal preventiewerkers sloot zich aaneen in een beroepsvereniging. De 250 tot 300 preventiewerkers die de geestelijke gezondheidszorg rond 1990 telde, voerden hun activiteiten vooral vanuit Riaggs en CAD's uit. De ruim 500 projecten richtten zich op opvoedingsvoorlichting, incest en seksueel geweld, problemen op school, echtscheiding, arbeid en arbeidsongeschiktheid, etnische minderheden, opnamepreventie bij chronische patiënten, suïcidepreventie, rouwverwerking, dementie, gedragsproblemen bij ouderen, kinderen van psychisch gestoorde ouders, eetstoornissen, depressie, hyperactiviteit, agressie en alcohol- en drugsgebruik.[611]

Twee jaar nadat de regering de discussienota *Preventieve Geestelijke Volksgezondheid* (1988) had uitgebracht, kregen gemeenten met de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid (1990) de eindverantwoordelijkheid voor de uitvoering van het landelijk beleid op het gebied van de preventieve gezondheidszorg.[612] In 1991 pleitte de Nationale Raad voor de Volksgezondheid in een advies aan het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur voor een versterking van de openbare geestelijke gezondheidszorg. In de twee daarop volgende jaren wijdden de NVAGG, de Vereniging van Directeuren Basisgezondheidsdiensten en de Vereniging van Nederlandse Gemeenten er conferenties aan. Nadat staatssecretaris Simons in zijn nota *Onder Anderen* (1993) aandacht voor de openbare geestelijke gezondheidszorg had gevraagd, stuurde minister Borst-Eilers in 1997 een beleidsbrief over dit onderwerp naar de Tweede Kamer.[613] Beiden benadrukten het belang van onvrijwillige 'bemoeizorg' met psychisch gestoorden die de reguliere hulpverlening niet bereikte, niet alleen in het belang van deze zogenaamde 'zorgwekkende zorgmijders' zelf, maar ook ten behoeve van overlastbestrijding en de maatschappelijke orde. Op dit terrein was een nauwe samenwerking van de geestelijke gezondheidszorg met politie, justitie, het maatschappelijke werk en GG en GD'en onder regie van gemeentebesturen nodig.

Vanouds was de openbare geestelijke gezondheidszorg, deels onder de noemer van acute psychiatrie, een taak van de gemeentelijke GG en GD'en en Sociaal-Psychiatrische Diensten, maar begin jaren tachtig was deze grotendeels overgeheveld naar de Riaggs, die er volgens critici onvoldoende voor waren toegerust. Enkele in de pers breed uitgemeten incidenten legden de tekortkomingen van de versnipperde organisatie op dit terrein en de terughoudendheid van de verantwoordelijke instanties bloot. Zo werd in 1993 in de Amsterdamse Vrolikstraat een twaalfjarig meisje door haar geestesgestoorde buurman doodgeslagen, terwijl hij bij verschillende instanties, waaronder de Riagg, bekendstond als gevaarlijk. Het inzicht won terrein dat respect voor de individuele autonomie en het zelfbeschik-

611 Hosman 1991, 115; Hofman 2000.
612 Kerkhoff 1994, 84-85.
613 Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1993; Simons 1993, 22-31; Van der Stel 1994; Borst-Eilers 1997b.

kingrecht kon leiden tot verwaarlozing, onverschilligheid en afzijdigheid. Het zelfbeschikkingsrecht van geesteszieken, vooral degenen die wilsonbekwaam waren en voor overlast of gevaar zorgden, zou te ver zijn doorgeschoten. Het recht om behandeling te weigeren zou niet altijd in het belang van psychiatrische patiënten zijn. Niet alleen kon hun gezondheid blijvende schade oplopen, maar bovendien kon dit recht een belemmering vormen om hun vermogen tot zelfbeschikking te herstellen. Zo zou de BOPZ, bedoeld om de autonomie van geesteszieken te garanderen, juist het tegendeel kunnen bewerkstelligen.[614] Tegen deze achtergrond gingen er binnen en buiten de geestelijke gezondheidszorg steeds meer stemmen op voor meer dwang en drang in de hulpverlening.[615]

De overheid leek hier aan het begin van de eenentwintigste eeuw aan tegemoet te willen komen. Naar aanleiding van de evaluatie van de Wet BOPZ stelde de regering in 2002 voor om het instrument van de zogenaamde observatiemachtiging voor 'zorgwekkende zorgmijders' in te voeren.[616] Hulpverleners waren verdeeld over de noodzaak en wenselijkheid om meer dwang toe te passen, maar de beroepsvereniging van psychiaters, de NVP, pleitte voor aanpassing van de BOPZ. Nog beter zou het volgens deze vereniging zijn als er een nieuwe wet kwam, die niet uitging van juridische beginselen, maar die zorg en behandeling van vooral wilsonbekwame patiënten centraal stelde.[617] De Gezondheidsraad had een jaar daarvoor, onder verwijzing naar 24.000 geesteszieken die buiten de hulpverlening vielen, aangedrongen op meer bemoeizorg en de juridische scheiding tussen dwangopname en -behandeling ter discussie gesteld.[618] Dergelijke pleidooien waren voor de Inspectie voor de Gezondheidszorg weer aanleiding om voor een onzorgvuldige toepassing van de BOPZ te waarschuwen. Er zou sprake zijn van een toenemende neiging om het gevaarsbegrip te ruim te interpreteren en voorbij te gaan aan de voor dwangbehandeling vereiste procedures.[619]

Enkele jaren eerder had de Inspectie zelf echter aangedrongen op een verruiming en wettelijke regeling van de ambulante dwang(behandeling), waardoor dwangopnamen te voorkomen zouden zijn.[620] Daarbij werd aangeknoopt bij voorstellen om zogenaamde zelfbindingsverklaringen mogelijk te maken, waarin patiënten van tevoren, wanneer zij zelf nog inzicht in hun situatie hadden, vastlegden welke behandeling zij wilden ondergaan als zij wilsonbekwaam zouden zijn.[621] Volgens de tegenstanders van een dergelijke wet was deze niet

614 Legemaate 2006, 38-39; Staatstoezicht op de Volksgezondheid 2006, 41.
615 Lucieer 2005, 68.
616 Inspectie voor de Gezondheidszorg 2003a, 134; vergelijk De Turck en Van den Berg 1994.
617 NRC *Handelsblad* 12-10-2005; NRC *Handelsblad* 31-1-2007, 2; NRC *Handelsblad* 3-2-2007, 2.
618 Lucieer 2005, 188-189.
619 Inspectie voor de Gezondheidszorg 2003a, 123; vergelijk Lucieer 2005, 68-69. Naar aanleiding van het voorstel van een observatiemachtiging merkte de Inspectie op dat het risico bestond dat deze 'gebruikt gaat worden om mensen op te nemen die onaangepast gedrag vertonen of als middel om de openbare orde te handhaven.' Inspectie voor de Gezondheidszorg 2003a, 134.
620 Inspectie voor de Gezondheidszorg 1999, 7-8.
621 De Turck en Van den Berg 1994.

nodig omdat de ambulante praktijk al genoeg mogelijkheden bood om behandeling af te dwingen. De dreiging met een gedwongen (her)opname en het instrument van het voorwaardelijk ontslag konden dienen als stok achter de deur om weigerachtige patiënten toch tot medewerking te bewegen. Ook kwam het vaak voor dat familieleden of andere mantelzorgers onwillige patiënten medicijnen toedienden zonder dat die daar weet van hadden.[622]

Desondanks onderging de BOPZ in 2004 en 2007 wijzigingen. In 2004 werd het mogelijk om op basis van deze wet patiënten met hun eigen instemming te binden aan een voorwaardelijke rechterlijke machtiging. Daarmee verplichtten zij zich om zich onder ambulante behandeling te stellen en zich daarbij aan bepaalde voorwaarden te houden, zoals regelmatig contact met hulpverleners en medicijngebruik.[623] Begin 2007 stemde een meerderheid in de Tweede Kamer in met een verdergaande aanpassing van de BOPZ, die de mogelijkheden om geesteszieken onder dwang te behandelen verruimde. Voor dwangbehandeling in een psychiatrisch ziekenhuis geldt niet meer dat er sprake moet zijn van acuut gevaar, maar kan nu ook de overweging dat een patiënt anders voor lange tijd onder dwang opgenomen dient te blijven als legitimatie dienen. Bovendien biedt de wetswijziging de rechter de mogelijkheid om, bij wijze van alternatief voor een dwangopname, behandeling buiten het psychiatrisch ziekenhuis af te dwingen.[624]

Ongeacht de standpunten over de noodzaak van nieuwe wetgeving relativeerden de pleidooien voor meer dwang en drang in de hulpverlening en een versterking van de openbare geestelijke gezondheidszorg ter bescherming van de maatschappelijke orde en veiligheid de eerder gekoesterde democratiserings- en emancipatie-idealen.[625] Deze misten alle relevantie als het ging om mensen met ernstige psychiatrische stoornissen die niet in staat waren zelfstandig te leven, niet voor zichzelf konden opkomen en het vermogen misten tot zelfreflectie over hun mogelijkheden en beperkingen. Voor hen was vermaatschappelijking geen reële optie en zij waren het levende bewijs dat de maakbaarheid in de geestelijke gezondheidszorg op grenzen stuitte.[626] Als het om emancipatie en burgerschap ging, leek de geestelijke gezondheidszorg enigszins in het defensief te zijn gedrongen: veel minder dan in de periode tussen 1950 en 1980 mengden psychiaters en andere hulpverleners zich in publieke debatten, laat staan dat zij, zoals toen, een publieke moraal uitdroegen. Hoewel ook hij cultuurpessimistische geluiden liet horen, was Van Dantzig met Van Ree een van de weinige psychiaters die in de jaren negentig onvermoeibaar bleven pleiten voor een maatschappelijk geengageerde en emancipatorische geestelijke gezondheidszorg. De bevlogenheid

622 Kampen en Van Ewijk 1997.
623 Staatstoezicht op de Volksgezondheid 2006, 42-43.
624 NRC *Handelsblad* 31-1-2007, 2; NRC *Handelsblad* 3-2-2007, 2.
625 Berghmans 1992; Simons 1993, 58; De Turck en Van den Berg 1994; Borst-Eilers 1997b; Vuijsje 1997, 87-88; Van Loenen 1997; De Wit 1997; Inspectie voor de Gezondheidszorg 1999, 7-8; Schnabel 1998c; Widdershoven, Berghmans en Molewijk 2000.
626 Schnabel 1987; vergelijk Hutschemaekers 2001.

die de hulpverleners in de jaren zeventig had gekenmerkt, was bij hen nog steeds niet uitgedoofd, maar in de wereld van de geestelijke gezondheidszorg konden zij nauwelijks op bijval rekenen en daarbuiten evenmin.[627]

Niet alleen in de geestelijke gezondheidszorg had het optimistische mens- en maatschappijbeeld van de jaren zestig en zeventig, waarin geëmancipeerde, mondige en gemotiveerde individuen in goed onderling overleg samen problemen oplosten, plaatsgemaakt voor bezorgdheid over de teloorgang van de gemeenschapszin en de publieke moraal. Vanaf de jaren negentig maakten politici en intellectuelen de balans op van de erfenis van de jaren zestig en concludeerden zij dat die negatief uitviel. De antiautoritaire beweging en de viering van individuele vrijheid waren ontaard in egoïsme, erosie van het persoonlijk verantwoordelijkheidsbesef, een overdreven assertiviteit, die alleen maar rechten en geen plichten kende, een verruwing van het sociale verkeer en een toename van 'zinloos' geweld en andere vormen van criminaliteit. De verzorgingsstaat zou tot calculerend gedrag en oneigenlijk gebruik hebben geleid. De balans tussen het algemene en het individuele belang, tussen verantwoordelijkheid en vrijheid was volkomen verstoord: zelfontplooiing en mondigheid hadden geleid tot een kolonisering van de publieke sfeer door allerlei persoonlijke aanspraken en voorkeuren. Het gedoogbeleid en de nieuwe taboes van de politieke correctheid zouden hebben geleid tot gebrek aan zelfbeheersing, een verloedering van het publieke domein en sociale desintegratie. Deze ontwikkelingen moesten worden gekeerd door middel van een revitalisering van gemeenschapszin en burgerdeugd.[628]

Sociale cohesie en publieke moraal werden in de jaren negentig weer belangrijke aandachtspunten in de politiek. In de jaren tachtig was het vooral het CDA geweest dat met zijn ideaal van de 'zorgzame samenleving' wees op het belang van gemeenschapsbesef en maatschappelijke participatie, maar tijdens het derde kabinet Lubbers raakten ook PvdA-politici overtuigd van de noodzaak tot 'sociale vernieuwing' door middel van een herijking van collectieve en individuele verantwoordelijkheden en het aankweken van burgerdeugden. Uitgerekend in het sociale beleid van de Paarse kabinetten, waarvan het CDA geen deel uitmaakte, kwamen de versterking van de maatschappelijke cohesie en het bevorderen van goed burgerschap op de voorgrond te staan. Juist toen de markt vrij baan kreeg en de economie zich voorspoedig ontwikkelde, vielen de achterblijvende probleemgroepen, vooral etnische minderheden, 'kansarme' jongeren en laaggeschoolde, langdurig werklozen, des te meer in het oog. Het taboe op dwang en verplichtingen begon te tanen, bijvoorbeeld als het ging om sociale uitkeringen, het reactiveren van werklozen en arbeidsongeschikten, de integratie van allochtonen en het ingrijpen bij ernstige gezins- en opvoedingsproblemen. Als gevolg van de im-

627 Van Dantzig 1991; Van Dantzig 1995b; Van Dantzig 1995c; vergelijk Van Dantzig 1997; Schrameijer 1996; Schnabel 1998a; Van Ree 2007.

628 Wigbold 1995; Vuijsje 1997; Koenis 1997; Van Schoonhoven 1999b; Van der Stel 1999; Beunders 2002; Pessers 2003; Diekstra, Van den Berg en Rigter 2004; Van den Brink 2004.

migratiegolven van gastarbeiders, hun gezinnen, Surinamers en Antillianen en een toenemend aantal asielzoekers in de laatste decennia van de twintigste eeuw was de bevolkingssamenstelling veranderd: rond 2000 behoorde 10 procent van de Nederlandse bevolking tot etnische minderheden. De problematische kant van de multiculturele samenleving, het gebrek aan sociale en culturele integratie van deze bevolkingsgroepen, kwam steeds meer op de voorgrond te staan in het publieke en politieke debat. Twee centrumrechtse kabinetten onder leiding van J.-P. Balkenende zetten vervolgens het herstel van normen en waarden prominent op de agenda en voerden een beleid gericht op de verdere sanering van de verzorgingsstaat, de bevordering van zelfwerkzaamheid en -verantwoordelijkheid van de burger, de activering van werklozen, de verplichte inburgering van allochtonen, een repressieve aanpak van voorheen gedoogd (wan)gedrag en een verharding van de strafrechtspleging. Ook in linkse kringen achtten sommigen een 'nieuw paternalisme' en een 'nieuw beschavingsoffensief' wenselijk. Er gingen zelfs stemmen op om de burgerrechten te beperken of op te schorten van groepen die de democratische spelregels van de Nederlandse maatschappij niet onderschrijven en niet in staat zijn tot de vereiste zelfsturing.[629]

Aan het begin van de eenentwintigste eeuw raakte de bezorgdheid over de teloorgang van de sociale cohesie en de verloedering van het publieke domein vermengd met de vrees dat door de voortschrijdende etnische diversiteit, de Europese integratie en de globalisering de nationale eigenheid verloren ging. In 2002 kwam het onderhuidse ongenoegen tot een uitbarsting dat onder delen van de Nederlandse bevolking ontstond over het onvermogen van het tweede Paarse kabinet om sociale problemen in hun leefomgeving op te lossen. De verkiezingen van 2002 leverden een ongekende overwinning op voor de Lijst Pim Fortuyn en de dreiging van het terrorisme dreef de polarisatie over de multiculturele samenleving en de plaats van islamieten in de Nederlandse samenleving op de spits. Het tweede kabinet onder leiding van de CDA-politicus J.-P. Balkenende zette het herstel van normen en waarden op de agenda. De minister-president liet zich inspireren door het communitarisme, het gemeenschapsdenken dat stelling nam tegen het vermeende doorgeslagen individualisme.

Het vertrouwen in de mogelijkheid om individuen door middel van welwillende psychosociale begeleiding aan te zetten tot een zodanige zelfsturing dat ze als vanzelf als volwaardige burgers integreerden in een egalitaire en democratische maatschappij, had zijn vanzelfsprekendheid verloren. Deze benadering lag minder voor de hand in een maatschappij waarin het neoliberalisme terrein won, culturele diversiteit en polarisatie zich steeds sterker deden gelden en een groot deel van de bevolking onveiligheid en criminaliteit als belangrijkste sociale problemen ervoer. Als gevolg van de nadruk op marktwerking en de toene-

629 Van Gunsteren en Den Hoed 1992; Kuypers en Van der Lans 1994; Koenis 1997; Duyvendak 1999, 112; De Rooy 2002, 288; De Haan en Duyvendak 2002, 184-187, 266-271, 311; Luyten 2006; vergelijk Van Gunsteren 1992a.

mende rationalisering en commercialisering kwam de individualisering in toenemende mate in het licht te staan van wedijver en prestatiedrang in plaats van emancipatie en welzijn. Ontplooiingsvrijheid was vooral toegesneden op sterke, zelfredzame individuen die tegen een stootje konden. Zij belichaamden een burgerschapsideaal waarin (economische) autonomie tot hoogste goed is verheven. Wie zich aan de jachtige dynamiek van de stressmaatschappij wilde onttrekken of niet anders kon, gold al gauw als probleemgeval.[630] Afhankelijkheid van de verzorgingsstaat en een gebrek aan maatschappelijke integratie vanwege persoonlijke tekortkomingen en gebreken, werkloosheid, onderwijsachterstanden, onvoldoende taalvaardigheid of bepaalde godsdienstige en culturele waarden kwamen op gespannen voet te staan met volwaardig burgerschap.[631] Achterblijvers werden in toenemende mate met dwang en drang tegemoet getreden teneinde hen te activeren tot maatschappelijke participatie en zelfredzaamheid. Voor hen verschoof het accent van rechten naar plichten. De opvatting dat burgerschap moet worden verdiend, maakte opnieuw opgang, maar daarbij werd meer verwacht van onderwijs, werkgelegenheid, ondernemerschap en strafrecht, dan van de sociaal-psychologische subtiliteiten in de geestelijke gezondheidszorg en welzijnszorg. Behalve een vraagstuk van maatschappelijke participatie was burgerschap nog steeds een kwestie van de juiste mentaliteit. De psychologiserende optiek had evenwel grotendeels plaatsgemaakt voor een herleefde drang tot moraliserende bevoogding, corrigerende heropvoeding, dreiging met sancties en juridische repressie.

Nabeschouwing

De grootste verandering die de geestelijke gezondheidszorg in deze periode doormaakte was van organisatorische aard. De fusiegolf die vanaf medio jaren negentig op gang kwam, betekende een breuk met de historisch gegroeide constellatie, die zich vanaf de jaren dertig had gekenmerkt door een scheiding tussen de klinische psychiatrie en de ambulante sector. Door de steeds nauwere samenwerking tussen intra- en extramurale instellingen verdwenen de schotten tussen verschillende zorg- en hulpverleningsvormen en ook de eerdere, ideologisch beladen, tegenstellingen tussen biomedische, psychotherapeutische en sociaal-psychiatrische behandelvormen. Veel meer dan in de voorgaande periode golden deze als elkaar aanvullend in plaats van elkaar uitsluitend. Vergeleken met de jaren zeventig en begin tachtig werd de hulpverlening pragmatischer en kwam de nadruk meer op wetenschappelijke onderbouwing te liggen. De vernieuwingsdrang had zich in de jaren zeventig vooral gericht op behandelbare en aanspreekbare patiënten met psychische stoornissen dan wel psychosociale problemen en kwam vooral tot uiting in een psychotherapeutisch behandelethos. De zorgvernieuwing en de

630 Wansink 1994.

631 Schuyt 2002; Wolf 2002; Kennedy 2005.

samenwerkingsverbanden vanaf medio jaren tachtig stonden vooral in dienst van de verbetering van de sociaal-psychiatrische zorg voor ernstig gestoorde en chronische geesteszieken.

In de Riagg vond omstreeks 1990 een accentverschuiving plaats van een psychosociale en psychotherapeutische naar een sociaal-psychiatrische oriëntatie. Door hun samenwerking met psychiatrische ziekenhuizen in zorgvernieuwingsprojecten en Multifunctionele Eenheden kwam er een grotere variatie aan woon-, zorg- en behandelmogelijkheden tot stand: naast opname ook diverse vormen van begeleid wonen, psychiatrische thuiszorg, poliklinische consulten, sociaal-psychiatrische ondersteuning, activiteitenbegeleiding en rehabilitatieprojecten. Nieuw was vooral het streven naar een flexibele afstemming van het gedifferentieerde zorgaanbod op de individuele omstandigheden, mogelijkheden en wensen van de patiënt. Het psychotherapeutische ethos, dat in de jaren zeventig zowel in psychiatrische ziekenhuizen als ambulante instellingen aanleiding had gegeven tot optimisme omtrent de mogelijkheid om psychische stoornissen bij de wortel aan te pakken en persoonlijke bevrijding en groei te bewerkstelligen, maakte plaats voor meer bescheiden doelstellingen, zoals symptoombeheersing en een versterking van het vermogen om met geestesziekte te leven. Hoewel de biologische psychiatrie aanleiding gaf tot optimistische verwachtingen omtrent de genezing van psychische stoornissen, richtten de vernieuwingen zich vooral op sociale rehabilitatie en maatschappelijke integratie en niet zozeer op curatieve behandeling. In het streven naar vermaatschappelijking werkten idealen van de kritische beweging door.

Net als in de voorgaande periode deden zich in de geestelijke gezondheidszorg en het overheidsbeleid op dit terrein ook tegenstrijdige tendensen voor. Terwijl de ontwikkeling van de geestelijke gezondheidszorg als geheel met het streven naar vermaatschappelijking een brede en sterk sociale oriëntatie vertoonde, was in de psychiatrie sprake van toenemende aandacht voor de medisch-biologische kant van psychische stoornissen. Zij neigde tot een nauwere aansluiting bij de algemene geneeskunde en een afstoting van de psychosociale aspecten van het vak. Ondanks het regionaliseringbeleid, deels bedoeld om per regio een samenhangend en overzichtelijk zorg- en behandelingsaanbod tot stand te brengen, en de fusies van diverse instellingen bestond de geestelijke gezondheidszorg op het niveau van de hulpverleningspraktijk nog steeds uit een bonte lappendeken aan voorzieningen, waaraan voortdurend nieuwe stukjes werden toegevoegd, zonder dat het bestaande palet aan een grondige revisie werd onderworpen. Het resultaat was, in de woorden van de psychiater B. Bakker, een 'georganiseerde chaos'.[632] De zorgvernieuwing kreeg een zeer gevarieerde invulling, waardoor de regionale verschillen in het zorgaanbod weer toenamen. Voor patiënten en cliënten alsook andere betrokkenen van buiten was het moeilijker dan ooit om een overzicht te

632 Bakker 2003, 13.

krijgen van wat er zoal in de geestelijke gezondheidszorg gebeurde en mogelijk was. In de inleiding van de *Gids GGZ 2004*, die een overzicht bood van het hulpverleningsaanbod, was te lezen: 'Het veld van de GGZ is in de afgelopen jaren zodanig van gedaante veranderd, dat niemand meer weet hoe het er precies uitziet' – een toch wel onthutsende opmerking in het licht van het twintigjarige streven van de overheid en het veld naar een doorzichtige, toegankelijke en gelijkmatig over het land gespreide geestelijke gezondheidszorg. Verder hebben de fusies de onvrede over lange wachtlijsten en ondoorzichtige bureaucratische procedures niet kunnen wegnemen. Ook is het de vraag of de transmurale samenwerking en fusies een inhoudelijke verbetering van de hulpverlening hebben teweeggebracht – de geluiden vanuit de patiëntenbeweging wijzen daar in elk geval niet op. Uit het eerder aangehaalde rapport *Een keten van lege zondagen* blijkt dat moeilijk behandelbare patiënten nog steeds tussen de wal en het schip vielen.

In zijn boek *Te gek om los te lopen* (2003) schilderde Bakker, die zichzelf als 'teleurgesteld idealist' afficheerde, een weinig rooskleurig beeld van de Nederlandse geestelijke gezondheidszorg aan het begin van het nieuwe millennium. Lange wachtlijsten, ontevreden patiënten, onvoldoende opnamecapaciteit en curatief vermogen, gebrek aan wetenschappelijke onderbouwing en een slechte organisatie van de hulpverlening, een overvloed aan management en bureaucratie, een onduidelijke taakverdeling tussen de diverse beroepsgroepen en een gebrek aan idealisme onder hulpverleners. Zij besteedden te veel aandacht aan 'psychosociale randverschijnselen', die ten koste gingen van de zorg voor geesteszieke patiënten. De afbouw van bedden voor chronische patiënten en de vermaatschappelijking hadden ertoe geleid dat een toenemend aantal psychisch gestoorden op straat was terechtgekomen. Verder dreigde volgens Bakker een tweedeling in de zorg tussen particuliere praktijken voor de beter gesitueerden met lichtere problemen en publieke voorzieningen voor sociaal zwakke patiënten met ernstige stoornissen.[633]

Tegen de achtergrond van deze tegenstrijdigheden en problemen gezien voerde de overheid geen eenduidig beleid. Enerzijds onderschreef zij een brede biopsychosociale taakopvatting van de geestelijke gezondheidszorg, anderzijds waren er, vooral in verband met de discussie over de financiering, geregeld geluiden te horen die wezen in de richting van een splitsing ervan in specialistische medisch-curatieve functies als onderdeel van de gezondheidszorg en sociaalondersteunende en beschermende functies, die algemene maatschappelijke hulpverleninginstanties zouden moeten uitvoeren. Aan de ene kant neigde het overheidsbeleid met de collectieve financieringsregelingen, de nadruk op doelmatigheid en de bevordering van de nauwe samenwerking tussen en samensmelting van zorginstellingen naar een centrale regulering van het zorgaanbod. Aan de andere kant legden bewindslieden vanaf het eind van de jaren tachtig telkens weer nadruk op deregulering, vraagsturing en een vergroting van de marktwer-

633 Bakker 2003, 7, 35.

king en onderlinge concurrentie. De nadruk op professionalisering, standaardisering en protocollering van de hulpverlening verdroeg zich slecht met het streven naar een op het individu afgestemde, flexibele hulpverlening (zorg op maat) en het grote belang dat patiënten en cliënten hechtten aan persoonlijke aandacht, communicatie en een goede bejegening. Enerzijds moest de geestelijke gezondheidszorg zich concentreren op de 'zwaardere' psychische stoornissen, anderzijds diende zij cliënten met alleen 'lichtere' psychosociale problemen niet uit te sluiten. Tegenover het idee dat de geestelijke gezondheidszorg breed toegankelijk moest zijn en een wijd scala aan moeilijkheden moest aanpakken, stond de opvatting dat zij specialistische en wetenschappelijk onderbouwde curatieve zorg voor een beperkte groep diende te bieden. Het telkens weer geopperde voornemen om de geestelijke gezondheidszorg te ontlasten door huisartsen en andere hulpverleners in de eerste lijn, zoals gezondheidspsychologen en maatschappelijk werkers, een grotere rol te laten vervullen in de hulpverlening aan mensen met psychische klachten is nooit consequent doorgezet.

Verder deed zich een steeds grotere spanning voor tussen het streven naar zelfstandigheid en medezeggenschap van patiënten en de gevoelde noodzaak om in het belang van hun bescherming en behandeling over te gaan tot 'bemoeizorg' en daarbij de nodige drang en dwang toe te passen. Het streven naar meer inspraak, een betere rechtsbescherming en herstel van burgerschap (in de zin van autonomie, zelfredzaamheid en maatschappelijke integratie) van psychiatrische patiënten werd in het midden van de jaren negentig bezegeld door de vervanging van de Krankzinnigenwet door de BOPZ en een aantal nieuwe wetten die de rechten van patiënten vastlegden. Voortbouwend op de democratische verworvenheden van de jaren zestig en zeventig en op de marktideologie van de jaren tachtig en negentig, werden hulpverleners geacht hun patiënten en cliënten te benaderen als autonome, mondige en voor zich zelf verantwoordelijke burgers en klanten, die recht hadden op keuzevrijheid. Aan de andere kant riep dit uitgangspunt steeds meer bezwaren op. Volgens velen binnen en buiten de geestelijke gezondheidszorg leidde het geloof in het individuele zelfbeschikkingsvermogen en -recht van psychisch gestoorden tot ongewenste toestanden, voor zowel de betrokkenen zelf als de samenleving. Niet alleen de accentverschuiving in de ambulante hulpverlening van psychosociale naar psychiatrische problematiek en de problemen die de vermaatschappelijking van de geestelijke gezondheidszorg met zich meebracht, waren hier debet aan. De hernieuwde aandacht voor de mogelijk schadelijke uitwerking van bepaalde sociale veranderingen op de geestelijke volksgezondheid, de algehele verharding van het maatschappelijke en politieke klimaat en de opgeschroefde burgerschapseisen speelden evenzeer een rol. De psychosociale zelfontplooiingsidealen, die vanaf de jaren vijftig tot in de jaren tachtig de toon hadden aangegeven, golden niet meer als leidraad voor de invulling van goed burgerschap. Individuele ontplooiing werd nu meer afgemeten naar economische maatstaven omtrent opleiding, arbeidsparticipatie, ondernemerschap, efficiency en

flexibiliteit. Verder was het accent in de publieke moraal verschoven van permissiviteit en gedogen naar orde, veiligheid en sociale aanpassing. De tolerantie ten aanzien van afwijkend gedrag en overlast van geesteszieken was beperkt in de samenleving en daardoor stuitte de vermaatschappelijking op grenzen. Bovendien overschatten de pleitbezorgers van maatschappelijke integratie van psychiatrische patiënten wellicht hun vermogen om zich in de samenleving staande te houden. Het is de vraag of veel geesteszieken de behoefte voelden aan meer autonomie en eigen verantwoordelijkheid. De keerzijde van meer zelfstandigheid was dat zij op zichzelf werden teruggeworpen, temeer omdat het ontbrak aan voldoende bezigheden om structuur aan hun leven te geven. Grotere vrijheid kan ook tot meer leegte leiden.

Ondanks de gesignaleerde tekortkomingen deed en doet de Nederlandse geestelijke gezondheidszorg het in vergelijking met andere landen zeker niet slecht. De trendbreuken en tegenstrijdigheden namen niet weg dat de ontwikkeling van de geestelijke gezondheidszorg in de jaren tachtig en negentig ook een grote mate van continuïteit te zien gaf. De expansie die zij vooral dankzij de sterk gestegen welvaart en de financiering via het sociale verzekeringsstelsel vanaf de tweede helft van de jaren zestig doormaakte, zette zich in de jaren tachtig en negentig voort. Vanuit internationaal perspectief beschikte Nederland in de laatste twee decennia van de twintigste eeuw nog steeds over een uitgebreid en gedifferentieerd aanbod aan voorzieningen en waren er vrijwel geen landen waar de geestelijke gezondheidszorg zo omvangrijk en toegankelijk was, en waar per hoofd van de bevolking op basis van collectieve financieringsregelingen evenveel geld voor deze hulpverlening beschikbaar was.[634] De financiering van vrijwel de gehele geestelijke gezondheidszorg op basis van de AWBZ is in internationaal opzicht vrij uniek; alleen in Denemarken bestaat een vergelijkbaar financieringssysteem.[635] Het personeel in de Nederlandse geestelijke gezondheidszorg kenmerkt zich door een hoog professioneel niveau. In vergelijking met andere landen kent Nederland niet alleen een relatief hoog aantal psychiaters en niet-medische psychotherapeuten, maar ook een grote diversiteit aan gedragswetenschappers en sociaal-agogische beroepsgroepen. Het lijkt er echter op dat de laatste ertoe hebben bijgedragen dat de aparte status van de psychiatrische verpleegkunde, waarmee Nederland zich vanaf het eind van de negentiende eeuw van de meeste andere landen onderscheidde, werd ondermijnd. Ook de Europese regelgeving en aan de andere kant de afnemende bemoeienis van de rijksoverheid

634 Scenariocommissie Geestelijke Volksgezondheid en Geestelijke Gezondheidszorg en Onderzoeksteam van het Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid 1990, 30-31; Schnabel 1995, 231-234; Festen et al. 1997, 21; Schene en Faber 2001, 80; vergelijk Schnabel 1998c en Hutschemaekers 2001. In verhouding tot de totale kosten van de gezondheidszorg werd in Frankrijk, Zweden en Engeland echter meer geld aan geestelijke gezondheidszorg uitgegeven. Becker en Vázquez-Barquero 2001, 9.

droegen ertoe bij dat de B-opleiding in 1997 verdween en opging in de algemene verpleegkunde. Veel psychiatrisch verpleegkundigen betreurden dit en wezen op de nadelige gevolgen van deze ontwikkeling, maar binnen de wereld van de geestelijke gezondheidszorg en bij beleidsinstanties vonden zij nauwelijks gehoor. Dat de Europese regels niet noodzakelijk hoefden te leiden tot de opheffing van de B-verpleegkunde, bewijzen landen als Engeland en Ierland, waar wél een vorm van zelfstandigheid van dit beroep bleef bestaan. Hoewel hun beroep verder professionaliseerde raakten verpleegkundigen in de geestelijke gezondheidszorg ook in het defensief doordat delen van hun werkterrein werden overgenomen, enerzijds door gespecialiseerde sociaal-agogische hulpverleners en anderzijds door lager opgeleid (en daardoor goedkoper) verzorgend personeel.

Het vóórkomen van psychische stoornissen onder de Nederlandse bevolking wijkt waarschijnlijk niet af van andere landen, maar het deel van de bevolking dat daadwerkelijk professionele behandeling krijgt, lijkt groter te zijn dan in andere landen. Zoals in het vorige deel al naar voren is gekomen, beschikt Nederland over een groter aanbod aan ambulante voorzieningen dan andere landen, terwijl de intramurale capaciteit veel minder sterk is afgenomen dan in met name Groot-Brittannië, Italië en de Verenigde Staten. Mede naar aanleiding van de stokkende vermaatschappelijking en de groeiende aandacht voor de openbare geestelijke gezondheidszorg was er in de jaren negentig sprake van een zekere herwaardering van de asielfunctie van het psychiatrisch ziekenhuis. Als wij niet alleen de bedden in psychiatrische ziekenhuizen (20.000) en psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen (2100), maar ook die in diverse categorale intramurale instellingen voor verslaafden, TBS-gestelden en kinderen en jongeren (ongeveer 3000), de beschermende woonvormen (tegen 7000 plaatsen), de psychogeriatrische verpleeghuizen (rond 31.000) en de instellingen voor verstandelijk gehandicapten (circa 43.000) meerekenen, dan is de intramurale capaciteit in de laatste decennia eerder toe- dan afgenomen. In elk geval is die in absolute en relatieve zin veel groter dan die van de gestichten en inrichtingen aan het begin van de twintigste eeuw.[636]

Ook in vergelijking met andere Europese landen is het intramurale zorgaanbod in Nederland bijzonder groot. Wij vergelijken het Nederlandse beddental van ruim 22.000 in algemene (dus exclusief categorale) psychiatrische ziekenhuizen en psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen hier met de beddentallen in soortgelijke instellingen in Duitsland, Engeland (en Wales), Frankrijk, Italië en Spanje (zie tabel 5.1).

635 Offerhaus 1998.

636 In vergelijking met andere landen telde Nederland aan het eind van de twintigste eeuw veel psychogeriatrische verpleeghuizen en bejaardentehuizen. Hier verbleef 9 procent van alle 65-plussers in intramurale voorzieningen tegen gemiddeld 5,5 procent in de buurlanden. Van Hezewijk 1999, 230.

TABEL 5.1 *Psychiatrische beddenaantallen in zes Europese landen circa 2000.*[637]

	Inwonertal	PZ-bedden	PAAZ-bedden	Totaal	Per 1000 inwoners
Duitsland	80 miljoen	38.000	16.000	54.000	0,67
Engeland	53 miljoen	34.000[638]		34.000	0,64
Frankrijk	66 miljoen	44.000	13.000	67.000	1,01
Italië	58 miljoen	8000	11.000	19.000	0,32
Nederland	16 miljoen	20.000	2100	22.000	1,37
Spanje	40 miljoen	15.000	2400	17.000	0,42

Met 80 miljoen inwoners beschikte Duitsland rond 2000 over circa 38.000 bedden in psychiatrische ziekenhuizen en 16.000 in psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen, in totaal dus 54.000. Niet meegerekend zijn hierbij een onbekend, maar groot aantal bedden in rehabilitatieklinieken voor neurotische patiënten.[639] In Frankrijk, dat 66 miljoen inwoners telde, bedroeg het totale aantal bedden 67.000, waarvan 44.000 in psychiatrische ziekenhuizen en 13.000 in psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen. Daarnaast bestonden daar ongeveer 13.000 plaatsen in beschermende woonvormen en 27.000 deeltijdbehandelplaatsen.[640] Italië gaf vanaf 1985 de grootste afname van het aantal bedden in (zowel publieke als particuliere) psychiatrische ziekenhuizen te zien en wel van circa 30.000 tot nog geen 8000. Hiertegenover stond een toename van bedden in psychiatrische klinieken van algemene ziekenhuizen alsook universitaire en particuliere klinieken voor acute patiënten tot meer dan 11.000. Per saldo komt het Italiaanse beddenbestand uit op ongeveer 19.000 bedden op bijna 58 miljoen inwoners. Het aantal plaatsen in beschermende woonvoorzieningen, dat rond 1985 nog geen 3000 bedroeg, nam met enkele duizenden toe.[641] Ook in Spanje, dat 40 miljoen inwoners telde, verminderde het aantal psychiatrische bedden sterk: de meer dan 40.000 bedden rond 1980 waren medio jaren negentig ruim 17.000 geworden, waarvan zich 2400 in psychiatrische afdelingen van algemene zieken-

637 Bron: Bauer et al. 2001, 28-29; Provost en Bauer 2001, 65; Burti 2001, 43, 45; Vázquez-Barquero, García en Torres-González 2001, 90; Johnson, Zinkler en Prieve 2001, 51; Becker en Vázquez-Barquero 2001.

638 Bedden in zowel psychiatrische als algemene ziekenhuizen.

639 Bauer et al. 2001, 28-29.

640 Provost en Bauer 2001, 65.

641 Burti 2001, 43, 45

huizen bevonden.[642] Het aantal door de National Health Service gefinancierde (dus exclusief particulier bekostigde) psychiatrische bedden (zowel in psychiatrische ziekenhuizen als in psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen) in Engeland en Wales (53 miljoen inwoners) kwam rond 2000 op ruim 34.000 uit. Voor Groot-Brittannië beschikken wij niet over informatie met betrekking tot de verdeling tussen psychiatrische ziekenhuizen en psychiatrische afdelingen in algemene ziekenhuizen, maar gezien het beleid dat de Britse overheid al vanaf de jaren zestig voerde, kunnen we aannemen dat een aanzienlijk aandeel van de bedden in de laatste instellingen te vinden was.[643]

Andere, in de nabeschouwing van deel 4 gesignaleerde verschillen tussen Nederland en andere landen werden in het laatste decennium van de twintigste eeuw kleiner. Het lijkt erop dat de geestelijke gezondheidszorg in de landen van de Europese Unie steeds meer overeenkomsten en steeds minder grote verschillen liet zien. Tegelijkertijd vertoonden sommige landen (Duitsland, Italië en Spanje) een grote regionale verscheidenheid. Bepaalde Europese invloeden, zoals het Europese Hof voor de Rechten van de mens op het terrein van de patiëntenrechten, bevorderden de uniformiteit. Wellicht geldt dat ook voor de wet- en regelgeving van de Europese Unie met betrekking tot andere aspecten van de geestelijke gezondheidszorg.[644]

In veel landen kwamen aan het eind van de twintigste eeuw ingrijpende veranderingen tot stand en werden eerder gemaakte plannen grotendeels gerealiseerd. Globaal deden zich overal dezelfde tendensen voor.[645] Ten eerste gericht overheidsbeleid, vaak vastgelegd in wet- of regelgeving, met betrekking tot de spreiding, de inrichting en capaciteit van zorgvoorzieningen alsook de normering van de omvang en de deskundigheid van hulpverleners en van de kwaliteit van de geboden zorg. Ten tweede een regionalisering van de organisatie en de uitvoering van de zorg. Ten derde de afbouw van de capaciteit en de schaalverkleining van de psychiatrische ziekenhuizen, geleidelijk en in bescheiden mate (Duitsland, Frankrijk en Nederland) of in een hoog tempo en drastisch (Engeland, Italië en Spanje). Ten vierde een verschuiving van bedden van psychiatrische ziekenhuizen naar afdelingen van algemene ziekenhuizen, die vooral acute opnamen verzorgden. Dit gebeurde in Duitsland, Engeland, Frankrijk en Italië overigens op veel grotere schaal dan in Nederland en Spanje. Ten vijfde een verschuiving van de intramurale zorg naar ambulante psychiatrische voorzieningen, mantelzorg en extramurale faciliteiten op het gebied van wonen, dagbesteding en werkverschaffing. Ten zesde de verbetering van de rechtspositie van patiënten en de toenemende betrokkenheid van hun belangenorganisaties en die van hun familieleden bij het beleid en de uitvoering van de hulpverlening.

Vooral wat de ambulante geestelijke gezondheidszorg betreft werd de achterstand van veel landen op Nederland, waarvan wij in de nabeschouwing van deel

642 Vázquez-Barquero, García en Torres-González 2001, 90.

643 Johnson, Zinkler en Prieve 2001, 51.

644 Mangen 1985d.

4 gewag maakten, grotendeels ingehaald. In de meeste landen kwamen in de een of andere vorm multidisciplinaire sociaal-psychiatrische voorzieningen tot stand. Ook begon Nederland zijn uitzonderingspositie wat betreft de publieke ambulante hulpverlening op het terrein van psychotherapie te verliezen. Zoals we hebben gezien won in de Riagg de sociaal-psychiatrische zorg voor geesteszieken terrein en verschoof vooral de inzichtgevende psychotherapie naar particuliere praktijken van psychiaters en niet-medische psychotherapeuten. In veel andere landen was deze vorm van psychotherapie ter behandeling van mensen met neurotische en andere psychische of levensmoeilijkheden vanouds in handen van vrijgevestigde behandelaars. Een voorhoederol speelde Nederland wel wat betreft de grote invloed van de patiëntenbeweging en de familieorganisaties op de ontwikkeling van de geestelijke gezondheidszorg en de wettelijke vastlegging van patiëntenrechten. Dat laatste gebeurde in Nederland halverwege de jaren negentig als uitvloeisel van het streven naar grotere zelfbeschikking van patiënten vanaf de jaren zeventig. In andere West-Europese landen als België, Frankrijk, Duitsland en Denemarken kwam tussen 2002 en 2005 soortgelijke wetgeving tot stand.[646]

Het streven naar vermaatschappelijking van de psychiatrische zorg was geen uniek Nederlands verschijnsel en de problemen die zich daarbij voordeden waren dat evenmin. Het grootste struikelblok was overal het gebrek aan samenwerking en afstemming tussen de geestelijke gezondheidszorg, die in vrijwel alle landen beleidsmatig en wat financiering betreft onder de gezondheidszorg was komen te vallen, en de maatschappelijke hulp- en dienstverlening ten behoeve van wonen, dagbesteding, arbeidsrehabilitatie en sociale integratie. In sommige van de genoemde landen, en ook in Zweden, dat als internationale inspiratiebron voor het Nederlandse beleid diende, was dit probleem nog groter dan in Nederland, omdat de geestelijke gezondheidszorg daar sterker met de algemene gezondheidszorg was verbonden en in de psychiatrie de nadruk nog meer op de medische aspecten van het vak lag.[647] Juist toen de geestelijke gezondheidszorg erkenning had verworven als volwaardig onderdeel van de gezondheidszorg – waardoor de financiering en de deskundigheid verbeterden – belemmerde deze verworvenheid het streven naar extramuralisering van de zorg en maatschappelijke integratie van patiënten. Financiering op basis van de gezondheidszorg werkte een medisch georiënteerde definitie en aanpak van geestesziekte (diagnose en therapeutische behandeling) in de hand, terwijl vooral chronische patiënten eerder waren geholpen met sociale ondersteuning en activering in de context van hun dagelijkse leefomgeving. Verder stond in alle landen het gebrek aan maatschappelijk draagvlak voor de acceptatie van geesteszieken in de samenleving hun sociale integratie in de weg. Nederland was niet het enige land waar de

645 Becker en Vázquez-Barquero 2001.
646 Nys en Stultiëns 2006, 88-100.
647 Stefansson en Hansson 2001, 83-85; Kwekkeboom 2001, 219-244.

geest van de jaren zestig en zeventig op zijn retour was en de publieke aandacht was verschoven van de misstanden in de inrichtingen en de emancipatie van psychiatrische patiënten naar de verwaarlozing waaraan zorgwekkende zorgmijders ten prooi vielen en de overlast van een toenemend aantal moeilijk handelbare en soms gewelddadige draaideurpatiënten. Net als hier nam de tolerantie voor geesteszieken elders in Europa eerder af dan toe en werd er gepleit voor meer dwang en drang in de hulpverlening, alsook voor een zeker herstel van de asielfunctie van de intramurale psychiatrie.

Slotbeschouwing

In de inleiding van dit boek hebben wij vragen gesteld over de wijze waarop moeilijkheden vanaf het eind van de negentiende tot de eenentwintigste eeuw betekenis kregen en behandeld werden als psychiatrische of geestelijke gezondheidsproblemen en over de rol die zorgaanbieders en hun patiënten of cliënten daarbij speelden. Ook kwamen vragen aan de orde over de wederzijdse beïnvloeding van maatschappelijke ontwikkelingen enerzijds en de psychiatrie en geestelijke gezondheidszorg anderzijds en over de overeenkomsten en verschillen tussen de Nederlandse psychiatrie en geestelijke gezondheidszorg en die in andere landen. Aan de hand van een overzicht van de algemene tendensen in de ontwikkeling van de Nederlandse psychiatrie en geestelijke gezondheidszorg proberen wij deze vragen te beantwoorden. Achtereenvolgens behandelen wij de psychiatrische beroepsgroep en diens verhouding tot andere hulpverleners, het werkveld van de psychiatrie en geestelijke gezondheidszorg, de verhouding tussen vraag en aanbod, de maatschappelijke context en ten slotte de vergelijking van Nederlandse met buitenlandse ontwikkelingen. Mede op basis van de internationale vergelijking gaan we na in welke opzichten de Nederlandse psychiatrie en geestelijke gezondheidszorg bijzonder zijn en in hoeverre de specifieke kenmerken daarvan samenhangen met bepaalde karakteristieken van de Nederlandse maatschappij en cultuur. Tot slot geven we aan welke aspecten van de geschiedenis van de Nederlandse psychiatrie en geestelijke gezondheidszorg nog onderbelicht zijn en meer aandacht verdienen. In dat verband stellen wij in het bijzonder de vraag naar kwaliteit en vooruitgang aan de orde.

Het psychiatrisch beroep en werkveld

We hebben in dit boek de psychiatrische beroepsgroep, dat wil zeggen gestichtsartsen, zenuwartsen en psychiaters, vanaf zijn ontstaan rond 1870 tot de millenniumwisseling gevolgd en het psychiatrisch domein aan de hand van hun werkplekken in kaart gebracht. Ten tijde van de oprichting van de Nederlandsche Vereeniging voor Psychiatrie in 1871 waren niet veel meer dan een twintigtal

geneeskundigen werkzaam in de krankzinnigenzorg en rond 1900 bedroeg dat aantal iets meer dan 100. Rond 2000 waren van de meer dan 2000 geregistreerde psychiaters tussen 1600 à 1700 daadwerkelijk werkzaam in de (geestelijke) gezondheidszorg, van wie zo'n 600 in Algemeen Psychiatrische Ziekenhuizen. Daarnaast stonden nog eens ongeveer 700 neurologen geregistreerd en waren in de geestelijke gezondheidszorg zo'n 600 algemene artsen werkzaam. Zowel absoluut als relatief is de omvang van de psychiatrische (en neurologische) beroepsgroep dus sterk toegenomen: in de twintigste eeuw vermeerderde het aantal op psychiatrisch gebied werkzame artsen ruwweg met een factor twintig, terwijl de omvang van de Nederlandse bevolking ongeveer verdrievoudigde van ruim 5 tot bijna 16 miljoen. Aan het eind van de twintigste eeuw behoorde Nederland met ongeveer 11 psychiaters per 100.000 inwoners wereldwijd tot de landen met de hoogste dichtheid aan psychiaters.[1]

De uitdijing van het psychiatrische specialisme was evenwel niet uitzonderlijk vergeleken met de aanwas van de gehele medische professie: met een toename van ongeveer 2300 naar meer dan 50.000 leden werd deze meer dan twintig keer zo groot. Gemeten in aantallen beroepsbeoefenaren bedroeg het aandeel van de psychiatrie (dus exclusief de neurologie) in de medische specialismen rond 2000 ongeveer 15 procent. Dat was iets meer dan het aandeel van bijna 14 procent dat de gestichtsartsen en zenuwartsen (dus inclusief neurologen) in 1900 daarin hadden.[2] Binnen de medische wereld genoot de psychiatrie overigens weinig aanzien. Opmerkelijk is verder dat zij met de kindergeneeskunde van alle medische specialismen het grootste aantal vrouwelijke beroepsbeoefenaren kende. Terwijl het aandeel van vrouwen onder alle specialisten in de jaren zeventig, tachtig en negentig van de twintigste eeuw respectievelijk 14, 15 en 29 procent bedroeg, was dat onder psychiaters 18, 27 en 36 procent.[3]

De verdeling van psychiaters over Nederland is in de twintigste eeuw nooit gelijkmatig geweest. Zo was in de eerste helft van de twintigste eeuw meer dan de helft van de zenuwartsen in Noord- en Zuid-Holland gevestigd en bedroeg dat percentage in de tweede helft van de eeuw tussen de 39 en 45. Vooral in het zuidelijke deel van Nederland waren psychiaters vrij schaars: tot omstreeks 1980 was daar niet meer dan 16 procent van de zenuwartsen gevestigd; daarna steeg dat percentage tot 24.

Het medisch specialisme psychiatrie kwam voort uit de institutionele krankzinnigenzorg, maar zijn werkveld begon zich aan het eind van de negentiende eeuw uit te breiden buiten de muren van het gesticht. Al rond 1900 was een aanzienlijk aantal vakbeoefenaren werkzaam in voorzieningen voor zenuwzieken, in particuliere praktijken, in universiteitsklinieken, in de algemene gezondheidszorg en in de rechtspraak. Ook profileerden enkelen zich op het terrein van het

1 Hutschemaekers 1993a, 1178-1179; vergelijk Fichter en Wittchen 1980, 20; Becker en Vázquez-Barquero 2001, 9.

2 Van Drunen 2004, 51; vergelijk Abma en Weijers 2005, 107; Bruyn en Koehler 2002.

3 Abma en Weijers 2005, 136.

hygiënisme, de preventie van geestesstoornissen in de samenleving als geheel. Nadat vlak voor de Eerste Wereldoorlog met de hulpverlening aan alcoholisten een bescheiden begin was gemaakt met concrete activiteiten op het gebied van de psychische hygiëne, ontstond tijdens het interbellum de psychiatrische voor- en nazorg voor geesteszieken en kreeg het werkterrein van de geestelijke volksgezondheid contouren. De concrete hulpverleningsactiviteiten richtten zich aanvankelijk behalve op alcoholisten vooral op kinderen en jongeren met opvoedings-, leer- en ontwikkelingsproblemen. De Psychopathenwetten van 1925 versterkten de positie van zenuwartsen in de rechtspraak en reclassering. Ten tijde van de Tweede Wereldoorlog kreeg de psychiatrie een plaats in het leger ter behandeling van geestelijk verwarde militairen en ter beoordeling van de geschiktheid van dienstplichtigen.

Vanaf de jaren veertig gingen zenuwartsen zich in het kader van de toen nog betrekkelijk kleinschalige ambulante geestelijke gezondheidszorg ook bezighouden met moeilijkheden op het gebied van huwelijk, gezin, relaties, voortplanting, seksualiteit, werk en maatschappelijke aanpassing. Vanaf de jaren zestig werd deze hulpverlening grootschaliger en breidde zij zich verder uit in de richting van welzijnszorg: tekorten in de persoonlijke ontwikkeling, gebrekkige mogelijkheden tot zelfontplooiing en zingevings- en identiteitsvragen werden object van vooral psychotherapeutische behandeling. Psychiaters raakten toen ook betrokken bij moreel en maatschappelijk beladen onderwerpen als de verwerking van de oorlog, seksuele emancipatie, geboorteregeling, abortus, euthanasie, drugsverslaving en arbeidsongeschiktheid. In het kader van de collectieve ziekte- en arbeidsongeschiktheidswetgeving breidde het psychiatrisch werkgebied zich uit naar de sociale verzekeringsgeneeskunde. De schaalvergroting van en bureaucratisering in de geestelijke gezondheidszorg brachten met zich mee dat sommige psychiaters zich toelegden op beleid en management. Vanaf de jaren tachtig werden er vraagtekens geplaatst bij de betrokkenheid van psychiaters op het terrein van de psychosociale en psychotherapeutische hulpverlening: er gingen stemmen op om hun werkveld toe te spitsen op de (medische) behandeling van ernstige geestesstoornissen en de lichtere psychische en psychosociale problematiek aan andere beroepsgroepen over te laten. De domeindiscussie, die plaatsvond tegen de achtergrond van de toegenomen aandacht in de geestelijke gezondheidszorg voor chronische geesteszieke, leidde echter niet tot een daadwerkelijke inkrimping van het psychiatrisch beroepsdomein: daarin bleef plaats voor psychosociale moeilijkheden, vooral voor zover psychiaters zich met name in particuliere praktijken bleven toeleggen op psychotherapie.

Het lijkt erop dat het psychiatrisch domein zich in de twintigste eeuw door middel van de incorporatie van nieuwe doelgroepen en probleemgebieden gestaag heeft uitgebreid. Van tijd tot tijd verdwenen daaruit evenwel ook zorggebieden en groepen patiënten. Hoewel psychiaters en neurologen zich tot de jaren zeventig doorgaans als zenuwarts afficheerden, verwijderden de deelspecialis-

men psychiatrie en neurologie zich vanaf het interbellum geleidelijk van elkaar. Deze ontwikkeling begon met de instelling van aparte academische leerstoelen en de onderscheiding van twee hoofdvakken in de opleiding, waardoor de aankomend zenuwarts kon kiezen tussen het zwaartepunt psychiatrie of neurologie. Na de oorlog trad binnen het gezamenlijke psychiatrisch-neurologische werkveld een verdere specialisering op, waarbij psychiaters zich vooral richtten op geestesziekten, neurosen en psychosociale problemen, en neurologen zich bezighielden met somatische stoornissen van het zenuwstelsel. Aandoeningen zoals epilepsie en de door syfilis veroorzaakte dementia paralytica verdwenen uit het psychiatrisch domein. Het proces van externe differentiatie in de intramurale psychiatrie in de tweede helft van de twintigste eeuw, waardoor verstandelijk gehandicapten en demente bejaarden hun eigen zorgvoorzieningen kregen, bracht met zich mee dat de psychiatrische bemoeienis met deze groepen afnam. Aan het eind van de twintigste eeuw waren de zorg voor verstandelijk gehandicapten en de psychogeriatrie uitgegroeid tot zelfstandige sectoren, waarin nog maar weinig psychiaters werkzaam waren en zij geen toonaangevende rol vervulden. De intramurale psychiatrie beperkte zich in toenemende mate tot psychiatrische stoornissen in engere zin: psychosen, neurosen en persoonlijkheidsstoornissen.

Mede door de voortdurend verschuivende grenzen van hun werkdomein was ook de inhoud van de psychiatrische beroepspraktijk aan verandering onderhevig. Terwijl de negentiende-eeuwse en deels ook de twintigste-eeuwse krankzinnigenzorg ondanks de geneeskundige pretenties voornamelijk bestond uit bewaken en bewaren (de asielfunctie), gingen psychiaters zich vanaf omstreeks 1870 in toenemende mate bezighouden met de beoordeling (diagnostiek en classificatie), behandeling (medische, verpleegkundige, farmacologische, psychotherapeutische, pedagogische en sociale interventies), het voorkómen van geestesstoornissen en het bevorderen van de geestelijke volksgezondheid. Hoewel zenuwartsen sinds 1932 en psychiaters sinds 1972 een formele status als medisch specialist kennen, hebben zij tegen de achtergrond van de veranderende beroepspraktijk voortdurend geworsteld met hun beroepsidentiteit. Deze worsteling werd niet alleen in de hand gewerkt door de toenemende veelvormigheid van hun vak, maar ook door de confrontatie met andere beroepsgroepen op hun werkterrein en de invloed van andere disciplines (naast de biomedische wetenschappen ook de psychologie, de pedagogie, de sociologie en de wijsgerige antropologie) op de inhoud van de psychiatrie.

De psychiatrie was een moeilijk te definiëren en van andere disciplines af te bakenen vak. Een en ander heeft een consistente en effectieve belangenbehartiging gehinderd. Psychiaters bleken onderling vaak te verdeeld om eensgezind voor hun beroepsbelangen op te komen. Als belangenvereniging was de Nederlandsche Vereeniging voor Psychiatrie (en Neurologie) (NVPN) geen krachtige organisatie. Het bestuur zag zich voortdurend geconfronteerd met ontevreden beroepsbeoefenaren die meenden dat hun belangen onvoldoende aandacht kre-

gen en die soms zelfs hun eigen verenigingen oprichtten, zoals de gestichtsartsen vlak na de Eerste Wereldoorlog en de vrijgevestigde psychiaters die psychotherapie beoefenden, in de jaren zeventig. Al vanaf de jaren dertig ontstond verdeeldheid over de band tussen psychiatrie en neurologie en de wijze waarop psychotherapie een plaats moest krijgen in de beroepsuitoefening. In de jaren zestig en zeventig bestond grote onenigheid over de mate waarin de psychiatrie zich op de sociale wetenschappen zou moeten oriënteren en de wenselijkheid om van psychotherapie een apart, multidisciplinair vak te maken. Aan het eind van de twintigste eeuw stonden pleitbezorgers van een sterke biomedische profilering van het vak tegenover voorstanders van een brede biopsychosociale benadering.

In de wijze waarop de psychiatrische beroepsgroep het vak vormgaf, zijn belangen behartigde en invloed trachtte uit te oefenen op het overheidsbeleid laten zich drie fasen onderscheiden.[4] Vanaf het midden van de negentiende eeuw tot het interbellum bepaalden toonaangevende psychiaters, meestal de hoogleraren of de inspecteurs van het Staatstoezicht, de koers van de NVPN en de ontwikkeling van hun vak. Zij overlegden grotendeels op persoonlijk gezag en op ad hoc-basis met overheidsinstanties. In het interbellum maakte dit 'seigneuriale' optreden plaats voor corporatisme. Zo beslisten de leden van de NVPN zelf in onderling overleg en onder de paraplu van de overkoepelende beroepsorganisatie, de Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst (NMG), over de inhoud van de psychiatrisch-neurologische opleiding en daarmee ook over de criteria voor de formele erkenning en registratie van zenuwartsen. Het overleg met de overheid werd geïnstitutionaliseerd door middel van koepelorganisaties op het gebied van de krankzinnigenzorg en de geestelijke volksgezondheid, zoals de Vereeniging van Krankzinnigengestichten in Nederland (1918), de Vereeniging van R.K. Gestichten en Inrichtingen voor Krankzinnigen en Zwakzinnigen (1928) en de Nationale Federatie voor de Geestelijke Volksgezondheid (NFGV, 1934). De regering stelde daarbij in toenemende mate randvoorwaarden en ging subsidies verstrekken, terwijl de instellingen voor psychiatrie en geestelijke gezondheidszorg verantwoordelijk bleven voor de inhoudelijke invulling en de uitvoering van de zorg en problemen zo veel mogelijk in eigen kring oplosten. Binnen de meeste koepelorganisaties waren behalve de psychiatrische beroepsgroep in toenemende mate ook andere partijen vertegenwoordigd, zoals bestuurders en administrateurs. Vooral in die op het gebied van de geestelijke volksgezondheid deden ook andere beroepsgroepen zich gelden en heeft een figuur als de juriste en psychiatrisch-sociaal werkster E.C. Lekkerkerker een leidende rol vervuld.

De overheid en de medische faculteiten kregen rond 1960 meer zeggenschap over de invulling van de psychiatrisch-neurologische opleiding. Als gevolg van de toenemende overheidsbemoeienis en collectieve financiering vanaf de jaren zestig, die gepaard ging met steeds meer regelgeving en bureaucratisering, verloor

4 Abma en Weijers 2005, 17.

de beroepsgroep aan autonomie en kon de NVP(N) niet veel meer doen dan het beleid van de overheid, dat in samenspraak met de diverse adviesorganen en koepelorganisaties vorm kreeg, al dan niet kritisch volgen en zich accommoderen.

De professionele ruimte van psychiaters werd mede bepaald door die van andere beroepsgroepen. Vanaf de eerste Krankzinnigenwet (1841) bezetten artsen een sleutelpositie in de krankzinnigengestichten en later de psychiatrische inrichtingen, maar hun autoriteit en competentie waren niet onbetwist. Tot in de twintigste eeuw botsten zij soms met gestichtsbeheerders en -besturen over de interne gang van zaken, waaronder de zeggenschap van artsen over personeelskwesties. Hun invloed nam echter sterk toe vanaf 1890, toen zij besloten dat het 'oppassend' personeel een opleiding in 'krankzinnigenverpleging' diende te volgen. De artsen bepaalden zelf de inhoud van die opleiding, namen de examens af en reikten de diploma's uit. Uit de kring van gediplomeerden benoemden zij vervolgens zelf de leidinggevende verplegenden. Deze leidinggevenden droegen niet alleen de geïnternaliseerde geneeskundige opvattingen, maar ook een in overleg met de eerste geneesheer of de geneesheer-directeur opgestelde verzameling 'huisregels' over aan de onder hen staande verplegers en verpleegsters. Zo kon het verplegend personeel een sterk stempel drukken op het dagelijks leven op de afdelingen. Alleen in de katholieke instellingen was de zeggenschap van artsen over het aanvankelijk uit louter religieuzen bestaande verplegende personeel niet vanzelfsprekend; hier gold ook de hiërarchie van de kloosterorde. Nadat in het kielzog van de Wet tot Wettelijke Bescherming van het Diploma Ziekenverpleging (1921) een eigen katholieke opleiding in krankzinnigenverpleging was ontwikkeld, was echter ook hier het pleit in het voordeel van de geneeskundige benadering beslist. Na de Tweede Wereldoorlog en vooral vanaf de jaren zestig kregen psychiaters en verpleegkundigen in de psychiatrische inrichtingen en ziekenhuizen in toenemende mate te maken met andere, academisch geschoolde, therapeutische beroepsgroepen. Tevens begonnen verpleegkundigen, vanaf begin jaren zestig, deels op eigen initiatief, een meer sociaal-pedagogische invulling aan hun beroep te geven.

In de extramurale voorzieningen op het gebied van de psychiatrie en geestelijke gezondheidszorg werkten zenuwartsen vanaf het begin op min of meer gelijkwaardige basis samen met andere al dan niet professionele hulpverleners: drankbestrijders, filantropen, geestelijken, juristen, sociaal-psychiatrisch en wijkverpleegkundigen, maatschappelijk werkers en psychiatrisch-sociaal werksters en na de Tweede Wereldoorlog psychologen, pedagogen en andragogen. Getalsmatig en deels ook wat betreft invloed gingen deze beroepsgroepen de psychiaters al gauw overvleugelen. Dat gold voor de consultatiebureaus voor alcoholisme, waarin drankbestrijders en maatschappelijk werkers de toon aangaven, en voor de voor- en nazorg, waarin de sedert 1937 ook specifiek bijgeschoolde verpleegkundigen het leeuwendeel van de werkzaamheden vervulden en vaak over meer expertise beschikten dan zenuwartsen. In de voor- en nazorg voor zwak-

zinnigen, die grotendeels in handen van onderwijzers en pedagogen lag, kregen zenuwartsen nauwelijks voet aan de grond. In de MOB's speelden naast kinderpsychiaters kinderartsen, psychiatrisch-sociaal werksters en later psychologen en pedagogen een belangrijke rol. In de grotendeels confessionele consultatiebureaus voor levens-, huwelijks- en gezinsmoeilijkheden namen geestelijken en (huis)artsen aanvankelijk een prominente positie in en gingen later maatschappelijk werkers steeds meer domineren. In de IMP'en werden psychiaters in de jaren zeventig getalsmatig overvleugeld door psychologen. Dat de psychotherapie zich mede door de institutionele inbedding in IMP'en tot een apart multidisciplinair vak ontwikkelde, was voornamelijk het werk van klinisch psychologen. In de Riaggs vormden psychiaters een minderheid onder andere professies.

Nederland onderscheidde zich in de laatste decennia van de twintigste eeuw internationaal niet alleen door het relatief grote aantal psychiaters, maar ook door een groot aantal (sociaal-)psychiatrisch verpleegkundigen (94 per 100.000 inwoners), een hoge psychologendichtheid (bijna 35 per 100.000 inwoners) en een veelheid aan diverse sociaal-agogische beroepsbeoefenaren.[5] Hoewel er geregeld schermutselingen optraden tussen enerzijds zenuwartsen en andere beroepsbeoefenaren – bijvoorbeeld met pedagogen over de zwakzinnigenzorg, met psychologen over psychotherapie en met geestelijken over moreel beladen onderwerpen als huwelijk, seksualiteit en geboorteregeling – is het opvallend dat de psychiatrische beroepsgroep zich over het algemeen open heeft opgesteld voor samenwerking met andere beroepsgroepen en zich heeft gevoegd naar de toenemende professionele diversiteit in hun werkveld.

Een en ander werd in de hand gewerkt door de veelzijdige ontwikkeling van hun eigen vak en de daarmee samenhangende interne verdeeldheid. Tijdens de ontstaansfase aan het eind van de negentiende eeuw oriënteerde het psychiatrisch-neurologisch vak zich sterk op de natuurwetenschappelijke geneeskunde, maar in de eerste drie decennia van de twintigste eeuw wonnen psychologische, pedagogische en sociale benaderingen sterk aan invloed. Dit is onder meer zichtbaar in de talrijke herziene edities van door psychiaters geschreven handboeken voor psychiatrisch verpleegkundigen.[6] Weliswaar afficheerde de psychiatrie zich in nauwe verbondenheid met de neurologie als tak van de geneeskunde, maar in feite ontwikkelde zij zich tot een eclectisch, multidisciplinair vak. Dat zou de psychiatrie in de gehele twintigste eeuw blijven, ook toen de biomedische richting in de jaren tachtig en negentig weer aan invloed won. Internationaal gezien neemt de Nederlandse psychiatrie in dit opzicht waarschijnlijk een bijzondere positie in. In de omringende landen – Duitsland, Frankrijk, Groot-Brittannië en België – hebben psychiaters zich veel sterker als artsen geprofileerd en hun werkveld scherper als medisch domein bewaakt, waardoor de inbreng en invloed van

5 Van Strien 1993, 66, 88-89; Hutschemaekers 1993, 1178-1180; Hutschemaekers en Neijmeijer 1998, deel 2.

6 Aan de Stegge 2005a.

andere beroepsgroepen als (sociaal-)psychiatrisch verpleegkundigen, psychologen en maatschappelijk werkers in de geestelijke gezondheidszorg daar minder groot was en is.[7]

Niet alleen het beroepsdomein van zenuwartsen dan wel psychiaters, maar ook het bredere werkveld van de geestelijke gezondheidszorg kreeg vorm en bestaansrecht door middel van voortdurende grensafbakening en -verlegging ten opzichte van belendende en deels overlappende terreinen. Reeds spoedig na de totstandkoming van de Krankzinnigenwet van 1884 beleefde de bouw van nieuwe krankzinnigengestichten een ware hausse. Tegelijkertijd deed zich scherper dan voorheen het probleem gevoelen hoe krankzinnigheid viel af te bakenen, in het bijzonder ten opzichte van zenuwlijden. Deze Krankzinnigenwet bood hiertoe, anders dan de Krankzinnigenwet van 1841, geen houvast in de vorm van een definitie van krankzinnigheid. Terwijl voor de verplichte rechterlijke machtiging tot opname in een gesticht een geneeskundige krankzinnigheidsverklaring was vereist, won onder zenuwartsen het standpunt veld dat een scherpe scheiding tussen krankzinnigheid en zenuwziekte niet mogelijk was. Bovendien zouden niet alle lijders aan psychosen, laat staan zenuwlijders gebaat zijn bij opname in een krankzinnigengesticht: die was, mede door de noodzakelijke rechterlijke machtiging, de hiermee verbonden status van handelingsonbekwaamheid en de vrijheidsberoving, onnodig stigmatiserend en belastend. Nadat in de laatste decennia van de negentiende eeuw tal van kleinschalige, particuliere voorzieningen als sanatoria, herstellingsoorden of rusthuizen voor zelfbetalende patiënten tot stand waren gekomen, volgden begin twintigste eeuw enkele grootschaliger initiatieven met ten dele ook mogelijkheden voor opname van minvermogende patiënten, zoals in het Leidse Rhijngeest. Voor zenuwartsen lag hier een interessant werkterrein, dat zich aanvankelijk geheel los, maar dankzij wetswijzigingen in 1904 en 1916 ook als onderdeel van de intramurale krankzinnigenzorg ontwikkelde: eerst in psychiatrische universiteitsklinieken, vervolgens ook in krankzinnigengestichten die zich tot psychiatrische inrichting ontwikkelden door een aangewezen of sanatoriumafdeling te openen. Daarin konden patiënten zonder rechterlijke machtiging en dus ook zonder krankzinnigheidsverklaring terecht. In de loop van de twintigste eeuw liep het aantal (dwang)opnamen met rechterlijke machtiging terug tot zo'n 15 procent. Vanaf de jaren dertig kwamen ook psychiatrische afdelingen in algemene ziekenhuizen (PAAZ'en) tot stand, aanvankelijk doorgaans voortkomend uit een reeds bestaande praktijk van een vrijgevestigde zenuwarts die een aantal ziekenhuisbedden huurde voor de klinische behandeling van zijn patiënten. Vooral in de jaren zestig en zeventig beleefden de PAAZ'en een periode van groei en bloei.

De ontwikkeling van krankzinnigengesticht naar psychiatrische inrichting hield dus een verruiming van de mogelijkheden tot opname in en deed als het

7 Giel et al. 1989; Provost en Bauer 2001; Bauer et al. 2001; Freeman 2005; Roelcke 2005, Coffin 2005; Oosterhuis 2005a.

ware recht aan de opvattingen van zenuwartsen die een strikte afgrenzing tussen krankzinnigheid en zenuwziekte voor onmogelijk en ongewenst hielden. Anders lag het in zekere zin met de verhouding tussen krankzinnigheid en idiotie (inclusief de lichtere variant imbecillitas) oftewel zwakzinnigheid, de term die vanaf rond 1915 in zwang kwam. Idiotie gold zowel in de eerste als in de tweede Krankzinnigenwet als een vorm van krankzinnigheid. Hoewel veel artsen dit standpunt deelden, was het, mede op praktische gronden, niet onomstreden. Dat had enerzijds te maken met de jeugdige leeftijd van veel zwakzinnigen: voor hen kwam vanaf eind negentiende eeuw een aantal aparte, al dan niet onder het Staatstoezicht vallende intramurale voorzieningen tot stand. Daarin was voor artsen een bescheidener rol weggelegd dan in de krankzinnigengestichten het geval was. Volwassen zwakzinnigen bleven, voor zover het de intramurale sector betrof, voornamelijk aangewezen op de krankzinnigengestichten of psychiatrische inrichtingen, dan wel op armenhuizen, weeshuizen of tehuizen voor bijvoorbeeld zwakzinnigen en ouden van dagen tezamen. Vanaf de jaren vijftig voltrok zich een verdergaande scheiding tussen de krankzinnigen- en de zwakzinnigenzorg, welke laatste sector een sterke groei doormaakte. Deze groei vond geen pendant in een toename van het aantal in deze sector werkzame zenuwartsen of psychiaters. Integendeel: hun aandeel in dit zich sterk multidisciplinair ontwikkelende zorggebied was uiterst gering. Voor lijders aan ouderdomsdementie kwam vooral vanaf de jaren zestig een soortgelijke splitsing van het arbeidsterrein tot ontwikkeling met de oprichting van aparte psychogeriatrische (afdelingen in) verpleeghuizen. Ook daar was de psychiatrische bemoeienis gering.

Epilepsie en alcoholisme vielen indertijd eveneens onder de noemer van krankzinnigheid. Lijders aan vallende ziekte en alcoholisten konden derhalve in aanmerking komen voor opname in een krankzinnigengesticht. Daarnaast kwamen, evenals voor zwakzinnigen maar op bescheidener schaal, enkele gespecialiseerde inrichtingen voor epileptici en voor alcoholisten tot stand. Minder zware gevallen van epilepsie of alcoholisme konden bovendien voor kortere opnamen terecht in sanatoria voor zenuwlijders, universiteitsklinieken, of in algemene ziekenhuizen waarin een zenuwarts werkzaam was dan wel een psychiatrische afdeling was gevestigd.

Reeds voor de totstandkoming van de Krankzinnigenwet van 1884 hadden (zenuw)artsen een inbreng op forensisch gebied. Het ging daarbij om de vaststelling van de zogenaamde grensgevallen: het al dan niet verminderd toerekeningsvatbaar zijn van personen die wegens een misdrijf met justitie in contact waren gekomen. Na de invoering van de Psychopathenwetten in 1928 volgde de oprichting van een nieuwe intramurale voorziening waarin zenuwartsen een taak kregen: het 'psychopathenasiel', de latere TBR- of TBS-inrichting. Deze instellingen, die niet onder het Ministerie van Binnenlandse Zaken dan wel Volksgezondheid, maar onder het Ministerie van Justitie vielen, groeiden na de Tweede Wereldoorlog in aantal en omvang.

Ook op het gebied van de sociale psychiatrie in de zin van voor- en nazorg ontwikkelden zenuwartsen initiatieven. Tot in de jaren dertig waren deze vaak gekoppeld aan krankzinnigengestichten of psychiatrische inrichtingen. Daarna ontwikkelden voor- en nazorg zich in toenemende mate op afstand van de intramurale psychiatrie. Het leeuwendeel van het sociaal-psychiatrische werk, in het bijzonder de huisbezoeken en de contacten met andere hulpverleningsinstanties, werd echter uitgevoerd door sociaal-psychiatrisch verpleegkundigen dan wel maatschappelijk werksters. Bovendien moesten sociaal-psychiaters rekening houden met de beduchtheid van vrijgevestigde zenuwartsen voor concurrentie op de psychiatrische markt. Dit noopte hen tot terughoudendheid ten aanzien van het verrichten van medische behandelingen als het voorschrijven van medicijnen. Zeker tot de jaren zestig genoot de sociale psychiatrie, die aanvankelijk mede bedoeld was om het imago van de gestichten en inrichtingen op te vijzelen, onder psychiaters weinig aanzien, terwijl dit werkgebied voor verpleegsters juist een statusverhoging betekende, onder meer omdat zij zelfstandiger werkten dan in inrichtingen.

Nog sterker dan voor de intramurale psychiatrie gold voor de ambulante voorzieningen en de daarin werkzame beroepsgroepen dat zij zich een plaats moesten verwerven naast en tussen bestaande vormen van zorg en hulpverlening: de inrichtingspsychiatrie, de somatische en openbare gezondheidszorg, de kerkelijke zielzorg, het maatschappelijk werk, de psychologische dienstverlening, de justitiële sfeer, de kinderbescherming en het bijzonder onderwijs. Vanaf de jaren dertig zochten en vonden de psychohygiënische beweging en de ambulante sector aansluiting bij de algemene gezondheidszorg, waardoor zij afstand bewaarden tot de met juridische dwang en armenzorg geassocieerde gestichtspsychiatrie. Tegelijkertijd vertoonden zij overlappingen met de filantropie, pastorale zorg en het maatschappelijk werk. Nederland was rijk aan kerkelijke en particuliere organisaties op charitatief terrein, die de leniging van materiële nood verbonden met geestelijke en zedelijke verheffing.[8]

Het moreel-pedagogische ethos dat zowel de liefdadigheid als het meer professionele maatschappelijk werk kenmerkte, drukte ook zijn stempel op de psychohygiënische beweging. Het gemeenschappelijke uitgangspunt was een min of meer optimistisch geloof in de verbeterbaarheid van het individu en diens sociale milieu. Met enkele uitzonderingen, zoals de segregatie van zogenaamde onmaatschappelijke gezinnen vanaf de jaren twintig tot zestig, won het streven naar maatschappelijke integratie het daarbij van de neiging tot isolatie en uitsluiting van probleemgroepen. De sociaal-charitatieve invalshoek vertoonde raakvlakken met de psychosociale en agogische werkwijze die in de ambulante geestelijke gezondheidszorg steeds meer de toon ging aangeven. De biomedische en eugenetische benadering van de eerste psychohygiënisten verdween naar de achtergrond.

8 Neij 1989, 39; Hueting 1989, 42-43, 125; Couwenberg 1989, 199; De Haan en Duyvendak 2002, 34.

Alleen in de psychiatrische voor- en nazorg werd vanaf de jaren vijftig ook gebruikgemaakt van een medische aanpak in de vorm van medicatie. Vanaf de jaren tachtig wonnen de psychofarmaca verder terrein in de ambulante sector, waarbij deze behalve bij geestesziekten in toenemende mate ook werden aangewend ter behandeling van andere psychische klachten.

De band tussen de ambulante geestelijke gezondheidszorg en het maatschappelijk werk werd aanvankelijk vooral belichaamd door de psychiatrisch-sociaal werkster, die een belangrijke rol speelde in het MOB en later ook in het BLGM/V. Psychologen verwierven een positie in de ambulante instellingen naarmate psychotherapeutische behandelwijzen, vooral de meer toegankelijke alternatieven voor de psychoanalyse, aan betekenis wonnen. In de jaren zeventig, toen het aantal psychologen en maatschappelijk werkers sterk toenam, leek het er zelfs op dat de ambulante hulpverlening en de psychohygiëne zouden opgaan in de welzijnszorg. Door de psychisch leed veroorzakende maatschappelijke omstandigheden aan te pakken en de sociale voorwaarden voor geestelijke gezondheid te scheppen, zouden hulpverleners, evenals welzijnswerkers, kunnen bijdragen aan een betere samenleving. Maar al gauw bleek dat dit ambitieuze streven hun vermogen ver te boven ging. Toen de welzijnszorg rond 1980 onder vuur kwam te liggen, trokken ze zich weer terug op het beperktere werkveld van de gezondheidszorg. Hiermee waren hun werkzaamheden beter te legitimeren en konden ze in de jaren tachtig vermijden dat de geestelijke gezondheidszorg net als het welzijnswerk ten prooi viel aan de bezuinigingen op de voorzieningen van de verzorgingsstaat.

De psychiatrische en geestelijke gezondheidsmarkt: aanbod en vraag

Terugkijkend op de ontwikkeling van de psychiatrie en geestelijke gezondheidszorg in de twintigste eeuw stellen wij vast dat de oprichting, verspreiding, organisatie en differentiatie van de verschillende intra- en extramurale zorgvoorzieningen in eerste instantie niet zozeer waren afgestemd op de behoefte aan hulp en zorg – die hoe dan ook moeilijk onafhankelijk van het aanbod vast te stellen is – en de belevingswereld van patiënten en cliënten, maar meer te maken hadden met de krachten aan de aanbodzijde.[9] Op de eerste plaats staan in dit verband de economische conjunctuur en de financieringsmogelijkheden. Daarnaast kan worden gewezen op het overheidsbeleid; de professionele ambities, wetenschappelijke inzichten en ideologische overtuigingen van gevestigde en nieuwe beroepsgroepen; de maatschappelijke initiatieven van sociaal bewogen groepen en individuen; de profileringsdrang van en concurrentie tussen de zuilen; en bijzondere omstandigheden zoals die tijdens de Duitse bezetting.

De economische conjunctuur vond haar weerslag in de capaciteit van de intramurale psychiatrie, het aantal opgenomen patiënten en het zorgpeil. Zolang er

9 Vergelijk Vijselaar 2007b en Vijselaar en De Goei 2007.

genoeg financiële middelen waren, werden er nieuwe gestichten en inrichtingen gebouwd en leek het aanbod de vraag te stimuleren. De grootste uitbreiding van de intramurale capaciteit, dat wil zeggen van zowel de krankzinnigen- als de erkende zwakzinnigengestichten, vond plaats tussen 1884 en 1914.[10] In absolute zin verdriedubbelde de omvang van de gestichtsbevolking van tegen de 5000 tot zo'n 14.000 en haar aandeel in de totale Nederlandse bevolking verdubbelde van 1,1 tot 2,3 promille. Deze inhaalslag ten opzichte van de omringende landen, waar de gestichtszorg zich al eerder had uitgebreid, was mogelijk doordat er als gevolg van de economische opleving en industrialisering meer geld beschikbaar kwam en zowel de rijks- en gemeentelijke overheden als (verzuilde) particuliere organisaties een actievere rol op sociaal gebied gingen spelen. De verbeterde infrastructuur maakte de nieuwe instellingen op het platteland toegankelijk. De nieuwbouw, die de verouderde en nauw bemeten stadsgestichten grotendeels verving, betekende een verbetering van de leefomstandigheden van veel patiënten.

In het interbellum vlakte de groei af. De meer dan 15.000 opgenomen patiënten in 1918 waren er in 1939 bijna 27.000 geworden, in relatieve zin een geringe toename van 2,4 tot 2,9 promille van de bevolking. Nadat de voedsel- en personeelsschaarste als gevolg van de Eerste Wereldoorlog tot een verslechtering van de leefomstandigheden in de gestichten hadden geleid, trad er in de relatief welvarende jaren twintig een bescheiden verbetering op. Als gevolg van de economische crisis volgde in de jaren dertig weer een daling van het verzorgingspeil en kwam er een voorlopig einde aan de uitbreiding van de intramurale capaciteit. Dat betekende echter niet zozeer een inkrimping als een verschuiving van het psychiatrische zorgaanbod als zodanig. Het streven naar kostenbesparing op de gestichts- en inrichtingsverpleging bracht met zich mee dat er naar alternatieve, goedkopere zorgvormen werd gezocht. Zo werden ervaren gestichtsverpleegsters gestimuleerd om zelf een sociaal pension of rusthuis te beginnen voor chronische patiënten.[11] Belangrijker echter nog was de uitbouw van het sociaal-psychiatrische werk. Op die manier bevorderden de bezuinigingen een belangrijke psychiatrische vernieuwing, waarvoor de basis al in de jaren twintig was gelegd: de extramurale voor- en nazorg en de oriëntatie op de preventieve zorg voor de geestelijke volksgezondheid. Een onvoorzien gevolg van de ontwikkeling van meer sociale psychiatrie was dat meer mensen binnen het bereik van de psychiatrische hulpverlening kwamen en dat hiervoor ook geld beschikbaar kwam.

Onder invloed van de oorlogsomstandigheden daalde het bevolkingstal van de psychiatrische inrichtingen, dus exclusief de zwakzinnigengestichten, tussen 1943 en 1946 van ongeveer 25.000 naar ruim 21.000, oftewel van 2,7 tot 2,3 promille

10 De hieronder vermelde cijfers met betrekking tot het aantal patiënten in de intramurale psychiatrie zijn gebaseerd op bijlage 5a: Verpleegden in gestichten en psychiatrische inrichtingen, inclusief zwakzinnigeninrichtingen, in Nederland 1884–1964; en bijlage 5b: Verpleegden in gestichten en psychiatrische inrichtingen, exclusief zwakzinnigeninrichtingen, in Nederland 1940–1997.

11 Zie Aan de Stegge, proefschrift in voorbereiding, hoofdstuk II.

van de Nederlandse bevolking. Als gevolg van de gedwongen ontruimingen van inrichtingen in het kustgebied van Noord- en Zuid-Holland moesten vele duizenden patiënten naar instellingen elders in het land verhuizen. Vanwege deze noodtoestand werden een paar 1000 van hen in 1942 en 1943 teruggeplaatst bij familie of elders buiten de inrichting ondergebracht. De Duitse bezetters deporteerden tussen begin 1943 en medio 1944 circa 1300 joodse patiënten naar de vernietigingskampen. In de psychiatrische inrichtingen in het oosten en zuiden des lands ontstond tijdens de bezetting ernstige overbevolking. Door zeep- en voedseltekorten staken epidemieën de kop op en nam de sterfte toe. In het bijzonder tijdens de hongerwinter stierven vele patiënten. Tot slot werd vanaf het najaar van 1944 tot in het voorjaar van 1945 op vele inrichtingsterreinen slag geleverd tussen Duitse militairen, die zich aldaar verschansten, en geallieerde troepen. Enkele inrichtingen raakten door oorlogsgeweld zwaar beschadigd.

Na de oorlog herstelden de inrichtingen zich moeizaam van de materiële schade en leed de verzorging onder economische schaarste en een groot tekort aan verplegend personeel. Pas in de loop van de jaren vijftig konden zij de vruchten plukken van de groeiende welvaart, waardoor de inrichtingsbevolking (exclusief die van de aparte zwakzinnigeninrichtingen) in de jaren 1946-1956 toenam van ongeveer 21.000 naar 28.000 bedden oftewel van 2,3 tot 2,6 per 1000 inwoners. Daarnaast breidde de gespecialiseerde zwakzinnigenzorg zich snel uit en werd er in het midden van de jaren vijftig een begin gemaakt met de overplaatsing van chronisch geesteszieke en vooral demente patiënten, die dankzij de verbeterde lichamelijke gezondheid langer leefden, naar verpleeghuizen.

Tussen 1956, het jaar waarin de inrichtingsbevolking haar grootste omvang bereikte, en begin jaren tachtig was er sprake van een gestage teruggang van de inrichtingsbevolking in de psychiatrische inrichtingen naar ruim 21.000 (1,5 promille), een aantal dat tot het midden van de jaren negentig vrij stabiel bleef en vervolgens licht daalde tot ongeveer 20.000 (1,3 promille). Tegelijkertijd vond op basis van financiering van de AWBZ een sterke capaciteitsuitbreiding plaats van de categorale zwakzinnigen- en psychogeriatrische zorg, die aan het eind van de twintigste eeuw de intramurale psychiatrie in omvang overtroffen. Door de uittocht van de vaak langdurig opgenomen verstandelijk gehandicapten en demente bejaarden nam het aantal bedden voor patiënten met psychiatrische stoornissen in engere zin relatief gezien toe. In toenemende mate werden de psychiatrische ziekenhuizen, zoals de meeste gestichten en inrichtingen sinds de jaren vijftig werden aangeduid, bevolkt door lijders aan psychosen, neurosen en persoonlijkheidsstoornissen. Verder daalde de gemiddelde opnameduur en steeg het aantal (her)opnamen sterk. Het psychiatrisch ziekenhuis profileerde zich steeds meer als behandelinstelling, hoewel chronische patiënten nog een groot deel van de bedden bleven bezetten. Daarnaast groeide de opnamecapaciteit van de psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen aanmerkelijk. De explosieve welvaartsgroei in de jaren zestig en de uitbreiding van de verzorgingsstaat leidden,

althans tot het midden van de jaren tachtig, ertoe dat de intramurale psychiatrie definitief werd losgemaakt van de armenzorg en op basis van de AWBZ een onderdeel werd van de collectief gefinancierde gezondheidszorg. De wettelijk verankerde en ruimere financiering maakte renovatie van oude inrichtingen en nieuwbouw van kleinschaliger psychiatrische ziekenhuizen alsook hun gelijkmatige spreiding over het land mogelijk, waardoor de leefomstandigheden van psychiatrische patiënten verbeterden en zij dichter bij hun woonplaats konden worden opgenomen.

In tegenstelling tot in andere landen leidde de antipsychiatrische kritiek niet tot inkrimping of sluiting van psychiatrische ziekenhuizen. De ver- en nieuwbouw van psychiatrische ziekenhuizen gaf begin jaren tachtig aanleiding tot protesten en pleidooien voor deïnstitutionalisering naar Italiaans en Amerikaans voorbeeld, die weliswaar gehoor vonden in zowel de maatschappij en de media als de politiek, maar niet daadwerkelijk werden omgezet in beleid. De economische mogelijkheden en niet de ideologische bevlogenheid gaven de doorslag. Wel droeg de kritische beweging bij tot de democratisering van de interne verhoudingen in het psychiatrisch ziekenhuis, meer aandacht voor communicatie met patiënten en het streven naar verbetering van hun leefomstandigheden en rechtspositie. Vanaf medio jaren tachtig was het beleid zowel om financiële als inhoudelijke redenen gericht op schaalverkleining van psychiatrische ziekenhuizen en daarnaast op extramuralisering en vermaatschappelijking van de psychiatrische zorg door middel van een verschuiving van (langdurige) ziekenhuisopname naar semi- en extramurale woon- en zorgvoorzieningen. Tussen 1985 en 2000 steeg het aantal plaatsen voor klinische dagbehandeling van 1300 naar 2600 en dat van beschermende woonvoorzieningen van 3000 naar tegen de 7000. Verder breidde de sociaal-psychiatrische hulpverlening zich uit in de vorm van de bestaande Riaggs en poliklinieken alsmede van transmurale zorgvernieuwingsprojecten en Multifunctionele Eenheden of Regionale GGZ-Centra. Opnieuw kwamen mede onder invloed van het streven naar kostenbeheersing vernieuwingen in de geestelijke gezondheidszorg tot stand.

Dit alles betekende niet dat psychiatrische ziekenhuizen verdwenen – de sluiting van Santpoort in 2002 bleef een uitzondering –, wel dat hun functie veranderde. Hoewel ze ook nog een aanzienlijk aantal chronische patiënten huisvestten, concentreerden ze zich als onderdeel van langere transmurale zorgtrajecten steeds sterker op korter durende behandelingen van acute patiënten of crisisopvang van chronische geesteszieken. Als wij de algemene en categorale psychiatrische ziekenhuizen, de psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen, de Multifunctionele Eenheden en Regionale GGZ-Centra tezamen met althans een deel van de zorginstellingen voor verstandelijk gehandicapten en psychogeriatrische patiënten beschouwen als de opvolgers van de aan het begin van de twintigste eeuw bestaande krankzinnigen- en zwakzinnigengestichten, dan moet de conclusie zijn dat er geen sprake was van een afname van de intramurale zorg-

capaciteit voor mensen met geestelijke aandoeningen. Integendeel, deze was aan het eind van de vorige eeuw groter dan ooit.

De eerste vormen van extramurale psychiatrie kregen rond 1900 gestalte, toen psychiaters zich met particuliere praktijken richtten op lijders aan zenuwkwalen en waarschijnlijk ook beter gesitueerde geesteszieken, wier verwanten het stigma van krankzinnigheid wilden vermijden. Terwijl de particuliere praktijken en ook de consultatiebureaus voor alcoholisme zich onafhankelijk van de gestichtspsychiatrie ontwikkelden, kwamen de initiatieven in de jaren twintig op het gebied van de voor- en nazorg in de maatschappij grotendeels uit de intramurale psychiatrie voort. De sociaal-psychiatrische zorg voor geesteszieken, grotendeels ingegeven door financiële motieven, was mede bedoeld om de groeiende opnamedruk tegen te gaan en de beslotenheid van de inrichtingspsychiatrie te doorbreken. Aanvankelijk sloot de beweging voor geestelijke volksgezondheid daarbij aan, maar in de jaren dertig sloeg deze een andere koers in. Vooral onder invloed van de pleitbezorgers van het MOB namen psychohygiënisten afstand van de intramurale psychiatrie en benadrukten zij dat hun doelgroepen niet uit geesteszieken bestonden. Het stigma dat de krankzinnigenzorg aankleefde vanwege het grote aantal onvrijwillige, rechterlijk gesanctioneerde opnamen alsook de bekostiging op basis van de Armenwet werkten deze verwijdering in de hand. De consultatiebureaus voor moeilijke kinderen en levens-, gezins- en huwelijksmoeilijkheden alsook het IMP profileerden zich als instellingen voor gezondheidszorg en maatschappelijk werk. Beleidsmatig kwamen ze onder de verantwoordelijkheid van de afdeling Volksgezondheid van het Ministerie van Sociale Zaken en van het Ministerie van Maatschappelijk Werk te vallen, terwijl het krankzinnigenwezen tot 1947 onder de afdeling Armenzorg van het Ministerie van Binnenlandse Zaken ressorteerde.

Hierbij namen de voor- en nazorgdiensten een bijzondere positie in. Enerzijds verzelfstandigden deze zich vanaf de jaren dertig ten opzichte van de inrichtingen, anderzijds vonden zij geen aansluiting bij de psychohygiënische beweging en de daaraan gelieerde ambulante voorzieningen. Het MOB, het BLGM en later het IMP gaven na de Tweede Wereldoorlog met een psychosociale en psychotherapeutische aanpak de toon aan in de ambulante sector, waarbij de voor- en nazorg en ook de verslavingszorg in aanzien – hoewel de eerste zeker niet in omvang – achterbleven. In de jaren zestig en zeventig gingen de SPD'en zich op basis van preventieve doelstellingen ook richten op een clientèle wier psychische problematiek niet zo ernstig was dat opname noodzakelijk was. Uiteindelijk kreeg de sociale psychiatrie naast de andere vormen van ambulante hulpverlening een plaats in de Riagg, maar uit de voortdurend geuite kritiek dat deze nieuwe instelling onvoldoende aandacht schonk aan ernstig gestoorde patiënten bleek hoezeer de historisch gegroeide tweedeling binnen de geestelijke gezondheidszorg tussen de klinisch-psychiatrische en de ambulante sector nog doorwerkte. Ondertussen had deze tweedeling ook met zich meegebracht dat psychiatrische

ziekenhuizen hun eigen semi- en extramurale voorzieningen in de vorm van dag- en poliklinieken opzetten. Aan deze grotendeels gescheiden hulpverleningscircuits kwam in de jaren negentig een einde, toen mede onder druk van de overheid samenwerkingsverbanden en fusies tot stand kwamen tussen de intra-, semi- en extramurale instellingen.

Tot in de jaren zestig was de clientèle van de ambulante geestelijke gezondheidszorg verre van massaal en was de behoefte eraan waarschijnlijk beperkt. Het zal de meeste Nederlanders niet duidelijk zijn geweest voor wat soort moeilijkheden de diverse ambulante voorzieningen hulp boden en waaruit die bestond. Het MOB, het BLGM, het IMP en later tot op grote hoogte ook de Riagg situeerden zich op de hulpverleningsmarkt met een psychosociaal en psychotherapeutisch behandelaanbod. Dit werkte een selectief aannamebeleid in de hand. Er bestond een tendens om hulpvragers die niet aan het beoogde profiel van de hulpverleners beantwoordden, zoals lijders aan ernstige psychische stoornissen, als onbehandelbaar te beschouwen en buiten de deur te houden.

De dynamiek van therapeutisch optimisme en pessimisme

De ontwikkeling van de ambulante geestelijke gezondheidszorg vertoont een patroon dat de geschiedenis van de psychiatrie sinds het midden van de negentiende eeuw als geheel kenmerkt: de voortdurende afwisseling en ook het naast elkaar bestaan van therapeutisch optimisme, teleurstelling en pessimisme. Telkens weer werd vastgesteld dat bestaande voorzieningen niet voldeden om alle patiënten adequaat te behandelen en te genezen. Deze constatering leidde vrijwel nooit tot de conclusie dat de psychiatrie op zich zelf fundamenteel tekortschoot. Veeleer overheerste de verwachting dat een andere organisatie van de zorg en nieuwe voorzieningen wel zouden slagen waar de bestaande hadden gefaald. De teleurstelling over het therapeutisch vermogen van de psychiatrie en de kritiek die sinds de negentiende eeuw geregeld is uitgeoefend op haar zorginstellingen, hebben overwegend geleid tot een uitdijing van de geestelijke gezondheidszorg. Dit was niet zozeer een bedoelde en doelgerichte ontwikkeling, als wel een onbedoeld gevolg van het streven naar vergroting van de therapeutische effectiviteit en het onderscheid dat deze ambitie vaak teweegbracht tussen moeilijk en beter behandelbare patiënten of cliënten. Nieuwe vormen van zorg en behandeling, die doorgaans maar aan een beperkte groep ten goede kwamen, versterkten dit onderscheid vaak. Ze leidden er niet zelden toe dat de therapeutische inspanningen ten behoeve van mensen met lichtere stoornissen ten koste gingen van ernstiger en veelal chronisch geesteszieke patiënten en dat zij tegelijkertijd nieuwe doelgroepen aanboorden.

Het expanderende aanbod genereerde nieuwe vraag. Steeds weer zorgden nieuwe instellingen en benaderingen voor de ontginning en articulatie van

nieuwe probleemvelden en een uitbreiding van de clientèle van de psychiatrie en de geestelijke gezondheidszorg. De grens van wat hulpverleners noodzakelijk achtten om te behandelen, schoof voortdurend op, waardoor over het geheel genomen de zwaarte van de moeilijkheden waarop een groeiend aantal van hen zich richtte, afnam.[12]

Enkele voorbeelden kunnen dit patroon illustreren. In het midden van de negentiende eeuw kwamen er geneeskundige gestichten naast bewaarplaatsen voor onbehandelbare krankzinnigen. Gevaarlijk en hinderlijk gedrag voor de omgeving of gebrek aan draagkracht van de naasten van krankzinnigen om de nodige zorg te verlenen was vanouds – en bleef tot in de twintigste eeuw – de belangrijkste reden voor gestichtsopname. Tegelijkertijd ontstond de ambitie om van gestichten geneeskundige instellingen te maken, een streven dat aan het eind van de negentiende eeuw werd versterkt door de ontwikkeling van medische behandelingen in algemene ziekenhuizen. Ook al was de psychiatrische problematiek in feite onlosmakelijk verbonden met onmaatschappelijkheid, armoede, invaliditeit en chronische ziekte, in de nieuwe medische benadering klonk de hoop door dat krankzinnigheid, althans voor een deel van de lijders, een behandelbare aandoening was. In de loop van de tweede helft van de negentiende eeuw raakten de geneeskundige gestichten echter overbevolkt door grotendeels chronische patiënten. Deze temperden de hoopvolle verwachtingen omtrent de genezing van geestesziekte. Het therapeutisch optimisme verschoof rond 1900 van de gestichten naar andere voorzieningen voor grotendeels andere patiënten, zoals sanatoria en particuliere praktijken voor zenuwpatiënten; universitaire klinieken voor in het bijzonder acute en behandelbare geesteszieken en zenuwlijders; en sanatoria en consultatiebureaus voor alcoholisten die niet aan geestelijke stoornissen leden. Binnen de gestichten ontstond met de invoering van de vrijwillige opname een differentiatie tussen gesloten gestichtsafdelingen en open afdelingen, die onder andere plaats moesten bieden aan acute en behandelbare patiënten die louter om geneeskundige redenen waren opgenomen.

De degeneratietheorie bood zowel een wetenschappelijke legitimatie voor therapeutisch pessimisme ten aanzien van de gestichten, als een stimulans voor de ontwikkeling van een nieuw psychiatrisch werkgebied: het streven naar preventie van krankzinnigheid door middel van de behandeling van minder ernstige aandoeningen als psychosomatische kwalen en zenuwlijden alsook de bestrijding van vermeend schadelijk gedrag, zoals overmatig drankgebruik of seksuele uitspattingen. De ontwikkeling van de voor- en nazorg, de beweging voor geestelijke volksgezondheid en de MOB's, de BLGM's en het IMP in de jaren twintig, dertig en veertig was ingegeven door teleurstelling over het therapeutische vermogen van de gestichten en de veronderstelling dat het beter was krankzinnigheid

12 De Ridder 1984; Hamers 1987, 36–38; Van der Stel 1995, 454; Vijselaar 1997e; vergelijk Miller 1986; Osselaer-Schouterden 1994; Akkermans 2006.

te voorkomen door minder ernstige stoornissen te behandelen. Zo bevorderde de combinatie van therapeutisch pessimisme en optimisme de oprichting van nieuwe hulpverleningsinstellingen. Deze brachten op hun beurt een uitbreiding van de doelgroepen van de geestelijke gezondheidszorg met zich mee.

Een vergelijkbaar patroon is zichtbaar in de ontwikkelingen in de jaren zestig en zeventig. De kritiek op het gebrekkige therapeutische vermogen van de ziekenhuispsychiatrie en de hospitalisatie die deze teweeg zou brengen, vormde een stimulans voor de verdere uitbreiding van de psychosociale hulpverlening en in het bijzonder van de toepassing van socio- en psychotherapeutische behandelmethoden, zowel binnen als buiten de muren van het psychiatrisch ziekenhuis. Deze verbreding van het therapeutisch arsenaal kwam voornamelijk ten goede aan patiënten en cliënten met de minder ernstige psychische aandoeningen of levensmoeilijkheden en ging nogal eens ten koste van de inspanningen en de beschikbare middelen ten behoeve van ernstig geesteszieke en chronische patiënten. Ook de vernieuwingen in de jaren tachtig en negentig accentueerden het onderscheid tussen wel en niet te behandelen patiënten en tussen al dan niet maatschappelijk te rehabiliteren geesteszieken. De biomedische psychiatrie profileerde zich met een therapeutisch optimisme en distantieerde zich van de sociaal-psychiatrische zorg voor chronische geesteszieken. Nieuwe instellingen als de Multifunctionele Eenheden en Regionale GGZ-Centra richtten zich vooral op acute patiënten, terwijl op de oude locaties van psychiatrische ziekenhuizen chronische en ernstig gedragsgestoorde geesteszieken achterbleven. Dit was de groep waarover in 2001 het alarmerende rapport *Een keten van lege zondagen* verscheen. De beschermende woonvormen, de zorgvernieuwingsprojecten en het streven naar vermaatschappelijking brachten een schifting met zich mee tussen handelbare chronische patiënten die min of meer voldeden aan het rehabilitatie-ideaal, en de zorgwekkende zorgmijders en andere onhandelbare geesteszieken. Aan het eind van de eeuw groeide de bezorgdheid over een toenemend aantal van hen dat dreigde te verkommeren.

De dynamiek tussen behandelingspessimisme en -optimisme is ook herkenbaar in de twee dominante richtingen in de beweging voor geestelijke volksgezondheid.[13] De eerste bestond uit het psychohygiënische streven naar geestelijke volksgezondheid in de gehele samenleving. Het ging hierbij niet zozeer om de geestelijke gezondheidszorg als aparte organisatiestructuur, als wel om de maatschappelijk breed gedragen preventie van psychische aandoeningen. Dit streven was mede ingegeven door pessimisme omtrent de mogelijkheden om psychische stoornissen te genezen. De tweede richting daarentegen legde op basis van een groter therapeutisch optimisme de nadruk op het belang van concrete hulpverleningsinstanties voor de behandeling van psychosociale en levensmoeilijkheden van specifieke probleemgroepen. De beweging voor geestelijke volksgezondheid

13 De Goei 1997.

ontstond in de jaren twintig op basis van een breed psychohygiënisch streven en dit vond direct na de Tweede Wereldoorlog en begin jaren zeventig veel aanhang, maar concrete invulling heeft het slechts in bescheiden mate gekregen. De oprichting van het MOB vormde het begin van de ontwikkeling van de meer specifiek gerichte, door behandeloptimisme gedreven hulpverlening, die zich vooral tussen 1950 en 1990 gestaag uitbreidde met steeds meer nadruk op professionele kwaliteit en therapeutische effectiviteit.

Nogmaals aanbod en vraag

De sterke groei van de psychiatrie en geestelijke gezondheidszorg in de twintigste eeuw, in het bijzonder in de laatste drie decennia daarvan, zou de indruk kunnen wekken dat een steeds groter deel van de Nederlandse bevolking met geestelijke problemen en stoornissen te kampen kreeg. Er lijkt echter geen direct verband te bestaan tussen de frequentie waarmee deze voorkwamen en de mate waarin mensen van hulpverleningsinstellingen gebruikmaakten. De behoefte aan professionele zorg werd behalve door de omvang en ernst van het psychisch leed voor een belangrijk deel door andere factoren bepaald. Het zorgaanbod en de daarvoor beschikbaar gestelde financiële middelen alsook bepaalde sociale en culturele factoren hebben waarschijnlijk een grotere invloed gehad op de omvang van de zorgconsumptie dan de mate waarin geestesziekte en psychische moeilijkheden zich daadwerkelijk in de maatschappij voordeden.

We hebben gezien dat de opnamecapaciteit van de intramurale psychiatrie voor een groot deel werd bepaald door de economische conjunctuur en aan het eind van de twintigste eeuw ook door veranderende ideeën over de plaats van geesteszieken in de maatschappij en hun burgerrechten. De beschikbaarheid en nabijheid van gestichten, inrichtingen of ziekenhuizen of van alternatieve zorgvoorzieningen (verpleeginrichtingen, sanatoria voor zenuwlijders, vrijgevestigde zenuwartsen, (poli)klinieken, psychiatrische of zenuwafdelingen van algemene ziekenhuizen en voor- en nazorgvoorzieningen) en de mogelijkheden om de behandeling en verzorging daarin te bekostigen, zullen in hoge mate bepalend zijn geweest voor de beslissing om geesteszieken al dan niet, en in de ene dan wel de andere instelling te laten opnemen. Dat gemeenten daarbij een belangrijke stem hadden, staat wel vast. Zij moesten immers in de periode voor de invoering van de AWBZ (1968) het overgrote deel van de verpleegkosten voor arme patiënten voor hun rekening nemen.[14] Of, en zo ja, op welk moment en voor hoe lang zij in een zorginstelling terechtkwamen, hing verder af van hun sociale omgeving en levensomstandigheden, in het bijzonder het vermogen en de bereidheid van hun

14 Zie over de afwegingen op gemeentelijk niveau: De Graaf 2007 en over de financiering van de krankzinnigen- en de geestelijke gezondheidszorg: Bakker en Van der Velden 2004a en Bakker en Van der Velden, monografie in voorbereiding.

naasten om voor hen te zorgen en hen te tolereren. Op basis van onderzoek naar (geanonimiseerde) patiëntendossiers uit de eerste helft van de twintigste eeuw stelde J. Vijselaar onder meer vast dat de familie – ouders, echtgenoot of echtgenote of kind(eren) – van een geesteszieke of zwakzinnige een niet te onderschatten, dikwijls langdurige zorgtaak vervulde, totdat de nood zo hoog gestegen was dat aan opname in een gesticht of inrichting niet meer viel te ontkomen.[15] Bovendien komt uit zijn onderzoek naar voren dat, naarmate de eeuw vorderde, het zorgtraject dat geesteszieken doorliepen uitgebreider en gedifferentieerder werd. Bestond dit traject tot aan het interbellum voor het merendeel van hen uit de gang van thuis naar gesticht of – voor rustige, ongeneeslijke patiënten – naar een instelling van weldadigheid als een oude mannen- en vrouwenhuis, daarna zien we steeds vaker dat voorafgaande aan opname in een gesticht of inrichting een vrijgevestigde zenuwarts werd geconsulteerd, dan wel een voor- en nazorginstelling werd ingeschakeld en eventueel een kortdurende opname in een psychiatrische universiteitskliniek of een psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis plaatsvond. Later kwamen daar nog andere voorzieningen bij, zoals poliklinieken van psychiatrische inrichtingen (vanaf de jaren vijftig), het psychiatrisch dagziekenhuis (vanaf begin jaren zestig), sluisinternaten ter voorbereiding op het ontslag uit de inrichting (eveneens vanaf begin jaren zestig) en, voor chronische patiënten, de zogenoemde beschermende woonvormen (vanaf de jaren tachtig).

Nog sterker dan voor de intramurale psychiatrie, en tot op zekere hoogte ook voor de sociaal-psychiatrische zorg voor geesteszieken, gold voor de ambulante psychosociale hulpverlening dat het aanbod in belangrijke mate de vraag schiep. In de intramurale psychiatrie en de voor- en nazorg ging het vooral om mensen voor wie de vanzelfsprekende en basale verwachtingspatronen in het sociale verkeer hun geldigheid (tijdelijk of blijvend) hadden verloren en die volkomen onbegrijpelijk, hinderlijk, lastig, gevaarlijk of schrikwekkend voor anderen waren. Zij vormden een kerngroep van lijders aan psychosen en ernstige persoonlijkheidsstoornissen, waarvan de relatieve omvang in de geschiedenis waarschijnlijk vrij stabiel bleef en waarvan sommigen, al naar gelang de overlast die ze veroorzaakten, ook al in het verleden in bepaalde instellingen werden ondergebracht. Een groot deel van de ambulante sector daarentegen richtte zich voornamelijk op lichtere psychische aandoeningen alsmede op belevings- en omgangsmoeilijkheden waarvan mensen zich min of meer bewust waren, waarbij de gebruikelijke sociale communicatie en interactie grotendeels in stand bleven en waarvan het ongerief voor de omgeving beperkt bleef en voornamelijk de betrokkenen zelf trof. Ook dergelijke moeilijkheden zijn wellicht van alle tijden, maar de wijze waarop mensen deze beleefden en er al dan niet oplossingen voor zochten, was in nog veel sterkere mate aan verandering onderhevig dan de reacties op en de omgang met geestesziekte.

15 Vijselaar 2005; Vijselaar 2007b; Vijselaar, monografie in voorbereiding.

De interpretatie en articulatie van minder ontwrichtende geestelijke of relationele moeilijkheden als behandelbare problemen voor de professionele geestelijke gezondheidszorg waren het resultaat van ontwikkelingen in de twintigste eeuw. De specifieke benoeming ervan als geestelijke gezondheidsproblemen werd sterk bepaald door het bestaan, de bereikbaarheid van en de publieke bekendheid met gespecialiseerde psychosociale hulpverleners en voorzieningen, alsmede door de behandelmogelijkheden en het begrippenkader dat deskundigen hanteerden. De verspreiding van professionele hulpverlening zorgde ervoor dat allerlei min of meer stilzwijgend beleefde moeilijkheden benoembaar, bespreekbaar en zichtbaar werden. Het ambulante voorzieningenaanbod was in die zin bepalend voor het probleembesef en de gevoelde behoefte aan deskundige hulpverlening. Naarmate er voor meer vormen van ongerief gespecialiseerde behandelingsmogelijkheden kwamen, mensen daarover geïnformeerd en ermee vertrouwd raakten en zij hun moeilijkheden vooral in psychologische en relationele termen konden verwoorden, verloor de veronderstelling dat dergelijk leed nu eenmaal bij het leven hoorde haar vanzelfsprekendheid. Ook verdween de schaamte om ermee naar buiten te treden en deskundige hulp te zoeken. De socioloog A. de Swaan heeft deze ontwikkeling aangeduid als protoprofessionalisering.[16] Een dergelijke ontwikkeling is overigens niet uniek voor de geestelijke gezondheidszorg, maar heeft zich ook in de algemene gezondheidszorg voorgedaan. De groei van de cosmetische chirurgie is hiervan een duidelijk voorbeeld.

Toch is de toegenomen ontvankelijkheid van mensen voor gespecialiseerde psychiatrische en psychosociale voorzieningen – net als allerlei andere vormen van deskundige hulp en dienstverlening – niet uitsluitend te wijten aan de toegenomen verbreiding en toegankelijkheid daarvan. De gegroeide neiging om moeilijkheden op te vatten als door deskundigen te behandelen problemen is ook een gevolg van daadwerkelijk veranderde attitudes van en verhoudingen tussen mensen. Zowel de beschikbaarheid van behandelingsmogelijkheden als specifieke maatschappelijke omstandigheden bepaalden wat als probleem gold, welke klachten werden gesignaleerd en besproken, en wie ze ter behandeling kreeg voorgelegd. Onafhankelijk van de geestelijke gezondheidszorg kan worden verwezen naar sociale en culturele ontwikkelingen die het veranderde hulpzoekgedrag in de hand werkten en ruimte schiepen voor de aanvaarding van de specifieke aanpak van de geestelijke gezondheidszorg. Naarmate de sociale verbanden waarin mensen waren opgenomen hun geslotenheid, hechtheid, overzichtelijkheid en stabiliteit verloren, en zij in hun directe leefomgeving minder mogelijkheden hadden om soelaas te vinden voor persoonlijke moeilijkheden, werd de kans groter dat zij een beroep op meer anonieme, deskundige hulp gingen doen.

16 Van Dantzig en De Swaan 1978; Brinkgreve, Onland en De Swaan 1979, 22, 23; De Swaan, Van Gelderen en Kense 1979, 20; Schnabel en Onland 1979; Hamers 1987, 51, 91; De Swaan 1989, 231–232; Schnabel 1998d, 8; Wennink et al. 2001, 918.

Bovendien leidden de vergroting van de materiële welvaart, de verbetering van de lichamelijke gezondheid en de verlenging van de gemiddelde levensverwachting ertoe dat mensen zich sterker gingen richten op de immateriële kwaliteit van hun leven en hun geestelijk welbevinden. De verbetering van de levensomstandigheden, de grotere bestaanszekerheid en de langere levensduur waren bevorderlijk voor een vooruitziende en planmatige levenshouding en een geloof in zelfbepaling en -ontplooiing. De toenemende gerichtheid op geluk en succes in het hier en nu heeft mensen tegelijkertijd veel gevoeliger gemaakt voor mislukkingen en teleurstellingen. Het werd minder vanzelfsprekend dan vroeger om allerlei vormen van ongeluk te accepteren als onvermijdelijk onderdeel van het leven. Levensproblemen die mensen eerder ervoeren als domweg pech, Gods wil of speling van het noodlot, als zonde, schuld of morele zwakte, werden nu in termen van het individuele functioneren, persoonlijke capaciteiten, gevoelsmatige beleving en betrekkingen met anderen begrepen – factoren die door gericht ingrijpen zouden zijn te beïnvloeden.[17] De verruiming van de mogelijkheden om het leven zelf vorm te geven bracht met zich mee dat subjectief beleefde vrijheidsbeperkingen meer en meer als probleem werden ervaren. Met de vergroting van de individuele autonomie kwam de nadruk op persoonlijke tekortkomingen, het eigen onvermogen en falen te liggen als verwachtingen niet uitkwamen. Het persoonlijke onbehagen werd zo vaker ervaren als een innerlijk probleem, waarvoor deskundige psychologische hulpverlening het meest voor de hand lag.

In het groeiende beroep op de geestelijke gezondheidszorg komt tot uitdrukking dat mensen in toenemende mate persoonlijke moeilijkheden als behandelbaar en oplosbaar beschouwden. Met de emancipatie en toegenomen mondigheid stegen ook de verwachtingen omtrent de effecten van professionele hulp. In dit opzicht is de oplopende zorgconsumptie eerder te beschouwen als een teken van een verhoogde kwaliteit van het leven dan van een verslechterende psychische gezondheid van de Nederlandse bevolking. Net als voor de somatische gezondheidszorg geldt voor de geestelijke gezondheidszorg de zorgparadox: de steeds toenemende behoefte aan zorg wijst niet op een toenemend aantal zieken, maar op een verhoging van het gemiddelde gezondheidsniveau en een streven om dat te handhaven en zelfs te verbeteren.[18] Een dergelijke vaststelling spoort met enquêteonderzoeken waaruit naar voren komt dat de meeste Nederlanders tevreden zijn met hun leven en dat Nederland behoort tot de landen die hoog scoren met betrekking tot de mate van welzijn en geluk die de bewoners ervaren.[19] De toenemende behoefte aan psychiatrische en psychosociale hulpverlening is een van de symptomen van een sterk gegroeid geloof in de maakbaarheid van het individuele leven. De keerzijde daarvan is dat onvolkomenheden en afwijkingen

17 Romme 1978b, 46; De Swaan, Van Gelderen en Kense 1979, 26-27; Van Poppel en Van Solinge 2001, 67.

18 Schnabel 1991a, 500.

19 Veenhoven 1994; Inglehart 1997, 62; Oosterbaan 2005, 21; vergelijk Hamers 1987, 10; Van der Stel 2001a, 217.

van wat als normaal of wenselijk geldt moeilijker worden geaccepteerd en dat aan mensen minder ruimte wordt gelaten om 'onverstandige' keuzen te maken en zich passief door het toeval te laten leiden. De moderne maatschappij stelt hoge eisen aan individuen en dwingt hen voortdurend bewuste keuzen te maken omtrent de optimale vormgeving van hun leven. Deskundige kennis en adviezen dienen mede om hiervoor een leidraad te bieden.[20]

In dit boek hebben wij gewezen op psychologisering als een zich in de Nederlandse samenleving voordoende mentaliteitsverandering, die zich in de tweede helft van de twintigste eeuw voltrok in samenhang met de democratisering van de maatschappelijke verhoudingen, veranderende omgangsvormen en gezagsverhoudingen, en de toenemende subjectieve invulling van de persoonlijke identiteit. Tezamen met de psychologische dienstverlening op het gebied van beroepskeuze, opvoeding, onderwijs en selectie van personeel heeft de geestelijke gezondheidszorg ongetwijfeld een belangrijk aandeel gehad in de articulatie van de psychische dimensie in het persoonlijk leven. De verspreiding van de psychologiserende beschouwingswijze onder de Nederlandse bevolking vond echter ook plaats als gevolg van maatschappelijke ontwikkelingen die zich onafhankelijk van de uitbreiding van de psychologische hulp- en dienstverlening voordeden. Een uitgesproken psychologische benadering, in de vorm van de toepassing van psychoanalytische inzichten, bleef in de eerste helft van de twintigste eeuw voornamelijk beperkt tot de MOB's en de psychotherapeutische behandelingen in particuliere praktijken en psychotherapeutische instituten. Het aantal mensen dat ermee in aanraking kwam, was niet groot en er zijn aanwijzingen dat de kloof tussen de eigen probleemdefinities van de MOB- en IMP-cliënten en de beschouwingswijze van de therapeuten vrij groot was.

Vanaf de jaren vijftig maakte de psychologiserende optiek opgang in de consultatiebureaus voor huwelijks- en gezinsmoeilijkheden, maar ook hierin bestond aanvankelijk een behoorlijke afstand tussen de alledaagse beleving van de meeste cliënten en de zienswijze van de hulpverleners. Uiteenlopende levensmoeilijkheden moesten eerst al pratende op een zodanige manier worden vertaald dat zij voor de deskundigen hanteerbaar werden en aansloten op hun professionele perspectief.[21] Dit was de kern van zowel het *social casework* dat de psychiatrisch-sociaal werksters hanteerden, als van de diverse psychotherapeutische behandelwijzen. Binnen hulpverleningspraktijken bestond psychologisering in eerste instantie uit een herdefiniëring van de hulpvraag, waardoor het accent verschoof van een beoordeling in termen van vaste morele en maatschappelijke normen, schuldvragen en de voorgeschreven maatschappelijke rol van individuen, naar inzicht in hun levensloop, motieven, attitude en gevoelens.

Pas vanaf de jaren zestig, toen economische, sociale en politieke ontwikkelingen de definitieve doorbraak van individualisering mogelijk maakten, raakte een

20 Hamers 1987, 52, 169; Giddens 1991; Van der Stel 1995, 454.

21 Zie Davis 1984; De Boer en Hak 1986; De Boer 1994.

steeds groter deel van de bevolking, al dan niet als gevolg van direct contact met de psychosociale hulpverlening, zoals de psychotherapie, vertrouwd met de psychologiserende zelfbeschouwing en incorporeerden meer en meer mensen deze in hun alledaagse beleving.

Verzuiling en overheidsinvloed

Terwijl de oprichters van de NVP blijk gaven van een sterk vertrouwen in de wetenschap en neigden tot een liberaal-seculiere wereldbeschouwing, ontwikkelden de psychiatrie en de geestelijke gezondheidszorg zich in Nederland niet tegenover en onafhankelijk van godsdienst. Integendeel, evenals andere moderne voorzieningen op het gebied van gezondheidszorg en sociale hulpverlening was een groot deel van de intramurale psychiatrie en ambulante geestelijke gezondheidszorg tot omstreeks 1970 op verzuilde basis georganiseerd en speelden christelijke drijfveren een belangrijke rol.

De verzuiling drukte vanaf het eind van de negentiende eeuw een stempel op de Nederlandse krankzinnigenzorg. Omgekeerd kreeg de verzuiling mede gestalte dóór de krankzinnigenzorg. Bij de bouw van krankzinnigengestichten namen de gereformeerden het voortouw, spoedig daarop gevolgd door de katholieken, terwijl het joodse en het Nederlands-Hervormde aandeel relatief bescheiden bleef. Een in het oog springend aspect van de Nederlandse krankzinnigenzorg was voorts de grote aandacht van gestichtsartsen voor de inhoudelijke invulling van de psychiatrische verpleging. Dit hing voor een belangrijk deel samen met de verzuiling, die een belangrijke stimulans vormde tot bezinning op de invulling van dit beroep. De levensbeschouwelijke profilering kreeg vooral gestalte in de opleidingen, leerboeken en tijdschriften voor het verplegend personeel. Naast de algemene opleiding van de NVP(N) (1890) ontstond al gauw een gereformeerde opleiding (1896). Een katholieke opleiding ging halverwege de jaren twintig van start. Overigens valt op dat de leerboeken van de verschillende opleidingen onderling aanzienlijk meer overeenkomsten dan verschillen vertoonden. In de praktijk onderscheidden de gereformeerde gestichten zich met hun relatief kleinschalige paviljoens door een model van verplegen waarin een gezin werd nagebootst met een 'vader' en een 'moeder' aan het hoofd en patiënten als 'kinderen'.

In de katholieke gestichten was de gang van zaken geheel anders. Vooral de seksescheiding was hier strikt doorgevoerd. Katholieke mannelijke en vrouwelijke patiënten werden tot in de jaren zeventig louter door mensen van hun eigen sekse verpleegd, en zodoende waren ook de leidinggevenden in de gestichten van het eigen geslacht. Terwijl de katholieken wel uitdroegen dat 'de vrouw' de ideale verpleegster was, was dit in hun eigen gestichten dus niet de realiteit. Sterker nog, het waren zowel voor als na de Tweede Wereldoorlog vooral religieuze broeders, met name de Broeders van Liefde en de broeders van Onze Lieve Vrouwe van Lourdes, die een voorhoederol speelden bij de formulering van wat verplegen in

de psychiatrie zou moeten of kunnen zijn.[22] In de jaren vijftig en zestig groeiden de neutrale, gereformeerde en katholieke examencommissies van verpleegopleidingen in de krankzinnigenzorg naar elkaar toe. Zij kregen er toen belang bij om gezamenlijk vanuit de geestelijke gezondheidszorg te reageren op inspanningen van de overheid en de algemene gezondheidszorg om te komen tot nieuwe, generieke, verpleegopleidingen. Vanaf 1968 ging de Inspectie een actiever toezicht uitoefenen op de B-opleiding en in 1975 nam zij de controle op deze opleiding definitief over van de particuliere examencommissies. Toen de Inspectie eenmaal verpleegkundigen had benoemd in de examencommissies waren de psychiaters hun exclusieve zeggenschap over de B-opleiding kwijt.[23] Op haar beurt verloor de Inspectie in de jaren negentig, toen de psychiatrische verpleegkunde opging in een generieke verpleegkunde, haar directe invloed op de inrichting van het verpleegkundig onderwijs aan het hoger en middelbaar beroepsonderwijs.

Ook de ambulante geestelijke gezondheidszorg was grotendeels op verzuilde basis georganiseerd. Veel ambulante voorzieningen kwamen op katholieke en, in wat mindere mate, op hervormde en gereformeerde grondslag tot stand. De met de verzuiling samenhangende sterke doorwerking van morele principes in het dagelijks leven kon op individueel niveau tot innerlijke strijd leiden en daarvoor werd binnen de zuil naast traditionele zielzorg in toenemende mate ook moderne professionele hulp geboden. Met name de consultatiebureaus voor huwelijks- en gezinsproblemen ontsproten aan confessionele initiatieven en de hulp die zij boden bewoog zich aanvankelijk deels op het vlak van de zielzorg. Het ging hier vooral om problemen die grotendeels door de strikte christelijke huwelijks- en gezinsmoraal in de hand werden gewerkt. Deze intensiveerde de aandacht voor en een schuldbewuste beleving van seksualiteit. In dit licht valt te begrijpen waarom deskundigen binnen de confessionele zuilen veel belangstelling voor moeilijkheden op dit terrein aan de dag legden. Weliswaar gingen professionele hulpverleners in de confessionele instellingen steeds meer de toon aangeven, maar zij moesten (en wilden) rekening houden met de geloofswaarden en de kerkelijke moraal. De verbreiding van psychiatrische en psychologische gezichtspunten in de confessionele geestelijke gezondheidszorg leidde niet direct tot een terugdringing van het geloof. Zij stond in de jaren dertig en veertig in dienst van de handhaving van de godsdienst. Vanaf 1950 stelden zowel vooraanstaande psychiaters en psychologen als enkele hervormingsgezinde geestelijken de onderschikking van psychisch welzijn aan kerkelijke normen en waarden ter discussie, maar dat betekende niet dat het geloof als zodanig in het geding was. Op basis van psychohygiënische inzichten trachtten zij de kloof tussen de traditionele leer en het moderne leven te overbruggen met de bedoeling om het christelijk geloof te behouden en te revitaliseren. Klakkeloze gehoorzaamheid en volgzaamheid ten

22 Klijn 2007b. Aan de Stegge, proefschrift in voorbereiding, hoofdstuk IV.

23 Aan de Stegge, proefschrift in voorbereiding, hoofdstuk V.

opzichte van de kerk zouden plaats moeten maken voor innerlijke overtuiging, autonome gewetensontwikkeling en individuele verantwoordelijkheid. Deze invalshoek maakte het mogelijk de rigide kerkelijke moraal te relativeren, in het bijzonder op het gebied van huwelijk, gezin, opvoeding en seksualiteit.

De verzuiling van de ambulante geestelijke gezondheidszorg heeft ertoe bijgedragen dat de psychologische benadering van levensproblemen in de confessionele wereld vrij snel ingang vond en aan invloed won. Juist de verzuiling vergrootte de kans dat gelovige mensen in aanraking kwamen met een psychologiserende benadering van normatieve kwesties. Aangezien de confessionele, vooral katholieke, bevolkingsgroepen over eigen instellingen voor geestelijke gezondheidszorg beschikten, was de drempel voor het inwinnen van deskundige hulp of het doorverwijzen van mensen door geestelijken minder hoog en raakte het gedachtegoed ervan wijder verspreid dan wanneer er alleen neutrale voorzieningen zouden hebben bestaan. De confessionele geestelijke gezondheidszorg heeft, op het hoogtepunt van de institutionele verzuiling en voordat er sprake was van massale ontkerkelijking, de aanzet gegeven tot een individualisering op moreel gebied, die mede de basis vormde voor de verdergaande liberalisering vanaf de tweede helft van de jaren zestig.

Katholieke intellectuelen maakten de psychohygiëne tot inzet van hun emancipatiestreven, waarbij de zogenoemde omgekeerde zuilwerking in hun voordeel werkte.[24] Zij maakten deel uit van een hecht organisatorisch netwerk, waarin intensieve communicatie plaatsvond en dat hen in staat stelde geestelijken voor hun nieuwe ideeën te winnen en deze snel te verspreiden. Op het hoogtepunt van de institutionele verzuiling wisten zij een mentaliteitsverandering op gang te brengen, waarmee zij mede de basis legden voor de culturele omwenteling in de jaren zestig en zeventig. De paradox van de omgekeerde zuilwerking was dat binnen het organisatiewezen dat bedoeld was om de katholieke eigenheid te bewaren, in vrij korte tijd ideeën opgang maakten die nauwelijks meer waren te onderscheiden van opvattingen die vanaf de jaren zestig in de rest van Nederland gemeengoed waren of werden. Mede onder invloed van de geestelijke gezondheidszorg schoof de christelijke moraal op in de richting van een algemeen humanistisch waardepatroon en een ethiek van sociale rechtvaardigheid. Onbedoeld hebben confessionele werkers in de geestelijke gezondheidszorg zo bijgedragen aan de secularisering en ontzuiling. Mede onder invloed van hun maatschappijkritische oriëntatie – in feite een nieuwe vorm van ideologische bevlogenheid – distantieerden de meeste hulpverleners zich vanaf omstreeks 1970 expliciet van de kerk. Over het algemeen gold godsdienst, evenals andere in hun ogen onderdrukkende maatschappelijke instituties, toen als een belemmering voor de individuele zelfontplooiing en het psychisch welbevinden. Tegelijkertijd werkten bepaalde uit

24 Simons en Winkeler 1987.

de confessionele wereld afkomstige culturele tradities door, zoals de tendens om maatschappelijke en persoonlijke vraagstukken als morele gewetenskwesties bespreekbaar te maken, hetgeen zelfreflectie en verinnerlijking bevorderde.[25]

De confessionele profilering op het gebied van de intramurale psychiatrie en ambulante geestelijke gezondheidszorg en de grote variatie aan voorzieningen werden mede mogelijk gemaakt door de terughoudende rol van de Nederlandse overheid op geneeskundig terrein. Weliswaar was er op het gebied van de krankzinnigenzorg al vanaf het midden van de negentiende eeuw sprake van wet- en regelgeving en toezicht door de centrale overheid en financiering van de gestichtsverpleging door gemeenten en provincies, maar de exploitatie van voorzieningen en de uitvoering van de zorg liet de rijksoverheid voornamelijk over aan lagere overheden en het particuliere initiatief. De uit 1865 stammende en op liberale leest geschoeide wetgeving omtrent de uitoefening van de geneeskunst hield de taak van de overheid voornamelijk beperkt tot toezicht en controle. De uitvoering van de algemene gezondheidszorg berustte voor een belangrijk deel bij particuliere en gemeentelijke of semipublieke instanties. Duidelijker dan de eerste Krankzinnigenwet (1841) verplichtte de tweede (1884) de provincies te voorzien in voldoende plaatsruimte in krankzinnigengestichten voor hun geesteszieke inwoners. Alleen de provincie Noord-Holland bouwde eigen gestichten – te beginnen met Meerenberg (1849). De overige provincies volstonden met het 'inkopen' van plaatsruimte in bestaande of nieuwe gestichten. Het merendeel van de vóór 1884 gebouwde gestichten bestond uit stadsgestichten met een semipublieke status. Ook na 1884 kwamen tal van gemeentelijke of semipublieke initiatieven op gemeentelijk niveau van de grond. Daarnaast nam, zoals vermeld, de bouw van confessioneel-particuliere gestichten hand over hand toe. Ook kwamen met ingang van 1884 enkele rijksgestichten tot stand.

De meeste ambulante voorzieningen kwamen voort uit het particuliere initiatief. Alleen in enkele grote steden organiseerde de lokale overheid sociaal-psychiatrische zorg, terwijl provinciale besturen coördinerende en ondersteunende activiteiten op dit terrein ontplooiden. De pogingen vanuit de NFGV vlak na de Tweede Wereldoorlog om tot een meer centrale regulering en een grotere invloed van de rijksoverheid te komen, liepen stuk op het verzet van de confessionelen en confessionele psychiaters. Hoewel de rijksoverheid in de loop van de jaren vijftig en zestig de subsidieverstrekking en de collectieve financiering verruimde, bleef zij behoudens inspectie en regelgeving op afstand van de organisatie en uitvoering van de intramurale psychiatrie en ambulante hulpverlening.

25 De Haan en Kennedy (2005, 435) suggereren dat de wisselwerking tussen godsdienst en geestelijke gezondheidszorg een typisch Nederlands verschijnsel is. Ook wijzen zij erop dat psychologisering een hoge vlucht nam in overwegend protestantse landen waar tot de jaren zestig sprake was van een hoge kerksheid: behalve Nederland ook Australië, Canada en de Verenigde Staten. Zoals aangegeven deed deze tendens zich in ons land juist ook sterk onder het in omvang aanzienlijke katholieke bevolkingsdeel voor.

Toen de collectieve financiering in de verzorgingsstaat vanaf het midden van de jaren zestig een sterke groei en schaalvergroting mogelijk maakte, ontstond er steeds meer spanning tussen enerzijds het primaat van de particuliere zelfwerkzaamheid en het maatschappelijk middenveld en anderzijds het streven naar een gecentraliseerde coördinatie en een grotere invloed van de overheid. Naarmate de geestelijke gezondheidszorg steeds meer met overheidssubsidies en vanuit collectieve volksverzekeringen gefinancierd werd, kwamen de noodzaak en wenselijkheid van het grote aantal particuliere, min of meer autonome instellingen ter discussie te staan en ging de overheid steeds meer eisen stellen aan de organisatie en uitvoering van de zorg. Vanaf het eind van de jaren zestig kreeg de rijksoverheid op basis van de collectieve AWBZ-financiering meer controle- en sturingsmogelijkheden in handen, die zij aanwendde om zowel de kosten te beheersen als de organisatie en de uitvoering van de zorg te verbeteren. De overheid streefde naar vergroting van de toegankelijkheid van zowel de psychiatrische ziekenhuizen als de ambulante geestelijke gezondheidszorg door middel van een evenwichtiger spreiding van de voorzieningen over het land (regionalisering) en een betere onderlinge afstemming van de verschillende vormen van zorg (echelonnering). Deze koers resulteerde in de jaren zeventig en tachtig in de renovatie, nieuwbouw en schaalverkleining van psychiatrische ziekenhuizen, de aanzet tot de ontzuiling en later de geleidelijke uniformering van de verpleegkundige opleiding, en een ingrijpende reorganisatie van de ambulante sector, die resulteerde in de Riagg. Ook in de jaren negentig bleef het overheidsbeleid in hoge mate bepalend voor de organisatie van de zorg. De door de regering ingezette extramuralisering en vermaatschappelijking van de zorg brachten een toenemende functionele integratie van diverse zorg- en behandelvoorzieningen en uiteindelijk tal van fusies tussen verschillende intra-, semi- en extramurale instellingen met zich mee. Voorstellen om de (geestelijke) gezondheidszorg te dereguleren en te privatiseren en om meer ruimte te geven aan marktwerking deden niets af aan de toegenomen overheidsinvloed.

Dit alles betekende niet dat de geestelijke gezondheidszorg van bovenaf door de rijksoverheid en op basis van blauwdrukken werd vernieuwd. De richting, concrete uitvoering en effectiviteit van het overheidsbeleid, dat niet altijd even coherent was, waren in hoge mate afhankelijk van de medewerking van het veld, dat, voor zover het om artsen en andere academisch geschoolde beroepsgroepen ging, was vertegenwoordigd in publiekrechtelijke organen, adviesinstanties en koepelorganisaties en daarin zijn invloed en hinderkracht kon doen gelden. Ondanks de toenemende overheidsbemoeienis en de teloorgang van de verzuiling, lag de uitvoering van de zorg in nog sterkere mate dan voorheen in handen van particuliere instellingen. Zo werden gemeentelijke en provinciale psychiatrische ziekenhuizen en sociaal-psychiatrische diensten geprivatiseerd. De typisch Nederlandse mengeling van particuliere organisatie en uitvoering en publieke financiering en controle bleef bestaan. Hetzelfde gold voor het corporatieve over-

legmodel: beleid kwam in samenspraak met het maatschappelijk middenveld en grotendeels op basis van compromis- en consensusvorming tot stand. Het geloof in maakbaarheid uitte zich niet in het opleggen van blauwdrukken, maar het voortdurend schipperen, bijsturen, ombuigen, aanpassen en reorganiseren. Vernieuwingen waren meestal het resultaat van een wisselwerking tussen enerzijds discussies, plannen en beleidsmaatregelen op centraal niveau en anderzijds concrete initiatieven van onderop. Van radicale veranderingen en breuken met het bestaande was nooit sprake. De ontwikkeling van de geestelijke gezondheidszorg kenmerkte zich door geleidelijkheid en, vergeleken met die in andere landen, door een grote mate van continuïteit. Vernieuwingen werden stap voor stap gerealiseerd door voort te bouwen op de voorzieningen en praktijken die al voorhanden waren en daar voortdurend nieuwe elementen aan toe te voegen. Weliswaar kwam dit de overzichtelijkheid van het zorgaanbod niet altijd ten goede, maar daar stond een grote mate van stabiliteit tegenover. Een en ander was te danken aan het machtsevenwicht tussen de overheid en het veld. Hiermee onderscheidde Nederland zich van de buurlanden Duitsland en Groot-Brittannië. In Duitsland bezat het veld een overwicht, waardoor vooral de koepelorganisaties van artsen en verzekeraars elke verandering in de gezondheidszorg konden blokkeren, terwijl de centraal aangestuurde, onder de *National Health Service* vallende Britse gezondheidszorg geconfronteerd werd met een lawine aan hervormingen, die het veld nauwelijks kon verwerken.[26]

De psychohygiënische beweging en de ambulante geestelijke gezondheidszorg hebben zich in de vorige eeuw met succes in Nederland weten te vestigen. De begrippen geestelijke volksgezondheid en geestelijke gezondheidszorg, die een scala aan problemen in en tussen mensen onder één noemer brachten, vervulden juist door hun vaagheid een belangrijke functie door aan te knopen bij bestaande maatschappelijke activiteiten en sectoren, deze met elkaar te verbinden en uiteenlopende groeperingen aan te spreken. Ook speelden de begrippen een strategische rol in het streven naar erkenning, financiële steun en toegang tot cliënten. Geestelijke (on)gezondheid kon betrekking hebben op individu en maatschappij, waardoor een verband werd gelegd tussen de persoonlijke en de publieke sfeer. Voorzieningen op dit terrein pasten goed in het verzuilde maatschappelijke middenveld, het netwerk van particuliere organisaties en voorzieningen die op enige afstand van de overheid publieke taken uitvoerden. Volksgezondheid riep associaties op met geneeskunde en hygiënisme, en het begrip geestelijk verwees naar zowel psychische verschijnselen als religieuze, morele en culturele waarden. Hierdoor kon de beweging voor geestelijke volksgezondheid aanknopen bij het burgerlijk beschavingsoffensief, dat in de vorm van een zedelijk-pedagogisch ethos door zowel de confessionelen als de sociaal-democraten werd overgenomen. Het ideaal van geestelijke volksgezondheid beantwoordde aan een zekere

26 Van der Grinten 2006, 17-18.

heilsbehoefte, niet alleen onder christenen, maar in de jaren zestig en zeventig ook onder maatschappelijk geëngageerde groepen die geloofden in een maakbare welzijnssamenleving. Discussies over geestelijke volksgezondheid vormden een kader waarbinnen medische, psychiatrische en psychologische diagnoses zich lieten verbinden met morele, levensbeschouwelijke en politieke waarden. Psychohygiënisten droegen voortdurend ideologische boodschappen uit met betrekking tot de positie van de mens in de moderne maatschappij.[27] Steeds klonken normen en idealen omtrent goed burgerschap door in de definities van geestelijke gezondheid.

Burgerschap

De psychiatrie kwam in de afgelopen twee eeuwen tot ontplooiing in het spanningsveld tussen humanisering en disciplinering en tussen sociale integratie en uitsluiting. Tot in de twintigste eeuw vervulde de gestichtspsychiatrie twee functies: een medisch-humanitaire (verzorging, bescherming en behandeling), waarbij het belang van de individuele patiënt (en diens naasten) voorop stond, en een sociaal-politieke (segregatie), waarbij het erom ging de naaste omgeving en de samenleving te vrijwaren van overlast en/of gevaar. De liberale rechtsstaat, die de individuele burgers tegen willekeurige vrijheidsberoving beschermde, stelde grenzen aan de mogelijkheid om mensen onder dwang in een gesticht op te nemen. Al voor de invoering van fundamentele democratische vrijheidsrechten in de grondwet van 1848 kwam er een Krankzinnigenwet tot stand, waardoor de gestichtsopname van krankzinnigen aan rechtsregels en een medische beoordeling werd onderworpen. Deze waren bedoeld om met inachtneming van de rechtsstaat effectieve opnameprocedures ten behoeve van een spoedige geneeskundige behandeling alsook de beveiliging van de openbare orde mogelijk te maken. De strekking van deze wetgeving was dat krankzinnigen in gestichten en soms ook daarbuiten op grond van hun geestelijke onvermogen onder een bijzondere jurisdictie en (staats)toezicht kwamen te vallen, en dat zij hun burgerlijke rechten voor langere of kortere tijd verloren. Daarmee gold geestesziekte in feite als het tegendeel van burgerschap zoals dat op basis van de idealen van vrijheid en gelijkheid vanaf de Amerikaanse en Franse Revoluties invulling had gekregen.

De liberale contractmaatschappij veronderstelde het bestaan van autonome en rationele individuen die in staat en bereid waren hun economische en politieke rechten en belangen weloverwogen te behartigen en die van anderen te respecteren. In het verlichte en liberale mensbeeld betekende waanzin niet alleen een aantasting van het redelijke wezen van de mens, maar ook van diens maatschappelijke en politieke status als burger. Het liberalisme koppelde burgerschap behalve aan bezit aan redelijkheid, onafhankelijkheid, zelfbeschikking en

27 Abma 1997, 16, De Groot 1995a, 81; De Goei 2001.

verantwoordelijkheidsbesef – bij uitstek de kwaliteiten die geesteszieken moesten ontberen. Krankzinnigen konden in deze gedachtegang niet als volwaardige burgers in de maatschappij functioneren. Zij mochten volgens de liberale rechtsbeginselen echter evenmin louter bij wijze van orde- of strafmaatregel onder dwang uit de samenleving worden verwijderd en opgesloten. Met een medisch-humanitaire argumentatie bood de krankzinnigenwetgeving een oplossing voor dit dilemma: de internering van geestelijk gestoorden was in de rechtsstaat te legitimeren als zij voor hun eigen bestwil ter genezing in een gesticht werden verzorgd en behandeld. De medische diagnose werd een onmisbaar element in de juridisch gereglementeerde gestichtsopname en de daarmee gepaard gaande opschorting van het burgerschap.

De relatie tussen de inrichtingspsychiatrie en burgerschap was in de negentiende en tot ver in de twintigste eeuw overwegend 'negatief' of 'exclusief' in die zin dat opname – uitgezonderd de vrijwillige opname zonder rechterlijke machtiging die vanaf 1916 in toenemende mate mogelijk werd – gepaard ging met een juridische procedure (rechterlijke machtiging) of bestuurlijke maatregel (inbewaringstelling), waardoor de patiënt zijn of haar burgerrechten voor de duur van de opname of soms zelfs langer verloor. In de loop van de vorige eeuw ontstond echter ook een meer 'positieve' of 'inclusieve' verbinding tussen psychiatrie en democratisch burgerschap.

Ten eerste kwam er in de jaren zeventig onder invloed van de kritische psychiatrie en de patiëntenbeweging aandacht voor en erkenning van de rechten van de psychiatrische patiënt en werd deze meer en meer als mondig burger gezien. De vernieuwing van de krankzinnigenwetgeving, waardoor het bestwilcriterium aan betekenis verloor, en de patiëntenwetgeving die in de jaren negentig tot stand kwam, getuigen hiervan. Het accent verschoof van de beslissingsbevoegdheid van artsen en juristen om geesteszieken zonder hun uitdrukkelijke instemming, om hun bestwil of ter bescherming van de maatschappij, op te nemen en te behandelen naar de individuele autonomie en zelfbepaling van patiënten alsmede hun recht op goede zorg of juist hun recht om behandeling te weigeren. Ook de extramuralisering en de vermaatschappelijking van de geestelijke gezondheidszorg kunnen in dit licht worden bezien. De scheiding tussen woon- en behandelvoorzieningen en het streven naar sociale rehabilitatie van geesteszieken waren deels ingegeven door de veronderstelling dat zij als min of meer volwaardige burgers in de samenleving kunnen en moeten participeren.

Ten tweede valt er vanaf de jaren twintig in de psychiatrie en het bredere gebied van de beweging voor geestelijke volksgezondheid en (ambulante) geestelijke gezondheidszorg een tendens waar te nemen om geestelijke gezondheid te definiëren in termen die aanhaakten bij de invulling die aan democratisch burgerschap werd gegeven. In hun beschouwingen over geestelijke volksgezondheid lieten psychiaters en andere aanhangers van het psychohygiënische gedachtegoed hun licht schijnen op de positie van het individu in de moderne maatschap-

pij en diens mogelijkheden om zich daarin te ontplooien. Op deze manier waren zij nauw betrokken bij het veel bredere sociaal-politieke streven naar goed burgerschap, niet alleen in termen van deugdzaamheid, gemeenschapszin, sociale aanpassing, productiviteit en verantwoordelijkheid, maar ook van individuele autonomie, zelfbepaling, zelfbewustzijn, mondigheid en emancipatie.[28]

In dit boek hebben wij meermaals gewezen op het verband tussen het psychiatrische en psychohygiënische denken over geestelijke (on)gezondheid en veranderende burgerschapsidealen in Nederland. Het achterliggende idee daarbij is dat burgerschap in de loop van de vorige eeuw in Nederland een brede betekenis kreeg, niet louter formeel in termen van politieke rechten en plichten, maar ook substantieel in de zin van de realisering van de nodige materiële, sociale, psychologische en morele voorwaarden om daadwerkelijke uitoefening van die rechten en plichten mogelijk te maken. Noties als billijkheid, sociale rechtvaardigheid, maatschappelijk verantwoordelijkheidsbesef, tolerantie, emancipatie en persoonlijke ontplooiing werden onderdeel van goed burgerschap. Op basis van verschillende idealen van individuele zelfontplooiing – zelfontplooiing door middel van onvoorwaardelijke sociale aanpassing, geleide zelfontplooiing, spontane zelfontplooiing en autonome zelfontplooiing – hebben wij verschillende fasen onderscheiden met betrekking tot het verband tussen de invulling die aan geestelijke volksgezondheid werd gegeven en burgerschapsidealen.

Tot ver in de negentiende eeuw waren het nog grotendeels uiterlijke kenmerken waaraan staatsburgers als kiesgerechtigden moesten voldoen – bezit, economische onafhankelijkheid, het behoren tot het mannelijk geslacht en het betalen van belasting. In de twintigste eeuw, toen het algemeen kiesrecht werd ingevoerd en de sociale interventiestaat de tegenstelling tussen formele politieke rechten en de sociaal-economische ongelijkheid verzachtte en de uiterlijke criteria aan belang inboetten, ging het daarentegen steeds meer om de juiste mentaliteit en attitude. In de traditionele standenmaatschappij, waarin het volk door middel van hiërarchische verhoudingen en dwang van buitenaf op zijn plaats werd gehouden, was de innerlijke gezindheid van de individuele onderdanen van ondergeschikt belang. De deels politiek gemotiveerde aandacht voor het innerlijk van mensen won aan betekenis naarmate de democratisering voortschreed. Juist in een egalitaire en democratische maatschappij, waarin onderschikking, dwang en geweld steeds meer naar de achtergrond verdwenen om plaats te maken voor vrijwillige instemming met en actieve deelname aan het sociaal-politieke bestel, werden de mentaliteit, motivatie en geestelijke vermogens van burgers belangrijker. Een democratische orde en *civil society* konden immers alleen bestaan en in stand blijven als individuen hun vrijheden en rechten op een verantwoorde en beheerste manier gebruikten. Daarbij kwam het aan op internalisering van democratische waarden en persoonlijkheidsvorming.

28 Oosterhuis 2007a en Oosterhuis 2007b.

Het streven naar individuele autonomie en zelfbepaling ging, ironisch genoeg, vergezeld van steeds meer aansporingen tot gedragsregulering en het afleggen van verantwoording met betrekking tot het eigen gedrag en de drijfveren daarachter.[29] Dit inzicht staat centraal in het invloedrijke werk van M. Foucault. Terwijl Foucault het streven naar zelfkennis en zelfbeheersing opvat als de kern van een onstuitbare en alomvattende disciplinering, zouden wij het, in aansluiting op het werk van N. Elias en zijn adepten, ook met sociale egalisering en democratisering in verband willen brengen, ontwikkelingen die in de vaak nagevolgde benadering van Foucault onvoldoende recht worden gedaan. Vanuit de optiek van de elites vereiste de politieke en sociale democratisering een 'inwendige zending' teneinde de massa op te voeden tot een verantwoordelijke uitoefening van rechten en het nakomen van verplichtingen. Zelfbeheersing en plichtsbewustzijn moesten een ordelijk publiek leven in vrijheid, zonder dwang van bovenaf, en loyaliteit aan het democratisch bestel garanderen. Het gepsychologiseerde mensbeeld, dat grote invloed toekende aan moeilijk beheersbare driften en gevoelens, versterkte het idee dat de nodige inspanningen geboden waren – bijvoorbeeld in het onderwijs, de jeugdbeweging, het maatschappelijk werk en de (geestelijke) gezondheidszorg – om individuen zodanig te vormen dat zij zich met de vereiste burgerdeugden zouden vereenzelvigen en ernaar zouden handelen. Het waren bij uitstek de hulpverleners op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg die hun cliënten aanzetten tot zelfreflectie en het praten over hun innerlijke drijfveren, maar op een meer diffuus en abstract niveau hadden alle burgers er tot op zekere hoogte belang bij om te weten wat er omging in anderen. De toenemende afhankelijkheid van de welwillendheid van medeburgers en het belang van een gedeeld democratisch waardepatroon maakten het noodzakelijk dat mensen bereid waren hun innerlijk tot op zekere hoogte voor elkaar open te stellen.

Tegen deze achtergrond vormden de modernisering van de Nederlandse samenleving en veranderende opvattingen over democratisch burgerschap de steeds terugkerende referentiekaders in het streven naar geestelijke volksgezondheid. Daarin stond de verhouding tussen individu en samenleving centraal en streden cultuurpessimisme en maakbaarheidsoptimisme telkens weer om voorrang. Vanuit dit perspectief vonden de belangrijkste kenteringen rond 1950 en rond 1990 plaats. Na de Tweede Wereldoorlog werden de defensieve en afwerende reactie op de modernisering en de nadruk op het behoud van zedelijkheid ingewisseld voor een accommoderende houding en verschoof het accent in het denken over burgerschap van onvoorwaardelijke aanpassing aan gegeven collectieve normen en waarden ('karakter') naar individuele zelfontplooiing ('persoonlijkheid'). De persoonlijke belevingswereld van mensen en hun innerlijke gezindheid kwamen centraal te staan. Met het ideaal van geleide zelfontplooiing sloot de geestelijke gezondheidszorg in de jaren 1950-1965 aan bij de sociaal-economische mo-

29 Zie Foucault 1975; Foucault 1976; Elias 1969 (1939) en Wouters 1990; vergelijk Gaudet en Swain 1980.

dernisering: individuen moesten hun persoonlijkheid vormen, zelfstandigheid en flexibiliteit ontwikkelen, openstaan voor vernieuwing en op verantwoorde wijze hun zelfverwerkelijking realiseren. De spontane zelfontplooiing die hulpverleners in de jaren zestig en zeventig omarmden, bouwde hierop voort. Het streven naar democratisering, emancipatie, assertiviteit en persoonlijke bevrijding vormde in velerlei opzicht een radicalisering van de geleide zelfontplooiing.

Beide zelfontplooiingidealen brachten een sterk psychologiserende invulling van burgerschap met zich mee. Deze weerspiegelde een tendens in de samenleving als geheel: in het kielzog van de democratiserende sociale verhoudingen raakten de omgangsvormen tussen mensen en de wijze waarop zij zichzelf en elkaar beschouwden in toenemende mate gepsychologiseerd. Openlijk geëtaleerde machtsverschillen, dwang en hiërarchie maakten plaats voor een grotere gelijkwaardigheid en wederzijdse afhankelijkheid van mensen. Naarmate expliciete regels en formele conventies in het sociale verkeer aan belang inboetten en het individuele gedrag minder voorspelbaar werd, kwam het meer aan op inlevingsvermogen, zelfbewustzijn, subtiele gevoels- en gedragsregulering en communicatieve vaardigheden. Met hun nadruk op zelfreflectie en bespreekbaarheid onderstreepten deskundigen op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg het belang van dergelijke kwaliteiten en formuleerden zij een alternatief voor de achterhaalde ge- en verbodsmoraal. Praten vormde bij uitstek hun remedie om problemen op te lossen. Het psychotherapeutische ethos verving deels het christelijk-burgerlijke zingevingspatroon dat door de snelle secularisering en ontzuiling alsook de bevrijdingsbeweging van de jaren zestig voor een toenemend aantal mensen geen houvast meer bood.

In de laatste twee decennia van de twintigste eeuw vertoonde de geestelijke gezondheidszorg tegenstrijdige tendensen. Enerzijds bouwde deze voort op de democratische verworvenheden van de jaren zestig en zeventig. Hulpverleners benaderden patiënten en cliënten als autonome, mondige en verantwoordelijke burgers, die recht hadden op keuzevrijheid en wier zorgvraag gehonoreerd moest worden. Aan de andere kant werden steeds meer kanttekeningen geplaatst bij het individuele zelfbeschikkingsvermogen en -recht van psychisch gestoorden. Een en ander hing samen met de versterkte externe en interne rechtspositie van psychiatrische patiënten. De BOPZ stelde strikte voorwaarden aan dwangopnamen en als een geesteszieke eenmaal onder dwang was opgenomen, kon deze therapeutische behandeling weigeren; voor dwangbehandeling golden extra criteria. Ook de accentverschuiving in de ambulante geestelijke gezondheidszorg van psychosociale naar psychiatrische problematiek en de problemen die de vermaatschappelijking opriep, leidden tot bedenkingen omtrent de autonomie en vrijheid van geesteszieken. Juist de afstand die de ambulante sector tussen de jaren dertig en tachtig bewaarde tot de intramurale psychiatrie en haar patiënten had de nodige ruimte geboden om een 'positieve' psychohygiënische invulling aan democratisch burgerschap te geven. Naarmate de ambulante sector in ons land

vanaf het midden van de jaren tachtig nauwer verweven raakte met de ziekenhuispsychiatrie werd deze ruimte kleiner. De zorg voor ernstige en chronische geesteszieken, intra- dan wel extramuraal, maakte het moeilijk om 'positieve' burgerschapsidealen uit te dragen. Was volwaardig burgerschap in de zin van actieve participatie aan de maatschappij voor hen eigenlijk wel een reële optie? De tegenstelling tussen het negatieve of exclusieve en het positieve of inclusieve verband tussen geestelijke gezondheidszorg en burgerschap had aan het eind van de twintigste eeuw haar geldigheid niet verloren. De hernieuwde aandacht voor de mogelijk schadelijke uitwerking van bepaalde sociale veranderingen op de geestelijke volksgezondheid en de algehele verharding van het maatschappelijke en politieke klimaat speelden hierbij evenzeer een rol.

Buitenlandse beïnvloeding en internationale vergelijking

Terwijl in landen als Groot-Brittannië, Frankrijk en Duitsland vanaf het midden van de negentiende eeuw nieuwe en grote krankzinnigengestichten op het platteland tot stand kwamen, bleven in Nederland tot het eind van de eeuw overwegend kleine stedelijke gestichten in gebruik. Sommige waren eeuwenoud en getuigden van de vroege en sterke urbanisatie in vooral de westelijke provincies. Door de stagnerende economie, de geringe daadkracht van de overheid op dit terrein en het gebrek aan maatschappelijke initiatieven werden er behalve Meerenberg nagenoeg geen nieuwe gestichten gebouwd, waardoor de morele therapie maar in beperkte mate toepassing kon vinden. In de jaren 1884-1914, die wij hebben aangeduid als de periode van het grote bouwen, vond een inhaalslag plaats. Verzuilde particuliere initiatieven hadden hierin een groot aandeel, maar minstens zo belangrijk waren de activiteiten die met name gemeentelijke overheden ontplooiden. Net als in België en Duitsland, die ook veel particuliere, confessionele initiatieven op het gebied van de krankzinnigenzorg kenden, en in tegenstelling tot Groot-Brittannië en Frankrijk, waar de overheid een actievere rol speelde, kreeg het Nederlandse krankzinnigenwezen een gemengd publiek-particulier karakter. De meeste nieuwe inrichtingen in Nederland, vaak gebouwd volgens het paviljoensysteem, waren in vergelijking met die in het buitenland kleinschalig. Er waren maar twee instellingen die meer dan acht- à negenhonderd bedden telden. De verzuiling droeg er sterk toe bij dat veel confessionele inrichtingen hun patiënten niet alleen uit de nabije regio, maar ook uit andere delen van het land betrokken.

De tamelijk late modernisering van de gestichten nam niet weg dat Nederland tezamen met Frankrijk en Engeland vroeg was met de invoering van wetgeving voor en de instelling van overheidstoezicht op de krankzinnigenzorg. Met de publieke financiering van de krankzinnigenzorg op basis van de Armenwet (1854) bevond Nederland zich in elk geval in het gezelschap van Engeland; het ontbreekt

ons aan voldoende informatie over de financiering in andere landen. Hoewel de Franse Krankzinnigenwet van 1838 met de mogelijkheid van zowel vrijwillige opname op louter medische indicatie als gedwongen opname mét rechterlijke machtiging, navolging vond in België, en ook andere landen een vergelijkbaar 'gemengd' systeem hanteerden, volgde Nederland een andere weg. Nederland was vermoedelijk uitzonderlijk met de wettelijke bepaling dat in alle gevallen een rechterlijke machtiging voor opname in een gesticht noodzakelijk was, ook indien de patiënt in kwestie zelf om opname verzocht of daarmee instemde. Opname op grond van louter een geneeskundige verklaring, zoals dat elders wél mogelijk was, kon in Nederland niet. Weliswaar was in ons land een medische beoordeling vereist, maar de eindverantwoordelijkheid lag tot 1916 uitsluitend bij de rechter, en daarbij stond de bescherming van burgerrechten voorop. Vanaf dat jaar konden gestichten een aangewezen afdeling oprichten waar patiënten zonder rechterlijke machtiging, op 'vrijwillige' basis werden opgenomen. Na een wijziging van de Armenwet in 1929 waren gemeenten verplicht ook de verpleegkosten van armlastige patiënten in aangewezen afdelingen te vergoeden. Het aantal dwangopnamen liep in de naoorlogse periode geleidelijk terug tot zo'n 15 procent. Dat was, internationaal gezien, niet uitzonderlijk. In de eerste helft van de jaren tachtig bleken onder andere Engeland, Frankrijk en Italië met percentages tussen 12 en 15 ongeveer of geheel gelijk uit te komen. Sommige andere landen kenden evenwel aanzienlijk hogere of juist lagere percentage dwangopnamen. In de Bondsrepubliek Duitsland was er bovendien een grote variatie tussen de deelstaten, van zo'n 5 tot maar liefst 40 procent.[30] Nader onderzoek zal moeten uitwijzen in hoeverre de gehanteerde criteria onderling overeenkomen, en wat de verklaring zou kunnen zijn voor de uiteenlopende percentages. Overigens vertoont het aantal psychiatrische dwangopnamen in Nederland sinds het eind van de twintigste eeuw een steeds sterker wordende tendens omhoog.[31]

Ondanks de juridische waarborgen waarmee de krankzinnigenzorg in de burgerlijke rechtstaat was omgeven, moesten deze en de daarmee verbonden medisch-humanitaire motieven het in de loop van de negentiende en twintigste eeuw, mede als gevolg van schaalvergroting, bureaucratisering en groeiende overheidsinterventie in de samenleving, in verschillende westerse landen nogal eens afleggen tegen de benadering van geestesstoornissen als maatschappelijk ordeprobleem, volksgezondheidsvraagstuk of financieel-economische kwestie. Daarin wogen collectieve en staatsbelangen niet zelden zwaarder dan het welzijn van de individuele patiënt en werden de grenzen van de toelaatbaar geachte dwang allengs opgerekt. Dergelijke tendensen deden zich in meer of mindere mate in veel landen voor, maar ze gingen het verst in Duitsland, waar de eugenetica vanaf de eeuwwisseling steeds meer aanhang kreeg onder psychiaters en velen van hen onder het Nazi-regime meewerkten aan gedwongen sterilisatie

30 Breemer ter Stege en Gittelman 1987, 12-13.

31 Redactie NRC *Handelsblad* 4-9-2007, 3.

en 'euthanasie' van zwakzinnigen en geesteszieken. In de Sovjetunie wist de overheid de psychiatrie in te schakelen om politieke dissidenten in diskrediet te brengen, op te sluiten en monddood te maken. Ook in sommige democratieën stonden bepaalde praktijken in de psychiatrie op gespannen voet met fundamentele burgerrechten. Zo werden in verschillende Amerikaanse staten, Zwitserse kantons en Scandinavische landen mensen met geestelijke beperkingen of stoornissen zonder hun instemming of die van hun verwanten onderworpen aan eugenetische maatregelen, variërend van sterilisatie tot sociale isolatie.[32] In Nederland werd wel over dergelijke maatregelen gediscussieerd, maar van daadwerkelijke uitvoering is het nooit gekomen.

In de Nederlandse intramurale psychiatrie vormde dwangtoepassing een regelmatig terugkerend punt van aandacht – zowel van de kant van de Inspectie als ook in de leerboeken voor de psychiatrische verpleging en, vanaf de jaren zeventig van de twintigste eeuw, ook van de kant van de patiëntenbeweging, de kritische psychiatrie, de politiek en de media. Wat in de loop der tijd onder dwang werd verstaan en in hoeverre Nederland zich in de feitelijke toepassing van dwang onderscheidde van andere landen verdient nader onderzoek. Tot dusverre is gebleken dat Nederlandse psychiatrische ziekenhuizen gedurende de afgelopen decennia meer dan andere landen patiënten separeerden, en minder gebruikmaakten van fixatie of dwangmedicatie, waaronder toediening van kalmerende middelen. Deze ontwikkeling staat niet op zichzelf. Hoewel de in 1884 ingevoerde en in de jaren dertig hernieuwde dwangmiddelenregistratie zowel de toepassing van lijfsdwang (mechanische dwangmiddelen) als de afzondering van patiënten omvatte, bleek van de registratie vooral een dempende werking uit te gaan op het gebruik van mechanische dwangmiddelen. Ook in de leerboeken voor de psychiatrische verpleging gold afzondering als een boven lijfsdwang te prefereren maatregel. Deze tendens zette zich in de tweede helft van de twintigste eeuw voort. De toenemende neiging om patiënten te separeren zou, naar de Inspectie eind jaren tachtig opperde, samenhangen met de toegenomen regelgeving en wettelijke beperkingen ten aanzien van dwangbehandeling. Nederland onderscheidde zich vanaf de jaren zeventig bovendien door de grote invloed van de patiëntenbeweging en de grote reikwijdte van de wettelijk vastgelegde rechten en medezeggenschap van psychiatrische patiënten

Wat de theoretische oriëntatie en therapeutische behandelingen betreft getuigden de Nederlandse psychiatrie en geestelijke gezondheidszorg van een grote mate van eclecticisme, pragmatisme en openheid voor invloeden vanuit het buitenland. Terwijl vooral in de universitaire psychiatrie verschillende theoretische hoofdstromen waren te onderscheiden – achtereenvolgens een neurologische, een fenomenologisch-antropologische, een psychoanalytische en een biologi-

32 Nye 1984; Müller-Hill 1985; Stover en Nightingale 1985; Schmuhl 1987; Proctor 1988; Weindling 1989; Burleigh 1994; Broberg Roll-Hansen 1996; Dowbiggin 1997; Porter 1999; Schmiedebach en Priebe 2004; Eghigian 2005.

sche oriëntatie – vonden in de klinische praktijk somatische, psychotherapeutische, sociale en pedagogische behandelmethoden naast elkaar toepassing. In de gestichts- en inrichtingspsychiatrie werd arbeid door patiënten behalve vanuit economische motieven voortdurend met therapeutische oogmerken ingezet, aanvankelijk als onderdeel van de zedenkundige behandeling en later onder de noemers van actievere en bezigheidstherapie of sociale rehabilitatie. Ook de toediening van medicijnen vertoont een grote mate van continuïteit en hetzelfde geldt vanaf het interbellum voor de sociaal-psychiatrische benadering, gericht op sociale ondersteuning, activering en integratie. De aan het eind van de negentiende eeuw ingevoerde bed- en badbehandelingen verdwenen na de jaren dertig naar de achtergrond. Ook de toepassingen van enkele somatische therapieën, die in het interbellum werden geïntroduceerd en beperkt bleven tot kleine groepen patiënten, waren met uitzondering van de elektroshockbehandeling van tijdelijke aard. Na het verdwijnen van de malariakuur uit het therapeutisch repertoire van de psychiatrie vielen de insuline- en cardiazolshockkuren alsook de lobotomie in de loop van de jaren vijftig en zestig hetzelfde lot ten deel. Hun plaats werd ingenomen door penicilline ter genezing van syfilis en daardoor voorkoming van dementia paralytica en de psychofarmaca ter bestrijding en demping van psychotische en andere symptomen. De elektroshock verloor in de jaren zeventig aan betekenis en werd rond 1980 nauwelijks meer in Nederland toegepast, om vanaf de tweede helft van de jaren tachtig een in omvang bescheiden terugkeer te beleven.

Psychotherapie werd voor de Tweede Wereldoorlog weinig aangewend in de Nederlandse gestichten en inrichtingen. Vooral als gevolg van de introductie in de jaren vijftig van nieuwe psychofarmaca konden diverse psycho- en sociotherapieën alsook creatieve, psychomotorische en bewegingstherapieën op grotere schaal ingang vinden. De hoge vlucht van de socio- en psychotherapeutische behandelmethoden in de jaren *1965-1985*, in het bijzonder van de therapeutische gemeenschap, betekende niet dat andere behandelvormen in onbruik raakten. Ondanks de kritiek op het medische model kregen patiënten evengoed (stilzwijgend) psychofarmaca toegediend. Omgekeerd ging de opmars van de biopsychiatrie en een nieuwe generatie psychofarmaca in de jaren tachtig en negentig niet ten koste van psychotherapeutische en sociaal-psychiatrische behandelmethoden. De laatste wonnen zelfs aan betekenis in de grotendeels geïntegreerde intra- en extramurale zorg voor geesteszieken als middel om met name chronische patiënten zo goed mogelijk te leren leven met hun kwaal en hun sociale rehabilitatie en integratie te bevorderen.

Vanaf het midden van de negentiende eeuw tot de Tweede Wereldoorlog drukten Duitse en Oostenrijkse voorbeelden hun stempel op de Nederlandse psychiatrie: de natuurwetenschappelijke oriëntatie van de universitaire psychiatrie en haar nauwe band met de neurologie, de bed- en badbehandeling, de psychoanalyse, de fenomenologisch-antropologische benadering, de actievere therapie, de diverse tijdens het interbellum geïntroduceerde somatische therapieën, de

voor- en nazorg, het sociaal-psychiatrische gedachtegoed en de consultatiebureaus voor alcoholisme vonden hun oorsprong in Centraal-Europa. Het is opmerkelijk dat juist de Duitse en Oostenrijkse voorbeelden die in Nederland een grote en langdurige invloed op de psychiatrie hadden – de psychoanalyse, de fenomenologie, de actievere therapie en de sociaal-psychiatrische voor- en nazorg – in de landen van herkomst van geringere betekenis waren of mede als gevolg van politieke ontwikkelingen werden verdrongen door de biomedische psychiatrie en de eugenetica. De belangrijke en langdurige rol van de actievere therapie in de Nederlandse inrichtingen vanaf de jaren twintig tot in de jaren zestig is opmerkelijk. Wellicht houdt deze verband met de relatief kleine omvang van de inrichtingen in ons land en een meer algemene Nederlandse voorkeur voor moreel- en sociaal-opvoedkundige benaderingen, die even sterk is terug te vinden in de ambulante sector als in de intramurale psychiatrische verpleging. De laatste ontwikkelde zich net als in Engeland, Ierland en Zwitserland onafhankelijk van de algemene verpleegkunde. In andere landen bestond geen equivalent van de B-opleiding. Een opmerkelijk gevolg van het bestaan van een aparte psychiatrisch verpleegkundige beroepsgroep in ons land was het grote aandeel van mannen daarin, zowel getalsmatig als wat betreft hun invloed op de inhoud van het vak, die vooral tot uitdrukking kwam in de sociaal-pedagogische invalshoek. Wat de verpleegpraktijk in katholieke instellingen betreft deed zich een sterke invloed gelden vanuit twee van oorsprong Belgische kloosterorden: de Broeders van Liefde en de Broeders van Onze Lieve Vrouwe van Lourdes.

Verder onderscheidde de Nederlandse psychiatrie zich door de vroege en positieve receptie van de psychoanalyse en de fenomenologie, die in het bijzonder in de universitaire psychiatrie en in de beweging voor geestelijke volksgezondheid decennialang veel aanhang hadden. Vooral in confessionele kringen werd de fenomenologie omarmd als aanvulling en deels ook alternatief voor de natuurwetenschappelijk georiënteerde geneeskunde. De aanzienlijke confessionele invloed is van doorslaggevende betekenis geweest voor de grote terughoudendheid ten aanzien van de eugenetica, zeker in vergelijking met Duitsland, de Verenigde Staten, Scandinavië en Zwitserland. Daarnaast vond een somatische behandeling als de lobotomie in Nederland aanzienlijk minder toepassing dan in Engeland en de Verenigde Staten. De elektroshocktherapie werd in Nederland in de jaren zeventig min of meer taboe als gevolg van de protesten van de kritische beweging, terwijl deze in de Angelsaksische en Scandinavische landen in gebruik bleef. Verder wordt ook nogal eens beweerd dat Nederlandse psychiaters in vergelijking met die in andere landen terughoudend waren met het voorschrijven van psychofarmaca, althans tot halverwege de jaren tachtig. Of dat waar is, hebben wij niet kunnen vaststellen. Wel lijkt het erop dat de verwachtingen ten aanzien van de resultaten van medicamenteuze behandeling in Nederland nooit zo hooggespannen waren als in bijvoorbeeld de Verenigde Staten en Groot-Brittannië, waar de psychofarmaca golden als hét middel om vergaande deïnstitutionalisering

mogelijk te maken. Pleitbezorgers voor de biologische psychiatrie konden in ons land binnen en buiten de geestelijke gezondheidszorg op weerstand rekenen, zoals de hoogleraren H.M. van Praag en R.S. Kahn hebben ervaren.

Op het gebied van de gerechtelijke psychiatrie lieten Nederlandse artsen zich inspireren door de Italiaanse en Franse criminele antropologie, terwijl het Franse personalisme en de Midden-Europese fenomenologie in de twee decennia na de Tweede Wereldoorlog, toen de Utrechtse School op dit terrein de toon aangaf, van grote betekenis waren voor de forensische psychiatrie. De eerste vormen van psychotherapie met behulp van hypnose en suggestieve beïnvloeding alsook de degeneratietheorie waren eveneens uit Frankrijk afkomstig. Amerikaanse en Britse invloeden deden zich vanaf het eind van de jaren twintig gelden op het terrein van de psychohygiëne en meer in het bijzonder met het uit de Verenigde Staten geïmporteerde MOB met zijn multidisciplinaire en met name psychosociale werkwijze. Het was ook vooral het Amerikaanse voorbeeld dat Nederlandse psychohygiënisten als Lekkerkerker stimuleerde om zich te distantiëren van de inrichtingspsychiatrie en de ambulante sector tot een onafhankelijk werkveld met psychosociale behandelmethoden te ontwikkelen.

Na de Tweede Wereldoorlog kwamen vernieuwingen vooral uit de Angelsaksische wereld, met name uit de Verenigde Staten: het *social casework*, de rogeriaanse *counseling*-methode en andere 'humanistische' vormen van psychotherapie, de behavioristische gedragstherapie en de therapeutische gemeenschap. Er was evenwel geen sprake van een totale omslag van continentaal-Europese naar Angelsaksische oriëntaties. Bepaalde Amerikaanse innovaties, zoals *counseling* en de op de humanistische psychologie gebaseerde psychotherapie waren in feite grotendeels ontleend aan ouder Europees gedachtegoed, met name dat van de psychoanalyse, de fenomenologie en het existentialisme. Getransformeerd door het Amerikaanse pragmatisme en maakbaarheidsoptimisme vonden deze in vereenvoudigde, gepopulariseerde en praktisch toepasbare vorm opnieuw ingang in de Nederlandse geestelijke gezondheidszorg. Tegelijkertijd waren geesteswetenschappelijk georiënteerde Nederlandse psychiaters tot in de jaren zestig afkerig van het Amerikaanse pragmatisme en de vermeende oppervlakkigheid daarvan. Sciëntistische stromingen als het behaviorisme en kwantitatieve benaderingen kregen in de Nederlandse psychiatrie, mede als gevolg van de confessionele invloed, maar beperkte aanhang, omdat daarin geen plaats was voor betekenis- en zingeving. Vooral de academische psychiatrie kenmerkte zich tot in de jaren zestig door een sterk beschouwende en filosofische inslag, hoewel neurologisch onderzoek zeker niet afwezig was, getuige een aanzienlijk aantal promoties op dit terrein. Bepaalde van oorsprong Duitse invloeden bleven doorwerken in de gedaante van het fenomenologisch-personalistische gedachtegoed en de tot in de jaren zestig in de inrichtingen toegepaste actievere therapie.

De eerste, onderling verschillende, vormen van sociotherapie in de jaren vijftig kwamen uit Frankrijk en Engeland. Ook de eerste psychofarmaca kwamen

uit Frankrijk. Het antipsychiatrische gedachtegoed werd voornamelijk uit de Verenigde Staten, Groot-Brittannië en Italië geïmporteerd en de socio- en psychotherapeutische behandelmethoden van de jaren zeventig waren grotendeels uit Amerika afkomstig. Eind jaren zeventig en begin jaren tachtig dienden de democratische psychiatrie en de deïnstitutionalisering in Italië voor Nederlandse pleitbezorgers van de ontmanteling van psychiatrische ziekenhuizen als lichtend voorbeeld. De biologische psychiatrie van de jaren tachtig en negentig was grotendeels geënt op ontwikkelingen in de Verenigde Staten. De zorgvernieuwingen aan het eind van de twintigste eeuw, met name die voor chronische patiënten, zoals het invaliditeits- en rehabilitatiemodel, de continue zorgketens, het *casemanagement* en de vermaatschappelijking, waren mede gebaseerd op Amerikaanse, Britse en Zweedse ideeën en praktijken.

Op het gebied van de sociaal-psychiatrische verpleging vervulde Nederland, mede vanwege de invoering van een vervolgopleiding in 1937, echter een voorhoederol. Ook nam, zoals gezegd, Nederland met Engeland en enkele andere landen, een bijzondere positie in vanwege het bestaan van een aparte basisopleiding voor de psychiatrische verpleging. Europese regelgeving leidde aan het eind van de twintigste eeuw echter tot de afbouw van de B-opleiding en de vervolgopleiding tot sociaal-psychiatrisch verpleegkundige alsook tot samenvoeging van de basisopleidingen algemene en psychiatrische verpleegkunde. Opmerkelijk was de snelheid waarmee Nederlandse beleidsinstanties, ondanks de bezwaren die in de wereld van de geestelijke gezondheidszorg en met name onder psychiatrisch verpleegkundigen zelf klonken, een eind maakten aan de bijzondere, en volgens velen waardevolle, positie van de psychiatrische verpleging, terwijl deze in Engeland en Ierland wel min of meer apart bleef bestaan.

Hoewel de Nederlandse psychohygiënische beweging en de ambulante instellingen met uitzondering van de psychotherapeutische instituten min of meer waren gemodelleerd naar Duitse en Amerikaanse voorbeelden, waren deze voorzieningen in Nederland een langer leven beschoren en vonden ze een grotere verspreiding dan in de 'thuislanden'. De eerste vormen van voor- en nazorg waren geënt op Duitse sociaal-psychiatrische voorbeelden en de consultatiebureaus voor alcoholisme, de Bureaus voor Levens- en Gezinsmoeilijkheden en de Bureaus voor Huwelijksaangelegenheden waren mede geïnspireerd door de Duitse *Alkoholsprechstunden* en *Eheberatungsstellen*. De Medisch Opvoedkundige Bureaus waren een kopie van de Amerikaanse *Child Guidance Clinics* en het Amerikaanse *Community Mental Health Center* diende als voorbeeld voor de Riagg. Ambulante voorzieningen verwierven zich al in de jaren dertig en veertig een vaste plaats in de geestelijke gezondheidszorg.

De grote mate van continuïteit, waardoor de ambulante sector in Nederland zich onderscheidde van die in andere landen, is waarschijnlijk deels te danken aan de invloed van de verzuiling en de sterke aanwezigheid van het particuliere initiatief, die min of meer stabiele organisatiestructuren en nationale coördinatie mo-

gelijk maakten voordat de overheid een grotere rol op dit terrein ging vervullen. Vanaf de jaren zestig garandeerden de verzorgingsstaat en de wettelijk geregelde collectieve financiering een breed toegankelijke, in hoge mate gedifferentieerde en relatief goed functionerende geestelijke gezondheidszorg.[33] Daarnaast bevorderde de kritische psychiatrie de uitbreiding van de extramurale, psychosociale hulpverlening. Nadat de radicale maatschappijkritische elementen waren bijgeschaafd kon het antipsychiatrische gedachtegoed vrijwel moeiteloos in de ambulante sector worden geïntegreerd, temeer omdat deze zich al veel langer had gedistantieerd van de klinische psychiatrie. Vergeleken met andere westerse landen ontwikkelde zich in Nederland in de loop van de twintigste eeuw een uitgebreid netwerk van voorzieningen op het gebied van de ambulante geestelijke gezondheidszorg, waarvan mensen vanaf omstreeks 1970 in groten getale en frequent gebruikmaakten.[34] Hoewel de crisis van de verzorgingsstaat in de jaren tachtig leidde tot bezuinigingen op de welzijnssector zette de groei van de ambulante geestelijke gezondheidszorg door. In vergelijking met haar Amerikaanse equivalent, het *Community Health Center,* was de Riagg als succesvol te kwalificeren, ondanks de veelvuldige kritiek op deze instelling.

Extramuralisering en deïnstitutionalisering waren, althans vóór de jaren tachtig, in Nederland minder sterk met elkaar verbonden dan in andere landen. Er was al een uitgebreid en gevarieerd netwerk van ambulante voorzieningen voor de geestelijke gezondheidszorg tot stand gekomen voordat werd overgegaan tot een gerichte afbouw van intramurale capaciteit, die in Nederland net als in Duitsland en Frankrijk in meer gematigde en geleidelijke vorm werd doorgevoerd dan in de Verenigde Staten, Groot-Brittannië en Italië. Nederland onderscheidde zich internationaal door de grote reikwijdte van wat tot het domein van de ambulante geestelijke gezondheidszorg werd gerekend: niet alleen sociale psychiatrie in de zin van voor- en nazorg voor psychiatrische patiënten, maar al vanaf de jaren dertig en veertig ook een breed scala aan psychosociale hulpverlening voor uiteenlopende problemen. Vooral voor zover het om psychotherapie ging, werd dit werkterrein in andere landen voornamelijk bezet door de particuliere sector van vrijgevestigde psychiaters en psychotherapeuten, die overwegend beter gesitueerde cliënten bedienden. Vanaf de tweede helft van de jaren tachtig nam ook in Nederland het aandeel van de particuliere praktijken in het psychotherapeutische behandelaanbod toe, deels als gevolg van de accentverschuiving in de Riaggs naar de sociaal-psychiatrische zorg voor geesteszieken. In andere Europese landen waren publieke instellingen op het gebied van de ambulante geestelijke gezondheidszorg voornamelijk gericht op psychiatrische patiënten en was er een nauwere band met het domein van de (poli)klinische psychiatrie.

33 Schnabel 1981b; Mangen 1985b, 10; Hamers 1987, 164; Hutschemaekers en Ten Have 1995; Schnabel 1998c, 34–39; Ingleby 1998, 301–303.

34 Hutschemaekers, Van de Heuvel en Jacobs 1992; Van Strien 1993; Bijl, Van Zessen en Ravelli 1997; Ten Have en Bijl 1998; Ingleby 1998.

In veel landen hadden psychiaters en andere hulpverleners die in de geestelijke gezondheidszorg werkzaam waren, affiniteit met het streven naar sociale hervorming, maar vrijwel nergens, zo vermoeden wij, speelden sommigen van hen zo'n vooraanstaande rol in de formulering van burgerschapsidealen en de mentale modernisering van de bevolking als in Nederland vanaf 1950 tot de jaren tachtig. Uitzonderlijk waren de ontwikkelingen in de Nederlandse geestelijke gezondheidszorg met betrekking tot zelfontplooiing en burgerschap niet. Ook bijvoorbeeld in Groot-Brittannië leverde de psychohygiënische beweging vanaf de jaren twintig een belangrijke bijdrage aan de psychologische articulatie van een zelfontplooiingsideaal dat de basis moest vormen voor democratisch burgerschap. In de Verenigde Staten vertoonden psychiaters en psychohygiënisten in het midden van de twintigste eeuw een sterke neiging om de gehele Amerikaanse maatschappij in psychologische en psychoanalytische termen te analyseren. Zij legden een verband tussen de kwalen van de moderne samenleving en de geestelijke misère van individuen en probeerden aan de hand van hun theorieën over persoonlijkheidsontwikkeling de weg te wijzen naar de vorming van geestelijk gezonde en zelfbewuste democratische burgers. In Duitsland was het vooral ten tijde van het streven naar fundamentele hervormingen in de psychiatrie gedurende de jaren zestig en zeventig, dat de geestelijke gezondheidszorg een sterk politieke dimensie kreeg. Deze bestond uit een kritische reflectie op de medeplichtigheid van de psychiatrie aan de verschrikkingen van het nationaal-socialisme, tezamen met de ontwikkeling van een democratische en emancipatorische visie op de zorg voor psychisch gestoorden. Daarin stonden burgerschapsnoties als politiek bewustzijn, vrijheid van denken, persoonlijke bevrijding, sociale rechtvaardigheid en solidariteit met hulpbehoevenden centraal.[35]

Dergelijke burgerschapsidealen hadden ongetwijfeld een hoog retorisch gehalte. Het is moeilijk na te gaan in hoeverre ze de maatschappelijke praktijk beïnvloedden of deze weerspiegelden. Maar juist wat betreft de daadwerkelijke doorwerking van het psychiatrische en psychohygiënische perspectief op zelfontplooiing en burgerschap in de samenleving nam ons land, met een relatief grote dichtheid en levensbeschouwelijke variatie aan ambulante voorzieningen, internationaal gezien wellicht een bijzondere positie in. De ambulante geestelijke gezondheidszorg was geworteld in de Nederlandse samenleving en daardoor konden psychohygiënische burgerschapsidealen – weliswaar in verwaterde vorm – in de hulpverleningspraktijken worden uitgedragen. Vooral vanaf de jaren vijftig moedigden ambulante hulpverleners hun cliënten duidelijk aan tot zelfreflectie, individuele verantwoordelijkheid, persoonlijke ontwikkeling en zelfbeschikking en vanaf de jaren zestig gebeurde hetzelfde in intramurale therapeutische gemeenschappen.[36] Tevens is het vanuit internationaal perspectief opvallend

35 Thomson 1998; Thomson 2000; Toms 2002; Pols 1997; Pols 1997; Pols 2003; Kersting 2003; Kersting 2005; Herman 1995.

36 Zie bijvoorbeeld Van Lieshout en De Ridder 1991a; Oosterhuis 1992; Blok 2004.

dat het persoonlijke leven van en de sociale verhoudingen tussen Nederlanders vanaf de jaren zestig in hoge mate gepsychologiseerd raakten. Een en ander hangt samen met de al gesignaleerde sterke positie van de ambulante geestelijke gezondheidszorg in het algemeen en psychotherapie in het bijzonder (deels ook in psychiatrische ziekenhuizen), alsook met bepaalde kenmerken van de Nederlandse maatschappij.

Vooral vanaf de jaren zestig raakte de geestelijke gezondheidszorg ingeburgerd en verbreidde de psychologisering zich in de maatschappij. De culturele omwenteling vanaf het eind van de jaren zestig was in Nederland, daarvóór in sociaal-cultureel opzicht een behoudend, christelijk, gezagsgetrouw en burgerlijk land, ingrijpender dan in andere landen, omdat ze samenviel met een snelle secularisering en ontzuiling. Het vaste en vertrouwde morele oriëntatiekader kwam ter discussie te staan en verloor voor velen zijn relevantie. De psychologiserende zelfbeschouwing en het psychotherapeutische ethos vulden een deel van de leemte op die op het terrein van zingeving was ontstaan.[37] Opvallend is de bijdrage van enkele toonaangevende psychiaters aan de morele heroriëntatie die tussen 1965 en 1975 optrad. Wat betreft de sterke invloed van de psychiatrische invalshoek in de discussie over de herinnering aan de jodenvervolging, nam Nederland internationaal een bijzondere positie in[38] en hetzelfde geldt voor moreel beladen kwesties als seksualiteit, abortus, drugs, euthanasie en misdaad. Zo droeg de Utrechtse School bij tot een in vergelijking met andere landen opvallend tolerant strafrechtsregime. Het aantal gevangenen was relatief gezien laag en de nadruk lag niet zozeer op maatschappelijke beveiliging door middel van opsluiting, maar op begeleiding ter vermijding van sociale uitsluiting. In Nederland was vanaf de jaren vijftig tot tachtig meer aandacht dan in andere landen voor de psychologische achtergrond van (deels) ontoerekeningsvatbare wetsovertreders en werd er meer werk gemaakt van therapeutische behandeling van deze groep.[39] Meer in het algemeen was het optreden van de overheid tegen ordeverstoring, criminaliteit, vandalisme en non-conformisme sinds de jaren zestig tot de jaren negentig minder hard dan in andere landen.[40] Verder speelde Nederland een voorhoederol op het gebied van homoseksuele emancipatie, het toestaan van abortus en euthanasie, en het tolereren van (soft-)drugsgebruik. Bij de totstandkoming van het typisch Nederlandse gedoogbeleid speelden artsen, psychiaters en andere hulpverleners een grote rol in het uitdokteren van praktische oplossingen, die tegelijkertijd blijk gaven van pragmatisme en verantwoordelijkheidsbesef. De sterke neiging tot psychologisering houdt wellicht verband met de specifieke wijze waarop in de Nederlandse consensuscultuur sociale en ethische vraagstukken worden aangepakt. Teneinde moeilijke principiële keuzen en mogelijke

37 Ten Have 1978; Oosterhuis 1992; Blok 2004.
38 De Haan 1997.
39 Weijers 1995, 67; vergelijk Weijers 1996, 201; Weijers 2001, 204; Weijers en Koenraadt 2007, 60.
40 Hendin 1996, 130; Kelk 2007, 84–99.

sociale conflicten uit de weg te gaan of te neutraliseren, wordt vaak een beroep gedaan op de veronderstelde objectieve expertise van deskundigen.[41]

Er is reeds gewezen op verschillende factoren die een ruim psychosociaal hulpaanbod hebben bevorderd: de particuliere zelfwerkzaamheid; de in Nederland sterk aanwezige pedagogisch-charitatieve traditie, waarin hulpverlening, therapeutische behandeling en maatschappelijke integratie de voorkeur hadden boven externe dwang, straf en sociale uitsluiting; de verzuiling en daarmee nauw verbonden de sterke positie van het maatschappelijke middenveld en de beschikbaarheid van geestelijke gezondheidszorg voor confessionele bevolkingsgroepen; de verzorgingsstaat, die vanaf de jaren zestig een ruime collectieve financiering garandeerde; en de welzijnsideologie van de jaren zeventig, waarin psychisch en sociaal welbevinden de maatstaf werd voor een menswaardig bestaan. Er zijn aanwijzingen dat het ethos van de beweging voor de geestelijke volksgezondheid en de ambulante geestelijke gezondheidszorg aansloten bij bepaalde behoeften en voorkeuren van een groot deel van de Nederlandse bevolking. Uit internationaal vergelijkend onderzoek naar waardeoriëntaties komt naar voren dat Nederlanders zich samen met Scandinaviërs sinds de jaren zestig onderscheiden door een zogenaamde post-materialistische attitude, dat wil zeggen door een hoge waardering voor immaterieel welzijn, individuele vrijheid en ontplooiing. Veel minder dan de bewoners van andere landen hechten zij belang aan orde, gezag, hiërarchie, traditie en godsdienstige waarden en normen. Verder kenmerken Nederlanders en Scandinaviërs zich door een grotere permissiviteit op het gebied van de persoonlijke levenssfeer en een sterke drang om het leven naar eigen inzicht in te richten. Wat betreft de opvattingen over abortus, echtscheiding, (homo)seksualiteit, prostitutie, euthanasie, (soft)drugsgebruik en geloof geven zij blijk van de grootste tolerantie. Nederland, tot in de jaren zestig een van de meest kerkelijke landen in Europa, behoort nu tot de koplopers als het om het aandeel van de bevolking gaat dat zich niet meer aan een kerk gebonden acht.[42] Ondanks de hoge waardering van individualisme – in een vergelijking met een twintigtal andere westerse landen komt Nederland op dit punt op de vierde plaats na de Verenigde Staten, Zweden en het Verenigd Koninkrijk – is de Nederlandse cultuur tezamen met de Scandinavische tegelijkertijd als 'feminien' gekarakteriseerd. Dat houdt in dat er sprake is van een sterke oriëntatie op onderlinge zorg en verantwoordelijkheid, op sociale samenhang, solidariteit, hulp aan zwakken en affectieve relaties. Verder ligt de nadruk op egalitaire sociale verhoudingen, onderhandeling en

41 Schalken 1997, 593, 595.

42 Halman et al. 1987, 40-41, 72, 163, 251; Ester, Halman en De Moor 1993; Inglehart 1997, 93, 151, 214, 277-279, 335, 366-380 (vergelijk Inglehart 1990); Schnabel 1999, 27; Uitterhoeve 2000, 18, 21, 27, 68; Van Rossem 2004, 49. Het Nederlandse gezinspatroon daarentegen laat nog traditionele kanten zien. Het aantal gehuwde vrouwen dat beroepsarbeid verricht is in Nederland vrij laag in vergelijking met andere landen en Nederlanders zijn het van alle Europeanen het minste eens met de stelling dat zowel mannen als vrouwen moeten bijdragen aan het gezinsinkomen. Uitterhoeve 2000, 49, 64.

compromisvorming.[43] De Nederlandse samenleving kenmerkt zich met de Scandinavische landen door een hoog ontwikkelde *civil society*: een sterke organisatiegraad van het maatschappelijk middenveld en participatie van burgers in maatschappelijke organisaties.[44] Uit enquêtes komt naar voren dat de meerderheid van de Nederlandse bevolking sterk hecht aan de verzorgingsstaat en afkerig staat tegenover de vergroting van de marktwerking en meer onderlinge concurrentie en competitie.[45]

Het post-materialistische en 'feminiene' waardepatroon kan niet los worden gezien van het hoge welvaartsniveau en de egalitaire sociale structuur van Nederland. Tussen 1900 en 2000 verdriedubbelde het aantal inwoners van Nederland van ruim 5 tot bijna 16 miljoen, terwijl het Bruto Nationaal Product steeg van nog geen 2 miljard naar meer dan 800 miljard gulden, absoluut 125 keer en relatief bijna 5 keer zo hoog.[46] Op de lijst met rijkste landen staat Nederland op de 9e plaats en op de *Human Development Index*, waarin de levensstandaard, gezondheid en scholing zijn verdisconteerd, komt ons land als 5e na Noorwegen, Zweden, Australië en Canada. Volgens de *Human Poverty Index* kent Nederland op Zweden en Noorwegen na de minste sociale ongelijkheid en uitsluiting.[47] In de jaren zestig en zeventig was de groei van de collectieve sector als deel van het Bruto Nationaal Product nergens zo groot als in Nederland.[48]

De sinds de jaren zestig in Nederland sterk ontwikkelde democratisering van het dagelijkse en openbare leven, waardoor openlijke machtsuitoefening, (groeps)dwang en hiërarchie plaatsmaakten voor zelfontplooiing, emancipatie en informele omgangsvormen, vereiste een hoge mate aan inlevingsvermogen, individuele zelfbeheersing en subtiele sociale regulering. Liberale opvattingen gingen doorgaans niet gepaard met impulsieve bandeloosheid. Zo blijkt uit internationaal vergelijkend onderzoek dat Nederlanders het minst geneigd zijn om bij conflicten over te gaan tot vormen van protest als boycots, wilde stakingen, spontane demonstraties en bezettingen.[49] De gerichtheid op overleg, accommodatie en consensusvorming was vanouds typerend voor de burgerlijke en pragmatische Nederlandse elites en ook noodzakelijk vanwege de minder ongelijke machts- en afhankelijkheidsverhoudingen in vergelijking met centralistisch en monarchaal bestuurde landen. In de loop van de twintigste eeuw sijpelden deze omgangsvormen door naar de gehele maatschappij.[50] Met hun nadruk op zelfreflectie en bespreekbaarheid articuleerden autoriteiten op het gebied van de geestelijke volksgezondheid dergelijke attitudes en waarden, en boden zij een dui-

43 Hofstede 1998, 16-17; vergelijk Hofstede 1991. Het 'masculiene' cultuurpatroon kenmerkt zich door materialisme, een sterke rolverdeling tussen mannen en vrouwen, en een hoge waardering van ambitie, prestatie, assertiviteit, kracht, competitie en hiërarchische verhoudingen.

44 Therborn 1995, 307; Inglehart 1997, 190; Halman, Luijkx en Van Zundert 2005.

45 Sociaal en Cultureel Planbureau 2004.

46 Schnabel 2000, 137.

47 Oosterbaan 2005.

48 Therborn 1995, 93, 156.

49 Halman et al. 1987, 72.

50 Van Vree 1994; Van den Brink 1996, 529; De Rooy 2002, 13, 17; Van Rossem 2004, 39, 44, 54, 57.

delijk alternatief voor de achterhaalde ge- en verbodsmoraal. Vooral in de jaren vijftig, zestig en zeventig vormden ze ook een voorhoede in de sociaal-culturele vernieuwing, waardoor zij krediet opbouwden onder het publiek. Praten was bij uitstek hun remedie om problemen op te lossen, waarmee zij niet alleen aansloten bij de Nederlandse overleg- en consensuscultuur, maar ook steeds meer bij de dagelijkse beroepspraktijk van veel Nederlanders. Al sinds de jaren dertig is het grootste deel van de beroepsbevolking werkzaam in de dienstensector en in 2000 bedroeg het aandeel daarvan in de werkgelegenheid meer dan 50 procent.[51] In deze sector kwam communicatie meer en meer centraal te staan. Persoonlijkheidskenmerken als verbale en communicatieve begaafdheid, flexibiliteit en een fijnzinnige emotieregulering zijn belangrijke vereisten voor het maatschappelijk functioneren in het moderne, dichtbevolkte en in hoge mate verstedelijkte Nederland.

Lacunes en problemen in het historisch onderzoek

Aan het einde gekomen van onze rondtocht door de wereld van de psychiatrie en geestelijke gezondheidszorg in Nederland in de (lange) twintigste eeuw, gaan wij kort in op nog resterende lacunes in het historisch onderzoek. In het verlengde hiervan staan wij vervolgens wat uitgebreider stil bij de vraag in hoeverre ontwikkelingen in de psychiatrie en geestelijke gezondheidszorg in termen van kwaliteit en voor- of achteruitgang vallen te interpreteren.

In de inleiding en ook elders in ons boek signaleerden wij reeds een aantal (relatief) onbetreden paden en terreinen van onderzoek.[52] Om te beginnen is er nog onvoldoende onderzoek verricht naar en vanuit het perspectief van 'onderop': de beleving en ervaringen van lijders, patiënten of cliënten, alsook hun hulpzoekgedrag en therapeutische traject.[53] Evenmin is veel bekend over de zorg en behandeling buiten de psychiatrie en geestelijke gezondheidszorg: in familiekring, door huisartsen, in instellingen van liefdadigheid, in rust- en herstellingsoorden of bijvoorbeeld in het alternatieve circuit. Dat geldt tevens voor de specifieke zorg voor zenuw- of neuroselijders en voor de ontwikkeling en het functioneren van psychiatrische afdelingen in algemene ziekenhuizen. Onderbelichte terreinen zijn voorts de geestelijke gezondheidszorg voor en door diverse groepen (niet-westerse) allochtonen en de geestelijke gezondheidszorg in de Nederlandse koloniën. Ook is nog betrekkelijk weinig onderzoek verricht naar de verschuivende grenzen tussen gezond en ziek dan wel normaal en abnormaal, en de manier waarop daaraan uitdrukking werd gegeven, naar het imago en de (kunstzinnige)

51 Oosterbaan 2005, 24; vergelijk Knippenberg en De Pater 1990, 128–130; Righart 1995, 37; Therborn 1995, 67, 69; Inglehart 1997, 361; Schuyt 2001, 223.

52 Zie ook Gijswijt-Hofstra en Oosterhuis 2001a; Gijswijt-Hofstra en Oosterhuis 2001b.

53 Zie echter Vijselaar, monografie in voorbereiding; Vijselaar 2005; Vijselaar 2007b.

verbeelding van de psychiatrie in de samenleving. De invloed van gender behoeft eveneens nog meer aandacht. Andere door ons gesignaleerde lacunes betroffen de behandelpraktijken van psychiaters, hun werkzaamheden in de algemene gezondheidszorg en in particuliere praktijken, de introductie en invloed van psychofarmaca, biografieën van psychiaters, alsook internationale vergelijking van Nederland met andere landen. Een andere door ons genoemde lacune, de geschiedenis van het psychiatrisch verpleegkundig beroep, zal binnenkort tot het verleden behoren.[54]

Aan de eerder vermelde lacunes willen wij, overigens zonder de pretentie van volledigheid, nog enkele toevoegen. De verhouding tussen de psychiatrie dan wel de geestelijke gezondheidszorg en de algemene gezondheidszorg verdient in tal van opzichten nadere aandacht. We noemden reeds de rol van psychiaters in de algemene gezondheidszorg. Daarnaast dienen ook vragen naar de plaats van het vak psychiatrie in basisopleidingen voor artsen en verpleegkundigen, en naar de relatieve financiële en personele positie van de geestelijke en de algemene gezondheidszorg aan de orde te komen. Nader onderzoek is voorts gewenst naar de geschiedenis van het wetenschappelijk onderzoek in de psychiatrie, de ontwikkeling van de diagnostiek en benoeming van afwijking en ziekte in het psychiatrisch domein, de relatie tussen theorie en praktijk in de psychiatrie en geestelijke gezondheidszorg, en de cycli van therapeutisch optimisme en pessimisme in de psychiatrische praktijk. Meer aandacht behoeft in het bijzonder de onderlinge relatie tussen hetgeen onder noemers als arbeidstherapie, actievere therapie en sociotherapie in praktijk werd gebracht. Het einde van de arbeidstherapie verdient eveneens een plaats op de onderzoeksagenda. Dat geldt tevens voor de praktijk van de sociale psychiatrie, de voor- en nazorg, en de omgang met familieleden van patiënten of cliënten door hulpverleners in de geestelijke gezondheidszorg. Verder vormen de verschuivende betekenissen en de toepassing van dwang in de psychiatrie – gedwongen opname, diverse vormen van dwangbehandeling, lijfsdwang en afzondering – een nog onvoldoende verkend terrein. Min of meer in het verlengde hiervan komen de toepassing van castratie van zedendelinquenten en ook lobotomie als ingrijpende en onomkeerbare ingrepen in het menselijk lichaam in aanmerking voor nader onderzoek.[55] Eveneens is diepgaander onderzoek gewenst naar de gang van zaken in de psychiatrische inrichtingen tijdens de Tweede Wereldoorlog. Voorts verdienen thema's als intimiteit, seksualiteit of relatievorming in psychiatrische inrichtingen en ook de reacties op zelfdoding aandacht. Voor al dergelijke thema's – de forensische psychiatrie inbegrepen – geldt het desideratum van internationale vergelijking.[56] Bovendien is nader onderzoek gewenst naar de politieke besluitvorming met betrekking tot wetgeving en pu-

54 Zie Aan de Stegge, proefschrift in voorbereiding.

55 In het kader van Rechtsherstel Homoseksuelen verricht T. van der Meer momenteel onderzoek naar castratiepraktijken.

56 Zie Gijswijt-Hofstra en Oosterhuis 2005.

blieke financiering op het gebied van psychiatrie en geestelijke gezondheidszorg.[57] Ook de rol van de Inspectie verdient nog grondiger aandacht.[58]

Een van de moeilijkst te onderzoeken – en nog te weinig onderzochte – onderwerpen is de kwaliteit van de zorg en alles wat daarmee samenhangt. In hoeverre en aan de hand van welke maatstaven valt een kwaliteitsoordeel te geven over ontwikkelingen in de psychiatrie en geestelijke gezondheidszorg in de afgelopen eeuw? Kunnen we in dit verband spreken van vooruitgang? Vooruitgang is een term die in de revisionistische geschiedschrijving voornamelijk in kritische en ironische zin wordt gebruikt, maar wij menen dat een dergelijke vraag wel degelijk zinvol kan zijn. Toepassing van hedendaagse kwaliteitscriteria op de verleden tijd draagt uiteraard het risico in zich van anachronisme en zelfs regelrecht presentisme. Ook indien we kwaliteitscriteria uit het verleden benutten, doet zich evengoed nog het probleem voor dat de Inspectie, artsen, verpleegkundigen, patiënten, hun familie en andere betrokken partijen onderling en ook intern uiteenlopende maatstaven hanteerden en derhalve tot onderling verschillende beoordelingen kwamen. Een extra complicatie vormt het al dan niet beschikbaar zijn van relevante bronnen. Hoe dan ook staat wel vast dat maatstaven voor een voldoende of goede kwaliteit van zorg in de loop van de twintigste eeuw, mede onder invloed van bredere maatschappelijke ontwikkelingen op zowel materieel als immaterieel gebied, aan grote veranderingen onderhevig zijn geweest. Dit bracht met zich mee dat steeds weer nieuwe tekortkomingen werden gesignaleerd, die voorheen niet als zodanig waren aangemerkt, met als gevolg dat er nieuwe normen werden gesteld en deze werden verhoogd. Ook hier ligt nog een flink terrein open voor nader onderzoek.[59] Wij geven hier enkele aanzetten daartoe.

De Krankzinnigenwet van 1884 stelde voor het verlenen van een vergunning tot oprichting van een krankzinnigengesticht een viertal nadere eisen. Drie daarvan betroffen direct of indirect de huisvesting en één had betrekking op de personeelsvoorziening. Een krankzinnigengesticht moest ruim zijn en gezond gelegen, 'met voldoende gelegenheid tot beweging in de open lucht'. Er moest een afscheiding der seksen zijn, behalve bij kinderen onder tien jaar. Ook moest er 'voldoende gelegenheid [zijn] tot afzondering naar den aard en het getal der krankzinnigen'. Ten slotte gold als vierde eis een 'voldoende voorziening in den geneeskundige dienst en in den huisdienst naar den aard en het getal der krankzinnigen'.[60] Welke maatstaven voor toekenning van het predikaat 'voldoende' toentertijd en ook in latere decennia werden aangelegd, verdient nog nadere aandacht. Uit de eerder gegeven voorbeelden van de minimum hoeveelheid plaats-

57 Zie De Haan en Kennedy 2005, 430. Zie over de financiering van de geestelijke gezondheidszorg: Bakker en van der Velden 2004a; Bakker en Van der Velden 2004b; Bakker en van der Velden 2005; Bakker en Van der Velden monografie in voorbereiding.

58 Het proefschrift van Lucieer (2005) bevat weinig historische analyse.

59 Zie Gijswijt-Hofstra 2005; De Haan en Kennedy 2005; Bakker en Van der Velden, monografie in voorbereiding.

60 Zie 1.4, paragraaf 'De tweede krankzinnigenwet'.

ruimte per krankzinnige en het minimum aantal artsen of verplegenden voor een bepaald aantal patiënten bleek al wel dat de normen later naar boven, of, tijdens het interbellum, naar beneden toe zijn bijgesteld.[61]

De Krankzinnigenwet van 1884 voorzag tevens in de invoering van een registratieplicht van de toegepaste dwangmiddelen. Deze registratie was mede bedoeld om het gebruik van lijfsdwang en afzondering of separatie in de gestichten terug te dringen. Inderdaad nam het gebruik van te registreren mechanische dwangmiddelen af, maar daar kwamen andere, buiten de registratie vallende vormen van fixatie voor in de plaats. De toepassing van afzondering liep veel minder terug. In de jaren dertig en wederom eind jaren zeventig kwam het tot vernieuwing van de dwangmiddelenregistratie, nadat de oude in onbruik was geraakt. Afgezien van procedurele en enkele inhoudelijke aanvullingen of veranderingen bleef de strekking van de latere dwangmiddelenregistraties dezelfde. Het is nog onduidelijk in hoeverre aan de registratieplicht werd voldaan en of deze daadwerkelijk een matigende werking had. In ieder geval deden auteurs van leerboeken voor de krankzinnigenverpleging die in het interbellum verschenen, een moreel beroep op de (leerling-)verplegenden om mechanische dwangmiddelen terughoudend toe te passen. Eenzelfde terughoudendheid was volgens de auteurs niet geboden ten aanzien van het separeren van patiënten.

Huisvesting, personeelsvoorziening en dwangtoepassing golden gedurende de hele twintigste eeuw als officiële graadmeters voor de kwaliteit van zorg in de gestichten en inrichtingen.[62] Al moet daar wel direct het voorbehoud op volgen dat kwaliteit van zorg als zodanig een aanduiding was die pas vanaf de jaren zeventig van de twintigste eeuw in zwang kwam, althans in verslagen van het Staatstoezicht, in beleidsnota's en in wetgeving.[63] Zoals bekend was het toezicht op de uitvoering van de Krankzinnigenwet gelegen bij de Inspectie van het Staatstoezicht op Krankzinnigen en Krankzinnigengestichten, later omgedoopt tot het Staatstoezicht of de Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid. Uiteraard omvatte dit toezicht meer dan alleen de huisvesting, de personeelsvoorziening en de toepassing van dwangmiddelen. De geneeskundige status van de gestichten en inrichtingen bracht met zich mee dat de inspectie evenzeer was gericht op de geneeskundige behandeling en de algemene lichamelijke verzorging (voeding, kleding, ligging, hygiëne) van de patiënten. Daaraan waren dan ook in de vooroorlogse verslagen van het Staatstoezicht steevast hoofdstukken gewijd, evenals aan onder meer de statistiek der verpleegden, hun lichamelijke en geestelijke toestand, en de terreinen, gebouwen en meubilering van de gestichten en inrichtingen. De Inspectie verstrekte niet alleen feitelijke infor-

61 Zie over de plaatsruimte: Valk 1964, 396 en 399.

62 Om meer zicht te krijgen op de gehanteerde kwaliteitsnormen is een nadere analyse van de verslagen van het Staatstoezicht nodig.

63 Zie ook Glas 2005.

matie, maar gaf ook veelvuldig aan of bepaalde toestanden of ontwikkelingen als verbetering, als vooruitgang vielen te waarderen of juist niet.
De naoorlogse jaarverslagen zijn veel minder gedetailleerd en meer beleidsgericht dan de vooroorlogse. In het eerste naoorlogse verslag (over de jaren 1969-1974) liet de Inspectie in een hoofdstuk over 'De kwaliteit van de zorg' onder het hoofdje 'Algemene aspecten' weten wat onder de noemer 'kwaliteit van de zorg' viel te scharen: 'nieuwe behandelingsvormen, het creëren van een therapeutisch klimaat, een afstemmen van instituten op de maatschappij, het begeleiden van de patiënt, waarbij wordt uitgegaan van datgene, dat de patiënt zelf (nog) kan en vooral ook aan [...] het werken in teamverband'.[64] De Inspectie signaleerde al direct dat kwaliteit van de zorg 'in een aantal opzichten een subjectieve, moeilijk te kwantificeren zaak' is. Meetbaar was bijvoorbeeld de personeelsbezetting in tal van aspecten; als gedeeltelijk meetbaar gold bijvoorbeeld de bouwkundige situatie; en als (nog) niet meetbaar golden vele inhoudelijke, moeilijk te kwantificeren, maar voor de kwaliteit van de zorg belangrijke facetten, waaronder de menselijke verhoudingen binnen het instituut, de betrokkenheid en de inzet van de medewerkers, de bejegening van de patiënten of cliënten door de medewerkers en de communicatiepatronen.[65] Vooral de beschikbaarheid van 'voldoende gekwalificeerd' personeel vormde een punt van aandacht. Overigens werd in hetzelfde hoofdstuk over kwaliteit van de zorg in een aparte paragraaf veruit de meeste plaats ingeruimd voor juridische aspecten, waaronder de partiële wijziging respectievelijk de vervanging van de Krankzinnigenwet van 1884 door de BOPZ en de rechtspositie van psychiatrische patiënten. Ook in de latere jaarverslagen nam de rechtspositie van patiënten een prominente plaats in, met inbegrip van de door patiënten ingediende klachten en de behandeling daarvan.

Halverwege de jaren tachtig getuigde de *Nieuwe Nota Geestelijke Volksgezondheid* (1984) van staatssecretaris J.P. van der Reijden van een prealabel dilemma. Niet de lastige meetbaarheid van de kwaliteit van de zorg – het probleem dat de Inspectie in het voorgaande decennium opwierp – maar de definiëring van het begrip kwaliteit van de geestelijke gezondheidszorg werd nu als probleem gesignaleerd, alhoewel niet uitgewerkt, laat staan opgelost.[66] 'Het begrip kwaliteit van de GGZ', zo liet Van der Reijden weten, 'laat zich moeilijk omschrijven, gezien de verschillende visies die bestaan over [sic] GGZ.' Daarom koos hij

> ——— *voor een benadering [...] waarbij terreinen waarop de kwaliteit betrekking heeft, worden aangegeven, te weten: 1. de aard en inhoud van de opleidingen van de hulpverleners; 2. de eisen te stellen aan de voorzieningen; 3. het handelen van de beroepsbeoefenaren; 4. de positie van de cliënt.*[67]

64 Staatstoezicht op de Volksgezondheid 1976, 17.
65 Staatstoezicht op de Volksgezondheid 1976, 17-18, 24.
66 Zie voor een nadere beschouwing over het kwaliteitsbegrip in de gezondheidszorg: Harteloh 2000.
67 Van der Reijden 1984, 60.

De staatssecretaris gaf deze benadering onder meer handen en voeten door in de erkenningseisen voor Algemeen Psychiatrische Ziekenhuizen in 1985 het beschikken over een Patiënten Vertrouwens Persoon verplicht te stellen. Vanaf halverwege de jaren tachtig maakte de idee van de terugtredende overheid opgang. In 1990 formuleerde de overheid de hoofdlijnen van het kwaliteitsbeleid en koos daarbij, conform het in 1987 uitgebrachte advies van de commissie Structuur en Financiering Gezondheidszorg (de commissie Dekker), voor deregulering en globale wetgeving.[68] De instellingen dienden zelf de kwaliteit die zij leverden te bewaken en te controleren (de interne kwaliteitscontrole), terwijl het Staatstoezicht zich bij wijze van externe kwaliteitscontrole moest gaan toeleggen op het controleren van de interne kwaliteitscontrole. Dit heette 'toezicht op afstand' of, vanaf halverwege de jaren negentig: 'toezicht op toezicht'. De Kwaliteitswet Zorginstellingen (1996) formaliseerde deze ontwikkeling door de verantwoordelijkheid voor kwaliteitsbewaking primair bij de aanbieders van zorg te leggen.[69] Het is de vraag of dit de duidelijkheid omtrent de precieze betekenis van kwaliteit ten goede kwam.

Hoezeer de kwaliteit van zorg als containerbegrip voor zeer uiteenlopende aspecten van de zorg was gaan fungeren, blijkt onder meer uit de door het Nederlands Instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (NIVEL) uitgevoerde *Verdiepingsstudie transparantie kwaliteit van zorg* (2002).[70] Rubricering van de door zorginstellingen gehanteerde indicatoren voor kwaliteit leverde een viertal categorieën op: cliënten, medewerkers, *adverse events* en overig. Onder de rubriek cliënten vielen: tevredenheid, GGZ-thermometer (een gestandaardiseerd instrument waarmee de mening van cliënten over de kwaliteit van de zorg wordt gepeild), afgeronde behandeling, effecten van behandeling, effecten daklozenopvang, effecten ouderenzorg en cliëntzelfbeoordeling. De rubriek medewerkers omvatte de indicatoren ziekteverzuim, tevredenheid, verloop, werkdruk en vertrouwen in de organisatie waarin zij werkten. Onder *adverse events* waren onder meer gerangschikt: melding incidenten bewoners (MIB), klachten van patiënten, klachten van medewerkers en uitval. De rubriek overig bestond uit twee indicatoren: productie en kosten, waaruit blijkt dat bedrijfsmatige efficiency ook als graadmeter voor kwaliteit gold.[71]

Wat valt uit deze korte historische rondgang op te maken? Ten eerste dat in de loop van de naoorlogse periode patiëntenrechten en vervolgens ook het oordeel van patiënten of cliënten steeds sterker gingen meetellen in de beoordeling van de kwaliteit van de zorg. Dat was voordien ongekend. Ten tweede dat relationele aspecten als de omgang met en de bejegening van patiënten door verpleegkundigen, artsen en andere behandelaars vanaf de jaren zeventig deel gingen uitmaken van de kwaliteitsbeoordeling. Ten derde dat in de laatste decennia van de

68 Lucieer 2005, 110-111.
69 Zie ook Nijssen, Schene en De Haan 1999.
70 Sluijs et al. 2002.
71 Glas 2005, 12-13.

twintigste eeuw naast het oordeel van patiënten of cliënten ook het oordeel van de professionele uitvoerders van de zorg, inclusief de verpleegkundigen, alsmede van nieuwe partijen in het veld als zorgmanagers en verzekeraars in de kwaliteitsbeoordeling mee ging tellen. Ten vierde valt in algemene zin op dat het veld van de (geestelijke) gezondheidszorg sedert de jaren tachtig in toenemende mate in de ban is gekomen van kwaliteitsbeoordelingen en kwaliteitssystemen. Het in die periode sterk aan invloed winnende marktdenken was daar uiteraard niet vreemd aan. Als cliënten werden patiënten in toenemende mate als meer of minder mondige en eisen stellende consumenten tegemoet getreden. Een gevolg van het marktdenken was de toenemende invloed van financiers en managers, die veel waarde hechtten aan efficiency en 'productie' als graadmeters voor kwaliteit. De verzakelijking die hiervan weer het gevolg was, stond op gespannen voet met wat de hulpverleners en patiënten of cliënten als kwaliteit beschouwden: mede door de opdeling van taken en de toegenomen wisseling van personeel werd het moeilijker een vertrouwensband op te bouwen en in stand te houden, waardoor de direct betrokkenen de zorg als killer ervoeren.

Ook in internationaal vergelijkend onderzoek kwam het kwaliteitsvraagstuk binnen de geestelijke gezondheidszorg aan de orde. Zo verschenen, onder andere in opdracht van de World Health Organization, diverse studies waarin de ontwikkeling van de geestelijke gezondheidszorg in een aantal Europese landen in kaart werd gebracht.[72] In een 25 jaar omspannende studie uit 1987 concludeerden de redacteuren op basis van kwantitatieve indicatoren van veranderingen in de geestelijke gezondheidszorg in verschillende landen dat, ondanks de schaarse informatie over bepaalde indicatoren en enkele onopgeloste definitieproblemen, toch viel vast te stellen dat de geestelijke gezondheidszorg in West-Europa langzaam, maar wel degelijk merkbaar, verbeterde. De intramurale voorzieningen waren, gemiddeld genomen, kleiner geworden; er was meer professioneel en ander personeel bij de dagelijkse zorg betrokken; en het aantal gedwongen opnamen liep terug. Daarnaast, zo vervolgden de redacteuren, was de nog steeds dominante positie van de psychiatrische ziekenhuizen min of meer verzwakt ten gunste van de psychiatrie in algemene ziekenhuizen en van de semi- en extramurale voorzieningen.[73]

Toch is daarmee nog niet de vraag beantwoord in hoeverre en op grond van welke maatstaven een kwaliteitsoordeel valt te geven over ontwikkelingen in de psychiatrie en geestelijke gezondheidszorg in de gehele afgelopen eeuw. Inderdaad vallen partiële beoordelingen te geven op grond van kwantitatieve criteria als de bovenstaande, althans tot op zekere hoogte. Want tegelijkertijd dienen we ons bijvoorbeeld te realiseren dat de omvang van een psychiatrische inrichting op zichzelf niet maatgevend voor kwaliteit behoeft te zijn. Ook aspecten als de

72 Zie bijvoorbeeld Freeman, Fryers en Henderson 1985; Mangen 1985a; Breemer ter Stege en Gittelman 1987.

73 Breemer ter Steege en Gittelman 1987, 19.

grootte van de gebouwen en de interne differentiatie in afdelingen, al dan niet in de vorm van paviljoens, zouden moeten worden meegewogen. Min of meer in het verlengde hiervan valt te wijzen op de omvang en de bezetting van verblijfs- en slaapruimten. Slaapzalen met twintig of meer bedden maakten in de tweede helft van de twintigste eeuw plaats voor slaapkamers met zes of minder bedden. Dat valt als een verbetering aan te merken, maar wel als een die niet op zichzelf stond. Immers, met het toenemen van de welvaart werden hoe dan ook hogere eisen aan huisvesting gesteld en in praktijk gebracht. In Nederland getuigen de Actie Huisvesting in de jaren zeventig en de aandacht voor privacy vanaf de jaren tachtig daarvan. Patiënten hechtten grote waarde aan een eigen woonruimte en betere sanitaire voorzieningen, en daar is in de laatste decennia ook steeds meer aan tegemoetgekomen. De schaalverkleining en de beschutte en beschermende woonvormen hebben uiteraard direct met (ruimere) huisvesting en meer privacy te maken. Met andere woorden: een kwaliteitsbeoordeling van ontwikkelingen in de geestelijke gezondheidszorg over een langere periode kan niet zonder een contextuele benadering.

Vooruitgang: dilemma's en paradoxen

Ook dan zijn er nog dilemma's en paradoxen te over. Neem het voorbeeld van dwangmaatregelen: wat zegt het over de kwaliteit van de zorg wanneer, zoals in Nederland, verhoudingsgewijs meer gebruik wordt gemaakt van het isoleren van onrustige of voor zichzelf of anderen gevaarlijke patiënten, dan van het fixeren gecombineerd met het onder intensieve begeleiding en enige dwang behandelen van dergelijke patiënten, zoals in andere landen vaak gebeurt? Hoe moeten we de sterke nadruk in Nederland op de rechtspositie van patiënten, dat wil zeggen hun recht op autonomie, beoordelen als dat recht tegelijkertijd een geëigende psychiatrische behandeling kan verhinderen, waardoor de levenskwaliteit van geesteszieken kan verslechteren en zij zelfs ten prooi kunnen vallen aan (zelf)verwaarlozing en verloedering? Of neem de vermaatschappelijking zoals die gestalte heeft gekregen in de onderbrenging van chronische psychiatrische patiënten in al dan niet beschermende woonvormen in de steden. Inmiddels zijn ook onbedoelde, 'perverse' effecten van hun terugkeer in de maatschappij aan het daglicht getreden. Sommige patiënten zouden, ongeacht de aard en intensiteit van de geboden begeleiding, meer gebaat zijn bij een rustiger en overzichtelijker leefomgeving buiten de stad, met meer orde en regelmaat, zoals psychiatrische ziekenhuizen die voorheen boden. De grotere privacy en meer geïndividualiseerde woonomstandigheden kunnen ook tot onzekerheid, apathie en eenzaamheid leiden. Het collectieve samenlevingsverband van de traditionele inrichting was niet alleen beknellend, maar kon ook voor bezigheden, vastigheid en geborgenheid zorgen. De behoefte daaraan van met name chronische geesteszieken is vanaf de jaren ze-

ventig wellicht onderschat, zoals hun vermogen tot autonomie, een zinvolle invulling van hun leven en volwaardig burgerschap nogal overschat is. Een en ander maakt een afweging in termen van kwaliteit op zijn minst lastig en hoe dan ook complex.

Soortgelijke dilemma's en paradoxen doen zich eveneens voor op andere terreinen en niveaus van de geestelijke gezondheidszorg. Zo kent de regionalisering van de zorg ook perverse effecten: patiënten kunnen niet zomaar in een andere zorgregio dan waarin zij verblijven hulp zoeken bij zorginstanties, terwijl zorgaanbieders die vrijwel buren van elkaar zijn, maar in verschillende zorgregio's zijn gevestigd om die reden niet tot fusie kunnen overgaan.[74] Verder vertoont de wetgeving averechtse effecten. Dat was vroeger het geval, toen alleen opname met een rechterlijke machtiging mogelijk was. Deze was bedoeld om burgers te vrijwaren tegen een onrechtmatige beroving van hun vrijheid, maar had vooral de stigmatisering van de gehele inrichtingspsychiatrie en de opgenomen patiënten tot gevolg, een last waarvan de psychiatrie zich maar moeizaam heeft weten te bevrijden. Dergelijke onbedoelde gevolgen komen nog steeds voor. Een voorbeeld is de hierboven genoemde rechtsbescherming van patiënten, die tegelijkertijd, ook in het geval van een gedwongen opname, een barrière kan vormen voor de toepassing van (dwang)behandeling. Nogmaals wijzen wij op de onbedoelde, tot op zekere hoogte als pervers te typeren gevolgen van de uitbreiding van het aanbod in met name de ambulante geestelijke gezondheidszorg met tal van nieuwe therapeutische instellingen, waardoor lichtere aandoeningen – het 'ongerief' uit de titel van ons boek – in toenemende mate in de sfeer van psychische afwijkingen en tekorten zijn getrokken. Een dergelijke tendens doet zich ook op het gebied van de psychofarmaca voor. Deze zijn oorspronkelijk voornamelijk ontwikkeld ter behandeling van ernstige psychotische en persoonlijkheidsstoornissen, maar in de laatste jaren worden zij in toenemende mate voorgeschreven voor lichtere aandoeningen en wellicht zullen zij in de toekomst door geestelijk gezonde mensen worden aangewend om hun stemming te verbeteren of om hun geestelijke capaciteiten te optimaliseren. De laatste twee ontwikkelingen vormen specifieke voorbeelden van wat wij eerder als een grondpatroon in de gehele geschiedenis van de psychiatrie en geestelijke gezondheidszorg hebben aangemerkt: de perverse gevolgen van de dynamiek tussen therapeutisch optimisme en pessimisme. Nieuwe, veelbelovende therapeutische behandelingen kwamen vaak ten goede aan nieuwe doelgroepen, terwijl ernstige en langdurig geesteszieke mensen, aan wie de nieuwe inspanningen eigenlijk ten goede dienden te komen, als min of meer onbehandelbaar werden gekwalificeerd, waardoor zij genoegen moesten nemen met minder middelen en minder goede zorg.

Hoewel van tijd tot tijd zeker ook pessimistische geluiden waren te horen in de psychiatrie en geestelijke gezondheidszorg, lieten beleidsvormers en hulpver-

74 Zie Van Daalen 2006.

leners zich toch overwegend leiden door het idee dat het beter moest en kon. Die hoopvolle verwachting was voor een groot deel hun *raison d'être*. In die zin waren psychiatrie en geestelijke gezondheidszorg niet bijzonder, maar maakten zij deel uit van de moderniteit. Wij hebben in dit boek hun geschiedenis beschreven tegen de achtergrond van moderniseringsprocessen in de Nederlandse samenleving: industrialisering, nationale eenwording, groeiende mobiliteit en communicatie, vergrote staatsbemoeienis, toenemend sociaal activisme, democratisering, individualisering, rationalisering, verwetenschappelijking en (proto) professionalisering. De onafgebroken beweging en verandering die de moderniteit kenmerken, zijn in wezen gebaseerd op voortdurende ontevredenheid over het bestaande en een rusteloze, voluntaristische drang naar verbetering, naar vooruitgang. Het valt moeilijk te ontkennen dat in de loop van de twintigste eeuw de materiële levensomstandigheden van de gehele bevolking zijn verbeterd en dat de individuele vrijheid en onderlinge gelijkheid aanmerkelijk zijn vergroot. Meer tevredenheid of geluk lijkt dit alles echter niet op te leveren. Steeds hogere normen en verwachtingen zorgen telkens weer voor nieuwe onvrede.[75] Zo leidde de bevrediging van de basale materiële behoeften (veiligheid, huisvesting, voeding) tot nieuwe strevingen op zowel materieel als immaterieel gebied. Toen vrijwel de gehele Nederlandse bevolking, zeker in vergelijking met de levensomstandigheden van grote delen daarvan in de periode daarvoor, in het midden van de twintigste eeuw min of meer welvarend was geworden, dienden zich nieuwe uitdagingen aan: mensen moesten de mogelijkheid krijgen zichzelf te ontplooien en zelf zin en vorm aan hun leven te geven. Tegelijkertijd werden de eisen waaraan mensen moesten voldoen om de nieuwe mogelijkheden ook daadwerkelijk te kunnen benutten – een open en actieve houding, zelfsturing, assertiviteit, psychologisch inzicht, relationele en communicatieve vaardigheden, een vooruitziende blik – steeds hoger opgeschroefd. Het geloof in maakbaarheid, een ander essentieel kenmerk van de moderniteit, schraagde de verwachting dat de meeste mensen, al dan niet met de nodige steun, hulp en begeleiding, ook in staat zouden zijn aan de verwachtingen tegemoet te komen.

Maar wat is het lot van een wellicht toenemend aantal mensen – onder wie niet in de laatste plaats lijders aan min of meer ernstige psychische stoornissen – die niet aan de eisen van de moderniteit kunnen of willen voldoen, die deze 'vooruitgang' niet kunnen of willen bijhouden? Ondanks het grote aanbod aan psycho- en sociotherapeutische behandelvormen en de aanhoudende stroom van nieuwe psychofarmaca is er geen sprake van dat de frequentie van psychische stoornissen en klachten afneemt. Integendeel, de toename van remedies lijkt gelijke tred te houden met de groei en een ruimere definitie van psychische aandoeningen. In dit verband hebben we er herhaaldelijk op gewezen dat het hulpaanbod van de psychiatrie en de geestelijke gezondheidszorg de vraag in hoge mate stuurt en

75 Van den Brink 2007.

veel minder andersom. Of dit als een averechts of zelfs pervers effect moet worden gezien, is vatbaar voor discussie. Er valt wat voor te zeggen om de spiraal van het groeiende aanbod en de daarop volgende toename van de vraag als teken van toenemende beschaving te beschouwen, als een voortdurende poging om wat mensen als gebreken of onvolkomenheden ervaren, te verhelpen. Maar dat neemt niet weg dat vooruitgang, maakbaarheid en voluntarisme in wezen lijnrecht staan tegenover wat de essentie van werkelijke en met name chronische geestesziekte inhoudt: het overgeleverd zijn aan onbeheersbare voorstellingen en impulsen, het niet kunnen beantwoorden aan de verwachtingen in het sociale verkeer, het ontbreken van een toekomstperspectief en de afwezigheid van het vermogen tot doelgerichte verandering teneinde zelf vorm te geven aan het leven. Geen vooruitgang, maar stilstand en de terugkeer van steeds hetzelfde; geen maakbaarheid, maar machteloosheid en onvoorspelbaarheid; geen voluntarisme, maar passiviteit en apathie.

Wat betreft het vermogen van psychiaters en andere hulpverleners om de ontwrichtende symptomen en gevolgen van geestesziekte te beheersen, zijn er ongetwijfeld vorderingen gemaakt. Sinds de jaren zestig zijn zorg en behandeling beter empirisch onderbouwd dan daarvoor en hebben rationalisering en standaardisering geleid tot een grotere transparantie ervan. Verder wordt in de psychiatrie meer (natuur)wetenschappelijk onderzoek verricht. Toch is het de vraag wat dit alles heeft opgeleverd. Het biochemische, genetische en neurofysiologische onderzoek en de geavanceerde scantechnieken van de biomedische psychiatrie zijn er, ondanks de pretenties en hoge verwachtingen van sommige psychiaters, nog niet in geslaagd om de oorzaken van geestesziekten eenduidig bloot te leggen, laat staan dat zij de definitieve genezing van de lijders daaraan dichterbij hebben gebracht. Of psychofarmaca en andere behandelvormen het maatschappelijk functioneren van psychiatrische patiënten blijvend kunnen verbeteren, is evenzeer twijfelachtig. Geestesziekte blijft een weerbarstig fenomeen, dat zich steeds weer onttrekt aan de vermeende zegeningen van de moderniteit. Dankzij moderniseringsprocessen op materieel en immaterieel gebied zijn de levensomstandigheden en de rechten van de meeste psychiatrische patiënten ontegenzeggelijk verbeterd en kunnen mensen met lichtere psychische problemen op meer begrip en professionele hulp rekenen. Uitsluiting en medelijden hebben voor een groot deel plaatsgemaakt voor medemenselijkheid en rechtsgelijkheid. Door het gegroeide respect voor de integriteit en zelfbeschikking van patiënten en cliënten is de taak van de geestelijke gezondheidszorg bepaald niet eenvoudiger geworden, vooral als er sprake is van overlast of gevaar. Hulpverleners krijgen het steeds moeilijker om patiënten en cliënten, hun familie, de naaste omgeving en de samenleving als geheel tevreden te stellen. Dit laat onverlet dat er vanuit het oogpunt van medemenselijkheid en respect, met andere woorden broederschap, veel gewonnen is en dat de Nederlandse geestelijke gezondheidszorg internationaal gezien zeker geen slecht figuur slaat. Dat is vooruitgang. Maar een humanere

bejegening, grotere formele rechtsgelijkheid en een effectievere symptoombestrijding hebben nog altijd weinig invloed op geestesziekte als zodanig en betekenen evenmin dat een van de ingrijpendste gevolgen ervan, het grotendeels of geheel sociaal gehandicapt zijn, weggenomen kan worden. Vrijheid en gelijkheid zijn mooie idealen als het om de gewenste maatschappelijke positie van geesteszieken gaat, maar de werkelijkheid is anders. Vanuit het perspectief van maatschappelijke participatie en volwaardig burgerschap, waarvoor vooral op mentaal gebied steeds hogere eisen gelden, lijkt de afstand tussen mensen met psychische stoornissen of problemen en de meer succesvolle deelnemers aan de moderne samenleving eerder groter dan kleiner te worden. En dat is zeker een pervers effect van vooruitgang.