



UvA-DARE (Digital Academic Repository)

Geld voor GGZ : de financiering van de geestelijke gezondheidszorg en de invloed van geld op de zorgpraktijk (1884-1984)

Bakker, C.T.

Publication date
2009

[Link to publication](#)

Citation for published version (APA):

Bakker, C. T. (2009). *Geld voor GGZ : de financiering van de geestelijke gezondheidszorg en de invloed van geld op de zorgpraktijk (1884-1984)*. [Thesis, fully internal, Universiteit van Amsterdam]. Vossiuspers - Amsterdam University Press.

General rights

It is not permitted to download or to forward/distribute the text or part of it without the consent of the author(s) and/or copyright holder(s), other than for strictly personal, individual use, unless the work is under an open content license (like Creative Commons).

Disclaimer/Complaints regulations

If you believe that digital publication of certain material infringes any of your rights or (privacy) interests, please let the Library know, stating your reasons. In case of a legitimate complaint, the Library will make the material inaccessible and/or remove it from the website. Please Ask the Library: <https://uba.uva.nl/en/contact>, or a letter to: Library of the University of Amsterdam, Secretariat, P.O. Box 19185, 1000 GD Amsterdam, The Netherlands. You will be contacted as soon as possible.

HOOFDSTUK I

EEN INGEWIKKELDE CONSTRUCTIE

Wetgeving, organisatie en financieringssystematiek van het gestichtwezen en de extramurale geestelijke gezondheidszorg in de negentiende en eerste helft van de twintigste eeuw

Door de eeuwen heen hebben mensen zich bekommerd om waanzinnigen, krankzinnigen, zotten, zinnelozen, of hoe men mensen met psychiatrische problemen ook aanduidde. Uit religieuze, sociale of filantropische overwegingen, uit overwegingen van ordehandhaving, of zelfs uit winstbejag. Begin negentiende eeuw was dit niet anders dan in pakweg de zeventiende eeuw. Veel krankzinnigen zullen in die tijd armlastig zijn geweest; door hun ziekte konden ze immers moeilijk aan een reguliere bron van inkomsten komen.¹ Zij waren voor hun levensonderhoud afhankelijk van het (familie)netwerk, de bedeling, bedelarij of minder fatsoenlijke geldbronnen als stelen en prostitutie.² Een kleine groep verbleef in een armenhuis of liefdegesticht (weeshuis, gasthuis, oudeliedengesticht). Dit waren vaak particuliere (kerkelijke) instellingen, waar een straf regime heerste van orde en tucht. Hoewel benamingen als armenhuis, oudeliedengesticht of weeshuis anders doen vermoeden, behoorden de bewoners van één instelling lang niet altijd tot één en dezelfde groep. In weeshuizen woonden bijvoorbeeld niet alleen weeskinderen, maar ook volwassen ‘wezen’ die wegens zwakbegaafdheid of invaliditeit niet in de maatschappij konden functioneren. Armenhuizen werden bevolkt door allerlei hulpbehoevenden (onder wie veel ouderen). Mensen met problemen die wij vandaag de dag zouden omschrijven als een ‘lichte psychiatrische stoornis’ kon men destijds, in de eerste helft van de negentiende eeuw, in alle liefdegestichten tegenkomen. Een zeer kleine groep welgestelde patiënten werd op kosten van familie en met toestemming van de rechter in een ‘beterhuis’ opgesloten.³ Bescherming van de maatschappij tegen personen die overlast konden veroorzaken, was een belangrijk doel van al deze instellingen.⁴ Van medische zorg was nauwelijks sprake.

Mensen met een ernstige geestesziekte zal men toen in deze gestichten niet aangetroffen hebben. Zij konden door hun ziekte moeilijk aan toelatingseisen als ‘zedelijkheid’ en ‘geregelde kerkgang’ voldoen, of ze veroorzaakten zoveel overlast, dat ze uit het liefdegesticht werden verwijderd. Als er sprake was van gevaarlijk of crimineel gedrag, konden deze

¹ Het onderstaande is grotendeels gebaseerd op ons vooronderzoek, Bakker en Van der Velden 2004a.

² Van Leeuwen noemt dit ‘overlevingsstrategieën’. Van Leeuwen 1994, 7. Zie ook: Van Leeuwen 1992.

³ Spierenburg 1995, 132-135.

⁴ Door Van Leeuwen werd dit ‘beheersingsstrategie’ genoemd. Zie noot 2.

ernstig zieke patiënten in een gevangenis, een dolhuis of een cel bij een gasthuis belanden. Deze voorzieningen werden doorgaans door het stadsbestuur gefinancierd. Ook zij ontvingen nauwelijks behandeling. Het imago van de dolhuizen en dolcellen was ronduit slecht.

Onder invloed van de Verlichting gingen er sinds eind achttiende eeuw stemmen op om een einde te maken aan de erbarmelijke omstandigheden waaronder krankzinnigen opgesloten konden worden. De krankzinnige werd niet langer als een door de duivel bezetene, of een zondaar beschouwd maar als een ziek mens, die via een doeltreffende behandeling weer tot gezondheid en rede gebracht zou kunnen worden.¹ De nieuwe benadering, die uit Engeland en Frankrijk was overgewaaid, kreeg bekendheid onder de naam ‘zedenkundige’ of ‘morele’ behandeling, en voorzag in een samenhangend geheel van materiële, hygiënische, morele en sociale maatregelen. Als een krankzinnige snel genoeg uit zijn omgeving werd verwijderd en werd overgeplaatst naar een gesticht waar orde, regelmaat, rust, arbeidsdiscipline en godsdienstigheid heersten, dan zou hij spoedig tot rede gebracht kunnen worden, was de gedachte. Vermaning en kalmerende middelen moesten de plaats innemen van lijfstraffen en boeien.

Net als in de ons omringende landen kwam in Nederland rond het midden van de negentiende eeuw wetgeving op het gebied van krankzinnigenzorg tot stand. De eerste Krankzinnigenwet werd in 1841 aangenomen en de financiering van de krankzinnigenzorg werd dertien jaar later geregeld in de Armenwet (1854). Hoewel de wetten verschillende keren werden aangepast, vormden beide meer dan een eeuw de basis van ons gestichtwezen. Eind negentiende, begin twintigste eeuw ontstonden er ook instellingen voor mensen met ‘neurotische’ en lichte psychiatrische aandoeningen, de sanatoria voor ‘zenuwlijders’. Daarnaast kwamen er vormen van psychische en maatschappelijke hulpverlening *buiten* de muren van het gesticht tot stand. Vanuit en ook los van de gestichten werden voor- en nazorgvoorzieningen georganiseerd, aanvankelijk alleen aan uit het gesticht ontslagen patiënten, maar na verloop van tijd ook aan patiënten die (nog) niet opgenomen waren en misschien ook nooit opgenomen hoefden te worden. Vanaf eind jaren twintig kwam er hulpverlening op gang voor mensen met minder ernstige geestelijke problemen: (ouders van) kinderen met leer- en opvoedingsmoeilijkheden (het Medisch Opvoedkundig Bureau) en volwassenen die in geestelijke nood verkeerden (Katholieke Bureaus voor Huwelijksvoorlichting, Bureaus voor Levens- en Gezinsmoeilijkheden en het Instituut voor Medische Psychologie). Zij dankten hun bestaan aan de ontwikkeling van de beweging voor ‘geestelijke volksgezondheid’, die

¹ De termen ‘door de duivel bezetene’ en ‘zondaar’ zijn ontleend aan Van der Scheer 1933, 10.

midden jaren twintig ontstond onder aanvoering van enkele vooraanstaande psychiaters met een grote interesse voor sociale psychiatrie. De vraag of voor- en nazorgdiensten er ook bij gerekend moesten worden, stond wel ter discussie. De regelingen die halverwege de negentiende eeuw voor de krankzinnigenzorg waren ontwikkeld, waren niet van toepassing op deze extramurale geestelijke gezondheidszorg. Zij werd georganiseerd en gefinancierd langs de lijnen die gebruikelijk waren voor de maatschappelijke gezondheidszorg (onder andere het kruiswerk, de zuigelingen­zorg en de tbc-bestrijding).

In dit hoofdstuk beschrijven wij de wording en werking van de krankzinnigenzorg en de extramurale geestelijke gezondheidszorg tot aan de Tweede Wereldoorlog. Wie organiseerde en financierde de zorg, waarom, op welke manier en binnen welke context?

§ 1. De Krankzinnigenwet (1841) en de Armenwet (1854)

Aan de komst van de eerste Krankzinnigenwet (1841) zijn de namen verbonden van J.L.C. Schroeder van der Kolk en C.J. Feith. De arts Schroeder van der Kolk zorgde ervoor dat in het gesticht te Utrecht - waaraan hij als regent verbonden was - vanaf 1827 hervormingen werden doorgevoerd die het gesticht tot een *geneeskundig* gesticht moesten omvormen. Als referendaris van het Armwezen wist Feith op het Ministerie van Binnenlandse Zaken de belangstelling voor de krankzinnigenverpleging te wekken. In 1838 vaardigde Koning Willem I een circulaire uit, waarin de provincies werden aangespoord om krankzinnigengestichten op te richten volgens het door Schroeder van der Kolk bedachte model. Drie jaar later zette Koning Willem II zijn handtekening onder de eerste Krankzinnigenwet (1841).

De eerste Krankzinnigenwet (1841)

De ‘Wet, houdende bepalingen omtrent de gestichten voor Krankzinnigen, en de wijze hunner opneming in en ontslag uit dezelve’ had tot doel te zorgen voor ‘de vereischte voorzieningen’ voor de ‘goede behandeling’ van krankzinnigen en de ‘behoorlijke waarneming’ van hun zakelijke belangen. De wet maakte onderscheid tussen ‘geneeskundige gestichten, bepaaldelijk ingerigt met het doel om hunne herstelling te bevorderen’ en ‘bewaarp plaatsen’ om ongeneeslijk zieken ‘van de maatschappij af te zonderen’. De wet was bedoeld voor ‘allen, die van het geheel of gedeeltelijk vrije gebruik van hunne verstandelijke vermogens beroofd zijn’. Het was aan een medicus om te bepalen of dat het geval was en aan de rechter om vervolgens een machtiging tot opname te verlenen.

De gestichten waar krankzinnigen verzorgd werden, moesten voortaan dus aan de eisen van een *geneeskundig gesticht* voldoen. Welke eisen dat waren, vermeldt de wetstekst niet, maar het model van Schroeder van der

Kolk, zoals hij onder andere had weergegeven in *Schets der volstreckte vereischten van een goed gesticht tot genezing van krankzinnigen, en der wijze van beheer van het zelve* (1838), diende als voorbeeld.¹ De wet eiste wel dat gestichten waar het zo slecht toeven was dat de toestand van de patiënt verslechterde in plaats van verbeterde, gerenoveerd en gereorganiseerd moesten worden, óf ze moesten sluiten.² Sommige instellingen werden nog enige tijd als ‘bewaarplaats’ gedoogd. Nieuwe bewaarplaatsen mochten niet worden opgericht.³

In erkende gestichten mochten alleen nog krankzinnigen worden verzorgd. Omgekeerd mochten in andere dan erkende geneeskundige gestichten, niet meer dan twee krankzinnigen verblijven. De gestichten kwamen onder toezicht te staan van de rijksoverheid, die daartoe twee inspecteurs benoemde. Een belangrijke motivatie om het toezicht te centraliseren was gelegen in de mogelijkheid landelijke vergelijkingen te maken, zodat ‘het goede dat zou worden aangetroffen op de ene plaats ter navolging kon worden aanbevolen op de plaats waar zulks nog ontbreekt’.⁴

De provincies moesten volgens de nieuwe wet garanties scheppen voor de verpleging van armlastige krankzinnigen in erkende geneeskundige gestichten, ofwel door zelf zulke gestichten te bouwen, ofwel door contracten af te sluiten met andere erkende gestichten. In de praktijk kwam deze laatste variant het meest voor: alle provincies gingen werken met contracten. Alleen de provincie Noord-Holland richtte ook een eigen gesticht op. Meerenberg (het latere Provinciaal Ziekenhuis nabij Santpoort) opende in 1849 zijn deuren en was daarmee het eerste – en ook zeer lange tijd enige – *nieuwe* gesticht dat werd opgezet volgens de beginselen van de ‘zedenkundige’ benadering.

Behalve deze wettelijke plicht, namen de provincies - hiertoe aangespoord door het rijk - ook nog een andere taak op zich: zij verstrekten samen met het rijk een bijdrage in de verpleegkosten van krankzinnigen.⁵ Het rijk verstreekte alleen een bijdrage als de provincie dit ook zou doen:

Om ook van de zijde der Regeering zooveel mogelijk deze zaak der menschheid te bevorderen, is door haar het beginsel aangenomen en toegepast, om de gemeente- en armbesturen, voor welke de kosten van verpleging hunner krankzinnigen te bezwaardend zijn, daarin door eene geldelijke bijdrage uit de schat-

¹ Binneveld 1985; Mens 2003.

² Artikel 5 van de Krankzinnigenwet van 1841; zie: Querido 1939, bijlage.

³ Binneveld 1985, 56.

⁴ Geciteerd bij: Lucieer 2005, 39. Zie ook Vijselaar 1983, 651.

⁵ De Wit 1991, 2; Verduyn en Kapteijn den Bouwmeester 1955, 88; Van der Grinten 1987b, 39.

kist tegemoet te komen, mits dezelve uit de provinciale fondsen eene gelijke bijdrage worde toegekend.¹

Sommige provincies waren er al mee gestart (onder andere Noord-Holland); deze werden de andere provincies tot voorbeeld gesteld.² Het gebruik werd een paar jaar later bekrachtigd in de Provinciewet (1850), die provincies verplichtte een post ‘verpleegkosten voor armlastige krankzinnigen’ op de begroting te zetten. Deze situatie bleef echter niet lang bestaan. Na de invoering van de Gemeentewet (1851) werd op het terrein van de armenzorg een nieuwe regeling van kracht: de Armenwet (1854). Onder deze wet vielen ook de verpleegkosten voor armlastige krankzinnigen, in die tijd zo’n driekwart van het totaal aantal patiënten. De regeling in de Provinciewet werd daarmee een dode letter.³ De provincies bleven evenwel op vrijwillige basis bijdragen in de verpleegkosten. Het rijk handhaafde zijn bijdrage eveneens.

De Armenwet (1854)

Zoals gezegd werd de betaling van de verpleegkosten voor armlastige patiënten vanaf 1854 geregeld via de Armenwet. De komst van de Armenwet hield direct verband met de Grondwet van 1848, waarmee in ons land de parlementaire democratie was ingevoerd. Onder leiding van de architect hiervan, J.R. Thorbecke, werden de constitutionele bepalingen uitgewerkt in organieke wetten met een liberale inslag, waaronder de Provinciewet en de Gemeentewet (zie hierboven). De nadruk lag op het lokale bestuur: de gemeentelijke overheid. Alleen bij bovenlokale belangen kregen de provincies en uiteindelijk de rijksoverheid een taak.⁴ De armenzorg was in de ogen van Thorbecke zo’n onderwerp met een bovenlokaal, publiek belang. Volgens hem moesten er dan ook algemene reglementen komen waar de armenzorg – inclusief de kosten voor de verpleging van armlastige krankzinnigen – aan moest voldoen.⁵

Voordat het zover kwam, viel evenwel het kabinet van Thorbecke. Het maakte plaats voor F.A. van Hall en diens door conservatieve Nederlands-hervormde politici gedomineerde kabinet. De nieuwe regering keerde terug naar de oude, filantropische opvatting over armenzorg: deze was een zaak van de kerkelijke arbesturen, géén overheidstaak. Dit vanwege het zedelijke karakter van de zorg. ‘Niemand heeft recht op onderstand’, staat in de tekst te lezen.

¹ Het citaat is afkomstig uit het eerste verslag van het Staattoezicht, geciteerd bij Pameijer 1949, 3-4.

² Pameijer 1949, 4.

³ Pas in 1905 werd zij uit de Provinciewet geschrapt. De Wit 1991, 2.

⁴ Houwaart 1991, 230-232 over Thorbeckes liberale wetgeving toegepast op de gezondheidszorg.

⁵ Dolman 1964, 40; De Wit 1980, 140.

De zorg voor de armen is een zedelijke, geen burgerlijke plicht, zodat de nakoming daarvan niet op den weg van den Staat ligt. De uitoefening van de liefdadigheid moet worden overgelaten aan de Kerk en aan de bijzondere personen en instellingen.¹

De overheid, c.q. de gemeente, mocht pas ingrijpen als ‘de arme van geen andere zijde geholpen’ werd. De wet die in 1854 tot stand kwam, zag er dus heel anders uit dan Thorbecke had bedoeld. Thorbecke was teleurgesteld over het wetsontwerp. ‘Heeft de armenzorg opgehouden een *algemeen*, een *publiek* belang te zijn?’ vroeg hij zich af bij de behandeling ervan in de Kamer.² Volgens hem liet het ontwerp de rechtsongelijkheid tussen groepen armlastigen intact: het hing van de woonplaats, de gezindte en de luim van de armbestuurder af hoeveel geld een bedeelde zou krijgen.³

Voor de betaling van de verpleegkosten van armlastige krankzinnigen gold dit echter allemaal niet. Voor de krankzinnigenverpleging werd in de Armenwet een uitzondering gemaakt. De belangrijkste reden hiervoor was de politionele kant van de krankzinnigenverpleging:

De verpleging van behoeftige lijdens in geval van besmettelijke ziekten kan als een zuivere politie-maatregel worden beschouwd. De uitgaven van de verpleging van behoeftige krankzinnigen zijn mede als zoodanig aan te merken [...]. In vele gevallen zouden krankzinnigen met mindere kosten door de kerkelijke armbesturen van de plaats hunner inwoning aldaar kunnen worden onderhouden; maar de wetgever heeft zulks niet gewild: hij heeft in ‘t belang eener betere verpleging en in de hoop, dat althans eenigen hunner hersteld aan de maatschappij kunnen worden teruggegeven, omtrent hen bijzondere maatregelen voorgeschreven.⁴

In tegenstelling tot de rest van de Armenwet, die aan de kerkelijke armenzorg voorrang verleende, ademde de regeling die voor de krankzinnigen-

¹ Aldus de memorie van toelichting bij de wet en een uitlating van de toenmalige minister tijdens de beraadslagingen over de wet, geciteerd bij: Van Dam et al. 1955, 104.

² Geciteerd bij De Wit 1980, 143. (Cursivering origineel.)

³ De Wit 1980, 142-143. Thorbeckes grootste bezwaar betrof echter het feit dat het wetsontwerp geen rekening hield met het verband tussen armoedebestrijding en economie. Kerkelijke bedeling kon leiden tot zorgeloosheid en luiheid en hield daarmee de bestaande economische structuur in stand, was zijn opvatting. Ook lang niet alle conservatieven hadden overigens vertrouwen in de mogelijkheden van de kerkelijke armenzorg. (Melief 1955, 202-212.) Dat bleek terecht: toen de Armenwet eenmaal was aangenomen, bleef de rol van de gemeenten groot en in de decennia die volgden, nam de financiële bemoeienis van de gemeenten met de kerkelijke armenzorg toe. (Van der Valk 1986, 9-28.)

⁴ Tweede Kamer der Staten Generaal, 1854-1855, Bijlage, 248.

verpleging gold, wél de geest van Thorbecke. De financiering van de krankzinnigenverpleging werd centraal geregeld. De gemeenten kregen een verplichting tot betaling opgelegd. Volgens artikel 29 (later 39) van de Armenwet werden voortaan de

kosten, voortvloeiende uit het overbrengen van arme krankzinnigen naar, en hunne verpleging in gestichten voor krankzinnigen, voor zooverre die niet uit de fondsen dier gestichten zelve moeten worden bestreden [...] voldaan uit de fondsen der burgerlijke gemeenten, waar de verpleegden domicilie van onderstand hebben, en indien die gemeente niet te vinden is, uit 's Rijks kas.¹

Vanaf nu was de financiering van de krankzinnigenverpleging dus wettelijk geregeld. De gestichten konden er zeker van zijn dat de betaling van de verpleging geregeld was. In de volgende hoofdstukken kunnen we zien wat dit in de praktijk betekende.

§ 2. De tweede Krankzinnigenwet (1884)

In de eerste decennia na de afkondiging van de Krankzinnigenwet werden verschillende oude stadsgestichten gerenoveerd naar het model van Schroeder van der Kolk, maar tot oprichting van nieuwe provinciale gestichten kwam het niet, de Noord-Hollandse uitzondering daargelaten. De oude stadsgestichten raakten spoedig overvol.

In januari 1856 waren er in Nederland 1.828 personen opgenomen, 25 jaar later was dit aantal meer dan verdubbeld, maar nieuwe gestichten waren er nauwelijks bijgekomen.² Een wettelijke afspraak over een maximum aantal patiënten (per oppervlakte, per aantal artsen of per aantal oppassers) bestond niet. De zorg leed onder de overbezetting. Een overvol gesticht leidde niet alleen tot meer onrust onder de verpleegden en mede daardoor tot meer werk voor het personeel, maar ook tot snellere slijtage en uitgewoonde gebouwen.³ In die omstandigheden was het niet langer mogelijk iets wat leek op een zedenkundige behandeling uit te voeren. Inspecteur H. van Capelle schreef in 1883: 'De overbevolking heeft haar toppunt bereikt...'⁴ Hij opteerde voor uitbreiding van de opnamecapaciteit om de

¹ Artikel 29 van de Armenwet van 1854, geciteerd bij Bossevain 1854, 104.

² N.n. 1857; Ramaer 1883. Op 1 januari 1881 waren er 4.323 personen opgenomen.

³ Zie o.a. Le Rütte 1921, 128. Het betreffende artikel ging over de mogelijke gevolgen van overbezetting. Het was geschreven naar aanleiding van nieuwe voorschriften, waarbij de toegestane minimale oppervlaktematen per patiënt, die in 1915 al waren verlaagd, nog verder omlaag werden bijgesteld. Wat Le Rütte hierover schreef, moet enigszins vergelijkbaar zijn geweest met de gevolgen van overbezetting in de tweede helft van de negentiende eeuw.

⁴ Van Cappelle 1883, 7.

toestand in de gestichten te verbeteren. Daartoe zou de wet moeten worden veranderd.

Deze roep kwam allerm minst uit de lucht vallen. Al enkele jaren na de invoering van de Krankzinnigenwet hadden de inspecteurs van het Staatstoezicht aangedrongen op wijziging van de Krankzinnigenwet.¹ Aanleiding hiertoe vormden destijds de stringente bepalingen met betrekking tot de ondercuratelestelling. Ook het feit dat de inspecteurs voor minderjarige ‘idioten’ (verstandelijk gehandicapten) een veel eenvoudiger opnameprocedure wensten, speelde toen mee.² Het zou nog enkele decennia in beslag nemen voordat er daadwerkelijk een nieuwe Krankzinnigenwet kwam.³ Verschillende inspecteurs dienden drie opeenvolgende teksten voor een wetsvoorstel in bij de Minister (in 1859, 1864 en 1881). De laatste tekst werd uiteindelijk het wetsvoorstel en in 1884 werd de nieuwe Krankzinnigenwet aangenomen.⁴

Het peil verbeteren

Inmiddels was de economie van Nederland, na een lange periode van stagnatie, in een fase beland die wordt gekenschetst als ‘moderne economische groei’.⁵ Vooral in de jaren zestig tot en met tachtig van de negentiende eeuw groeide de industriële productie sterk, terwijl in de periode daarna ook meer verspreid in andere sectoren van de maatschappij een flinke groei plaatsvond. Dit gebeurde in wisselwerking met andere, gelijktijdig optredende maatschappelijke processen, zoals een snelle bevolkingsgroei, urbanisatie en een structurele afname van het aantal bededen.⁶ De groei was zichtbaar in de loonontwikkeling: vanaf de jaren vijftig stegen de lonen; eerst alleen nominaal, maar vanaf de jaren zestig ook reëel, oftewel sneller dan de kosten voor levensonderhoud. Dit betekende dat de levensstandaard verbeterde. Ook de vraag naar consumptiegoederen veranderde; naarmate het gemiddelde gezinsinkomen hoger werd, trad een verschuiving op in het bestedingspatroon. Voedingsmiddelen namen een steeds minder groot deel van het budget in beslag. In plaats daarvan werd meer geld uitgegeven aan bijvoorbeeld kleding, onderwijs, huisvesting en gezondheidszorg.

Deze ontwikkeling impliceerde ook een grotere belangstelling voor de levensstandaard van patiënten in de krankzinnigenverpleging. Een belang-

¹ Voor een uitgebreide toelichting op de totstandkoming van de nieuwe wet zie: Querido 1939; Van der Esch 1980; Oosterhuis en Gijswijt-Hofstra 2008, 70-81.

² Van der Esch 1980, 68.

³ De wordingsgeschiedenis van de tweede Krankzinnigenwet wordt uit de doeken gedaan in Querido 1939; Van der Woord s.a. [1961]; Van der Esch 1980; Oosterhuis en Gijswijt-Hofstra 2008, 70-81.

⁴ Van der Esch 1980, 68.

⁵ Van der Zanden en Van Riel 2000, 343-414.

⁶ Van der Zanden en Van Riel 2000, 344-346.

rijke reden om tot een nieuwe krankzinnigenwet te komen, was dan ook dat betrokkenen (onder wie de inspecteurs van het Staatstoezicht) vonden dat het peil van de krankzinnigenverpleging moest verbeteren. De wijzigingen in de eerste teksten voor de nieuwe krankzinnigenwet betroffen onder andere de bepalingen die te maken hadden met wat wij vandaag de dag met het begrip ‘kwaliteit’ zouden omvatten.¹ In een vroeg ontwerp van de wet waren hiertoe zelfs enkele relatief uitgebreide bepalingen opgenomen. Zo werd gesproken over een maximum aantal verpleegden en een minimum aantal artsen en huishoudelijke medewerkers (inclusief verplegend personeel), en van een minimaal beschikbaar gestelde hoeveelheid voeding, kleding, beddengoed en voorzieningen voor godsdienstoefening. De regering zou kunnen ingrijpen als een gesticht hierin tekort zou schieten, op kosten van het gesticht.²

In de uiteindelijke wet was hiervan weinig terug te vinden. De bepalingen in de wet over ‘kwaliteit’ waren summier. Maar ze waren er wel, en daarin verschilde de tweede Krankzinnigenwet met zijn voorganger uit 1841.

Het eerste hoofdstuk van de wet betrof het Staatstoezicht op krankzinnigen en krankzinnigengestichten. De wet bepaalde onder meer dat het Staatstoezicht voortaan uitgeoefend werd door twee inspecteurs.³ De inspecteurs mochten niet langer zelf ook een geneeskundige praktijk uitoefenen, maar ze kregen wel meer macht om hun eigen taak invulling te geven. Voordien werd dit door het Ministerie van Binnenlandse Zaken bepaald. De werking van de wet strekte zich nu uit over alle krankzinnigen met uitzondering van diegenen die zonder vrijheidsberoving thuis woonden, bij de ouders, of bij de echtgenoot of echtgenote. Iedereen die een patiënt verpleegde, of in zijn eigen huis opgesloten hield, moest hiervan melding maken bij de burgemeester, zodat het Staatstoezicht controle kon uitoefenen op de verpleging. Het doel hiervan was verwaarlozing, slechte behandeling, onkundige of onjuiste zorg op te sporen en te voorkomen, met als uiterste consequentie strafrechtelijke vervolging van de verpleger.⁴ Voor de oprichting van een gesticht was nog steeds een vergunning nodig. Zo’n vergunning werd alleen verleend als het gesticht aan bepaalde eisen voldeed. Het onderscheid tussen bewaarplaatsen en geneeskundige gestichten was verdwenen. Het gesticht moest een ruime, ‘gezond’ gelegen woning zijn, met voldoende ruimte voor beweging in de open lucht. Mannen en vrouwen moesten gescheiden worden verpleegd, voor kinderen beneden de tien jaar gold dit niet. De groepen moesten worden ingedeeld

¹ Over ‘kwaliteit’ zie verder paragraaf 7.

² Van der Esch 1980, 68.

³ Tenzij anders vermeld, verwijzen wij hier naar de wetstekst zoals afgedrukt in Querido 1939, bijlage.

⁴ Lucieer 2005, 43.

naar ‘aard en getal’ van de krankzinnigen en ten slotte moesten er een ‘geneeskundigen dienst’ en een ‘huisdienst’ zijn.

Het was de bedoeling binnen zes maanden na afkondiging van de wet per Koninklijk Besluit voor elk gesticht vast te stellen hoeveel geneeskundigen er moesten zijn en hoeveel patiënten een geneeskundige maximaal onder zijn hoede zou krijgen. Dit na ‘verhoor’ van het betreffende gestichtbestuur en op basis van advies van de betreffende Gedeputeerde Staten. Voor de ‘huisdienst’ (waaronder ook het verpleegkundige personeel werd begrepen) gold deze bepaling niet.¹

De wet schreef verder voor dat van ‘elke toepassing van een dwangmiddel op een verpleegde in een krankzinnigengesticht’ dagelijks aantekening moest worden gehouden in een register, dat op ieder gewenst moment door de inspecteurs moest kunnen worden ingezien.²

Ook meer plaatsruimte

Een belangrijk doel van de nieuwe wet was, zoals gezegd, het peil te verhogen en een van de middelen die daarvoor werden aangewend, was bevordering van de uitbreiding van capaciteit. De wet van 1841 bepaalde dat er geneeskundige gestichten konden worden opgericht ‘[b]ij bestaande behoefte’.³ Het eerste ontwerp voor de nieuwe wet handhaafde dit uitgangspunt: voor het verkrijgen van een vergunning om een gesticht te kunnen exploiteren, moest het vaststaan dat er behoefte was aan plaatsruimte. In de uiteindelijke tekst van de wet van 1884 was deze bepaling weggelaten. In de Memorie van Toelichting werd dit expliciet vermeld: het was niet langer noodzakelijk dat er onderzoek werd gedaan naar de behoefte aan capaciteit voordat initiatiefnemers toestemming konden verkrijgen voor de bouw van een nieuw gesticht.⁴

Ook de rol die de provincies werd toegedicht met betrekking tot het zorgen voor de plaatsruimte, veranderde. De meningen hierover waren verdeeld, zo laat de discussie in de Tweede Kamer hierover zien. In de wet van 1841 werd alleen gesproken over de verplichting van provincies waar geen gestichten waren, om verpleegcontracten af te sluiten met besturen van geneeskundige gestichten in andere provincies. De provincies hadden

¹ Die termijn van zes maanden bleek later veel te optimistisch. Pas na zes jaar (in 1890) waren alle benodigde Koninklijke Besluiten opgesteld. Bovendien duurde het nog twee jaar voordat zij alle in werking getreden waren. Een belangrijke oorzaak van de vertraging was het gebrek aan medewerking dat de inspecteurs ondervonden bij de uitvoering van deze taak. (Van der Esch 1980, 71; Binneveld 1985, 154-155.)

² Querido 1939, bijlage.

³ Art. 3 van de Krankzinnigenwet van 1841, geciteerd bij Querido 1939, bijlage.

⁴ Van der Esch 1980, 68.

niet de plicht nieuwe gestichten te bouwen.¹

In het voorstel voor de nieuwe krankzinnigenwet werd de verplichting van de provincies nadrukkelijker vastgesteld. De Kamercommissie die betrokken was geweest bij de totstandkoming van het wetsvoorstel, was daartoe zelf met een nieuw artikel aangekomen. In dit amendement kregen de provincies de plicht te zorgen voor de oprichting en instandhouding van gestichten.² Het liberale commissielid W. van der Kaaij uit Alkmaar verdedigde deze keuze tijdens de behandeling van het voorstel in de Kamer. Provincies hadden precies de juiste schaal, meende hij: gemeenten waren vaak te klein om de verantwoordelijkheid te dragen en voor iets dat op staatszorg zou kunnen lijken, was geen Kamermeerderheid te krijgen. Provincies hoefden niet per se zelf gestichten te gaan bouwen: ze konden ook subsidies verstrekken aan andere initiatiefnemers.

De stellingname van Van der Kaaij ging de toenmalige minister van Binnenlandse Zaken, de conservatief-liberale J. Heemskerk, echter te ver. ‘[I]s dit eigenlijk niet eene Staatszorg onder een anderen naam?’ vroeg hij retorisch. ‘Met het oog op het initiatief van bijzondere liefdadigheid en particuliere ondernemingsgeest’ wilde hij er niet toe overgaan de verantwoordelijkheid voor het zorgen voor voldoende plaatsruimte ‘imperatief’ op te leggen aan de provincies.³ Van der Kaaij en de zijnen waren echter op deze reactie voorbereid.

‘De tegenwoordigen wet – zegt de Minister – is zeer voorzichtig geweest. Zij laat de zaak aan de provinciale besturen over; zij gaat uit van het denkbeeld, dat deze zo noodig in de behoefte zullen voorzien. Is het nu voorzichtig verder te gaan en aan die besturen eene bepaalde verplichting op te leggen?’

Ja, Mijnheer de Voorzitter, ik geloof dat de ondervinding de noodzakelijkheid daarvan aangetoond heeft, want de tegenwoordige toestand is inderdaad onhoudbaar.

‘Maar – zegt verder de Minister – wilt gij dan het particuliere initiatief dooden?’

Volstrekt niet, Mijnheer de Voorzitter, en daarom vangen wij het nieuwe artikel aan met de woorden: *Voor zoover niet op andere wijze in de behoefte aan gestichten is voorzien.*

Wij rekenen dus in de eerste plaats op het particuliere initiatief, maar meenen ten slotte dat er eene bepaling noodig is, om, zoo

¹ Art. 8 van de Krankzinnigenwet van 1841, bij Querido 1939, bijlage. Zie ook: Tweede Kamer 1883-1884, 58^{ste} zitting 7 maart 1884, 943.

² Het Kamerdebat over artikel 11 is in zijn geheel te lezen in Tweede Kamer 1883-1884, 58^{ste} zitting 7 maart 1884, 941-946. Zie ook: Van der Woord s.a. [1961], 292-295.

³ Tweede Kamer 1883-1884, 58^{ste} zitting 7 maart 1884, 943.

dit particulier initiatief niet in de behoefte mocht voorzien, de verplichting op te leggen aan de provinciale besturen.¹

Met de opmerking ‘[w]ij rekenen dus in de eerste plaats op het particuliere initiatief’ was in de ogen van de Minister het particuliere initiatief waarschijnlijk voldoende veiliggesteld. Hij ging met het amendement akkoord. Artikel 11 werd vervolgens met algemene stemmen aangenomen. Het artikel luidde:

Voor zoover niet op andere wijze in de behoefte aan gestichten tot opnemning van de in eenige provincie wonende of verblijvende krankzinnigen wordt voorzien, zorgt het bestuur der provincie, hetzij afzonderlijk, hetzij in vereeniging met de besturen van andere provinciën voor de oprichting en instandhouding van gestichten voldoende aan de door deze wet gestelde eischen.²

Aan de bijzin ‘[v]oor zoover niet op andere wijze in de behoefte aan gestichten [...] wordt voorzien’, kan men het compromis aflezen: de provincies kregen de opdracht het gat te vullen als niet op andere wijze (lees: door particulieren) in de behoefte was voorzien. Weigerachtige provincies konden desnoods via de Provinciewet worden gedwongen om de plichten na te komen, ofschoon de Minister zelf vond dat deze eigenlijk te weinig gereedschap bood.³ In de praktijk zou het erop neerkomen dat de provincies de plicht hoofdzakelijk vervulden door het verstrekken van subsidies, garanties en leningen, niet alleen aan particulieren, maar ook aan gemeentelijke en semipublieke besturen. Daarover meer in hoofdstuk II. Toch waren in deze tijd onder invloed van de ‘sociale kwestie’ de ideeën over de rol van de overheid al enigszins aan het schuiven.⁴ Dat maakt deze discussie ook heel duidelijk. Behalve de commissie waar Van der Kaaij woordvoerder van was, waren er nog meer prominente voorstanders van meer overheidsinvloed in de gestichten (van het rijk of de provincie). Onder hen waren de inspecteurs van het Staatstoezicht. Met de komst van de nieuwe wet nam de regering inderdaad enige verantwoordelijkheid op zich. Dit blijkt onder andere uit het feit dat de regering toch overging tot de stichting van een rijksgesticht voor krankzinnig geworden militairen, gevangenen en delinquenten, en patiënten zonder woon- of verblijfplaats (zogenaamde ‘rijkspatiënten’). De wet voorzag hierin.

¹ Tweede Kamer 1883-1884, 58^{ste} zitting 7 maart 1884, 944. Cursivering origineel.

² Geciteerd bij Querido 1939, bijlage.

³ Tweede Kamer 1883-1884, 58^{ste} zitting 7 maart 1884, 945. Zie ook: Van der Esch 1980, 73.

⁴ Van Leeuwen 2000, 365, 385-389.

De tweede Krankzinnigenwet bevatte verder nog bepalingen betreffende de (juridische kanten van de) plaatsing in het gesticht. Verder waren er nog enkele artikelen die betrekking hadden op het verblijf in het gesticht, zoals de verplichting van de arts om aantekeningen te maken van zijn bevindingen en deze op verzoek ter inzage te geven aan de familie of curator van de patiënt, en over het verlof en ontslag uit het gesticht (onder meer de introductie van het proefverlof) en het beheer van de goederen van de patiënten en hun ondercuratelestelling. Al deze regels waren beslist niet van ondergeschikt belang, maar behoeven voor ons onderzoek niet nader te worden toegelicht.¹

§ 3. Aanpassingen van de wet

De krankzinnigenverpleging bleef ook na de invoering van de nieuwe Krankzinnigenwet last houden van capaciteitsproblemen, ondanks de bouw van vele nieuwe gestichten. In hoofdstuk II gaan wij hier uitgebreid op in. In 1896 werd de wet aangepast, zodat de mogelijkheid werd geschapen meer dan één rijksgesticht te bouwen en rijkspatiënten te kunnen uitbesteden bij particuliere instellingen. Ook dit bracht echter te weinig verlichting. Evenals aan de vooravond van de eerste Krankzinnigenwet, kwamen ook nu berichten over wantoestanden in de gestichten in de openbaarheid.

In dezelfde tijd werd in de vakbladen gediscussieerd over de vraag wat onder krankzinnigheid moest worden verstaan. Wanneer was iemand krankzinnig? Begin twintigste eeuw werd de gangbare opinie onder geneeskundigen dat er sprake was van een glijdende schaal. De ontwikkeling in de terminologie is voer voor fijnproevers. Voor ons onderzoek is het vooral van belang te weten dat aan twee zijden van het spectrum groepen ‘patiënten’ werden onderscheiden waarvan artsen vonden dat zij eigenlijk niet in een krankzinnigengesticht thuishoorden: aan de ene kant chronische patiënten (met name verstandelijk gehandicapten en dementerende ouderen) en aan de andere kant zogenaamde ‘zenuwlijders’ (in de termen van die tijd: ‘patiënten, die lijden aan: zenuwoverprikkeling, lichte depressie- en aanverwante toestanden’²).

De chronische patiënten zelf waren voor de krankzinnigengestichten niet het grootste probleem. Het probleem was het gebrek aan doorstroming, waardoor overbevolking ontstond. Verwijdering van chronische patiënten uit de gestichten werd gezien als een goede oplossing. Vanaf circa 1890 werd in de vakbladen gepleit voor de komst van speciale ‘verpleeginrich-

¹ Wij verwijzen graag naar Oosterhuis en Gijswijt-Hofstra 2008, 74-81.

² Heyermans et al. 1930, 33.

tingen' voor chronische patiënten.¹ Financiële overwegingen speelden hierbij de hoofdrol: verpleeginrichtingen zouden goedkoper zijn dan krankzinnigengestichten. Ook de gedachte dat er meer doorstroming moest komen in de geneeskundige gestichten, was een belangrijke drijfveer. Doorstroming zou beter zijn voor het imago van de krankzinnigenverpleging. Vooral de grote groep die wij vandaag de dag aanduiden met het begrip 'verstandelijk gehandicapten' hielden de krankzinnigengestichten 'verstopt'. Voor de dementerende ouderen gold dit minder: 63 procent van hen stierf binnen een jaar na opname.² Opname in speciale verpleeginrichtingen werd evenwel bemoeilijkt door de wettelijke beperking: als in deze instellingen meer dan twee krankzinnigen werden verpleegd, zouden zij in theorie onder toezicht moeten staan van het Staatstoezicht en mochten er geen niet-krankzinnigen worden opgenomen.

De (veronderstelde) toename van het aantal 'zenuwlijders' werd wel toegeschreven aan sociale ontwikkelingen als de vooruitgang in de wetenschap en industrie, en het proces van verstedelijking. Mensen zouden hierdoor meer 'in verwarring' zijn geraakt.³ Zenuwlijders hadden, anders dan krankzinnigen, inzicht in hun ziekte en ze waren ook aanspreekbaar. De mogelijkheden om zich in een instelling te laten behandelen waren beperkt. Er waren wel sanatoria, rust- en herstellingsoorden en instituten, maar deze waren doorgaans alleen toegankelijk voor welgestelden, die de verzorging uit eigen portemonnee konden betalen.⁴ Voor zenuwzieke mensen die zich dit niet konden veroorloven, was er geen alternatief. Ze kwamen niet in aanmerking voor gemeentelijke ondersteuning. De stap om zich krankzinnig te laten verklaren was voor velen veel te groot.⁵ Niettemin achtten geneesheren vroegtijdige opname zeer gewenst, om de genezingskansen te bevorderen en te voorkomen dat de patiënt uiteindelijk zo ziek zou worden dat hij alsnog in een krankzinnigengesticht terecht zou komen. De behoefte aan gespecialiseerde opvang voor deze groep groeide.

De bouw van het academische ziekenhuis in Groningen bracht de zaak aan het rollen. De vraag was wat de status van de bij het ziekenhuis behorende psychiatrische kliniek zou worden. Een kliniek voor alleen zenuwlijders mocht nooit meer dan twee 'echte' krankzinnigen in huis hebben, een krankzinnigengesticht mocht geen zenuwlijders verplegen. In beide geval-

¹ Onder andere Cox et al. 1892.

² Robben 2002, 142-144.

³ Legemaate 1991, 42.

⁴ Kerkhoven en Vijselaar 1993, 32-33. Dit houdt overigens niet in dat er geen armlastige zenuwlijders bestonden. Zij bleven waarschijnlijk net zo lang met de problemen rondlopen tot deze ófwel vanzelf overgingen, ófwel dermate verergerden dat de patiënt alsnog in een krankzinnigengesticht opgenomen moest worden.

⁵ Legemaate 1991, 43.

len zou het psychiatrisch onderwijs eronder lijden vanwege het wetenschappelijk belang van het bestuderen van patiënten in het grensgebied tussen zenuwziek en krankzinnig. In universitaire kringen weerklonk de roep om aanpassing van de wet.

Aangewezen inrichtingen en afdelingen voor vrijwillige opname

In 1904 maakte een wetswijziging het uiteindelijk mogelijk krankzinnigen en zenuwlijders samen te verplegen in speciale, daartoe aangewezen inrichtingen, oftewel universitaire psychiatrische klinieken en bij de wet als zodanig erkende liefdegestichten. Daarmee werd voor beide bovengeschetste groepen patiënten een oplossing gevonden. Gemeenten gingen deze opnames ook betalen.

In de Armenwet van 1912 werd dit formeel geregeld: artikel 39 van de nieuwe Armenwet (voorheen artikel 29) werd uitgebreid zodat ook 'de overbrenging van een arme naar en zijne verpleging in eene aangewezen inrichting' voor rekening van de gemeente geschiedde. Deze uitbreiding was wel aan een voorwaarde gebonden: een door de minister aan te wijzen arts moest verklaren dat de betreffende 'arme' onherroepelijk in een krankzinnigengesticht terecht zou komen als hij niet in een aangewezen inrichting werd verpleegd.¹ De nieuwe Armenwet van 1912 maakte tevens een einde aan de onduidelijkheid met betrekking tot de bepaling van het domicilie van onderstand (welke instantie moest opdraaien voor de kosten van de verpleging van personen van wie onduidelijk was waar zij woonden).²

Een verdergaande stap was de mogelijkheid om in de krankzinnigengestichten zélf geestes- en zenuwzieken zonder rechterlijke machtiging te gaan verplegen. Hieraan lag de gedachte ten grondslag dat wanneer patiënten in een vroeg stadium van hun ziekte vrijwillig zouden worden opgenomen, de kans op genezing groter was. Dat was ook goed voor het imago van het gestichtwezen. In 1916 werd de interpretatie van de Krankzinnigenwet van 1904 door de inspectie (in casu inspecteur J.H. Schuurmans Stekhoven) in die zin opgerekt, dat in speciale daartoe aangewezen afdelingen van gestichten ook vrijwillig opgenomen patiënten – zonder rechterlijke machtiging - terecht konden. Een gesticht met een 'aangewezen afdeling', werd voortaan 'psychiatrische inrichting' genoemd.

De Armenwet van 1912 was niet van toepassing op patiënten in de aangewezen afdelingen. Deze beperking hield de ontwikkeling van het fenomeen aanvankelijk tegen. Hoewel sommige gemeenten de verpleging in

¹ Geparafraseerd uit de Wet tot regeling van het armbestuur, 27 april 1912, Staatsblad nr. 165, zoals afgedrukt in: Lietaert Peerbolte 1950, 11.

² De Wit 1991, 15.

aangewezen afdelingen wel betaalden, kwamen veel patiënten die eigenlijk vrijwillig in een aangewezen afdeling opgenomen hadden kunnen worden, om financiële redenen nog altijd via een rechterlijke machtiging in de gesloten gestichtafdeling terecht.¹

Het zou nog tot 1929 duren voordat ook voor de groep patiënten in de aangewezen afdelingen een financiële regeling werd getroffen: een nieuwe wijziging van de Armenwet verplichtte de gemeenten ook de kosten van de verpleging te dragen van armlastige patiënten die zonder rechterlijke machtiging werden verpleegd in een aangewezen, of open afdeling.² Het aantal open afdelingen nam daarna een grote vlucht. Tussen 1916 en 1929 richtten slechts negen gestichten een open afdeling in, in de zeven jaar ná de wetswijziging zouden er – ondanks de economische depressie – maar liefst zestien bijkomen. Voor een deel betrof dit nieuwe psychiatrische inrichtingen, die van meet af aan een open afdeling hadden.³

Depressie en bezuinigingen

De wijziging van de Armenwet kwam precies op tijd, want korte tijd later raakte de economie in een wereldwijde crisis en stond een uitbreiding van financiële verantwoordelijkheid van de overheid niet langer op de politieke agenda.

Na de roerige oorlogsjaren, gevolgd door de enorme inflatie aan het einde van de Eerste Wereldoorlog met als dieptepunt 1923, was de Nederlandse economie medio jaren twintig in rustiger vaarwater geraakt. Vanaf 1925 was er in ons land een hoogconjunctuur begonnen in de vorm van een vrije, maar ongestoorde groei van de economische bedrijvigheid. De depressie die zich wereldwijd in de herfst van 1929 aankondigde, leek de Nederlandse economie aanvankelijk weinig te beroeren. De kranten reageerden zelfs nogal laconiek op de beurskrach van 25 oktober.⁴ De eerste maanden na de beursval kon ons land nog teren op de vruchten die de hoogconjunctuur hadden afgeworpen, al raakten kwetsbare sectoren als de landbouw en scheepvaart al na enkele maanden in grote problemen. Maar na verloop van tijd raakten steeds meer bedrijven in moeilijkheden en het leger van werklozen groeide snel.⁵

Gemeenten, provincies en het rijk kwamen in moeilijkheden. Vooral de gemeenten kregen te maken met dalende inkomsten, terwijl de lasten door de toenemende armoede stegen. De pijn leek aanvankelijk enigszins te worden verzacht doordat vlak vóór de crisis een nieuwe Financiële Ver-

¹ Legemaate 1991, 48-49.

² De Wit 1991, 18, Verduyn en Kapteijn den Bouwmeester 1955, 19.

³ Oosterhuis en Gijswijt-Hofstra 2008, 269-274.

⁴ Beishuizen en Werkman 1980, 26-33.

⁵ Beishuizen en Werkman 1980, 49-54.

houdingswet was uitgevaardigd (de eerste dateerde van 1897). Deze maatregel - ook wel Gemeentefondswet genoemd - had voor gemeenten met veel armlastige inwoners een enigszins nivellerende werking. Hij trad overigens pas in mei 1931 in werking.¹ In paragraaf 6 komen wij nog uitgebreid terug op de Financiële Verhoudingswet.

Tabel I-1

Geschatte uitgaven aan verpleegkosten van patiënten ten laste van de gemeenten in Nederland, in absolute bedragen (x 1000 gulden), en als index (1933-1939).

	totaal		provincie		eigen bijdragen		netto gemeente	
	bedrag	index	bedrag	index	bedrag	index	bedrag	index
1933	16.873	100	4.321	100	1.817	100	10.735	100
1934	16.533	98	4.128	96	1.728	95	10.677	99
1935	15.824	94	3.744	87	1.912	105	10.168	95
1936	15.857	94	3.691	85	2.009	111	10.157	95
1937	15.946	95	3.811	88	2.105	116	10.030	93
1938	16.464	98	3.924	91	2.148	118	10.392	97
1939	16.637	99	3.853	89	2.253	124	10.531	98

Bron: Bakker en Van der Velden 2004a, 86. Gebaseerd op: CBS [1931-1946c] en de Inspectie [1931-1938].

De regering-Colijn II (1933-1935) voerde een strak bezuinigingsbeleid, daartoe mede gedwongen door het vasthouden aan de Gouden Standaard. In juni 1934 was de krankzinnigenverpleging aan de beurt. Een interdepartementale bezuinigingscommissie werd in het leven geroepen onder voorzitterschap van de secretaris-generaal van het Ministerie van Binnenlandse Zaken mr. dr. K.J. Frederiks. De commissie-Frederiks kreeg tot opdracht in korte tijd bezuinigingen af te dwingen bij de gestichten, om daarmee de tarieven omlaag te krijgen. Daardoor zouden provincies en gemeenten - en dus ook indirect het rijk - financieel worden ontlast. Dat op landelijk niveau werd ingegrepen in de financiële gang van zaken in de gestichten was een unicum.

Uit tabel I-1 blijkt dat gemeenten uiteindelijk het minste baat hadden bij de bezuinigingen. Hierover en over de praktijk van het bezuinigen gaat hoofdstuk IV.

§ 4. Financiering van de stichtingskosten

Met de oprichting van een gesticht was veel geld gemoeid. In de tweede helft van de negentiende eeuw ging het om een bedrag van tussen de

¹ Van Maarseveen 1995, 169, 174.

f1.200,- en pakweg f2.000,- per bed (zie hoofdstuk II). Vandaag de dag worden investeringskosten in de tarieven verdisconteerd, maar in de negentiende en begin twintigste eeuw gold dat niet. De boekhoudingen van de gestichten zagen er toen heel anders uit. De vraag is: waar kwamen dan de financiële middelen voor het bouwen van een nieuw gesticht vandaan?

Schenkingen en legaten

De schenking en het legaat vormen misschien wel de oudste manier om nieuwbouw van gestichten te financieren. Verschillende gestichten danken hun bestaan (en in sommige gevallen zelfs hun naam) aan een weldoener die – al dan niet na zijn/haar dood - een kapitaal voor de oprichting beschikbaar stelde. Dit betreft onder andere het oudste gesticht in Nederland: Reinier van Arkel te 's-Hertogenbosch (1442).¹ Ook het bijna even oude Willem Arntszhuis in Utrecht werd op die wijze bekostigd. Het stichten van gasthuizen door vermogende burgers was heel gewoon in die tijd. J. Dankers en J. van der Linden noemen onder andere de mogelijkheid om iets te doen aan de overlast van krankzinnigen in de stad als mogelijke drijfveren.²

Er zijn ook voorbeelden van rond 1900, zoals Huize Assisië, een dochteronderneming voor verstandelijk gehandicapten van het krankzinnigengesticht Huize Padua van de Broeders Penitenten te Boekel. Uit dankbaarheid voor de goede verzorging die hij had genoten, schonken de dochters van een overleden patiënt in 1895 een deel van zijn legaat aan de broeders voor de bouw van Huize Assisië.³

Sint-Antonius in het Brabantse Leur dankt zijn bestaan eveneens aan een schenking. Het gesticht werd in 1902 op initiatief van de pastoor met geld van de plaatselijke notabelen opgericht als gesticht voor hulpbehoevenden en ouden van dagen. C. Willemsen noemt ook enkele aardse drijfveren voor de private financiering van Sint-Antonius: de weldoeners wilden mogelijk voorzien in een dringende behoefte, gingen de concurrentie aan met de buurgemeente Etten, of zij wilden een impuls geven aan de in het slop geraakte economie van het dorp.⁴

Soms bestond de particuliere 'schenking' uit de overdracht van een lap grond tegen zeer gunstige hypothecaire voorwaarden. Dit gebeurde onder andere bij de totstandkoming van St. Anna te Venray en Veldwijk te Ermelo (zie hieronder). In beide gevallen ging het om geloofsgenoten die een deel van hun vermogen voor het goede doel wilden aanwenden.

De werkelijke motieven van de weldoeners blijven vaak in nevelen ge-

¹ Kappelhof 1992, 9.

² Dankers en Van der Linden 1996, 19.

³ Merks-Van Brunschot 1996, 78.

⁴ Willemsen 1997, 23-24.

huld, maar het staat vast dat naast de genoemde aardse redenen, religieuze overwegingen een grote rol hebben gespeeld.

Eigen geld

De bouw van een krankzinnigengesticht kon ook (gedeeltelijk) worden gefinancierd met ‘eigen’ geld. Hoewel voor de katholieke gestichten geldt dat ‘financiën behoren [...] tot het best bewaarde geheim in de [katholieke] kerkgeschiedenis’,¹ achten wij het aannemelijk dat deze methode gedeeltelijk bij de bouw van katholieke gestichten werd toegepast.

Eind negentiende, begin twintigste eeuw vigeerden in de katholieke gestichtwereld twee organisatie modellen. Het zogenaamde ‘contractmodel’ was gebaseerd op een collectief contract tussen een (wereldlijk) stichtingsbestuur en een religieuze congregatie. Hierbij nam de congregatie tegen betaling van een (bescheiden) financiële vergoeding per religieuze per jaar de verpleging en verzorging, en de huishoudelijke taken in de instelling op zich. De krankzinnigengestichten Coudewater, Reinier van Arkel (Den Bosch) en Voorburg (Vught) werkten hiermee. De laatste twee vielen onder het bestuur van de Godshuizen. Dit had in respectievelijk 1853 en 1885 contracten gesloten met de Broeders van Barmhartigheid (Broeders van O.L.V. van Lourdes) en de Zusters van Barmhartigheid.²

In het ‘ondernemingsmodel’ riep een religieuze congregatie voor eigen rekening een nieuw gesticht in het leven. Een voorbeeld hiervan is Huize Padua te Boekel van de Broeders Penitenten (gesticht in 1822, in 1885 erkend als geneeskundig gesticht). Zij hadden hun gesticht met eigen geld opgebouwd en uitgebreid.³ Het katholieke gesticht St. Anna te Venray kwam in 1908 op dezelfde wijze tot stand.⁴ Of andere gestichten die werkten volgens het ondernemingsmodel, ook eigen geld in nieuwe gestichten investeerden, is zonder tijdrovende bronnenstudie niet na te gaan. De kans is wel groot, want veel congregaties hadden ook inkomsten uit het beheer van onroerend goed, dat zij onder meer via legaten hadden verworven. Zij konden dus gemakkelijk een eigen kapitaal opbouwen.⁵

Er was nog een andere manier waarop congregaties eigen geld konden verwerven. In de literatuur wordt de suggestie gewekt dat het mogelijk was op de krankzinnigenverpleging zélf flink te verdienen. Inspecteurs J.N. Ramaer en Feith schreven al in 1873:

¹ Aldus Roes 2000, 20-22.

² Binneveld en Wolf 1985, 32-33.

³ Merks-Van Brunschot 1996.

⁴ Schreurs s.a. [1958], 20. Voor St. Servatius te Venray gold vermoedelijk hetzelfde. Zie: Oosterhuis en Gijswijt-Hofstra 2008, 94; Kroft 2005.

⁵ Zie o.a. Eijt 1995, 98.

Verpleging van krankzinnigen in gestichten niet van overheidswege beheerd, schijnt niet te moeten aangemoedigd worden. Voor de juistheid van dit beginsel pleit zelfs het beste gesticht van dien aard dat door ons bezocht werd. Winstbejag kan aan zulke ondernemingen nooit geheel vreemd zijn.¹

Broeder-overste Linus van Voorburg wist eind jaren twintig te vertellen dat het bestuur van St. Servatius te Venray (de Broeders van Liefde) de verpleegtarieven kunstmatig had opgedreven om geld over te houden voor nieuwe ondernemingen en dat zijn eigen bestuur, de Godshuizen, ‘paleizen’ en ‘grootsche ondernemingen’ had gefinancierd van het geld dat zijn broeders door zuinig beheer hadden verdiend.² Maar hoe zat dit nu in werkelijkheid?

Bij intrede in het klooster legde een aspirant-kloosterling enkele geloften af, waaronder de gelofte van armoede. Deze gelofte kwam onder andere tot uiting in de enorme zuinigheid die zij betrachtten; een niet aflatende strijd tegen verspilling.³ Religieuzen deden vanwege de gelofte van armoede ook afstand van aardse bezittingen, dus ook van grote sommen geld. Bezittingen werden bij binnenkomst overgedragen aan de congregatie, evenals het latere salaris (de congregatie voorzag in hun levensbehoeften) en bijvoorbeeld inkomsten van erfenissen.⁴ Zo kon het komen dat de religieuze congregaties hun werkzaamheden in de gestichten voor een appel en een ei konden verrichten. Ze berekenden voor het werk van de broeders en zusters bedragen die lager waren dan de salarissen die leken ontvingen. Niettemin waren de tarieven even hoog als de tarieven die de goedkoopste niet-katholieke gestichten in rekening brachten. De katholieke tarieven waren niet zo laag als men op grond van alleen al hun lage personeelslasten zou mogen verwachten.⁵ Hierdoor konden de katholieke gestichten gemakkelijk positieve bedrijfsresultaten boeken. Maar dat deze ‘winst’ ook voldoende was om daarmee nieuwe liefdewerken tot stand te brengen, staat geenszins vast. Vermoedelijk moesten de congregaties ook uit andere bronnen putten om de financiering van een nieuw gesticht rond

¹ Feith, Ramaer en Hubrecht 1873, 49.

² Bakker 2002a, 30. Het bestuur van Voorburg had toestemming gekregen van de provincie Noord-Brabant om 5% winst te maken. Zie Binneveld en Wolf 1985, 109.

³ Bakker 2008a. Of deze zuinigheid ook ten koste ging van de kwaliteit van de zorgverlening, moet nader worden onderzocht.

⁴ Eijt 1995, 311. Dit gold overigens niet voor alle congregaties. Sommige religieuzen mochten wel beschikking hebben over aardse goederen, met uitzondering van gelden ontvangen voor werkzaamheden die als religieuze waren verricht. Hier mochten zij alleen met toestemming van de overste van de congregatie gebruik van maken. Indien een religieuze met een eigen vermogen overleed, gingen in dat geval de bezittingen alsnog over op de congregatie. Zie verder ook: Bakker 2002b, 58-59; Bakker 2004, 71. Met dank aan H.M.A. Bakker-Kroon voor dit inzicht.

⁵ Bakker 2008a.

te krijgen.¹ Overigens zit er ook nog een hele boekhoudkundige kant aan het fenomeen ‘winst maken met de krankzinnigenverpleging’. Deze komt in de volgende hoofdstukken aan de orde.

Particuliere lening

De particuliere lening werd toegepast bij de bouw van het gesticht Veldwijk te Ermelo. De initiatiefnemers, verenigd in de gereformeerde Vereniging tot Christelijke Verzorging van Krankzinnigen en Zenuwlijders (VCV), traden op als een soort projectontwikkelaar. De grond waarop het nieuwe gesticht zou verrijzen, werd tegen gunstige hypothecaire voorwaarden verkocht door een van de initiatiefnemers zelf.² Voor de bouw van het nieuwe gesticht had de toen nog gloednieuwe vereniging echter ook nog een bedrag van twee ton nodig, dat in vier fases zou worden uitgegeven. Het bedrag werd opgedeeld in porties van f50.000,-, die weer werden opgesplitst in coupures van f1000,-, f500,-, f100,- en f50,-. Hierop konden geïnteresseerde particulieren inschrijven tegen een rente van 4 procent. Intekenaren kwamen uit het verzuilde, protestantse netwerk van de organisatie.³ Het verstrekken van een geldlening gold voor de financiers als een vorm van steun voor de goede zaak. De gereformeerde vereniging kon in zijn prille bestaan die steun goed gebruiken. Het mes sneed evenwel aan twee kanten: het uitgeleende geld keerde in de vorm van rente en aflossing weer terug in de broekzak van de geldschieder. Afhankelijk van de grootte van het bedrag, loste de vereniging jaarlijks 2 procent af. Dit geld werd indirect betaald uit de exploitatie van Veldwijk: de stichting Veldwijk ‘huurde’ de gebouwen van de VCV.⁴ De patiënten, of de gemeenten die voor de verpleegkosten opdraaiden, betaalden dus via de verpleeggelden mee aan de bouw van het gesticht.⁵

De particuliere lening was daarmee dus ook een vorm van ondernemen. De nieuwbouw van twee andere gestichten die de VCV in de loop der jaren oprichtte, Bloemendaal en Dennenoord, werd op dezelfde wijze gefinancierd. Het aantal leningen dat op deze manier werd uitgeschreven, nam geleidelijk toe. Op de achterzijde van het jaarverslag werden de lezers opgeroepen om deel te nemen. Er werd veel propaganda voor gemaakt. In 1902 had de vereniging een schuld uitstaan van 2½ miljoen gulden, verdeeld over 17 series leningen, in 1933 waren er 33 leningen met in totaal

¹ Bakker 2008a.

² Lindeboom 1984, 43.

³ Lindeboom 1984, 98-99.

⁴ Pas in 1893 werd besloten een bedrag voor rente en aflossing in de jaarcijfers op te nemen. (HDCNP 501 inv. nr. 14-1, Notulen Centraal Bestuur VCV van 20 mei 1893.)

⁵ Over de ‘huurprijs’ die in de exploitatie was opgenomen, werd later fel gediscussieerd door gesticht-technomen, in verband met de vaststelling van de verpleegtarieven. Zie hoofdstuk II.

bijna 5½ miljoen schuld. Van de eerste lening moest toen nog f25.000 worden afgelost.¹

Uit de bestuursnotulen van de vereniging blijkt dat de particuliere leningen in de loop der jaren tot een gigantische administratie leidden. In de loop van de twintigste eeuw raakte deze financieringsmethode in onbruik. Overigens werd ook de katholieke St. Willibrordus Stichting te Heiloo (gebouwd tussen 1929 en 1940) waarschijnlijk voor een deel met particuliere leningen gefinancierd. Particuliere investeringen in kerkelijke ondernemingen waren toen in de mode, suggereerde een lid van de congregatie die deze inrichting in het leven riep: ‘De mensen krijgen genoeg van al die Banken en willen hun geld liever plaatsen op Kerkelijke leeningen...’²

Geld lenen bij de provincie of op de markt

Ook de provincies traden op als investeerder. Besturen van zowel gemeentelijke, semipublieke als particuliere gestichten klopten aan voor geld ten behoeve van nieuwbouwprojecten. Zo kwam het semipublieke buitengegasticht Brinkgreven (1894) met een renteloos voorschot van de provincie Overijssel tot stand.³ De bouw van het particuliere gesticht Wolfheze (geopend in 1907) was betaald door Gelderland, Utrecht, Friesland en Zuid-Holland.⁴ Het Leidse gemeentegesticht Endegeest (geopend in 1897) was voor iets minder dan de helft met een provinciale lening (f225.000) en voor de andere helft met gemeentegeld gebouwd.⁵

Het verstrekken van rentedragende leningen of renteloze voorschotten was – naast bouwsubsidies en garanties (zie hieronder) - voor de provincies een manier om aan de wet te voldoen. Deze schreef immers sinds 1884 voor dat de provincies uiteindelijk de plicht hadden te zorgen ‘voor de oprichting en instandhouding van gestichten voldoende aan de door deze wet gestelde eischen’. Dat aan deze eis kon worden voldaan door het verstrekken van subsidies en renteloze voorschotten, is duidelijk. Maar dat ook het verstrekken van een rentedragende lening werd gezien als een manier was om aan de wet te voldoen, was minder helder. Het verstrekken van een lening was voor provincies immers ook gewoon een bedrijfsmatige investering, die zich niet alleen terugbetaalde in de vorm van aflossing, maar die ook rente opleverde. De bepalingen waaronder deze leningen

¹ Lindeboom 1984, 98-99. Zie ook de bestuursnotulen en jaarverslagen van de VCV.

² Br. Albinus van de Broeders van Onze Lieve Vrouw van Lourdes, geciteerd bij Bakker 2002a, 31. De broeder deed deze uitspraak in 1925, in reactie op een verzoek van zijn hoofdbestuur om met argumenten te komen voor de bouw van een eigen stichting.

³ De Wit 1993, 43. Het besluit om te bouwen viel in 1891.

⁴ VCV s.a. [1911], 127.

⁵ Vijselaar 1998a, 20.

werden verstrekt, maakten onderdeel uit van de contracten die de provincies afsloten met de gestichten.¹

Rond 1900 was de behoefte aan plaatsruimte zeer groot. Vrijwel alle provincies zaten in die tijd om bedden verlegen.² De behoefte aan plaatsruimte en de verpleegtarieven vormden samen met de provinciale geldleningen onderdeel van soms felle contractonderhandelingen tussen (toekomstige) gestichtbesturen en provincies. Hoe dringender de behoefte aan plaatsruimte, hoe gemakkelijker de geldleningen losgepeuterd konden worden bij de provincies.

Opmerkelijk genoeg werd ook voor de bouw van de Noord-Hollandse Provinciale Ziekenhuizen geld van de provincie geleend. Hoewel de provincie voor de stichtingskosten van Meerenberg (f798.400,-) een rente- en aflossingsvrije som beschikbaar gesteld had,³ had Meerenberg voor de uitbreidingen in later jaren een belangrijke post aan provinciale leningen (rente en aflossing) op de jaarrekening staan tegen commerciële tarieven.⁴ De provinciale lening als manier om de bouw van gestichten te financieren, won vermoedelijk in de eerste helft van de twintigste eeuw aan belang. Er zijn echter geen precieze getallen van te geven. Daarnaast kwam het lenen bij banken langzaam op. Bij het lenen op de commerciële markt was het van groot belang dat de banken ervan verzekerd waren dat zij het geld ooit met rente weer terug zouden zien. Daarom was het gebruikelijk dat er om een garantstelling werd gevraagd. Hiervoor zorgden de provincies, en wel op twee manieren. Aan de ene kant leverden zij expliciete garantstellingen. Aan de andere kant zorgden zij voor een gegarandeerde 'vaste afname' in de vorm van contractafspraken over een van te voren vastgesteld aantal beschikbare plaatsen. Ook deze afspraken met de provincies maakten onderdeel uit van de onderhandelingen die met de gestichten werden gevoerd. Opnieuw gold: hoe dringender de behoefte aan plaatsruimte, hoe gemakkelijker de toezeggingen voor een (rente)garantie of voor een vaste afname van een aantal bedden.

Katholieke gestichten konden ook op deze manier aan geld komen. Wel moesten katholieke besturen voor het aangaan van zulke leningen niet alleen garanties hebben, maar ook toestemming van de bisschop, of zelfs de paus.⁵ Het behoeft geen betoog dat de banken die werden gekozen, behoorden tot het verzuilde netwerk van de gestichten.

¹ De Wit 1991, 9.

² HDCNP 501 inv. nr. 14-2, Notulen Centraal Bestuur VCV, 16 november 1898 - 4 april 1908.

³ Verbeek 1949, 210.

⁴ In 1897 werd een percentage van 3 à 3 ½ gemeld (Verbeek 1949, 211). De latere rentepercentages lagen tussen de 3½ en 5. (Van Walsem 1914, 134-138.) Voor particuliere en commerciële leningen (hypotheek) golden vergelijkbare percentages, zo blijkt uit de bestuursnotulen van de VCV in die tijd.

⁵ Bakker 2002a, 31 en 33.

Een betrekkelijk risicoloze investering

Hiermee zijn in grote lijnen de verschillende manieren geschetst waarop de bouw (of uitbreiding) van gestichten kon worden gefinancierd. Behalve banken, provincies en gemeenten, staken privé-personen, religieuze congregaties en kerkgenootschappen geld in liefdadige ondernemingen. Religieuze overwegingen speelden daarbij een rol, evenals de wens om de eigen geloofsgemeenschap te versterken. Economische redenen zijn vermoedelijk echter niet minder belangrijk zijn geweest. Door de bij de wet gegarandeerde afname was een investering in de krankzinnigenverpleging een tamelijk risicoloze onderneming. Provincies hadden daartoe een duidelijke taak gekregen: de Krankzinnigenwet gebood hen te zorgen voor plaatsruimte en zij sloten daartoe verpleegcontracten af. De betaling van de kosten was ook verzekerd: daar zorgden immers de gemeenten voor, krachtens de Armenwet.

Hoeveel geld er precies uit welke portemonnee kwam, is helaas niet na te gaan. Daarvoor zijn de gegevens te summier. Duidelijk is echter wel dat de betekenis van de investering door privé-personen in de loop der decenia afnam en dat de provincies en banken als investeerder in de krankzinnigenverpleging steeds belangrijker werden. Nog duidelijker is dat - los van de vraag wie de investeerder was - het geld dat in de bouw van de voorzieningen werd geïnvesteerd, via het gebruik ervan weer werd terugverdiend. In hoofdstuk II gaan we nader in op de nieuwbouw van gestichten rond de eeuwwisseling.

§ 5. Financiering van de exploitatiekosten

Verschillende financiers investeerden in de bouw van de krankzinnigen-gestichten. Maar hoe zat het met de financiering van de exploitatie zelf? Hoewel volgens de letter van de Armenwet het primaat van de armenzorg lag bij het particuliere initiatief, drukte de betaling van de verpleegkosten van armlastige krankzinnigen, en daarmee dus van het overgrote deel van de krankzinnigenverpleging, in de praktijk vooral op de budgetten van de gemeenten.¹

Afhankelijk van de beschikbare gegevens kan de verdeling van de lasten tot aan de Tweede Wereldoorlog voor slechts een zeer beperkt aantal jaren vrij nauwkeurig worden geschat (tabel I-2).

¹ Het hierna volgende is hoofdzakelijk gebaseerd op Bakker en Van der Velden, 2004a.

Tabel I-2

Verdeling van de uitgaven aan krankzinnigenzorg in 1.000 gulden en als percentage van de totale uitgaven (1909 en 1929)

	1909		1929	
	bedrag	procent	bedrag	procent
Rijk	457	14,7	869	5,9
Provincies	472	15,2	3.187	21,5
Gemeenten	1.512	48,5	7.317	49,4
Particulier	674	21,6	3.416	23,1
Totaal	3.115		14.789	

Bron: CBS 1910b; Inspecteurs voor het Staatstoezicht 1913; CBS 1930c; De Inspectie 1932

De rijksoverheid

De rijksoverheid bekostigde het Staatstoezicht. Verder betaalde zij de verpleging van zogenaamde rijkspatiënten: krankzinnig geworden militairen, gevangenen en delinquenten, en patiënten zonder woon- of verblijfplaats. Hoewel hun aantal in de loop der decennia groeide, bleef het aandeel op het totaal aantal patiënten gelijk: zo'n 7 procent. Sommigen van hen waren ondergebracht in de bestaande gestichten. Het grootste deel verbleef in de Rijkskrankzinnigengestichten te Medemblik (1884) en te Grave (1898). De exploitatie van deze gestichten verzorgde het rijk ook.

Verder betaalde het rijk vanaf 1884 voorschotten voor de verpleging van patiënten van wie onduidelijk was wie verantwoordelijk was voor de betaling. Dit om te voorkomen dat deze patiënten eindeloos moesten wachten op een opname. De kosten werden later op de familie of de betreffende gemeente verhaald

Ten slotte bestond er, zoals eerder gemeld (paragraaf 1) een rijksbijdrage aan de kosten voor de verpleging van gemeentepatiënten (de patiënten die op kosten van de gemeente werden verpleegd). In 1846 werd er door het rijk een bedrag van omstreeks f6.000,- uitgegeven aan deze subsidie. Dit bedrag liep op naar ongeveer f145.000,- in 1888.¹ De bijdrage werd in 1900 vastgelegd op veertig gulden per patiënt per jaar en gold onder bepaalde omstandigheden ook voor patiënten die in gezinnen of liefdegestichten werden verpleegd.² Vanaf 1916 werden ook de belangrijkste aangewezen inrichtingen bij de regeling betrokken. De rijksbijdrage gold alleen voor patiënten die tenminste drie jaar onafgebroken opgenomen

¹ Musquetier 1884, bijlage.

² NHA 18 inv. nr. 6361, Stukken betreffende de vaststelling, wijziging en intrekking van de regeling voor de toekenning van rijksbijdragen in de verpleegkosten van behoeftige krankzinnigen, 1916-1926, Provinciaal Blad van Noord-Holland 1901 nr. 10, Circulaire aan de gemeentebesturen van Noord-Holland van 23 januari 1901 no 61, betreffende het verkrijgen van rijksbijdragen in de kosten van verpleging van behoeftige krankzinnigen.

waren geweest in een erkend gesticht, een gezin onder gestichtverband, of een aangewezen inrichting. Als een patiënt werd overgeplaatst van het gesticht naar het eigen gezin (onder begeleiding) of de aangewezen inrichting, bleef de rijksbijdrage gehandhaafd.¹ Ook kwam er een rijksbijdrage van 25 cent per dag voor nieuw opgenomen patiënten in de aangewezen afdeling, maar deze gold voor een periode van niet langer dan anderhalf jaar.² In 1924 werd de rijkssubsidieregeling afgeschaft.

De provincies

De provincies staken meer geld in de krankzinnigenverpleging dan het rijk, maar kregen een groter deel daarvan ook weer terug. Hiervóór werd reeds aangegeven dat provincies garanties, subsidies, leningen en renteloze voorschotten verstrekten voor stichtings- en uitbreidingsplannen. Dit geld kregen zij in de vorm van rente en aflossing na verloop van tijd weer terug. Verder betaalden de provincies aan de gestichten waarmee zij een contract hadden afgesloten, 'rouwgeld' voor lege bedden. In hedendaagse termen: het ging om een gegarandeerde afname.³ Sommige provincies fungeerden als financiële draaischijf: ze betaalden de rekening van de armlastige patiënten in de vorm van een voorschot aan de gestichten en stuurden de nota vervolgens door naar de betreffende gemeenten.

Als alle bancaire en vestzak-broekzak-operaties worden weggestreept, kan men constateren dat de provincies onder normale omstandigheden weinig kosten hoefden te maken. De enige serieuze kostenpost was de provinciale subsidieregeling. Deze maakte echter wel een substantieel deel uit van de provinciale begrotingen. De provinciale subsidieregeling kwam hierboven al even ter sprake. Deze regeling werd in de wet niet verplicht gesteld, maar de toepassing ervan werd door het rijk wel gestimuleerd.

In 1929 kenden alle provincies een regeling voor het betalen van een bijdrage in de verpleegkosten - al dan niet inclusief kosten voor kleding, begrafenis, transport of vernieuwing van de rechterlijke machtiging.⁴ De regelingen waren bedoeld voor de gestichtverpleging, maar ook opnames in (soms met name genoemde) aangewezen inrichtingen vielen eronder. Alleen Friesland verstreekte geen subsidie voor de opname in een aangewezen inrichting. Daarnaast kon de regeling betrekking hebben op de patiënten die (in Beilen of het Belgische Geel) in gezinsverpleging waren ondergebracht, of in een buitenlandse inrichting waren opgenomen (Zuid-Holland, Utrecht, Drente, Groningen, Overijssel, Gelderland). Voor Noord-Brabant en Limburg had de regeling alleen betrekking op de op-

¹ Heyermans et al. 1930, 18-19. KB 16 juni 1916, No 23.

² Kam s.a. [1920], 43.

³ Rouwgelden waren volgens De Wit geen grote post op de provinciebegrotingen. De Wit 1991, 10.

⁴ De volgende passage is gebaseerd op de situatie van 1929.

names in enkele met name genoemde instellingen waarmee de provincies contracten hadden afgesloten. De provincies Gelderland en Drente verstrekten ook subsidie voor de opname in aangewezen afdelingen. De meeste andere provincies deden dit niet. De Zeeuwse regeling liet de provincie de mogelijkheid hierover in voorkomende gevallen (er was er op dat moment maar één) een positieve beslissing te nemen.

De meeste provincies hanteerden als uitgangspunt een al dan niet aan een maximum gebonden vast percentage van de verpleegkosten van gemeentepatiënten: in Zeeland en Groningen was dit een kwart, in Friesland, Noord-Brabant en Zuid-Holland een derde, en in Overijssel, Gelderland en Utrecht ongeveer de helft. Het maximumsubsidiebedrag was meestal afgeleid van het tarief dat gold in het gesticht waarmee de provincie het belangrijkste contract afgesloten had. Het maximum in Noord-Brabant was bijvoorbeeld afgeleid van het tarief van Voorburg. Dat van Overijssel hing samen met het tarief van Brinkgreven en het St. Elisabeth Gasthuis. De subsidieregeling die de provincie uiteindelijk het minste geld kostte, kwam voor rekening van Noord-Holland. De provincie verstreekte alleen subsidie als de verpleegkosten hoger lagen dan f850,- per patiënt per jaar. Dit betrof echter slechts een paar gestichten, waaronder de dure Provinciale Ziekenhuizen.

Tabel I-3

Provinciale subsidies voor de verpleging van gemeentepatiënten als percentage van de totale uitgaven aan de verpleging van gemeentepatiënten (1920, 1929, 1930)

	1920	1929	1939
Gelderland	54	46	39
Overijssel	48	44	45
Friesland	40	29	21
Zeeland	42	23	14
Utrecht	38	41	33
Groningen	25	24	22
Zuid-Holland	31	29	26
Noord-Brabant	25	28	26
Drente	8	18	18
Limburg	12	14	14
Noord-Holland	18	17	13
Nederland	31	27	23

Bron: CBS 1921b; CBS 1930c; CBS 1940c.

Tabel I-3 laat zien hoe groot het aandeel was dat de provincies via hun subsidieregelingen betaalden als bijdrage in de verpleegkosten; Noord-Holland bungelt in deze lijst ergens onderaan. Daarbij moet men bedenken dat een belangrijk deel van het subsidiegeld indirect aan de provincie zelf ten goede kwam: de bijdragen in de kosten van verpleging in de Pro-

vinciale Ziekenhuizen. De Noord-Hollandse regeling was bedacht ten tijde van een korte economische crisis begin jaren twintig en had als resultaat dat de provinciale schatkistproblemen via een ingewikkelde vestzakbroekzak-constructie op de gemeentelijke kassen werden afgewenteld.¹

Dat de verschillen tussen de provincies zo groot konden zijn, heeft als oorzaak dat de subsidieregelingen geen wettelijke grondslag hadden. Bovendien was de spreiding van de gestichten en inrichtingen over het land heel divers: sommige provincies kenden veel opnamemogelijkheden, andere provincies weinig of geen. De subsidieregelingen sloten aan bij deze provinciale omstandigheden.

De meeste provincies berekenden het subsidiebedrag dus naar een vast percentage van het verpleegtariaf. Het uiteindelijke bedrag hing samen met de vraag of er wel of niet een maximum werd gehanteerd en in hoeverre de gemeenten een deel van het 'verhaal' aan de provincie moesten afstaan. De meeste gemeenten waren namelijk verplicht een evenredig deel van de eigen bijdragen van de patiënten ('verhaal', zie hieronder) terug te betalen aan de provincie en het rijk.

Regelingen als deze bestonden overigens niet voor de algemene ziekenverpleging. Voor de zorg voor andere groepen mensen die wegens één of ander lichamelijk of geestelijk gebrek niet goed in de maatschappij konden functioneren - rond 1900 ook wel met de term 'maatschappelijk ongeschikten' aangeduid - bestonden wel regelingen, maar die waren minder uitgebreid.²

De gemeenten

De gemeenten betaalden de verpleging van alle armlastige patiënten. Dit betrof zo'n driekwart van het totaal aantal patiënten. In de loop der decennia zou dit aandeel nog verder groeien. Sommige gemeenten vatten het plan op zelf een gesticht te exploiteren, zoals Leiden met zijn gemeentelijke gesticht Endegeest te Oegstgeest (1897) en Rotterdam met Maasoord te Poortugaal (1909). Verreweg de meeste gemeenten besteedden echter alle armlastige patiënten uit en betaalden daar de rekening voor. Veel ge-

¹ Bakker en Van der Velden 2004b.

² Een definitie van 'maatschappelijk ongeschikten' luidt: 'diegenen [...] die door hunne lichamelijke of geestelijke gesteldheid ongeschikt zijn voor het maatschappelijk leven, zonder dat zij nochtans tot de krankzinnigen kunnen worden gerekend, terwijl noch zij zelven, noch hunne verzorgers in staat zijn de volle kosten hunner verpleging te betalen'. Geciteerd bij Heijermans et al. 1930, 14. Heijermans gebruikte een omschrijving uit 1902, uit een voordracht van Burgemeester en Wethouders van Amsterdam over het onderwerp. Het begrip 'maatschappelijk ongeschikten' werd vaker gebruikt, maar wie eronder gerekend werden, verschilde nogal eens. De groep kwam in Amsterdam in elk geval per definitie geheel of gedeeltelijk ten laste van de gemeentelijke armenzorg. In de in Heijermans geciteerde omschrijving waren ook 4 'idioten' begrepen; zij waren niet - zoals de meeste 'idioten' - met een rechterlijke machtiging in een krankzinnigengesticht terechtgekomen. Zintuiglijk gehandicapte personen vielen er ook onder, het betrof in 1902 28 doofstommen en 4 blinden.

meenten lieten de opnames en de betaling door de provincie regelen via de contracten met de gestichten. Grote gemeenten sloten zelf contracten af en regelden de betaling ook zelf. De kosten voor de krankzinnigenverpleging liepen per gemeente sterk uiteen. Mede hierom vond een staatscommissie die in 1903 een rapport uitbracht over de gemeentefinanciën, dat de kosten eigenlijk voor rekening van het rijk zouden moeten komen. De kosten konden vooral voor kleine gemeenten ruïneus zijn.¹ Dat kwam niet alleen door objectieve kenmerken als inwonertal en aantal krankzinnigen, maar ook door de gevoerde sociale politiek, de sociaalmedische omstandigheden (waren er bijvoorbeeld ook andere gestichten in de buurt?) en de plaatselijke gebruiken (hielden gezinnen hun zieke familielid zo lang mogelijk thuis?). En ze waren afhankelijk van de provincieregelingen voor subsidies en het al dan niet terugbetalen van eigen bijdragen.

Dat het rijk uiteindelijk niet de verantwoordelijkheid voor het betalen van de verpleegkosten uit handen nam van de gemeenten, werd mede in de hand gewerkt door de opvatting dat gemeentebesturen gemakzuchtig zouden kunnen worden wanneer er geen financiële prikkel meer was om een opname te voorkomen.² We zullen deze gedachte in de komende hoofdstukken nog vaker tegenkomen.

De patiënten

Tot slot de patiënten. Er waren patiënten die de rekening helemaal zelf betaalden. Zij vormden echter een heel kleine groep. Een veel grotere groep, de minvermogenden, betaalde een deel van de kosten in de vorm van een eigen bijdrage, het ‘verhaal’.

Tabel I-4 geeft een voorbeeld uit 1939 van de gemeente Leiden, die hoofdzakelijk patiënten liet verplegen in Endegeest. Het tarief van Endegeest bedroeg toen f530,- per jaar. De Leidse patiënten die meer betaalden, werden uiteraard elders verpleegd.³ De belangrijkste conclusie die men uit dit overzicht kan trekken, luidt: bijna 40 procent van de Leidse patiënten hoefde helemaal niets terug te betalen. Soortgelijke gegevens van andere steden zijn ons niet bekend

¹ Oud en Nap 1955, 4. Zie ook De Graaf 2007, 55.

² Oud en Nap 1955, 4.

³ Jelgersma 1939.

Tabel I-4***Door de gemeente Leiden ontvangen bedragen voor de verpleging van armlastige krankzinnigen in de vorm van 'verhaal' (1939)***

aantal patiënten	procent van totaal	bijdrage in gulden per week	bijdrage in gulden per jaar
144	39,2	Nihil	nihil
28	7,6	tot 1,00	tot 52,00
26	7,1	1,01-1,50	52,52-78,00
15	4,1	1,51-2,00	78,52-104,00
18	4,9	2,01-2,50	104,52-130,00
47	12,8	2,51-3,00	130,52-156,00
27	7,4	3,01-4,00	156,52-208,00
11	3,0	4,01-5,00	208,52-260,00
15	4,1	5,01-6,00	260,52-312,00
9	2,5	6,01-7,00	312,52-364,00
7	1,9	7,01-8,00	364,52-416,00
7	1,9	8,01-9,00	416,52-468,00
3	0,8	9,01-10,00	468,52-520,00
2	0,6	10,01-11,00	520,52-572,00
1	0,3	11,01-12,00	572,52-624,00
5	1,3	12,01-13,00	624,52-676,00
2	0,5	13,01 of meer	676,52 of meer
367	100		

Bron: Jelgersma 1939, 102.¹

Het uitgangspunt van de Armenwet was dat mensen voor zichzelf en hun gezin moesten zorgen. Lukte dat niet, dan was de familie verantwoordelijk; de gemeente 'verhaalde' een bijdrage bij de kinderen, kleinkinderen, ouders of grootouders van het minvermogende gezin. De onderhoudsplicht was geregeld in het Burgerlijk Wetboek en gold niet voor broers en zussen. Veel gezinnen bleven eindeloos wachten met een verzoek tot opname van een gezinslid, want door de verhaalsregeling kon de hele familie tot armoede vervallen. Wie weigerde te betalen, kon voor de rechter worden gedaagd.²

Als het even kon, inde de gemeente het verhaal direct. Hoe dat in de praktijk ging, verschilde per gemeente.³ Wie is onderhoudsplichtig (bijvoorbeeld in geval van een echtscheiding)? Hoe wordt de draagkracht berekend? Welk bedrag moet worden betaald? Voor welke vormen van zorg? Op al deze vragen waren diverse antwoorden mogelijk. Maar ondanks de verschillen was er één overeenkomst: voor zover bekend, pasten alle ge-

¹ Jelgersma baseerde deze gegevens op informatie van de gemeente Leiden.

² Van der Valk 1986, 79-95.

³ De Graaf beschrijft het voorbeeld van de Gelderse gemeente Tiel (De Graaf 2007, 56-59).

meenten het verhaal op de familie toe, meestal door middel van een minnelijke schikking. De weg via de Kantonrechter werd zelden bewandeld.¹ In de ziekenhuiszorg werd ook ‘verhaal’ toegepast. Dit gold in de regel echter alleen voor het betrokken gezin; grootouders of kleinkinderen kwamen er niet aan te pas. In sommige gemeenten werden de bedragen voor het verhaal in de ziekenhuiszorg zelfs heel nauwkeurig in verordeningen vastgelegd, waarmee willekeur werd uitgesloten. Soortgelijke regelingen zijn voor de krankzinnigenzorg, c.q. de armenzorg, vóór de oorlog niet gevonden. Ná de oorlog kwamen dergelijke regels ook voor de armenzorg tot stand. Naar aanleiding van een debat hierover midden jaren dertig werd in 1937 besloten tot het samenstellen van tabellen waaruit de hoogte van het verhaal kon worden afgelezen. Deze konden door alle gemeenten gebruikt worden. De tabellen verschenen eerst in 1940 en beleefden als ‘VUGA-tabellen’ - naar de uitgever ervan -vanaf 1947 vele herdrukken.²

§ 6. De last van de gemeenten

De gemeenten draaiden dus voor het grootste deel van de kosten op. Gemeenten hadden in de negentiende eeuw dan wel een centrale positie in het openbaar bestuur gekregen, lange tijd wilden en konden ze die rol ternauwernood vervullen. Zoals eerder opgemerkt, was de opvatting niet populair dat de overheid zich met de armenzorg moest bemoeien, en gemeenten beschikten over zeer beperkte geldmiddelen. Thorbecke had de voornaamste bron van inkomsten - de gemeentelijke accijnzen - in hoog tempo afgeschaft. Vervolgens had de Haagse politiek tientallen jaren gediscussieerd over een nieuw belastingstelsel dat gemeenten ruimere financiële armslag moest geven. Pas in de jaren negentig werd deze kwestie met de Wet op de Personele Belasting (1896) en de Financiële Verhoudingswet (1897) geregeld.

Dit maakte deel uit van de bredere politieke omslag die eind negentiende eeuw plaatsvond. Net als elders in Europa ontstond eind negentiende eeuw een groeiende belangstelling voor wat wel de Sociale Quaestie werd genoemd. De gedachte vatte post dat de moderne, geïndustrialiseerde samenleving een goed opgeleide en gezonde arbeidersbevolking nodig had. Onderwijs, huisvesting en gezondheidszorg moesten worden verbeterd en mensen die door ziekte, werkloosheid of ouderdom geen inkomen meer hadden, moesten hulp kunnen krijgen in plaats van meteen tot armoede te vervallen. Diezelfde mensen waren in de discussie niet meer alleen het ‘lijdend voorwerp’; meer dan voorheen organiseerden werklieden zich in

¹ Verduyn en Kapteijn den Bouwmeester 1955, 26.

² De Haas van Dorsser 1940; De Haas van Dorsser s.a. [1947].

vakbonden en politieke partijen. De arbeidersbevolking kon daardoor ook betere voorzieningen proberen af te dwingen. Er werd gestreden voor een stelsel van sociale verzekeringen tegen de financiële gevolgen van werkloosheid, ziekte en ouderdom en voor verbeterde armenzorg. Vergeleken met de omringende landen verliep de uitbouw van het stelsel van sociale verzekeringen in Nederland echter zeer traag.¹

Wel werd het duidelijk dat de overheid een grotere rol moest gaan spelen, onder andere in de sociale zorg en de gezondheidszorg. Daarvoor was geld nodig. De Wet op de Personele Belasting en de Financiële Verhoudingswet boden daartoe ook de ruimte. Een belangrijk element van de Financiële Verhoudingswet was de hoofdelijke omslag, die gemeenten de gelegenheid bood een inkomensafhankelijke en zelfs enigszins progressieve inkomstenbelasting te heffen. Daarnaast werd de rijksbijdrage aan de gemeenten verhoogd. Het inwonertal was vanaf nu bepalend voor de hoogte van de uitkering. In dezelfde periode werden gemeenten actief in nieuwe openbare - en doorgaans zeer lucratieve - voorzieningen, zoals de levering van gas, water en elektriciteit. Met al deze inkomsten konden weer andere gemeentelijke activiteiten worden gefinancierd, zoals een betere armenzorg en gemeentelijke medische zorg. De mate waarin dit gebeurde, was echter afhankelijk van lokale omstandigheden, in het bijzonder de politieke constellatie in een gemeente. Datzelfde gold dus voor de uitgaven aan de krankzinnigenverpleging.

Enkele decennia later werd de Financiële Verhoudingswet aangepast. In 1929 leverden de gemeenten een deel van het eigen belastinggebied - waaronder de hoofdelijke omslag - in. De gederfde inkomsten werden vervangen door een uitkering uit het door het rijk ingestelde en gefinancierde Gemeentefonds. De uitkering uit het Gemeentefonds was deels afhankelijk van de uitgaven aan armenzorg en dus ook van de uitgaven aan krankzinnigenzorg. Hierdoor ontstond, zoals we hierboven al beweerden, een enigszins nivellerende werking.

Om uit te zoeken welke kosten een gemeente moest maken ten behoeve van de krankzinnigenverpleging, hebben wij de gemeentelijke begrotingen van twee totaal verschillende Noord-Hollandse gemeenten, te weten Amsterdam en Texel, onder de loep genomen.² In totaal ging het meestal om niet meer dan een paar procenten van de totale gemeentebegroting. Zelfs in Amsterdam, de gemeente waar de hoogste kosten voor de krankzinnigenverpleging werden gemaakt, lag het percentage nooit hoger dan 3,39 (in 1925); tussen 1877 en 1925 lag het gemiddelde percentage op 1,32. Het gemiddelde percentage dat de gemeente Texel aan krankzinnigenver-

¹ De Swaan, 1993; Van der Velden 1993.

² Voor een toelichting op deze keuze zie de 'Verantwoording' achterin dit boek.

pleging uitgaf, lag tussen 1890 en 1921 op 0,81.¹ De volgende inkomsten- en uitgavenposten kon men in deze periode tegenkomen:

Inkomsten

I

1. particuliere bijdragen:
 - a. naar draagkracht geheven bijdragen van de familie (verhaal)
 - b. door (kerkelijke) armbesturen bijgedragen sommen
 - c. (vanaf 1922) gedeeltes van uitkeringen in het kader van de Ouderdoms- en invaliditeitswet.
2. rijks- en provinciebijdragen
3. terugontvangsten van voorgeschoten bedragen

Uitgaven

II

1. verpleegprijzen, transportkosten, begrafenis-kosten, verschotten (oftewel: voorschotten)
2. premies in het kader van de Ouderdoms- en invaliditeitswet
3. terugbetalingen aan rijk en provincies van het hun toekomstende aandeel in de particuliere bijdragen

Inkomsten

De Amsterdamse inkomsten uit de krankzinnigenzorg bedroegen in de eerste drie decennia van de twintigste eeuw gemiddeld ongeveer f164.000,-, hetgeen een paar dubbeltjes per hoofd van de bevolking was, oftewel f79,- per patiënt.² De Texelse gemeente-inkomsten uit de zorg voor krankzinnigen bedroegen in de periode 1900-1926 gemiddeld per jaar f284,-, hetgeen zo'n f0,04 per hoofd van de bevolking was, oftewel f73,- per verpleegde. Wat weten wij over de herkomst van het geld dat de beide gemeenten ontvingen voor de krankzinnigenverpleging?

1. Particuliere bijdragen

a. Verhaal

Het is (ons) niet bekend hoe de draagkracht werd berekend. Wel is duidelijk dat dit in Amsterdam pas achteraf werd vastgesteld. Mogelijk golden dezelfde richtlijnen voor eigen bijdragen als bij de gasthuizen. Deze luid-

¹ Het nu volgende is gebaseerd op SA, Gemeentebled I [1880-1945], Memories van toelichting bij de begrotingen van 1880 tot 1945, en GAT Deel II, inv. nrs. 485 en 486, Memories van toelichting bij de begrotingen van 1890 tot 1945. In de memories van toelichting bij de begroting vermeldde de Colleges van B&W jaarlijks waar het geld voor de krankzinnigenverpleging vandaan moest komen en waar het aan zou worden besteed. De gegevens werden doorgaans op de werkelijke uitgaven van de voorgaande jaren gebaseerd.

² SA, Gemeentebled I [1903-1928], Gemeenterekeningen [1903-1928]; w.b. het aantal opgenomen Amsterdamse patiënten in deze periode: Heyermans et al. 1930, 22-23.

den sinds 1900: een gezin met zes of meer kinderen met een jaarinkomen van *f*600,- hoefde geen eigen bijdrage te betalen, een gezin van dezelfde grootte met een jaarinkomen van *f*3.000,- betaalde *f*1,25 per dag. Een ‘alleenlopende’ betaalde minimaal *f*0,25 per dag (vanaf een jaarinkomen van *f*200,-) en maximaal *f*1,25 (bij een jaarinkomen van *f*700,- of meer). De bedragen voor kleinere gezinnen lagen tussen deze uitersten in. De bedragen bleven in elk geval tot 1913 ongewijzigd.¹ In de memories van toelichting bij de Texelse begroting werden aanvankelijk alle personen die een eigen bijdrage betaalden, met naam en toenaam vermeld. Het ging om directe familieleden van de patiënt die aan zijn of haar verpleging meebetaalden. Texel ontving bijvoorbeeld tegen de eeuwwisseling jaarlijks een bedrag van *f*45,- van een weduwe wier dochter Dieuwertje tot haar overlijden in 1900 te Meerenberg werd verpleegd.²

b. Bijdragen armbesturen

De Texelse memories van toelichting op de begroting geven inzicht in de bijdrage van de kerkelijke armbesturen. De Amsterdamse niet. De bijdragen die de parochies en diaconieën aan de Texelse verpleegden spendeerden, bleken niet royaal te zijn; meestal ging het om een bijdrage aan één gemeentelidmaat of parochielid. Dit feit ondersteunt de gedachte van W. van der Kaaij, (liberaal) lid van de staatscommissie die betrokken was bij de wijziging van de Krankzinnigenwet van 1884. Hij meende dat krankzinnigen voor het particulier initiatief (lees: de kerkelijke liefdadigheid) niet zo ‘aantrekkelijk’ waren als ‘gewone zieken’.³

De bijdragen konden overigens ook uit een andere hoek komen. De VCV hanteerde voor haar minvermogene patiënten een speciaal fonds, dat werd gedragen door contributies en legaten van gereformeerde broeders en zusters. Het fonds verleende steun aan de achterblijvers. Aangezien er geen Texelse patiënten verpleegd werden in VCV-gestichten, komt men deze bedragen in de Texelse boeken niet tegen. Het is daardoor moeilijk vast te stellen of het om substantiële bijdragen ging. L. Lindeboom gaf in 1909 een overzicht van de groeiende omvang van contributies en giften rond de eeuwwisseling: in 1884 bedroeg deze post *f*4.651,29, in 1900 was dit bedrag bijna verdrievoudigd. Hoeveel families van patiënten daarvan werden ondersteund, is ons niet bekend. Het was Lindeboom overigens

¹ SA, Gemeentebled III 1900, 1908 en 1913, resp. vlgnr. 74, 135 en 9.

² GAT Deel II, inv. nr. 484, Memorie van toelichting bij de begroting van 1892 t/m 1901.

³ Geciteerd bij De Wit 1991, 6. Hierboven (in paragraaf 1) werd al de suggestie gewekt dat dit ook meespeelde bij de ontstaansgeschiedenis van de financieringsregeling voor de krankzinnigenverpleging.

opgevallen dat de giften hoofdzakelijk afkomstig waren van de ‘kleine luyden’.¹

c. Geld van de Ouderdoms- en invaliditeitswet (1913, ingevoerd in 1919) Net als het verhaal, werd ook het geld van de Ouderdoms- en invaliditeitswet in Amsterdam naar draagkracht van de achterblijvers verrekend. Alleenstaanden betaalden hun hele uitkering aan de gemeente. Bij gehuwden en/of kostwinners werd onderzoek gedaan naar de financiële draagkracht in het gezin. Als de uitkering in het gezin niet gemist kon worden, hoefde helemaal niets te worden betaald. In sommige gevallen mochten de verpleegden een zakgeld van f0,75 per week van hun uitkering zelf houden. Uitkeringen van achterblijvende weduwen en wezen werden buiten beschouwing gelaten: als een mannelijke verpleegde in het gesticht overleed, werd niet achteraf nog eens een rekening gestuurd naar de vrouw of kinderen die hij achterliet.² De gemeente Texel ontving eveneens bijdragen via de uitkeringen van de Ouderdoms- en invaliditeitswet. En hoewel er geen expliciete melding van werd gemaakt, is er geen reden om aan te nemen dat de regeling met betrekking tot deze bron van inkomsten sterk verschilde van die van Amsterdam.

2. De rijks- en provinciebijdragen

Tot 1924 betaalde het rijk Amsterdam een bijdrage in de kosten van de verpleging van armlastige gemeentepatiënten (zie paragraaf 5). De provinciale regeling voor het betalen van een bijdrage varieerde door de tijd heen, maar rond de eeuwwisseling bestond de regeling hieruit dat, wanneer een gesticht een hogere verpleegprijs vroeg dan in het provinciale gesticht Meerenberg werd gevraagd, de provincie het surplus vergoedde met een maximum van f50,- per jaar per verpleegde.³ Ging het om verpleegden in gestichten waarmee de provincie een contract gesloten had, dan werd dit geld direct aan die gestichten overgemaakt en belandde het niet in de gemeentelijke boeken. Alleen de bijdragen voor verpleegden in gestichten waarmee Amsterdam zelf een contract gesloten had, werden aan de gemeente overgemaakt. De provinciale regeling werd begin jaren twintig gewijzigd.

In de Texelse boeken komen de rijks- en provinciebijdragen niet voor. Die bijdragen bestonden wel, maar werden direct aan de betreffende gestichten overgemaakt.⁴

¹ Lindeboom 1935, 67-68. N.b. De tekst betreft een weergave van een rede die Lindeboom in 1909 gehouden had.

² SA, Gemeentebld I, 1923, 1496.

³ Zie o.a. SA, Gemeentebld I, 1890, 790; SA, Gemeentebld I, 1894, 928.

⁴ GAT Deel II, inv. nr. 485, Memorie van toelichting bij de begroting van 1924. Hier lezen wij: ‘De bijdragen van het Rijk en de Provincie in de kosten van verpleging van arme krankzinnigen loopen

3. Terugontvangsten voorgeschoten bedragen

Vanaf 1912 kreeg Amsterdam ook voorgeschoten bedragen terug van andere gemeenten of het rijk. De gemeente gaf geld uit aan de verpleging van een krankzinnige wiens domicilie van onderstand (i.e. de gemeente die betalingsplicht had in het kader van de Armenwet) nog niet vastgesteld was. Zodra bleek dat de patiënt geen Amsterdammer was in de zin van de wet, werden de gemaakte kosten terugbetaald door de gemeente waar de patiënt wél vandaan kwam.¹ Als hij geen vaste woon- of verblijfplaats had, nam het rijk de kosten voor zijn rekening. Op de begroting stonden deze inkomsten slechts als een post *pro memorie* (jaarlijks werd er één gulden voor begroot), maar de werkelijke ontvangsten konden soms aardig oplopen. Texel kende overigens geen patiënten van wie het domicilie van onderstand niet vaststond. De gemeente hoefde dus geen verpleegkosten voor te schieten en ontving uit de aard der zaak geen terugbetalingen hiervoor.

Uitgaven

De Amsterdamse uitgaven aan de krankzinnigenverpleging bedroegen in de eerste twee decennia van de twintigste eeuw gemiddeld ruim een miljoen gulden per jaar, oftewel *f*475,- per patiënt, of *f*1,67 per hoofd van de bevolking per jaar. Voor de periode 1920-1928 waren de bedragen respectievelijk ruim twee miljoen, *f*845,- en *f*3,23 per jaar.² De uitgaven die de gemeente Texel deed ten behoeve van de verpleging van krankzinnigen, bedroegen in de periode 1900-1926 gemiddeld per jaar *f*2.324,- hetgeen zo'n *f*419,- per verpleegde was, oftewel *f*0,30 per hoofd van de bevolking.³

Welke kostenposten stonden er op de rekeningen van de beide gemeenten voor de verpleging van krankzinnigen?

1. Verpleegprijzen, transportkosten, begrafeniskosten, 'verschotten'

Het bedrag dat in de begrotingen en afrekeningen van de gemeente onder de noemer kosten voor transport en verpleging van arme krankzinnigen werd geboekt, bestond voor bijna 99 procent uit de verpleegprijzen van de inrichtingen.⁴ Zoals bekend rekenden de gestichten verschillende ver-

buiten de gemeentekas voor zoover betreft de verpleging in de ziekenhuizen dezer Provincie of in de gestichten, waarmede de Provincie eene overeenkomst heeft gesloten.' Aangezien deze post altijd op nihil stond, kunnen we aannemen dat andere contracten niet voorkwamen.

¹ SA, Gemeentebld I, 1911, 1835.

² Dit betreft brutobedragen volgens de begrotingen, dus exclusief de terugbetalingen aan rijk en provincie en zonder aftrek van de inkomsten.

³ GAT II 485, Begrotingen en afrekeningen 1900-1926. De hier vermelde bedragen komen uit de afrekeningen.

⁴ De gegevens zijn ontleend aan de Amsterdamse en Texelse begrotingen, de afrekeningen bieden

pleegprijzen. De gemeenten waren verplicht de aanwijzingen van de provincie te volgen als het ging om de keuze voor een bepaald gesticht.¹ Voor Amsterdam genoot Coudewater in Rosmalen aanvankelijk na Meebergen de grootste voorkeur, hetgeen niet verwonderlijk was, gezien de regeling met betrekking tot de provinciale bijdrage: Coudewater was een goedkoop gesticht.²

Tot 1907 stond er op de begroting van Amsterdam ook een post ‘verschotten’ voor patiënten die ontslagen werden, oftewel de voorschotten die werden betaald om ex-patiënten opnieuw op weg te helpen in de maatschappij. Over de betaling van een dergelijke financiële patronaatsvoorziening door de Texelse gemeente is niets bekend.

2. Premies in het kader van de Ouderdoms- en invaliditeitswet
Vanaf 1922 betaalden de gemeenten ook de premies voor ouderdom en invaliditeit voor patiënten die daar krachtens de Ouderdoms- en invaliditeitswet voor in aanmerking kwamen. Vanaf 1942 werden deze bijdragen op de Amsterdamse begroting niet meer apart vermeld. Door een gat in de informatie is het niet bekend wanneer deze post precies uit de Texelse boeken verdween, vermoedelijk was dit ook – net als bij Amsterdam – begin jaren veertig.

3. Terugbetalingen aan het rijk en de provincies van het hun toekomende deel van de particuliere bijdragen

Een belangrijke kostenpost kwam hierboven al aan de orde: het aandeel van de particuliere bijdragen (het ‘verhaal’) dat de gemeente moest terugbetalen aan het rijk en de provincie. Vanaf 1897 stond op de Amsterdamse begroting een post ‘teruggave van het aandeel van de particuliere bijdragen aan de provincie en het rijk’. Ook Texel betaalde een aandeel van de particuliere bijdragen aan het rijk en de provincie terug, en wel vanaf 1902.³

§ 7. Wie betaalt, bepaalt niet

Hoewel gemeenten de belangrijkste financiers waren van de verpleeggelden en daardoor dus eigenlijk van de gehele krankzinnigenverpleging, hadden zij - uitgezonderd de gemeenten die zelf gestichten exploiteerden - niet de belangrijkste stem als het ging om de vraag hoe het gesticht eruit kwam te zien en hoe de verpleging werd georganiseerd. Dat kon ook bijna

geen gespecificeerde overzichten.

¹ Dit gold in ieder geval óók voor Gelderland. Zie De Graaf 2007, 56.

² SA, Gemeentebld I, 1899, 1027.

³ GAT II 484, Memorie van toelichting bij de begroting van 1902.

niet anders; zij hadden het apparaat noch de deskundigheid ervoor in huis, en de organisatie van het gestichtwezen liet het evenmin toe. Bij de gebrekkige transportmiddelen in die tijd konden gemeenteraadsleden immers moeilijk het hele land afreizen om uit te zoeken of de betaalde verpleeg-gelden wel goed werden besteed en wat er met de patiënten gebeurde. Bovendien kon men bezwaarlijk van de gestichten verwachten dat zij voortdurend raadsleden uit heel Nederland over de vloer zouden dulden. Of, zoals een Amsterdams raadslid het in 1906 verwoordde:

[G]een enkel gesticht, dat, om het zoo eens te noemen, nog eenig verstand heeft, zal het toelaten. Want indien de Gemeente het gaat doen [i.e. periodiek toezicht houden in alle gestichten waar gemeentepatiënten verblijven, CB], heeft elke particulier ook het recht er toe. Elke particulier zou dan kunnen zeggen: ik zend u dezen patiënt ter verpleging, maar mijn dokter komt nu en dan eens toezien.¹

Het Staatstoezicht

Zoals hierboven reeds gemeld, was de wetgeving evenmin erg gedetailleerd op dit gebied. Bij KB was in 1841 geregeld dat gouverneurs van de provincies zo vaak als ze dat nodig achtten, de gestichten konden bezoeken, en dat officiers van justitie elke drie maanden kwamen controleren.² Maar het meeste werd aan de inspecteurs van het Staatstoezicht overgelaten. Zij hadden tot taak informatie in te winnen over de inrichting van de gestichten, de manier waarop de gestichten werden bestuurd en de behandeling van de patiënten. Wettelijke eisen waren er niet. Aanvankelijk gebruikten ze de *Schets* van Schroeder van der Kolk als maatstaf en verder voeren zij op het kompas van hun ervaring.³ Tot ver in de twintigste eeuw was het gebruikelijk dat de inspecteurs hun sporen hadden verdiend in de krankzinnigenverpleging voordat zij de zware, maar eervolle functie bij het Staatstoezicht mochten bekleden. Zij genoten daardoor veel gezag in de gestichtwereld.⁴ Een blik op de inhoudsopgaven van vaktijdschriften als *Psychiatrische en neurologische bladen* leert dat zij volop deelnamen aan de discussies in het ‘veld’ over het ideale gesticht en de beste verzorging.

De inspecteurs hadden de wettelijke plicht om alle gestichten eens in de drie jaar te bezoeken, maar gaandeweg werd duidelijk dat dit te weinig was en ze maakten er een gewoonte van elk jaar langs te komen. De eerste

¹ SA, Gemeentebled Amsterdam II, 1906, 587.

² Vijselaar 1983, 651.

³ Vijselaar 1983, 651.

⁴ Lucieer 2005.

vijftien jaar was de invloed van het Staatstoezicht op het reilen en zeilen in de instellingen dan ook betrekkelijk groot. Dit werd mede veroorzaakt door het ontbreken van leerboeken op het gebied van krankzinnigenverpleging. De verslagen van het Staatstoezicht hadden ook op dat terrein een belangrijke rol.¹

De invloed van het Staatstoezicht moet echter niet worden overdreven. Het aantal gestichten en het aantal daarin opgenomen patiënten waren tegen het einde van de negentiende eeuw sterk gestegen. De inspecteurs waren intussen fulltime aangesteld, maar hun werkterrein was na de invoering van de tweede Krankzinnigenwet in 1884 ook uitgebreid. In de nieuwe wet waren voor het eerst enkele summie eisen vastgesteld waaraan een gesticht moest voldoen (zie paragraaf 2) en vanaf nu strekte het werkterrein van de inspecteurs zich niet alleen uit over de gestichten, maar ook over de krankzinnigen die niet in gestichten werden verpleegd.

De inspecteurs konden onmogelijk op alle plaatsen tegelijk zijn. Hun verslagen waren deels gebaseerd op de gegevens die de gestichten zelf aanleverden en de toenmalige inspecteurs Ramaer en Van Capelle gaven eind jaren tachtig eerlijk toe ‘slechts ten deele bekend [te] zijn met de omstandigheden waaronder de gestichtsbevolking verkeerde’.²

Het Staatstoezicht werd in 1930 uitgebreid met een derde inspecteur, net als de meeste van zijn voorgangers een gezaghebbende zenuwarts uit de praktijk. Met zijn komst werd het werk van de inspecteurs herverdeeld. Ook de voor- en nazorgvoorzieningen (zie paragraaf 8) gingen onderdeel uitmaken van het takenpakket.³ Maar deze herverdeling van taken leidde er evenmin toe dat de controle intensiverde. De inspecteurs wisten immers niet wat zich *dagelijks* achter de muren van het gesticht afspeelde.

Opvattingen over ‘kwaliteit’

Systematische aandacht voor kwaliteitsbeleid zoals we dat nu kennen, bestond begin twintigste eeuw nog niet in Nederland. Dit verschijnsel zou pas ver na de Tweede Wereldoorlog overwaaien uit de Verenigde Staten, waar al enige decennia werd gewerkt aan de totstandkoming van een vorm van nationale accreditatie.⁴ In Nederland werd begin twintigste eeuw het woord ‘kwaliteit’ nauwelijks gebruikt in verband met de zorg.

¹ Vijselaar 1983, 656.

² Inspecteurs voor het Staatstoezicht 1892, 1.

³ Inspectie 1932, 9.

⁴ Crenner 2001. De Amerikaanse gezondheidszorg dankte deze ontwikkeling aan een kritische chirurg, E.A. Codman (1869-1940), die kort na zijn benoeming vermeende ‘wantoestanden’ in het Massachusetts General Hospital te lijf wilde gaan met een reeks aan de industrie ontleende suggesties voor verbetering in de bureaucratische sfeer: standaardisatie van gevalsbeschrijvingen, adequate registratie en evaluatie van handelingen, en (collegiale) oordeelsvorming. Hoewel Codman nauwelijks bijval kreeg onder zijn collega’s, bleek zijn gedachtegoed op de lange termijn zeer invloedrijk.

Ideeën over de vraag wat goede, aanvaardbare of slechte zorg kon zijn, waren er niettemin in overvloed. Dat er tegen het midden van de negentiende eeuw wetgeving ontstond voor de krankzinnigenverpleging was hier een teken van. Ook de jaarverslagen van het Staatstoezicht op Krankzinnigen en Krankzinnigengestichten (en zijn opvolgers) bevatten tal van gedachten over ‘goede zorg’.¹ De inspecteurs besteedden royaal aandacht aan gesignaleerde verbeteringen op het gebied van beschikbare ruimte per patiënt, personeel (met name het aantal verplegenden en het opleidingsniveau) en behandelingsmethoden. Daarnaast bevatte ook de tweede Krankzinnigenwet zoals gezegd enkele minimumeisen waaraan een gesticht moest voldoen. Gedachten over ‘goede zorg’ komt men verder – impliciet of expliciet - tegen in onder meer reglementen en lesmateriaal in beschouwende tijdschriftartikelen.² Het uitvoerende deel van de zorg voor kwaliteit was in handen van de beroepsgroepen zelf.³

Wat eind negentiende, begin twintigste eeuw ontbrak in de ideeën over ‘goede zorg’, was een visie op hoe de bedrijfsmatige kant van de zorg geregeld zou moeten worden. Hierover werd nauwelijks geschreven. Er bestond wel een notie dat een ‘verantwoordelijke’ gestichtarts zich bekommerde om de financiën in zijn instelling en dat dit inhield dat hij geen geld over de balk smeed. ‘Hij mag zich *volkomen* verantwoord achten, wanneer financiële omstandigheden het inwilligen van hoge eischen zijner wetenschap niet toelaten, dat hij zich voorloopig tevreden stelt met niet het summum maar het noodzakelijke.’⁴ Veel verder dan een dergelijke vage aanduiding ging het niet. Dit is niet verwonderlijk: de wetenschappelijke boekhoudkunde zelf stond nog in de kinderschoenen. (Meer hierover in de hoofdstukken II en III.)

Wat er met exploitatieoverschotten gedaan werd, was in nevelen gehuld. Dit kon gemakkelijk leiden tot verhalen over ‘misbruik’. Zo meldde inspecteur Schuurmans Stekhoven dat de gemeente Delft overschotten van het St. Joris Gasthuis in de gemeentekas stortte. Hij vond dit ongewenst.⁵ W.H. Cox, geneesheer-directeur van het geneeskundig gesticht in Utrecht, beweerde iets vergelijkbaars voor Leiden en Endegeest, ofschoon hij wist dat dit nooit bewezen was.⁶ En ook de hierboven reeds aangehaalde uitla-

¹ Met dank aan Jurian Glas voor het verzamelen en analyseren van deze informatie.

² Zie ‘Verantwoording’.

³ Lucieer 2005.

⁴ Meijer 1909, 410.

⁵ Bakker 2002a, 32 (noot 68). W.H. Cox refereert overigens ook aan deze zaak in Cox 1917, 60-62.

⁶ Cox 1918, 1818. Endegeest werd door de gemeente Leiden geëxploiteerd. Dat overschotten in de gemeentekas zouden vloeien, lijkt uit het oogpunt van gezonde economische bedrijfsvoering heel begrijpelijk. Waar Cox zich vooral druk over maakte was, dat het geld dat de gemeente via de verpleegtarieven voor de krankzinnigenverpleging betaalde, uiteindelijk dus niet aan de krankzinnigen ten goede kwam. (Voor een biografische schets van Cox zie Abma en Weijers 2005, 56-62.)

tingen van Broeder Linus (de broeder-overste van Voorburg) over de Godshuizen en de Broeders van Liefde kan men in deze context plaatsen. Uit het feit dat het wegsluizen van winst voor andere doeleinden dan (verbetering van) de krankzinnigenverpleging zelf aan de kaak werd gesteld, mag men afleiden dat er wel een idee bestond dat dát in elk geval niet hoorde. De inspecteurs Feith en Ramaer zagen hierin zelfs een reden om te pleiten voor terugdringing van het aantal particuliere gestichten, want '[v]roeg of laat kan het niet uitblijven dat de verpleging daaronder [onder winstbejag, CB] in meerdere of mindere mate gaat lijden'.¹

Richtlijnen over wat redelijkerwijs wél mocht op boekhoudkundig gebied, waren er niet. Het opbouwen van reserves werd in ieder geval niet geduld. Centraal toezicht hierop bestond er echter evenmin, tenminste, niet in relatie tot de (kwaliteit van de) krankzinnigenzorg. Het Staatstoezicht oefende op dat gebied geen controle uit. Penningmeesters en andere regenten en bestuurders van gestichten hadden daardoor een grote vrijheid van handelen. Het hing van hun financiële vakmanschap af, hoe zij met deze verantwoordelijkheid omgingen. Met name particuliere instellingen duldden op dit gebied weinig overheidsinmenging, ook al was het grotendeels overheidsgeld waarmee men werkte. Protestanten en katholieken hadden elk een eigen term voor deze situatie: respectievelijk 'sovereiniteit in eigen kring' en het 'subsidiariteitsbeginsel': met geld van de overheid, maar zonder inmenging van de overheid. Het onderwerp 'winst' komt in de volgende hoofdstukken nog uitgebreid aan de orde.

§ 8. De extramurale geestelijke gezondheidszorg

Behalve hulpverlening en behandeling in de gestichten, bestond er sinds het midden van de negentiende eeuw ook een (aanvankelijk zeer bescheiden) hulpaanbod voor patiënten buiten de inrichting. Volgens Van der Grinten hebben vier factoren een rol gespeeld bij de opkomst van voorzieningen buiten het gesticht: plaatsgebrek in de gestichten, de hoge kosten van de krankzinnigenverpleging, twijfel aan het nut en de noodzaak van opname en humanitaire bezwaren tegen massale opsluiting.² Van de laatste twee motieven kan men stellen dat deze aanvankelijk nog geen grote rol speelden. De eerste twee motieven speelden echter al vanaf het begin.

Patronaten

Het beleid van de gestichten was er van meet af aan op gericht zoveel mogelijk patiënten de maatschappij weer in te kunnen sturen. Sinds de twee-

¹ Feith, Ramaer en Hubrecht 1873, 49. Zie ook paragraaf 4.

² Van der Grinten 1987b, 41.

de Krankzinnigenwet (1884) was het mogelijk patiënten met proefverlof te sturen, zodat bekeken kon worden of ontslag mogelijk was. Uit dossieronderzoek van Joost Vijselaar blijkt dat het ontslag zelf niet alleen afhankelijk was van de mening van de gestichtarts, maar ook van onderhandelingen tussen het gesticht en het familienetwerk waarnaar de patiënt na zijn ontslag weer zou terugkeren. Hoe groter de mogelijkheden en het verlangen van dit netwerk om de patiënt (weer) in zijn midden op te nemen, des te groter was de kans op ontslag. Ook het hebben van werk en een inkomen bevorderde de terugkeer naar de samenleving.¹

Veel patiënten die als ‘genoezzaam hersteld’ uit het gesticht ontslagen werden, stonden echter letterlijk op straat. Midden negentiende eeuw waren er al mensen die zich bekommerden over het lot van uit de gestichten ontslagen ex-patiënten. De geneesheer-directeur van Meerenberg, J. Everts, beklagde zich bijvoorbeeld in 1851 bij de gemeente over het gebrek aan opvang voor zijn ex-patiënten. Zonder opvang zouden de patiënten het in het leven ‘buiten’ niet redden en binnen de kortste keren weer op de stoep van Meerenberg staan.² De klacht van Everts leidde evenwel niet meteen tot daden.³

In Zuid-Holland lukte het wel. Het eerste patronaat werd in 1854 in Dordrecht gesticht door toenmalig geneesheer-directeur C.C. Roëll van het plaatselijke gesticht. Delft en Leiden volgden in 1860. Daarna kwam er in Franeker en Utrecht een voorziening (in 1861) en in Amsterdam werd uiteindelijk in 1863 ook een patronaat gesticht (voor de provincie Noord-Holland).⁴ Of er nog meer patronaatsvoorzieningen zijn ontwikkeld, is niet bekend.

Patronaten gaven aan ontslagen patiënten een steuntje in de rug bij terugkeer in de maatschappij, in de vorm van het verstrekken van bijvoorbeeld werkkleding of een bril. Soms bracht een medewerker een ex-patiënt een opbeurend bezoek, vaak hielpen ze bij het vinden van woonruimte en een geschikte baan.⁵ De meeste patronaten verdwenen overigens na enkele decennia weer. Het bleef uiteindelijk een bescheiden voorziening.

Voor- en nazorg

Voortbordurend op het werk van de patronaten stichtten de toenmalige inspecteurs van het Staatstoezicht, de eerder genoemde Schuurmans Stek-

¹ Gijswijt-Hofstra en Oosterhuis 2008, 342.

² Bakker, De Goei en Vijselaar 1994, 8.

³ Meijers s.a. [1939], 16. Zie ook Hoogvliet 1860. In 1855 werd een plan om per ex-patiënt een half jaar lang het bedrag van de verpleegkosten beschikbaar te stellen voor een patronaatsvoorziening, door de gemeenteraad verworpen; financiële argumenten - kostbare heropname kon worden voorkomen, het rijk en de provincie wilden meebetalen - ten spijt.

⁴ Meijers s.a. [1939], 16-17.

⁵ Bakker, De Goei en Vijselaar 1994, 7-8.

hoven en W.M. van der Scheer, in 1917 de Vereeniging van Maatschappelijk Werk bij Zenuwlijden en Krankzinnigheid. Deze vereniging richtte afdelingen op die zorgden voor materiële en morele steun aan uit de gestichten ontslagen ex-patiënten. Het ging hoofdzakelijk om maatschappelijk werk.¹ De vereniging had tot doel voor al deze mensen in de 'vrije maatschappij' een plaats te vinden, onder andere door te bemiddelen bij het vinden van een pleeggezin, door te helpen bij het zoeken naar passend werk en door werkkolonies te stichten op het platteland. Anders dan de vroegere patronaatsvoorzieningen, richtte de vereniging zich ook op patiënten die niet met de gestichten in aanraking waren geweest en misschien ook nooit opgenomen zouden worden. Daarmee was er niet alleen sprake van nazorg, maar ook van voorzorg.² Het rijk verleende aanvankelijk een grote financiële bijdrage. Bezuinigingen noopten het rijk echter begin jaren twintig de steun te staken. De Vereeniging werd in 1924 wegens geldgebrek geliquideerd.³

Gemeentelijke zorgen over de groei van het aantal opgenomen patiënten en de daarmee samenhangende kostenstijging leidden in 1916 tot de komst van het Consultatiebureau voor Zenuw- en Zielszieken van de GGD in Amsterdam. Toen K.H. Bouman benoemd werd tot hoogleraar psychiatrie en neurologie aan de Universiteit van Amsterdam en hoofd van de psychiatrisch-neurologische kliniek Paviljoen III van het Wilhelminagasthuis, werd zijn collega, F.S. Meijers, overtollig.⁴ Hij zou op wachtgeld gaan. De gemeente vond dat zonde en creëerde voor Meijers een nieuwe functie: psychiatrisch-neurologisch adviseur van de GGD.⁵ In die hoedanigheid richtte Meijers het Consultatiebureau op, dat maatschappelijk werk met medisch-psychiatrische zorg combineerde en hiermee vermoedelijk vooropliep in Nederland.⁶ Het organiseerde een dagelijks spreekuur en - indien nodig - huisbezoeken bij de patiënten thuis. Het bemiddelde bij het zoeken naar aangepast werk en eventueel psychiatrische behandeling, en bereidde een opname in of een ontslag uit een inrichting voor.⁷ In 1919 werd de taak van het bureau uitgebreid met de uitbesteding van 'maatschappelijk ongeschikten'. Zij vielen tot dan toe onder

¹ Bakker, De Goei en Vijselaar 1994, 10.

² Bakker, De Goei en Vijselaar 1994, 10.

³ Oosterhuis en Gijswijt-Hofstra 2008, 355.

⁴ Hoe dit precies zit, wordt uit de bronnen niet helemaal duidelijk. Abma en Weijers suggereren dat hij er niet veel voor voelde om ondergeschikte te worden van zijn naaste collega, die ook nog eens jonger was dan hij. (Abma en Weijers 2005, 114.)

⁵ SA, Gemeentebled I, 1916, 741-743. Het lijkt erop dat hier sprake is van gelegenheidsargumentatie. Mocht dat laatste het geval zijn, dan is het ontstaan van Meijers' Consultatiebureau dus eigenlijk aan een merkwaardig toeval te danken.

⁶ Van der Grinten 1987b, 43.

⁷ Van der Grinten 1987b, 43-44.

de afdeling Armwezen.¹

Het voorbeeld van Meijers' consultatiebureau werd in 1920 opgevolgd door het Consultatiebureau voor Joodsche Zenuw- en Zielszieken. Dit Amsterdamse bureau, opgericht op initiatief van geneesheer-directeur J. Kat van Het Apeldoornsche Bosch, was het eerste dat rechtstreeks verbonden was aan een inrichting. Het bureau hield wekelijks spreekuur voor Amsterdamse ex-patiënten uit de Apeldoornse richting. In 1926 volgde de Rotterdamse inrichting Maasoord (te Poortugaal). De 'buitendienst' van Maasoord was de eerste die de voor- en nazorg *systematisch* ter hand nam. Dat was mogelijk doordat het hier een gemeentelijke inrichting betrof die alleen patiënten uit de stad zelf onder haar hoede had. De Rotterdamse instelling ontfermde zich ook over patiënten voor wie dankzij gerichte hulpverlening opname in een inrichting niet nodig was. De Rotterdamse buitendienst groeide snel. Tussen 1926 en 1937 groeide het aantal patiënten in behandeling van ongeveer 300 naar 2000. Ofschoon het aantal opnames in Maasoord niet terugliep (de *groei* liep wel iets terug), werd de buitendienst als succesvol beschouwd. Het ging geneesheer-directeur J.H. Pameijer - initiatiefnemer van de buitendienst en later inspecteur van het Staatstoezicht - er niet om koste wat kost opname te vermijden, maar om opname en ontslag op het juiste moment te laten plaatsvinden. Daardoor groeiden de kansen op succesvol ontslag en kwam er een snellere doorstroming van patiënten.² Het Rotterdamse initiatief kreeg vele navolgers en werd begin jaren dertig ook weer aan het Amsterdamse Consultatiebureau voor Zenuw- en Zielszieken ten voorbeeld gesteld.³ Amsterdam had in die tijd het snelst groeiende patiëntenpromillage. Een commissie onder leiding van de directeur van de GG&GD was na langdurige beraadslagingen tot het besluit gekomen het consultatiebureau te reorganiseren naar Rotterdams model.⁴ Er moest meer werk gemaakt worden van het voorkomen van (her)opnames. Hiervoor werd A. Querido aangenomen. Hij introduceerde de 'acute psychiatrie' in Amsterdam, die in Leiden onder leiding van psychiater H.C. Jelgersma in het leven geroepen was.⁵ Querido volgde in 1934 Meijers op als hoofd van de dienst.

¹ Heijermans et al. 1930, 14.

² Oosterhuis en Gijswijf-Hofstra 2008, 358-361. Zie voor de buitendienst van Maasoord ook: De Schepper 1991; Bakker 1999a, 27.

³ Bakker, De Goei en Vijselaar 1994, 14. Zie ook: Heyermans et al. 1930, 69-73. Die vergelijking was overigens niet helemaal terecht. De laatste had alleen met Maasoord te maken en deze inrichting was een gemeentelijke instelling, met een exclusief gemeentelijk verzorgingsgebied. Dit maakte de buitendienst beheersbaar. Amsterdam had met veel meer gestichten te maken dan alleen de Provinciale Ziekenhuizen en omgekeerd waren er bij de Provinciale Ziekenhuizen veel meer gemeenten dan alleen Amsterdam betrokken.

⁴ In 1923 waren de geneeskundige dienst en de gezondheidsdienst in Amsterdam samengevoegd en was de GGD veranderd in de GG&GD. (Kerkhoff 1994, 26.)

⁵ Ironisch genoeg kreeg Querido er bekendheid mee. (Blok en Vijselaar 1998, 94-101.)

Zo waren er in de jaren twintig en dertig ruim twintig bureaus tot stand gekomen die zich met voor- en nazorg bezighielden. De opzet van de voorzieningen verschilde sterk en naarmate het aantal organisaties groeide, werd de diversiteit en de daarmee gepaard gaande versnippering alleen maar groter.

Dit was Meijers een doorn in het oog. In 1924 ontfermde hij zich over de failliete boedel van de Vereeniging van Maatschappelijk Werk bij Zenuwlijden en Krankzinnigheid (zie hierboven) en richtte hij samen met enkele andere bekende psychiaters de Centrale Vereeniging ter Behartiging der Maatschappelijke Belangen van Zenuw- en Zielszieken op.¹ Deze vereniging trachtte aan de versnippering een einde te maken en streefde naar de oprichting van psychiatrische consultatiebureaus analoog aan Meijers' Consultatiebureau. Bestaande bureaus werden aangespoord zich bij de vereniging aan te sluiten. In 1928 waren er 15 consultatiebureaus aangesloten, in 1939 35. Ze kwamen uit vrijwel alle provincies.² De vereniging organiseerde ook cursussen voor wijkverpleegsters en ze steunde de oprichting van werkinrichtingen voor geestelijk hulpbehoevenden. Gaandeweg raakte ze echter de regie over de ontwikkelingen kwijt: steeds meer voorzieningen werden buiten de vereniging om in het leven geroepen. In de jaren veertig verschoof zij haar werkterrein richting de reclasseringsarbeid.³

Kruisverenigingen en samenwerking met de provincies

In verschillende regio's ontstonden soortgelijke consultatiebureaus als het Consultatiebureau van Meijers, maar dan in handen van de verschillende kruisverenigingen.⁴ De kruisverenigingen waren eind negentiende eeuw ontstaan als particulier (aanvankelijk neutraal) antwoord op gebrekkig overheidsoptreden in de strijd tegen besmettelijke ziekten. In de loop der tijd hadden zij hun werkterrein uitgebreid in de richting van preventie en ze vervulden vooral op het platteland een breed scala aan diensten op het gebied van de maatschappelijke gezondheidszorg (tuberculosebestrijding, zuigelingenverzorging, wijkverpleging, hulp in de huishouding, enz.).⁵ Er ontstonden ook confessionele kruisverenigingen. In 1920 waren er ongeveer 860 afdelingen van het Witte, Groene of Wit-Gele Kruis, met in totaal 350

¹ Van der Grinten 1987b, 44.

² Meijers s.a. [1939], 57, 70-71.

³ Van der Grinten 1987b, 48.

⁴ Voor de opkomst en ontwikkeling van het kruiswerk zie o.a.: Van der Grinten 1987b, 31-35; Van der Kolk-Kousemaker 2005. De laatste besteedt evenwel geen aandacht aan het werk van deze organisaties op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg.

⁵ Van der Velden 1993, 80.

tot 400 duizend leden (gezinshoofden).¹ Binnen deze kruisverenigingen werden in respectievelijk 1936, 1938 en 1939 in Noord-Brabant, Gelderland, Limburg districtsgewijs diensten voor voor- en nazorg opgezet. De diensten ‘leenden’ vrijgevestigde psychiaters en inrichtingspsychiaters om de spreekuren te bemannen. Wijkverpleegsters werden soms bijgeschoold, onder meer door de Centrale Vereeniging van Meijers.²

Ook andere provinciebesturen gingen samenwerkingsverbanden aan met de kruisorganisaties om voor- en nazorg te organiseren. Zo waren er in 1939 in bijna alle gewesten provinciale commissies die zich op de een of andere manier bezighielden met de voor- en nazorg van geesteszieken, of dit van plan waren. Sommige commissies zetten zich alleen in voor de bevordering van de totstandkoming van voor- en nazorgdiensten, of de samenwerking van dergelijke diensten (Gelderland, Utrecht), andere commissies speelden zelf ook een rol in de uitvoering ervan, in samenwerking met de provinciale kruisorganisaties (Zuid-Holland, Noord-Brabant, Limburg). In Zuid-Holland werkte de provinciale organisatie alleen op het platteland, want Rotterdam, Den Haag en Leiden hadden elk al hun eigen voor- en nazorgdiensten. Zeeland trad alleen op als financier van de voor- en nazorg (geregeld vanuit Vrederust te Bergen op Zoom) en de provincies Drenthe, Overijssel en Groningen waren in 1939 nog in een voorbereidend stadium. In Friesland was helemaal niets geregeld op provinciaal niveau (de buitendienst van Franeker werkte in de hele provincie) en in Noord-Holland werd in 1939 een Stichting voor Geestelijke Volksgezondheid opgericht.³ Deze provinciaal opererende stichting was door de gemeenten in het leven geroepen. De provincie hield zich (aanvanke-lijk) afzijdig, omdat zij vreesde voor de exploitatie van haar provinciale ziekenhuizen.⁴

Geestelijke volksgezondheid

Vanaf eind jaren twintig gingen steeds meer betrokkenen bij de voor- en nazorg voor deze vorm van hulpverlening de naam ‘sociale psychiatrie’ gebruiken. De betekenis van dit begrip was minder vastomlijnd dan ‘voor- en nazorg’ en ‘buitendienst’, waarbij het verband met de psychiatrische inrichting overduidelijk was. Sociale psychiatrie verwees ook naar het

¹ Van der Velden 1993, 80. N.b. In protestants-christelijke kring bestond al langer een traditie van verpleging en verzorging van armen en zieken in diaconessenhuizen. Vanuit de diaconessenhuizen werd ook wijkverpleging georganiseerd. Deze wijkverpleging verzelfstandigde zich later in plaatselijke verenigingen, die zich in 1938 organiseerden in de Bond van Protestants-Christelijke Verenigingen voor Wijkverpleging in Nederland, in 1946 omgedoopt tot Protestants-Christelijke Landelijke Vereniging Het Oranje-Groene Kruis. (Van der Grinten 1987b, 30.)

² Bakker, De Goei en Vijselaar 1994, 15.

³ Meijers s.a. [1939], 30-35.

⁴ Bakker en Van der Velden 2004b, zie ook: Bakker en De Boer 2002, 178-181.

idee dat maatschappelijke omstandigheden meespeelden als oorzaak van geestesziekten en dat dit gegeven ook een rol moest spelen bij de behandeling. De beweging voor ‘geestelijke volksgezondheid’ of ‘psychohygiëne’ was mede op deze gedachte gebaseerd.¹

De basis voor de Nederlandse psychohygiënische beweging werd rond 1924 gelegd toen - naar Amerikaans voorbeeld - L. Bouman, Meijers, Van der Scheer en Cox het initiatief namen tot de oprichting van de Nederlandsche Vereeniging ter Bevordering van de Geestelijke Volksgezondheid (NNGV).² De NNGV streefde naar een wetenschappelijke benadering van de psychohygiëne en werd hét wetenschappelijke forum van de geestelijke volksgezondheid.³ Behalve voor- en nazorg, werden ook instanties voor alcoholismebestrijding, onderwijs voor zwakzinnigen, werk-inrichtingen voor ‘maatschappelijk ongeschikten’ en het terrein van de kinderopvoeding, de kinderrechter en de zedenpolitie onder de beweging geschaard.

De wetenschappelijke benadering vond weinig weerklank in protestantse kringen, maar prikkelde wel de emancipatorische sentimenten onder katholieken. C.T. Kortenhorst, gestichtarts van Voorburg in Vught, introduceerde het begrip ‘geestelijke volksgezondheid’ in katholieke kring.⁴ Het katholieke volksdeel zou kunnen profiteren van ‘het streven om de inzichten der zielkunde en psychiatrie toe te passen op het individu, het huisgezin, de school, de beroepskeuze, de industrie en het openbare leven ter voorkoming van een afwijkende persoonlijkheid, sociale achterlijkheid, misdaad, geestesziekte en zelfmoord’.⁵ Kortenhorst introduceerde het begrip ‘preventieve charitas’ en werd in 1930 initiatiefnemer en voorzitter van de R.K. Charitatieve Vereeniging voor Geestelijke Volksgezondheid. In protestantse kring werden er in 1934 uiteindelijk twee verenigingen in het leven geroepen: de Vereeniging voor Geestelijke Volksgezondheid op Gereformeerde Grondslag en de Nederlandsch Hervormde Vereeniging voor Geestelijke Volksgezondheid.⁶

Medisch Opvoedkundige Bureaus

De Amerikaanse beweging voor geestelijke volksgezondheid had rond 1920 de koers verlegd van de hervorming van de gestichtpsychiatrie en de preventie van geestesziekte bij volwassenen, naar de psychologische behandeling van moeilijk opvoedbare kinderen en jeugdige delinquenten. In

¹ Oosterhuis en Gijswijt-Hofstra 2008, 375-378.

² Zie voor de ‘beweging voor geestelijke hygiëne’ vooral Van der Grinten 1987b; De Goei 2001.

³ Van der Grinten 1987b, 78.

⁴ Van der Grinten 1987b, 81.

⁵ C.T. Kortenhorst geciteerd bij: Van der Grinten 1987b, 82.

⁶ Oosterhuis en Gijswijt-Hofstra 2008, 398.

die tijd maakte juriste E.C. Lekkerkerker tijdens een studiereis in de Verenigde Staten kennis met een nieuw soort instelling: de *Child Guidance Clinic*. Terug in Nederland zette zij zich in voor de oprichting van de Nederlandsche Vereeniging ter Bevordering van Consultatiebureaux voor Moeilijke Kinderen (vanaf 1938 Nederlandsche Federatie van Instellingen tot Oprichting en Instandhouding van Medisch Opvoedkundige Bureaux, vanaf hier: NFMOB). Deze vereniging formuleerde eisen waaraan nieuw op te richten consultatiebureaux voor moeilijke kinderen moesten voldoen. In 1928 werd in Amsterdam het eerste Consultatiebureau voor Moeilijke Kinderen (vanaf 1937 Medisch Opvoedkundig Bureau - vanaf hier: MOB - geheten) geopend.¹

De MOB's werden net als de sociale psychiatrie onder de beweging voor geestelijke volksgezondheid gerangschikt. Maar over de vraag wat 'geestelijke volksgezondheid' nu precies inhield, waren tijdgenoten het lang niet eens. Het belangrijkste geschilpunt betrof de vraag of psychiatrie in de beweging de boventoon moest voeren. De (her)oprichters van de NVGV vonden van wel. Maar hoewel de psychiatrische component een belangrijke rol speelde in de hulpverlening, wilden de initiatiefnemers van het MOB zo min mogelijk geassocieerd worden met de psychiatrie. Vanwege de slechte naam van de krankzinnigenzorg probeerden zij met kracht de associatie met de psychiatrie te mijden. In de inleiding van een serie artikelen over de Amerikaanse *Child Guidance Clinics*, waarnaar de MOB's gemodelleerd werden, schreef Lekkerkerker expliciet dat het niet de bedoeling was om 'alles [te] gaan psychiatriseren'.²

Bureaus voor Levens- en Gezinsmoeilijkheden en Bureaus voor Huwelijksvoorlichting

Eind jaren dertig ontstonden er vanuit het pastoraal werk in parochies en gemeenten kerkelijke, particuliere voorzieningen voor mensen die individueel, in gezin, werk of in de samenleving in de problemen dreigden te komen of waren gekomen.³ De protestante Bureaus voor Levens- en Gezinsmoeilijkheden (vanaf hier: BLGM's) ontstonden als reactie op het toenemende aantal echtscheidingen en gezinsontwrichtingen in protestantse kring. De eerste bureaus werden in 1935 in Rotterdam geopend. De bureaus werden bemand door predikanten, artsen, pedagogen, juristen en maatschappelijk werkers. Hun spreekuren waren niet zozeer gericht op

¹ Over de opkomst van de MOB's zie Van der Grinten 1987b, 59-69; De Goei 2001, 94-95; Oosterhuis en Gijswijf-Hofstra 2008, 403-411.

² Geciteerd bij Van der Grinten 1987b, 59.

³ Het hierna volgende is gebaseerd op Van der Grinten 1987b, 70-74. Voor de opkomst van de BLGM's zie ook: Oosterhuis en Gijswijf-Hofstra 2008, 396 en 400; Lekkerkerker 1947; Bless 1948.

het propageren van de protestantse huwelijksmoraal, als wel op het oplossen van problemen. De bureaus kenden een grote toeloop. De Katholieke Bureaus voor Huwelijksvoorlichting ontstonden als antwoord op de Nieuw Malthusiaanse Bond (de latere NVSH), die veel katholieken over de vloer kreeg met vragen over geboortebepanking. Dit omdat voor hen het standaard katholieke antwoord op deze vragen - geen seks vóór en geen onthouding ná de huwelijksvoltrekking - voor hen niet (meer) voldeed. Het neomalthusiaanse antwoord was echter weer niet wat de clerus wilde horen. De (conservatieve) Roomsche Katholieke Artsenvereniging kreeg tot taak nieuwe ideeën over huwelijksmoraal te ontwikkelen en zo ontstonden rond 1936 in verschillende plaatsen bureaus waaraan een priester en een katholieke (huis)arts verbonden waren. Hier werden ‘verloofdencursussen’ en ‘verdiepingscursussen’ georganiseerd en ‘hewelijksadviezen’ gegeven, met als doel de katholieke moraal ten aanzien van het huwelijk te verstevigen.

Instituut voor Medische Psychologie

Vlak voor het uitbreken van de Tweede Wereldoorlog kwam de laatste extramuraal voorziening tot stand. Begin jaren dertig bestond er een plan om in Amsterdam psychotherapeutische behandeling toegankelijk te maken voor on- en minvermogenen. Dit plan verdween wegens gebrek aan belangstelling in de ijskast, maar werd aan de vooravond van de Tweede Wereldoorlog nieuw leven ingeblazen. Het uitbreken van een oorlog zou tot paniekreacties onder de bevolking kunnen leiden, was de gedachte, en het nieuw op te richten instituut zou hulp kunnen bieden aan ‘die eenigszins labiele menschen, die onder normale omstandigheden voldoende evenwicht hebben kunnen bewaren, doch die thans neurotische reacties ontwikkelen’.¹ De mobilisatie bracht nieuwe financieringsmogelijkheden met zich mee. Met geld van de Luchtbeschermings-geneeskundige-dienst kon het Instituut voor Medische Psychologie (later: Instituut voor Multidisciplinaire Psychotherapie - vanaf hier: IMP) in 1940 worden opgericht ‘als hulpmiddel tot steun van de burgerbevolking in oorlogstijd’. Het had als doelstelling burgers die psychisch arbeidsongeschikt waren als gevolg van de oorlogsomstandigheden, weer aan het werk te helpen.² Na het daadwerkelijk uitbreken van de oorlog bleven de gevreesde paniekreacties uit. Ofschoon er dus geen vraag bleek te bestaan naar de specifieke vorm van hulpverlening die men bood, bleef het instituut echter bestaan. Er werd een nieuwe taak bedacht: de behandeling van ‘de neurose der Am-

¹ Geciteerd bij Brinkgreve 1984, 190-191.

² SA, Gemeentebled Amsterdam I, 1946, 299.

sterdamsche bevolking'.¹ De gelden uit de pot 'Luchtbescherming' bleven voorlopig komen.

Zo bestonden er aan de vooravond van de Tweede Wereldoorlog verschillende alternatieve voorzieningen voor mensen met geestelijke problemen. Er waren overigens ook nog zenuwartsen die een privé-praktijk onderhielden; de eerste zenuwarts van wie bekend is dat hij zich volledig op een burgerpraktijk richtte, was Ramaer.² De meeste zenuwartsen die praktijk hielden aan huis, deden dit als nevenactiviteit, die naast de hoofdwerkzaamheden in een krankzinnigengesticht een prettige bijverdienste opleverde. De praktijken waren veelal in de grote steden te vinden; vooral in de universiteitssteden, want hier waren niet alleen psychiaters gevestigd, hier woonden ook voldoende welgestelde burgers die zich de (dure) private behandelingen konden veroorloven en voldoende vertrouwen in de behandelingen hadden om zich vrijwillig te melden. De privé-praktijk bleef echter lange tijd een bescheiden fenomeen. Pas na de oorlog zou het verschijnsel een grote vlucht nemen. Hetzelfde gold voor de andere extramurale voorzieningen.

§ 9. Financiering van de extramurale voorzieningen

De financiering van de extramurale geestelijke gezondheidszorg sloot in grote lijnen aan bij het financieringssysteem dat in de loop der decennia was ontstaan voor de andere vormen van maatschappelijke gezondheidszorg. Het belangrijkste kenmerk was dat ook deze zorg voor een belangrijk deel door gemeenten werd bekostigd.

Vanaf het einde van de negentiende eeuw waren her en der specifieke verenigingen voor wijkverpleging, tuberculosebestrijding, zuigelingenverzorging, kindertuizing of hulp in de huishouding ontstaan. Op het platteland werd dergelijke zorg op den duur meestal aangeboden door de lokale kruisvereniging. De verenigingen werden aanvankelijk gefinancierd met contributies en giften, maar het werd al snel duidelijk dat die middelen tekort schoten om de zorg een breed bereik te geven. Rond de Eerste Wereldoorlog maakten veel gemeenten een keuze: zelf doen of het particulier initiatief subsidiëren. De vernieuwde Armenwet van 1912 faciliteerde die ontwikkeling, doordat gemeenten expliciet verantwoordelijk werden voor de aanwezigheid van voldoende medische zorg binnen de gemeentegrenzen. Enkele grotere gemeenten kozen voor de eerste variant en brachten een deel van de maatschappelijke gezondheidszorg onder bij hun gemeentelijke gezondheidsdiensten. De meeste gemeenten kozen voor subsidie-

¹ Geciteerd bij Brinkgreve 1984, 191.

² Vijselaar s.a. [1995], 14.

verstrekking: dit leek goedkoper en sloot beter aan bij de heersende sociaalpolitieke opvattingen.

Na de Eerste Wereldoorlog mengde ook de rijksoverheid zich in de ontwikkeling van de maatschappelijke gezondheidszorg. In de loop van de jaren twintig werd het netwerk van de tuberculosebestrijding met organisatorische ondersteuning en wat rijkssubsidie sluitend gemaakt. Lagere overheden bleven de belangrijkste financiers en de uitvoering bleef vooral in handen van het particulier initiatief. Iets dergelijks gebeurde in de kinderuitzending en aan het einde van de jaren twintig lagen er plannen om ook in de zuigelingen­zorg landelijke dekking te gaan stimuleren. De economische crisis van de jaren dertig maakte daaraan voorlopig een einde.¹

Voor- en nazorg

De voor- en nazorgactiviteiten van kruisverenigingen werden aanvankelijk bekostigd door het groeiende ledenbestand zelf. In 1910 was 3 procent van de bevolking lid van een kruisvereniging, in 1940 was dit al 36 procent.² Maar na het enthousiaste begin was al snel duidelijk dat het onmogelijk was op vrijwillige basis voldoende geld bijeen te brengen. Zoals gezegd kozen enkele grotere gemeenten ervoor een deel van het kruiswerk onder te brengen bij de hun gemeentelijke gezondheidsdiensten; de meeste gemeenten gingen over tot het verstrekken van subsidies. Ook provincies en de rijksoverheid verstrekten subsidies, maar dit zou pas na de Tweede Wereldoorlog een vlucht nemen. Zo werden uiteindelijk de gemeenten en in mindere mate de provincies de grootste steunverleners voor de kruisverenigingen.³

Ditzelfde gold voor de activiteiten van de buitendiensten. De kosten voor de buitendiensten van krankzinnigengestichten en psychiatrische inrichtingen vielen onder de verpleegtarieven. In hoofdstuk I werd al duidelijk dat deze hoofdzakelijk door de gemeenten en in mindere mate door de provincies werden betaald.

Dat gemeentelijke diensten door de gemeentelijke overheid werden bekostigd, spreekt voor zich. In Amsterdam was er een merkwaardige constructie voor bedacht.⁴ De algemene kosten vielen onder Armenzorg, de personeelslasten drukten op de begroting van Volksgezondheid. Waarom deze splitsing bestond, is niet duidelijk. Vermoedelijk heeft het zijn oorzaak in de voorgeschiedenis: Meijers werkte eerst bij het Wilhelminagasthuis en zijn salaris drukte toen ook op de begroting voor Volksgezondheid.

¹ Van der Velden 1993.

² Van der Grinten 1987b, 31.

³ Voor de ontwikkeling van de verschillende vormen van particulier initiatief in de Nederlandse gezondheidszorg zie: Van der Velden 1993, 77-80.

⁴ Dit blijkt uit SA, Gemeenteb­laden.

Juist aan dit feit dankte het Consultatiebureau zijn bestaan. Het werk van het bureau was echter sterk aan de gestichten en inrichtingen gelieerd en deze kosten vielen, zoals bekend, onder de Armenwet en drukten dus op de begroting van Armenzorg. Of in andere steden ook zo'n splitsing werd aangehouden, is niet bekend. Het vermoeden bestaat dat ook in andere gemeenten waar de voor- en nazorgactiviteiten door de gemeentelijke gezondheidsdienst werden uitgevoerd, de vraag wel eens speelde of de kosten voor deze voorziening nu onder Armenzorg of Volksgezondheid moesten worden gerekend.

De Centrale Vereeniging ter Behartiging der Maatschappelijke Belangen van Zenuw- en Zielszieken ontving rijks- en provinciesubsidie. De provincies Noord-Holland, Zuid-Holland, Utrecht, Gelderland, Overijssel en Zeeland betaalden alle een subsidiebedrag. De grootte ervan varieerde, evenals de voorwaarden die aan de bijdrage verbonden werden. Meestal ging het om voorwaarden als dat het grootste deel van het geld moest worden besteed aan de directe hulpverlening aan hulpbehoevenden in de provincie. De kosten die de vereniging maakte voor de hulpverlening in een bepaalde provincie, waren echter meestal veel hoger dan het bedrag dat zij aan subsidie ontving. Verder ontving de Centrale Vereeniging geld van particuliere fondsen, het Noord-Hollandse Patronaat en in latere jaren ook van het Prophylaxefonds, waarmee wij hieronder uitgebreid zullen kennismaken. Tot slot kreeg de vereniging soms van een particulier een bijdrage die alleen ten bate van een met name genoemde patiënt mocht worden aangewend.¹

De kosten voor provinciale commissies die zich met voor- en nazorg bezighielden - in de sfeer van louter bevordering, dan wel vanuit een coördinerende rol - werden meestal gedekt door te bezuinigen op de subsidieregeling voor de gestichten en inrichtingen. Daardoor wentelden de provincies de kosten voor de voor- en nazorg indirect af op de gemeenten. Noord-Holland ging hierin nog een stapje verder: deze provincie liet de financiering én de organisatie van de voor- en nazorg geheel over aan de gemeenten.²

Al met al kwam het geld voor de voor- en nazorg dus voor een belangrijk deel bij gemeenten en provincies en in mindere mate bij particulieren vandaan. De rijksoverheid had behalve met de Centrale Vereeniging en de eventuele kosten voor ontslagen rijkspatiënten, geen financiële bemoeienis met de voor- en nazorg. De sterke band met de psychiatrische inrichtingen werd hierbij aangewend als argument: voor- en nazorgactiviteiten

¹ Meijers s.a. [1939], 62-64.

² Meijers s.a. [1939], 30-35. Zie ook: Van der Grinten 1987a, 25; Bakker en De Boer 2002, 178-181; Bakker en Van der Velden 2004b.

vielen onder de Armenzorg en dit betekende dat de rijksoverheid voor de financiering geen zorg hoefde te dragen. Hiermee vertolkte het rijk de algemene opvatting in die tijd, een opvatting met een lange houdbaarheidsdatum. Nog in 1954 betoogde minister J.G. Suurhof (PvdA) van Sociale Zaken en Volksgezondheid: ‘Aangezien de gemeenten krachtens art. 39 van de Armenwet voor de financiering van de verpleging van behoeftige krankzinnigen hebben zorg te dragen is het subsidiëren van de nazorgdiensten primair een taak van de gemeenten.’¹ Pas eind jaren vijftig zou deze gedachte worden losgelaten.

MOB en BLGM

De NFMOB en de consultatiebureaus die eronder vielen, leden onder een voortdurend geldgebrek. Dit was - naar eigen zeggen - deels te wijten aan het feit dat zij onder een ongelukkig gesternte tot stand gekomen waren. ‘Juist toen de consultatiebureaux zoo ver waren gekomen, dat zij eenige aanspraak op Overheidssteun konden doen gelden, was de crisis begonnen en de deur voor subsidie-verleening gesloten’, staat in het jaarverslag van 1933 te lezen. Dit gold voor alle overheden. Gemeenten en provincies hadden geen wettelijke plicht om iets met deze nieuwe instelling te doen, dus vanuit die hoek hoefde men geen subsidie te verwachten. Maar ook het rijk hield zich afzijdig. Andere vormen van jeugdzorg werden al wel ruim vóór de Tweede Wereldoorlog systematisch door het rijk gesubsidiëerd: de kinderuitzending en zuigelingenverzorging in plattelandsgebieden. De NFMOB kwam hiervoor dus net te laat.

Waar moest deze nieuwe instelling dan haar geld vandaan halen? Ziekenfondsen toonden aanvankelijk geen interesse voor de hulpverlening aan moeilijk opvoedbare kinderen. De NFMOB was geen verzuilde organisatie, dus op geld uit de collectes van een kerkelijke achterban hoefde men evenmin te rekenen. Het enige potje waaruit nu en dan geld kwam, was van Justitie. Het ministerie betaalde een bijdrage per onderzoek. Veel andere instellingen die kinderen doorstuurden (voogdijraad, kinderbescherming e.d.), betaalden hiervoor aanvankelijk geen geld. Particuliere cliënten betaalden naar draagkracht, maar dat was niet veel: de voorziening was niet voor vermogende gezinnen bedoeld die zelf de volledige behandeling konden betalen. De overige inkomsten bestonden voornamelijk uit giften (uit binnen- en buitenland, vooral uit Engeland en de Verenigde Staten). Deze vormden een te onzekere basis om te kunnen groeien. De medewerkers werkten over het algemeen pro deo. Een goed geoutilleerde bureauvoorziening behoorde tot de categorie ‘verre wensdromen’.²

¹ Dolman 1964, 71-72.

² NA 2.19.146 inv. nr. 47, Jaarverslag NVBCM, 8.

De BLGM's en Bureaus voor Huwelijksvoorlichting waren midden in de depressiejaren tot stand gekomen. De bureaus hadden te maken met vergelijkbare kosten en baten als de MOB's. Ook bij de BLGM's en Bureaus voor Huwelijksvoorlichting werkte veel personeel pro deo. De bureaus werden eveneens grotendeels bekostigd door de initiatiefnemers en ook cliënten betaalden een bijdrage. Maar voor zowel de protestantse als de katholieke bureaus gold dat zij een belangrijk financieel netwerk achter zich hadden staan: de kerk en de geloofsgenoten. De katholieke bureaus waren daardoor zelfs extra goedkoop: de priesters werkten in opdracht van hun bisdom en werden hier ook rechtstreeks door betaald. De band tussen de bureaus en de kerken was sterker dan bij welke organisatie voor geestelijke volksgezondheid dan ook. Enerzijds kon men daardoor rekenen op een constante aanwas van cliënten (dit scheelde aanmerkelijk in de kosten voor propaganda), anderzijds kon men daardoor ook veel gemakkelijker aan geld komen.

De Ziektewet, het Prophylaxefonds en de NFGV

In 1931 kwam er met de komst van het Prophylaxefonds voor de extramurale geestelijke gezondheidszorg een nieuwe, belangrijke geldbron. Het Prophylaxefonds werd opgericht als uitvloeisel van de Ziektewet, die in 1930 eindelijk in gewijzigde vorm in werking getreden was. Zoals hierboven gemeld, was die Ziektewet al in 1913 aangenomen, maar door onenigheid over de vraag of ook geneeskundige verzorging eronder moest vallen en welke instantie voor de uitvoering zorg zou moeten dragen, was het er nog altijd niet van gekomen de wet tot uitvoering te brengen. Nadat minister J.R. Slotemaker de Bruïne (CHU) een gewijzigd wetsvoorstel had ingediend, kwam het alsnog tot uitvoering. Een restant van de gedachte dat ook geneeskundige verzorging onder de Ziektewet moest vallen, bleef over in de vorm van het Prophylaxefonds. Een onderdeel van de wet behelsde namelijk de regeling dat een klein deel van de Ziektewetpremie moest worden aangewend voor maatregelen ten behoeve van de preventie (= profylaxe) van ziekte.¹

De komst van het Prophylaxefonds leidde tot de oprichting van de Nederlandsche Federatie voor de Geestelijke Volksgezondheid (NFGV) in april 1934. Ter voorbereiding van de oprichtingsvergadering was aan de deelnemende bureaus gevraagd informatie te verstrekken over de werkzaamheden en over de plannen van het betreffende bureau en de vraag hoeveel subsidie nodig was. Ook moest van tevoren worden nagedacht over de taak die men de Federatie toebedacht. De belangrijkste conclusie op basis van de toegestuurd antwoorden luidde dat de bevordering en instandhou-

¹ Van der Grinten 1987b, 26. Zie ook Dolman 1964, 201.

ding van de MOB's en de voor- en nazorg het meest in aanmerking kwamen voor subsidie en dat daarnaast moest worden geïnvesteerd in de opleiding van werkkrachten, in propaganda en in wetenschappelijk onderzoek. De NFGV kreeg tot taak de subsidiegelden van het Prophylaxefonds te verdelen en de samenwerking tussen de bureaus te bevorderen.¹

Het beleid van de NFGV stelde op vier pijlers. Ten eerste gold dat het primaat van de geestelijke volksgezondheid moest liggen bij het particulier initiatief, gesteund door het Prophylaxefonds. Ten tweede werd de verzuilde structuur van het werkkerrein bevestigd door de federatieve samenwerking aan de top en de gescheiden uitvoering aan de basis. Ten derde werd vastgesteld dat het werkkerrein van de instellingen in de 'vrije' maatschappij moest liggen (inrichtingen vielen er dus buiten). Ten slotte werd een scheiding gehanteerd tussen voorzieningen voor volwassenen en voorzieningen voor kinderen.

Het geld dat het NFGV van het Prophylaxefonds mocht verdelen (tussen 1934 en 1940 gemiddeld f25.000,- per jaar) was te weinig om alle organisaties naar eigen wens te subsidiëren. Er ontstonden felle discussies binnen de NFGV. Uiteindelijk werd besloten - met grote tegenzin (n.b. de leden hadden vetorecht) - toetsingscriteria op te stellen voor de verdeling van het geld.

Ten eerste stelde de federatie vast dat alleen consultatiebureaus met typische GGZ-kenmerken in aanmerking konden komen. De vraag was wat deze kenmerken behelsden. Na veel discussie kwam men erop uit dat een psychiater de leiding moest hebben binnen de instelling. (Door een tekort aan psychiaters was dit criterium later overigens meer een dringende wens dan een eis.) Ook werd het belangrijk gevonden dat er geregeld een sociaal werkster meewerkte. Met het formuleren van deze twee kenmerken op het gebied van de personeelsbezetting, waren dus de eerste basale kwaliteitseisen waaraan een bureau voor extramurale geestelijke gezondheidszorg moest voldoen, een feit. Onbedoeld effect hiervan was dat door het stellen van deze eisen het werkkerrein van de geestelijke volksgezondheid duidelijker werd afgebakend. Zonder de (nagestreefde) leiding van een psychiater en medewerking van een sociaal werkster was er geen sprake van GGZ en zou er geen Prophylaxesubsidie komen.

Ten tweede moesten de onderlinge verschillen tussen de instellingen om subsidietechnische redenen worden verscherpt. Als secretaris van de NFGV ondernam Lekkerkerker een poging om tot een heldere indeling te komen op grond van vooraf opgestelde criteria. Haar indeling omvatte drie typen van organisaties: consultatiebureaus voor volwassenen, consultatiebureaus voor kinderen en BLGM's. Sommige soorten instellingen

¹ NA 2.19.145 inv. nr. 49, Jaarverslag NFGV 1934, 2.

zouden meer geld krijgen dan andere. Ook dit punt leverde veel discussie op, vooral tussen de MOB's en de aan kruisverenigingen verbonden instellingen. Er werd een compromis gevonden in de gedachte dat MOB's vooral als een stedelijke voorziening werd beschouwd en de kruisverenigingen (die al wat subsidiegeld van de provincies kregen) vooral op het platteland actief waren. De Prophylaxesubsidies werden hierop afgestemd. Ten derde moest op een of andere manier tot uitdrukking komen dat de NFGV zich volgens haar eigen statuten ook nog tot doel had gesteld de samenwerking in de geestelijke gezondheidszorg te bevorderen. Bij de verdeling van de subsidiegelden moest ook hiermee rekening gehouden worden.¹

In 1934 mocht de NFGV ruim dertienduizend gulden verdelen (tabel I-5).

Tabel I-5

Bijdragen van het Prophylaxefonds in guldens, verdeeld via de NFGV (1934)

NFGV	500
R.K. Charitatieve Vereniging voor Geestelijke Volksgezondheid	1.400
Ned. Hervormde Vereniging voor Geestelijke Volksgezondheid	1.700
Vereniging voor Geestelijke Volksgezondheid op Gereformeerde Grondslag	1.515
Vereniging voor Centraal Israëlitisch Krankzinnigengesticht in Nederland	1.150
Ned. Vereniging ter Bevordering van Consultatiebureaux voor Moeilijke Kinderen	2.000
Centr. Ver. ter Behartiging van de Maatschappelijke Belangen van Zenuw en Zielszieken	1.525
A.N.V. Het Groene Kruis	115
Nationale Federatie Het Wit-Gele Kruis	1.960
Stichting voor Paedologische Instituten te Nijmegen	1.550
Totaal	13.415

Bron: NA 2.19.145 inv. nr. 49, Jaarverslag NFGV 1934.

Wij zien de NFGV zelf op de lijst staan, plus enkele koepelorganisaties en kruisverenigingen. Buitendiensten en GGD's ontbraken op de lijst. De NFMOB stond - nog onder haar oude naam - wel op de rol. Het geld - dat overigens pas in 1935 werd uitgekeerd - was bij lange na niet kostendekkend, maar wel substantieel: het bedrag zou uitgroeien tot 22 procent van de totale kosten van de gezamenlijke bureaus eind jaren dertig. Dit was niet genoeg om zelf de broek te kunnen ophouden, maar het had wel een heel ander voordeel: de subsidie werkte als een stempel van goedkeuring en veroorzaakte een sneeuwbaaleffect. Dankzij de erkenning door het Prophylaxefonds kwamen ook andere geldschieters over de brug; vooral gemeenten en ook ziekenfondsen voelden zich nu toch ook geroepen een

¹ Van der Grinten 1987b 107-113.

(grotere) financiële bijdrage te leveren aan het werk.¹ De provincies zouden later ook meer gaan bijdragen.

Verschillende portemonnees

De komst van het geld van het Prophylaxefonds en de NFGV betekende een kentering in de extramurale zorg, een ontwikkeling waarvan ook de NFGV zich bewust was. ‘Ziet men terug tot 6 November 1933, toen zes vereenigingen bijeen kwamen om tot oprichting van de Federatie te besluiten, dan kan men een belangrijke groei van het geestelijk-hygiënische werk constateeren’, tekende de federatie op in haar jaarverslag van 1939.

Een groei in de eerste plaats in omvang, ook al valt nog ontzaglijk veel te doen, eer het terrein nog maar eenigermate volledig zal zijn bewerkt. En in de tweede plaats een groei in organisatorische bewustwording ten aanzien van de verantwoordelijkheid en de financiering van de geestelijke gezondheidszorg. Met dankbaarheid moge worden geconstateerd, hoe door particuliere instellingen en personen pionierswerk werd verricht en gesteund, en het particulier initiatief zal ook wel steeds een belangrijke plaats in de geestelijke gezondheidszorg innemen. Meer en meer wordt echter ingezien, dat dit niet alleen een taak is voor particuliere weldadigheid, doch dat de geestelijke hygiëne een onontbeerlijk bestanddeel is van de zorg voor de volksgezondheid in het algemeen.²

Belangrijk was echter ook dat voor het eerst enkele kwaliteitseisen voor de GGZ waren opgesteld. Het waren de leden van de NFGV, oftewel de organisaties zelf, die hiervoor tekenden. De overheid kwam er niet aan te pas.

Uit het voorgaande blijkt ook dat de extramurale geestelijke gezondheidszorg aan de vooravond van de Tweede Wereldoorlog een beroep kon doen op een indrukwekkende lijst van geldschieters, die op verschillende manieren hun financiële steun konden verlenen. Meijers zette ze op een rij (tabel I-6).

De veelheid aan financieringsbronnen kan aan de ene kant gezien worden als een uiting van het feit dat op diverse niveaus (van filantropische instellingen tot het rijk, maar zoals gezegd: vooral op gemeentelijk niveau) belang gehecht werd aan de extramurale geestelijke gezondheidszorg. Aangezien het een nog zeer jonge sector betrof, die in aard en omvang niet te vergelijken was met de gestichten en inrichtingen, is dit op zijn minst bij-

¹ Van der Grinten 1987b, 66.

² NA 2.19.145 inv. nr. 49 Jaarverslag NFGV 1939, 9.

zonder te noemen. Een voordeel voor de diverse organisaties was daarenboven dat - met uitzondering van het Prophylaxefonds - de verschillende geldschietters zich nauwelijks mengden in de interne gang van zaken. Ten slotte leverde het een vorm van risicospreiding op: als een van de financiers het laat afweten, zijn er altijd nog een paar over.

Tabel I-6

Financiering geestelijke volksgezondheid in Nederland (ca. 1939)

1. Bijdragen van particuliere personen en instellingen
a. vrijwillige contributies en giften, waaronder van filantropische fondsen en stichtingen, hetzij aan het consultatiebureau, hetzij aan de instelling waar het bureau vanuit ging
b. honoraria voor onderzoek / behandeling
c. bijdragen van ziekenfondsen
d. bijdragen van verpleeginrichtingen
e. bijdragen van kruisverenigingen
f. steun 'in natura' in de vorm van geheel of gedeeltelijk belangeloze medische of sociale hulp, of het aanbieden van kosteloze locatie of faciliteiten
2. Bijdragen van gemeenten
a. in de vorm van vergoedingen voor onderzoek / behandeling
b. in de vorm van lidmaatschap
c. in de vorm van subsidies
d. in natura (zie hierboven: locatie, faciliteiten)
3. Bijdragen van provincie (in de vorm van subsidie)
4. Bijdragen van het rijk
a. vergoeding voor justitiële bemoeiing
b. subsidie
5. Bijdragen van het Prophylaxefonds
6. Diverse geldbronnen (renten, legaten, opbrengst van verkoop van geschriften, deelnemersbijdragen aan cursussen of congressen, onderhuur, enzovoort).

Bron: Meijers s.a. [1940], 25 en 35-37.

Er zat echter ook een negatieve kant aan: men kan zich goed voorstellen dat het voor de bureaus zelf nogal onpraktisch kon zijn om van veel verschillende geldschietters afhankelijk te zijn. De bedrijfsonzekerheid was heel groot. Dit werd door de organisaties zelf inderdaad zo ervaren, maar dit bezwaar kreeg pas na de Tweede Wereldoorlog een naam: vanaf toen werd de extramurale geestelijke gezondheidszorg financieel en organisatorisch steeds meer als een 'lappendeken' gezien en dit werd niet als compliment bedoeld. De 'lappendeken' was door zijn organisch gegroeide structuur echter bijna onverwoestbaar: het zou nog jaren duren voordat er een acceptabel alternatief voor zou worden gevonden.

§ 10. Slotwoord

De organisatie, wetgeving en financiering van de krankzinnigenzorg en extramurale geestelijke gezondheidszorg leverden een ingewikkeld bouwwerk op, dat door zijn gedeeltelijk organische groei ook nog eens

bijna onverwoestbaar zou blijken te zijn; het kon in elk geval meer dan honderd jaar mee. Het systeem bestond uit twee gescheiden financieringsstelsels, met een eigen geschiedenis en eigen verantwoordelijkheden.

Het ingewikkelde systeem voor de krankzinnigenzorg dat in het midden van de negentiende eeuw tot stand kwam, ging uit van gescheiden, maar wettelijk omschreven verantwoordelijkheden. Er was een centrale inspectie (het Staatstoezicht), de planning was semi-centraal (de provincies) en de financiering werd gedecentraliseerd (de gemeenten). De uitvoering van de zorg was deels particulier en deels publiek geregeld. Deze complexe constructie werd veroorzaakt door een opeenvolging van politieke compromissen vanaf het midden van de negentiende eeuw.

Rond het midden van de negentiende eeuw kreeg het nieuwe gedachtegoed over de krankzinnigenverpleging in ons land voet aan de grond. De landen waaruit de nieuwe inzichten afkomstig waren, Engeland en Frankrijk, kenden een centralistische bestuurlijke traditie. De eerste Krankzinnigenwet kwam tot stand onder tamelijk centralistisch gesternte: het regime van Koning Willem I en de eerste jaren van het bewind van zijn zoon Koning Willem II. Belangrijk onderdeel van deze wet was de invoering van het Staatstoezicht, dat – zoals gezegd - centraal werd geregeld.

In de jaren hierop volgend werd onder de liberaal Thorbecke de nieuwe Grondwet van kracht (1848) en werden de eerste plannen gemaakt voor een Armenwet, waarin ook de financiering van de krankzinnigenverpleging zou worden geregeld. Toen de wet werd aangenomen, was echter het kabinet van Thorbecke gevallen. De Armenwet zelf kreeg een conservatief stempel: armenzorg werd in eerste plaats een particuliere, kerkelijke aangelegenheid. De financiering van de krankzinnigenverpleging werd echter aan de gemeenten opgedragen en daarin was de invloed van Thorbecke nog te herkennen, die het overheidsbestuur zoveel mogelijk wilde decentraliseren.

De planning van de krankzinnigenverpleging was zoals gezegd semi-centraal. De provincies moesten voor plaatsruimte zorgen en toen bleek dat de aansporing daartoe in de eerste Krankzinnigenwet niet voldoende had uitgehaald, werd deze verantwoordelijkheid aangescherpt. De manier waarop dit gebeurde, liet zien dat er weer een nieuwe politieke wind was gaan waaien. Bij de wet van 1884 werd geregeld dat de provincies moesten zorgen voor de oprichting en instandhouding van gestichten. Hierin is de nieuwe sociaalliberale inbreng te herkennen, die aan de overheid een belangrijke sociale verantwoordelijkheid toebedacht. Maar in de bijzin ‘[v]oor zoover niet op andere wijze in de behoefte [...] wordt voorzien’ herkennen wij ook nog het conservatieve standpunt dat aan het particuliere initiatief voorrang wilde verlenen.

Dat uiteindelijk de verschillende overheidsmachten vanaf het begin al zo'n groot deel van de taak op zich namen, is eigenlijk alleen goed te begrijpen als men beseft dat het oudste motief om voor krankzinnigen te zorgen, hoofdzakelijk sociaal van aard was. Handhaving van de openbare orde speelde daarbij een belangrijke rol en bescherming van de bevolking tegen overlast veroorzakende personen was een onderdeel daarvan. De krankzinnigenzorg werd van een bestuurlijk en financieel kader voorzien dat verder alleen was weggelegd voor een voorziening als onderwijs, politie of justitie. Het financieringsstelsel bood door deze wettelijke verankering de betrokken organisaties een grote bedrijfszekerheid: gegarandeerde afname door de contractafspraken krachtens de Krankzinnigenwet en gegarandeerde betaling via de Armenwet. Daarmee verschilde het stelsel in belangrijke mate van de regelingen die voor de somatische zorg en voor de armenzorg golden.

Werden toezicht, planning en financiering van de krankzinnigenverpleging een overheidstaak, voor de uitvoering ervan gold het omgekeerde: dit werd juist meer een particuliere aangelegenheid. Tot ca. 1885 waren het vooral de stedelijke overheden geweest die het initiatief namen of van dichtbij ondersteunden voor de bouw van gestichten. Na die tijd – vooral na 1900 - waren het vaker confessionele (vooral katholieke en gereformeerde) partijen die het initiatief namen voor de bouw van gestichten. Zij werden hiertoe mede in staat gesteld door de provincies, die hiermee aan hun planningstaak voldeden, maar vonden daarvoor ook middelen gedeeltelijk in 'eigen kring'. De centrale overheidsinmenging hierbij was gering. Zij reikte niet veel verder dan suggesties voor de wijze waarop de gestichten gebouwd moesten worden, het vaststellen van de minimale ruimte per patiënt, het maximale aantal patiënten per geneesheer, periodieke controles op de interne gang van zaken en het interpreteren en publiceren van statistische gegevens over de zorgverlening. Toezicht op de bedrijfsvoering en de tariefstelling was er niet. Het was aan de bestuurders om ervoor te zorgen dat de overheidsgelden 'goed' werden besteed en aan het veld zelf om te bepalen wat 'het goede' precies inhield. Het verband tussen 'kwaliteit' en financiering was er al met al wel, maar dit was flinterdun.

Aan de vooravond van de Tweede Wereldoorlog was er een breed scala aan voorzieningen voor mensen met geestelijke problemen tot stand gekomen buiten de gestichten, de inrichtingen en de sanatoria. Er waren consultatiebureaus voor voor- en nazorg, voor alcoholisten en voor moeilijk opvoedbare kinderen, bureaus voor levens- en gezinsmoeilijkheden en nog veel meer.

Tussen aan de ene kant de gestichten en inrichtingen plus de voor- en nazorg en aan de andere kant de andere extramurale voorzieningen bestond een scherpe scheidslijn. Binnen de inrichtingspsychiatrie werd nogal eens laatdunkend gedaan over de onwetenschappelijke aanpak van de extramu-

rale hulpverlening. Omgekeerd wilde de extramurale zorg weinig te maken hebben met de slechte reputatie van de krankzinnigenzorg. Leidraad werd dat de ‘echte’ gestoorden in inrichtingen en door voor- en nazorgdiensten moesten worden behandeld. De ‘echte’ extramurale GGZ hield zich bezig met kwetsbare individuen wier geestelijke gezondheid onder druk stond van de maalstroom der moderne tijd.

De scheidslijn tussen de gestichten en inrichtingen plus de voor- en nazorg aan de ene kant en de (andere) extramurale voorzieningen aan de andere kant, was terug te zien in de manier waarop de financiering was geregeld. Voor de (financiering van de) nog jonge, en in omvang bescheiden extramurale geestelijke gezondheidszorg bestond er in het vooroorlogse Nederland helemaal geen wet- of regelgeving. De gestichten en inrichtingen werden hoofdzakelijk door de gemeenten bekostigd met hulp van provinciale subsidies. Ook de voor- en nazorgdiensten vielen voor een belangrijk deel onder deze structuur. De (andere) extramurale voorzieningen werden gefinancierd volgens de lijnen van de maatschappelijke gezondheidszorg waarvan zij deel uitmaakten. De extramurale geestelijke gezondheidszorg kon een beroep doen op een groeiend aantal portemonnees van verschillende geldschieters, die ook allemaal verschillende financieringsvormen hanteerden. Met de komst van het Prophylaxefonds kwam er nog een externe geldpot bij. Onder de vlag van de NFGV formuleerden de instellingen zelf enkele kwaliteitseisen waaraan moest worden voldaan om voor financiering in aanmerking te komen. Het betrof alleen eisen die betrekking hadden op de personele bezetting. Eisen die betrekking hadden op de bedrijfsvoering en de tariefstelling waren er niet.

De financieringsstelsels van de krankzinnigenverpleging en de extramurale geestelijke gezondheidszorg verschilden sterk van elkaar. Het stelsel dat voor de krankzinnigengestichten en psychiatrische inrichtingen gold, bood de instellingen veel zekerheid. Het systeem dat voor de extramurale voorzieningen werd bedacht, bood de betrokken instellingen weinig zekerheid. Een overeenkomst was er ook: in beide gevallen betaalden de gemeenten in de praktijk het grootste deel van de zorg.

De stelsels hadden een lange houdbaarheidsdatum. In de loop der jaren vonden verschillende aanpassingen plaats, maar deze tastten de basis van de beide stelsels niet aan en brachten voor de financiering geen ingrijpen de wijzigingen mee. De systemen bleven in grote lijnen bestaan tot in de jaren zestig van de twintigste eeuw. In de volgende hoofdstukken laten we aan de hand van enkele thema’s zien hoe deze financieringsregelingen in de praktijk uitpaktten.