

de zorg voor een kind wordt toevertrouwd aan een ouder die ertoe komt zijn kind te mishandelen, wiens verantwoording is dat dan?' (...). 'De gemeenschap heeft met het toevertrouwen van kinderen aan ouders een maatregel genomen met een aantal door die gemeenschap afgekeurde gevolgen, zonder maatregelen te nemen om die gevolgen te voorkomen.'

Ook bij de bespreking van de tekst in de redactie bleek dat de lezers tot adhesie of tegenspraak worden geprikkeld: zijn ouders in dienst van de overheid, moet de GGZ voortplantingsvergunningen verstrekken? Kan de sector deze grote idealen ooit waarmaken, ook als het geld toe zou stromen? Inspirerend vond iedereen het, zodat we de kolommen graag openstellen voor verdere discussie over de morele opdracht van de geestelijke gezondheidszorg – voor de verandering eens even los van haalbaarheid en structuur.

**Flip Schrameijer** verschaft uitvoerige informatie over de lotgevallen van het 'Amsterdamse model', het meest ambitieuze stedelijke hervormingsplan van de Nederlandse psychiatrie. Het geeft daarmee ook een tijdsbeeld van de jaren '80: de eerste aanzet werd gegeven in de hoogtijdagen van de anti-intramurale beweging (de 'moratoriumactie' van Trimbos en anderen), de uitwerking is terecht gekomen in het tijdperk van stelselherziening, functiedenken en machtige zorgverzekeraars. Een centrale regie is er al die jaren niet geweest, en de blokkades in wet- en regelgeving zijn gelijk gebleven – toch is er veel meer tot stand gekomen dan plannen en ander papier. Binnen organisaties voltrekken de veranderingen zich daarbij makkelijker dan wanneer samenwerking tussen verschillende sectoren vereist is (zie, voor de aardverschuiving van 'Sant-

poort', het vorige nummer).

Het meest hoopvol is de schrijver gestemd over de hardnekkigheid van de denkbeelden achter de vernieuwing: 'Het lijkt wel of vernieuwende ideeën en praktijken zich in de afgelopen tien jaar van de werkvloer omhoog hebben geworsteld naar het management en hoger. Op die niveaus is men steeds minder defensief geworden (...). Dat opent op langere termijn het perspectief dat personeel en middelen daar kunnen worden aangewend waar ze het meeste zin hebben, zonder dat daarmee nog financiële of andere belangentegenstellingen tussen verschillende soorten voorzieningen worden opgeroepen.'

Wie verder leest in dit Maandblad, kan de geest van Van Dantzig nog een paar keer tegenkomen: de moeilijk te bedwingen overtuiging dat – om het maar eens jongensachtig samen te vatten – aan de innerlijke belevenissen van veel meer mensen veel meer aandacht besteed zou moeten worden. Nuy schetst het bestaan van de 6 à 7000 thuisloze jongeren. Ze hebben doorgaans conventionele normen en idealen, maar zijn er ver van verwijderd geraakt; de vooruitzichten zijn dan ook 'niet rooskleurig'. En **Bruinsma** beschrijft zijn pogingen om, al (of: pas?) op het politiebureau, het begin van iets als therapeutische bemoeienis met jeugdige zedendelinquenten te verwezenlijken. De verhalen lijken zich daar zeer voor te lenen, maar de verwijzingen verlopen stroef en de jeugdige delinquenten snakken er ook niet naar. Geestelijke gezondheidszorg is niet alleen een uitkomst, maar voor veel mensen ook een vorm van vernedering. Ethiopië in Nederland: 'Hoe kan je nou verwachten dat iemand die je net in het schandblok hebt gezet, bij jou zijn hand komt ophouden?'

A.J.H.v.V.

## Het Amsterdamse model: dromen en daden

In Amsterdam voltrekt zich de laatste paar jaar stapsgewijs een reorganisatie van de geestelijke gezondheidszorg. Er is zelfs pas een historische datum verstreken: op 1 april 1991 is het bestuur van het Provinciaal Ziekenhuis Santpoort overgedragen aan twee private stichtingen: een voor het gebied Centrum/Oud-West/Noord en een voor Oost/Zuid-Oost.

Die reorganisatie is gebaseerd op wat wel 'het Amsterdamse model' wordt genoemd. Welke denkbeelden en voorstellen precies door dat model worden gedekt, is niet zo gemakkelijk te zeggen. Men kan daarbij denken aan het eerste rapport dat in opdracht van een aantal kritische groepen werd gemaakt (Van der Poel en Van Haaster, 1982), aan de nota van B&W van Amsterdam van een jaar later, aan de principes die de gemeente Amsterdam en de provincie Noord-Holland een jaar dáárna overeenkwamen, of aan de voorstellen van de Stedelijke Adviesgroep geestelijke gezondheidszorg. Deze groep bracht weer drie jaar later een eindverslag uit dat zelfs de naam 'Het Amsterdamse model' draagt (Adviesgroep, 1987). Welke mogelijkheid men ook verkiest, het staat wel vast dat de werkelijkheid flink zal afwijken van al deze plannen. Hoe dat komt is een van de onderwerpen van dit artikel.<sup>1</sup>

### Inleiding

De uitgangspunten van de Amsterdamse plannen zijn de laatste tien jaar steeds gemakkelijker in het gehoor komen te liggen en zijn ook niet erg ingewikkeld – dit in tegenstelling tot de uitwerking ervan. Het sleutelwoord is *deinstitutionalisering*, dat wil zeggen het omzetten van het grote, traditionele psychiatrische ziekenhuis in kleinschalige, functionele alternatieven daarvoor. Zo kan men aan het algemeen psychiatrisch ziekenhuis (APZ) de functies behandelen, verzorgen, wonen en beschermen onderscheiden. Van oudsher krijgt een intramuraal opgenomen patiënt een totaalpakket aangeboden, maar dat is niet voor iedereen nodig en voor velen zelfs nadelig.

In Amsterdam is een belangrijk streven om deze functies zo veel als mogelijk te scheiden; scheiden in de beleving van de patiënt en daarmee ook ruimtelijk en qua personeel. Wie tijdsintensieve behandeling nodig heeft, hoeft niet automatisch ook in het behandelinstituut te wonen. Wie wegens psychische en/of relationele problematiek niet zelfstandig kan wonen, hoeft dat niet automatisch onder een psychiatrisch regime te doen. Veel patiënten ook kunnen hun heil beter zoeken in sociaal-culturele voorzieningen in de stad dan in de arbeidstherapie op het terrein van de inrichting. Aansluiting bij alledaagse maatschappelijke voorzieningen is meer in het algemeen een kenmerk van deze gedachten, die men zeker ook als een pleidooi voor 'vermaatschappelijking' van de psychiatrie kan opvatten.

Een ander belangrijk streven is een eind te maken aan de kloof die in de Nederlandse GGZ bestaat tussen ambulante en intramurale behandeling. In het



algemeen valt een RIAGG-cliënt die wegens al te veel problemen in een APZ wordt opgenomen, abrupt van de ene wereld in de andere. Die kloof bestaat ook in de organisatie en de cultuur van de GGZ: men werkt onvoldoende samen, huldigt veelal heel verschillende behandelfilosofieën en men behoort tot verschillende organisaties met verschillende, vaak tegenstrijdige belangen. Ook hierin wil men in Amsterdam verandering brengen, onder meer door de mogelijkheden voor crisisinterventie en dagbehandeling drastisch uit te breiden.

Wanneer we het reeds genoemde rapport van Van der Poel en Van Haaster (1982) even tot uitgangspunt nemen: dat ontstond uit verzet tegen het voorneemen om in Amsterdam in plaats van het Provinciaal Ziekenhuis Santpoort, drie à vier nieuwe APZ'en te bouwen van 500 bedden elk. Dit rapport werd door wethouder Van den Klinkenberg in een politiek voornemen van de gemeente vertaald (Burgemeester en Wethouders van Amsterdam, 1983). In deze 'Nota-Van den Klinkenberg' werd kortweg het volgende voorgesteld. Voor elke 100.000 inwoners van de stad zou er een zogeheten Sociaal Psychiatrisch Dienstencentrum (SPDC) komen met 20 tot 40 bedden elk en een maximale opnameduur van drie maanden. Een hechte samenwerking met de eerste lijn, sociaal-culturele voorzieningen en de ambulante geestelijke gezondheidszorg zouden eraan bijdragen dat psychiatrische opnamen zowel in aantal drastisch omlaag zouden gaan, als in duur sterk bekort zouden worden. Voor patiënten die desondanks op langdurig verblijf zijn aangewezen, moesten gewone woonhuizen beschikbaar komen waar men onder meer en minder begeleiding zou kunnen wonen. Hiertoe zouden 500 plaatsen in een nieuw soort 'beschermd wonen' voldoende moeten zijn.

Deze voorstellen hebben de uitgangspunten geleverd die de gemeente en de provincie hanteren bij een reorganisatie van de GGZ. In Nederland is dat iets bijzonders, want in geen enkele grote stad wordt aan de integrale reorganisatie van de gehele GGZ<sup>2</sup> gewerkt. In de rest van Europa zijn deze ontwikkelingen veel minder zeldzaam; ten minste in Nottingham, Stockholm, Triëst en Wenen zijn vergelijkbare processen gaande.<sup>3</sup> In het vervolg worden drie vragen behandeld. Ten eerste: hoe komt het dat deze ontwikkelingen zich juist in deze jaren en in Amsterdam voordoen? Ten tweede: wat is er tot dusver wel en niet van de

*Dr. Ph. Schrameijer (1945), socioloog, is wetenschappelijk medewerker bij de sectie onderzoek van het Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid (NcGv) te Utrecht. Van 1984 tot 1986 was hij ook secretaris van de Stedelijke Adviesgroep GGZ te Amsterdam. Hij is voorzitter van het bestuur van de RIAGG Centrum/Oud-West en de Centrale RIAGG Dienst, beide te Amsterdam.*

*Hij promoveerde op het proefschrift 'Sociale steun. Analyse van een paradigma' (Utrecht, NcGv, 1990). Verder publiceerde hij onder andere 'Modern ingericht. Over planning van psychiatrische voorzieningen' (Utrecht, NcGv, 1982).*

*Adres: Olympiaplein 65<sup>1</sup>, 1077 CP Amsterdam.*

plannen terechtgekomen? En ten derde: hoe komt het dat een aantal belangrijke elementen niet is gerealiseerd?

Alleen al omdat bij de Amsterdamse ontwikkelingen zoveel partijen, instanties en regelingen betrokken zijn, is het een ingewikkeld geheel en ook controversieel, al wordt dat steeds minder. Het lijkt me dat de ideale auteur voor dit onderwerp alles van zeer nabij moet hebben meegemaakt, terwijl hij daarbij toch onpartijdig bleef. Voor mij geldt het een noch het ander. Ik heb maar een relatief korte periode in een van de vele keukens van het Amsterdamse model kunnen kijken, namelijk in die van de Stedelijke Adviesgroep geestelijke gezondheidszorg. Dat gezelschap had tot taak inhoudelijke principes en uitgangspunten in technisch, organisatorisch en politiek haalbare adviezen om te zetten en daar deed ik als secretaris aan mee. Onpartijdig ben ik niet omdat ik achter deze versie van het Amsterdamse model sta, die ik nog steeds als een prima compromis tussen het ideale en het haalbare beschouw. Ook voor en na de Adviesgroep was en ben ik bij de ontwikkelingen betrokken, respectievelijk als actievoerder en als bestuurder.<sup>4</sup>

#### De voorgeschiedenis

In de jaren zeventig ontstond vrij plotseling een grote publieke belangstelling voor misstanden in de psychiatrie. Het belangrijkste doelwit van de kritiek was het psychiatrisch ziekenhuis, door de Amerikaanse socioloog Goffman al gekenschetst als een 'total institution' waarin patiënten hun persoonlijke vrijheid en identiteit gemakkelijk verliezen en al snel wegzinken in een aan die situatie aangepast, 'gehospitaliseerd' bestaan.

Deze geluiden drongen ook door tot de Tweede Kamer. Het betreffende ministerie beantwoordde deze kritiek in eerste instantie onder meer met een plan om de bouwkundige toestand van psychiatrische instellingen te verbeteren. Dat was waarschijnlijk ook zonder die publieke druk wel gebeurd, want de meeste dateerden uit het begin van de eeuw of van daarvoor en waren bouwvallig en soms zelfs brandgevaarlijk geworden (Schrameijer, 1982 a en c). Nadat meer dan een kwart van de APZ-capaciteit was verbouwd, brak een volgende fase aan waarin het overheidsbeleid zich ook tegen het grootschalige, traditionele psychiatrische ziekenhuis richtte. De maximale capaciteit per APZ moest tot 500 'bedden' verminderen, de totale APZ-capaciteit moest naar beneden, dagbehandeling en beschermd wonen moesten worden bevorderd en de spreiding van instellingen over het land moest worden verbeterd. Wat de APZ'en betreft moest er in elke van de toen 25 (nu 27) gezondheidsregio's per inwoner evenveel GGZ-capaciteit aanwezig zijn.

Die spreiding was voor een groot deel onevenwichtig omdat de 'landelijk' gehuisveste instellingen steeds in een andere gezondheidsregio lagen dan de steden waaruit hun patiënten afkomstig waren. Zo ontstond opeens het beeld



van regio's met een torenhoge 'overcapaciteit', naast regio's met een schrijnende ondercapaciteit. Op veel plaatsen leidde dit tot plannen om capaciteit over te hevelen en daarmee tot nieuwbouwplannen in steden, zoals in Goes, Tilburg, Enschede en Nijmegen. Weliswaar waren de nieuwe APZ'en op geen stukken na meer zo groot als de oude en werd de spreiding inderdaad beter, toch was het minstens paradoxaal dat kritiek op het psychiatrisch ziekenhuis werd gevolgd door een nieuwbouwgolf en zelfs een lichte verhoging van de totale APZ-capaciteit. De patiëntenbeweging kreeg dit vrij laat in de gaten.<sup>5</sup> Wel werden met name in Nijmegen acties gevoerd en allerlei inspraakmogelijkheden benut, maar het was al te laat.

In Amsterdam is de genoemde onevenwichtigheid van APZ-plaatsen de meest extreme van het land: eind 1980 is de APZ-capaciteit binnen de gemeente *nul*, terwijl die van Kennemerland, waar de meeste Amsterdammers worden opgenomen, per inwoner ver uitstijgt boven alle andere gezondheidsregio's.<sup>6</sup> 'Santpoort' is bovendien het op een na grootste APZ van het land. Ook aan plannen om APZ-plaatsen in de stad te bouwen ontbreekt het niet. In 1979 bestonden er ambtelijke plannen voor *drie* nieuwe APZ'en, met een capaciteit van 500 plaatsen elk, die in het provinciale plan van de provincie werden opgenomen. Twee daarvan zouden uit de capaciteit van Santpoort moeten komen. Ook hier dreigde dus de paradox dat kritiek op de psychiatrische inrichting juist nieuwbouw van APZ'en tot gevolg heeft. Toch zijn de provinciale plannen van eind jaren zeventig niet doorgegaan. Integendeel, deze voornemens hebben geleid tot de formulering van 'het Amsterdamse model', en daarmee tot een voor Nederland uniek vernieuwingsproces. Hoe kwam dat?

### Samenloop van omstandigheden

Een dergelijke historische vraag valt niet definitief te beantwoorden, maar een paar factoren kunnen wel worden aangewezen. Zo was Amsterdam de thuisbasis van drie toonaangevende groepen in de landelijke patiëntenbeweging: de Cliëntenbond, Stichting Pandora en de Gekkenkrant. Op initiatief van Hans van der Wilk kwam er een samenwerkingsverband tussen deze en enkele andere groepen tot stand, dat de gemeenteraadsverkiezingen van voorjaar 1978 aangreep om politici over misstanden in de stedelijke GGZ ter verantwoording te roepen (Samenwerkingsverband, 1979; Fox e.a., 1983). De betreffende forumavond waar vertegenwoordigers van nagenoeg alle in de gemeenteraad vertegenwoordigde partijen verschenen, was verrassend. De politici gaven namelijk toe dat ze nauwelijks inzicht hadden in de hoofdstedelijke GGZ en beloofden beterschap<sup>7</sup>, iets waar ze door het samenwerkingsverband in de volgende twee jaar op werden aangesproken.

Een tweede factor was dat men het eerste nieuwe APZ wilde vestigen op het terrein van het Wilhelmina Gasthuis. Dat was, gezien de organisatiegraad van

de Kinkerbuurt, een bijzonder ongelukkige keuze. Het Wijkopbouworgaan Oud-West en een buurtwerkgroep WG-terrein, die zich bezighield met de bestemming van dit terrein nadat het academisch ziekenhuis naar Amsterdam Zuid-Oost was vertrokken, wisten elkaar gemakkelijk te vinden. Men was van mening dat een GGZ-voorziening ten dienste zou moeten staan van de behoeften van de buurtbewoners en eiste daarom kleinschaligheid en integratie met buurtvoorzieningen en de eerste lijn. Een 'adres' van die strekking aan de gemeente (1981) werd door Burgemeester en Wethouders afgewezen. Deze beide groepen waren intussen met studenten, 'kritische werkers', cliënten en onderzoekers uitgebreid en vormden samen de voorloper van het 'Platform GGZ', de motor van de Amsterdamse vernieuwing.<sup>8</sup> Men riep de medewerking in van Van der Poel en Van Haaster, medewerkers van de Stichting interuniversitair instituut voor sociaal-wetenschappelijk onderzoek (siswo). Dit tweetal sympathiseerde met de Italiaanse beweging voor democratische psychiatrie en vond veel medestanders onder de ruim twintig hulpverleners en activisten die zij over de toekomst van de GGZ interviewden (Pries e.a., 1985). Al na enkele maanden verscheen het rapport dat de reeds geschetste uitgangspunten voor het Amsterdamse model heeft opgeleverd.

Deze ideeën vonden een gewillig oor bij de nieuwe wethouder maatschappelijke en gezondheidszorg, Tineke van den Klinkenberg (CPN), die in de loop van 1982 aantrad. Uit haar werkkring bij de Amsterdamse Vereniging voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg (de AVAGG, later het IRV) kende zij het terrein. Als voormalig tegenspeler van de intramurale sector (en deels ook van de GG & GD, zie noot 7), was zij niet bepaald voorbestemd om Santpoort de dominante positie te gunnen die het ongetwijfeld zou krijgen wanneer het zich met twee 500-beds ziekenhuizen in de stad zou vestigen.

Een laatste factor is ongetwijfeld de Moratoriumactie geweest. In oktober 1982 richtten twee hoogleraren sociale psychiatrie (Trimbos en Romme) en twee actievoerders (Van der Wilk en Van der Poel) zich tot de minister met een 'adres', waarin ze opriepen de nieuwbouw van APZ'en op te schorten totdat discussies over vernieuwing van de geestelijke gezondheidszorg voldoende waren uitgekristalliseerd om tot een vernieuwend GGZ-beleid te komen (Van der Poel e.a., 1985). Deze actie leidde tot een landelijke discussie over de functie van het psychiatrisch ziekenhuis, gevolgd door kamerbrede aanvaarding van de motie-Terpstra (februari 1983), waarin werd aangedrongen op heroverweging van de nieuwbouwplannen op dat terrein. Daarmee ontstond dus een gunstig klimaat voor de Amsterdamse vernieuwing.

### De besluitvormingsstructuur

In de procedures die voor de Wet Ziekenhuisvoorzieningen (wzv) moeten worden doorlopen spelen Gedeputeerde Staten (GS) van de betreffende provincie



een belangrijke rol. Niet alleen dat dit college zwaarwegend advies uitbrengt over afzonderlijke bouwaanvragen, maar ook over een zogenaamd 'provinciaal plan' dat na een langdurige procedure door de minister wordt vastgesteld. In dat plan staan de taken, locaties en capaciteiten van onder meer de semi- en intramurale psychiatrische voorzieningen voor de komende jaren omschreven.

De zeggenschap van een provincie over de GGZ is al tamelijk bescheiden, maar die van een gemeente is nagenoeg nihil. Toen de Amsterdamse raad medio 1984, als uitvloeisel van de zojuist genoemde ontwikkelingen unaniem de 'Nota inzake een integraal beleid voor de GGZ in Amsterdam' aannam, was dat op zichzelf dan ook bijna een loos gebaar. Van den Klinkenberg was echter zo verstandig om de provincie voor de gemeentelijke voornemens te winnen. Nog in datzelfde jaar stelden B&W en GS een gezamenlijk 'Protocol' vast waarin de uitgangspunten en een structuur voor een vernieuwingsbeleid waren neergelegd; de belangrijkste daarvan werden al in de inleiding genoemd (zie: Adviesgroep, 1987). Verder kreeg dit verbond gestalte in de zogeheten 'Stuurgroep', een orgaan waarvan de wethouder en de gedeputeerde voor volksgezondheid lid zijn. Daarmee werden gemeente en provincie gemeenschappelijk verantwoordelijk voor zowel de toekomst van Santpoort als de vernieuwingsplannen in de stad.

Maar dat is slechts een eerste stap, want alleen al gezien de geringe formele bevoegdheden van de Stuurgroep, is medewerking van de betrokken instellingen onontbeerlijk. Daartoe werd Amsterdam in drie zogeheten 'projectgebieden' ingedeeld en werden alle GGZ-instellingen die in het betreffende gebied gevestigd waren, vertegenwoordigd in een zogeheten 'Projectgroep'. Bovendien hadden in elke Projectgroep vertegenwoordigers van Santpoort zitting, alsmede vanuit de eerste lijn, de cliëntenorganisaties en vanuit het Platform GGZ. Uitgangspunt voor de indeling van deze drie projectgebieden waren de vijf RIAGG-werkgebieden: Zuid/Nieuw-West (de grootste RIAGG), Centrum/Oud-West/Noord en Oost/Zuid-Oost. De voorzitters van de Projectgroepen waren steeds de betreffende directeur van de (grootste) RIAGG. De opdracht van de Projectgroepen was om de plannen verder te concretiseren, iets wat eigenlijk grotendeels betekende: onderhandelen over de toekomst van de eigen instelling.

Het derde en laatste orgaan waarin het Protocol voorzag, was de 'Stedelijke Adviesgroep'. De voornaamste taak van deze groep was de plannen te onderbouwen en te precisieren. Zij bestond uit onafhankelijke deskundigen; voorzitter was de (toen nog) Utrechtse hoogleraar sociale psychiatrie B. Gersons.<sup>9</sup>

In deze configuratie werden plannen gemaakt die tot concrete aanvragen in het kader van de wzv leidden. De eerste kwamen in 1985 tot stand, zodat 1986 beschouwd mag worden als het eerste jaar van uitvoering van het Amsterdamse model (Provinciaal bestuur, 1987; Adviesgroep, 1987). Deze zogeheten 'aanvraag verklaringen' hadden een speciaal karakter, omdat ze deel waren van een

vernieuwingsplan dat de geijkte structuur van de GGZ niet ongemoeid liet. Zo doende stonden ze meestal op gespannen voet met de 'wet- en regelgeving'. In de praktijk betekende dit dat elke aanvraag vanuit de stuurgroep door overleg met de adviserende en beslissende instanties werd voorbereid en begeleid. Desondanks komen veel moeilijkheden bij de vernieuwing voor rekening van de toepassing van de wet- en regelgeving.

### De plannen en de stand van zaken

In de inleiding werd de grote lijn van de Amsterdamse plannen gegeven. Voor de huidige stand van zaken zou men eigenlijk moeten kijken naar wat er onder invloed van de Amsterdamse vernieuwing in het dagelijks leven van patiënten is veranderd. Daarbij gaat het om de concretisering van ideeën over geestelijke gezondheidszorg, behandeling, zelfbeschikkingsrecht en nog veel meer. Dingen als behuizing, schaal, ordening van functies, behoren tot de voorwaarden of de vorm van deze inhoudelijke aspecten. In het vernieuwingsproces wordt de inhoud door de vorm gedragen en zijn beide niet van elkaar te scheiden. Toch beperk ik mij hier tot die vormaspecten die al moeilijk genoeg zijn vast te stellen. Daarbij ga ik uit van drie voorstellen van de Adviesgroep<sup>10</sup>, namelijk die over beschermd wonen, deeltijdbehandeling en het ambulante wijkteam.

#### Beschermd wonen

Het denkbeeld uit de Nota-Van den Klinkenberg dat alle patiënten die langer dan een jaar in een APZ verblijven, in een min of meer 'normale' omgeving kunnen wonen en dat zoveel opnamen kunnen worden vermeden dat 500 plaatsen toereikend zouden zijn, wekte nogal wat verontrusting, niet in het minst bij het provinciaal bestuur. De Adviesgroep heeft het voorstel weliswaar in grote lijnen overgenomen, maar ook aangepast. Het streven naar loskoppeling van wonen en behandelen/verzorgen, kleinschalige vestiging in een gewone woonwijk, het werd allemaal wenselijk en haalbaar gevonden, maar niet evenzeer voor iedereen. De Adviesgroep stelde een differentiatie voor van 'woonvoorzieningen voor langdurig hulpafhankelijke mensen (WLHM)'.

In de 'zwaarste' vorm van deze voorzieningen (WLHM III) wordt een scheiding tussen wonen en verzorging onhaalbaar geacht. Dergelijke woonvoorzieningen zouden evenwel bouwkundig niet geheel met een behandelinstituut hoeven te integreren, maar ertegen kunnen 'aanleunen'. Het aantal eenheden zou voor de hele stad op circa negen kunnen liggen en de capaciteit per cluster op ongeveer veertig. Voor de meerderheid van de langverblijvers is het wonen en behandelen/verzorgen wel in principe te scheiden. Dit geldt het meest voor WLHM I, waar 'woonbegeleiding' op afroep wordt verleend. Type II ligt daar ergens tussenin: men moet voor behandeling de deur uit, maar er is wel nog woonbegeleiding aanwezig die echter naar behoefte in intensiteit kan variëren.



Voor beide laatste typen voorzieningen wordt gedacht aan eengezinswoningen en HAT-eenheden; de laatste soms 'geschakeld' rondom gemeenschappelijke voorzieningen. Getalsmatig kreeg deze differentiatie vorm in de aanbeveling om 40% van de WLHM-capaciteit type III te doen zijn.

De totale capaciteit uit de Nota-Van den Klinkenberg (500 plaatsen) trekt wel een erg grote wissel op de opnamevermijdende kracht van het nieuwe systeem, aangezien wel 1100 APZ-bewoners daar langer dan een jaar verbleven. De Adviesgroep komt op dit punt met een soort compromis. Van 200 patiënten neemt zij aan dat ze niet meer naar de stad zullen verhuizen; van de overige 900 wordt voorgesteld om te beginnen met circa de helft (480 plaatsen), te realiseren in een periode van vijf jaar. Na die tijd moet dan maar worden bekeken hoeveel plaatsen er nog nodig zijn. Overigens gaat het hier uitsluitend om te substitueren APZ-capaciteit. Zoals gezegd, ga ik ervan uit dat de realisering per 1986 begon, zodat nu de eerste vijf jaar voorbij zijn.

Vanuit Santpoort zijn tot dusver niet 480, maar 104 plaatsen gesubstitueerd: 40 in de Bijlmermeer (Integratieproject Kempering) en 64 op het Surinameplein. Het zou daarbij om respectievelijk type II en type III voorzieningen gaan. Het project in de Kempering lijkt goed te voldoen aan de uitgangspunten van het Amsterdamse model. De bewoners hebben eigen woningen in een groter flatgebouw, waar ze tussen niet-patiënten redelijk zelfstandig kunnen wonen. (Zie Bleeker e.a., 1987, voor een beschrijving, en Van Haaster en Kal, 1988, voor een visie van het Platform hierop. Recent verschenen: Meillo, 1991; Kaasbrood e.a., 1991.) Wonen en behandelen zijn in aanzienlijke mate gescheiden; resocialisatie en dagelijkse bezigheden vinden goeddeels plaats in een 'dagactiviteitencentrum' buiten het woonproject, waarover straks meer. Het project aan het Surinameplein (type III) benadert deze principes veel minder. Men is in één groot gebouw gehuisvest, waardoor het geheel een massaal en sociaal geïsoleerd karakter krijgt. Van scheiding tussen wonen en behandelen is geen sprake.<sup>11</sup> Ten slotte valt op dat het aandeel van de zwaarste voorzieningen (type III) onder deze 104 plaatsen vooralsnog groter is dan de 40% die de Adviesgroep voor ogen stond.

Verder zijn er nog de WLHM-plaatsen afkomstig van de zogeheten 'psychiatrische verpleeghuizen'. Daarvan waren er drie, met een gezamenlijke capaciteit van circa 365 plaatsen.<sup>12</sup> Nu zijn daarvan tegen de 300 plaatsen in WLHM-voorzieningen omgezet. In een aantal gevallen is het de vraag of de schaal wel zo klein is als de plannenmakers voor ogen stond. Dit geldt bijvoorbeeld voor de 60 bewoners die uit de P.C. Hooftstraat<sup>13</sup> naar het WG-terrein verhuisden en ook voor een even groot aantal plaatsen van Stichting J.C. De Keijzer in Buitenveldert (beide keren gaat het om type I/II). In Noord zijn 50 plaatsen (type I en II) ook op betrekkelijk grootschalige wijze vorm gegeven. Anders ligt dit met 90 plaatsen in Oost en Zuid-Oost (van de Prof. dr. A. Querido Stichting; type I/II) en

35 plaatsen van Stichting J.C. de Keijzer (type I) in Zuid/Nieuw-West. Deze zijn vormgegeven in geclusterde eengezinswoningen, geïntegreerd in de buurt. Wat de schaal aangaat is de oogst in de psychiatrische verpleeghuissector dan: relatief grootschalig 170 plaatsen, relatief kleinschalig 125 plaatsen, alle type I en/of II.

Op het punt van de scheiding wonen-behandelen is in deze sector al veel bereikt. In Amsterdam Oud-West heeft de vestiging van de Stichting Verpleeghuizen Amsterdam op het WG-terrein (voorheen in de P.C. Hooftstraat) veel personeel ingezet in het dagactiviteitencentrum (DAC) Oud-West in de Vondelstraat. Dezelfde instelling gaf ook in Noord de scheiding tussen wonen en behandelen gestalte. In kringen van het Platform GGZ wordt de bijdrage uit de psychiatrische verpleeghuissector als een van de meest hoopvolle in de Amsterdamse vernieuwing bestempeld.<sup>14</sup>

#### *Deeltijdbehandeling, kortdurende opname, hotelplaatsen*

Wat de behandel functie betreft heeft de adviesgroep voorgesteld *alle* psychiatrische en psychotherapeutische behandeling, dus zowel klinisch, semimuraal als ambulant, in kleinschalige behandelinstellingen te concentreren. Het draagvlak voor dergelijke functies dient hooguit 100.000 inwoners te zijn. Deze behandeling zou voorts op deeltijdbasis moeten worden verstrekt, dat wil zeggen: wie ervan gebruik maakt, woont in principe elders. (Om deze functie niet te verwarren met de gangbare deeltijdbehandeling wordt de laatste, in het advies en hier, aangeduid als deeltijdbehandeling *oude stijl*.) Met dit voorstel wordt de mogelijkheid geopend om mensen die normaal gesproken een APZ-, PAAZ-, of een andere intramuraal opname-indicatie hebben, zeer intensief te behandelen – als het moet tot zeven dagen per week full-time. Zo kunnen veel patiënten thuis blijven wonen. Daarbij kunnen ze soms blijven werken, omdat deeltijdbehandeling ook 's avonds en in het weekeinde plaatsvindt.

De achtergrond van dit deel van het plan ligt in de sociaal-psychiatrische uitgangspunten van de vernieuwing, iets waar Van Haaster en Van der Poel al veel nadruk op legden, aansluitend bij de Amsterdamse sociaal-psychiatrische traditie en het werk van Querido. Pas wanneer het echt niet anders kan, worden patiënten in het behandelinstituut opgenomen. Voor een deel werd deze mogelijkheid zojuist al behandeld, namelijk waar het WLHM III en gedeeltelijk II betreft. Daar kon immers het wonen niet of in zeer beperkte mate van het behandelen/verzorgen worden gescheiden. Daarnaast zijn echter ook kortdurende behandelplaatsen nodig, die weer in twee typen te onderscheiden zijn: de 24-uurs- (tot drie maanden) en de somatisch-psychiatrische functie (tot maximaal een jaar). Deze kortdurende opnamefuncties zouden samen met een groot deel van de deeltijd nieuwe stijl gevestigd moeten worden in een 'Sociaal Psychiatrisch Dienstencentrum' (SPDC).

Er zijn dus veel verschillende groepen die in het SPDC deeltijdbehandeling



ontvangen. Ten eerste de thuiswonende patiënten die deeltijdbehandeling oude stijl ontvangen en vervolgens verschillende patiëntencategorieën met een intramurale opname-indicatie:

- zij die thuis blijven wonen;
- zij die in het WLHM-circuit wonen en iets anders nodig hebben dan de dagopvang functie (die vooral een resocialiserend karakter heeft);
- zij die zeer kort of wat langer worden opgenomen in respectievelijk de 24-uursopname of de somatisch-psychiatrische eenheid.

Niet genoemd werd een tussencategorie die wel intensieve deeltijdbehandeling 'nieuwe stijl' nodig heeft, niet hoeft te worden opgenomen in het SPDC, maar toch niet thuis kan blijven wonen. Voor hen is de zogeheten 'hotelfunctie' ontworpen waar men nagenoeg zonder psychiatrische bemoeienis kan wonen.

De inhoud van de behandeling hoeft niet verder te worden omschreven, omdat deze samenvalt met alle in aanmerking komende, gangbare behandelpraktijken. Wel pleit de Adviesgroep voor een differentiatie langs een continuum dat ongeveer verloopt van toegespitste psychotherapeutische behandeling naar resocialisatie van verblijfpatiënten. Het eerste deel van dat continuum heet 'deeltijdbehandeling' en is primair bedoeld voor degenen die relatief kort worden behandeld. Het laatste deel staat vooral ter beschikking van WLHM-bewoners en wordt 'dagopvang' genoemd, meestal vormgegeven in de reeds genoemde dagactiviteitencentra (DAC). Dit moet men steeds naast en in samenhang zien met de reeds genoemde woonbegeleiding en verpleging in WLHM III en deels WLHM II en ook met voorzieningen buiten de GGZ, zoals arbeidsprojecten. Idealiter zou vanuit dergelijke functies het gehele behandelaanbod aan langer verblijvende patiënten kunnen worden geboden of gecoördineerd.

De capaciteiten voor al deze functies werden met veel slagen om de arm als volgt geadviseerd. Voor de hele stad 750 deeltijdplaatsen en 360 dagopvangplaatsen en voor de eerste vijf jaar dus de helft daarvan. Voor de genoemde intramurale plaatsen werden de ruimste marges in acht genomen: voor de hele stad en in vijf jaar, tussen de 85 en 185 plaatsen.<sup>15</sup> Voor de hotelfunctie werden geen capaciteiten gegeven.<sup>16</sup>

Ook voor een oppervlakkige indruk van de stand van zaken is het onvoldoende om alleen naar gesubstitueerde plaatsen te kijken, omdat deeltijdbehandeling 'oude stijl' al bestaat. Deze plaatsen zouden echter wel in een ander organisatorisch verband terecht moeten komen en gedeeltelijk ook op een andere locatie, namelijk het SPDC.<sup>17</sup> Een dergelijke herordening heeft zich tot dusver niet voltrokken. Echte substitutie van intramurale naar respectievelijk deeltijd- en dagopvangplaatsen heeft zich wel op een aantal plaatsen voorgedaan. In het enige tot dusver gevestigde SPDC (namelijk 'Oud-West' op het WGTerrein) zijn 24 'deeltijdplaatsen' gevestigd. Voorts bestaan er in het AMC (de psychiatrische universiteitskliniek) 24 plaatsen vervangende dagbehandeling en

in de Valeriuskliniek 8. Dit brengt het totaal aantal gesubstitueerde deeltijdbehandelingsplaatsen op 56 in plaats van de 375 die men volgens de plannen na vijf jaar zou kunnen verwachten.

Wat de 'dagopvangplaatsen' betreft: er functioneren drie dagactiviteitencentra in de eigenlijke zin des woords, naast een aantal andere projecten die er in zekere mate mee overeenkomen of op aansluiten.<sup>18</sup> Deze DAC's werden hiervoor reeds genoemd onder de WLHM-voorzieningen. Het DAC in Zuid-Oost is in de eerste plaats verbonden met de Kempering, maar er wordt ook gebruik van gemaakt door cliënten van de RIAGG Zuid-Oost en van de bewoners van Kralenbeek (Prof. Dr. A. Querido Stichting; 24 bewoners), zodat hier sprake is van een geïntegreerd project. Hetzelfde geldt voor het DAC Oud-West in de Vondelstraat en voor het DAC in Noord, die zijn opgezet door de voormalige P.C. Hoofdstraat (Stichting Verpleeghuizen Amsterdam), maar ook door cliënten van veel andere instellingen worden bezocht, waaronder de RIAGG Centrum /Oud-West. De capaciteiten van deze DAC's zijn niet echt goed vast te stellen, ook al bestaat er wel een indruk van het gebruik dat men ervan maakt.<sup>19</sup>

Gedwongen tot een schatting van de vorderingen, kunnen naar mijn idee twee wegen worden gevolgd. Een is vasthouden aan 7 DAC's (elk met een draagvlak van 100.000 inwoners), zodat deze ontwikkeling volgens plan verloopt. De andere is bezien voor hoeveel WLHM-bewoners deze drie DAC's in beginsel functioneren, namelijk ongeveer 175. Dit getal vertegenwoordigt minder dan de helft van de WLHM-plaatsen, te verwachten in vijf jaar. Daarbij moet worden aangetekend dat niet alle WLHM-bewoners van DAC's gebruik kunnen maken. Al met al ziet het er in de dagopvangsector dus gunstig uit, zeker wanneer de eerder bedoelde gelijksoortige projecten erbij worden betrokken.

Van de 24-uursopname en somatisch-psychiatrische plaatsen in het SPDC bestaan er thans 52, opnieuw aanzienlijk minder dan de 85 tot 190 plaatsen die na vijf jaar mochten worden verwacht. Wel is daarbij opvallend dat 52 plaatsen voor één SPDC, waarvan er uiteindelijk ongeveer zeven moeten komen, tot een totaal van (7 × 52) 364 plaatsen zou leiden. Dat wil zeggen het maximum van wat de adviesgroep voor ogen stond.

Over de plaatsen voor de hotelfunctie kunnen we kort zijn: hiervan is er tot dusver niet één tot stand gekomen.

#### *Het ambulante wijkteam*

De genoemde doelstelling om de kloof binnen de GGZ en die tussen de GGZ en de eerste lijn te overbruggen, kreeg vorm in de voorstellen voor het ambulante wijk- of stadsdeelteam. Deze teams zouden in het grensgebied tussen de ambulante sector en de semi-/intramurale opereren en zijn samengesteld uit personeel uit deze verschillende sectoren. Met hun sociaal-psychiatrische werkwijze zouden patiënten dan ook voor intramurale opname kunnen worden behoed. En



andersom: een patiënt die toe is aan ontslag uit het intramurale circuit, wordt niet van de ene op de andere dag geconfronteerd met een overgang van 24-uursopname naar begeleiding van hooguit enkele uren per week. Voorts zouden deze teams ook nauw betrokken kunnen zijn bij indicatie-, opname- en ontslagbeslissingen, die daarmee een gemeenschappelijke verantwoordelijkheid van de verschillende GGZ-sectoren zouden zijn. Zo kan het 'afschuiven' van cliënten naar andere sectoren en voorzieningen worden tegengegaan.

Vooralsnog zou het verantwoordelijkheidsgebied voor deze teams 100.000 inwoners kunnen zijn. Na verloop van tijd zouden subteams moeten worden geformeerd met een draagvlak van circa 30.000 inwoners. Zo wordt het mogelijk om vertrouwd te raken met cliënten en de lokale omstandigheden, maar ook met de eerste lijn, waarin in de huidige situatie nog veel psychiatrische patiënten 'blijven hangen'. De Adviesgroep kwalificeerde het wijkteam als 'het sluitstuk van de Amsterdamse vernieuwing', maar tot dusver is er nog geen enkel gerealiseerd.

Al met al verloopt de Amsterdamse vernieuwing minder vlot dan velen hoopten. Met de nodige slagen om de arm, kunnen de vorderingen in termen van capaciteiten, als volgt worden samengevat.

	In vijf jaar te realiseren capaciteit		Gerealiseerd na vijf jaar	Binnenkort gereed*
WLHM (uit APZ-capaciteit)	480	190 type III	64	174
		290 type I/II	40	59
WLHM (uit psych. verpleeghuizen)	-	-	295	43
deeltijd	555	375 deeltijd	56	-
		180 dagopvang (3,5 DAC)	?? 3 DAC's	-
wijkteam	3,5		niets	niets
SPDC	3,5		1	2
intramuraal kort	85-190		52	99
hotel			niets	8

\* Plaatsen die nog dit jaar beschikbaar komen of waarvan de bouw naar alle waarschijnlijkheid nog dit jaar wordt begonnen.

Optellen en vergelijken is wegens de ongelijksoortige eenheden niet echt goed mogelijk. Wel kan men constateren dat het provinciaal plan van 1987 vóór 1990 542 APZ-plaatsen wilde substitueren en dat dit er tot dusver 222 zijn geworden.<sup>20</sup>

Dit overzicht betreft, zoals gezegd, niet de inhoud maar de vorm. Wel schemert hier en daar iets door van de mentaliteitsverandering waarvan volgens vele betrokkenen wel degelijk sprake is. Dit geldt het sterkst voor degenen die bij de Kempering en de voormalige psychiatrische verpleeghuizen betrokken zijn. In vergelijking met tien jaar geleden heeft zich daar een revolutie voltrokken. Maar, zoals eveneens uit de cijfers blijkt, de ontwikkelingen blijven ook daar op veel punten ver bij de plannen achter. Het lijkt erop dat vooral die delen van het plan waarbij verschillende sectoren van de GGZ moeten samenwerken, het moeilijkst tot stand komen, zoals het wijkteam, de geïntegreerde deeltijdbehandeling en de samenwerking met de eerste lijn en anderen buiten de GGZ. Anders gezegd: wat organisaties zelf, onder eigen beheer kunnen doen, gaat het gemakkelijkst.

### Belemmeringen

Dat bepaalde delen van het Amsterdamse model niet of veel te traag tot stand komen, kan men gemakkelijk wijten aan pogingen de plannen te saboteren door degenen die ze als een bedreiging voor hun instelling zien.<sup>21</sup> Hiervoor zijn inderdaad wel wat aanwijzingen. Zo is het een publiek geheim dat met name de hoofddirectie van Santpoort weinig voor de plannen voelde. Dit bleek het duidelijkst toen deze in november 1986 een brief schreef aan de projectgroepen waarin zij zich van de vernieuwingsplannen distantieerde. De hoofddirectie wenste de ontwikkeling voortaan uitsluitend te zien als een overheveling van APZ-voorzieningen naar de stad en niet als een fusie- of een integratieproces (Het Parool, 5 december 1986). De directie werd vervolgens teruggefloten door het bestuur van Santpoort, te weten de provincie, die zich immers aan de Amsterdamse plannen heeft gecommitteerd. Ook de vorming van het Psychiatrisch Centrum Amsterdam – dat hier overigens onbesproken blijft – waarin onder meer de Valeriuskliniek participeert, kan gedeeltelijk als een strategie worden opgevat om zich aan de plannen te onttrekken.

Dat sommige instellingen hun belangen bedreigd zien en zich tegen veranderingen verzetten, dan wel deze in hun voordeel trachten te beïnvloeden, is niets bijzonders. Deze reacties worden pas tot belemmeringen wanneer de omstandigheden ruimte bieden voor dergelijk verzet – en die ruimte is voor de meeste Amsterdamse instellingen aanzienlijk.

Wat in Amsterdam opvallend ontbreekt is een *centrale regie* van het veranderingsproces. De betrokkenheid van de Stuurgroep is nogal afstandelijk, mede omdat beide politiek verantwoordelijken (de wethouder en de gedeputeerde) en de twee ondersteunende ambtenaren slechts een klein deel van hun



tijd aan dit proces kunnen besteden. De realisering van het Amsterdamse model is van een schaal en een complexiteit die het eigenlijk niet zonder een behoorlijk toegerust, coördinerend centrum kan stellen. Voorts zijn er voortdurend belangtegenstellingen en verschillen in visie aan de orde die het proces des te meer vertragen wanneer er geen instantie is die als scheidsrechter kan optreden. Zowel de coördinatie als het oplossen van tegenstellingen wordt nu bijna geheel overgelaten aan de te reorganiseren instellingen zelf. Men kan dit gebrek aan centrale regie gemakkelijk wijten aan de reeds genoemde geringe bevoegdheden over de GGZ waarover gemeente en provincie beschikken. Onder meer binnen het Platform is men desondanks van mening dat de Stuurgroep bij de instellingen voldoende gezag heeft, en ook dat de lokale overheden de morele plicht hebben om uitvoerende verantwoordelijkheid te nemen voor het proces dat zij zelf in gang hebben gezet.

De mogelijkheden van instellingen om zich met succes tegen de vernieuwing te verzetten, hebben daarnaast sterk te maken met de *wet- en regelgeving*. Weliswaar wordt de gehele reguliere GGZ uit de AWBZ gefinancierd, daarbinnen zijn scherpe onderverdelingen aangebracht die corresponderen met de structuur van de GGZ. Deze structuur wordt gekenmerkt door een verdeling in ambulante, semi- en intramurale functies waarvoor instellingen in het kader van de AWBZ een 'erkenning' genieten. Deze instellingen worden vervolgens gefinancierd op basis van de levering van bepaalde welomschreven verstrekkingen die aan deze erkenningen zijn gekoppeld. Hoe het Amsterdamse model met deze systematiek in conflict kan komen, valt te illustreren aan de formele complicaties die kunnen optreden bij de eerder genoemde plannen.

Zo is beschermd wonen 'nieuwe stijl' zowel bedoeld voor patiënten die in het bestaande stelsel onder een APZ-verstrekking vallen als voor bewoners van beschermende woonvormen. Het idee is om type III geheel en type II gedeeltelijk als APZ-verstrekking op te vatten. Dit zou erop neerkomen dat het geld dat voor de betreffende APZ-patiënt beschikbaar is, wordt verdeeld over huisvesting en dagopvang. Type I en gedeeltelijk type II zouden als verstrekking beschermd wonen (RIBW) kunnen worden opgevat. In de RIBW-verstrekking is echter geen of nauwelijks financiële ruimte voor dagopvang, omdat de RIBW bedoeld is voor 'zelfredzame' patiënten. Mede omdat er in de Amsterdamse plannen naar wordt gestreefd om patiënten in de minst 'zware' woonvoorziening te huisvesten, zullen echter in type I en II patiënten terechtkomen die veel meer behoefte hebben aan begeleiding dan in het schrale minimum van het gangbare beschermd wonen beschikbaar is. Hier ontstaat dus een 'gat' in de dagopvang. Deze situatie verklaart zowel de achterblijvende totstandkoming van dagopvangvoorzieningen als de neiging om WLHM-voorzieningen 'zwaarder' te maken dan aanvankelijk de bedoeling was. Het voordeel van dat laatste is uiteraard dat de aanzienlijk hogere APZ-tarieven voor deze voorzieningen blijven gelden.

Bij deeltijdbehandeling 'nieuwe stijl' doen zich soortgelijke complicaties voor. Patiënten die in de huidige situatie intramuraal worden opgenomen, krijgen straks deeltijdbehandeling nieuwe stijl. Deze is enerzijds 'zwaarder' (bijvoorbeeld tijdsintensiever) en moet anderzijds veelal aangevuld worden met onderdak. Dat laatste kan onder meer in een WLHM-voorziening of in de hotel-functie. Overheid en financiers zijn echter geneigd te substitueren naar deeltijdbehandeling 'oude stijl', zodat deze patiënten met een grotere behoefte aan allerlei voorzieningen dus gemakkelijk in de kou komen te staan. Dit mechanisme is er naar mijn inschatting voor verantwoordelijk dat er nog maar betrekkelijk weinig deeltijd 'nieuwe stijl' is gerealiseerd en ook dat er van de hotelplaatsen niets terecht is gekomen.

Ook de ambulante wijkteams lijden ernstig onder vergelijkbare technische complicaties, die het in feite voor alle betrokkenen onaantrekkelijk maken om aan de realisering ervan mee te werken. Deze teams, die met een hoge graad van deskundigheid flexibel inzetbaar zijn in alle sectoren van de GGZ, van de ambulante sector tot en met het beschermd wonen, stellen de grootste technische problemen. In zo'n team zouden behandelcomponenten van alle bestaande GGZ-verstrekkingen moeten worden geconcentreerd. De Adviesgroep meende de technische belemmeringen nog het beste tegemoet te kunnen komen door er hulpverleners vanuit alle in aanmerking komende functies in te detacheren. De verschillende verstrekkingen die erin zouden zijn verenigd, zouden dan formeel zijn gedekt door dienovereenkomstig gefinancierde behandelaars. Aangenomen dat deze formule voor overheid en financiers acceptabel is, blijven er nog aanzienlijke formele problemen over. De 'nieuwe' ambulante patiënten hebben in feite een intra- of semimurale opname-indicatie en kunnen dan ook aanspraak maken op meer aandacht dan gewoonlijk ambulant beschikbaar is. Voor een RIAGG betekent een wijkteam dan ook een taakverzwaring wanneer er onvoldoende inzet is van personeel uit de intra- en semimurale sector. Gezien vanuit een APZ is het echter niet aantrekkelijk om bijvoorbeeld polikliniekmedewerkers in zo'n team te detacheren. Poliklinieken worden namelijk per contact betaald en het gemiddelde poli-contact zal aanmerkelijk minder tijd in beslag nemen dan de veelal gecompliceerde crisis- en overlegsituaties waarmee het wijkteam te maken krijgt. Gezien deze opeenstapeling van complicaties hoeft het geen verwondering te wekken dat er van de wijkteams nog niets terechtgekomen is.

#### De toekomst

Ik waag me niet aan voorspellingen omtrent de toekomstkansen van het Amsterdamse model. Deze zijn uiteraard van een veelheid van omstandigheden afhankelijk. In het voorgaande hoop ik te hebben aangegeven dat de belemmeringen in de wet- en regelgeving een strategische rol spelen. In hoeverre is te verwachten dat deze knelpunten in de naaste toekomst kunnen worden overwonnen?



Ondanks de onduidelijkheden van de stelselherziening onder invloed van de 'Commissie-Dekker', wordt vrij algemeen aangenomen dat het van één onderdeel wel zal komen. Dat betreft het voorstel om financiers (ziekenfondsen en particuliere verzekeraars) met zorgaanbieders te laten onderhandelen over een zorgaanbod, dat veel minder aan de traditionele regels hoeft te voldoen. Dat opent de mogelijkheid dat in een Amsterdamse subregio (misschien wel overeenkomend met een van de eerder genoemde projectgebieden) alle GGZ-instellingen tot een gezamenlijk aanbod komen. En waarom zou een ambulante wijkteam of beschermd wonen 'nieuwe stijl' niet tot zo'n 'zorgpakket' kunnen behoren?

In technische zin lijken de genoemde belemmeringen in de naaste toekomst wel te kunnen worden overwonnen, een onzekere factor blijft daarbij echter de motivatie van de nieuwe regelende instanties. Onlangs kondigde staatssecretaris Simons aan dat hij van plan is de provincies op korte termijn hun planningsbevoegdheid te ontnemen (zie de Volkskrant van 9 maart 1991). Daarmee wordt de toch al geringe invloed van de lokale overheden op de GGZ praktisch tot nul gereduceerd. Daarvoor in de plaats zouden de zorgverzekeraars komen.

De laatste jaren is het begrip voor de Amsterdamse vernieuwing bij het plaatselijke ziekenfonds steeds groter geworden. Zo is het Ziekenfonds Amsterdam en Omstreken (ZAO) onder meer bereid oplossingen te zoeken (dus te betalen) voor het eerder genoemde 'gat' in de dagopvang. Het is echter de vraag in hoeverre de financiering vast in handen zal blijven van financiers die nu bij Amsterdam betrokken zijn. Het departement heeft al aangekondigd dat financiers zich niet aan regiogrenzen hoeven te storen. Op wat langere termijn zou dit kunnen betekenen dat Amsterdam met financiers te maken krijgt die met inhoudelijke vernieuwing niets te maken willen hebben en die uitsluitend op de kosten letten, alle slogans over 'kwaliteit' ten spijt.

Deze gevaren worden bij de gemeente, de provincie en ook de plaatselijke ziektekostenverzekeraar (ZAO, waar circa twee derde van de Amsterdammers vooralsnog verzekerd is) onder ogen gezien. Dit leidde begin april 1991 tot de ondertekening van een samenwerkingsprotocol tussen beide lokale overheden en ZAO waarin men zich uitdrukkelijk voorneemt om gezamenlijk verantwoordelijkheid te dragen voor een aantal beleidsterreinen, waaronder de GGZ. In een gezamenlijk 'Stedelijk Zorgoverleg' zal men met andere woorden het idee van regionale verantwoordelijkheid overeind proberen te houden. Deze ontwikkeling is weliswaar hoopvol, maar neemt de eerder genoemde zorgen niet weg. Ook deze drie partijen stellen in hun gemeenschappelijke intentieverklaring dat de toekomst onzeker is, reden waarom de overeenkomst voorlopig niet verder reikt dan 1 oktober 1992. De toekomstige opstelling van de zorgverzekeraars is met andere woorden de grote onbekende, die een voorspelling omtrent het Amsterdamse model hachelijk maakt.

Zonder meer hoopvol is ten slotte dat de ideeën achter de vernieuwing steeds minder ter discussie staan. Het lijkt wel of vernieuwende ideeën en praktijken zich in de afgelopen tien jaar van de werkvloer omhoog hebben geworsteld naar het management en hoger. Op die niveaus is men steeds minder defensief geworden, hetgeen onder meer blijkt uit verschillende initiatieven om instellingen uit verschillende sectoren van de GGZ met elkaar te laten fuseren. Dat opent op langere termijn het perspectief dat personeel en middelen daar kunnen worden aangewend waar ze het meeste zin hebben, zonder dat daarmee nog financiële of andere belangentegenstellingen tussen verschillende soorten voorzieningen worden opgeroepen.

#### Noten

- 1 Met dank aan Hans Arends, Co Bleeker, Henk Brandt, Mark Janssen en Doortje Kal voor hun commentaar en correcties.
- 2 Er worden wel enkele delen van de GGZ buiten beschouwing gelaten. Zo richten de Amsterdamse plannen zich op volwassenen (17 jaar en ouder) en wordt het verslavingscircuit door de nieuwe structuur ongemoeid gelaten. Ook de forensische psychiatrie valt buiten de plannen. De Adviesgroep heeft overigens aanbevolen deze en andere circuits op langere termijn wel in een integrale structuur op te nemen (Adviesgroep, 1987, Bijlage 6).
- 3 Dit beeld kwam althans naar voren tijdens het internationale congres 'Changing Mental Health Care in the Cities of Europe' dat van 10 t/m 13 april 1991 in Amsterdam werd gehouden.
- 4 Vanuit de Gekkenkrant nam ik destijds deel aan een samenwerkingsverband tussen Pandora, Cliëntenbond, JAC, Centrum PS en de Gekkenkrant (zie hieronder). De laatste zeven, respectievelijk drie jaar, ben ik in mijn vrije tijd bestuursvoorzitter van de RIAGG Centrum/Oud-West en van de Centrale RIAGG Dienst.
- 5 Fox e.a. (1983) inventariseerden vijftig acties van de 'psychiatrische tegenbeweging' en tellen in de jaren zeventig twee acties tegen nieuwbouw. Ik herinner me een bijeenkomst in februari 1982 waarin de situatie plotseling tot de verzamelde Amsterdamse tegenbewegers doordrong. Ter plaatse werd de 'Werk-



- groep planning van alternatieven voor het psychiatrisch ziekenhuis' (PAPZ) opgericht. Hieruit vloeide de werkgroep Nieuwbouw Noord-Holland voort die een belangrijke rol speelde in het verzet tegen vestiging van een nieuw APZ in de Kinkerbuurt.
- 6 Dan zijn daar 5,35 APZ-plaatsen per 1000 inwoners, tegen een Nederlands gemiddelde van 1,59 (De Haen, 1982).
  - 7 Dit is opmerkelijk omdat de gemeente nagenoeg geen bevoegdheden heeft over de GGZ. De enige uitzondering vormde de GG & GD die met de afdeling Geestelijke Hygiëne sociaal-psychiatrisch werk verrichtte en zich in de rol van adviseur met tal van ontwikkelingen bemoeide en daarin veelal de tegenspeler was van – vooral ambulante – GGZ-instellingen (zie Mijs, 1987). Het is een publiek geheim dat het gemeentebestuur weinig greep had op deze afdeling. Dit kan hebben bijgedragen aan het animo om zich politiek directer met de GGZ te bemoeien. Belangrijker was misschien dat zich toen nog liet aanzien dat de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg spoedig in werking zou treden, volgens welke een aantal planingsbevoegdheden voor de GGZ aan grote gemeenten toevielen.
  - 8 Helaas ontbreekt hier de ruimte om de bijdrage van het Platform voldoende recht te doen. Deze groep vrijwilligers heeft een ongelooflijk aantal activiteiten ontplooid, gericht op inspiratie, maar zeker ook 'bewaking' van het veranderingsproces. Zo werden er veel discussies georganiseerd en wordt al vanaf 1984 de Nieuwsbrief Platform GGZ-Amsterdam met interviews, informatie en beschouwingen uitgegeven. Ook gaf het Platform zes onderzoeken uit die op zijn initiatief waren uitgevoerd.
  - 9 Vice-voorzitter was W. van Tilburg (hoogleraar klinische psychiatrie, Vrije Universiteit en Valeriuskliniek). Een aantal was deskundig op terreinen als vrouwenhulpverlening, etnische minderheden, gerontopsychiatrie en 'cliëntenbelangen'. Voorts waren er enkele advise-  
rende leden vanuit de ziekenfondsen, de Provinciale Raad voor de Volksgezondheid in Noord-Holland en de landelijke en regionale inspectie. Zie voor samenstelling, werkwijze, adviezen enzovoorts het eindverslag: Adviesgroep, 1987.
  - 10 De Stuurgroep heeft ze aanvaard als uitgangspunt voor de vernieuwing, zoals duidelijk is in het provinciaal ontwerpplan van 1987. Afgezien van de eerder genoemde persoonlijke voorkeur, ken ik geen andere voorstellen waartegen de praktische ontwikkelingen redelijkerwijs kunnen worden afgezet. Zie voor kritiek op deze voorstelling: Perquin, 1986.
  - 11 Dit viel onder meer te beluisteren gedurende de discussie die plaatsvond tijdens de studiedag 'From Custodial Community Care' op 9 december 1985 en werd vooral door D. Kal verwoord.
  - 12 Het gaat om de Stichting Verpleeghuizen Amsterdam (110), de Prof. Dr. A. Querido Stichting (160) en de Stichting J.C. De Keijzer (95). Inmiddels zijn zij opgegaan in twee RIBW's en het Psychiatrisch Centrum Amsterdam dat in Zuid/Nieuw-West actief is.
  - 13 Behorende tot de Stichting Verpleeghuizen Amsterdam (SVA).
  - 14 Zo wordt mij verzekerd door de Platformleden en Nieuwsbrief-redacteurs Doortje Kal en Mark Janssen. Zie ook: Kal, 1991.
  - 15 Deze capaciteiten hangen af van nogal onvoorspelbare zaken als: het aantal opnamen dat met intensieve deeltijdbehandeling kan worden voorkomen, de bereikbare opnameduurverkorting, de beschikbaarheid van voorzieningen buiten de GGZ. Daarom heeft de Adviesgroep ervoor gepleit de meeste capaciteiten proefondervindelijk te bepalen en om deze halverwege het veranderingsproces (dat wil zeggen na vijf jaar) opnieuw te bezien. Voor de goede orde: deeltijdcapaciteit onderhoudt geen één op één relatie met het aantal patiënten dat er gebruik van maakt. Afhankelijk van het gebruik kunnen 2, 3 of misschien wel vier patiënten van één 'stoel' gebruik maken.

- De hier genoemde cijfers zijn ontleend aan het eindrapport van de Adviesgroep (1987, pag. 85 en 107-108).
- 16 Wel plande de Projectgroep Centrum/Oud-West/Noord hiervoor 18 plaatsen, waarvan 8 in het SPDC Noord, met de bouw waarvan naar verwachting nog dit jaar zal worden begonnen.
  - 17 De adviesgroep bepleitte een reorganisatie van de gehele Amsterdamse capaciteit aan dag-, avond-, weekeind- en nachtbehandeling ten behoeve van het nieuwe model. Dit betreft (de deeltijdplaatsen van) het Dercksen centrum, het dagcentrum De Vondelstraat, het St. Lucas-ziekenhuis, het AMC en de Sluis.
  - 18 Daarbij kan men denken aan de afdeling ergotherapie van het Queridohuis in Oost dat (nog?) te veel het karakter heeft van bezigheidstherapie. Maar ook aan 'fountainhouse' De Waterheuvel en creatief centrum De Opstap. Beide projecten zijn liever geen deel van het GGZ-systeem, maar worden daartoe wellicht gedwongen omdat andere vormen van financiering niet langer te vinden zijn. Ook moet de Stichting nieuwe werkvormen worden genoemd, die met vier projecten in de stad is vertegenwoordigd.
  - 19 Volgens een medewerker van DAC Oud-West zijn daar circa 500 mensen ingeschreven en ligt het aantal bezoekers per dag gemiddeld op 60; het is direct relevant voor 60 WLHM-bewoners. In Noord zou het om ongeveer de helft van deze getallen gaan; direct relevant voor 50 WLHM-bewoners. Het DAC Zuid-Oost is direct relevant voor 64 WLHM-bewoners.
  - 20 Daaronder zijn naast daadwerkelijk verhuisde plaatsen ook plaatsen in voorzieningen die al in de stad bestonden, maar om verschillende redenen door Santpoort in beheer zijn genomen (zoals 12 plaatsen crisiscentrum en 30 plaatsen dagcentrum De Vondelstraat).
  - 21 Dat de plannen niet deugen kan natuurlijk ook. Overigens valt op hoe weinig inhoudelijk beargumenteerde tegenstand de plannen hebben ondervonden. Een aardig overzicht van de bezwaren tegen de voor-

stellen van de Adviesgroep geeft Perquin (1986); ook hij sympathiseert overigens met de grote lijn ervan.

### Literatuur

- Adviesgroep GGZ, Stedelijke. *Het Amsterdamse model. Eindverslag van de Adviesgroep geestelijke gezondheidszorg Amsterdam*. Amsterdam, Gemeente Amsterdam, januari 1987.
- Bleeker, J.A.C., H.J. Meillo, E. Bongers en L.G.P.D. Koppers. Chronische inrichtingspatiënten in de Bijlmer. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid* 42 (1987), 12, pag. 1331-1343.
- Burgemeester en Wethouders van Amsterdam. *Conceptnota inzake een integraal beleid voor de Geestelijke Gezondheidszorg in Amsterdam*, Amsterdam, Gemeente Amsterdam, november 1983.
- Fox, B., B. van Herk, R. Esselink en R. Rijkschroeff. *Psychiatrische tegenbeweging in Nederland*. Amsterdam, Van Gennep, 1983.
- Gedeputeerde Staten van Noord-Holland. *Globaal plan voor de intramurale psychiatrie*. Haarlem, Provincie Noord-Holland, juli 1982.
- Haaster, H. van en D. Kal. Chronische inrichtingspatiënten in de Bijlmer (2). *Maandblad Geestelijke volksgezondheid* 43 (1988), 2, pag. 182-186.
- Haen, F. de. *GGZ in getallen – 1980*. Utrecht, Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid, 1982.
- Jacobs, C. en E. Ketting. *GGZ in getallen 1990. Een integraal kwantitatief overzicht van de geestelijke gezondheidszorg: instellingen, zorgcircuits, regio's*. Utrecht, Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid, 1990.
- Kaasenbrood, A.J.A., W.R.A. Duurkoop en J.A.C. Bleeker. Chronische inrichtingspatiënten in de Bijlmer: vier jaar later. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid* 46 (1991), 5, pag. 498-512.
- Kal, D. (red.). *De ruimte van het volledig leven*. Amsterdam, RIBW P.C. Hooft, 1991.
- Meillo, H.J. Verpleegkundigen veranderen.



- Van ordebewaarder in Santpoort tot case-manager in Amsterdam. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid* 46 (1991), 5, pag. 483-497.
- Mijs, A.A. *Het ontstaan van de RIAGG's in Amsterdam*. Lisse, Swets & Zeitlinger, 1987.
- Nationale Raad voor de Volksgezondheid/College voor ziekenhuisvoorzieningen. *Nota tussentijdse evaluatie substitutiebeleid APZ/BW 1984-1988*. Zoetermeer, NRV/Cvz, 1988.
- Perquin, L.N.M. De 'functies' in de psychiatrische behandeling. In: *From custodial to community care. Verslag Workshop terug van weggeweest, 9 december 1985*. Amsterdam, Gemeente Amsterdam, 1986.
- Poel, E.G.T. van der en H. van Haaster. *Een Amsterdamse weg naar een GGZ nieuwe stijl*. Amsterdam, Stichting interuniversitair instituut voor sociaal-wetenschappelijk onderzoek, 1982.
- Poel, E. van der, M. Romme, K. Trimbos en H. van der Wilk (red.). *Het psychiatrisch ziekenhuis in discussie. Verslag van de actie Moratorium Nieuwbouw APZ'en*. Amsterdam, Initiatiefgroep 'Moratorium bouw psychiatrische ziekenhuizen', 1985.
- Pries, H., E. van der Poel, A. ter Laak en D. Kal (red.). *Het leven na de inrichting: Onderzoek naar uitgangspunten voor de ontwikkeling van Beschermd Wonen Nieuwe Stijl*. Amsterdam, Platform GGZ Amsterdam, 1985.
- Provinciale Raad voor de Volksgezondheid in Noord-Holland. *Rapport inzake de behoefte norm voor intramurale psychiatrische voorzieningen in Amsterdam*. Haarlem, oktober 1983.
- Provinciaal Bestuur van Noord-Holland. *Provinciaal ontwerpplan voor de geestelijke gezondheidszorg in Noord-Holland. Voorontwerp*. Haarlem, januari 1987.
- Samenwerkingsverband van Pandora, Gekkenkrant, Cliëntenbond, JAC en Centrum ps. *Help de hulp is zoek in Mokum*. Amsterdam, 1979.
- Schrameijer, F. *Modern ingericht. Over planning van psychiatrische voorzieningen*. Utrecht, Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid, 1982a. Documentatiemap t.b.v. de studiedag op 4 juni 1982 te Utrecht.
- Schrameijer, F. (red.). *Verslag Modern ingericht. Over planning van psychiatrische voorzieningen*. Utrecht, Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid, 1982b.
- Schrameijer, F. Wordt de psychiatrische beweging in beton gegoten? *De Groene Amsterdammer* 20 oktober 1982c. (Tevens opgenomen in Van der Poel e.a., 1985.)
- Schrameijer, F. Nieuwe wijn in oude zakken. *Amsterdamse psychiatrie verandert. Welzijnsmaandblad* 40 (1986), 12, pag. 13-18.
- Schrameijer, F., F. Bosman, P. Kamper en A. Riepema (red.). *Kleine Gids geestelijke gezondheidszorg 1990-1991*. Houten, Bohn Stafleu Van Loghum, 1990.

### Summary

Schrameijer, Ph. *The Amsterdam model: dreams and achievements*.  
The background, content and progress of the Amsterdam model for mental health care is described and assessed. The renewal of mental health care in Amsterdam is comparable to that in some other European cities, such as Nottingham. The plans evolved out of the need to deinstitutionalize a large mental hospital outside the city and were much influenced by the movement of critical workers and (ex)mental patients. Some of the newly proposed functions have been realized according to plan, whereas others fall short. The shortcomings can be attributed to the lack of a central, coordinating body and to the rules and regulations which govern planning and financing of care. The future will depend much on the amount of regional responsibility taken by health insurers, operating in a nation-wide competitive 'health market'.

## De jeugdige zedendelinquent: diagnostiek op het politiebureau

### Inleiding

Ongeveer vijftien procent van de bij justitie aangemelde zedendelicten wordt door minderjarigen gepleegd (Criminaliteit en Strafrechtspleging, 1987). Over de jaren 1985-1987 werden 10 van de 1389 aangehouden minderjarige zedendelinquenten veroordeeld tot een onvoorwaardelijke vrijheidsbeneming. Van de 6605 volwassen zedendelinquenten kregen 1081 deze straf opgelegd. Het betreft bij deze onvoorwaardelijke vonnissen meestal de ernstige delicten zoals aanranding, verkrachting en gewelddadige ontucht met jonge kinderen.

Hoewel uit het onderzoek van Draijer (1990) blijkt dat incest met meisjes vaker door een vaak nog minderjarige broer dan door een (stief)vader wordt gepleegd, wordt hier zelden aangifte van gedaan. Ook de zogenaamde 'no-touch offenders' zoals exhibitionisten, voyeurs, obscene seksbellers en gappers van damesondergoed, worden zelden aangegeven. En wanneer dat al gebeurt, zal de politie meestal volstaan met een sepot, zeker als het een minderjarige betreft.

De vraag rijst of het terecht is dat zo weinig aandacht wordt geschonken aan minderjarige zedendelinquenten. Uit Amerikaanse onderzoeken blijkt dat veel volwassen zedendelinquenten hun eerste seksuele delict vóór hun achttiende jaar hebben gepleegd (Fehrenbach e.a., 1986; Becker en Kaplan, 1988), vaak zonder dat daar aangifte van wordt gedaan. Ook neemt in de loop der jaren de ernst van het seksuele delict sterk toe (Abel e.a., 1987). Als er niet wordt ingegrepen, vervallen in de loop van hun leven aanranders en verkrachters gemiddeld 7 keer in herhaling, ontuchtplegers met meisjes 23 keer, met jongens 281 keer, incestplegers met meisjes 81 keer en met jongens 62 keer, en exhibitionisten zelfs meer dan 500 keer (Abel e.a., 1987). Veel aanranders en verkrachters zijn in de puberteit begonnen met minder ernstige vergrijpen als exhibitionisme of ontucht met kleine kinderen zonder gebruik van geweld (Abel e.a., 1988). De ontwikkeling van seksueel agressieve fantasieën is achteraf gezien vaak reeds in de puberteit te constateren (Longo en Groth, 1983). Soms blijft het ook in de jeugd niet bij fantasie, maar zijn er ook al van jongs af aan seksueel agressieve handelingen (Longo, 1982).

Om een seksueel gewelddadige ontwikkeling te voorkomen acht men het in Amerika nodig de jeugdige zedendelinquent zo vroeg mogelijk te signaleren en te behandelen (National Council of Juvenile and Family Court Judges, 1988). Er zijn echter nog geen goed gevalideerde onderzoeken gedaan naar de effectiviteit van behandeling, gemeten aan een verminderde kans op recidive (Ryan, 1990). Voor een goede vergelijking ontbreken namelijk de cijfers als de jeugdige niet behandeld wordt. Brown e.a. (1990) doen verslag van een follow-uponderzoek twaalf tot dertig maanden na afloop van de behandeling van jeugdige zedendelinquenten. Van hen had 9,2% wederom een seksueel delict gepleegd. Helaas hadden slechts 69 van de 322 aangeschreven jongens de vragenlijsten volledig ingevuld teruggestuurd. Het vermoeden rijst dat het percentage dat in herhaling