

# Ordering in de geestelijke gezondheidszorg; beleidsvragen op macroniveau

## A. Draaisma

### Inleiding

In het hiernavolgende<sup>1</sup> zal de vraag besproken worden of ordening in de geestelijke gezondheidszorg legitiem is. Het begrip legitimiteit zal daarbij worden gehanteerd in politologisch-sociologische zin: hoe wordt ordening gerechtvaardigd en hoe ervaren; wordt zij zinvol en juist geacht, en ethisch verantwoord?<sup>2</sup>

Het begrip ordening zal in dit betoog worden opgevat in de zin van het vaststellen van bindende regels en het voorschrijven van dwingende voorwaarden door de overheid.

Daarmee wil overigens niet gezegd zijn dat er in dit opzicht nog sprake zou zijn van een traditionele tegenstelling tussen overheid en particulier initiatief. De overheid heeft zich immers, door garanderen en financiering van een omvangrijk stelsel van welzijnszorg- en gezondheidszorgvoorzieningen, principieel geheel aan de zijde van het particulier initiatief opgesteld.<sup>3</sup>

De lijn van het betoog is als volgt. Allereerst wordt ingegaan op de vraag hoe de overheid ordening in de gezondheidszorg rechtvaardigt, hoe ordening door de dienstverlenende sector wordt ervaren en hoe door de cliënt-patiënt. Geconcludeerd wordt dat er op het terrein van de geestelijke gezondheidszorg m.b.t. deze vragen nauwelijks sprake is van een specifieke situatie. Dit betekent echter niet dat er geen eigen, sector-gebonden, motieven voor ordening zouden zijn.

Daarvan wordt op de eerste plaats genoemd de verschuiving van het algemeen maatschappelijk werk en de geestelijke gezondheidszorg naar 'professioneel dankbare' terreinen (verder genoemd het 'middengebied'); daardoor ontstaat niet alleen een vertekend beeld van de werkelijke nood in de samenleving, maar vallen bovendien nog steeds bepaalde groepen tussen wal en schip. Een tweede specifiek ordeningsmotief heeft te maken met het gedrang, om niet te zeggen concurrentie op dit middengebied; dit wordt veroorzaakt door het naast elkaar bestaan en groeien van een viertal circuits van geestelijke gezondheidszorg.

Dit alles wijst op de noodzaak tot beheersing van het aanbod van geestelijke gezondheidszorg. Het object van ordening is echter uiterst vaag en welhaast even veelvormig als er meningen zijn over wat nu geestelijke gezondheid zou zijn. Deze zelfde pluriformiteit is kenmerkend voor de binnen de geeste-

lijke gezondheidszorg aangewende middelen en methoden alsmede voor hun uiterlijk organisatorische verschijningsvorm.

Hiermee wordt echter geen negatief waarde-oordeel uitgesproken: juist binnen de geestelijke gezondheidszorg moet iedere vorm van dwang zoveel mogelijk worden vermeden.

Toch wordt niet geconcludeerd dat de ordening van de overheid op dit terrein niet mogelijk is en alleen marginaal zou mogen zijn. Gepleit wordt namelijk voor een dwingend ingrijpen door de overheid in die zin, dat voorkomen wordt dat welzijnszorg en geestelijke gezondheidszorg zich tezeer concentreren op het in professioneel opzicht dankbare middenterrein. Ook dient de onordelijke concurrentie op dit middengebied in goede banen te worden geleid.

Voor zo'n ordening is weliswaar 'marktonderzoek' een onmisbaar instrument, desalniettemin is het de vraag of alle technieken van de zogenaamde socialmarketing in de geestelijke gezondheidszorg zonder meer toelaatbaar zijn. Met name het 'aan de man brengen ervan', de promotion heeft bedenkelijke kanten. Er is immers geen reden om aan te nemen dat het adagium, dat het aanbod mede de behoefte schept, niet ook, eerder integendeel, in de geestelijke gezondheidszorg opgeld doet.

Voor een verantwoording en enige nadere suggesties wordt tenslotte naar het laatste hoofdstuk verwezen.

### Legitimiteit van ordening in de gezondheidszorg

Een belangrijk aspect van het hier aan de orde zijnde legitimiteitsvraagstuk is de vraag hoe ordening door overheid gerechtvaardigd wordt. Voor wat be-

---

**Mr. A. Draaisma** (1942) was een zestal jaren secretaris van de Sectie Ziekenhuizen van de Nationale Ziekenhuisraad; gedurende 1977 en 1978 was hij algemeen secretaris van de Ned. Ver. voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg; thans is hij als organisatie-adviseur verbonden aan Raadgevend Bureau Berenschot.  
Adres: Faustdreef 91, Utrecht, tel. 030-615182.

---

treft de gezondheidszorg in het algemeen vindt men, vanaf de Volksgezondheidsnota 1966, in de diverse regeringstukken de volgende gedachtengang terug: sinds de westerse samenleving het recht op gezondheidszorg<sup>4</sup> als sociaal grondrecht heeft geaccepteerd, berust op de overheid de plicht ervoor te doen zorgdragen, dat ten behoeve van iedere burger dié gezondheidsvoorzieningen geografisch beschikbaar en financieel bereikbaar zijn, waaraan behoefte is. Daarbij dient de overheid erop toe te zien dat de betreffende voorzieningen een kwalitatief verantwoord niveau hebben en houden. Stond in de Volksgezondheidsnota 1966 het belang van de cliënt-patiënt voorop en was de kosten-explosie nog van ondergeschikte betekenis, sinds de Structuurnota Gezondheidszorg 1974<sup>5</sup> speelt als dominant motief voor ordening van de gezondheidszorg de noodzaak de expansieve kostenstijging te beteugelen.

Een soortgelijke ontwikkeling, als hierboven geschetst, vond ook plaats op het terrein van de geestelijke gezondheidszorg. De nota Krusinga uit 1970<sup>6</sup> laat duidelijk blijken dat hier dezelfde ordeningsmotieven spelen als in het algemeen door de overheid worden gehanteerd (zie hiervoor). Andere officiële (overheids)stukken uit de laatste jaren betreffende de ambulante geestelijke gezondheidszorg vertonen eenzelfde beeld.<sup>7</sup> Sterk wordt beklemtoond hoe verbrokkeld, weinig samenhangend, onderling sterk variërend en vele dubblures vertonend, dit niet-klinische veld van de geestelijke gezondheidszorg is.

De vraag of ordening gerechtvaardigd is, interfereert sterk met een ander aspect van het legitimiteitsvraagstuk, te weten de vraag of de (voor)genomen maatregelen, voorschriften en voorwaarden, als zinvol en juist worden ervaren. Met name is deze vraag van belang voor diegenen die rechtstreeks met de bewuste maatregelen enz. te doen hebben, te weten de professionele hulpverlening en de (potentiële) cliënt c.q. de maatschappij.

Voor een antwoord op de vraag hoe ordening wordt ervaren door de professionele hulpverlening kan, vooral de laatste tijd, uit een omvangrijke reeks reacties uit die sector worden geput.<sup>8</sup> Er is veelal sprake van een aanzienlijke weerstand tegen kritiek van overheid en derden en zeker tegen verandering.<sup>9</sup> Algemene instemming met wat van buiten komt, en dat niet alleen, het geldt ook voor ordening binnen eigen kring op het niveau van de over-

koepelende organisaties, is welhaast een utopie; zeker als het aankomt op concrete uitvoeringsvoorstellen. Met name bleek dit in reactie op de Structuurnota Gezondheidszorg. Leidde deze nota reeds tot allerhande afhoudend commentaar, de nadien, ter uitvoering ervan, ingediende wetsontwerpen Voorzieningen Gezondheidszorg en Tarieven Gezondheidszorg werden door sommige sectoren uit de professionele dienstverlening zelfs gezien als een verkapte nationalisatie van de gezondheidszorg.

De ervaring dat iedere (voorgenomen) ordening bij de uitvoerende sector op veel weerstand stuit, komt hopelijk de frustratie-tolerantie van critici en overheid ten goede. Gezien het gangbare overleg dat de overheid met de dienstverlenende sector steeds tevoren pleegt en de mate waarin zij met de geluiden eruit rekening houdt, lijken andere conclusies hier niet opportuun.

Veel minder duidelijk uit zich hoe (voorgenomen) ordening door de (potentiële) cliënt-patiënt wordt ervaren. Met name wordt dit veroorzaakt doordat deze (nog) niet hecht georganiseerd is. Beschouwt men echter het parlement als representant van de gebruiker van gezondheidsvoorzieningen, dan is er uiteraard voldoende materiaal om dit na te gaan. In het algemeen kan worden gesteld dat de ordeningsvoorstellen van de overheid betreffende de gezondheidszorg, door het parlement wel worden geaccepteerd.<sup>10</sup>

Het is echter sterk de vraag of het parlement wel kan worden beschouwd als dé representant van de gezondheidszorg-consument bij uitstek. Het parlement heeft immers tot taak alle belangen van de Nederlandse samenleving te behartigen, waaronder mogelijk ook belangen die strijdig zijn met gezondheidszorgbelangen; men denke daarbij aan het stellen van prioriteiten bij de besteding van het nationale inkomen, vooral met betrekking tot de collectieve lasten.

Ook de ziekenfondsorganisaties kunnen moeilijk als representant van de consument-patiënt worden beschouwd: als 'bemiddelaars' tussen consument en dienstverlenende sector zijn zij ten deze vlees noch vis. Dit verklaart dan ook mede het ontstaan en bestaan van, in aantal toenemende, patiëntenorganisaties.<sup>11</sup>

Door wie hij zich ook vertegenwoordigd weet, de blik van de consument-patiënt is gericht op twee kanten: hoe ervaart hij de ordening (of wanorde)

die de dienstverlenende sector zichzelf heeft 'aangemeten' of aanmeet; en dat zowel binnen de directe hulpverleningsconfrontatie, als gezien vanuit de anoniemere instellingsstructuur. Van de andere kant, hoe ziet hij de ordening die de overheid aanbrengt of voorstaat. Wil hij gehoord worden, dan lijkt het onvermijdelijk dat hij zich zelfstandig organiseert; onafhankelijk van overheid, zorgverlenende sector of andere organen als ziekenfondsorganisaties e.d. Binnen de kortste keren 'verwordt' hij anders tot 'ingepakt' onderdeel van 'het systeem'.<sup>12</sup>

Met name in de geestelijke gezondheidszorg manifesteert zich deze onafhankelijke opstelling van cliëntorganisaties.<sup>13</sup> Gewezen kan worden op de Cliëntenbond in de welzijnszorg en geestelijke gezondheidszorg, met haar kritische commentaren op het Wetsontwerp Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen. De bond heeft daarnaast een ontegenzeggelijke invloed op het tot stand brengen van een meer democratische bejegening in de psychiatrische centra en op verbetering van de rechtspositie van psychiatrische patiënten.

Tot slot zij opgemerkt dat, met betrekking tot de wijze waarop de overheid binnen de geestelijke gezondheidszorg ordening rechtvaardigt, géén ander specifiek materiaal werd aangetroffen, dan hiervoor vermeld. Eenzelfde constatering geldt voor de vraag hoe de dienstverlenende sector en de cliënt-patiënt ordening binnen de geestelijke gezondheidszorg ervaren. Dit betekent echter geenszins dat er geen sprake zou zijn van een specifieke situatie in deze opzichten.

### **Specifieke motieven voor ordening in de geestelijke gezondheidszorg**

Hierop aansluitend is de vraag van belang of er in de geestelijke gezondheidszorg specifieke motieven voor ordening aanwezig zijn. Bij een poging tot analyse van de huidige stand van zaken in de geestelijke gezondheidszorg dringen zich sterke indicaties op, die hierop wijzen. De belangrijkste daarvan hangen samen met de toenemende tendens in de welzijns- en gezondheidszorg tot steeds verdergaande professionalisering, specialisatie en differentiatie op de in professioneel opzicht dankbare terreinen. Het algemeen maatschappelijk werk bijvoorbeeld gaat zich meer en meer bezig houden met o.a. relatietherapieën en zelfs crisisinterventie en

verschuift daarmee in de richting van de geestelijke gezondheidszorg.<sup>14</sup> Dit in plaats van zich vooral te blijven richten op 'eenvoudige' problemen, zoals het geven van informatie en advies, het helpen bij het gebruik maken van bestaande voorzieningen, regelingen, bijstand, het helpen (leren) bij het invullen van formulieren, daarbij bemiddelen enz.

Intussen moet, aan de andere kant, met 'moeilijke' patiënten kennelijk zo 'geleurd' worden, dat een officiële commissie van het Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne de vraag bestudeert of niet een klein aantal psychiatrische centra voor deze patiënten apart moet worden gereserveerd.<sup>15</sup> Bovendien worden de psychiatrische ziekenhuizen, onder druk van de ziekenfondsen, 'verleid' tot een splitsing in ziekenhuis en verpleeghuis, derhalve tot een splitsing in zogenaamd 'behandelbare' en 'niet-behandelbare'- c.q. verblijfspatiënten.<sup>16</sup>

Tegelijkertijd neemt de extra-murale activiteit van dezelfde psychiatrische centra aanzienlijk toe.

Door dit alles ontstaat niet alleen een vertekend beeld over de werkelijke nood in de samenleving, maar vallen bovendien nog steeds bepaalde groepen tussen wal en schip.

Hoewel dit soort verschuivingen zich ook wel elders in de gezondheidszorg voordoet, lijkt het hier beschreven verschijnsel in de welzijnszorg en geestelijke gezondheidszorg een zodanige omvang te hebben aangenomen, dat er sprake is van een specifiek ordeningsmotief. Aanbevolen wordt, maatregelen te treffen die ertoe leiden, dat de 'eenvoudige' hulpverlening en de 'moeilijkste en urgentste' voorrang wordt gegeven. Althans, er zou, via dwingende maatregelen van de overheid, in ieder geval voor gewaakt dienen te worden dat men niet van beide zijden 'wegschuift naar het middengebied'.

Temeer is een dergelijke dwingende ordening geboden, aangezien er op dit middengebied, zoals bestreken door de ambulante geestelijke gezondheidszorg, sprake is van enig wanordelijk 'gedrang'. Gewezen kan daarbij worden op een viertal, zich los van elkaar ontwikkelende 'circuits'.<sup>17</sup> Op de eerste plaats is daar het algemeen maatschappelijk werk, waarover reeds in het voorgaande werd opgemerkt, dat deze aan het verschuiven is in de richting van de ambulante geestelijke gezondheidszorg. Vervolgens is er de klinische psychiatrie, die zich via zijn poliklinieken meer en meer begeeft op het terrein van de ambulante geestelijke gezondheidszorg; de-

ze activiteiten worden nu nog deels gefinancierd uit intramurale gelden en deels uit de opbrengst van herhaal- en verwijskaarten, die ten goede komt van de aan de betreffende psychiatrische centra verbonden psychiaters voor behandeling van ziekenfondspatiënten. Binnen dit tweede circuit vallen verder de psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen, de zogenaamde PAAZen, alsmede psychiatrische dag-ziekenhuizen. Een derde circuit wordt gevormd door de ambulante geestelijke gezondheidszorg, zoals georganiseerd in sociaal-psychiatrische diensten, medisch opvoedkundige bureaus, bureaus voor levens- en gezinsvragen, instituten voor multidisciplinaire psychotherapie en consultatiebureaus voor alcohol- en drugsbestrijding; deze, binnen de Nederlandse Vereniging voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg georganiseerde sector is doende zich in regionale instituten voor ambulante geestelijke gezondheidszorg (zogenaamde RIAGGs) te hergroeperen en oefent grote druk uit om door de AWBZ gefinancierd te worden.<sup>18</sup> Een vierde circuit is dat van de vrij gevestigde psychiaters en psychotherapeuten. Het eerder genoemde systeem van herhaal- en verwijskaarten, alsmede ook de gangbare praktijk in de particuliere ziektekostenverzekering, maakt het mogelijk, en het gebeurt ook, dat voornamelijk uit deze gelden, instellingen voor ambulante geestelijke gezondheidszorg worden georganiseerd, waaraan maatschappelijke werkers, psychologen enz. zijn verbonden. Daarnaast werd onlangs de ziekenfondsverstrekking niet-klinische psychotherapeutische hulp door vrij gevestigde psychiaters, uitgebreid van 45 zittingen per jaar per cliënt tot 90 zittingen.<sup>19</sup> In het vat zit bovendien nog een uitbreiding van deze verstrekking met groeps-, gezins- en partnerrelatetherapie.<sup>20</sup>

Dit zo overziende ontkomt men, zoals gezegd, haast niet aan de indruk dat er sprake is van onordelijke concurrentie. Ook in dit opzicht geldt dat dit ook wel elders in de gezondheidszorg het geval is. De situatie in de geestelijke gezondheidszorg lijkt echter dermate verontrustend, dat ook hier sprake is van een specifiek ordeningsmotief.

Het lukt de overheid kennelijk nog niet deze ontwikkeling in de hand te houden of in goede banen te leiden. Dit terwijl zij daarvoor toch over redelijk adequate beleidsinstrumenten lijkt te beschikken, te weten de koorden (sociale verzekeringswetgeving en

subsidiewetgeving) van de beurs (premies sociale verzekeringen en omvang overheidssubsidies).<sup>21</sup>

Dit alles wijst op de noodzaak van beheersing van het aanbod van geestelijke gezondheidszorg, zowel qua soort (in organisatorisch opzicht, in de zin van: door wie) als in kwantitatief opzicht. De voorliggende vraag is echter: wat is het object van ordening?

### **Wat te ordenen?**

In het voorgaande is nog niet ter sprake geweest om welk terrein het in feite gaat in de geestelijke gezondheidszorg. Dit immers is een voor de hand liggende en noodzakelijk voorafgaande vraag bij een bezinning op een mogelijke ordening ervan. Deze vraag heeft reeds velen beziggehouden.

Zo merkte de toenmalige Staatssecretaris van Sociale Zaken en Volksgezondheid, Kruisinga, op het weinig zinvol te achten een antwoord te zoeken op de vraag wat geestelijke gezondheid is.<sup>22</sup> Immers, als er ergens sprake is van 'zoveel hoofden, zoveel zinnen' dan was en is dat hier wel.

Waarop dan het regeringsbeleid met betrekking tot de geestelijke gezondheid te richten, zo vroeg de bewindsman zich vervolgens af. In plaats van te streven naar een acceptabele begripsbepaling leek het Kruisinga beter na te gaan waarop de zorg voor de geestelijke gezondheid zich richt en behoort te richten. In zijn visie was dat de kwaliteit van het menselijk bestaan.

Daarmee introduceerde hij echter het nog moeilijker vatbare begrip kwaliteit. Met als consequentie dat nadere bepaling van het object van geestelijke gezondheidszorg een taak wordt van de cultuurfilosofen onder ons. Operationele doeleinden voor de geestelijke gezondheidszorg zullen aan hen echter niet kunnen worden ontleend. Het valt immers niet te verwachten dat de cultuurfilosofie voldoende eenduidigheid oplevert omtrent de kwaliteit van het menselijk bestaan.<sup>23</sup> Verlaging van het abstractie-niveau is dan ook geboden.

De nota-Kruisinga doet dit door als vooronderstellingen uit te spreken dat de kwaliteit van het menselijk bestaan positief wordt beïnvloed wanneer dreigende psychische stoornissen worden voorkomen, opgetreden psychische stoornissen worden weggenomen en 'normalen en gezonden' optimaal psychisch functioneren. Vervolgens wijst de nota erop dat de oorzaken van psychisch disfunctioneren

mede in buiten-individuele omstandigheden kunnen zijn gelegen; deze laatste behoren dan ook mede tot het terrein van de geestelijke gezondheidszorg. Helaas loopt ook deze benadering dood in de bekende vicieuze cirkel. Men wordt immers, aldus de redenatie, geestelijk gezond geacht als men niet psychisch of, zo men wil, niet psycho-sociaal disfunctioneert. De concepties daarover zijn echter nogal divers. Zij zijn niet alleen cultuur- en tijdgebonden, maar ook binnen eenzelfde tijd, zoals de huidige, en binnen eenzelfde cultuur, zoals de westerse, doet zich een uiterst gevarieerd scala aan opvattingen daarover voor.<sup>24</sup> Een eenvoudig voorbeeld van extreem uiteenliggende visies kan men aantreffen bij Van den Berg, zoals door hem naar voren gebracht tijdens het symposium *Veranderende Gezondheidszorg*, in Tilburg, begin 1977.<sup>25</sup> Van den Berg schetste daar hoe een vooraanstaand Amerikaans psychiater de gezonde mens beschrijft: 'In de eerste plaats is de gezonde mens fundamenteel moedig. Hij is niet bang voor nieuwe situaties. Hij kan risico's en onzekerheid verdragen; niet alles hoeft van te voren gepland of georganiseerd te zijn. Bovenalles is hij niet bang om iets te proberen. Als het mislukt, heeft hij gewoonlijk iets geleerd van deze ervaring en dat helpt hem het de volgende keer beter te doen . . .'. Het zou te ver voeren de pagina's-lange opsomming van Greenberg hier te citeren.<sup>26</sup> Wat Van den Berg echter deed is de typering van Greenberg van diens tegenpool voorzien. Hij besloot met de retorische vraag of de toehoorders zich, met hem, niet eerder in zijn 'tegenschets' herkenden en of men zich er geestelijk ongezond onder voelde. Wat in de ogen van Greenberg het beeld van de pure neuroticus vormt, betekent voor Van den Berg, zoiets als 'neem een gelukkig mens zijn neurosen niet af'. Met het bovenstaande wil gezegd zijn dat men met begrippen als geestelijke gezondheid, psychisch disfunctioneren e.d. een sterk normatief en subjectief terrein betreedt. Zichzelf een oordeel vormen over het eigen psychisch functioneren behoort tot de onvervreemdbare rechten en tot de levensopgave van een ieder. Dit geldt ook en met name voor diegenen die zich tot professionele hulpverleners wenden en voor de hulpverleners zelf. In hun onderlinge relatie is explicitering daarvan zelfs een uiterst belangrijk oogmerk.

Vanuit die optiek gezien is de geestelijke gezondheidszorg in wezen even veelvormig van aard als er hulpverlenerssituaties zijn. Ieder spoortje van dwang dat op het terrein van de geestelijke gezondheidszorg wordt aangetroffen behoort dan ook met argusogen te worden bekeken.<sup>27</sup>

De hierboven aangeduide veelvormigheid treft men ook aan in de middelen die de geestelijke gezondheidszorg hanteert. Voorzover deze ontleend worden aan de mens-wetenschappen, vloeit dit voort uit de veelvormigheid binnen die wetenschappen zelf.

Evaluatie en effectmeting van de daadwerkelijke hulpverlening kunnen daar vooralsnog weinig verbetering in brengen doordat er (nog) geen goede evaluatietechnieken voorhanden zijn.<sup>28</sup>

Is het een wonder, gezien de voorgaande beschrijving en het, althans voorheen verzuild Nederland, dat de geestelijke gezondheidszorg ook in zijn uiterlijke organisatorische verschijningsvorm gekenmerkt wordt door een grote pluriformiteit? Het is dan ook al te goedkoop om het veld van de geestelijke gezondheidszorg te kwalificeren als chaotisch, ongrijpbaar (en erger).

### **Suggesties voor ordening**

Beide verschijnselen overziende, te weten de neiging van de welzijnszorg en de geestelijke gezondheidszorg om naar het in professioneel opzicht meer dankbare middenterrein te verschuiven en het gedrang dat daar plaatsvindt (de vier circuits), dringt zich de veel gehoorde opmerking op dat de hulpverlening zou dienen aan te sluiten bij de werkelijke behoeften van de bevolking. Uit het voorgaande blijkt echter dat het twijfelachtig is of de behoefte aan geestelijke gezondheidszorg duidelijk is. Laat staan kwantificeerbaar.<sup>29</sup>

Zoals gesteld, hangt dit sterk samen met het feit, dat de doelstelling van de geestelijke gezondheidszorg weliswaar concreet luidt, maar een vage inhoud heeft. Het bevorderen van geestelijke gezondheid, of negatief geformuleerd, het opheffen en voorkomen van psycho-sociaal disfunctioneren, is als taalkundige formulering redelijk duidelijk, de filosofische onderbouw, de onderliggende levensbeschouwelijke- en maatschappijvisie, en mede daardoor de operationele doeleinden, zijn echter weinig concreet, onderling verschillend en continu veranderend. De uitvoering van de zorg, in de zij

van aangewende middelen en methoden, is allerminst eenduidig.

Zij kunnen moeilijk uit de ruime doelstellingen worden afgeleid. Bovendien is het beheer van de zorg overwegend in handen van private doelstellingen en personen.<sup>30</sup>

Voeg daarbij de grote mate van professionele autonomie in de geestelijke gezondheidszorg en de conclusie lijkt onafwendbaar: de beheersbaarheid van de geestelijke gezondheidszorg is gering.

Voor wat betreft de vraag of ordening binnen de geestelijke gezondheidszorg ethisch toelaatbaar is, wordt het in het voorgaande gestelde hier in andere bewoordingen herhaald. Het zichzelf, eventueel tezamen met professionele hulpverleners, een oordeel vormen over – en het richting geven aan het eigen en andermans psycho-sociaal functioneren, behoort tot de onvervreembare rechten en tot de levensopgave van een ieder. En wel zozeer, dat zelfs, of liever: juist, een ordening bij uitstek als het hanteren van psychiatrische diagnoses, aldus ook de anti-psychiatrie, gevaarlijk dicht in de buurt komt van inbreuk op de persoonlijke integriteit.<sup>31</sup> Het, van welke zijde ook, dwingend voorschrijven hoe in het algemeen binnen de hulpverlening en in de concrete hulpverleningsrelatie dient te worden gehandeld, is mutatis mutandis evenzeer een terrein, waarop de uiterste terughoudendheid geboden is.

Deze constatering hebben duidelijk hun consequenties voor de vraag naar het wat, het hoe en de richting van ordening in de geestelijke gezondheidszorg. De conclusie lijkt voor de hand te liggen dat juist in de geestelijke gezondheidszorg de conventionele positie van de overheid ten opzichte van de zorgverlenende sector, het particulier initiatief, opgeld doet. Te weten dat ordening meer langs indirecte, dan langs directe weg zal moeten plaatsvinden, eerder via voorwaardenscheppende organisatorische invalshoeken, dan via het in concreto bepalen van de inhoud van de diverse vormen van zorg. Kortom een marginale, grofmazige benadering via 'omtrekkende bewegingen' lijkt in de rede te liggen.

In hoofdstuk 3 is echter gepleit voor een ingrijpen door de overheid in die zin, dat voorkomen wordt dat welzijnszorg en geestelijke gezondheidszorg zich tezeer concentreren op het in professioneel opzicht dankbare middengebied. Tevens werd betoogd dat de concurrentie die thans binnen de vier circuits

van geestelijke gezondheidszorg gaande is in goede banen dient te worden geleid. En dit kan moeilijk een marginale benadering genoemd worden.

Concluderend kan worden gesteld, dat het terrein dat overblijft voor de hierboven geopperde marginale, grofmazige benaderingen via 'omtrekkende bewegingen', te weten de daadwerkelijke uitvoering en organisatie van de hulpverlening, eerst aan de orde is nadat bovengenoemde problemen ter hand zijn genomen.

Voor wat betreft ordening binnen de 'randgebieden', te weten de 'eenvoudige' en de 'urgentste' problematiek, moet het mogelijk zijn dat overheid en dienstverlenende sector voldoende communis opinio bereiken over de inhoudelijke bepaling ervan in termen van soort (desnoods symptoom) van problematiek en/of probleemcategorieën; waarna een poging tot kwantificering kan volgen in termen van aanbod van hulpverlening.

Zo'n communis opinio zal, in tegenstelling tot ordening binnen het 'middengebied', vermoedelijk niet primair op toegepast wetenschappelijk onderzoek kunnen steunen. Eerder zal zij gebaseerd moeten worden op persoonlijke ervaringsgegevens van bijvoorbeeld sleutelfiguren uit de diverse relevante maatschappelijke- en dienstverlenende groeperingen en de plaatselijke en landelijke overheid.

Steeds speelt daarbij echter het probleem van de behoeftecreëring door het simpele bestaan c.q. aanbieden van gezondheidszorgvoorzieningen.

In de somatische sector is afdoende aangetoond dat er een grote correlatie bestaat tussen de aanwezigheid en het gebruik van ziekenhuisvoorzieningen.<sup>32</sup> De veronderstelling is gerechtvaardigd dat dit zeker zo sterk, zo niet sterker, het geval is binnen de geestelijke gezondheidszorg, met zijn veel vagere en persoonlijke indicatiegebied. Sommigen spreken zelfs van een vicieuze cirkel die daardoor dreigt te ontstaan tussen aanbod en de vraag die erdoor wordt opgeroepen.<sup>33</sup>

Om deze redenen o.a. legt de overheid sinds de Structuurnota Gezondheidszorg, bij het zoeken naar middelen ter beheersing van de gezondheidszorg, het accent op beheersing van het aanbod en niet op wetenschappelijk onderbouwde kwantificering van de vraag.<sup>34</sup>

Er bestaat geen aanleiding toe, gezien het tot nu toe gevoerde betoog, om voor de geestelijke gezondheidszorg, en met name daarvan het hier genoem-

de middengebied, een andere weg te volgen.

### **Social-marketing**

Zo'n ogenschijnlijke 'botte-bijl benadering' ontslaat de overheid, noch de uitvoerende sector, uiteraard niet van de plicht zorg te doen dragen voor een geestelijke gezondheidszorg die zich richt op in sociaal-maatschappelijk opzicht relevante noden; een geestelijke gezondheidszorg die bovendien geografisch en financieel voor iedereen in gelijke mate bereikbaar is, die kwalitatief verantwoord is en zo doelmatig en efficiënt mogelijk werkt (zie hoofdstuk 2). Dit betekent, hoe dan ook, dat onderzocht en geïnventariseerd zou dienen te worden welk soort en hoeveel voorzieningen op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg thans opereren en door wie, waar en op welke wijze daarvan gebruik wordt gemaakt.

Binnen de ambulante geestelijke gezondheidszorg is een dergelijk onderzoek, gericht op de aanbodzijde, onlangs afgerond.

In opdracht van de Ziekenfondsraad verrichtte het Instituut voor Gezondheidszorg te Tilburg een taakinventarisatie en tijdregistratie bij een tiental instellingen van ambulante geestelijke gezondheidszorg, waaronder de vijf werkvormen, zoals in hoofdstuk 3 (derde circuit) waren gepresenteerd.<sup>35</sup> Het zou te ver voeren de resultaten van deze studies hier uitvoerig te bespreken. Volstaan kan worden met de vaststelling uit de rapporten, zeer grof samengevat, dat, hoewel de onderzochte instellingen aanmerkelijk verschillen in grootte, personeelssamenstelling, werkwijze, formele organisatie, verschijningsvorm en financiering, zij elkaar qua takenpakket gedeeltelijk overlappen; daarnaast is gebleken, dat bij de onderzochte instellingen dezelfde werkmethodieken voorkomen, die door verschillende disciplines worden uitgevoerd.

Hoewel bovengenoemd onderzoek niet gericht was op een weging van de zinvolheid (behoefte) en kwaliteit van de geboden hulpverlening, geven de conclusies eruit voldoende grond voor de vraag of het nog verantwoord is dat de onderscheiden werkvormen van ambulante geestelijke gezondheidszorg zelfstandig naast elkaar blijven voortbestaan. Te meer daar er sprake is van organisatorisch doorgaans zeer kleine eenheden, waardoor versnippering in de hand wordt gewerkt en er een onvoldoende groot draagvlak bestaat voor het aantrekken en

behouden van voldoende kwaliteit en management. De reeds eerder genoemde noodzaak tot organisatorische herordening wordt dus door de besproken onderzoeken bevestigd. Voor de sector zelf betekent het regionalisatie en fusering; voor de overheid komt het neer op het aanbrenge van een éénvormig financieringssysteem en een éénvoudig beleidsregiem (wetgeving), wil zij in staat zijn de sector te gaan beheersen.<sup>36</sup>

Het soort onderzoeken, als hierboven vermeld, blijft echter partieel van aard, als niet de overige drie circuits van geestelijke gezondheidszorg erbij worden betrokken. Een dergelijk breder opgezet onderzoek loopt reeds enige jaren binnen de sociaal-psychiatrische faculteit te Groningen, maar dan gericht op het gebruik van de diverse voorzieningen van geestelijke gezondheidszorg gezien vanuit de cliënt.<sup>37</sup> Onderzocht werd met hoeveel en met welke instellingen de geregistreerde cliënten in contact waren geweest en hoe daarbij de 'cliëntenbewegingen' verliepen. Vanuit dit onderzoek kan de conclusie worden getrokken dat, vanuit de cliëntenbewegingen gezien, de verschillende voorzieningen zó dicht bij elkaar liggen dat overleg en samenwerking in regionaal verband gewenst is. In velerlei oogen zou de voorgestane heroriëntatie op den duur moeten leiden tot zogenaamde RIGGs, regionale instituten voor de geestelijke gezondheidszorg (inclusief de a van ambulante).<sup>38</sup>

Deze laatste ontwikkeling moet echter dubieus worden geacht als deze leidt tot vergroting van het poliklinisch verzorgingsgebied van de psychiatrische centra zonder dat waarborgen worden gecreëerd voor een onafhankelijk opname-beleid. Zolang opnamen worden gezien als een ultimum remedium kunnen klinische- en ambulante geestelijke gezondheidszorg in dit opzicht beter niet al te dicht bij elkaar worden georganiseerd; hoe verleidelijk is immers niet het economisch motief.<sup>39</sup>

Stolte's kraptemodel is ook hier hoogst actueel.<sup>40</sup> Liever met opzet iets te weinig voorzieningen dan iets te veel.

Met het voorgaande werd in feite het terrein van de zogenaamde social-marketing betreden. Het eerstbesproken onderzoek was gericht op productontwikkeling en concurrentie-inventarisatie, het tweede op onderzoek naar het gebruik ervan door de huidige afnemers. In Nederland is het vooral de Stichting Bierkaai die ernaar streeft de in de com-

merciële wereld ontwikkelde marketing-technieken toe te passen op de welzijns- en gezondheidszorg.<sup>41</sup> Aan deze ontwikkeling zitten echter enige bedenkelijke kanten. Voorzover aan marketing nuttige analytische instrumenten kunnen worden ontleend voor een doeltreffende, doelmatiger en meer op reële behoeften toegesneden functioneren op instellingsniveau, is er geen probleem. Men dient zich echter blijvend te realiseren dat marketing in wezen producent- en niet consument-gericht is.<sup>42</sup> Bedoeld als het was om op instellingsniveau gehanteerd te worden, wordt de materie inmiddels met verve toegepast door landelijk gebundelde categorieën dienstverleners, die daarbij, weliswaar te goeder trouw, niet aan het begin van de marketing-mix beginnen, te weten met onderzoek van de 'afnemersmarkt' en daarop passende productontwikkeling, maar aan het eind, te weten met promotion en vergroting van het afzetgebied van het reeds gebodene. Een voorbeeld van zo'n promotion, ongetwijfeld eveneens te goeder trouw, speelt binnen de wereld van de psychotherapie. Nogal eens doet de mening opgeld dat psychotherapie een elitair gebeuren is, alleen toegankelijk voor jonge attractieve, verbaal intelligente, sociaal succesvolle cliënten uit hogere sociale klassen (zogenaamde yavis-clieñten). In de kring van de Instituten voor Multidisciplinaire Psychotherapie leeft nu het probleem hoe ook voor de zogenaamde libo-clieñten (laag inkomen, laag beroepsprestige en laag opleidingsniveau) psychotherapie bereikbaar te maken.<sup>43</sup>

Genoemde IMPen richtten dan ook een landelijke 'Stuurgroep maatschappelijke spreiding psychotherapie', op, die in een welhaast paradoxale terminologie pleit voor een 'retrodiscriminatoire beleid, dat onbedoelde sociaal-selectieve effecten compenseert, zelfs al zou dat ten koste kunnen gaan van cliënten met een gunstiger aanvangspositie'.<sup>44</sup> Het is echter sterk de vraag of hier geen sprake is van cliëntèlevorming en behoeftecreëring: hoe bekender het aanbod wordt, hoe meer mensen geneigd zullen zijn hun problemen zo te gaan zien en vertalen dat zij voor een psychotherapeutische benadering geschikt zijn.<sup>45</sup>

De hier aangeduide bedenkelijke kanten van social marketing wegen voor sommigen zo zwaar dat niet alleen promotion, maar welzijnsmarketing in zijn geheel wordt afgewezen.<sup>46</sup> In ieder geval leidt het tot de conclusie, dat de nodige reserve geboden is

bij het vergroten van het aanbod aan geestelijke gezondheidszorg.

### **Verantwoording en nog enige suggesties**

Ik vond het voorgaande een hachelijke onderneming. Ik heb op het punt gestaan er van af te zien. Hoewel ik het onderwerp zelf koos, bleek het te moeilijk en niet te vatten in de beschikbare tijd en in zo'n kort bestek. Allengs begon ik bovendien in te zien, dat het uitdiepen ervan alleen gestalte kan krijgen in een continue dialoog van alle betrokkenen. Dat ik toch heb doorgezet komt vooral door het feit dat ik bij mijn naspeuringen van de faites en gestes van de overheid en de diverse zorgverlenende groeperingen gestuit ben op iets dat bij hen grotendeels ontbreekt. Waar ik op doel is het m.i. in onvoldoende mate aanwezig zijn van een principiële en systematische discussie over de levensbeschouwelijke fundamenteën, die aan onze geestelijke gezondheidszorg ten grondslag (behoren te) liggen. Wat willen wij precies met onszelf, onze medemens en onze samenleving?

Zo érgens deze discussie gevoerd moet worden, dan is het wel binnen en rond de geestelijke gezondheidszorg; daar immers zijn het precies déze vragen, waar het om gaat.

Waardevrijheid is er niet bij. Of men nu bijvoorbeeld zweert bij non-directieve benaderingen of niet, van de geestelijke gezondheidszorg gaat een sterk normatieve invloed op de medemens uit. En dat niet alleen in de concrete hulpverleningssituatie; ik geloof inderdaad, zoals Margaret Mead het stelde tijdens het congres van de World Federation for Mental Health in Vancouver, september 1977, dat het niveau van een samenleving mede wordt bepaald door de wijze waarop zij omgaat met hulpvragers en hulpbehoevenden. En . . . 'niet omgaat', aldus Illich tijdens hetzelfde congres.<sup>47</sup>

Voorheen was is geneigd dit alles enigszins geringschattend als gezweef te typeren. Door onder meer mijn beroepsmatige bemoeienis met de ambulante geestelijke gezondheidszorg ben ik dat echter anders gaan zien. Niet dat ik de discussies, waarvoor ik pleit, niet beschouw als vooral een terrein van intellectuele en sociale bevrediging van de happy few. Dat wel. Toch zag ik ze graag gevoerd. Maar dan wel zódanig, dat niet intussen dementerende bejaarden voor de kachel aan het verschroeien zijn, om te spreken met de woorden van een psychiater-



directeur van een GG en GD. Of, om een minder wreed beeld te gebruiken, zódanig, dat niet intussen de tallozen onder ons die nu eenmaal (nog) geen formulieren kunnen invullen, daardoor van hun recht verstoken blijven.<sup>48</sup> Want dat de principiële gedachtenvorming, die ik voorsta, moet leiden tot het aangeven van- en sturen op die terreinen, waarop wij met ons allen de nood het hoogst vinden, daarvan betoonde ik mij in het voorgaande reeds een groot voorstander.

Bij de discussies waar ik op doel zouden bij de diverse bestaande en geplande activiteiten van geestelijke gezondheidszorg betrokkenen steeds naar de normatieve elementen en achtergronden ervan moeten zoeken. Dit om te voorkomen dat men in abstracte discussies verzandt over wat geestelijke gezondheid precies is e.d. (zie hoofdstuk 4).

Wat nu partieel gebeurt, bijvoorbeeld in de kritische en alerte discussies rond het Wetsontwerp Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen, zou tot een habitus moeten uitgroeien. Met name ook met betrekking tot zaken die ogenschijnlijk niet zo duidelijk tot een dergelijke bezinning aanleiding geven.<sup>49</sup>

Voor wat betreft de hoeveelheid zorg die wij met ons allen aan elkaar aanbieden en betalen, ben ik geneigd tot de opvatting dat alleen een gedwongen kwantitatieve pas op de plaats van de totale welzijns- en gezondheidszorg tot een behoorlijke ontwarring en herordening zal leiden. Een pas op de plaats dus ook voor de geestelijke gezondheidszorg, hoe groot de nood ook is die van daaruit wordt geconstateerd. Een bevestiging die, in combinatie met de decentralisatie uit de komende welzijns- en gezondheidszorgwetgeving, het regionale overleg en de regionale verantwoordelijkheid pas echt inhoud zal geven en die aldus hopelijk tot een effectieve herordening zal leiden. Voor wat betreft het antwoord op de vraag of ordening in de geestelijke gezondheidszorg legitiem is, hoop ik duidelijk gemaakt te hebben, dat ikzelf ordening volstrekt legitiem vind.

## Noten

<sup>1</sup> Met dank aan dr. C. Blankestijn en drs. T. E. D. van der Grinten.

<sup>2</sup> Zie om het thema-nummer van *Beleid en Maatschappij*, januari 1975, gewijd aan problemen van legitimiteit.

<sup>3</sup> Zie ook Van Doorn, J. A. A., *De nieuwe afhankelijk*, in: *SMO Informatief* 17, Scheveningen, maart 1977.

<sup>4</sup> *De Volksgezondheidsnota 1966*, Tweede Kamer, zitting 1965-1966, nr. 8462, spreekt nog over recht op gezondheid, in plaats van recht op gezondheidszorg. Voor een systematische en in de tijd veel verder teruggaande beschouwing hierover zie: H. J. J. Leenen, *Sociale grondrechten en gezondheidszorg*, de Boer jr./Paul Brand, Hilversum 1966.

<sup>5</sup> *Struktuurnota Gezondheidszorg*, Tweede Kamer, zitting 1973-1974, nr. 13012.

<sup>6</sup> *Nota betreffende de geestelijke gezondheidszorg*, Tweede Kamer, zitting 1970-1971, nr. 11059.

<sup>7</sup> Verwezen zij naar de *Discussienota ambulante geestelijke gezondheidszorg* (RIAGG-nota), maart 1976, van het Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, alsmede het rapport van de Centrale Raad voor de Volksgezondheid inzake *Streekcentra voor geestelijke gezondheidszorg, verslagen, adviezen, rapporten*, 1974, nr. 13.

<sup>8</sup> Zie o.a. Schrijver, A., *Inventarisatie en bibliografie Struktuurnota Gezondheidszorg, Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, september 1975.

<sup>9</sup> Zie H. Ter Heide en D. J. A. Kalf, *De macro-organisatiestructuur als hulpmiddel bij de beheersbaarheid van de gezondheidszorg*, in: *Beheersbaarheid van kwaliteit, kwantiteit en kosten van gezondheidszorg*. De Tijdstream, Lochem 1976.

<sup>10</sup> Uit de handelingen van de Tweede Kamer blijkt overwegend diens instemming met de Struktuurnota Gezondheidszorg, het Wetsontwerp Voorzieningen Gezondheidszorg, de begrotingen van het Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne van de laatste jaren en, zij het in mindere mate, met het Wetsontwerp Tarieven Gezondheidszorg.

<sup>11</sup> De Centrale Raad voor de Volksgezondheid wijdde hier onlangs een aparte studie aan in het kader van de vraag hoe de consument vertegenwoordigd zou dienen te zijn in de komende Nationale Raad voor de Volksgezondheid. Voor een overzicht van patiënten-groeperingen en verwante organisaties zie de gelijknamige brochure, samengesteld ten behoeve van de Zestiende Apeldoornse Artsendag d.d. 24 september 1977.

<sup>12</sup> Een voorbeeld van een begin van beïnvloeding door de georganiseerde cliënt kwam tot uitdrukking op een landelijke discussiedag van de Nederlandse Vereniging voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg, 1 maart 1978, over dossiervorming. De Cliëntenbond bracht toen naar voren, dat er bij hen geen enkele behoefte aan dossiervorming bestond. De betreffende werkgroep zal nu de kwestie ten principale bezien.

<sup>13</sup> Zo was er geen enkele cliëntenorganisatie bereid te participeren in de Commissie van Toezicht op het, een tweetal jaren geleden gestarte, registratie-project in de

ambulante geestelijke gezondheidszorg. Dit om iedere schijn van mede-verantwoordelijkheid te voorkomen.

<sup>14</sup> Zie ook de zgn. *Spinnewebnota* van de JOINT met betrekking tot 'Basisvoorziening Maatschappelijke Dienstverlening', november 1977, blz. 6 en 7.

<sup>15</sup> Zie onder meer *Het Ziekenhuis*, 7 juli 1976, blz. 327.

<sup>16</sup> Zie *Het Ziekenhuis*, 15 december 1976, blz. 651.

<sup>17</sup> Zie ook T. E. D. van der Grinten, *Ordering in de extra-murale geestelijke gezondheidszorg*, *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde*, 25 januari 1978, blz. 49. In het bovenstaande is niet gestreefd naar een uitputtende inventarisatie; de indeling is bovendien arbitrair en niet echelonsgewijs opgebouwd.

<sup>18</sup> De Sociaal-Psychiatrische Diensten en de Medisch Opvoedkundige Bureaus worden reeds vanuit de AWBZ gefinancierd.

<sup>19</sup> *Staatscourant* van 9 februari 1978, nr. 29.

<sup>20</sup> Verder rijzen de commerciële trainings-instituten e.d. als paddestoelen uit de grond, is er een hausse in populair wetenschappelijke agogische en psychotherapeutische literatuur en werpen de massa-media en de vormings-instituten zich met welhaast tomeloze energie op deze markt.

<sup>21</sup> Volledigheidshalve zij hier opgemerkt dat de overheid wel partieel, met name op het hierboven als derde genoemde circuit, optreedt. Zie o.m. de eerder aangehaalde RIAGG-nota, het werk van de zgn. Gemengde Commissie Amb. Geest. Gez.zorg, alsmede onlangs de Directeur Generaal van Volksgezondheid, dr. J. van Londen, tijdens de opening van de Stichting Gemeenschappelijk Instituut voor Geestelijke Gezondheidszorg en Maatschappelijk Werk in Helmond, *Staatscourant* van 27 februari 1978, nr. 41.

<sup>22</sup> *Nota betreffende de geestelijke gezondheidszorg*, zitting Tweede Kamer 1970-1971, nr. 11059, bekend onder de naam 'Nota Kruisinga'.

<sup>23</sup> Zie recent: Robert M. Pirsig, *Zen en de kunst van het motoronderhoud, een onderzoek naar waarden*. Uitgeverij Contact, Amsterdam 1976.

<sup>24</sup> Overduidelijk blijkt dit uit de anti-psichiatrie; zie o.m. Kees Trimbos, *Anti-psichiatrie, een overzicht*, Van Loghum Slaterus, Deventer 1975.

<sup>25</sup> J. H. van den Berg, *Geestelijke Gezondheid, Meta-betisch-historisch beschouwd*, in: *Veranderende Gezondheidszorg*, verslag symposium Kursus Ziekenhuisbeleid 20-22 januari 1977 te Tilburg (helaas zijn de hier weergegeven passages niet in het verslag opgenomen).

<sup>26</sup> Na enig spuurwerk bleek het hier te gaan om Samuel I. Greenberg, *Neurose is een pijnlijke manier van leven*, Bosch en Keuning NV, Baarn 1972, blz. 62 e.v.

<sup>27</sup> Zie ook J. Soetenhorst-de Savornin Lohman, *Dwang om bestwil*, serie Recht en Maatschappij, Kluwer, Deventer 1977.

<sup>28</sup> Zie onder meer P. D. Fox, en M. Rappaport. Evaluatie van psychisch gezondheidswerk, enkele benaderingen, *Handboek Hulpverleners en Veranderen*, deel 3, 66. Fox, 1, Van Loghum Slaterus, Deventer 1973. Ook: H. H. Strupp en A. E. Bergin, Some empirical and conceptual bases for a coordinated research in psychotherapy: a critical review on issues, trends and evidence, *International Journal of Psychiatry*, 1969.

<sup>29</sup> Zo ook, en met hen vele anderen, P. C. Damen en W. J. F. I. Nuyens, *Organisatie en psychotherapie*, De Tijdstroom, Lochem 1978.

<sup>30</sup> Als beoordelingscriteria met betrekking tot de mate van beheersbaarheid van de geestelijke gezondheidszorg, worden hier gehanteerd de mate van concreetheit van doelstelling en van uitvoering, alsmede de vraag of de zorg in private dan wel publieke handen is. Zie Bram Peper, *Beheersproblemen in de welzijnssector*, in: *Beleid en Maatschappij*, mei 1977, blz. 129 e.v.

<sup>31</sup> Zie bijv.: J. M. van Heerlen, Een schizofreen beoordeelt zijn psychose, *Tijdschrift voor psychiatrie*, 1977, nr. 11/12. Is eenmaal zo'n diagnose gesteld dan is men ziek en dreigt men te worden onderworpen aan het gehele daarbij behorende therapeutisch arsenaal, inclusief evt. dwangverblijf en electroshock; men gaat mede daardoor vervolgens het verwachte ziektegedrag 'vertonen', aldus een gedeeltelijke weergave van de gedachtegang binnen de anti-psichiatrie. Vinden deze opvattingen steun in empirisch materiaal? Voor deze vraag en voor het probleem van de 'labelling' zie recent: H. M. van Praag, *Over de wetenschappelijke fundaties van de anti-psichiatrie*, Van Gorcum, Assen-Amsterdam 1978.

<sup>32</sup> Zie het rapport van het Nationaal Ziekenhuisinstituut *Beschikbaarheid en gebruik ziekenhuisvoorzieningen* van mei 1973.

<sup>33</sup> Zo J. van Londen, Te kort of teveel, wie spreekt wanneer het wijze woord?, *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde*, 25 juni 1975.

<sup>34</sup> Zie *Handelingen Tweede Kamer*, zitting 1975-1976, nr. 14044, beleidsvoornemens betreffende de kostenbeheersing in de gezondheidszorg.

<sup>35</sup> Rapport *Een taakinventarisatie van de ambulante geestelijke gezondheidszorg*, uitgave IVG-Tilburg, november 1976, en rapport *Experiment tijdregistratie ambulante geestelijke gezondheidszorg*, uitgave IVG-Tilburg, april 1977.

<sup>36</sup> Dit voornemen is reeds uitgesproken in de eerder aangehaalde nota Kruisinga. Overigens belemmert dit naast elkaar bestaan van de diverse financieringssystemen de voorgestane integratie met name omdat de verschillende financiers het door hen gefinancierde niet alleen in boekhoudkundig maar ook in organisatorisch opzicht herkenbaar willen houden.

<sup>37</sup> Zie G. H. M. M. ten Horn en R. Giel, *Patronen in*

het netwerk van de geestelijke gezondheidszorg, *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 1978, nr. 1.

<sup>38</sup> Laatstelijk de Staatssecretaris van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, mevr. mr. E. Veder-Smit, bij de opening van het nieuwe gebouw van de NVAGG, d.d. 22 maart 1978.

<sup>39</sup> Vergelijk eveneens 'gevaarlijke' organisatorische combinaties als ziekenhuis-verpleeghuis, en uit de residentiële kinderbescherming: observatiehuis-behandelingshuis en tehuis voor ongehuwde moeders-tehuis voor werkende jongens.

<sup>40</sup> Zie J. B. Stolte, De plaats van de maatschappelijke gezondheidszorg in het gezondheidszorgsysteem in Nederland, *Medisch Contact*, 1973, nr. 31.

<sup>41</sup> Stichting Bierkaai, *Werkboek Welzijnsmarketing een beleidsinstrument*, Sociale Bibliotheek, van Loghum Slaterus, Deventer 1977; men gaat daarbij uit van de zogenaamde marketing-mix, te weten: studie van de huidige en toekomstige afnemers; productieontwikkeling, prijsbepaling en prijspolitiek; distributie en verkoop; promotie. Zie ook Huub Vissers, *Hulpverlening op de marketing-toer*, Vuga, 's-Gravenhage 1977.

<sup>42</sup> Zie ook G. van Beusekom-Fretz, Welzijnsmarketing, toch een gevecht tegen de bierkaai?, *Intermediair*, 19 september 1975, alsmede T. E. D. van der Grinten, Social marketing en gezondheidszorg, *Economisch Statistische Berichten*, 4 september 1974.

<sup>43</sup> Zie o.a. A. van Dantzig, Psychotherapie voor de 'lagere maatschappelijke klassen', ingezonden brief in *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid* 1978, nr. 2.

<sup>44</sup> Citaat uit *GGZ Gazet* van 22 juni 1977 (1977 nr. 3.)

<sup>45</sup> Zie ook A. de Swaan, Beroepsvorming in de psychotherapie, *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 1978, nr. 2.

<sup>46</sup> J. A. A. van Doorn, De beheersbaarheid van de verzorgingsmaatschappij, *Beleid en Maatschappij*, 1977/V.

<sup>47</sup> Ivan Illich verdedigde de stelling 'there is no need for professional mental health care'; hij betoogde dat het aanbod van professionele hulp zelf de problematiek creëert die het bestrijdt; het maakt afhankelijk, vermindert het vermogen tot zelfzorg en kweekt resistentie tegen die hulp.

<sup>48</sup> Zie onder meer C. Boekestijn, Bureaucratie en cliënt; enkele opmerkingen over het interactieproces, *Sociaal Maandblad Arbeid*, 1977, nr. 7 en 8.

<sup>49</sup> Ter toelichting het volgende voorbeeld. Als in het kader van de Wet Arbeidsongeschiktheid instituutpsychotherapie voor de Nederlandse bevolking ter beschikking wordt gesteld, op grond van welke maatschappijvisie gebeurt dat dan? Is dat er een die vindt dat menselijk geluk niet kan bestaan wanneer men niet in het arbeidsproces is opgenomen? En is de psychotherapie er vervolgens op gericht de cliënt weer werkrijp te maken? Of van 'ziek' weer 'beter'?

## De stagnerende verzorgingsstaat

De verzorgingsstaat lijkt op een punt gekomen, waar aan een aantal eisen die haar gesteld worden niet meer kan worden voldaan. Velen vragen zich af of de verzorgingsstaat, paradepaard van onze na-oorlogse politiek, wel een succes is gebleken. Verscheidene klemmende vragen komen nu, aan het einde van de jaren zeventig, op ons af.

Is er geen afstand gegroeid tussen gewekte verwachtingen en feitelijke realisering? Sluit de bureaucratistische stijl van veel voorzieningen wel aan bij de persoonlijke aard van de behoeften? Kan het stelsel, dat in tijden van welvaart en groei floreerde, ook onder stagnerende omstandigheden doeltreffend werken? Zijn democratie en verzorgingsstaat blijvend te combineren.

J. A. A. van Doorn schrijft over de beheersbaarheid van en I. Sewandono over de theorie achter de verzorgingsstaat. C. J. M. Schuyt schrijft over de sociale toekomst, A. Heertje over de economische toekomst en H. Daudt over de politieke toekomst van de verzorgingsstaat. J. de Lange en P. B. Lehning vragen zich af of de burger wel krijgt wat hem toekomt. A. Peper belicht de beheersproblemen in één sector van onze verzorgingsstaat: de welzijnssector, en M. van Doorn-de Leeuw doet dat voor de gezondheidszorg.



232 blz. f 25,25  
isbn 90 6009 322 4