

HET ERFGOED VAN DE RIAGG

Notities over verleden en toekomst van de ambulante geestelijke gezondheidszorg 1998

Jaap van der Stel

INLEIDING

‘Warenhuis van de ziel’ noemde *de Volkskrant* de RIAGG enkele jaren terug in een paginagroot artikel. Te vergelijken met Vroom & Dreesmann. Voorwerp van spot en kritiek. Maar tegelijkertijd: niet te vermijden. Veel RIAGG’s zijn inmiddels opgehouden te bestaan of zijn dat van plan. ‘Het RIAGG’ zoals het in de volksmond is blijven heten, was een fenomeen dat in korte tijd tot de kennis van haast elke Nederlander is gaan behoren. Bovendien hebben honderdduizenden er een directe relatie mee gehad. Toch behoort deze instelling - in zelfstandige vorm - binnen enkele jaren alweer tot het domein van de geschiedenis. De RIAGG’s gaan op in grotere verbanden.

Het is van belang het verscheiden van de RIAGG niet ongemerkt voorbij te laten gaan. De beoogde organisatorische veranderingen zijn weliswaar gewenst en dienen de realisatie van inhoudelijke doelen. Maar het doen opgaan van de RIAGG in nieuwe samenwerkingsvormen, met in het bijzonder de instellingen die vanouds de klinische zorg voor hun rekening nemen, is tegen de achtergrond van de geschiedenis toch opmerkelijk. Ik wijs op de sterk ‘anti-psychiatrische’ tendensen die in de jaren zeventig veel steun kregen en waaraan de ambulante geestelijke gezondheidszorg voor een deel ook haar identiteit ontleende. Veel ambulante instellingen waren in het verleden nu juist opgericht om te voorkomen dat kinderen of volwassenen opgenomen dreigden te worden. Kortom, tussen de ambulante GGZ (geestelijke gezondheidszorg) en de kliniek bestond een nog niet te overbruggen kloof.

In dit essay belicht ik het ontstaan van de RIAGG’s tegen de achtergrond van het gedachtegoed van een drietal psychiaters: Querido, Rümke en Trimbos. Zij hebben in ons land, ieder op hun manier, door hun werk, hun toespraken of colleges en vooral ook hun geschriften, de weg gebaad voor talloze instellingen en praktijkinitiatieven op het terrein van de geestelijke volksgezondheid. Querido, hoewel niet de eerste op dit gebied, schiep de voorwaarden voor het ontstaan van een unieke *sociaal*-psychiatrische praktijk. Rümke breng ik voor het voetlicht omdat hij - in overeenstemming met het psychiatrisch-theoretische kader - ruimte schiep voor de behandeling van ‘psychische stoornissen van gezonde mensen’ door *niet*-psychiaters. En tenslotte krijgt Trimbos de eer het meest diepgaand de noodzaak van een aparte en gebundelde - regionale - organisatie van de ambulante geestelijke gezondheidszorg boven tafel te hebben gebracht, - al eind jaren vijftig. Er zijn nog meer grote namen aan deze geschiedenis verbonden, maar ik beperk me tot deze drie.

Om de huidige structuren en ontwikkelingen in de geestelijke gezondheidszorg te begrijpen is een reconstructie van de geschiedenis op dat terrein noodzakelijk. Het gaat daarbij niet alleen om een soort bedrijfsgeschiedenis waarin de ene instelling uit de andere voortkomt, fuseert of zich afsplitst. Daar besteed ik hieronder aandacht aan. Maar nog belangrijker is de sociale en culturele context die aan die bedrijfsgeschiedenis vorm en richting geeft. Waarom dan toch zoveel aandacht aan deze drie kopstukken? Hiervoor zijn twee redenen. In de eerste plaats zie ik hen als intermediairs tussen sociale en culturele ontwikkelingen enerzijds en de inhoudelijke en/of organisatorische ontwikkeling van de geestelijke gezondheidszorg anderzijds. In de tweede plaats is het sowieso belangrijk de aandacht weer eens te vestigen op dit drietal zeer inspirerende voorgangers. We staan in een traditie. Het is verstandig dit historisch besef levend te houden, de rode draad daarvan te reconstrueren en zo gewenst te moderniseren. Jonge mensen moeten oude boeken lezen.

GEESTELIJKE VOLKSGEZONDHEID EN GEZONDHEIDSZORG

De vorming van de RIAGG en daarmee ook de naderende opheffing daarvan heeft een lange voorgeschiedenis. Ik kan deze laten beginnen bij de vorming van de eerste psychiatrische klinieken of nog verder terug. Maar voor ons doel is het genoeg de blik te richten op de 'beweging voor de geestelijke volksgezondheid' die eind van de negentiende en begin twintigste eeuw opkwam en vooral in de jaren dertig en veertig haar hoogtepunt beleefde.

Rond 1900 was in zowel de Verenigde Staten als in West-Europa een brede stroming ontstaan die om meer aandacht vroeg voor de psychische componenten van maatschappelijke problemen. Daarbij ging het niet alleen om de leniging van psychische nood, maar vooral om het voeren van propaganda voor preventieve zorg. Onder de noemer *Mental Hygiene* - geestelijke hygiëne - organiseerden de aanhangers een reeks van (nationale en internationale) congressen en richtten ze verenigingen op. De namen van de ex-psychiatrische patiënt Clifford Beers en de psychiater Adolf Meyer zijn hier onlosmakelijk mee verbonden.

In Nederland lag het initiatief bij de Amsterdamse hoogleraar in de psychiatrie K.H. Bouman (1874-1947). In 1916 bracht hij voor het eerst een aantal gelijkgezinden bijeen. Bouman was ervan overtuigd dat de psychiater kon bijdragen aan de verbetering van de maatschappij en dat voor een goede individuele behandeling kennis van de maatschappij bovendien een vereiste was. In 1931 richtte hij met steun van de Amsterdamse zenuwarts F.S. Meijers (1868-1953), een van de eerste sociale psychiaters van ons land, de *Nederlandsche Vereeniging voor Geestelijke Hygiëne* op. Nadat ook de confessionelen hun landelijke verenigingen hadden opgericht vond in 1934 een bundeling daarvan plaats in de *Nationale Federatie voor de Geestelijke Volksgezondheid*. Van 1934 tot 1964 was de juriste en tevens psychiatrisch sociaal werkster mej. mr dr E.C. Lekkerkerker (1899-1986) secretaris-directeur van deze federatie. Haar kennis en inzicht over sociaal werk heeft zij in het bijzonder ten nutte gemaakt voor de medisch-opvoedkundige bureaus zowel op lokaal als landelijk niveau.

Van belang is dat onder de term 'geestelijke gezondheid' veel meer werd verstaan dan 'afwezigheid van ziekte'. Het thema kreeg daardoor ook belangstelling van niet-medici, zoals filosofen, psychologen en vooral ook maatschappelijk werkenden. Dat maakte het ook mogelijk deze dynamische *beweging* te laten uitgroeien en ruimte te creëren voor idealistische en levensbeschouwelijke opvattingen. Dit ging uiteraard ten koste van de wetenschappelijke onderbouwing van de vele wensvoorstellingen, zoals die tijdens de hoogtijdagen werden uitgesproken. De aanhangers definieerden het begrip 'geestelijke gezondheid' dan ook heel gevarieerd en voor sommigen was de beweging een surrogaat voor religie. Kort na de Tweede Wereldoorlog werd op een internationaal congres uitgesproken dat de geestelijke gezondheidszorg voor gezonde onderlinge betrekkingen tussen de mensen en instellingen moest ijveren, en alles in het werk moest stellen om voor een ieder de grootst mogelijke ontplooiing te bewerkstelligen. Los van alle veelkleurigheid was er eenstemmigheid over de gedachte dat de moderne samenleving wel zo ingewikkeld was geworden dat een goede geestelijke gezondheidszorg absoluut vereist was.

Bouman en Meijers hebben hun ideeën over de *maatschappelijkheid van de psychiatrie* invulling gegeven in de totstandkoming van de sociale psychiatrie, naast de - nog steeds - veel grotere klinische psychiatrie. Meijers heeft van de Amsterdamse Gemeentelijk Geneeskundige Dienst de kans gekregen een afdeling geestelijke hygiëne op te richten die zich ten doel stelde zowel voorafgaand aan een eventuele opname als bij ontslag (wat vroeger nog lang niet zo vaak voorkwam als tegenwoordig het geval is) zo dicht mogelijk in de eigen leefsituatie van de 'patiënt' te opereren. Hij heeft ook het eerste leerboek *Inleiding tot de Sociale Psychiatrie* (1947) op zijn naam staan.

oprichting instellingen

Met de opkomst van de beweging voor geestelijke volksgezondheid en het sociaal-psychiatrische gedachtegoed was de basis gelegd voor de oprichting van ambulante werkende instituten, die soms geheel los van de klinische psychiatrie of andere intramurale voorzieningen opereerden. Dat gold niet voor de sociaal-psychiatrische voorzieningen voor volwassenen. Deze instituten - niet voor

niets voor- en nazorgdiensten geheten - werkten telkens in nauwe samenhang met de diverse psychiatrische klinieken in ons land. Soms maakten ze, als een ambulante voorpost, er zelfs deel van uit. Ook kwam het voor dat ze een onderdeel waren van een Kruisvereniging of - zoals in de grote steden - van de gemeentelijke gezondheidsdienst. In Amsterdam was die onafhankelijkheid van de klinieken ook heel bewust beleid omdat de opnamen de gemeente handenvol geld kostten en men meer greep wilde hebben op de werkzaamheden van de opnemende klinieken. Bij de MOB's, de *medisch-opvoedkundige bureaus*, eerst nog 'bureau voor moeilijke kinderen' geheten, was er nauwelijks sprake van een directe relatie met jeugdinternaten, alhoewel ze allengs wel een adviserende rol kregen toebedeeld bij de eventuele toepassing van een maatregel in de sfeer van de kindbescherming.

De eerste voor- en nazorgdienst voor 'geesteszieken' werd in 1926 in Rotterdam opgericht als onderdeel van een psychiatrische kliniek. Het eerste MOB kwam in 1928 (Amsterdam) tot stand op instigatie van mej. Lekkerkerker die hieromtrent inspiratie had opgedaan in de VS. Deze instellingen werkten als een consultatiebureau. De aandacht richtte zich in het begin vooral op het onderzoeken van de mogelijkheden om eenvoudige en/of globaal geformuleerde problemen zodanig op te lossen dat de betrokkene, de geestelijk gestoorde volwassene of het gedragsgestoorde kind, in de maatschappij kon blijven. Het voorkomen van een opname of een kindbeschermingsmaatregel als het om kinderen ging vond men heel belangrijk.

De voor- en nazorgdiensten boden echter meer dan alleen een consultatiefunctie, ook al was de invulling sterk plaatsgebonden. In de grote steden was er hulp op 24-uurs basis. De medewerkers wilden vóór opname iedere patiënt eerst zien, bij voorkeur in de eigen omgeving, en poogden allereerst toch nog een nieuw evenwicht te bereiken. Met de klinieken en psychiatrische inrichtingen onderhielden ze contact om zo goed voorbereid te zijn bij terugkeer van de patiënt in de maatschappij.

Het MOB zette evenwel de toon voor de wijze waarop een gespecialiseerde ambulante instelling behoorde te werken, het werden daardoor ook dure voorzieningen, want behalve een psychiater en een maatschappelijk werkende waren in de teams van deze bureaus ook een kinderarts en een psycholoog opgenomen. Het multidisciplinair werken in teamverband is nog steeds heel kenmerkend voor de ambulante geestelijke gezondheidszorg voor jeugdigen.

Andere voorzieningen die tot de eerste bureaus voor geestelijke volksgezondheid gerekend werden, waren de nazorgdiensten voor zwakzinnigen, de consultatiebureaus voor alcoholisten, de forensische reclassering en later de bureaus voor levens- en gezinsmoeilijkheden. Bij de laatst genoemde bureaus was de sociaal-psychiatrische inbreng zeer gering of zelfs afwezig.

De grootste gemene deler van al deze voorzieningen was de methode van de sociale beïnvloeding en de toepassing van somatische en psychotherapeutische middelen.

Wat de psychotherapie betreft is er tientallen jaren lang onduidelijkheid geweest over de organisatie daarvan en in het bijzonder de financiering van verrichtingen voor fondspatiënten. Toch zijn er al vanaf de jaren veertig specifiek voor psychotherapie instituten opgericht, vaak met financiële steun van gemeenten. Het is begonnen met de oprichting van het Instituut voor Medische Psychologie (IMP) kort na de Duitse inval in mei 1940. Het doel was de preventie van psychotrauma's als Amsterdam onverhoopt gebombardeerd zou worden. Gedurende de oorlog kreeg dit instituut geld uit het *Luchtafweerbonds* van de gemeente. Door interne twist is dit instituut later gesplitst in een centrum (eveneens onder de naam IMP) dat oog had voor het belang van kortdurende psychotherapie en een centrum dat beoogde psychoanalyses uit te voeren, het Psycho-Analytisch Instituut (PAI).

resumé

Het is belangrijk vast te stellen dat in de jaren dertig tot en met zestig, anders dan nu het geval is, met de term 'geestelijke gezondheidszorg' niet de behandeling van geesteszieken in de klinieken werd aangeduid. De term 'geestelijke gezondheidszorg' kwam, zoals eerder gesteld, voort uit de beweging voor Mental Hygiene. Het duidde in de eerste plaats de algemene en gespecialiseerde *ambulante* voorzieningen aan, die in hun werkwijze een vooral sociaal en op de omgeving gericht karakter droegen. In zoverre bestond er - bij de protagonisten van de geestelijke gezondheidszorg -

ook enige ambivalentie tegenover de psychotherapie voor zover deze uitsluitend individu-georiënteerd werkte. Wel zag men natuurlijk relaties met de klinieken en internaten. Voor Querido vormden deze toch de kern waar omheen de geestelijke gezondheidszorg zich behoorde te ontplooien. Dat is niet zo verwonderlijk omdat hij zich met mensen met psychiatrische stoornissen bezighield. Voor die instituten die zich - in toenemende mate - met de 'psychische stoornissen van de gezonde mens' (Rümke) bezighielden was die relatie echter veel minder vanzelfsprekend, mede door de toentertijd sterke inbreng van maatschappelijk werkenden in het uitvoerende werk.

QUERIDO

Het is verdedigbaar om postuum Arie Querido (1901-1983) uit te roepen als een van de grondleggers van de RIAGG, althans zijn gedachtegoed heeft hier in belangrijke mate toe bijgedragen. Het is daarom goed bij het afscheid van de RIAGG weer eens stil te staan bij de denkbeelden en vooral ook de praktijk van deze medicus, die overleed toen de RIAGG's nog maar net opgericht waren. Veel van zijn ideeën doen nog uiterst modern aan.

Het levensverhaal van Querido is voor een breed publiek prachtig beschreven door Arend-Jan Heerma van Voss in *Vrij Nederland* (1980). Querido was psychiater bij de Amsterdamse GG&GD (1931-1949) en vervolgens directeur openbare gezondheidszorg van Amsterdam (1949-1960). Verder bekleedde hij de functie van voorzitter van de Nationale Federatie voor de Geestelijke Volksgezondheid (1954-1967) en tenslotte die van hoogleraar sociale geneeskunde (1952-1970).

Meer nog dan Meijers is Querido te zien als de grondlegger van de sociale psychiatrie in Nederland. Hij introduceerde de term sociale-psychiatrie als ondertitel van een publicatie van zijn hand over het Zeeburgerdorp (1932). Mede dank zij hem konden de psychiatrische voor- en nazorgdiensten zich ontwikkelen tot relatief zelfstandige sociaal-psychiatrische diensten die sinds de jaren zestig ook voorzien werden van een landelijke subsidieregeling. Zijn Leitmotiv was dat hulpverleners mensen in hun sociale context moesten bestuderen vóórdat ze eventueel besloten tot een opname. Zijn streven naar een stevige financiële basis voor de geestelijke gezondheidszorg reikte verder dan alleen de sociale psychiatrie. Hij was ook nauw betrokken bij de totstandkoming van de AWBZ.

Begin jaren dertig belastte de gemeente Amsterdam hem met de taak psychiatrische opnames te controleren en zo mogelijk ontslagen te bevorderen; later kwam daar de door hem nader vormgegeven taak bij om opnames te voorkómen. Voor de oorlog was het nog vrij uitzonderlijk als psychiaters op huisbezoek gingen, laat staan dat zij trachtten aldaar zo concreet mogelijke veranderingen aan te brengen in de leefomstandigheden. Querido maakte er systematisch werk van om crisissen ter plekke op te lossen. Zo kon hij het aantal opnames beperken. De rijdende psychiater was geboren en daarmee maakte Querido internationale faam.

Ver zijn tijd vooruit was Querido door zijn manier van multidimensionaal denken. Dat de psychiaters en zenuwartsen aandacht moesten schenken aan zowel de somatische als het psychische aspect van het menselijk bestaan was hen wel vertrouwd. Maar dat de sociale dimensie daarbij niet gemist kon worden was geen gemeengoed. De beklemtoning van deze derde, *sociale* dimensie, bracht Querido er niet alleen toe over sociale psychiatrie te spreken, maar ook te pleiten voor een, zoals hij het noemde, *integrale* geneeskunde.

Hij meende dat sociale problemen ook in politieke zin tot een oplossing moesten worden gebracht. Hij wilde ze niet terugbrengen tot een individueel aanpassingsprobleem. De geestelijke gezondheidszorg was niet los te zien van maatschappijhervorming. Hier hangt zijn lidmaatschap van de Eerste Kamer voor de Partij van de Arbeid (1958-1971) dan ook direct mee samen.

sociale psychiatrie

De naam van Querido is, zoals gezegd, blijvend verbonden aan sociale psychiatrie, misschien meer nog dan aan sociale geneeskunde in welk vakgebied hij een leerstoel bekleedde. Zijn bijdrage ligt in de radicaliteit waarin hij de maatschappelijkheid van het individu en zijn of haar stoornis voor het voetlicht bracht.

Querido was van mening dat de maatschappelijke en individuele leefomstandigheden sterk van invloed waren op het ziekteproces in psychiatrische zin, - oorzakelijk of in ieder geval medebepalend. Al vroeg raakte hij ervan overtuigd dat hij de patiënt in wisselwerking met maatschappelijke factoren moest onderzoeken en dat hij op basis daarvan - zo mogelijk preventieve - interventies moest vinden.

Hem was opgevallen dat toen men in de 'gestichten' *actieve therapie* (zoals arbeidstherapie) ging toepassen er volop mogelijkheden waren om de patiënt aan te passen aan de maatschappij. In een geschikt milieu bleken veelvoorkomende symptomen, die inherent zouden zijn aan bepaalde ziektebeelden, te verdwijnen of niet meer op te treden. Dit gaf voeding aan de gedachte dat ziekteverschijnselen in wisselwerking tussen patiënt en omgeving tot stand komen. Voorbeelden hiervan zijn de 'onverbrekelijke band tussen cultuur en psychose-vorm' en de afhankelijkheid van de kenmerken van de beschaving waarmee geestesziekten hun vorm krijgen. Hetzelfde geldt voor de neurosen die - volgens het inzicht van Querido - het 'stempel van hun tijd' dragen waardoor neurosen steeds een andere uitingsvorm krijgen.

Querido pleitte ervoor deze algemene inzichten in zake de plasticiteit van de symptomen toe te passen in de methodiek van de sociaal-psychiatrische arbeid. Dat hield in dat men moest zoeken naar een zodanige aanpassing van de patiënt aan de maatschappelijke omstandigheden (en vice versa!) dat de betrokkene een nieuw, leefbaar evenwicht kon bereiken. Dit zoeken naar een nieuw evenwicht kon zowel vóór een eventuele opname plaatsvinden, maar was evenzeer van belang in de nazorgfase ter voorkoming van recidive.

Bij de benadering van kinderen met afwijkend gedrag gold uiteraard een vergelijkbare filosofie: kinderen waren (en zijn) slechts oppervlakkig te voorzien van diagnostische etiketten. Veel leerzamer en productiever was het volgens Querido de relatie met het milieu nauwkeurig te onderzoeken en het gedrag uit de wisselwerking tussen kind en milieu (functioneren van het gezin, rol van de ouders e.d.) te begrijpen, en op grond daarvan ook te handelen naar een nieuw evenwicht. In praktische zin hield dit in dat de geneeskundige/psychiater de individuele kant voor zijn rekening moest nemen, terwijl de maatschappelijk werker de sociale kant moest benaderen. In zijn tijd waren maatschappelijk werkers overigens in het merendeel vrouwen, - velen hadden een aanvullende opleiding gevolgd voor het sociaal-psychiatrische werk. Na de Tweede Wereldoorlog professionaliseerde het maatschappelijk werk met de introductie (vanuit de VS) van de *social case-work* methode, dat zich kenmerkte door een niet-bevoogdende werkhouding en de toepassing van elementen uit de psychotherapeutische praktijk.

Niet alleen in de MOB's maar ook in de voor- en nazorgdiensten voor volwassenen was het team geboren. Querido voerde daarbij aan dat de samenwerking tussen medicus en sociaal werkster diende te gebeuren op basis van 'gelijkwaardige en gedeelde verantwoordelijkheid'.

Uit de combinatie van psychiatrie en maatschappelijk werk ontstond die unieke werkwijze van de sociale psychiatrie, die - in de woorden van Querido - de patiënt in staat diende te stellen 'zijn verhouding tot de maatschappij gezondere vormen te geven'. Opneming - hoe kort dan ook - had zelden het beoogde effect en was dus in het nadeel van de patiënt. Het was een schijnoplossing die dreigde herhaald te worden. Beter was het volgens Querido niet de contacten met de gemeenschap te verbreken en in de concrete situatie van de patiënt een oplossing te vinden. Het was de opdracht van de sociale psychiatrie als *psychiatrie d'urgence*, in de dagelijkse levenssituatie van de patiënt een plaats te vinden voor de verwerking van of de omgang met trauma's en conflicten.

De psychiatrie van Querido was gericht op preventie omdat mensen in de omgeving van de patiënt, wanneer deze niet bij het eerste de beste verzoek daartoe zou worden opgenomen, vaker in aanraking kwamen met geesteszieken. Door het contact met de psychiatrische eerste hulp zou het bredere publiek een positiever beeld kunnen vormen van de problematiek:

'Door dan te toonen, hoe met zulk een zieke omgegaan kan worden, door den mystieken cirkel te verbreken, dien de leekenangst om den krankzinnige getrokken heeft, door steeds maar weer te bewijzen, dat ook met een zenuwpatiënt redelijk omgegaan kan worden, en door de wegen aan te geven, waarlangs dit doel bereikt kan worden, heeft de psychiatrie d'urgence een taak te vervullen, welke, het individu dienend, boven het individueele uitgaat' (Querido 1970 [oorspr. 1935] 24).

Met onder andere deze benadering beoogde Querido zijn missie te bewerkstelligen waarin de verantwoordelijkheid van de zorg voor de psychiatrische patiënt verlegd zou worden van de kliniek

naar de samenleving. Een missie die inmiddels door velen is overgenomen, maar nog lang niet is volbracht. Het is een missie waarin *cure* en *care* beide gericht zijn op de cliënt en zijn of haar sociale context.

krankzinnigenwet

Querido publiceerde al in 1939 over het krankzinnigenrecht en heeft er op zijn manier alles aan gedaan om misstanden in de rechtspositie van psychiatrische patiënten te bestrijden. Hij, die ijverde voor modernisering van de wetgeving, heeft de komst van de Wet BOPZ (Wet bijzonder opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen), die na jaren en jaren debatteren uiteindelijk in 1993 van kracht werd en de Krankzinnigenwet uit 1888 verving, niet meer mogen meemaken.

De Krankzinnigenwet vond hij volstrekt verouderd. Deze wet had haar historische bestaansrecht in de negentiende-eeuwse praktijk. Het was toen regel, aldus Querido dat de geesteszieke 'als een zeer bijzonder en te vreezen individu' moest worden 'uitgebannen'. Indien deze beweegreden kwam te vervallen was de grondslag van de wet ook ondermijnd. Hij beseftte wel dat er een minderheid van de patiënten zou zijn die zich - tegen beter weten in - nooit vrijwillig zou laten opnemen, maar dit rechtvaardigde geen wetgeving waarin de mogelijke inzet van politiematregelen ook op de veel grotere groep van patiënten die zich vrijwillig liet opnemen zou drukken. In zijn woorden:

'Dat wij te maken hebben met iemand, die weigert zich te doen verplegen, is niet een aanvangsmoment van een nieuwe situatie, doch een schakel in een reeks gebeurtenissen, die reeds hun historie hebben. Het is een bijzondere uitdrukking van een algemeen gebrek aan inzicht, van een algemeen maatschappelijke invaliditeit. Niet dus moeten onze maatregelen zich richten tegen deze weigering als zoodanig, maar tegen de onmaatschappelijkheid in het algemeen; verstaan wij onze taak goed, dan moet ons streven erop gericht zijn, deze onmaatschappelijkheid te voorkomen of binnen de perken te houden; het bevorderen der opneming is van deze bemoeiingen niet meer dan een facet' (Querido 1970 [oorspr. 1939] 47).

Het is niet overdreven Querido te beschrijven als het prototype van degene wiens streven gericht is op de vermaatschappelijking van de zorg en op de versterking van de openbare geestelijke gezondheidszorg. In veel opzichten is zijn 'missie' ook nog uiterst actueel: postuum heeft hij in het beleid 'gelijk gekregen' waar het zijn opvattingen over psychiatrisch gestoorde mensen betreft en de richting waarin de hulpverlening zich zou moeten ontwikkelen. De ontwikkelingen van de laatste jaren, waarin bedden worden omgezet in stoelen, zou hij wellicht nog te beperkt hebben gevonden en hij zou er sterk voor geijverd hebben ook stoelen in scooters om te zetten, want het eigenlijke werk moest men in de thuissituatie doen.

Zijn opvattingen over het Krankzinnigenrecht (geformuleerd eind jaren dertig!) mogen zestig jaar later achterhaald zijn als we ons richten op zijn praktische voorstellen tot wetswijziging. Maar als we de blik richten op de motieven om tot een radicale herziening - beter gezegd 'afschaffing' van het krankzinnigenrecht - te komen, en we het radicaal-humanistische kader in ogenschouw nemen van waaruit hij zijn betoog opbouwt, dan staat er een heel modern bouwwerk.

RÜMKE

Met een korte bespreking van grote lijnen van het werk van Querido zijn we al een flink eind in de richting van de RIAGG gekomen, maar er zijn ook anderen die hun stempel daarop gedrukt hebben, al dan niet bewust. Want wanneer ik Rümke hier ten tonele voer, is dat niet omdat hij zich zo duidelijk heeft uitgelaten over de organisatie van de ambulante geestelijke gezondheidszorg. Zijn kwaliteiten lagen ergens anders, zoals in het kritisch beschouwen van de (kennistheoretische) grondslagen van vooral de *klinische* psychiatrie en de maatschappelijke funderingen van de breder gepositioneerde geestelijke gezondheidszorg.

De psychiater Henricus Cornelis Rümke (1893-1967) werkte tussen 1918 en 1927 bij de Valeriuskliniek te Amsterdam. Hij stond in nauw contact met de vermaarde E. Bleuler (1857-1939) in Zürich, een van de eersten die psychoanalytische inzichten toepaste in de psychiatrie. Vanaf 1928 tot en met 1963 was hij in Utrecht hoogleraar ontwikkelingspsychologie (eerst als bijzonder hoogleraar) en vanaf 1936 tevens eerste hoogleraar psychiatrie. Hij heeft een enorm oeuvre

nagelaten, waarvan de driedelige *Psychiatrie* (1954-1967) wel het meest tot de verbeelding spreekt en ook nu nog heel lezenswaardig is. In 1947 nam hij het voorzitterschap van de Nationale Federatie voor de Geestelijke Volksgezondheid over van K.H. Bouman. Uit dien hoofde en als hoogleraar nam hij een vooraanstaande positie in op internationale fora. Ik licht uit zijn werk van begin jaren vijftig een paar thema's die een brug slaan naar zijn latere promovendus C.J.B.J. Trimbos. Trimbos beschouw ik als de eigenlijke uitdenker van het RIAGG-concept.

Professor Rümke was, evenals K.H. Bouman, Meijers, Lekkerkerker, Querido en Trimbos, betrokken bij de beweging voor geestelijke gezondheid. In dat opzicht deelde hij ook hun opvattingen over de samenhang tussen psychiatrische stoornissen bij individuele mensen en de voor hen relevante maatschappelijke processen en problemen. In een referaat over 'psychiatrie en maatschappij' citeert hij met volle instemming een professorale voorganger, Schneevogt, van enkele generaties terug, - deze zei in 1868:

'Van de psychiater moet worden geëist, dat hij kennis heeft van de physiologie, de anatomie, de embryologie van het centrale zenuwstelsel, dat hij grondige kennis heeft van de pathologie van alle organen, dat hij op de hoogte is van de pathologische anatomie, dat hij geen vreemdeling is in de wijsbegeerte, dat hij psycholoog is in de ruimste zin des woords. Hij moet een diepe blik kunnen werpen in hetgeen men des mensen hart noemt. Hij moet kunnen individualiseren maar hij mag niet vreemd zijn aan de sociale vraagstukken van de dag, aan de godsdienstige twistpunten, aan de politieke beroeringen, aan de mercantiele, aan de industriële en andere speculaties. De psychiater moet de geest van zijn tijd begrijpen' (Rümke 1953 [oorspr. 1950] 217).

Dat Rümke aan dat laatste voldaan heeft, moge blijken uit zijn relativering van het traditionele 'medische model' voor zover dit betrekking had op de klinisch-psychiatrische praktijk. Hij was zich ervan bewust dat op diagnostisch terrein nog weinig vooruitgang werd geboekt, maar dat was een intern probleem. Interessanter is dat hij zich realiseerde dat er naast biomedische benadering en dus de bijdrage van medici, ook ruimte moest zijn voor de toen moderne stromingen gericht op geestelijke gezondheid waarin naast artsen talloze andere disciplines, zoals psychologen, sociologen en cultuurfilosofen actief waren.

Rümke sprak zijn twijfels uit over 'de betrekkelijkheid van de psychiatrische diagnose'. Net zoals we eerder al bij Querido zagen, was hij verwonderd door de resultaten van de actieve therapie die toen in de klinieken waren geïntroduceerd. Bepaalde symptomen van het klassieke ziektebeeld van schizofrenie leken het effect te zijn van de actuele leefsituatie van de patiënt in de inrichting. Beschouwd in een andere context en in relatie tot een andere benadering bleken ze reversibel te zijn. Ook heden ten dage zullen wij ons ook weer moeten realiseren dat wat wij aan een ziektebeeld als 'klassiek' en als vaststaand opvatten, door een toekomstige generatie geheel anders zal worden beleefd. De betrekkelijkheid van de diagnose school volgens Rümke ook in het feit dat alleen op grond daarvan niet op een overtuigende wijze de prognose en de therapie kunnen worden gefundeerd, - in ieder geval heeft het volgens hem weinig zin zich blind te staren op de diagnose, ook al behoort dat bij uitstek tot het métier van de psychiater.

psychische stoornissen van de gezonde mens

Een andere 'betrekkelijkheid' was voor Rümke de 'somatisch-neurofysiologische' grondslag waarop het gebouw van de Europese psychiatrie tot ontwikkeling was gekomen. Terecht was de psychiatrie een medische wetenschap, maar de ervaringen met de 'actieve therapie' in de klinieken had bewezen dat er ook behoefte was aan 'een psychiatrie, gebouwd op tussenmenselijke relaties'. En, zo redeneerde hij, om het belang daarvan te onderstrepen zou men deze relatiegebondenheid ook moeten betrekken bij de diagnostische classificatie. Zo bood Rümke de opening voor een psychiatrie die werd gebouwd op meerdere grondslagen.

Zijn ruime manier van denken was in haar consequentie het meest verstrekkend toen hij het concept van de 'psychische stoornissen van de gezonde mens' ontwikkelde. Verstrekkend, omdat dit vanuit het kathedraal de opening bood voor, respectievelijk de legitimatie gaf aan, de toestroom van *cliënten* (in plaats van patiënten), vooral vanaf de jaren zeventig, naar de ambulante geestelijke gezondheidszorg, in het bijzonder de RIAGG.

Rümke stelde: 'de zieke overschat bijna steeds de gezondheid'. Bijna alle psychiatrische symptomen komen ook bij overigens gezonde mensen voor, met dit - essentiële - verschil dat dit bij

hen meestal - soms al na enkele seconden - over gaat. Iedereen waant wel eens of hoort stemmen. Daarom is volgens Rümke het psychiatrisch-wetenschappelijke probleem 'niet de vraag hoe de symptomen ontstaan, maar waarom zij blijven'.

De kennis van deze 'stoornissen van de gezonde mens' is voor de klinische psychiater belangrijk. Het weerhoudt hem er volgens Rümke van 'te lichtvaardig van psychopatisch of neurotisch te spreken'. Omdat niet het optreden van het symptoom als zodanig differentieert tussen zieke en gezonde mensen is de tijdsduur van cruciaal belang. Hij betwijfelde of er in dit verband mocht worden gesproken van een 'vloeiende overgang'.

Rümke zag wat de behandeling betreft een belangrijke taak weggelegd voor de psycholoog, mits die beschikte over 'grondige kennis van de psychopathologie'. En hij zag veel heil in de psychotherapie. Maar hoe geïnteresseerd Rümke zich ook opstelde tegenover de psychologie, hij zag ook de keerzijde van deze - steeds prominenter aanwezige - discipline. In zijn woorden:

'Ik ken de zegenbrengende werking van de psychologie, en acht haar een van de allerbelangrijkste verrijkingen van de therapie, maar ik ken ook een vorm van psychologiseren die de spontane daadkracht en de natuurlijkheid in meditatie verlamt, en ik ken bovendien psychologiseren als uiting van ontoelaatbare bemoeizucht en indiscretie, hetgeen ik verderfelijk acht voor de psychische gezondheid' (Rümke, 1953 [oorspr. 1948] 207).

Een vroege kritiek die in de volgende decennia in vele toonaarden door anderen is nagesproken.

Hij had ook zo zijn twijfels bij de - in de beweging voor de geestelijke gezondheid toch vaak te signaleren - aanmatiging dat psychologen en psychiaters bij het zoeken naar een gepaste levens- en wereldbeschouwing de weg zouden kunnen wijzen. Naar zijn mening was daar op historische gronden weinig reden toe.

Bij elkaar genomen ligt het belang van Rümke's visie voor de toekomstige vormgeving van de ambulante geestelijke gezondheidszorg vooral in het inzicht dat er naast de medisch-psychiatrische benaderingswijze die men als *geestelijke hygiëne* aanduidde, behoefte bestaat aan *geestelijke volksgezondheid*: de bevordering van de afwezigheid van psychische ziekte. In het laatste heeft de psychiater zijns inziens slechts een dienende en geen leidinggevende functie. Voor de mogelijkheid van geestelijke gezondheid en dus de afwezigheid van een ontluikende psychische stoornis, achtte hij het belangrijk dat de mens het vermogen moest hebben te groeien, zich gezamenlijk met anderen moest kunnen ontwikkelen, en zich aan 'bovenpersoonlijke waarden' zou moeten kunnen hechten.

TRIMBOS

Kees Trimbos (1920-1988), in het in memoriam in het *Maandblad voor Geestelijke Volksgezondheid* aangeduid als 'een zachtmoedige rebel', is de belangrijkste naoorlogse promotor van de geestelijke gezondheidszorg en volksgezondheid. Hij was van 1951 tot en met 1966 directeur van de Katholieke Stichting voor Geestelijke Volksgezondheid te Amsterdam en vervolgens tot en met 1968 hoofd van de afdeling Studie en Documentatie van het Katholiek Nationaal Bureau voor Geestelijke Gezondheidszorg in Utrecht (KNBGG). Een tiental jaren was hij in Utrecht ook praktiserend psychiater. In 1960 ging hij doceren aan de universiteit in Utrecht totdat hij in 1968 werd benoemd tot hoogleraar in de sociale en preventieve psychiatrie te Rotterdam.

Trimbos stak in het katholieke milieu zijn nek uit door zich te keren tegen de morele opvattingen en praktijken van de door Rome geleide kerk omdat deze de individuele ontplooiingsmogelijkheden danig beknelden, - de kritiek leidde ertoe dat hij met de kerk heeft gebroken. In zijn oratie (1969) wijst hij erop dat de sociaal-economische vooruitgang ten nadele is van de geestelijke gezondheid. De beweging voor geestelijke volksgezondheid was voor hem het brandpunt van activiteiten om te ijveren voor een gezonde samenleving. In navolging van Rümke zag hij het doel van de geestelijke gezondheidszorg als niet alleen de behandeling van 'ziekten' maar vooral ook als de behandeling van 'psychische stoornissen', en wel met meer dan louter medische middelen en methoden.

Bij de bespreking van de ideeën van Trimbos baseer ik mij hier - niettegenstaande zijn omvangrijke oeuvre - hoofdzakelijk op zijn proefschrift uit 1959. Zijn dissertatie is vooral zo interessant omdat daarin - ruim twee decennia voordat het definitieve RIAGG-besluit van kracht werd - de belangrijkste argumenten daarvoor door hem al uiteengezet waren. Ook de argumenten

voor een relatief gescheiden ontwikkeling van de ambulante geestelijke gezondheidszorg waren niet eerder zo consequent uitgewerkt als in dit proefschrift.

Het thema van zijn proefschrift was 'geestelijke gezondheidsleer en geestelijke gezondheidszorg'. Voor de plaatsbepaling van de geestelijke gezondheidszorg probeerde hij allereerst een antwoord te vinden op de volgende vragen: (a) zijn er in onze tijd meer psychisch gestoorde mensen dan vroeger, (b) welke tijdsfactoren geven de psychische stoornissen een typisch karakter, (c) waardoor gaat de huidige mens psychosociale hulp inroepen en (d) welke externe factoren stimuleren de ontwikkeling van de geestelijke gezondheidszorg? Het zijn vragen die ook nu nog heel actueel zijn. Wat de eigentijdse factoren betreft wees Trimbos op onzekerheid en onrust in het persoonlijk leven van veel mensen, gebrek aan geestelijke kracht hetgeen samenhangt met de cultuur van de 'massamens uit een welvaartssamenleving' en de druk zich aan te passen.

Als bevorderende factor voor de behoefte aan geestelijke gezondheidszorg zag hij dat 'de belangstelling voor de mens in onze tijd opvallend groot' is. Daarnaast wees hij op de secularisatie, de ontwikkeling van de wetenschap, specialisatie en deskundigheid en nivellering. Met dat laatste bedoelde hij dat alle mensen gelijk zijn en een ieder recht heeft op geestelijke gezondheid. Tot slot zag hij de 'mondigheid', in de betekenis die Immanuel Kant daaraan gaf, als een belangrijke bevorderende factor.

Als externe factoren die volgens Trimbos bijdroegen aan de groei van de geestelijke gezondheidszorg zag hij het isolement waarin veel 'probleemgroepen' verkeerden - zoals de 'ouden van dagen' - en verder economische en humanitaire ontwikkelingen. Eveneens in overeenstemming met Rümke schaarde Trimbos zich achter het humanistische ideaal van zelfontwikkeling en zelfontplooiing. De samenleving moest hiertoe - aldus Trimbos - volop de gelegenheid bieden.

niet-medische psychiatrie

Trimbos was een van de eersten die de feilen van het medische model, zoals psychiaters dat hanteerden, blootlegde. Met vergelijkbare argumenten als Querido bezigde, vestigde vroeg hij de aandacht voor de *sociale* achtergronden van de patiënten die overigens in het verleden op strikt *medische* gronden 'krankzinnig' werden verklaard en vervolgens opgenomen. Emil Kraepelin (1856-1926), de grondlegger van de klinisch-psychiatrische diagnostiek, bouwde geheel zijn medische systematiek op deze omdraaiing. Hij medicaliseerde aldus een proces van sociale uitsluiting dat in de negentiende eeuw zijn beslag kreeg in de vorm van de bouw van talloze - geïsoleerd gelegen - gestichten en de opname van steeds meer, als 'sociaal onaangepast' geïsoleerde geesteszieken. Trimbos schreef hierover:

'Geestesziek wordt dan een algemeen begrip, dat (...) een begrip van onwaarde wordt, waarin alle mogelijke onwaarden, die een of ander sociaal aspect hebben, gevat kunnen worden' (Trimbos 1959, 55).

Trimbos bouwde in zijn dissertatie voort op de in zijn ogen vruchtbare opvatting van Rümke over de 'psychische stoornissen van de gezonde mens', daar dit de legitimatie vormde voor een domein naast de medische psychiatrie namelijk het domein van de - niet medische - psychische hygiëne. Het is juist deze groep mensen die geen organische ziekte, in somatische zin hebben waar Trimbos aandacht voor vroeg. Het ging om de mensen wier klachten gerelateerd zijn aan sociale en culturele veranderingen, waaronder de - zoals hij ze noemde - 'slachtoffers van deze tijd'. Mensen met levensmoeilijkheden die weinig met 'ziekte' van doen hadden en die daarvoor ook niet bij de psychiater hoefden aan te kloppen, maar eerder bij psychologen, counsellors, zielzorgers, maatschappelijk werkenden en sociaal-therapeuten. Zij werkten niet-medisch, ook al stelden ze hun doelen vaak wel in een dergelijk jargon. Het was vooral deze groep die volgens Trimbos op een meer adequate wijze 'ergens' onder dak moet worden gebracht. Naar zijn mening vereiste dat een bundeling van niet-medische disciplines.

Binnen dit kader was het dan ook gepast om de term geestesziek slechts te gebruiken als er sprake is van 'in maat en getal' uit te drukken 'objectiveerbare stoornissen', want, zoals hij stelde, 'het psychische op zich kan nooit ziek zijn, hoogstens gestoord'. Aldus moest er naast de oorzakelijkheid van biologische aard een psychosociale oorzakelijkheid komen, die in essentie diende te berusten op 'communicatieve interactie'. Slechts vanwege 'overwaardering' en het feit dat

de psychiater er erg op is gesteld medicus te zijn is het eerstgenoemde causaliteitssysteem nog dominant, aldus Trimbos in 1959. Trimbos bespeurde evenwel een kentering in het maatschappelijk denken: hij stelde vast dat een 'niet-medische psychiatrie' zich ontwikkelde waarvoor hij de term 'geestelijke gezondheidsleer' reserveerde.

specifieke diensten voor geestelijke gezondheidszorg

Als dragers en uitvoerders van deze leer wees hij de 'specifieke diensten voor geestelijke gezondheidszorg' aan - een vroege aanduiding van wat later RIAGG is gaan heten. Hij doelde daarmee op de MOB's, de bureaus voor levens- en gezinsmoeilijkheden, de sociaal-psychiatrische diensten (voor- en nazorgdiensten), de 'debielen-nazorg', de alcoholistenbureaus en de instituten voor psychotherapie. In zijn ontwerp voor een gebundelde instelling noemde hij bovendien uitdrukkelijk nog een 'afdeling voorlichting' voor de preventieve taak.

De diensten zag Trimbos het liefst los van de lichamelijke gezondheidszorg, dus los van de gemeentelijke gezondheidsdiensten en de kruisverenigingen. Meestal bindt hen slechts 'het woord gezondheid' zo stelde hij en dat is een weinig overtuigend vertrekpunt. Maar ook konden deze instellingen niet gezien worden als een (gespecialiseerde) vorm van maatschappelijk werk. Er werkten weliswaar veel sociale werksters in deze sector, maar een gelijkschakeling daarmee zou het eigene van deze werksoort veronachtzamen. Volgens Trimbos waren er juist genoeg wetenschappelijke maar ook praktische overwegingen omtrent de psychische hygiëne om juist 'de autonome positie en het zelfstandige karakter der geestelijke gezondheidszorg' te kunnen onderbouwen. Hiermee keerde Trimbos zich uitdrukkelijk tegen het in zijn tijd nog verbrokkelde beeld en de wirwar aan meningen, en ijverde hij met het oog op de toekomst voor planning en de ontwikkeling van de organisatie van de geestelijke gezondheidszorg.

Het programma van Trimbos bestond eruit dat hij wilde bewerkstelligen dat in iedere grote locatie of regio de specifieke diensten voor geestelijke gezondheidszorg in voldoende omvang beschikbaar zouden zijn. De landelijke koepelinstellingen zouden voor een dergelijk netwerk moeten zorgen. En, hoewel elke dienst uiteraard een eigen aanpak nastreefde was toch een bundeling en coördinatie van eminent belang. In elke dienst zou er een 'basisteam' moeten zijn bestaande uit een psychiater, een psycholoog en een psychiatrisch sociaal werkster of sociaal gevormde verpleegster, aldus Trimbos. Door de voorgestane bundeling zou men ook doelmatiger met de schaarse deskundigen kunnen omspringen. De geestelijke gezondheidszorg geen 'los zand' meer zijn, - men zou het accent juist op het specifieke karakter van de werkwijze van de diverse diensten moeten leggen.

De relatie met de klinieken bleef in Trimbos beschouwing impliciet. Iets duidelijker was hij over de relatie met de huisartsen. Hij signaleerde ook toen al een afbrokkeling van hun prestige en merkte verder op dat hun rol op het terrein van de geestelijke gezondheidszorg heel bescheiden was. Van hun in theoretisch zin centrale positie bij de zorg voor de geestelijke volksgezondheid was volgens Trimbos in de praktijk weinig te merken. Een probleem dat heden weer actueel is: huisartsen hebben formeel de positie van 'poortwachter'. Ze beheren de toegang tot de GGZ maar ze hebben vaak onvoldoende middelen om deze functie waar te maken.

Trimbos' voorstellen aangaande de vorming van regionale instellingen voor ambulante geestelijke gezondheidszorg zijn voor een groot gedeelte bewaarheid geworden. De consultatiebureaus voor alcohol en drugs (CAD's) hebben op het allerlaatste moment afgehaakt en de zwakzinnigenzorg is al vroeg als een aparte sector buiten de discussie over de RIAGG-vorming gehouden.

Hij heeft ook gelijk gekregen in zijn - hierboven nog niet benoemde - ideeën omtrent een landelijk wetenschappelijk instituut dat taken moest vervullen op het terrein van interdisciplinaire bundeling, het onderhouden van contacten met de praktijk, onderzoek, opleiding en advisering. Het in 1996 opgerichte Trimbos-instituut, ontstaan uit een fusie van het Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid (NcGv) en het Nederlands Instituut voor Alcohol en Drugs (NIAD), is terecht naar hem vernoemd.

DE RIAGG

Hoewel het de rijksoverheid (in casu haar topambtenaren) is geweest die uiteindelijk haar stempel heeft gezet op de vorming van de RIAGG in 1982 en de talloze kleine maar ook grote, soms nog op confessionele grondslag opererende instellingen, ertoe dwong om zich te voegen in een uniform concept, heeft de RIAGG, zoals hierboven al duidelijk is gemaakt, haar wortels in al eerder ontwikkeld gedachtegoed. De RIAGG komt rechtstreeks voort uit het werk van de sociaal-psychiatrische afdelingen van algemene gezondheidsdiensten of al zelfstandige instellingen voor geestelijke gezondheidszorg, de medisch-opvoedkundige bureaus, de bureaus voor levens- en gezinsmoeilijkheden en de instituten voor psychotherapie en psychoanalyse. Tot ver in de jaren zestig (en hier en daar zeventig) waren veel van deze bureaus keurig in verzuilde segmenten opgedeeld, ofschoon de sociaal-psychiatrische diensten en de instituten voor psychotherapie een algemene signatuur hadden. Ook landelijk waren er verzuilde verenigingen, - zij ontmoetten elkaar weer in de Nationale Federatie voor de Geestelijke Volksgezondheid of (letterlijk, op papier) in het *Maandblad voor Geestelijke Volksgezondheid*.

De in 1930 opgerichte R.K. Vereniging voor Geestelijke Volksgezondheid bepleitte al vóór de Tweede Wereldoorlog de oprichting van 'consultatiebureaus voor geestelijke volksgezondheid', die onder 'deskundige leiding' van een psychiater moesten staan. Maar men mag er gevoeglijk vanuit gaan dat destijds aan het confessionele gehalte natuurlijk niet getornd mocht worden. Heel vroege, geïntegreerde ambulante instellingen (die vaak ook taken uitvoerden op het terrein van de hulpverlening aan alcoholisten) waren dan ook van katholieke signatuur. Trimbos verkeerde wat dit betreft in een innovatief milieu.

De vorming van regionale en niet-verzuilde instellingen, waarin alle ambulante voorzieningen voor geestelijke gezondheidszorg moesten plaatsnemen, was vanaf het midden van de jaren zestig ineens een heel serieuze optie. In 1965 nam het landelijke bureau van de katholieke instellingen, met de publicatie van het rapport *Geestelijke Gezondheidszorg. Structuur en Organisatie* (KNBGG, 1964), het initiatief tot zo'n clustering, en - de tijd was er naar - meteen zette men de verzuilde structuur in gedachten overboord. In 1971 richtten ambulante instellingen gezamenlijk de Nederlandse Vereniging Voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg (NVAGG) op. Deze vereniging heeft er meer dan tien jaar (in een zowel extern maar vooral ook intern zeer turbulent veld,) over gedaan om de RIAGG's tot leven te wekken, en dan nog, zoals gezegd, onder druk van de rijksoverheid.

De wind hield het vuur brandend. In de jaren zestig en de daarop volgende periode leek de bevolking steeds meer haar schroom voor het stellen van hulpvragen in verband met hun 'psyche' te overwinnen. De aandacht voor psychische problemen in de media heeft hier zeker toe bijgedragen. Er was vooral een sterk toenemende vraag naar psychosociale hulpverlening en de toestroom van financiële middelen was naar verhouding aanzienlijk. Het oorspronkelijke plan was dat de op te richten RIAGG's dicht bij de bevolking moesten staan, - de schaal werd eerst op 50.000 inwoners gezet. En ook de ambulante verslavingszorg hoorde er bij. Van die kleine schaal is minder terechtgekomen, alhoewel de grote, en zeker de plattelands-RIAGG's dit probleem hebben ondervangen door vele nevenvestigingen.

De enige beoogde fusiepartners, die ook een positie hadden in de NVAGG maar niettemin ten lange leste afhaakten, en ook niet door de rijksoverheid verplicht werden te fuseren, waren de consultatiebureaus voor alcohol en drugs (CAD's). Volgens de rijksoverheid zou het trouwens niet bij RIAGG's moeten blijven. Er was in voorzien dat de ambulante voorzieningen ooit met de klinische zouden moeten samenwerken in regionale instellingen voor geestelijke gezondheidszorg (RIGG's), maar dat ging zomaar niet. Er kwamen wel RIGG's, maar hun werkzaamheden beperkten zich tot het voeren van het secretariaat voor regionaal overleg.

terugblik

Eind jaren negentig kunnen we ons de heftigheid waarmee vooral in de jaren zeventig over de inrichting en de koers van de geestelijke gezondheidszorg gediscussieerd werd nog maar moeilijk voorstellen. Het was de tijd waarin alle thema's voorzien werden van een sterk, gepolariseerde lading. Mensen voelden zich ook vaak gedwongen een keuze te maken op een als een schaakbord

gestructureerd veld. De strijd spitte zich toe op de positie van de psychiatrie. Een sterke op het belang van de cliënten georiënteerde beweging ging de strijd aan tegen alles wat rook naar 'biologie' (erfelijkheid, shocken, medicijnen). Ook de toepassing van dwangmaatregelen die in de klinische psychiatrie nog voorkwam, werd te schande gezet. Het waren - zo luidde de kritiek - louter pogingen de 'rust en orde' in de kliniek te handhaven en de 'witte jas' van de psychiater niet te bevuilden. Volgens de radicale 'anti-psychiaters' (Ronald Laing, David Cooper, Thomas Szasz) hadden psychiatrische stoornissen een maatschappelijke oorsprong. Daarom gaf het geen pas de betrokkenen (de term 'patiënt' was al verdacht) uit de maatschappij te isoleren. Veel beter leek het om ambulante hulp te verlenen, in de eigen leefomgeving, en 'gekte' zoveel als mogelijk te accepteren.

De NVAGG heeft zich overigens niet uitdrukkelijk geschaard achter de anti-psychiatrische tendensen. Wel had haar streven naar een *ambulante* geestelijke gezondheidszorg natuurlijk veel van doen met de de-institutionaliseringgedachte die in de gehele westerse wereld bij hervormers en beleidsmakers gemeengoed was en is. Het heeft echter tijd gekost eer de RIAGG's de kritiek op de klinische psychiatrie wisten om te zetten in een goed geprogrammeerd sociaal-psychiatrisch aanbod. De tijd was er eerst ook niet naar: psychosociale en diepgravende hulpverlening, liefst uitgevoerd door goed opgeleide psychotherapeuten, sprak meer tot de verbeelding. Daar bestonden zelfs wachtlijsten voor. De instellingen namen de opzet van een goed bezette crisisdienst, de opvang van mensen met ernstige psychische en psychiatrische handicaps en de maatschappelijke (her)integratie van deze groepen pas vanaf medio jaren tachtig en vooral begin jaren negentig met verve ter hand.

En nog zijn lang niet overal duidelijke keuzes gemaakt. Dit is ook lastig: de indeling van klachten in licht en ernstig is een oppervlakkige benadering van de werkelijkheid en biedt ook nog maar een beperkt handvat voor de voorspelling van het beloop en/of het ervaren lijden van de betrokkenen. Zoals Rümke en vele anderen na hem hebben aangegeven is psychisch lijden niet gelijk aan 'ziekte'. Het ziektebegrip is daarom niet relevant bij het maken van een onderscheid tussen doelgroepen die wel en die géén aanspraak kunnen maken op geestelijke gezondheidszorg, net zoals psychisch lijden op zichzelf beschouwd ook niet bij voorbaat zo'n aanspraak rechtvaardigt. Dit laat onverlet dat de GGZ - uitgaande van de beperkte middelen - is genoopt tot het maken van keuzes tussen doelgroepen, in relatie tot de beschikbare middelen en de te verwachten resultaten van de hulp.

Voor de rijksoverheid stonden de jaren zeventig in het teken van de herstructurering - het was de tijd van de grote ontwerpen. In dat licht bezien was het veld van de ambulante geestelijke gezondheidszorg een ideaal werkterrein: talloze afzonderlijke instellingen, elk met een eigen gebiedsindeling en financieringsregiem. In de beleidsideeën van de onder staatssecretaris J.P.M. Hendriks uitgebrachte *Structuurnota* (1974), was volop ruimte voor een 'tweede-lijnsinstelling' als de RIAGG. En hoewel deze ontwikkeling prima paste binnen het beleid dat de NVAGG voorstond was dat niet te merken aan het tumult dat binnen de NVAGG, op ledenvergaderingen en dergelijke was te horen. De federatie van de consultatiebureaus voor alcohol en drugs (FZA) en de vereniging van IMP's hadden elk hun beweegredenen om het NVAGG-beleid telkenmale te ondermijnen. Doordat de rijksoverheid en de Ziekenfondsraad eraan vasthiielden dat de vereniging van IMP's zich moest laten vertegenwoordigen door de NVAGG was deze er steeds weer toe genoodzaakt gas terug te nemen om zich niet in eigen vingers te snijden. Bij de consultatiebureaus waren het departement van volksgezondheid en dat van justitie (dat medefinancier was) er juist op uit het beleid zoveel mogelijk in eigen hand te houden, waardoor deze bureaus te elfder ure van de fusie zijn uitgesloten. De IMP's moesten zich erbij neerleggen omdat de subsidiëring - die sinds hun bestaan al onzeker was geweest - anders zou stoppen.

De RIAGG's kregen bij hun oprichting de opdracht preventie, hulpverlening en dienstverlening tot hun taken te rekenen, gevoegd bij voorwaardenscheppende taken in de regio. De overheid verplichtte de RIAGG's de stroom hulpvragen zo goed mogelijk op te vangen en werkzaamheden te verrichten die pas later als OGGZ, openbare geestelijke gezondheidszorg, zijn aangeduid. De opgedragen missie was vooral ook de sociale psychiatrie te versterken en daardoor geleidelijk de hegemonie van de klinische psychiatrie te doorbreken. Pas in het begin van de jaren negentig ging

dit lukken en tegelijk ook weer niet, waardoor de RIAGG's zich genoodzaakt voelden op te gaan in grotere verbanden.

Al kort na de RIAGG-vorming publiceerde het departement de *Nieuwe Nota Geestelijke Volksgezondheid* (1984). Het departement was bezorgd dat de RIAGG's hun sociaal-psychiatrisch taken - waaronder die van poortwachter van de klinische psychiatrie - onvoldoende zouden kunnen waarmaken. Maar hier bleef het niet bij - van alle kanten nam men RIAGG's onder vuur: omdat ze te hoge drempels zouden hebben en vooral mensen met een hoge opleiding zouden behandelen, dat ze slecht bereikbaar waren in crisissituaties, dat ze geen oog zouden hebben voor (nieuwe) doelgroepen als autisten of mensen van buitenlandse komaf, et cetera. Wat er in specifieke situaties ook waar geweest mag zijn van al deze kritiek, de RIAGG's zijn in staat geweest een 7x24-uurs bereikbaarheidsdienst op te zetten, ze hebben gestalte gegeven aan sociaal-geriatrie afdelingen, ze hebben aan alle mogelijke doelgroepen (preventieve) aandacht besteed en de vanouds bijna geheel los van elkaar staande sociaal-psychiatrische hulpverleners en de psychotherapeuten dichter bij elkaar gebracht.

Er waren hindernissen om de opdracht de sociale psychiatrie in de regio te versterken goed uit te voeren. Los van de interne discussies hieromtrent kregen de RIAGG's pas in 1986 toestemming om (ook buiten de crisisdienst) medicijnen te verstrekken. Verder waren het de poliklinieken van de psychiatrische ziekenhuizen die de RIAGG's concurrentie aandedden. Een in financieel opzicht ongelijke strijd omdat de RIAGG's gebonden waren aan 'productieafspraken' met het Verbindingskantoor van de ziekenfondsen, terwijl de 'poli's' vergoed werden op basis van het aantal verrichtingen en daardoor flink konden groeien. Verschillende RIAGG's poogden in de jaren negentig de druk op de voordeur te temperen door zich uitdrukkelijk op zwaardere doelgroepen te richten.

Toch zijn het niet de financiën geweest die de doorslag hebben gegeven waarom de RIAGG's intensief zijn gaan samenwerken met de andere instellingen in de GGZ. Dat was de introductie van het 'functiegerichte' denken dat de Nationale Raad voor de Volksgezondheid (NRV) in 1992 introduceerde en dat het bestaan van instellingsgrenzen relativeerde. In plaats van echelons (RIAGG in het tweede en het algemeen psychiatrisch ziekenhuis [APZ] in het derde) ging het nu om de clustering van GGZ-functies rondom bepaalde doelgroepen. De NVAGG heeft dit idee omarmd en medio jaren negentig de stoot gegeven tot de ontwikkeling van zorgprogramma's, waarin de hulpbehoefte van de cliënt centraal moest staan. Deze ontwikkeling sloot aan bij de al eerder - eveneens door de NRV voorgestelde vorming van *multifunctionele eenheden* (MFE's) waarmee de raad doelde op een bundeling van voorzieningen voor cliënten die afwisselend behoefte hadden aan ambulante hulp, beschermd wonen of een kortdurende opname. Bij de vorming van de MFE's waren de RIAGG's echter afhankelijk van de veel grotere APZ'en, en die er in de meeste gevallen de voorkeur aan gaven zelfstandig het initiatief te nemen: ze moesten toch deconcentreren en hun bedden capaciteit reduceren.

Dat het toch is gekomen tot samenwerking tussen RIAGG's, psychiatrische ziekenhuizen en beschermde woonvoorzieningen hangt nauw samen met het overheidsbeleid inzake de zorgvernieuwing - een ander sleutelbegrip van de jaren negentig. Zorgvernieuwingsfondsen (gevormd doordat de instellingen verplicht werden een deel van het budget hiervoor vrij te maken) moesten de instellingen verleiden zo niet dwingen tot samenwerking. Ze konden weer uit het fonds putten als zij vernieuwende projecten met andere instellingen tot stand brachten.

In tegenstelling tot de episode van de RIAGG-vorming is de huidige golf van fusies weliswaar gestuurd door financiële prikkels, maar niet afgedwongen. Slechts regionale samenwerking en vernieuwing van de zorg is verplicht. Een stimulans hiertoe, waardoor het verplichtende karakter niet als dwang wordt ervaren, is ook dat de koepelinstanties van de GGZ-instellingen (inclusief die van de verslavingszorg) in 1997 zijn gefuseerd.

erfgoed in de fusie

Het is lastig om onomwonden het 'gedachtegoed' dat de RIAGG's opgebouwd hebben en bij de fusies meebrengen weer te geven. Veel elementen van het doen en laten van de RIAGG's zijn al terug te vinden bij een van hun vele voorlopers. De sociale psychiatrie is niet door de RIAGG's

uitgevonden; psychotherapieën hebben zich hoofdzakelijk buiten de RIAGG's ontwikkeld; projecten voor maatschappelijke integratie rond wonen en werken zijn in veel gevallen tot stand gebracht door derden, et cetera.

De RIAGG's waren uniek in hun opdracht ambulante hulp (gecombineerd met preventie en dienstverlening) voor alle leeftijdscategorieën te bieden. De RIAGG was historisch echter allereerst een organisatorische blauwdruk waarin heel diverse instellingen (en beroepsgroepen) - in bepaalde gevallen letterlijk - gedwongen werden tot samenwerking. Achteraf gezien is het een teken van volwassenheid van deze sector dat dat gelukt is. Niet één RIAGG is uit elkaar gespat - onverlet de jarenlange interne discussies en stammenstrijd die elke gefuseerde organisatie parten speelt. Behalve op 'volwassen' gedrag, wijst dit ook op het gegeven dat de RIAGG's in een enorme behoefte voorzagen. Het aantal hulpvragen is in de afgelopen vijftien jaar verveelvoudigd. De RIAGG's hebben deze enorme cliëntenstroom met slechts een klein deel van de middelen van het totale GGZ-budget moeten bedienen. Het beschikbare budget heeft de stijging van het cliëntenbestand slechts op afstand gevolgd.

De al reeds jaren terug ingezette koers tot het 'ombouwen' van klinische capaciteit tot ambulante voorzieningen (poliklinieken) en het beleid tot de 'vermaatschappelijking van de zorg' heeft de waterscheiding tussen de ambulante en de klinische zorg tot een toekomstig verleden gemaakt. Er bestaan tussen medewerkers van de diverse circuits beslist nog verschillen in oriëntatie. Maar van een ideologische tegenstelling is allang geen sprake meer. Daar komt bij dat zowel het ambulante als het klinische circuit elkaar hebben gevonden in een psychiatrische en waar mogelijk ook sociaal-psychiatrische oriëntatie. Kreten als 'zorg op maat' en 'dicht bij huis' hebben echter allang hun retorische scherpte verloren. En tenslotte is de weerstand tegen 'biologische' behandelvormen verdwenen, zowel om ideologische redenen maar ook omdat de psychofarmaca tegenwoordig veel werkzamer is dan voorheen.

Het is de RIAGG's gelukt op een steeds doelmatiger manier en in een steeds grotere omvang te voorzien in de toenemende vraag naar ambulante geestelijke gezondheidszorg. Bovendien is het de RIAGG's gelukt steeds complexere problematiek te behandelen bij een in verscheidenheid toenemend aantal doelgroepen. De medewerkers waren heel creatief in het ontwikkelen van nieuwe en effectieve behandelmethodieken.

tot slot

Inmiddels hebben de RIAGG's allang niet meer het bijna-monopolie op ambulante werkzaamheden, - de poliklinische activiteiten van de APZ'en zijn flink in omvang toegenomen. Maar het belangrijkste is wel dat er tussen het strikt ambulante en het strikt klinische model tal van tussenvormen in praktijk zijn gebracht of in praktijk gebracht kunnen worden. Bij elkaar genomen vraagt dit om een nieuwe organisatorische structuur van de GGZ.

Elke vooruitgang heeft zijn prijs. Waar de RIAGG's uniek in waren - de preventie en hulpverlening voor mensen in alle leeftijdsgroepen - dreigt teloor te gaan: van de jeugdafdelingen van de RIAGG's wordt verwacht dat ze zich juist meer gaan verbinden met de circuits voor de jeugdhulpverlening, waarin regionale 'bureaus jeugdzorg' het brandpunt vormen. Ook voor ouderen worden relatief zelfstandige circuits tot stand gebracht.

Er gaan echter vele wegen naar Rome, - de weg die in het merendeel van de gevallen door de RIAGG's wordt ingeslagen is die van de fusie tussen de diverse GGZ-voorzieningen in één regio. Het idee dat functies niet gebonden zijn aan instellingsgrenzen was toch vooral een theoretische constructie. Doeltreffender is het blijkbaar toch al die functies te verenigen in één instelling; voor de zorg voor jeugdigen, volwassenen en ouderen gebeurt dit telkens op een wijze die het meest recht doet aan de vereiste zorg.

Belangrijk blijft dat het erfgoed van de RIAGG's niet teloor gaat. Het erfgoed van de RIAGG's zit hem er vooral in de aandacht voor de ambulante en liefst *outreachinge* praktijken van geestelijke gezondheidszorg, waar mensen als Querido en Trimbos zo hartstochtelijk voor pleitten. De RIAGG's hebben deze levendig gehouden en waar mogelijk vernieuwd. Hiernaast bestaat het erfgoed in de aandacht voor de niet-medische, psychotherapeutische behandeling van psychische stoornissen van overigens gezonde mensen waar Rümke en Trimbos een lans voor braken.

Literatuur

Festen, Theo e.a., *Van dichtbij en veraf: 15 jaar RIAGG / 25 jaar NVAGG*. Utrecht 1997.

Gersons, BPR e.a. red., *In het spoor van Kees Trimbos: denkbeelden over preventieve en sociale psychiatrie*. Deventer 1990.

Grinten, Tom van der, *De vorming van de ambulante geestelijke gezondheidszorg: een historisch beleidsonderzoek* (dissertatie). Handelseditie: Baarn 1987.

Heerma van Voss, AJ, *Querido: over het ontstaan van de sociale psychiatrie in Nederland*, Vrij Nederland, 6 december 1980.

Querido, A, *Voordrachten over sociale geneeskunde*. Leiden 1958.

Querido, A, *Werk in uitvoering: een keur uit de geschriften van prof. Dr. A. Querido*, Amsterdam. Leiden 1970.

Reijzer, HM, *Naar een nieuw beroep: psychotherapeut in Nederland* (dissertatie). Handelseditie: Houten 1993.

Rümke, HC, *Nieuwe studies en voordrachten over psychiatrie*. Amsterdam 1953.

Stel, JC van der, *Drinken, drank en dronkenschap: vijf eeuwen drankbestrijding en alcoholhulpverlening in Nederland* (dissertatie). Handelseditie: Hilversum 1995.

Trimbos, CJB, *Geestelijke gezondheidsleer en geestelijke gezondheidszorg* (dissertatie). Handelseditie: Utrecht 1959.