



## 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 VIII**

### **SAMENWERKEN VERPLICHT**

#### ***Hoe de AWBZ werd ingezet als beleidsinstrument in de ambulante geestelijke gezondheidszorg, 1971-1984***

In het voorgaande hoofdstuk hebben we laten zien dat de invoering van de AWBZ voor de praktijk in de intramurale GGZ uiteindelijk betrekkelijk weinig verandering teweeggebracht heeft. De meeste veranderingen die plaatsvonden zouden er zonder deze wetswijziging ook wel gekomen zijn, bijvoorbeeld doordat de ontwikkeling al ruim voor de nieuwe wetgeving was ingezet. De AWBZ sloot aan bij de veranderende praktijk, in plaats van andersom en in die zin was de wet op te vatten als één aspect van de totstandkoming van de verzorgingsstaat, terwijl de veranderingen in de zorgpraktijk zelf als een ander aspect van diezelfde ontwikkeling kunnen worden gezien.

Ondanks de vele pogingen om de kosten in de hand te houden, of in elk geval de groei van de kosten te beheersen, namen de uitgaven aan intramurale en extramurale geestelijke gezondheidszorgvoorzieningen gedurende de tweede helft van de twintigste eeuw alleen maar toe. Voor een deel zijn deze stijgende lasten te verklaren door simpele gegevens als inflatie en een met bevolkingsgroei samenhangende groei van de omvang. Voor een deel was ook het toenemende gebruik per hoofd van de bevolking debet aan de kostengroei. Dit laatste gold vooral voor de extramurale GGZ. De kostengroei zette al eind jaren vijftig, met de komst van de rijks-subsidies, in en ging vanaf het midden van de jaren zestig snel, zoals we hieronder kunnen zien. (In deze periode was er nog geen grote inflatie, de reële stijging verschilt maar weinig van de absolute stijging.) Vergroting van de toegankelijkheid van de zorg was vanaf die tijd steeds een van de belangrijkste uitgangspunten van het overheidsbeleid.

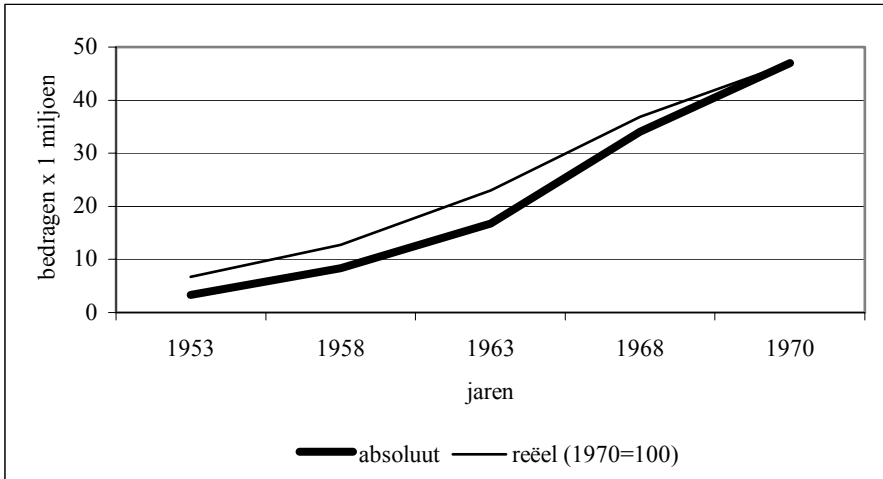
Begin jaren zestig werden in de GGZ enkele onderling samenhangende knelpunten gesignaleerd, waarover we in voorgaande hoofdstukken al het een en ander hebben opgemerkt. Ten eerste was het personeelsgebrek in de sector nog altijd groot. Het tekort bestond zowel in de intramurale als de extramurale GGZ. Voor de extramurale GGZ was dit extra lastig, omdat het door de krappe financiële middelen nog moeilijker was om personeel te krijgen dan in de intramurale GGZ.<sup>1</sup> Verder was de doorstroming in de psychiatrische inrichtingen nog altijd een groot probleem. De onge

---

<sup>1</sup> Dit werd eind 1970 door de Centrale Raad voor de Volksgezondheidszorg gesuggereerd in een interim-advies over de maatschappelijke gezondheidszorg. (Van der Grinten 1976, 581.)

### Grafiek VIII-1

*Kosten van de ambulante geestelijke gezondheidszorg\* in Nederland in absolute en reële bedragen (1970=100) in miljoenen guldens (1953-1970)*



\* De Centrale Raad voor de Volksgezondheid hanteerde de term geestelijke maatschappelijke gezondheidszorg.

Bron: Lapré 1974. (De cijfers zijn gebaseerd op gegevens van het CBS.)

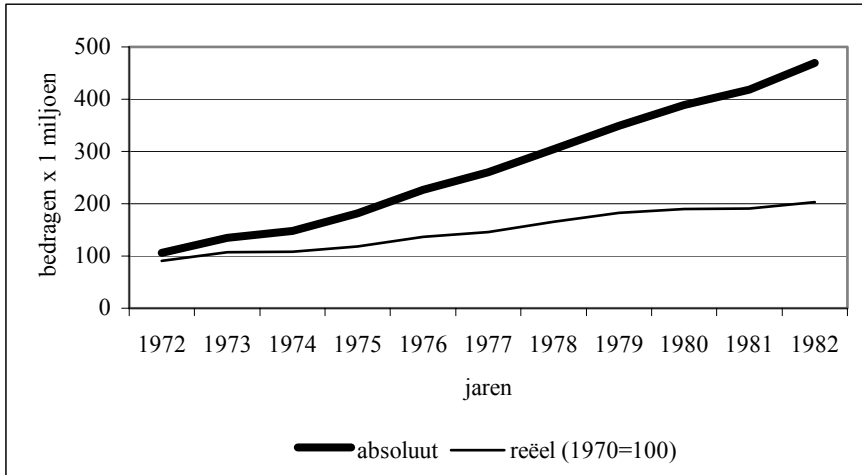
lijke spreiding van voorzieningen vormde een ander knelpunt. In sommige gebieden van ons land was het aantal voorzieningen zeer groot geworden, terwijl andere gebieden nog altijd verstoken waren van hulpverlening op het gebied van de intramurale en/of extramurale GGZ. Verschillende soorten ambulante instellingen gingen meer op elkaar lijken wat betreft hun wijze van behandelen. Dit gold in elk geval voor de medisch opvoedkundige bureaus (MOB's), de bureaus voor levens- en gezinsvragen (BLGV's, de nieuwe benaming die sinds begin jaren zeventig voor BLGM's en de katholieke Bureaus voor Huwelijksvoorlichting werd gehanteerd<sup>1</sup>) en de instituten voor multidisciplinaire psychotherapie (IMP's). Het werd langzamerhand steeds onduidelijker met wat voor soort problemen men het beste bij welk soort hulpverleningsinstelling kon aankloppen. Dit werd mede veroorzaakt door de ongelijke verdeling van de voorzieningen over het land. Pogingen van instellingen om meer te gaan samenwerken, werden gefrustreerd door de verbrokkelde financieringsstructuur. Dit laatste bezwaar speelde vooral in de AGGZ, maar ook tussen intramurale en extramurale instellingen van geestelijke gezondheidszorg. Over deze knelpunten werd in de vakliteratuur veelvuldig geschreven. Een veel voorkomende gedachte was dat regionalisatie (een belangrijk deel

<sup>1</sup> Oosterhuis en Gijswijt-Hofstra 2008, 965.

van) de oplossing zou zijn voor de moeilijkheden. Het bleek al snel dat de nieuwe financieringsstructuur, de AWBZ, dienstig kon zijn om regionalisatie te bevorderen. De kosten voor de AGGZ namen intussen nog verder toe. Voor een groot deel ging het in deze periode echter om inflatie, zoals grafiek VIII-2 duidelijk laat zien.

**Grafiek VIII-2**

*Kosten van de ambulante geestelijke gezondheidszorg\* in Nederland in absolute en reële bedragen (1970=100) in miljoenen guldens (1972-1982)*



\* N.b. Het is niet duidelijk welke onderdelen eronder begrepen werden.  
Bron: Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne 1978a en 1983a.

In dit hoofdstuk stellen we de vraag waar deze gelden in de praktijk terecht kwamen. Om deze vraag te beantwoorden kijken we eerst hoe de AWBZ vanaf begin jaren zeventig stap voor stap werd ingezet om meer greep te krijgen op de ambulante geestelijke gezondheidszorg. Twee, later (na 1973) drie, of eigenlijk vier doelstellingen stonden de beleidsmakers daarbij voor ogen: de AGGZ moest toegankelijker (zowel in financiële zin als wat betreft spreiding over de regio's) worden, ze moest beter gestructureerd worden en uiteindelijk ook financieel binnen de perken blijven en het aantal in inrichtingen opgenomen patiënten doen dalen. Deze laatste doelstelling (eigenlijk meer een verwachting) was al zo oud als de extramurale hulpverlening zelf en werd in de genoemde periode uiteindelijk als expliciete intentie in de plannen opgenomen.

Met deze beleidsdoelen in het achterhoofd werd de vorming van regionale instellingen voor geestelijke gezondheidszorg (RIAGG's) gerealiseerd. Eerst gingen de sociaal-psychiatrische diensten (SPD's) over op de AWBZ-financiering, daarna kwamen de MOB's erbij. De IMP's en de BLGV's volgden later en in 1982 werd ten slotte het RIAGG-besluit van

kracht.

Wij bekijken de verschillende stappen die op het gebied van deze besluitvorming werden genomen en stellen telkens de vraag: wat veranderde er in de praktijk van de betreffende voorziening, vooral met betrekking tot de spreiding van de voorzieningen en (de omvang van) het personeel? Wat betekende dit uiteindelijk voor de cliënten? En in hoeverre hingen deze veranderingen samen met de invoering van het nieuwe financieringssysteem? Of waren er misschien toch ook andere mechanismen aan het werk?

## § 1. De SPD's onder de AWBZ

In hoofdstuk V schreven wij al dat A. Querido bij de invoering van de AWBZ als enige tegen het wetsvoorstel had gestemd. Hij vond dat het wetsontwerp 'te weinig perspectieven' bood aan psychiatrische patiënten. Dat kwam hoofdzakelijk doordat de ambulante hulpverlening helemaal uit het wetsvoorstel was weggelaten.<sup>1</sup>

Toch was van meet af aan al duidelijk dat vroeg of laat ook de maatschappelijke gezondheidszorg, waaronder de AGGZ geschaard werd, onder de AWBZ zou gaan vallen. Het was alleen een kwestie van tijd en ook, en dat was betrekkelijk nieuw, van geld. Al snel na de komst van de AWBZ had een verschuiving plaatsgevonden in de beleidsoptiek: van de uitgavenkant (wat gebeurt er met het geld?) naar de inkomstenkant (hoe komen we aan het geld?). In 1970 had staatssecretaris Kruisinga nog in een brief aan de Tweede Kamer laten weten, dat wat hem betreft de financiering van de *gehele* ambulante geestelijke gezondheidszorg onder de AWBZ moest vallen.<sup>2</sup> In september 1971 stuurde de Minister echter een adviesaanvraag aan de Sociaal Economische Raad, waarin duidelijk werd gemaakt dat een royale uitbreiding van het verstrekkingenpakket van de AWBZ er vanwege het geld voorlopig niet in zat. Een jaar later, toen de SPD's inmiddels onder de AWBZ vielen, werd de uitbreiding zelfs tijdelijk stopgezet.<sup>3</sup>

### *Een twijfelachtig genoeg*

De SPD's hadden de eer als eerste ambulante voorziening via de AWBZ te worden gefinancierd. Deze eer dankten zij aan het feit dat zij als 'meest sprekende voorbeeld' werden beschouwd van diensten die een directe relatie met de intramurale zorg onderhielden. Het overkoepelende orgaan van de SPD's, de Nederlandse Vereniging van SPD's (NVSPD), was ech-

---

<sup>1</sup> Querido 1968, 3.

<sup>2</sup> Blankestijn en Geradts 1978, 42.

<sup>3</sup> Van der Grinten 1976, 583.

ter niet onverdeeld gelukkig met deze status. In een artikel in het *Maandblad voor Geestelijke Volksgezondheid* zette zij haar bezwaren uiteen. In beginsel vond de vereniging een mogelijke overstap naar de AWBZ wel een 'goede zaak', schreef men, omdat daarmee de betekenis van het werk op dit terrein van de GGZ werd 'onderstreept'. Bovendien werden de 'ontwikkelingsmogelijkheden in kwantitatief en kwalitatief opzicht' beter gegarandeerd dan met 'het nogal gebrekkige subsidiëringstelsel'.<sup>1</sup> Voor alle duidelijkheid: in het bestaande stelsel werd het grootste deel van de kosten betaald uit de rijkssubsidieregeling van 1961. Daarnaast betaalden de provincies, gemeenten en het Praeventiefonds mee. (Zie hoofdstuk V en VI.) De moeilijkheden die de sector voorheen kenmerkten, bleven ook na 1961 bestaan. De SPD's bleven afhankelijk van verschillende, niet structurele geldstromen; slechts een deel van de personeelslasten werd structureel (door het rijk) gesubsidieerd. De ongelijke spreiding van voorzieningen bleef ook na 1961 voortbestaan.<sup>2</sup> De verwachting was dat de AWBZ hieraan een einde zou maken.

Maar er zat ook een andere kant aan. De nadruk op de sterke band met de intramurale sector wekte de suggestie dat de SPD's alleen aan voor- en nazorg deden. Dat was echter allang niet meer het geval; in hoofdstuk VI lieten we al zien dat het takenpakket veel breder geworden was.<sup>3</sup> Behalve voor- en nazorg, kort gezegd hulp bij opname en begeleiding bij en na ontslag, verrichtte de dienst allerlei werkzaamheden voor patiënten die nooit met de inrichting in aanraking zouden komen. De SPD was - naar eigen zeggen - 'een basisvoorziening in het geheel van de ambulante geestelijke gezondheidszorg' geworden.<sup>4</sup>

Met het uitzicht op de nieuwe financieringsstructuur had het Centrum Katholieke Voor- en Nazorgdiensten onderzoek laten doen naar de taken van de SPD's.<sup>5</sup> Hieruit bleek inderdaad dat de begeleidende taak van de SPD wel een belangrijke, maar zeker niet de enige taak was. SPD-hulpverleners behandelden ook zelf en zij verrichtten preventietaken. De hulpverlening was 'gericht op het verbeteren van de relatie van de psychiatrische patiënt tot zijn of haar milieu en op hun interactie'.<sup>6</sup> De behandeling kon bestaan uit psychische begeleiding, medicamenteuze behandeling en/of psychotherapeutische behandeling. Dat laatste was dus betrekkelijk nieuw.

---

<sup>1</sup> Nederlandse Vereniging van S.P.D.'s 1970. Zie ook: Romme 1970b.

<sup>2</sup> Dolman 1964, 77-78.

<sup>3</sup> Nederlandse Vereniging van S.P.D.'s 1970. Zie ook: Romme 1970b.

<sup>4</sup> Romme en Frowijn 1970, 497.

<sup>5</sup> Romme en Frowijn 1970. Het Centrum Katholieke Voor- en Nazorgdiensten was vlak ná het onderzoek in de NVSPD opgegaan.

<sup>6</sup> Romme en Frowijn 1970, 492.

In de sociaal-psychiatrische begeleiding 'in engere zin' was de vroegere voor- en nazorgtaak herkenbaar. Deze taak was nu niet alleen meer bedoeld om de patiënt op weg te helpen naar de inrichting toe, of - omgekeerd - richting de maatschappij. De inzet was nu vooral: waarborg van continuïteit van zorg. De zorg hoefde niet altijd door dezelfde instantie of persoon geleverd te worden, mits ze maar niet onderbroken werd als de behandelvorm of het deskundigenteam veranderde. De SPD zorgde daarvoor en zou daartoe eigenlijk zeven dagen per week, 24 uur per dag bereikbaar moeten zijn. Dat laatste lukte lang niet altijd en dat was een knelpunt. De begeleiding omvatte voorts adviserende en bemiddelende taken op het gebied van huisvesting, vrijetijdsbesteding, werksituatie en (materiële) voorzieningen. Daarnaast regelde de SPD bijvoorbeeld plaatsing in of doorverwijzing naar psychiatrische inrichtingen, pleeggezinnen, kosthuizen, observatiehuizen (voor jongeren) of naar andere instellingen voor AGGZ, evenals de begeleiding van patiënten in dergelijke voorzieningen of instellingen als verpleeghuizen. Dit alles betrof individuele patiënten, al dan niet in relatie tot hun omgeving. Maar SPD's hadden ook taken in het pakket die op de hele samenleving waren gericht. Dit betrof onder meer het geven van adviezen en het uitbrengen van rapporten aan artsen, sociale diensten, andere voorzieningen voor gezondheidszorg of maatschappelijk werk en justitiële instanties. Ten slotte hield de SPD zich uitgebreid met allerlei preventieactiviteiten bezig. Het ging onder meer om voorlichting (individueel of in groepen) aan professionele deskundigen en instanties op het gebied van onderwijs, wijkverpleging, maatschappelijk werk enzovoort, om het stimuleren van initiatieven op het gebied van de GGZ en om het bevorderen van de samenwerking tussen verschillende organisaties die met GGZ te maken hadden. De SPD had ook een 'algemeen voorlichtende taak'.<sup>1</sup>

Het aantal cliënten van de SPD dat niet met de inrichting in aanraking kwam, was volgens de NVSPD intussen veel groter dan het aantal dat wel met de inrichting te maken kreeg. Ook als de opnames op een psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis werden meegeteld. De bureaus hadden ook veel meer contacten met allerlei welzijnsorganisaties dan met inrichtingen, en de preventietaak was veel meer omvattend geworden dan voorheen.<sup>2</sup>

Dat laatste was de reden dat de NVSPD niet gelukkig was met de gepresenteerde voorstellen om de SPD's onder de AWBZ te brengen. De vereniging vreesde namelijk dat vooral de preventiegerichte activiteiten niet

---

<sup>1</sup> Romme en Frowijn (1970) 494.

<sup>2</sup> Nederlandse Vereniging van S.P.D.'s 1970. Het is onduidelijk waarop de NVSPD deze gegevens baseert. In het artikel van Romme en Frowijn (1970), waarnaar in het stuk van de NVSPD verwezen wordt, worden geen aantallen genoemd.

via de nieuwe wet bekostigd konden worden, omdat deze - zoals bekend - uitsluitend was toegesneden op individuele verstrekkingen. Dat zou betekenen dat het preventiewerk niet meer gedaan kon worden, want dat paste niet in het bekostigingssysteem. 'De financiering hiervan moet gegarandeerd worden op straffe van vermindering van het voorzieningenpakket', schreef de vereniging dreigend. Structurele rijkssubsidie moest blijven bestaan!

De NVSPD vreesde dus dat de voorzieningenbasis van de SPD te smal zou worden door de komst van de AWBZ-regeling. Dat was niet alleen nadelig voor de SPD's die met dit groeiende takenpakket te maken hadden, maar ook voor de ontluikende samenwerkingsverbanden met andere AGGZ-voorzieningen. De ontwikkeling van doelmatige organisatiestructuren van samenwerkende AGGZ-voorzieningen in de vorm van regionale instituten voor geestelijke gezondheidszorg, kwam erdoor in het gedrang, aldus de NVSPD.<sup>1</sup>

De NVSPD had daarnaast nog een ander, praktisch bezwaar tegen de gang van zaken. Als gevolg van de AWBZ-plannen was de rijkssubsidieregeling voor SPD's bij voorbaat als post pro memorie op de rijksbegroting voor 1971 gezet. De NVSPD verwachtte dat de lagere overheden (provincies en gemeenten) dit als argument zouden aangrijpen om hun subsidie-regelingen aan de SPD's stop te zetten. Veel organisaties zouden dan onmiddellijk in financiële moeilijkheden komen.<sup>2</sup> Er moest dus snel actie worden ondernomen.

### *Een ingewikkelde kwestie*

Uit bovenstaande reactie van de NVSPD mag men aflezen dat de invoering van de sociaal-psychiatrische dienstverlening in de AWBZ ingewikkelder was dan de beleidsmakers aanvankelijk hadden gedacht. Zij gingen er in eerste instantie vanuit dat de hulpverlening van de SPD als gewone AWBZ-verstrekking zou worden bekostigd. Dat zou betekenen dat verzeerden als individu, na een verwijzing van de huisarts of met toestemming van een ziekenfonds, aanspraak konden maken op de voorziening en dat de financiering op basis van betaling-per-verrichting zou plaatsvinden.<sup>3</sup>

Het weerwoord van de NVSDP op dit plan doet al vermoeden dat deze weg wel eens niet de meest geëigende zou blijken te zijn. De Ziekenfondsraad, die het plan invulling moest geven, liet zich door deskundigen adviseren en kwam ook tot de slotsom dat het onverantwoord was de financiering van de SPD-hulpverlening in het corset van de AWBZ-

---

<sup>1</sup> Nederlandse Vereniging van S.P.D.'s 1970. Zie ook: Romme 1970b..

<sup>2</sup> Nederlandse Vereniging van S.P.D.'s 1970.

<sup>3</sup> Van der Grinten 1976, 584.

verstrekkingen te persen. Precies om de reden die de NVSPD verwoord had: de hulpverlening was niet uitsluitend op de cliënt, maar ook op het systeem of nog breder, de maatschappij zelf gericht. Daarnaast vond ook de Ziekenfondsraad dat de SPD's altijd rechtstreeks bereikbaar moesten blijven; toestemming van een ziekenfonds of verwijzing via de huisarts moesten geen voorwaarde zijn om van een SPD gebruik te maken.<sup>1</sup> Maar hoe moest het dan worden geregeld? Het antwoord op die vraag was dringend gewenst, mede gezien de financiële moeilijkheden waarin veel SPD's terecht zouden komen, zoals de NVSPD had voorspeld.

Artikel 52d van de AWBZ bracht uitkomst. Dit artikel regelde dat middelen van het Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten konden worden aangewend voor de dekking van allerlei zaken die betrekking hadden op de volksgezondheid of op het gebied van de verzekering zelf, waarvoor in de wet (nog) niets geregeld was, zoals nieuwe instellingen waarvoor nog geen erkenningsgronden waren ontwikkeld, of voorzieningen die (nog) niet in het verstrekkingenpakket waren opgenomen. De SPD-financiering kon voor de gelegenheid wel onder dit artikel vallen. Zo kon de voorziening voorlopig via de AWBZ worden gefinancierd, zonder dat meteen de wet hoefde te worden aangepast. Intussen kon dan worden uitgezocht hoe de SPD's in de toekomst structureel konden worden gefinancierd.

Het Besluit Sociaal Psychiatrische Diensten werd in februari 1971 door de Ziekenfondsraad vastgesteld. De hulpverlening via de SPD's werd nu op tijdelijke basis via dit speciale artikel 52d voor 100 procent uit het Algemeen Fonds gefinancierd. De diensten zouden voortaan rechtstreeks door de Ziekenfondsraad worden betaald op basis van goedgekeurde begrotingen, waarbij toestemming voor de personeelsformatie het uitgangspunt was.<sup>2</sup> Deze op subsidies gelijkende constructie was een noodverband, die aan de Ziekenfondsraad relatief grote macht gaf.<sup>3</sup> De voorzitter van de raad kreeg de bevoegdheid om de hoogte van de uitkeringen aan de instellingen vast te stellen. Hij hoefde zich daarbij alleen maar te laten adviseren door de voor dat doel samengestelde 'Adviescommissie SPD-en', waarin een afvaardiging van de Ziekenfondsraad zelf zitting had, naast een vertegenwoordiging van de NVSPD en de Hoofdingspectie van de Geestelijke Volksgezondheid. Het Ministerie had er nauwelijks invloed op.<sup>4</sup>

---

<sup>1</sup> Van der Grinten 1976, 592.

<sup>2</sup> Personeelslasten maakten bij de AGGZ een nog veel groter deel uit van de kosten dan bij de intramurale GGZ. Voor de Stichting voor Geestelijke Volksgezondheid in Noord-Holland gold in deze periode dat de personeelslasten (inclusief sociale lasten en pensioenpremies) tussen de 87 en 90 procent van de totale kosten uitmaakten! (NHA 380, inv. nr. 2, Jaarverslagen 1972-1980.)

<sup>3</sup> Van der Grinten 1976, 588; Ledeboer 1973, 74.

<sup>4</sup> Van der Grinten 1976, 585; Ledeboer 1973, 75. Volgens Van der Grinten heeft de Ziekenfondsraad zelf in de Tweede Kamer gewezen op het feit dat via deze weg elke vorm van parlementaire controle

De regeling die voor de SPD's was bedacht, was zoals gezegd tijdelijk. Er moest zo snel mogelijk een vorm komen via welke het werk van de SPD's op reguliere wijze gefinancierd kon worden; bij voorkeur via het verstrekkingenpakket van de AWBZ. Daartoe werd de 'Adviescommissie SPD-en' ingeschakeld. Deze had behalve de adviestaak, ook de opdracht gekregen het inzicht in de werkzaamheden en de omvang van de SPD's te vergroten, om - mede op basis van deze inventarisatie - wegen te kunnen vinden die zouden leiden naar een structurele regeling. De onderzoekstaak kwam echter wegens tijdgebrek nauwelijks van de grond: de Adviescommissie had het te druk met het adviseren over de tijdelijke financieringsregeling zelf.<sup>1</sup> De regeling bleef dus voorlopig bestaan.

### *Vuistregels voor de groei*

De behoefte nam intussen toe om voor de SPD's tussentijdse normen vast te stellen, op basis waarvan de groei van de kosten enigszins gereguleerd kon worden. De vuistregels van 1962, die bij de totstandkoming van de rijkssubsidieregeling in het leven geroepen waren, werden weer van stal gehaald.<sup>2</sup> Deze vuistregels waren een soort kwaliteitseisen, die stafbezetting, patiëntenaantal en bevolkingsomvang aan elkaar koppelden. De regel ging uit van een maximale rayongrootte van 300.000 inwoners. Op elke 30.000 inwoners moest één sociaal-psychiatrisch verpleegkundige beschikbaar zijn. Eén sociaal-psychiatrisch verpleegkundige mocht een *case load* van maximaal 75 patiënten hebben. Op elke vier sociaal-psychiatrisch verpleegkundigen moest één leidinggevende werkzaam zijn, op elke vier psychiaters één leidinggevende. Ten slotte was er idealiter één psychiater op twee tot drie sociaal-psychiatrisch verpleegkundigen, een *halftime* psycholoog en drie administratieve krachten.<sup>3</sup>

De vuistregels hadden er in de praktijk al toe geleid dat de inkomsten uit de rijkssubsidies al voor de invoering van de AWBZ-financiering flink waren gestegen.<sup>4</sup> Een snelle rekensom had echter geleerd dat de feitelijke personeelscapaciteit van SPD's in 1971 ongeveer 500 krachten onder de landelijke vuistregel lag. Daar moest dus snel iets aan gedaan worden. De Ziekenfondsraad keurde dan ook voor 1972 een uitbreiding van de personeelscapaciteit met 233 krachten goed, hetgeen inclusief de gewone trendverhogingen zou leiden tot een kostenstijging van 8½ miljoen gulden. De Minister van Volksgezondheid en Milieuhygiëne was hier niet blij mee. We hebben in hoofdstuk VII al laten zien dat de kosten voor de

---

wegviel.

<sup>1</sup> Ledeboer 1973, 75; Ziekenfondsraad 1981, 22.

<sup>2</sup> Van der Grinten 1976, 585.

<sup>3</sup> NHA 380, inv.nr. 2, Jaarverslag 1972-1973, 39.

<sup>4</sup> NHA 380, inv. nr.2, Jaarverslag 1970, 9. Zie ook hoofdstuk VI.

AWBZ voor de intramurale voorzieningen sneller waren opgelopen dan gepland en het Ministerie wilde de kostenstijging een halt toeroepen. Bovendien, zo luidde het argument, dreigde er een discrepantie te ontstaan tussen de SPD's en de andere extramurale voorzieningen die (nog) niet via de AWBZ werden gefinancierd.<sup>1</sup>

De Ziekenfondsraad, die - zoals eerder aangegeven - hier de zeggenschap over had, verwierp echter de bezwaren van het Ministerie, met als argument dat de kostengroei was te voorzien en zelfs door de Minister was beoogd. Anders hadden de SPD's net zo goed niet onder de AWBZ gebracht kunnen worden. De raad had ook nog een andere reden om er tegenin in te gaan. De Minister mat met twee maten. De SPD's konden door het systeem van begrotingsbeoordeling gemakkelijk tot kostenstabilisatie worden gedwongen. Voor de andere instellingen die onder de AWBZ vielen, gold dat niet; die werden immers per verstrekking gefinancierd. De Ziekenfondsraad vond het bezwaarlijk dat alleen de SPD's tot matiging zouden worden gedwongen om geen andere reden dan dat dit eenvoudigweg *mogelijk* was, terwijl de andere, veel grotere sectoren - die ook de kostengroei veroorzaakten - ongemoeid werden gelaten.<sup>2</sup>

De uitbreiding van de personeelsformatie kon wat betreft de Ziekenfondsraad gewoon doorgaan. Er waren wel twee voorwaarden aan verbonden. De eerste luidde dat er in 1973 geen personeelsuitbreiding gevraagd mocht worden, tenzij de betreffende dienst kon aantonen dat er duidelijk sprake was van een achterstandssituatie. De tweede voorwaarde was dat de SPD's duidelijkheid moesten scheppen over hun taak en plaats in de GGZ. Zonder klaarheid over de noodzaak van verdere personeelsuitbreidingen, zou de sector in de jaren daarop volgend geen geld extra meer krijgen.<sup>3</sup> De NVSPD pakte deze toegeworpen handschoen op. Wij komen hier nog op terug.

### *Kostengroei*

Grafiek VIII-3 maakt duidelijk dat de kosten van de SPD's na 1971 toenamen. Helaas zijn er geen gegevens beschikbaar van uitsluitend de kosten voor SPD-hulpverlening van voor de nieuwe financieringssystematiek, wel van de gehele ambulante geestelijke gezondheidszorg (zie de inleiding van dit hoofdstuk). We weten ook dat de kosten van de gehele ambulante sector tussen 1968 en 1973 jaarlijks met 12,2 procent toenamen. Een deel van deze stijging had al plaatsgevonden voor de introductie van de nieuwe financieringsregeling. Tussen 1973 en 1975 stegen de kosten jaar-

---

<sup>1</sup> Van der Grinten 1976, 586.

<sup>2</sup> Van der Grinten 1976, 586-588. De aantallen medewerkers die in het voorgaande genoemd worden, zijn bedoeld in fte's. Zie ook: Blankestijn en Geradts 1978, 67.

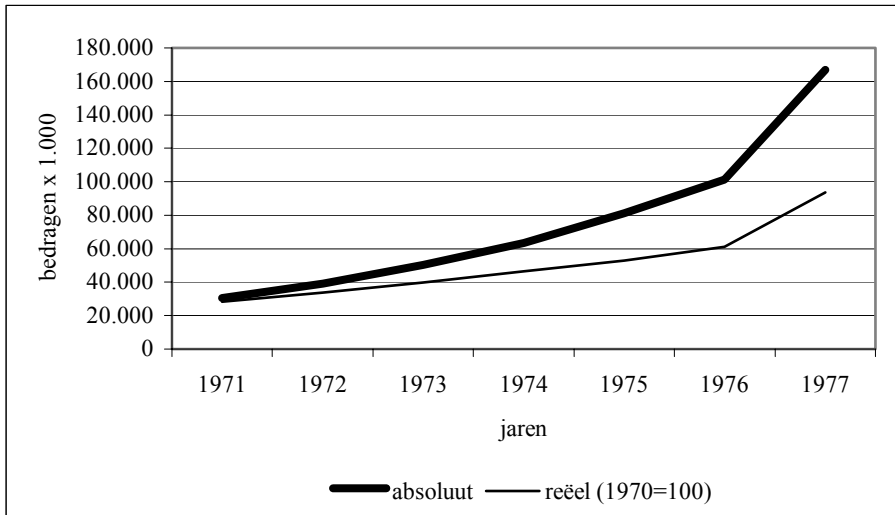
<sup>3</sup> Van der Grinten 1976, 589.

lijks met 12,5 procent.<sup>1</sup>

De grafiek laat zien dat opnieuw een belangrijk deel van de kostengroei voor de SPD's veroorzaakt werd door de inflatie, die – we hebben dit al eerder opgemerkt – in de jaren zeventig enorm was. Maar als we de inflatie uitvlakken, blijft er nog altijd een ruime verdrievoudiging in zes jaar tijd van de kosten over, die enigszins zichtbaar is in het groeiende aandeel dat de SPD-hulpverlening innam in de totale AWBZ-kosten: van 2 procent in 1971 naar 3,2 procent in 1977.<sup>2</sup>

### Grafiek VIII-3

*Kosten SPD's onder AWBZ-financiering in duizenden guldens (1971-1977)*



\*Inclusief beheerskosten, exclusief eigen bijdragen

Bron: Van der Grinten 1976, 590.<sup>3</sup>

Hieronder proberen we uiteen te rafelen waarin de kostengroei ging zitten. We weten al dat de personeelskosten in de AGGZ een nog belangrijker onderdeel van de totale kosten vormden dan in de intramurale GGZ, dus het ligt voor de hand om behalve de omvang van de hulpverleningspraktijk vooral de omvang en de samenstelling van het personeel te bestuderen.

<sup>1</sup> Van der Grinten 1976, 587. Deze gegevens zijn gebaseerd op cijfers van de Centrale Raad voor de Volksgezondheid.

<sup>2</sup> Zie ook: Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne 1978a, 48.

<sup>3</sup> Van der Grinten baseert zich hierbij op gegevens van de Ziekenfondsraad uit de periode 1971-1973 en premieadviezen voor de AWBZ uit de periode 1974-1977. Voor een deel betreft het ramingen die overigens vrij goed overeenkomen met de gegevens van het *Financieel Overzicht Gezondheidszorg* in de betreffende jaren.

### *Personeel*

De kostengroei van de SPD in de jaren zeventig kwam dus voor een belangrijk deel doordat de post 'personeelslasten' flink was gestegen. Net als in de intramurale geestelijke gezondheidszorg was deze stijging voor een groot deel het gevolg van trendmatige ontwikkelingen; tussen inflatie en salarisstijgingen bestaat immers een wisselwerking.

Het waren echter niet alleen maar trendontwikkelingen waardoor de kosten voor het personeel zo sterk waren gestegen. Een deel van de kostenstijging ging op aan een toename van het werkelijke aantal formatieplaatsen: van 967 in 1972 naar 1399 in 1976, anders gezegd: een stijging van bijna 45 procent in vier jaar tijd. Deze cijfers zijn een schatting, omdat er over de betreffende periode geen geordende gegevens beschikbaar zijn wat betreft de werkelijke personeelsaantallen.<sup>1</sup>

De groeicijfers die door het Ziekenfonds werden toegestaan, lagen nog hoger: van 801 (1971) naar 1499 medewerkers (1976), oftewel een stijging van 89 procent in zes jaar tijd.<sup>2</sup> Grafiek VIII-4 laat duidelijk zien dat de stijging plaatsvond tussen 1971 en 1973. In 1973 stabiliseerde de groei. Hierin was de eerste voorwaarde van de Ziekenfondsraad zichtbaar, namelijk dat er voor 1973 geen uitbreiding van personeelsformatie gevraagd mocht worden, tenzij de betreffende instelling kon aantonen dat het ging om het inhalen van een achterstand. Daarna groeide het aantal personeelsleden weer.

Volgens de Ziekenfondsraad werkten er in 1975 1385 mensen bij een SPD (vergelijk het jaar 1975 in de grafiek: 1290 formatieplaatsen), onder wie 169 psychiaters, 149 psychologen, 491 sociaal-psychiatrisch verpleegkundigen en 91 maatschappelijk werkenden.<sup>3</sup> Rond 1980 lag het aantal zelfs tegen de 1.700. Vergelijk deze cijfers met de aantallen in hoofdstuk VI en het wordt direct duidelijk hoezeer de SPD-hulpverlening in omvang was gegroeid. In 1959 werden er immers slechts 194 medewerkers geteld, van wie iets meer dan de helft werkzaam was als verpleegster, terwijl ongeveer een derde als psychiater werkte. Het aantal

---

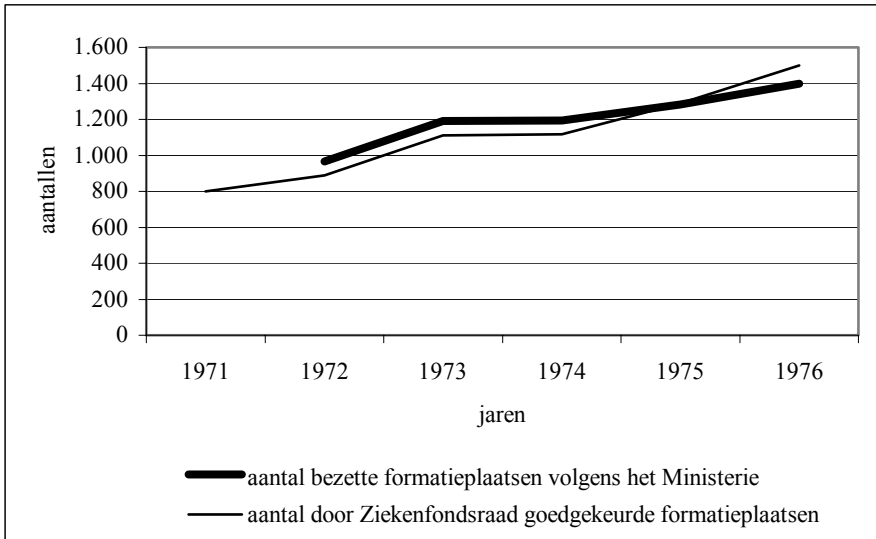
<sup>1</sup> Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne 1978a, 48.

<sup>2</sup> Van der Grinten 1976, 586. Het gaat om fulltime equivalenten op 1 januari van het betreffende jaar.

<sup>3</sup> Romme et al. 1978, 24. Dat het hier om personen gaat en niet om fulltime equivalenten, hebben we aangenomen op grond van het feit dat het door de auteur genoemde aantal hoger ligt dan het aantal door het Ministerie en de Ziekenfondsraad genoemde getal.

### Grafiek VIII-4

#### Aantal bezette en goedgekeurde formatieplaatsen in SPD's in Nederland (1971-1976)



Bron: Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne 1978b; Van der Grinten 1976, 586.

psychologen was toen nog op één hand te tellen. De groei van deze beroepsgroep mag wel worden beschouwd als de belangrijkste verandering van het takenpakket van de SPD. Hoe de groei precies verlopen is, is moeilijk vast te stellen; voor andere jaren hebben wij geen gespecificeerde personeelsgegevens gevonden. Wel kunnen we vaststellen dat de groei van de personeelsomvang in de SPD's een door de Ziekenfondsraad gestimuleerde aangelegenheid is geweest. Met de toepassing van de 'vuistregel' trotseerde de raad immers de wens van de Minister om de kosten in de hand te houden.

#### *Hulpverleningspraktijk niet te meten*

We hebben nu laten zien dat de stijging van personeelslasten te maken had met trendontwikkelingen en een door de Ziekenfondsraad gewenste uitbreiding van het personeelsbestand. Nu is de vraag of ook de omvang van het gebruik van de SPD's veranderde. Kwamen er meer cliënten bij? Nam de hoeveelheid cliëntcontacten toe? Duurden de behandelingen langer? Of waren de hulpverleners meer tijd kwijt met zaken die niets met de hulpverlening zelf te maken hadden? Dit alles is voor deze periode heel moeilijk vast te stellen en deze moeilijkheid werd ook in de tijd zelf als een probleem signaleerd.

Wij schreven al dat de Ziekenfondsraad de NVSPD had uitgedaagd om nu eens goed in kaart te brengen wat de SPD's eigenlijk deden. Dat was de tweede voorwaarde voor uitbreiding van het personeelsbestand (zie hierboven). De NVSPD bracht in 1973 rapport uit.<sup>1</sup> Uit dit onderzoek, dat - zoals te verwachten - meteen een pleidooi inhield voor uitbreiding van de faciliteiten, bleken verschillende dingen. De belangrijkste bevinding was dat de individuele instellingen onderling heel sterk verschilden als het ging om uitgevoerde taken, bereikte leeftijdsgroepen, aantal beschikbare stafuren en kosten per 1.000 inwoners. Het hoe en waarom van deze verschillen werd echter niet duidelijk en er konden daarom geen beleidsinstrumenten op worden gebaseerd.<sup>2</sup>

Verder kwam naar voren dat in de opleiding tot arts en zenuwarts veel te weinig aandacht werd geschonken aan de sociale psychiatrie. Er bestond ook een grote discrepantie tussen de ideale staf/patiëntverhouding die Kruisinga voorstond in de *Nota Geestelijke Volksgezondheid* (1970) en de situatie in de praktijk. Maar helemaal zeker was dit alles niet; het was namelijk volkomen onduidelijk hoeveel patiënten de SPD's nu werkelijk begeleidden en ondersteunden. Een centraal registratiesysteem voor alle voorzieningen was er niet en over wat precies als patiënt, cliëntcontact enzovoort beschouwd werd, tastte de onderzoeker in het duister. Er werden allerlei verschillende systemen gehanteerd, waarvan er één zelfs uitging van het principe: eens ingeschreven altijd ingeschreven.

Grafiek VIII-5 en VIII-6, gebaseerd op de gegevens van de SPD van de Stichting voor Geestelijke Volksgezondheid in Noord-Holland, maken inzichtelijk hoe groot de invloed van deze vorm van registreren was. De productie gemeten in aantal consulten en huisbezoeken nam vanaf eind jaren vijftig niet toe.

Het aantal ingeschreven cliënten was echter tussen 1950 en begin jaren zeventig enorm gegroeid. In 1974 werd het bestand opgeschoond. Hetzelfde gebeurde in 1976. Cliënten met wie het afgelopen jaar geen contact was geweest, werden uit het bestand gehaald. De omvang van het bestand was toen weer ongeveer terug op het niveau van midden jaren vijftig, hetgeen meer overeenkwam met de productie.

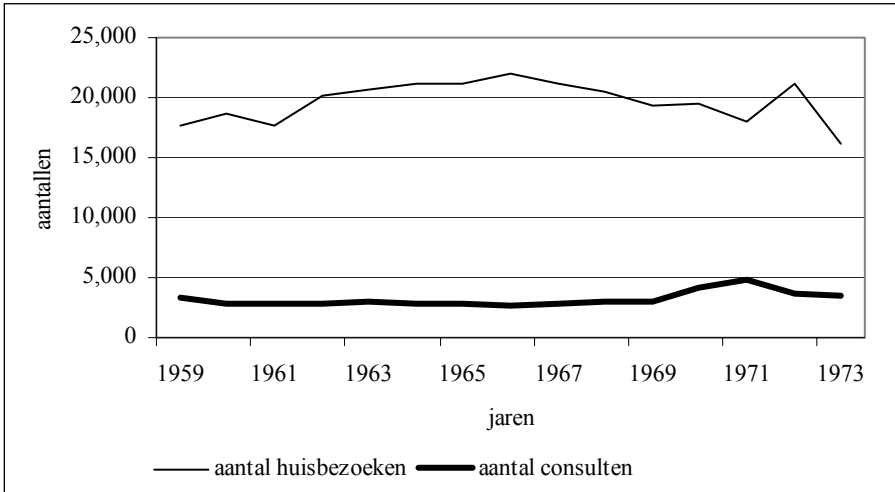
---

<sup>1</sup> Romme 1973. Het is overigens niet helemaal duidelijk of de auteur zelf het onderzoek heeft verricht. Vermoedelijk wel. Hij was destijds hoogleraar sociale psychiatrie aan de Universiteit van Maastricht.

<sup>2</sup> Blankestijn en Geradts 1978, 67.

**Grafiek VIII-5**

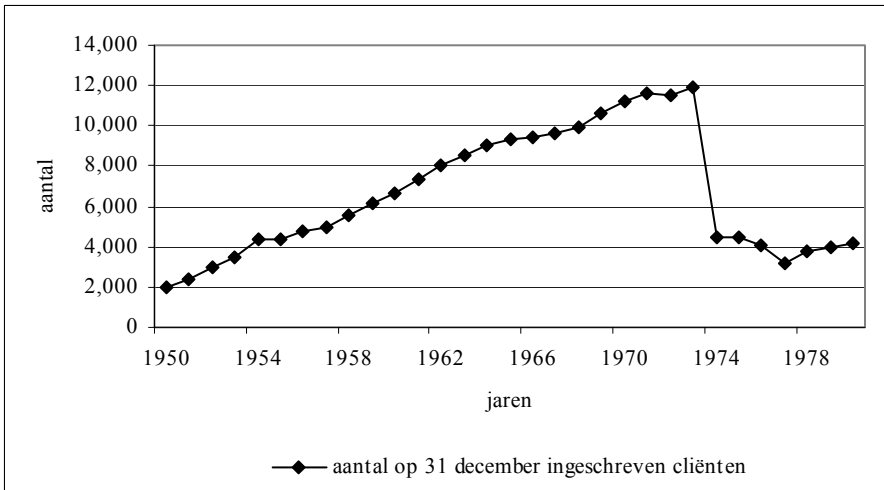
*Aantal consulten (psychiaters) en huisbezoeken (verpleegkundigen) SPD's van de Stichting voor Geestelijke Volksgezondheid in Noord-Holland (1959-1973)*



Bron: NHA 380, inv. nr. 1-2, Jaarverslagen.

**Grafiek VIII-6**

*Aantal cliënten op 31 december ingeschreven bij een SPD van de Stichting voor Geestelijke Volksgezondheid in Noord-Holland (1950—1980)*



Bron: NHA 380, inv. nr. 1-2, Jaarverslagen.

Verschillende SPD's werkten met zo'n doorlopend archief. Hoeveel patiënten er werkelijk in behandeling waren, was daardoor nauwelijks te achterhalen. In ieder geval was het aantal veel minder groot dan de cijfers suggereerden. Uit een ingewikkelde berekening kwam er in het NVSPD-onderzoek uiteindelijk een ruwe schatting naar voren, maar hoe betrouwbaar deze schatting was, is onmogelijk vast te stellen.<sup>1</sup> In het jaar waarin het onderzoek plaatsvond (1972) zou er volgens deze berekening met rond de 75.000 patiënten contact zijn. Er waren op dat moment ongeveer 250 sociaal-psychiatisch verpleegkundigen werkzaam in de SPD's. Bij de als reëel beschouwde maximale werklast van 75 patiënten per verpleegkundige (zie 'vuistregel'), zouden deze in werkelijkheid nog geen derde deel van alle patiënten onder hun hoede kunnen hebben. Daarmee werd uitbreiding van het aantal medewerkers wel heel hard nodig! Het argument dat hiervoor in het onderzoek naar voren werd gebracht, komt ons zeer bekend voor. De SPD-behandeling van patiënten kostte per jaar ongeveer evenveel als een week behandeling in een inrichting. 'Wanneer er in de geestelijke gezondheidszorg werkelijk bezuinigd moet worden, zal de verhouding klinische en ambulante zorg drastisch moeten worden herzien.'<sup>2</sup>

*Toch toestemming om uit te breiden*

Al met al was het volkomen onduidelijk wat de omvang was van de hulpverlening via de SPD's. Of de nieuwe financieringsstructuur invloed had op de zorgconsumptie, viel niet vast te stellen. En of er een relatie bestond tussen de omvang van de werkzaamheden en de grootte van de personeelsformatie, kon evenmin worden achterhaald. Achteraf kunnen wij stellen dat deze uitkomst geen verwondering hoeft te wekken: hij vertoonde grote overeenkomsten met de resultaten van onderzoekingen naar de relatie tussen patiëntkenmerken en personeelsformatie in de intramurale sector. In de literatuur werd hier echter door niemand op gewezen. Het argument waarmee desondanks uitbreiding van de personeelsformatie in de SPD-sector werd bepleit, was hetzelfde waarmee de AGGZ zichzelf al sinds het begin van zijn ontstaan in de kijker had gespeeld. Het was het aloude, maar nimmer afdoende bewezen, motief van 'bezuinigen'. Blijkbaar was dit argument voldoende om de Ziekenfondsraad te overtuigen, want ondanks de vage uitkomsten van het onderzoek, zette de raad geen rem op de personeelsgroei. Voor 1974 en 1975 werd opnieuw een uitbreiding van de personeelslasten toegestaan: 10 procent bovenop de trendontwikkeling. Hiermee leek in 1975 de 'minimumstartpositie' (het

---

<sup>1</sup> Romme 1973, 128.

<sup>2</sup> Romme 1973, 128.

uitgangspunt van de ‘vuistregels’, zie hierboven) te zijn bereikt. De behoefte aan duidelijke beleidscriteria werd er echter allerm minst minder om. De vuistregel werd begin jaren zeventig al door de hulpverleners in de praktijk zelf als achterhaald beschouwd.<sup>1</sup> Daar kwam bij dat ook de kostengroei bovenop de ‘vuistregels’ na 1975 gemotiveerd moest worden. Ten slotte kwamen inmiddels ook de MOB’s in het zicht van de AWBZ, wat tot hogere kosten zou kunnen gaan leiden.<sup>2</sup>

## § 2. De MOB’s en het Besluit Ziekenfondsraad AGGZ

Evenals de SPD’s zagen de MOB’s van eind jaren zestig, begin jaren zeventig er naar eigen zeggen heel anders uit dan hun voorgangers van kort na de Tweede Wereldoorlog. De hulpverleners waren druk bezig met de invoering van allerlei nieuwe hulpverleningsmethodieken en de organisatie van hun werkzaamheden was drastisch gewijzigd. Dit bleek uit een onderzoek dat tussen 1970 en 1972 was gedaan naar aanleiding van vragen van onder anderen staatssecretaris Kruisinga, de Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid en de Ziekenfondsraad.<sup>3</sup>

De MOB’s richtten volgens het onderzoek hun aandacht veel minder dan vroeger op het verkrijgen van een zo volledig mogelijk overzicht van samenhangende factoren tussen het ziektebeeld van het aangemelde kind en de relaties met de omgeving. Voorheen werd hiertoe – zoals eerder aangegeven – standaard voor elke cliënt het hele arsenaal aan diagnostische technieken uit de kast gehaald. Anno 1971 werd in 49 van de 65 geënquêteerde bureaus niet meer zo’n alles dekkend onderzoek ingesteld, maar werd met deelonderzoeken gewerkt en daarna zo snel mogelijk begonnen met de behandeling. Dit bespaarde veel tijd en de cliënt hoefde niet meer zo lang in onzekerheid te blijven over de behandeling. Soms werd tijdens de behandeling nog een nader onderzoek ingesteld. Bij de hulpverleners die bij de diagnostiek betrokken waren, was daardoor wel een grotere deskundigheid in de beginfase van het behandelingsproces vereist. Zo snel mogelijk beginnen met de behandeling was niet altijd te verenigen met zo doeltreffend mogelijk werken en de kwantiteit en de kwaliteit van de hulpverlening konden elkaar eveneens in de weg zitten. Of, zoals de onderzoekers het formuleerden:

---

<sup>1</sup> Blankestijn en Geradts 1978, 67.

<sup>2</sup> Van der Grinten 1976, 589. Volgens de auteur bleek overigens later uit nacalculaties dat dit minimum niet was bereikt.

<sup>3</sup> N.V.A.G.G., sectie M.O.B.’s 1972, 567-568.

Een te lange wachttijd vóór de behandeling kan beginnen, zal voor veel mensen funest zijn. Een direct contact met de therapeut waarop echter geen behoorlijke behandeling kan volgen omdat plaats moet worden gemaakt voor een nieuwe aanmelding is al even ongewenst.<sup>1</sup>

In de MOB's rond 1970 werd daarom gedurig gezocht naar wegen om het functioneren te verbeteren. De MOB's gaven nog altijd veel adviezen aan onder anderen ouders, leraren en justitiële instanties en hanteerden de volgende behandelingsmethodieken:

1. individuele spel- en/of gespreksbehandeling van het aangemelde kind;
2. spelgroepen, samengesteld uit aangemelde kinderen uit verschillende gezinnen;
3. spel- en/of gespreksbehandeling van kinderen uit een gezin;
4. creatieve en ekspressieve therapie met kinderen en volwassenen;
5. individuele gespreksbehandeling van een der ouders
6. gespreksbehandeling van beide ouders samen door een of twee therapeuten, zo nodig afgewisseld met individuele behandeling door een therapeut;
7. gespreksbehandeling van enkele of alle gezinsleden samen, zgn. gezinstherapie;
8. gespreksbehandeling in groepen, samengesteld uit jongeren en/of volwassenen;
9. gespreksbehandeling in groepen, samengesteld uit ouderparen, vaders, moeders.<sup>2</sup>

De bureaus betrokken lang niet meer alleen de moeders en de kinderen in het onderzoek en de behandeling: ook de vaders werden erbij gehaald en in 40 van de 65 aan het onderzoek deelnemende bureaus werd gezinstherapie toegepast, of werd er een begin mee gemaakt. Groeps(spel)therapie van kinderen vond in praktisch alle bureaus plaats.

Net als de SPD's ondernamen ook de MOB's preventieactiviteiten. Uit de inventarisatie bleek bijvoorbeeld dat 57 van de 65 deelnemende MOB's consulten gaven aan derden. 35 MOB's begeleidten leerkrachten van LOM- en MOK-scholen in verband met de zorg voor door het MOB onderzochte kinderen, en met het kleuteronderwijs, het gewone lager onderwijs en het voortgezet onderwijs hadden respectievelijk 49, 53 en 39

---

<sup>1</sup> N.V.A.G.G., sectie M.O.B.'s 1972, 570.

<sup>2</sup> N.V.A.G.G., sectie M.O.B.'s 1972, 571.

MOB's contact. De instellingen vonden eigenlijk dat deze taak beter in regionale instellingen voor geestelijke gezondheidszorg konden worden ontwikkeld en geïntegreerd. Zij zouden hun preventietaak wel meer invulling *willen* geven, maar hadden daarvoor niet voldoende personeel en geld.<sup>1</sup>

De MOB's hoopten al met al dat de subsidieregelingen van rijk, provincie en gemeenten snel zouden worden aangepast.

De versnippering in het financieringsstelsel in verzekeringsfinanciering (A.W.B.Z.) enerzijds en subsidiestelsel anderzijds, de versnippering over de departementen Volksgezondheid, Justitie, C.R.M., daarnaast de verknijpte financiering door rijk, provincies en gemeenten, het ontbreken van onderlinge afstemming van het financieringsbeleid, zowel interdepartementaal, als inter-provinciaal, als inter-gemeentelijk, alsook tussen deze niveaus onderling, maakt het voor instituten en staven in deze sector van de welzijnszorg zwaar om iets van de wil tot integratie te realiseren.<sup>2</sup>

#### *De MOB's ook onder de AWBZ*

In september 1974 stuurde staatssecretaris Hendriks een adviesaanvraag aan de Ziekenfondsraad om een weg te vinden om ook de MOB's onder de AWBZ te brengen. In de adviesaanvraag gaf Hendriks opnieuw aan dat de verbrokkelde financieringsstructuur moest worden opgeheven. Nu was er een argument bijgekomen: doordat ze op verschillende manieren werden gefinancierd, konden de instellingen zich niet gelijkwaardig ontwikkelen.<sup>3</sup> De structurele regeling voor de SPD's was - zoals bekend - nog niet klaar en de Ziekenfondsraad adviseerde de Staatssecretaris daarom de MOB's voorlopig maar op dezelfde manier te gaan financieren als de SPD's. Zo werden de MOB's in 1975 onder het nieuwe financieringsstelsel getrokken, volgens dezelfde constructie als die voor de SPD's: via het niet speciaal daarvoor bedoelde artikel 52d. De vuistregels voor de personeelsformatie die de Ziekenfondsraad voor de SPD's hanteerde, waren overigens niet van toepassing op de MOB's.<sup>4</sup>

Net als de SPD's kregen ook de MOB's nu meer geld ter beschikking. Het ging om ongeveer 6½ miljoen gulden, op een totaal van ruim 29½ miljoen (de geraamde beheerskosten in 1974).<sup>5</sup> Waar ging het geld in de praktijk

---

<sup>1</sup> N.V.A.G.G., sectie M.O.B.'s 1972, 574-574. LOM-school = school voor kinderen met leer- en opvoedingsmoeilijkheden. MOK-school = school voor moeilijk opvoedbare kinderen.

<sup>2</sup> N.V.A.G.G., sectie M.O.B.'s 1972, 573.

<sup>3</sup> Van der Grinten 1976, 588.

<sup>4</sup> Blankestijn en Geradts 1978, 47.

<sup>5</sup> Van der Grinten 1976, 590.

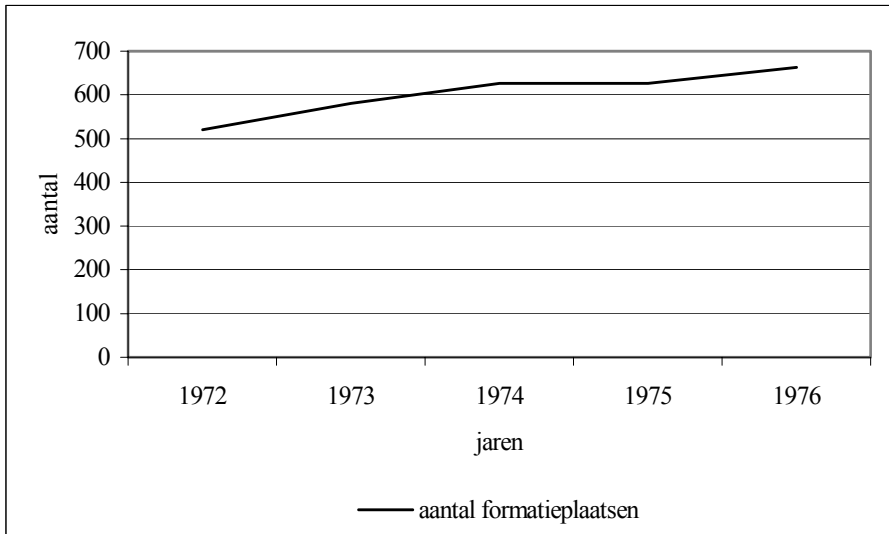
naartoe? We kijken opnieuw naar het personeel en naar de omvang van de sector.

### *Personeel*

Ook voor de MOB's gold natuurlijk dat in de tijd dat de AWBZ-financiering werd geïntroduceerd, de personeelslasten groeiden. Hierbij waren vanzelfsprekend inflatie en trendbewegingen belangrijke medeveroorzakers van de groei. Maar in grafiek VIII-7 is te zien dat het personeelsbestand eveneens enigszins groeide.

### **Grafiek VIII-7**

*Aantal formatieplaatsen MOB's in Nederland (1972-1976)*



Bron: Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne 1978a. Gebaseerd op gegevens van de NVAGG.

Of de uitbreiding van het personeelsbestand in de MOB's als gevolg van de komst van de nieuwe financieringsstructuur, aanzienlijk geweest is, is op grond van deze gegevens moeilijk vast te stellen. Vermoedelijk wel. De grafiek geeft daarover eigenlijk te weinig informatie. De geleidelijke groei van het aantal medewerkers was, zoals uit de grafiek valt af te lezen, al begonnen voor 1975 en ging vermoedelijk na 1976 gewoon door. Na 1976 veranderde echter de manier van gegevens verzamelen. De AGGZ werd nu rechtstreeks door het CBS geënkquêteerd en ook de andere 'voorlopers' van de latere RIAGG's werden in de statistiek opgenomen. Een onderverdeling tussen de verschillende werkgebieden werd toen niet meer

gemaakt. Uit andere bronnen blijkt dat het aantal MOB-medewerkers rond 1980 ongeveer 800 bedroeg.<sup>1</sup> Hiervan bestond het merendeel uit psychiatrisch geschoolde maatschappelijk werkers.<sup>2</sup>

#### *Omvang van de hulpverleningspraktijk*

Door fusies en schaalvergroting nam het aantal MOB-vestigingen tussen 1965 en 1981 af. Eind jaren zestig waren er 73 bureaus met 105 spreekuren, in 1974 waren er 64 bureaus en rond 1980 waren er nog 55 bureaus, met 94 spreekuren.<sup>3</sup> Hoeveel cliënten zij in behandeling hadden, is moeilijk vast te stellen, want er zijn geen centrale gegevens over. Ook voor de MOB's gold dat de manier van gegevens verzamelen niet voor alle bureaus hetzelfde was. De NVAGG hanteerde het begrip 'cliëntsysteem' in plaats van 'cliënt', omdat bij een behandelcontact meestal meer personen (kind plus een of twee ouders) betrokken waren. Uit onderzoek bleek dat een 'cliëntsysteem' gemiddeld uit bijna twee personen bestond.<sup>4</sup> Niet alle bureaus werkten hier echter mee, waardoor de interpretatie van de gegevens over het volume bemoeilijkt werd.

In een poging greep op te krijgen op de omvang van de hulpverleningspraktijk, draaide de rijksoverheid de werkelijkheid zelfs om: zij ging er vanuit dat de personeelsomvang de belangrijke indicator van volumeontwikkeling was.<sup>5</sup>

#### *Besluit Ziekenfondsraad AGGZ (1977) handhaaft status-quo*

Wat in ieder geval veranderde door de komst van de AWBZ, was dat opnieuw de aandacht voor de AGGZ toenam. Tegelijk met het van kracht worden van het besluit om de MOB's op te nemen in de AWBZ-financiering, werd ook de 'Adviescommissie-SPD'en' uitgebreid. Vertegenwoordigers van de MOB's werden eraan toegevoegd en de naam werd veranderd in 'Adviescommissie Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg'.<sup>6</sup> Daarmee werd een nieuwe stap gezet in de richting van beleidsmatige integratie van de AGGZ.

De behoefte aan heldere criteria voor het bepalen van de omvang van de financiering en het verdelen van het geld was dringend geworden.<sup>7</sup> De

---

<sup>1</sup> Oosterhuis en Gijswijt-Hofstra 2008, 967.

<sup>2</sup> Oosterhuis en Gijswijt-Hofstra 2008, 949.

<sup>3</sup> Oosterhuis en Gijswijt-Hofstra 2008, 965-966. (gebaseerd op gegevens van de NFGV en het NCGV); Staatstoezicht op de Volksgezondheid 1976, 146 (gebaseerd op gegevens van het Directoraat-Generaal Volksgezondheid, Afdeling Maatschappelijke Gezondheidszorg). Zie ook hoofdstuk VI.

<sup>4</sup> Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne 1982a, 71.

<sup>5</sup> Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne 1982a, 63. Ook in andere *Financieel Overzichten Gezondheidszorg* werd dit gesteld.

<sup>6</sup> Van der Grinten 1976, 588.

<sup>7</sup> Staatstoezicht op de Volksgezondheid 1979, 14.

Ziekenfondsraad had nu ook de macht gekregen over de portemonnee van de MOB's en daarmee was de invloed op de financiering van de AGGZ nog verder gegroeid, zonder dat er wettelijke normen bestonden waarop men zich kon baseren.<sup>1</sup> De 'vuistregel' was het enige element dat nog enigszins in de richting van een norm kwam, maar deze werd zoals gezegd door de werkers in de praktijk als verouderd beschouwd en hij gold alleen voor de SPD's, niet voor MOB's.<sup>2</sup>

De zoektocht naar criteria werd vermoedelijk mede ingegeven door de angst voor verdere onbeheerste groei van de personeelsformatie in de SPD's en MOB's, want tegelijk werd een poging ondernomen om deze groei aan banden te leggen. 'Sedert 1977 is vanwege het nog ontbreken van harde criteria voorzichtigheid betracht ten aanzien van het toestaan van personeelsuitbreidingen bij de sociaal-psychiatrische diensten en de medisch-opvoedkundige bureaus', lezen we in het *Financieel Overzicht Gezondheidszorg* van 1982.<sup>3</sup>

Aan de manier waarop de SPD's en MOB's nu werden gefinancierd kleefden nog enkele andere bezwaren. Artikel 52d werd gebruikt voor een doel waarvoor het eigenlijk niet opgesteld was. Bovendien was de financieringsregeling ooit als noodverband bedoeld en zou zij dus binnen afzienbare tijd door een structurele regeling vervangen moeten worden. Daardoor behield de maatregel voor de instellingen altijd een element van onvoorspelbaarheid, wat niet bevorderlijk was voor het uitstippelen van beleid voor de langere termijn.

De sector zelf vond bij monde van de NVAGG dat de positie van de AGGZ-instellingen binnen de Ziekenfondsraad veel zwakker was dan die van hun intramurale vakgenoten. Dat maakte ze kwetsbaar en het botste bovendien met het overheidsbeleid, dat juist gericht was op de versterking van de positie van de AGGZ. De roep om een structurele oplossing werd luider.<sup>4</sup>

In maart 1977 werd het Besluit Ziekenfondsraad AGGZ aangenomen. Dit Besluit liet de bestaande situatie grotendeels intact. De MOB's en de SPD's en de gecombineerde organisaties waarin beide werksoorten samenwerkten (zoals de Stichting voor Geestelijke Volksgezondheid in Noord-Holland en de Limburgse en de Brabantse AGGZ-voorzieningen) werden na het inwerkingtreden van het besluit (op 1 juli) nog steeds uit

---

<sup>1</sup> Van der Grinten 1976, 590.

<sup>2</sup> Blankestijn en Geradts 1978, 47.

<sup>3</sup> Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne 1982a, 67. Voor een deel was dit misschien retoriek. In hetzelfde jaar werd namelijk door de 'Adviescommissie-AGGZ' een 'Ad-hoc commissie besteding extra ruimte S.P.D.'en en M.O.B.'s' aan het werk om een preadvies op te stellen over de verdeling van vijf miljoen gulden voor de uitbreiding van personeelsformatie. (Staatstoezicht op de Volksgezondheid 1979, 14.)

<sup>4</sup> Blankestijn en Geradts 1978, 47-48.

het Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten gefinancierd. De Ziekenfondsraad stelde altijd nog jaarlijks het budget vast aan de hand van goed-gekeurde begrotingen en exploitatierekeningen. Nieuw was dat instellingen die voor AWBZ-financiering in aanmerking wilden komen, een AWBZ-erkenning moesten hebben, wat inhield dat ze moesten voldoen aan de eisen die de Ziekenfondsraad daarvoor had opgesteld. Het ging om voorwaarden voor een verantwoord beheer van de instelling en de wijze waarop de gegevens over het functioneren aangeleverd moesten worden, inclusief de registratie van de hulpverlening. De MOB's en SDP's dienden vooraf een begroting in, de Ziekenfondsraad stelde daarbij grenzen aan de honorering van de verschillende medewerkers. Deze maxima verschilden per vakgebied (maatschappelijk werkende, sociaal-psychiatrisch verpleegkundige, psycholoog, psychiater), ongeacht de functie die de medewerker vervulde in het multidisciplinaire team. Aan het einde van het boekjaar werd op basis van een nacalculatie afgerekend. De lokale verbindingskantoren van de Ziekenfondsen traden nu ook op als onderhandelingspartner voor de SPD's en MOB's, net zoals ze al deden voor de psychiatrische inrichtingen.<sup>1</sup>

#### *Bedoelde en onbedoelde neveneffecten*

In de voorgaande twee paragrafen zijn diverse zaken duidelijk geworden. In de tijd dat de AWBZ ook de financieringsbron werd voor de SPD's en de MOB's namen de kosten van de beide instellingen toe. De kostengroei vond echter plaats in de jaren zeventig en werd alleen al daardoor voor een heel groot deel door de inflatie veroorzaakt. De groei had echter niet alleen met deze trendontwikkeling te maken, maar ook, zoals we zagen, met een door de overheid beoogde uitbreiding van het personeelsbestand. Of deze uitbreiding ook gepaard ging met een toenemende productie, was echter niet goed na te gaan. De registratiesystemen vertoonden een even grote verscheidenheid als de sector zelf. Waarschijnlijk nam het aantal cliënten toe dat gebruik maakte van de voorzieningen, maar dit was niet te achterhalen. Dit alles werd ook door de beleidsmakers gesignaleerd. Die stelden onomwonden dat verdere uitbreiding alleen zou worden toegestaan als de sector duidelijk kon maken of het geld goed terecht kwam. Daartoe moest zij in kaart gebracht hebben wat voor werk er *precies* werd gedaan en wie er nu *werkelijk* tot de clientèle behoorde.

Het gelukte de SPD's en MOB's onvoldoende om aan deze eis tegemoet te komen. Niettemin stond de Ziekenfondsraad toe dat de groei van de personeelsomvang gewoon doorging. Rond 1980 was het aantal formatieplaatsen in de MOB's gegroeid met ongeveer 50 procent ten opzichte van

---

<sup>1</sup> Sneep 1981, 320-322.

1972. Voor de SPD's gold in dezelfde tijd zelfs een groei van 75 procent. Het aantal SPD-medewerkers was rond 1980 zelfs negen keer zo groot als in 1959. De SPD's hadden dan ook een sterk argument in handen. De sociaal-psychiatrische hulpverlening was per saldo veel goedkoper dan de intramurale hulpverlening en zou daardoor kostenverlagend kunnen werken voor de GGZ in zijn geheel. Dat de SPD voor een steeds groter deel ook andere cliëntgroepen bediende, werd wel gesignaleerd, maar - als puntje bij paaltje kwam - even gemakkelijk over het hoofd gezien (zie paragraaf 1).

De introductie van de AWBZ in de AGGZ-sector had enkele bedoelde en onbedoelde neveneffecten. In hoofdstuk VII hebben wij al kort aangegeven dat de AWBZ het mogelijk maakte om centraal gegevens te verzamelen te behoeve van wetenschappelijk onderzoek naar de GGZ, om op basis daarvan nieuw beleid te ontwikkelen. Dit was een *bedoeld* neveneffect. Op termijn zou zo'n centrale gegevensverzameling ook in de AGGZ kunnen worden ingezet. Vooralsnog bleek het echter ijdele hoop dat er spoedig een centraal registratiesysteem zou komen, zo hebben we reeds geconstateerd. Daardoor bleven de werkelijke effecten van veranderingen in de financieringsstromen op de omvang van de hulpverleningspraktijk lange tijd onzichtbaar. Pas met de komst van de structurele financieringsregeling in 1977 kon met de systematische centrale registratie voor de AGGZ een begin worden gemaakt. Aanvankelijk ging het nog om proefprojecten.<sup>1</sup> In 1978 constateerde het Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne dat er nog altijd geen systematische registratie bestond van het gebruik van de ambulante voorzieningen. Het financieringssysteem was voor een groot deel gebaseerd op budgetfinanciering, waardoor ook uit de financiering geen inzicht kon worden verkregen over het aantal verrichtingen. Het Ministerie hamerde er opnieuw op dat dit er wel moest komen.<sup>2</sup> Uiteindelijk zou de overheid pas vanaf begin jaren tachtig - mondjesmaat! - gebruik kunnen maken van centrale gegevens van de AGGZ.<sup>3</sup>

Een belangrijk *niet bedoeld* effect hing nauw samen met het voorgaande. Er was een (hernieuwde) belangstelling ontstaan voor de AGGZ.<sup>4</sup> Deze belangstelling was het gevolg van de noodzaak om het werk te definiëren alvorens tot een werkbare manier van financieren te kunnen overgaan.<sup>5</sup> Er verscheen een groeiend aantal rapporten en artikelen in vakbladen over de werkzaamheden in de sector.

---

<sup>1</sup> Blankestijn en Geradts 1978, 71-75.

<sup>2</sup> Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne 1978b, 49.

<sup>3</sup> Overigens heeft dit bezwaar ons onderzoek ook gehinderd!

<sup>4</sup> Zie onder andere Nederlandse Vereniging van S.P.D.'s 1970; Romme 1970b; Touw 1974; Romme 1974; Horst 1979; Hiddema 1979.

<sup>5</sup> Romme 1974.

Ondanks de onduidelijke uitkomsten van al die onderzoeken kon de uitbreiding van de sector gewoon doorgaan; de als tijdelijk bedoelde constructie via welke de SPD's en later ook de MOB's werden gefinancierd, bleef vele jaren gehandhaafd, tot uiteindelijk de komst van de RIAGG leidde tot verandering van de wet (zie hieronder). De discussie en de introspectie bleven door dit alles actueel: gedurende de gehele jaren zeventig bleef de AGGZ in het middelpunt van de GGZ-belangstelling staan. Met de totstandkoming van het Besluit Ziekenfondsraad AGGZ en de opbouw van een centraal registratiesysteem vanaf 1977 was het debat nog niet ten einde. Het Besluit liet immers de bezwaren bestaan die daarvoor door de tijdelijke regelingen evenmin waren opgelost. Een van de belangrijkste punten die steeds weer in de discussies naar voren kwamen, was de wens van meer samenwerking in de AGGZ. Ook de spreiding van voorzieningen was nog altijd zeer onevenwichtig. Naarmate de tijd voortschreed, verschoof de aandacht in de vakbladen in de richting van regionalisatie van de ambulante geestelijke gezondheidszorg, een streven dat, zoals we in hoofdstuk V al lieten zien, bijna even oud was als de extramurale geestelijke gezondheidszorg zelf.

### § 3. De strijd om de IMP's

Het was alle betrokkenen duidelijk dat een belangrijke succesfactor voor het welslagen van welke vorm van regionalisering dan ook, gelegen was in de financieringsstructuur. Daarmee kreeg de volgende stap in de uitbreiding van het werkterrein van de AWBZ een ander karakter. Het zwaartepunt van de beleidsdoelstellingen verschoof. De AWBZ was niet langer hoofdzakelijk een *financieel instrument* dat tot doel had de toegankelijkheid te vergroten, maar werd nu meer een *organisatorisch instrument* om de integratie van de verschillende AGGZ-werkvormen te bevorderen. De belangrijkste sta-in-de-weg voor de integratie van de verschillende werksoorten was de IMP-financiering. In deze paragraaf laten we zien hoe de AWBZ werd gebruikt om ook deze hindernis te nemen.

#### *Feiten omtrent de IMP's*

De IMP's zaten, zoals eerder opgemerkt (zie hoofdstuk V), in de 'lift'. Begin jaren zestig waren er nog maar drie IMP's in Nederland, in 1977 negen. Vier waren er in oprichting. Het waren allemaal zelfstandige stichtingen, zonder regioafbakening. De samenwerking met de andere AGGZ-instellingen verliep moeizaam.<sup>1</sup>

De werkzaamheden van de IMP's vertoonden overeenkomsten met die

---

<sup>1</sup> Schrijvers 1977, 43. Uitzondering vormde het IMP in Maastricht, dat deel uitmaakte van de in 1977 aldaar opgerichte RIAGG.

van de SPD's en MOB's. Ze hadden allemaal de intake, het diagnostisch onderzoek, (psychotherapeutische) hulpverlening, kwaliteitsbevordering (opleiding, cursus, supervisie) en voorlichting, preventie en consultatie (aan verwijzers en aan potentiële cliënten) in hun pakket.<sup>1</sup> Verschillen waren er echter ook. Het IMP selecteerde zijn cliëntenpopulatie op grond van kenmerken die tot een redelijke kans op succes van de behandeling leidden (goed kunnen praten, in staat zijn tot introspectie en beschikken over een redelijke mate van intelligentie en bovendien niet ouder zijn dan 45 jaar). De andere AGGZ-werksoorten hadden bijvoorbeeld ook ouderen (SPD's) en kinderen (MOB's) in hun cliëntenbestand.<sup>2</sup> Het IMP werkte hoofdzakelijk met langdurige gespreksbehandelingen, de andere instellingen hanteerden ook andere therapievormen, zoals crisisopvang, ondersteunende gesprekken, bemiddeling enzovoort. De preventietaken van de andere instellingen waren veel belangrijker dan die bij het IMP.<sup>3</sup> De staf verschilde ook: IMP's werkten alleen met psychotherapeuten die lid waren van de in 1930 opgerichte beroepsvereniging, de Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie, de andere instellingen hadden multidisciplinaire teams.<sup>4</sup> De beroepsvereniging bestond aanvankelijk uit psychiaters en zenuwartsen, maar stelde in 1966 haar lidmaatschap officieel ook open voor klinisch psychologen die als psychotherapeut wilden werken. Daartoe moesten ze gekwalificeerd zijn volgens een met postdoctorale cursussen behaald aantal punten.<sup>5</sup>

De IMP's kenden ook een andere vorm van kwaliteitsbewaking. De andere instellingen hadden, zoals hierboven reeds uitgelegd, met de komst van de AWBZ-erkenning een verplichte externe registratie en rapportage (ook over financiën) opgelegd gekregen door de rijksoverheid. Het IMP viel niet onder deze regeling en hoefde dus geen externe verantwoording af te leggen op de manier die de AWBZ verlangde. Het IMP kende wel een externe kwaliteitsgarantie: de verplichting om als psychotherapeut aangesloten te zijn bij de beroepsvereniging. Beide kenden daarnaast interne vormen van kwaliteitsbewaking, bijvoorbeeld in de vorm van intervisie: het intercollegiaal diagnostisch teamoverleg bij het IMP en bij de andere instellingen de werkbepreking en de cliëntbespreking binnen de multidisciplinaire teams.<sup>6</sup>

---

<sup>1</sup> Schrijvers 1977, 43.

<sup>2</sup> Schrijvers 1977, 43-44.

<sup>3</sup> Schrijvers 1977, 44.

<sup>4</sup> Schrijvers 1977, 43.

<sup>5</sup> Vanaf 1973 werden ook maatschappelijk werkenden met een Voortgezette Opleiding toegelaten op basis van het puntensysteem. (Oosterhuis en Gijswijt-Hofstra 2008, 972. Zie ook: Schrijvers 1977, 46.)

<sup>6</sup> Schultz 1981, 65; Schrijvers 1977, 44; zie ook hoofdstuk V.

Midden jaren zeventig ging er ongeveer 20 miljoen gulden om in de IMP-sector. Het grootste deel van de kosten waren de therapiekosten, die op hun beurt – zoals zo vaak gezegd – hoofdzakelijk uit personeelslasten bestonden. Ongeveer 5.000 cliënten stonden ingeschreven bij een IMP. De gemiddelde kosten bedroegen rond de f4.000,- per cliënt.<sup>1</sup> Een IMP rekende gemiddeld f100,- tot f200,- per uur voor therapie, in navolging van de richtlijn ‘psychotherapie door zenuwartsen en psychiaters’ die door de ziekenfondsen werd gehanteerd.<sup>2</sup>

Niet- medische psychotherapeuten die bij een IMP werkten, verdienden daarmee evenveel als zenuwartsen, ongeacht de duur en het niveau van de vooropleiding. Ter vergelijking: het salaris van de collega’s van de andere AGGZ-werksoorten was afgestemd op dat wat voor hun beroepsgroep gebruikelijk was. Een maatschappelijk werkende of een sociaal-psychiatrisch verpleegkundige met aanvullende psychotherapeutische scholing verdiende veel minder dan een zenuwarts. Voor niet-medisch opgeleide hulpverleners die psychotherapie verleenden, maakte het dus veel verschil of men bij een IMP werkzaam was, of bij een andere AGGZ-instelling.<sup>3</sup>

In hoofdstuk V hebben wij reeds aangegeven wie de kosten voor de behandeling in een IMP betaalden, maar we zetten de financiers hier nog even op een rij: de ziekenfondsen, de cliënten zelf, gemeenten (via de constructie ‘noodzakelijke kosten van het levensonderhoud’ van de ABW), de bij de WAO ingestelde Gemeenschappelijke Medische Dienst (als ‘voorziening’ om arbeidsongeschiktheid tegen te gaan) en de AAW. Verschillende regelingen die hiervoor werden angewend, waren eigenlijk niet bedoeld voor de bekostiging van psychotherapie (zie hoofdstuk V). De Swaan spreekt in dit verband van ‘bestuurlijke onderonsjes’ en ‘verwongen interpretaties van wetsteksten op het terrein van de sociale zekerheid’, die ervoor zorgden dat de IMP-psychotherapeuten ongeacht hun vooropleiding, werden gehonoreerd als psychiaters, en de vraag of een cliënt de behandeling vergoed kreeg, vrijwel altijd achteraf door de betreffende ambtelijke diensten in positieve zin werd beantwoord.<sup>4</sup> Ter vergelijking: de vrijevestigde psychiaters die psychotherapie gaven, kregen op dat moment van de ziekenfondsen alleen de eerste 45 behandelingen vergoed (zie ook hieronder). Cliënten die langer therapie nodig hadden, moesten dit uit eigen zak betalen.

---

<sup>1</sup> Schrijvers 1977, 43. Het is niet bekend waarop de auteur deze gegevens baseert.

<sup>2</sup> Schrijvers 1977, 43.

<sup>3</sup> Schrameijer 1979.

<sup>4</sup> De Swaan 1980, 734-735.

*Een gevecht op twee fronten*

Op 5 november 1974 stuurde staatssecretaris Hendriks een brief aan de Ziekenfondsraad met de vraag of men zijn gedachten eens wilde laten gaan over de IMP's. Het was geen officiële adviesaanvraag over de manier waarop de psychotherapeutische hulpverlening gefinancierd moest worden, want daarvoor was er nog te veel onduidelijkheid over de status van deze tak van hulpverlening binnen de AGGZ. In 1977 volgde een daadwerkelijke adviesaanvraag.<sup>1</sup> De Ziekenfondsraad gaf echter als antwoord 'dat eerst dan besluiten daarover genomen kunnen worden, als de resultaten bekend zijn van het beraad in het veld zowel t.a.v. de inhoud van de hulpverlening als t.a.v. de structuur waarin deze plaats heeft, alsmede t.a.v. de bevoegdheden van de hulpverleners'.<sup>2</sup>

Net als de SPD's en de MOB's moesten de IMP's nu dus laten zien dat ze een nieuwe, meer zekerheid biedende, financieringsregeling waard waren. Dit was eerder ook aan de SPD's en MOB's gevraagd en we hebben hierboven al gezien dat het voor deze instellingen niet eenvoudig was er een helder antwoord op te geven. Voor de IMP's was het echter nog veel lastiger. De pogingen hun eigen werkterrein helder te definiëren en daarmee het vak van psychotherapie te verzelfstandigen en te professionaliseren, leidden tot grensgeschillen op twee fronten tegelijk. Aan de ene kant speelde een professioneel belangenconflict tussen IMP-psychotherapeuten (die lang niet altijd een medische achtergrond hadden) en vrijgevestigde (medisch opgeleide) psychiaters en zenuwartsen die psychotherapie bedreven. Aan de andere kant moesten de IMP-psychotherapeuten slag leveren met de niet-medische hulpverleners die psychotherapie bedreven in de andere AGGZ-instellingen. Voor de vrijgevestigde psychiaters en zenuwartsen die psychotherapie bedreven, betekende de verzelfstandiging van de psychotherapie als beroep een statusdaling. Voor niet-medisch opgeleide hulpverleners die psychotherapie verleenden in andere AGGZ-instellingen, zou de verzelfstandiging juist tot een statusstijging leiden.<sup>3</sup> In beide gevallen was behalve de status echter ook het inkomen van de betreffende beroepsbeoefenaren in het geding. Dit alles speelde tegen het decor van het streven naar regionalisatie. In Limburg waren in 1977 al de eerste echte RIAGG's ontstaan, nadat de werkzaamheden van de verschillende bureaus waren opgeknipt en opnieuw (regionaal) geordend.<sup>4</sup> Ook in andere regio's was men al druk doende met het oprichten van RIAGG's.<sup>5</sup> De zaak kreeg daarmee een extra dimensie en er ontstond een 'bijna on-

---

<sup>1</sup> Ziekenfondsraad 1981, 21.

<sup>2</sup> Blankestijn en Geradts 1978, 79.

<sup>3</sup> Oosterhuis en Gijswijt-Hofstra 2008, 977-979; Schnabel 1982, 370-371.

<sup>4</sup> Schrijvers 1977, 43. Zie ook Sorel et al. 1983, 1044-1045.

<sup>5</sup> Zie bijvoorbeeld Willemsen 2001, 231-239.

ontwarbare kluwen van inhoudelijke argumentatie, individuele en instellings-belangen'.<sup>1</sup>

Het conflict tussen de IMP-therapeuten en de zenuwartsen ontstond toen beide groepen professionals eind jaren zeventig probeerden hun financieringsmogelijkheden te verbreden: de ene groep via de AWBZ en de andere groep via de Ziekenfondswet. De IMP's wilden zo snel mogelijk onder de AWBZ worden gebracht, de vrijgevestigde zenuwartsen hadden bij de Ziekenfondsraad een aanvraag ingediend voor verruiming van de ziekenfondsvergoeding voor kortdurende psychotherapie (van 45 naar 90 zittingen per jaar). Beide groepen maakten aanspraak op het alleenrecht om psychotherapie te geven. De vrijgevestigde psychiaters stelden bijvoorbeeld dat alleen een arts een juiste psychotherapie-indicatie kon stellen en de behandeling kon uitvoeren.<sup>2</sup> Ze kregen geen van beiden hun zin.

Het gevecht van de IMP-therapeuten met de niet-medisch opgeleide hulpverleners die psychotherapie verleenden in andere AGGZ-instellingen, had juist daarmee te maken: de titel 'psychotherapeut' was en werd in Nederland niet beschermd. Het stond eenieder vrij om zich 'psychotherapeut' te noemen.<sup>3</sup> In de loop der jaren waren talloze activiteiten onder de noemer psychotherapie aan de man gebracht.<sup>4</sup> De vraag 'wat is psychotherapie?' leverde een reeks aan antwoorden op, die geen van alle uitblonken in helderheid. De Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie hanteerde vanaf 1973 de volgende, in overleg met de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie opgestelde, definitie, die ook werd erkend door de IMP's en het Nederlands Instituut voor Psychologen:

Psychotherapie is het op wetenschappelijk verantwoorde wijze behandelen door een deskundige die daarvoor is opgeleid van patiënten, in die zin dat zij hulp behoeven voor psychiatrische moeilijkheden, conflicten en stoornissen, door middel van het op methodische wijze vestigen, structureren en hanteren van een relatie, teneinde die psychische moeilijkheden, conflicten en stoornissen op te heffen of te verminderen.<sup>5</sup>

Deze beschrijving was zó breed dat ook de medewerkers van de andere AGGZ-werksoorten hun activiteiten erin herkenden, inclusief degenen die zich formeel geen 'psychotherapeut' konden noemen.<sup>6</sup> Het stak hen dat ze minder betaald kregen dan hun collega's bij het IMP, terwijl ze het-

---

<sup>1</sup> Mijs 1987, 125.

<sup>2</sup> Oosterhuis en Gijswijt-Hofstra 2008, 977-979; Blankestijn en Geradts 1978, 80.

<sup>3</sup> Schnabel 1982, 367.

<sup>4</sup> Oosterhuis en Gijswijt-Hofstra 2008, 974. Zie ook: Schrijvers 1977, 45-46.

<sup>5</sup> Geciteerd bij Schrijvers 1977, 45.

<sup>6</sup> Schrijvers 1977, 46.

zelfde werk deden. Vooral dit tweede conflict werd in luide bewoordingen uitgevochten in de vakbladen, waarbij over en weer met modder werd gegooid.<sup>1</sup>

De IMP-psychotherapeut was klem komen te zitten tussen aan de ene kant de vrijgevestigde zenuwarts die psychotherapie bedreef en aan de andere kant de collega's van de SPD's, MOB's en BLGM's die hetzelfde werk verrichtten.

*De kogel is door de kerk*

De Ziekenfondsraad was van meet af aan van oordeel dat wanneer de IMP's de door hen gewenste overgang naar de AWBZ-financiering zouden maken, zij dan hun salaris zouden moeten afstemmen op dat van hun SPD- en MOB-collega's en dat zij actief zouden moeten meewerken aan de vorming van regionale samenwerkingsverbanden.<sup>2</sup> Zo werd de strijd uiteindelijk beslecht met een nederlaag voor de IMP-therapeuten. Op 20 december 1979 kwam dan toch het advies van de Ziekenfondsraad om vanaf 1 januari 1980 ook de IMP's op basis van de AWBZ te financieren. Aanvankelijk nog op dezelfde tijdelijke wijze als destijds gebeurde met de SPD's en MOB's.<sup>3</sup> Het Besluit multidisciplinaire psychotherapie dat daarop werd aangenomen, hield in dat IMP's voortaan gelden ter beschikking kregen van het Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten onder de voorwaarde dat zij zich actief zouden inzetten voor samenwerking met de andere AGGZ-werksoorten in de regio. De kosten die voorheen werden betaald via de AAW werden door de Ziekenfondsraad overgenomen.<sup>4</sup>

Op 26 juni 1980 volgde het Besluit afbouwregeling salarissen multidisciplinaire psychotherapie, waarin werd geregeld dat de salarissen van de niet als arts werkende psychotherapeuten werkzaam bij het IMP voortaan zouden worden afgestemd op de salarissen die bij de SPD's en MOB's werden betaald. Dat wil zeggen: de IMP's mochten wel meer betalen aan de medewerkers, maar dat zou niet via de AWBZ worden vergoed. Dit gold ook voor de niet-medisch opgeleide psychotherapeuten die als freelancer werkten.<sup>5</sup>

Voor de bedoelde groep betekende dit een financiële aderlating van ongeveer een derde van hun salaris. Er kwam een overgangsregeling die een paar jaar in beslag zou nemen.<sup>6</sup> Het was een bittere pil. De therapeuten

---

<sup>1</sup> De discussie wordt onder andere uitgebreid weergegeven in Oosterhuis en Gijswijt-Hofstra 2008, 977-979.

<sup>2</sup> COTG s.a. [1984b], RIAGG 3100-6, april 1984; Mijs 1987, 125.

<sup>3</sup> Ziekenfondsraad 1981, 21.

<sup>4</sup> Besluit van de Ziekenfondsraad van 20 december 1979, Staatscourant 1980,17, zoals gewijzigd bij besluit van 24 januari 1980, Staatscourant 19, aangehaald bij Snee 1981, 329-335.

<sup>5</sup> COTG s.a. [1984b], RIAGG 3100-3.

<sup>6</sup> De Swaan 1980, 740; Schutz 1981, 65. De auteurs noemen overigens verschillende salarissen en

verdienden misschien wel erg veel - De *Volkscrant* zou gekopt hebben: 'IMP-therapeuten verdienen hooglerarensalaris'<sup>1</sup> - maar (en dit gold dan met name de Amsterdamse IMP-therapeuten) het brutosalaris dat overal in de media werd genoemd, was afgestemd op een 40-urige werkweek, terwijl de therapeuten voor maximaal 30 uur aangesteld waren. De kosten van een particuliere praktijkvoering - de therapeuten werden als freelancer betaald - moesten daar nog vanaf. In die 30 uur moesten er 25 therapieën worden gegeven en 5 uur bleef over voor diagnostisch teamoverleg. Reiskosten, reistijd en overuren konden niet in rekening worden gebracht en er was geen mogelijkheid om binnen werktijd tijd en geld te besteden aan scholing.<sup>2</sup>

Volgens De Swaan worden in economisch moeilijke tijden posten 'die bekend staan als onnut of elitair, of zelfs allebei' als eerste geschrapt.<sup>3</sup> De IMP-therapeuten hadden pech. Ze hadden inmiddels door het hele gedoe over hun salaris zo'n grote imagoschade opgelopen, dat hun werk door politiek rechts het stempel van 'onnuttig' kreeg opgedrukt en door links als elitair werd beschouwd. Er was er voor hen geen redding meer aan. Aan de royale bekostiging via 'oneigenlijk' gebruik van de wetgeving was een einde gekomen.<sup>4</sup>

De prijs die de IMP-therapeuten betaalden voor hun wens om opgenomen te worden in de AWBZ-financiering en daarmee van een vaste inkomstenbron te zijn verzekerd, was hoog. Ze raakten hun zelfstandigheid kwijt. Velen van hen (de therapeuten die officieel geen medische taken hadden) gingen er in inkomen zeer op achteruit.

Overigens waren niet alleen de IMP-therapeuten gedesillusionneerd over het eindresultaat van de strijd. Ook de directies en medewerkers van de psychiatrische inrichtingen waar poliklinisch sociaal-psychiatrische en psychotherapeutische hulp verstrekt werd, reageerden '[t]eleurgesteld en zelfs verbolgen'. Zij hadden daarvoor een heel andere reden. J. Knol, bestuurder van de subsectie psychiatrie van de Nationale Ziekenhuisraad, legde uit waarom:

De kogel is nu door de kerk. Dat is reuze jammer. Wij vinden dat hiermee de riagg's eigenlijk worden voorgetrokken boven de andere twee bij deze hulpverlening betrokken partijen: de vrijgevestigde psychiaters en de poliklinieken van de psychiatrische ziekenhuizen. Wij hebben nog niet zo'n wettelijke rege-

---

verschillende percentages.

<sup>1</sup> Geciteerd bij Schultz 1981, 64.

<sup>2</sup> Schultz 1981, 65.

<sup>3</sup> De Swaan 1980, 737.

<sup>4</sup> Dat dit gebruik 'oneigenlijk' was, is onder meer te lezen in Brinkgreven, Onland en De Swaan 1979 en De Swaan 1980, 734.

ling als de riagg's. Het ziet ernaar uit dat wij ons zullen moeten gaan aanpassen aan de regeling voor de riagg, terwijl dat functioneel misschien minder gunstig is.<sup>1</sup>

J. Börger, de secretaris van de Vereniging van Medewerkers van Poliklinieken van Psychiatrische Inrichtingen (VPPI), liet zich in gelijke bewoordingen uit over de zaak. Beiden vonden dat de Ziekenfondsraad te snel was gekomen met het advies. Börger was ook bang dat de nieuwe bekostigingsregeling uiteindelijk zou leiden tot het vertrek van veel van de polikliniekbezoekers naar de RIAGG.<sup>2</sup>

#### **§ 4. Een blauwdruk voor de RIAGG**

Als laatste van de AGGZ-instellingen werden ook de BLGV's onder de AWBZ gebracht. Deze vielen - zoals bekend - voordien onder het regime van Maatschappelijk Werk en hadden een gering aantal psychaters in dienst. Wel hadden ze al sinds 1961 'preventiewerkers' onder de gelederen. Binnen de BLGV's bestond veel verzet tegen de verplichte samenwerking met de andere AGGZ-instellingen omdat men verwachtte dat de psychiatrie daarbij de overhand zou krijgen.<sup>3</sup> Overigens werd er ook bij de BLGV's met vuistregels gewerkt.<sup>4</sup> De BLGV's rekenden ook eigen bijdragen. Deze verschilden per instelling en konden zelfs per activiteit verschillend zijn. De meeste BLGV-instellingen die aan preventie deden, vonden zelf dat daarvoor eigenlijk geen eigen bijdrage gevorderd zou moeten worden.<sup>5</sup>

Op 1 januari 1982 werd de 'hulp door of vanwege een regionale instelling voor ambulante geestelijke gezondheidszorg' voortaan via de AWBZ bekostigd. SPD's, MOB's en IMP's werden daarmee opgenomen in een nieuwe hulpverleningsconstellatie. Het jaar 1982 werd aangewezen als een overgangsjaar, waarin de laatste overgebleven AGGZ-instellingen de kans kregen te fuseren tot RIAGG-rechtspersonen.<sup>6</sup> In het Besluit hulp door of vanwege een regionale instelling voor ambulante geestelijke gezondheidszorg Bijzondere Ziektekostenverzekering van 28 december 1981 werd de RIAGG-hulpverlening omschreven als verstrekking via de AWBZ. Daarmee kwam definitief een einde aan de bezwaren die voorheen kleefden aan de verbrokkelde financieringsstructuur en de toevalligheid en onzekerheid die samenhangen met de financiering op basis van

---

<sup>1</sup> J. Knol geciteerd in N.n. 1981, 1123.

<sup>2</sup> N.n. 1981, 1123. De bezwaren werden herhaald in Vandecasteele 1982.

<sup>3</sup> Oosterhuis en Gijswijt-Hofstra 2008, 951 en 996; Willemsen 2001, 239.

<sup>4</sup> Schrameijer 1979, 781-782.

<sup>5</sup> Dit bleek begin jaren tachtig uit een inventariserend onderzoek. (Brand, Brinxma en Hosman 1982, 65-66.)

<sup>6</sup> Mijs 1987, 17.

subsidies. De AGGZ kreeg daarmee voor de cliënten een verankerde positie in het hulpverleningsbestel. De hulpverlening werd omschreven als:

- a) de voor de verzekerde noodzakelijke ambulante psychosociale behandeling, op grond van een in het kader van de multimethodische en multidisciplinaire oordeelsvorming (uiterlijk binnen drie maanden na het eerste contact met verzekerde) opgesteld behandelingsplan;
- b) de voor verzekerde noodzakelijke kortdurende ambulante psychosociale behandeling in een acute situatie (tot uiterlijk drie maanden na het eerste contact met verzekerde of zoveel eerder als onder a) bedoelde oordeelsvorming is afgerond);
- c) de ten behoeve van verzekerde of personen in zijn directe omgeving noodzakelijke psychosociale advisering, begeleiding of voorlichting vanuit een multidisciplinaire achtergrond.<sup>1</sup>

Maar wat hield deze omschrijving nu eigenlijk precies in?

#### *De moeizame wording van de normen en voorwaarden*

Zoals bekend werd al vanaf begin jaren zeventig gedebatteerd over de totstandkoming van regionale instellingen voor de ambulante geestelijke gezondheidszorg. In 1973 kwam de *Discussienota ambulante geestelijke gezondheidszorg* tot stand, beter bekend als de *RIAGG-nota*. Een herziene versie van de *RIAGG-nota* verscheen in 1976.<sup>2</sup> De nota bevatte een pakket aan 'normen en voorwaarden' waaraan RIAGG's volgens het Ministerie zouden moeten voldoen; een soort blauwdruk voor de RIAGG dus. In de jaren die daarop volgden ontwikkelde de inhoud van het document zich tot het Besluit Normen en algemene voorwaarden voor erkenning van RIAGG's.

Vlot verliep dit proces allerminst. Natuurlijk zorgde het debat over de rol van de IMP's voor forse vertraging. Maar zelfs nadat de financiering al rond was, duurde het nog bijna tweeënehalf jaar voordat de normen en voorwaarden definitief op papier stonden. Ze traden overigens wel met terugwerkende kracht op 1 januari 1984 in werking.<sup>3</sup> Eigenlijk had de regeling al op 1 januari 1983 ingevoerd moeten zijn. De Ziekenfondsraad had op 21 september 1982 het verzoek gekregen van de Minister om met

---

<sup>1</sup> Geciteerd bij Brouwer et al. 1998, 13. Zie ook Ziekenfondsraad 1981, 99.

<sup>2</sup> Blankestijn en Gerads 1978, 35; Mijs 1987, 142. Het betrof publicaties van het Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, waarop de NVAGG mocht reageren. Toch was de invloed van het veld vermoedelijk groot. Dit is onder andere af te lezen aan het onambtelijke taalgebruik, waarin – anders dan bij andere officiële overheidspublicaties – is afgeweken van de toenmalige voorkeurspelling.

<sup>3</sup> Besluit Normen en algemene voorwaarden voor erkenning RIAGG's 1984, Algemeen deel artikel 1 en 2 lid 1, geciteerd bij Van den Boom en Schwartz 1987.

een voorstel te komen.<sup>1</sup>

Maar het lukte de raad niet om zijn advies in zo'n korte tijd rond te krijgen. Het advies dat uiteindelijk op 23 december 1982 werd vastgesteld, betrof dan ook alleen het Algemene Deel. Op basis van dit deel werden de voorlopige erkenningen verleend. Daarna ging de Commissie Erkenningen van de Ziekenfondsraad verder met het opstellen van de tekst voor het Bijzondere Deel. In het voorjaar van 1983 werd het definitieve ontwerp van de tekst aan de Minister aangeboden. Daarna duurde het nog meer dan een jaar voordat het definitieve besluit werd vastgesteld.<sup>2</sup>

Dat het hele proces zo traag verliep is allerm minst verwonderlijk als we bedenken hoeveel tijd het destijds gekost had voordat alleen al de SPD's hun eigen werkteerrein bevredigend in kaart gebracht hadden. Maar er was meer aan de hand. Volgens de Ziekenfondsraad was ook het feit dat er veel instellingen bij betrokken waren, er debet aan. Verschillende RI-AGG's verkeerden ook nog eens in de oprichtingsfase en ze moesten allemaal een nog niet formeel bestaande verstrekking leveren. Dat veroorzaakte ongetwijfeld veel ruis in de besprekingen tussen de deelnemende SPD's, MOB's, IMP's en BLGV's. Alle instellingen wilden natuurlijk iets van hun eigenheid vasthouden.<sup>3</sup>

De Commissie Erkenningen van de Ziekenfondsraad werd voor de gelegenheid bijgestaan door drie door de NVAGG voorgedragen deskundigen en de Geneeskundig Hoofdinspecteur. Zij wilden naar eigen zeggen kwaliteit boven snelheid stellen. 'De praktijk leert nu eenmaal dat eenmaal vastgestelde erkenningsnormen steeds voor lange tijd gelden, hetgeen overigens voor de rechtszekerheid en de continuïteit [sic] van de zorgverlenende instellingen gewenst is...'<sup>4</sup> Voor de RIAGG's in de kritische be-  
ginfase van hun bestaan was dit aspect natuurlijk van extra groot belang. Een andere oorzaak van de lange duur van het besluitvormingsproces was gelegen in het feit dat het stuk zeer gedetailleerde bepalingen bevatte. Dit was volgens de Ziekenfondsraad bij soortgelijke stelsels van erkenningsnormen voor andere categorieën van gezondheidszorgvoorzieningen 'in het algemeen niet gebruikelijk'.<sup>5</sup> De sector zelf had hier echter expliciet om gevraagd, omdat de organisaties in de aanloopfase van hun bestaan bij

---

<sup>1</sup> Ziekenfondsraad 1983, 2.

<sup>2</sup> Besluit Normen en algemene voorwaarden voor erkenning RIAGG's 1984, Algemeen deel artikel 1 en 2 lid 1, geciteerd bij Van den Boom en Schwartz 1987.

<sup>3</sup> Met dank aan Harry Oosterhuis voor dit inzicht.

<sup>4</sup> Ziekenfondsraad 1982, 1.

<sup>5</sup> Ziekenfondsraad 1983, 2.

de samenvoeging van de verschillende diensten behoefte hadden aan gedetailleerde normen en voorwaarden.<sup>1</sup> In het onderstaande geven we de belangrijkste bepalingen van het Besluit weer.

#### *Doel en takenpakket*

Een RIAGG had tot doel te zorgen voor hulpverlening in de vorm van geïntegreerde ambulante geestelijke gezondheidszorg. Ook preventie en dienstverlening behoorden tot het takenpakket. Een RIAGG mocht geen winst maken en moest voor alle AWBZ-verzekerden openstaan.<sup>2</sup> De hulpverleningstaak omvatte ambulante behandeling, begeleiding en advisering, al dan niet in een situatie van spoedeisend karakter. Was er sprake van een spoedeisend karakter, dan ging het om crisisinterventie, acute psychiatrische hulpverlening en bemiddeling bij opname, ongeacht het tijdstip van de dag. Deze 7x24-uurs bereikbaarheid kreeg veel nadruk, evenals de continuïteit van de hulpverlening.<sup>3</sup>

De behandeling moest psychosociaal en/of psychiatrisch van aard zijn. Psychotherapie maakte deel uit van deze taak en psychoanalyse werd gezien als een vorm van psychotherapeutische behandeling. De behandeling moest wat betreft de duur doelmatig aansluiten op de aard en de omvang van de hulpvraag.

Onder begeleiding werd verstaan: voor- en nazorg en hulp bij resocialisatie en andere specifieke zorgaspecten.<sup>4</sup> De RIAGG moest ervoor zorgen dat deze zorg ‘voor de vaak meest kwetsbare groepen patiënten’ voldoende tot zijn recht kwam en waar nodig werd verbeterd. De hulp moest gericht zijn op het zoveel mogelijk zelfstandig functioneren van de patiënt in de maatschappij. Ook huisbezoeken hoorden bij deze taak. Voorkomen moest worden dat ‘de verzekerde tussen wal en schip’ zou vallen. Dit werd zwaar beklemtoond; de uitspraak is op verschillende plaatsen in de toelichting op het besluit terug te vinden.<sup>5</sup>

De organisatie van het hulpverleningsproces werd heel gedetailleerd beschreven. De verschillende fasen van het hulpverleningsproces moesten duidelijk herkenbaar zijn: de aanmelding, het onderzoek en oordeelsvor-

---

<sup>1</sup> Ziekenfondsraad 1983, 3.

<sup>2</sup> Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne 1976; 16.Ziekenfondsraad 1982, 9; Besluit Normen en algemene voorwaarden voor erkenning RIAGG's 1984, Algemeen deel artikel 2 lid 4, geciteerd bij Van den Boom en Schwartz 1987.

<sup>3</sup> Besluit Normen en algemene voorwaarden voor erkenning RIAGG's 1984, Bijzonder deel artikel 2 lid 1, geciteerd bij Van den Boom en Schwartz 1987.

<sup>4</sup> Ziekenfondsraad 1983, 15; Besluit Normen en algemene voorwaarden voor erkenning RIAGG's 1984, Bijzonder deel artikel 2 lid 1, geciteerd bij Van den Boom en Schwartz 1987.

<sup>5</sup> Ziekenfondsraad 1983, 15; Besluit Normen en algemene voorwaarden voor erkenning RIAGG's 1984, Bijzonder deel artikel 2 lid 1, geciteerd bij Van den Boom en Schwartz 1987. Vergelijk: Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne 1976, 19-20.

ming, de indicatiestelling, het opstellen van een hulpverleningsplan, de uitvoering van de hulpverlening en ten slotte de evaluatie en de beëindiging van de hulpverlening.<sup>1</sup> Het hulpverleningsplan moest binnen drie maanden na de indicatiestelling worden opgesteld, zoveel mogelijk in overleg met de verzekerde.<sup>2</sup>

Preventieactiviteiten behoorden ook tot het takenpakket, in de vorm van advies of voorlichting aan derden. In het Besluit werd geprobeerd de preventietaken zo afgebakend mogelijk neer te zetten. Er mochten vooral geen overlappingsen zijn met activiteiten van andere organisaties op het gebied van de gezondheidszorg en het maatschappelijk werk.<sup>3</sup>

In het Besluit werd ook nog een bepaling opgenomen over kwaliteitsbewaking. 'De RIAGG draagt zorg voor een intern kwaliteitsbewakend systeem [...en] verleent medewerking aan onderzoek, gericht op de beleidsvorming en kwaliteitsbevordering op het terrein van de geestelijke volksgezondheid.'<sup>4</sup> In de toelichting werden ook enkele kwaliteitssystemen genoemd die medio jaren tachtig in zwang waren. Intervisie behoorde ook bij de kwaliteitsbewaking. Bij de medewerking aan kwaliteitsonderzoek dacht de wetgever overigens niet aan het beschikbaar stellen van arbeidskracht, maar aan het verstrekken van informatie en het registreren van activiteiten.

De personeelsomvang waarover een RIAGG minimaal moest beschikken, was als bijlage bij het Besluit gevoegd (zie tabel VIII-1).<sup>5</sup> De norm was: minimaal 560 uur per week (= omgerekend naar een 40-urige werkweek 14 fulltime equivalenten) per 100.000 inwoners plus 80 uur per week (2 fte's) per RIAGG. Van deze 560 uur moest tenminste 460 uur aan de functie hulpverlening worden besteed en 40 uur aan preventie. De RIAGG werd opgedeeld in verschillende doelgroepen, waarvoor verschillende functies beschikbaar moesten zijn. In een tweede bijlage werd precies uiteengezet waaraan de verschillende functionarissen precies moesten voldoen wat betreft deskundigheid, opleiding en indien van toepassing, registratie. Dat de hulpverleners als een multidisciplinair team moesten werken, werd er niet bij vermeld, maar dat stond al in het 'verstrekkingenbesluit' van december 1981 (zie hierboven).

---

<sup>1</sup> Ziekenfondsraad 1983, 16-17; Besluit Normen en algemene voorwaarden voor erkenning RIAGG's 1984, Bijzonder deel artikel 2 lid 3, geciteerd bij Van den Boom en Schwartz 1987.

<sup>2</sup> Ziekenfondsraad 1983, 18; Besluit Normen en algemene voorwaarden voor erkenning RIAGG's 1984, Bijzonder deel artikel 2 lid 7, geciteerd bij Van den Boom en Schwartz 1987.

<sup>3</sup> Besluit Normen en algemene voorwaarden voor erkenning RIAGG's 1984, Bijzonder deel artikel 3 lid 2, geciteerd bij Van den Boom en Schwartz 1987

<sup>4</sup> Ziekenfondsraad 1983, 21; Besluit Normen en algemene voorwaarden voor erkenning RIAGG's 1984, Bijzonder deel artikel 2 lid 7, geciteerd bij Van den Boom en Schwartz 1987.

<sup>5</sup> Ziekenfondsraad 1983, 24-25; Besluit Normen en algemene voorwaarden voor erkenning RIAGG's 1984, Bijzonder deel artikel 2 lid 7, geciteerd bij Van den Boom en Schwartz 1987.

**Tabel VIII-1**

*Minimale personeelsbezetting RIAGG volgens Besluit normen en algemene voorwaarden voor erkenning RIAGG's (1984)*

kinderen/jeugdigen	1 fte* jeugdpsychiater, ofwel jeugdarts ofwel kinder- en jeugdpsychiater-psychotherapeut
	1 sociaal-psychiatrisch verpleegkundige
	1 psycholoog of pedagoog
	2 maatschappelijk werkenden met voortgezette opleiding
	1 spelleider
volwassenen	1 fte psychiater
	2 fte's psychotherapeut, waarvan ½ fte psychoanalyticus
	4 sociaal-psychiatrisch verpleegkundigen
	1 maatschappelijk werkende met voortgezette opleiding
ouderen	1 arts/geriater
	1 sociaal-psychiatrisch verpleegkundige

\* Voor de functies die niet apart in fte's staan uitgedrukt, geldt vermoedelijk dat het gaat om functionarissen. Psychiaters en psychologen waren van oudsher vaak parttime aan de SPD's verbonden. Zie ook hoofdstuk VI.

Bron: Besluit Normen en algemene voorwaarden voor erkenning RIAGG's 1984, Bijzonder deel artikel 2 lid 7, geciteerd bij Van den Boom en Schwartz 1987.

#### *Veranderingen van opvatting*

In de normen en voorwaarden waaraan de RIAGG volgens het Besluit moest voldoen, zijn de karaktertrekken van de SPD, het MOB en het IMP zoals we ze hierboven hebben geschetst, te herkennen en ook de werkwijze van de BLGV, waaraan wij in dit bestek geen aandacht hebben geschonken, is erin terug te zien. Toch is de RIAGG niet helemaal de instelling geworden die medio jaren zeventig op de tekentafels van het Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne en de NVAGG werd uitgedokterd. Wanneer we het uiteindelijke Besluit vergelijken met de *RIAGG-nota*, dan zien we enkele belangrijke verschillen.

Zo is de benadering van 'kwaliteit' in beide stukken van een heel andere aard. De *RIAGG-nota* bevatte destijds een korte passage over 'kwaliteit', maar wat daar precies onder werd verstaan, werd niet helemaal duidelijk gemaakt.

[G]estreefd moet worden naar een optimale inzet van medewerkers van de instelling en een goede werksituatie. [...] Door uitwisseling van gedachten en inzichten kan de kwaliteit van het werk van de medewerkers gunstig worden beïnvloed. Men is daardoor gedwongen zich steeds kritisch te bezinnen op de

eigen werkinstelling en gehanteerde methodieken. Noodzakelijk is dan wel, dat een ieder bereid is tot relativering van de eigen zienswijze.<sup>1</sup>

In het uiteindelijke Besluit zijn dergelijke uitweidingen achterwege gebleven, maar zijn wel enkele concrete invullingen gegeven van de manier waarop het kwaliteitsbeleid vormgegeven moest worden. Hierin is te zien dat ‘kwaliteit’ in het denken over geestelijke gezondheidszorg een bescheiden ontwikkeling had doorgemaakt.

De nadruk die in het Besluit werd gelegd op de crisishulpverlening, is iets dat in de *RIAGG-nota* nog vrijwel ontbrak. Het takenpakket van de SPD had begin jaren tachtig duidelijk aan belang gewonnen. De SPD’s hadden begin jaren zeventig aangegeven dat de 7x24-uurs bereikbaarheid heel belangrijk was om de begeleidende taak goed te kunnen uitvoeren. In veel gevallen moesten zij het echter zonder een dergelijke voorziening stellen (zie paragraaf 1). In de *RIAGG-nota* werd aan deze omissie relatief weinig aandacht geschonken. Nu was de 7x24-uurs bereikbaarheid evenwel zelfs een voorwaarde geworden om als RIAGG erkend te worden.

Van de hooggespannen verwachtingen van de preventie in de *RIAGG-nota*, was in het uiteindelijke Besluit noch de bijbehorende toelichting meer iets terug te vinden. In de *RIAGG-nota* ging men er nog vanuit dat de RIAGG de psychohygiënische situatie permanent ‘in kaart’ moest hebben en dat ze meewerkte aan de ‘verbetering van het leefklimaat in de regio’ door haar deskundigheid in te brengen bij het zoeken naar oplossingen van problemen in de regio, bijvoorbeeld bij massaontslagen, of moeilijkheden van ‘minderheidsgroepen’, of ‘problemen van afwijkend gedrag’.<sup>2</sup> Deze ambities waren nog herkenbaar als een exponent van het welzijnsbeleid van het kabinet-Den Uyl. Hiervan was midden jaren tachtig weinig meer over. De preventietaak zoals die in het Besluit werd gedefinieerd, mocht vooral niet te veel uitwaaiëren. Het kost niet veel moeite om hierin een omslag in het denken te zien die begin jaren tachtig had plaatsgevonden. Preventie was immers uit de aard der zaak een oneindig breed werkterrein, waarvan het moeilijk was om de kosten te beheersen. In economisch moeilijke tijden komen juist dergelijke taken onder druk te staan. Op grond van deze verschillen mogen we concluderen dat er een verschuiving had plaatsgevonden van de brede, meer op de maatschappij gerichte (preventieve) taakopvatting van vooral de BLGM’s, naar een veel beperktere, concrete, meer op individuele klachten toegesneden aanpak van de SPD’s.

---

<sup>1</sup> Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne 1976, 10.

<sup>2</sup> Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne 1976, 11.

## § 5. De RIAGG in de praktijk

De regionalisering zelf was intussen in volle gang. Met steun van de Inspectie. Vanuit de gedachte dat het ging om een ‘fusieproces [...] tussen sterk uiteenlopende instellingen’ bood de Inspectie de helpende hand in de vorm van het project ‘R.I.A.G.G.-ondersteuning’, dat op verzoek van de regionale instellingen meehielp bij ‘het oplossen van de afstemmings- en vormgevingsvraagstukken’.<sup>1</sup>

Het streven was landelijk vijftig tot zestig RIAGG’s te creëren, met een werkgebied van 200.000 tot 250.000 inwoners. Sommige instellingen zouden moeten krimpen; van sommige SPD’s bijvoorbeeld was het werkgebied nog veel te groot. Andere zouden moeten uitbreiden, want alleen een instelling met een voldoende aantal medewerkers was in staat het gewenste takenpakket te bieden.<sup>2</sup>

In 1981 waren er 42 SPD’s, 55 MOB’s, 17 IMP’s, 47 BLGM’s en 18 CAD’s aangesloten bij de NVAGG. Zij werkten soms zelfstandig, soms waren ze verenigd in allerlei combinaties binnen één instelling (er waren 30 multifunctionele instellingen).<sup>3</sup> Al deze losse bureaus maakten binnen enkele jaren tijd plaats voor 59 RIAGG’s verspreid over het hele land. Er waren verschillende scenario’s denkbaar volgens welke de regionalisering kon verlopen: instellingen die werkzaam waren in (deels) overlappende regio’s konden fuseren, organisaties konden het werk in een deel van de regio op zich nemen en werkzaamheden elders stopzetten, bureaus die alleen een SPD- of een MOB-functie vervulden, konden nieuwe afdelingen stichten en andere konden een regionaal team overnemen van een instelling die moest decentraliseren. De *RIAGG-nota*, waarin deze scenario’s beschreven werden, maande de beleidsmakers rekening te houden met de belangen van het personeel. (Over de belangen van de cliënten werd helemaal niets gezegd.). De schrijvers gingen ervan uit dat de reorganisaties veel weerstand zou oproepen, ‘zowel bij de besturen als ook bij de betrokken medewerkers’. Ze voorspelden echter ook dat uitbreiding van de staven noodzakelijk zou zijn.<sup>4</sup>

De Ziekenfondsraad had bepaald dat de hele RIAGG-operatie budgettair neutraal moest verlopen. Dit ‘uit een oogpunt van kostenbeheersing’.<sup>5</sup> Dit betekende dat de instellingen op basis van genormeerde begrotingen gefinancierd zouden worden, waarbij het totale beschikbare budget gelijk was aan de kosten die op dat moment voor alle bureaus afzonderlijk werden

---

<sup>1</sup> Staatstoezicht op de Volksgezondheid 1983, 74. N.b. Dit project werd door het Preventiefonds bekostigd.

<sup>2</sup> Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne 1976, 8.

<sup>3</sup> Ziekenfondsraad 1981, 27.

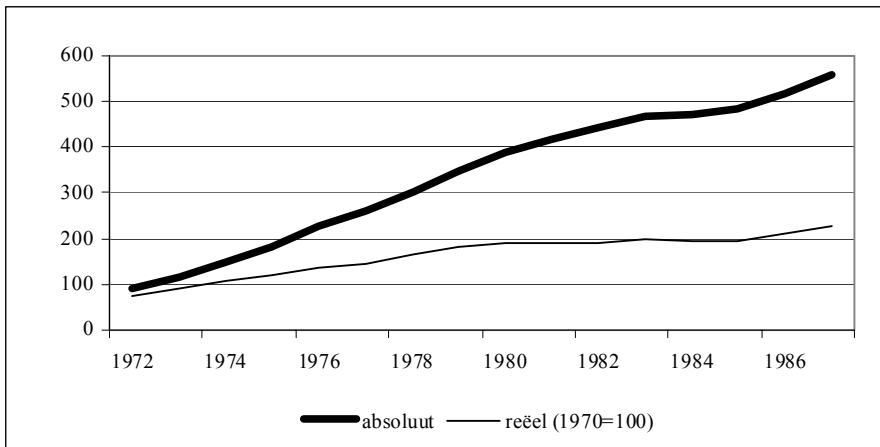
<sup>4</sup> Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne 1976, 13-14.

<sup>5</sup> Ziekenfondsraad 1981, 4.

gemaakt. In geldbedragen uitgedrukt ging het om 365 miljoen gulden, waarvan verreweg het grootste deel was bestemd voor de werkzaamheden van wat toen nog de SPD's, MOB's, IMP's en BLGM's waren (namelijk 336 miljoen gulden). Bijna de helft daarvan was bestemd voor de SPD-werkzaamheden.<sup>1</sup>

Dat de operatie budgettair-neutraal van start moest gaan (zichtbaar in grafiek VIII-8 in de stagnatie tussen 1983 en 1984), betekende niet dat kosten voor de AGGZ op de wat langere termijn stagneerden.

**Grafiek VIII-8**  
*Kosten AGGZ in miljoenen guldens (1972-1987)*



Bron: CBS [1971-1988]b

De grafiek laat een flinke groei zien: tussen 1972 en 1987 ging het om meer dan een verzesvoudiging. Maar ook hier zien we de enorme invloed van de inflatie weer terug. Na verrekening daarvan bleef echter nog altijd een verdrievoudiging van de kosten over. De uitgaven groeiden ook per hoofd van de bevolking (zie hoofdstuk V). De sterkste toename vond plaats in de jaren zeventig; begin jaren tachtig was er nog steeds sprake van groei, maar minder snel dan voorheen. Na 1985 groeiden de uitgaven echter weer net zo snel als in de jaren zeventig.

De vraag is natuurlijk: waar kwam het geld uiteindelijk terecht? In grafiek VIII-8 hebben we al laten zien dat opnieuw de inflatie een rol heeft gespeeld. De andere kostenaspecten komen hieronder ter sprake. We richten de aandacht weer in hoofdzaak op de omvang van de hulpverlening, de personeelsomvang en, voor zover we daar iets over kunnen zeggen, de praktijk zelf.

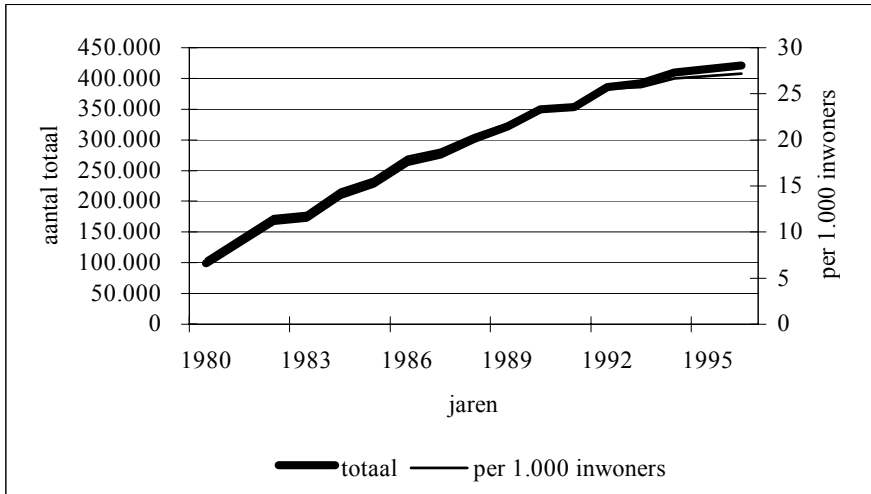
<sup>1</sup> Ziekenondsraad 1981, 149.

### Het aantal inschrijvingen groeit

Bij de totstandkoming van de RIAGG's had de Ziekenfondsraad geprobeerd een dam op te werpen tegen een al te grote toeloop. Op aandringen van de raad was in de wet vastgelegd dat een bezoek aan een RIAGG

#### Grafiek VIII-9

*Aantal inschrijvingen bij AGGZ-instellingen per jaar en per 1.000 inwoners (1980-1996)\**



\*Deze zijn betrouwbaarder dan de gegevens in de jaren zeventig, omdat inmiddels met centrale registratiegegevens gewerkt kon worden.

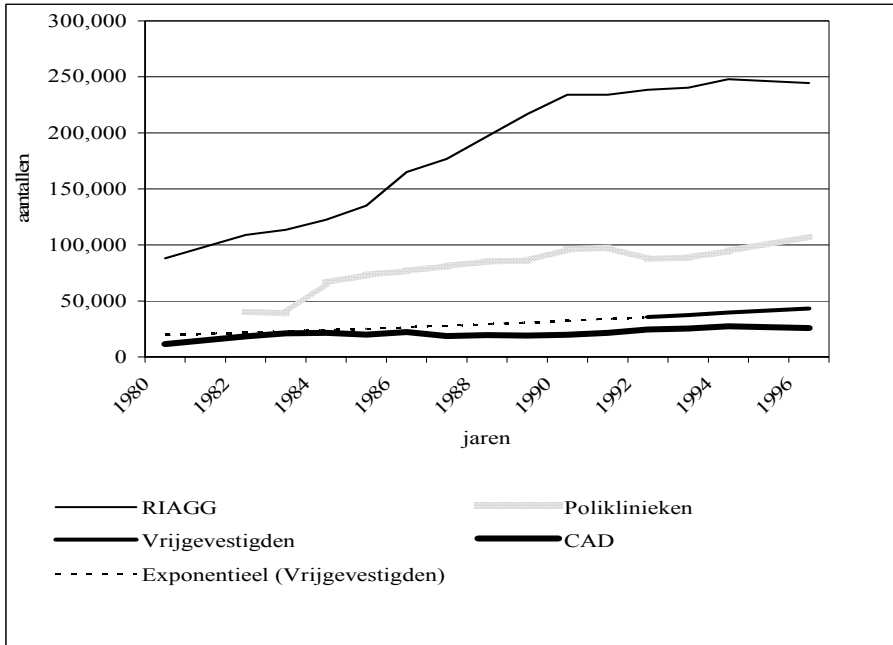
Bron: De Haen 1982; De Haen 1984; De Haen en Van Lieshout 1985; Ketting 1986; Ketting, Jacobs en Bijl 1987; Ketting en Jacobs 1988; Jacobs en Ketting 1989; Jacobs en Ketting 1990; Jacobs en Bijl 1991; Jacobs en Bijl 1992; Jacobs 1993 et al.; Ten Have et al. [1995-1998].

voortaan alleen nog kon plaatsvinden na verwijzing uit de eerstelijns (bijvoorbeeld de huisarts of het maatschappelijk werk). Dit was zeer tegen de zin van de NVAGG, die - zoals hierboven reeds gemeld - vond dat RIAGG's 'rechtstreeks toegankelijk voor cliënten' moesten zijn.<sup>1</sup> De dam van het verwijfsbriefje bleek echter weinig effectief, zo valt op te maken uit de cijfers in grafiek VIII-9. En dat was te verwachten ook, want een van de doelstellingen van de regionalisatie was juist geweest dat de toegankelijkheid van de zorg moest worden vergroot. En dat was precies wat er was gebeurd. De clientèle nam alleen maar toe.

<sup>1</sup> Ziekenfondsraad 1981, 4.

### Grafiek VIII-10

#### Aantal inschrijvingen per jaar in AGGZ-instellingen (1980-1996)



Bron: De Haen 1982; De Haen 1984; De Haen en Van Lieshout 1985; Ketting 1986; Ketting, Jacobs en Bijl 1987; Ketting en Jacobs 1988; Jacobs en Ketting 1989; Jacobs en Ketting 1990; Jacobs en Bijl 1991; Jacobs en Bijl 1992; Jacobs et al. 1993; Ten Have et al. [1995-1998].

In de grafiek is te zien dat het aantal inschrijvingen bij de RIAGG sterk was toegenomen. Ook de psychiatrische poliklinieken kregen meer cliënten, maar deze groei was minder sterk. De vrees van de VPPI (zie paragraaf 3) werd dus uiteindelijk niet helemaal bewaarheid: de RIAGG's snoepten geen cliënten af van de poliklinieken. Het zou kunnen dat de poliklinieken door de komst van de RIAGG's wel nieuwe cliënten zijn misgelopen, maar dat staat niet vast. De poliklinieken bleven wat betreft het aantal inschrijvingen min of meer gelijk, evenals de CAD's en de vrijgevestigde zenuwartsen.<sup>1</sup>

#### Groei van de personeelsomvang

Bij de totstandkoming van de RIAGG's was vastgesteld dat de personeelsbezettingen zouden worden afgestemd op de formatie van de bureaus

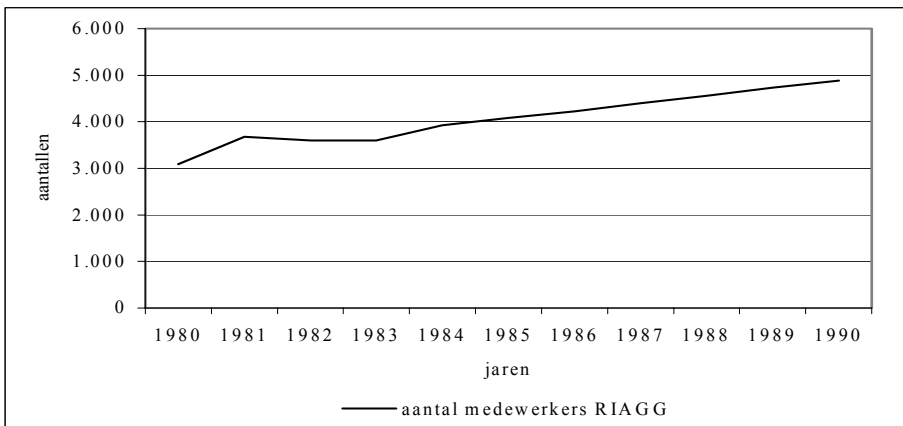
<sup>1</sup> Voor de toename van het aantal cliënten in de sector vrijgevestigden dient te worden opgemerkt dat vóór 1993 geen cijfers beschikbaar zijn. Het betreft een vooronderstelde trend tussen 1993 en 1996, gerelateerd aan de toename van het aantal inschrijvingen bij de andere sectoren.

die in de nieuwe regionale instellingen zouden opgaan. In de toekomst moest er op dezelfde manier gewerkt worden als in de intramurale sector, namelijk met (personeels)richtlijnen.<sup>1</sup> Natuurlijk is het interessant te kijken of de omvang van het personeel inderdaad veranderde als gevolg van de komst van de RIAGG's. Breidden de staven uit, zoals midden jaren zeventig in de *RIAGG-nota* was voorspeld?

In eerdere paragrafen hebben we al laten zien dat gedurende de jaren zeventig een constante groei van het aantal formatieplaatsen in de SPD's en MOB's had plaatsgevonden. De gegevens is grafiek VIII-11, die op een andere bron is gebaseerd, laten nog een klein staartje zien van de groei die in de jaren zeventig was begonnen. Daarna stagneerde de groei even, om vervolgens weer volop toe te nemen.

**Grafiek VIII-11**

*Aantal medewerkers (in fulltime equivalenten) RIAGG, Nederland (1980-1990)*



Bron: Jacobs et al. 1993, 158-159.

Het personeel dat zich daadwerkelijk met de hulpverlening en preventie bezig hield, ging er wat betreft formatie iets meer op vooruit dan het 'niet-inhoudelijk' personeel, oftewel de administratieve functies.<sup>2</sup> Dit was mogelijk het gevolg van schaalvergroting.<sup>3</sup> Binnen het 'inhoudelijk personeel' kreeg de sociale psychiatrie meer aandacht. De 7x24-uurs bereikbaarheidsdiensten kregen, zoals gepland, prioriteit. Van de 59 RIAGG's in het land hadden inmiddels 57 instellingen zo'n bereikbaarheidsdienst. De Nationale Raad voor de Volksgezondheid, die deze cijfers presenteerde in een advies aan het Ministerie, toonde zich verheugd over het feit dat de

<sup>1</sup> Ziekenfondsraad 1981, 5.

<sup>2</sup> Nationale Raad voor de Volksgezondheid 1986, 108. (Gebaseerd op gegevens van het NVAGG.)

<sup>3</sup> Met dank aan Harry Oosterhuis voor dit inzicht.

omvang van de administratie was afgenomen ten gunste van de inhoudelijke medewerkers.<sup>1</sup>

*De zoektocht naar een richtlijn*

In de Toelichting bij het Besluit erkenningsnormen en voorwaarden werd duidelijk gesteld dat de eisen *minimumeisen* waren en dat RIAGG's ervan konden afwijken zolang ze binnen de grenzen bleven van het Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg. Deze grenzen werden in 1984 door het COTG vastgesteld. In dat jaar kwam er - net als eerder voor de intramurale GGZ - ook voor de RIAGG's een richtlijn voor de omvang van het personeelsbestand. 'Met de invoering van deze richtlijn wordt antwoord gegeven op de vraag van de overheid om voor de RIAGG's een zodanig richtlijnstelsel te ontwerpen op basis waarvan tot een meer geobjectiveerde toedeling van de voor de AGGZ bestemde financiële middelen wordt gekomen', schreef het orgaan. 'Met het vaststellen van deze richtlijn meent het COTG een eerste belangrijke stap gezet te hebben in de richting van een meer evenwichtige verdeling van de voor de RIAGG's bestemde gelden.'<sup>2</sup>

Evenals destijds bij de totstandkoming van richtlijnen voor de personeelsomvang in de intramurale GGZ, was ook het opstellen van een personeelsrichtlijn in de AGGZ geen eenvoudige opgave. Ook voor de AGGZ waren immers nauwelijks eenduidige criteria te vinden op basis waarvan de optimale personeelsbezetting en dus de juiste kostprijs berekend konden worden. Een poging daartoe in 1981/1982 leidde tot een flinke discussie in het *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid* over de arbeidsproductiviteit in de sector, waarbij onder andere de vraag werd gesteld of er niet wat efficiënter gewerkt kon worden.<sup>3</sup> De discussie leidde ertoe dat midden 1984 een project 'efficiency in de RIAGG' werd gelanceerd: een uniform registratiesysteem voor 'tijdschrijven'.<sup>4</sup> Bedoeling was om met de uitkomsten hiervan te kunnen overgaan tot een vorm van bedrijfsvergelijking tussen de RIAGG's.

Hoewel het inzicht in de praktijk van de hulpverlening ontegenzeggelijk groter geworden was, was de discussie over juiste richtlijnen daarmee nog niet ten einde. Bij de *RIAGG-nota* was al voorgesteld om niet de praktijk, maar de veronderstelde *behoefte* als uitgangspunt voor de personeelsformatie te hanteren. Idealiter was de formatie gerelateerd aan het aantal in-

---

<sup>1</sup> Nationale Raad voor de Volksgezondheid 1986, 108-109.

<sup>2</sup> COTG s.a. [1984], RIAGG 3100-2d.

<sup>3</sup> Beenackers 1981; Beenackers 1982a; Post 1982a; Beenackers 1982b; Diks 1982; Beenackers 1982c; Nuyens 1982; Beenackers 1982d; Van der Heijden 816; Van den Berg 1982; Beenackers 1982e; Post 1982b; Van Erp 1982; Beenackers 1982f.

<sup>4</sup> Nationale Raad voor de Volksgezondheid 1986, 177. Met 'tijdschrijven' wordt bedoeld: de wijze waarop hulpverleners rapporteren hoeveel tijd zij aan welke activiteit besteden.

woners van het werkgebied, waarbij rekening gehouden kon worden met bijvoorbeeld afwijkende leeftijdsopbouw, geografische omstandigheden en bijzondere sociaal-cultureel bepaalde problemen.<sup>1</sup> In de landelijke discussie werd deze gedachte overgenomen en verder uitgewerkt. Behalve de urbanisatiegraad moest ook de omvang van veronderstelde risicogroepen verdisconteerd worden. In verschillende regio's kon namelijk een verschillende behoefte aan AGGZ-hulp bestaan. Dat werd als volgt vertaald: de inwoners van de AGGZ-regio werden 'gewogen', waarbij gebruik gemaakt werd van zogenaamde 'risicocoëfficiënten'. Er werden verschillende risicogroepen onderscheiden: mensen die gescheiden waren, of een partner hadden verloren, werklozen, WAO-ers, ongehuwden boven de dertig en bewoners van de grote steden. Het aandeel van deze groepen in de totale bevolking vermenigvuldigd met de bijbehorende risicocoëfficiënt leverde dan de totale risicocoëfficiënt voor de betreffende regio op.<sup>2</sup> Ofschoon er geen eenheid van opvatting bestond over deze methode, koos het COTG uiteindelijk ook voor de veronderstelde *behoefte* als belangrijkste verdeelsleutel van de beschikbare financiële middelen. Per RIAGG werd een vast bedrag en een variabel bedrag per 100.000 inwoners vastgesteld. De richtlijn werd opgesplitst in deelrichtlijnen voor de functies management en directie, en preventie en hulpverlening. Een rekenmodel werd gepresenteerd voor de opbouw van de richtlijnbedragen. Ook werd expliciet aangegeven hoe de groei naar, dan wel de afbouw tot het uit de richtlijn voortvloeiende bedrag moest plaatsvinden. Het COTG ging er overigens wel vanuit dat er op korte termijn gelegenheid zou komen om onderzoek te doen naar aanvullende parameters. Daarom had men de richtlijn vooralsnog beperkt tot 1986.<sup>3</sup> De richtlijn was gebaseerd op een bescheiden groeipercantage. Maar uit het voorgaande blijkt al dat er met geld geschoven moest gaan worden, omdat sommige instellingen onder en andere boven de toegestane personeelsformatie zaten.<sup>4</sup> Dat betekende dat sommige RIAGG's meer en andere minder geld zouden krijgen, mede op basis van de weging van de bevolkingsopbouw. De invloed van deze maatregel op de zorgpraktijk valt echter buiten het bestek van dit hoofdstuk. Maar los daarvan kunnen we vaststellen dat de zoektocht naar een goede richtlijn in ieder geval leidde tot een nog grotere behoefte aan het registreren van de eigen werkzaamheden. Dit had wel gevolgen voor de praktijk, zoals we hieronder zullen laten zien.

---

<sup>1</sup> Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne 1976, 11, 17-18.

<sup>2</sup> Blom en Jaspers 1984, 542; Zie ook: De Haen en Ypema 1984. De basis voor deze gedachtegang was ontwikkeld in onderzoek door medewerkers van de St. Bavo te Noordwijkerhout.

<sup>3</sup> COTG s.a. [1984], RIAGG 3100-2d.

<sup>4</sup> Nationale Raad voor de Volksgezondheid 1986, 176.

### *Meer contacturen*

Al met al kunnen we vaststellen dat de groei van de personeelsomvang al was ingezet met de toepassing van de AWBZ op de SPD's en MOB's. Na de invoering van de RIAGG-structuur vond een korte stagnatie plaats, gevolgd door verdere groei. Deze groei werd voor een deel door de nieuwe financieringsregeling gestimuleerd.

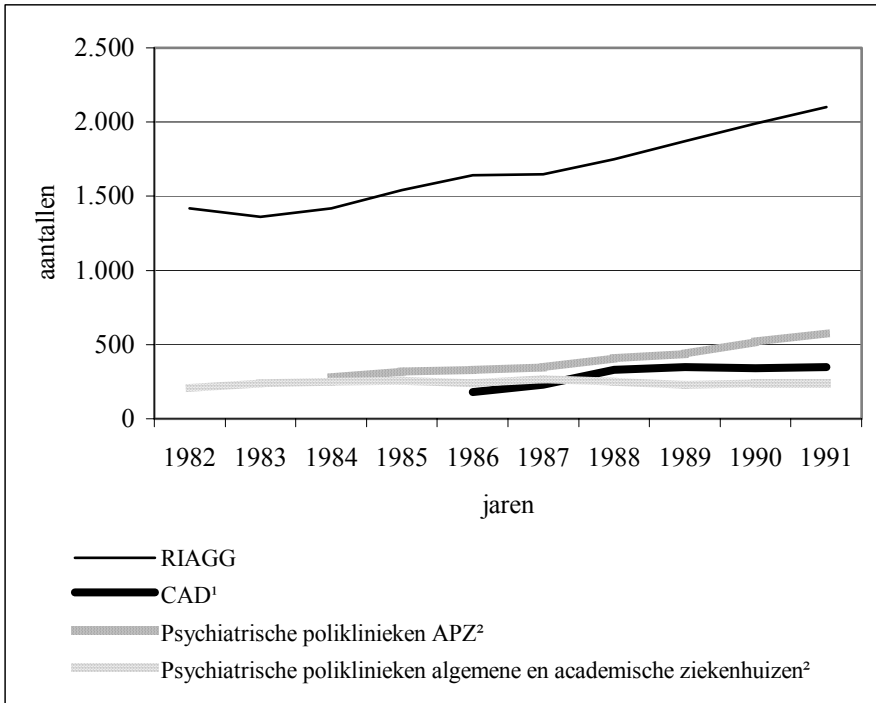
En wat gebeurde er met de omvang van de hulpverlening zelf? Een goede parameter lijkt het aantal contacturen, dat sinds de komst van de RIAGG werd bijgehouden. Deze liep min of meer parallel met de personeelsomvang; soms groeide het aantal contacturen iets langzamer, soms iets sneller dan de personeelsomvang.

De afname van het aantal contacturen in AGGZ-instellingen begin jaren tachtig kan geheel verklaard kan worden door de regionalisering die begin jaren tachtig nog volop gaande was. De NVAGG had bij verschillende gelegenheden gepleit voor uitbreiding van het aantal uren dat voor regionalisering zelf kon worden ingezet, maar de Ziekenfondsraad had - zoals gezegd - bepaald dat de operatie goeddeels budgettair-neutraal moest verlopen. Bovendien - en dit ligt voor de hand - zullen ook de gewone medewerkers zelf extra vergadertijd gespendeerd hebben aan de reorganisaties. Het was een 'turbulente tijd' voor alle medewerkers van de fuserende AGGZ-instellingen, Deze tijd konden zij natuurlijk niet aan de cliënten zelf besteden.

Midden jaren tachtig nam het aantal contacturen echter weer toe. Deze stijging was iets groter dan de toename van het aantal personeelsleden. Hieruit mogen we opmaken dat er in de tweede helft van de jaren tachtig per personeelslid meer contacturen plaatsvonden, of in elk geval meer contacturen werden geregistreerd. Dat kan twee dingen betekenen: ofwel de productie-intensiteit was gegroeid, ofwel er werd alleen maar beter geregistreerd.

### Grafiek VIII-12

Verstrekte contacturen in AGGZ-instellingen x 1.000 (1982-1991)



<sup>1</sup> Deelnemend aan het Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem, inclusief reclasering, exclusief methadonverstrekkingen.

<sup>2</sup> Dit betreft geen contacturen, maar consulten x 1.000.

Bron: Jacobs et al. 1993, 162-163.

Het registreren werd, zo zagen we hierboven al, vanaf midden jaren tachtig in de vorm van uniform 'tijdschrijven' flink gepropageerd. Dat het aantal contacturen sinds die tijd sneller steeg dan het aantal personeelsleden, kan dan weer te maken hebben met onderregistratie vóór die tijd.

#### *Kwaliteit van hulpverlening?*

Wat veranderde er voor de hulpverleningspraktijk zelf? Dat is zonder diepgravend onderzoek eigenlijk moeilijk vast te stellen. Cees Willemsen schrijft in zijn boek over de geestelijke gezondheidszorg rond Breda dat het publiek er nauwelijks iets van merkte. De bureaus die bij de RIAGG-vorming betrokken waren, bleven gewoon op dezelfde adressen gevestigd. De medewerkers kregen alleen een andere baas. Na 1982 gingen de bureaus wel meer naar elkaar verwijzen, met uitzondering van twee MOB's,

die tot 1988 in hun eigen bureaus bleven zitten en elk een eigen werkwijze hadden.<sup>1</sup>

In hun publicatie over de SPD's in Nederland schetsen Hilde Bakker, Leonie de Goei en Joost Vijselaar een ander beeld. Volgens hen betekende de invoering van de RIAGG voor veel SPD's een grote verandering in de organisatie van het werk, waardoor de sociaal-psychiatrische taak in de knel leek te komen. Doordat de verpleegsters hun grote zelfstandigheid bij de uitvoering van hun taak kwijt raakten, hielden ze veel minder tijd over voor het contact met hun cliënten. De teams waren nu allemaal multidisciplinair. Dat had als voordeel dat ze sneller konden beoordelen welke hulpverlening het beste bij de klachten van de cliënt paste, maar als nadeel dat een cliënt gemakkelijker kon worden doorgeschoven. Bovendien wisten de cliënten niet meer van tevoren wie ze als behandelaar of begeleider kregen. Het opbouwen van een vertrouwensrelatie met de cliënt werd erdoor bemoeilijkt. Voorheen werd er bovendien veel sneller gewerkt, 'à la minute'.<sup>2</sup>

De Inspectie signaleerde de moeilijkheden in het jaarverslag van 1982:

De verontruste geluiden uit het veld betreffende het voortbestaan van de klassieke taken van de vroegere sociaal-psychiatrische diensten zijn door de inspectie goed gehoord en vormen een blijvend aandachtspunt: het zou onaanvaardbaar zijn wanneer zich een ontwikkeling voordeed dat de R.I.A.G.G.'s zich zouden beperken tot louter psychosociale hulpverlening en de meest problematische patiënten zou negeren.<sup>3</sup>

Maar, zo stelde de Inspectie, ook de sociaal-psychiatrische diensten moesten zich schikken 'in de totaal-doelstelling die met de recente ontwikkelingen en wetgeving wordt beoogd'.<sup>4</sup>

Een ander groot probleem waar cliënten van de RIAGG's tegenaan liepen, gaat echter schuil in tabel VIII-2. Hierboven hebben we laten zien dat de toename van het aantal contacturen over de gehele jaren tachtig ongeveer parallel liep met de toename van de personeelsomvang. Van parallelie was er echter beslist geen sprake als we kijken naar het aantal inschrijvingen. In tabel VIII-2 hebben wij de gegevens van de grafieken VIII 9, VIII-11 en VIII-12 op een rij gezet en geïndexeerd.

---

<sup>1</sup> Willemsen 2001, 243.

<sup>2</sup> Bakker, De Goei en Vijselaar 1994, 23-25.

<sup>3</sup> Staatstoezicht op de Volksgezondheid 1983, 74-75.

<sup>4</sup> Staatstoezicht op de Volksgezondheid 1983, 75.

**Tabel VIII-2**

*Inschrijvingen, personeelsomvang en contacturen RIAGG's in Nederland, in absolute aantallen en geïndexeerd (1982-1990)*

	inschrijvingen		personeelsomvang		contacturen	
	aantal	index	aantal	index	aantal	index
1982	108.900	100	3.600	100	1.420	100
1983	113.500	104	3.600	100	1.360	96
1984	122.400	112	3.920	109	1.420	100
1985	135.100	124	4.080	113	1.540	108
1986	165.000	152	4.220	117	1.640	115
1987	176.700	162	4.400	122	1.650	116
1988	196.700	181	4.560	127	1.750	123
1989	216.800	199	4.730	131	1.870	132
1990	233.900	215	4.880	136	1.990	140

Bron: zie grafieken VIII-9, VIII-11 en VIII-12.

Het aantal inschrijvingen groeide veel sneller dan het aantal personeelsleden en het aantal contacturen. Dat kan maar één ding betekenen: groeiende wachtlijsten. Zo kon het komen dat de RIAGG in de ogen van het publiek al snel slecht bekend stond. Behalve met lange wachttijden, werd de instelling geassocieerd met onder meer onpersoonlijke, bureaucratische en ondoorzichtige intakeprocedures, gebrekkige informatievoorziening, steeds wisselende hulpverleners en hulp die niet aan de wensen en behoeften van de cliënten beantwoordde. Uit onderzoeken van de Consumentenbond bleek dat tweederde van de Nederlanders geen vertrouwen in de organisatie had.<sup>1</sup>

## **§ 6. Van inrichting naar RIAGG... of niet?**

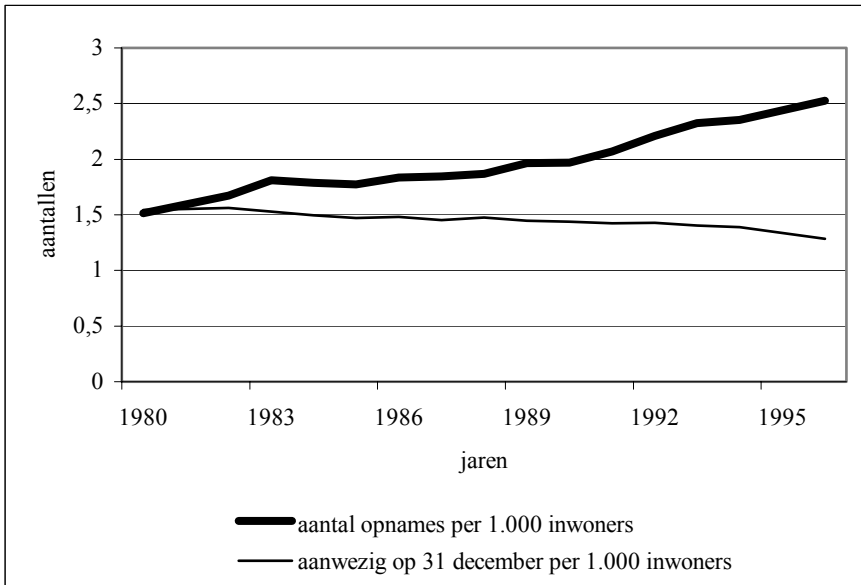
Betekende de toeloop naar de AGGZ dat er aan de groei van de intramurale GGZ een einde was gekomen? Voor een deel wel. In hoofdstuk VII hebben we al laten zien dat de groei van de bevolkingsomvang van psychiatrische inrichtingen leek af te nemen. We hebben echter ook aangetoond dat een deel van deze ontwikkeling werd veroorzaakt doordat voor twee groepen 'oorspronkelijke' bewoners van de psychiatrische ziekenhuizen gespecialiseerde inrichtingen werden gebouwd: instellingen voor verstandelijk gehandicapten en (psychogeriatrische) verpleeghuizen voor oudere patiënten. Deze ontwikkeling was al veel eerder ingezet. (Zie verder hoofdstuk VII.) In grafiek VIII-13 hebben wij deze omvang van de inrichtingspopulatie ook afgezet tegen de bevolkingsgroei. Het blijkt dat

<sup>1</sup> Oosterhuis en Gijswijt-Hofstra 2008, 1182. Wanneer het onderzoek van de Consumentenbond werd verricht, is overigens niet bekend. Oosterhuis en Gijswijt-Hofstra baseren zich op literatuur van later datum.

per 1.000 inwoners het aantal in algemene psychiatrische inrichtingen opgenomen patiënten vanaf medio jaren tachtig langzaam terugliep. Het aantal opnames nam wel toe, oftewel: er was een snellere ‘doorloop’. In veel gevallen ging het om heropnames.

**Grafiek VIII-13**

*Patiëntenverloop in algemene psychiatrische inrichtingen afgezet tegen de bevolkingsomvang in Nederland (1980-1997)*



Bron: De Haen 1982; De Haen 1984; De Haen en Van Lieshout 1985; Ketting 1986; Ketting, Jacobs en Bijl 1987; Ketting en Jacobs 1988; Jacobs en Ketting 1989; Jacobs en Ketting 1990; Jacobs en Bijl 1991; Jacobs en Bijl 1992; Jacobs 1993 et al.; Ten Have et al. [1995-1998].

De afname van de inrichtingspopulatie is echter nauwelijks aan de uitbreiding van de AGGZ te danken. Een groot deel van de patiënten die vroeger in een psychiatrische inrichting opgenomen zouden zijn geweest, werd daar door de AGGZ-hulpverlening niet van gevrijwaard, maar had onderdak gekregen in andere voorzieningen, zoals psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen (PAAZ'en) en semi-murale instellingen, die vanaf 1980 steeds vaker werden omgevormd tot Regionale Instelling voor Beschermd Wonen (RIBW). Het aantal PAAZ'en was in de jaren zestig al sterk in aantal gegroeid en die groei ging daarna gewoon verder. Rond 1970 hadden 38 algemene ziekenhuizen een psychiatrische afdeling, in de

tweede helft van de jaren tachtig was dit aantal bijna verdubbeld.<sup>1</sup> De PAAZ'en beschikten toen samen met de 7 psychiatrische universiteitsklinieken over ongeveer 2.100 bedden. Dit betrof vooral kortdurende opnames: de omloopsnelheid van patiënten was vele malen groter dan die in de psychiatrische inrichtingen.<sup>2</sup> Voor de RIBW's, waar juist patiënten terecht kwamen die voorheen in het chronische circuit beland zouden kunnen zijn, gold eveneens een flinke groei. Op 1 januari 1983 woonden 2.677 patiënten in een beschermende woonvorm, in 1990 was dit aantal opgelopen naar 3.532, oftewel een groei van 32 procent.<sup>3</sup>

Zoals we in eerdere hoofdstukken al lieten zien, was het vanaf het begin van de extramurale hulpverlening duidelijk dat deze de claim niet kon waarmaken dat zij het aantal opnames in de inrichting kon terugdringen. Het was een mooie gedachte, die goed van pas kwam bij pogingen om uitbreiding van de extramurale hulpverlening te bewerkstelligen. Het argument werd dan ook door de opeenvolgende beleidsmakers op het Ministerie en in de andere beleidsorganen steeds weer aangegrepen om ófwel de intramurale geestelijke gezondheidszorg financieel aan te pakken, ófwel de extramurale geestelijke gezondheidszorg te laten uitbreiden (of beide). In werkelijkheid behandelde de AGGZ echter vooral *andere* cliëntgroepen. Dit werd eind jaren zeventig overtuigend bevestigd door Sineke ten Horn in een lokaal onderzoek naar patiëntenstromen in de SPD, die toch van oudsher de patiëntenpopulatie bediende die het dichtst bij de inrichting stond. Doordat het cliëntenbestand steeds meer patiënten herbergde voor wie opname in de psychiatrische inrichting niet aan de orde was, kwam de hulpverlening aan uit de inrichting ontslagen patiënten zelfs onder druk te staan, was een van de conclusies in dit onderzoek.<sup>4</sup> In haar proefschrift over hetzelfde onderwerp constateerde Ten Horn in 1982:

De extramurale GGZ werd evenals later de semimurale zorg ontwikkeld om door middel van ambulante begeleiding en behandeling een ontslag te bespoedigen of een eventuele heropname te voorkomen. Deze doelstelling lijkt een beetje uit het oog te zijn verloren. Slechts 5% van de contacten van de ambulante GGZ dient voor de eerste opvang van ontslagen patiënten...<sup>5</sup>

---

<sup>1</sup> Daarna nam het aantal weer af.

<sup>2</sup> Oosterhuis en Gijswijt-Hofstra 2008, 829.

<sup>3</sup> Jacobs et al. 1993, 57.

<sup>4</sup> Ten Horn 1979.

<sup>5</sup> Ten Horn 1982, 155. Volgens Ten Horn had 47 procent van de ontslagen patiënten de eerste drie maanden na hun ontslag nog geen nazorg gekregen. Een andere auteur, A.C. van den Hout, noemt een ander getal (21 procent), hetgeen echter aan de ruimere definitie kan liggen, of de bredere onderzoeksgroep, of het feit dat het onderzoek een paar jaar later werd gedaan. (Können 1985, 638-639.)

### *Kritiek op de RIAGG*

De Ziekenfondsraad had van tevoren duidelijk gesteld: de ‘R.I.A.G.G.-vorming dient niet belemmerend te werken op het proces van verdere integratie in de geestelijke gezondheidszorg’.<sup>1</sup> De inkt van de RIAGG-besluiten was echter nog niet opgedroogd toen de eerste kritische commentaren al naar buiten kwamen, en die gingen precies hierover. ‘Het organisatie-model van de Riagg’s [...] heeft het karakter van een dwangbuis’, vond de een.<sup>2</sup> Een ander schreef:

Naar ik meen te mogen waarnemen zijn de prille ervaringen op het Departement met de RIAGG-formering niet kinderachtig. De goedlopende IMP’s schreeuwen moord en brand, dat de psychotherapie in de RIAGG’s om zeep gebracht gaat worden, en de grote GG&GD-en wijzen het ministerie erop dat je RIAGG’s echt geen acute psychiatrie kunt laten doen. Tenslotte proberen psychiatrische poliklinieken de RIAGG’s van zich af te slaan. Kortom: een spektakel van jewelste.<sup>3</sup>

Van der Grinten heeft geprobeerd in zijn boek over de vorming van de AGGZ die plotselinge golf van kritiek te verklaren. Volgens hem waren de verwachtingen over de RIAGG te uiteenlopend en zelfs tegenstrijdig. In de inleiding van dit hoofdstuk passeerden ze al de revue: de AGGZ moest beter gestructureerd en toegankelijker worden. Zolang er werd gewerkt aan deze twee doelstellingen, was er niet zo veel aan de hand. Maar toen de RIAGG’s er eenmaal waren, ging er een nieuwe sociaalpolitieke wind waaien als gevolg van de economische crisis die begin jaren tachtig serieuze vormen had aangenomen. De RIAGG kreeg er twee doelstellingen bij: ze moest financieel binnen de perken blijven, en het aantal opnames in (dure) inrichtingen doen dalen. Die laatste doelstelling, of liever: verwachting, werd ook in voorgaande decennia al op de extramurale geestelijke gezondheidszorg van toepassing geacht. En ook nu vergeefs; al vrij snel na de oprichting van de RIAGG’s werd door het Ministerie van Volksgezondheid met teleurstelling geconstateerd:

Een nog te verschijnen analyse van het Nederlands Centrum voor Geestelijke Volksgezondheid (NCGV) op basis van secundair materiaal geeft aan dat ondanks de groei van de AGGZ – en ook van de poliklinieken en dagbehandelingsvoorzieningen – het aantal verpleegdagen in psychiatrische ziekenhuizen en psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen zelfs

---

<sup>1</sup> Ziekenfondsraad 1981, 7.

<sup>2</sup> M.H. Cohen Stuart, geciteerd in N.n. 1982.

<sup>3</sup> Gersons 1983, 383.

enigszins is gestegen. Deze stijging was uitsluitend het gevolg van een groei van het aantal opnamen; de gemiddelde opname-duur nam af. Voorlopig geeft het NCGV in de eerste plaats de economische crisis als mogelijke verklaring voor de groei van beide sectoren. Daarnaast kan een sterker intramuraal verwijsgedrag een rol hebben gespeeld. Bovendien wordt erop gewezen dat uitbreidingen in de extramuraal sfeer ook ingezet worden ten behoeve van cliëntgroepen die weinig overeenkomst vertonen met de patiënten in een psychiatrisch ziekenhuis.<sup>1</sup>

In 1984 kwam staatssecretaris J.P van der Reijden (CDA) met de *Nieuwe Nota Geestelijke Volksgezondheid*. Zijn conclusie was onder meer dat de samenwerking tussen de intramurale en extramuraal voorzieningen moest worden verbeterd. Dit was vooral nodig om het aantal psychiatrische opnamen en de duur ervan terug te dringen. De schotten tussen de AGGZ en de intramuraal GGZ moesten verdwijnen, de psychiatrische ziekenhuizen moesten beter over het land worden verspreid en de asiel functie van het psychiatrische ziekenhuis moest terug naar de maatschappij. Ook moest de zorg aan van tevoren vastgestelde kwaliteitseisen voldoen. Substitutie was het de sleutelbegrip: geld dat zou vrijkomen door het afstoten van bedden in de intramuraal GGZ, moest worden aangewend om de AGGZ en RIBW's uit te bouwen (substitutie). De eerstelijns hulpverlening (onder andere huisartsen, maatschappelijk werkers) moest worden versterkt en de RIAGG's moesten zich meer gaan richten op de sociale psychiatrie. Deze doelstellingen werden ingegeven door de inmiddels overbekend klinkende - tegenstrijdige - motieven dat de zorg voor iedereen bereikbaar moest zijn, en betaalbaar moest blijven.<sup>2</sup>

## § 7. Slotwoord

Het streven van de overheid was er vanaf midden jaren zestig expliciet op gericht om de toegankelijkheid van de zorg te vergroten. Ook bestond in die tijd al de wens om iets te doen aan de verbrokkelde structuur van de extramuraal geestelijke gezondheidszorg. De AWBZ kon worden ingezet om beide bezwaren te verhelpen en in 1971 werden de SPD's als eerste onder de nieuwe financieringsstructuur gebracht. Daarna vond echter een verschuiving plaats in het denken over de financiering. De doelstelling van het overheidsbeleid was niet meer alleen de structuur en de toegankelijkheid te verbeteren, maar ook de kosten te beteugelen. De vierde doelstelling hing hier direct mee samen: van de AGGZ werd verwacht dat zij ervoor kon zorgen dat er minder patiënten opgenomen hoefden te worden,

---

<sup>1</sup> Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur 1984b, 79.

<sup>2</sup> Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur 1984b.

of dat zij eerder ontslagen konden worden. In het voorgaande hebben we laten zien hoe de AWBZ bewust als beleidsinstrument werd ingezet om deze niet eenvoudige viervoudige doelstelling te bereiken.

Het verbeteren van de structuur leverde niet de allergrootste problemen op. Dat is achteraf ook niet zo verwonderlijk. Er bestond namelijk een grote consensus over de vraag wat het probleem was met de AGGZ. De structuur van de AGGZ was een onoverzichtelijke lappendeken, die sommige plaatsen in het land in het geheel niet bereikte, terwijl in andere plaatsen de instellingen elkaar overlaptten. Het financieringsstelsel werkte belemmerend om dit probleem op te lossen. Ook over de gekozen oplossing was iedereen het in grote lijnen wel eens. 'Regionalisatie' was een streven dat zelfs internationaal breed werd gedragen. Over de vraag hoe deze regionalisatie vorm moest krijgen, verschilden de meningen wel. Met name de IMP-medewerkers konden zich niet vinden in het gekozen pad. Zij voelden het immers direct in hun portemonnee. Het conflict dat hieruit voortkwam, werd uiteindelijk beslecht met hun nederlaag.

Ofschoon nergens cijfers werden genoemd, kunnen we constateren dat de tweede beleidsdoelstelling min of meer ook wel gerealiseerd is. De komst van de AWBZ betekende voor alle AGGZ-werkvormen een flinke groei. In de jaren zeventig was het bijna onmogelijk om vast te stellen of het aantal cliënten toenam als gevolg van de nieuwe financieringsstructuur. Het was *überhaupt* onmogelijk om vast te stellen hoe groot het cliëntenbestand eigenlijk was. Maar voor de periode na de invoering van de RI-AGG kunnen we wel vaststellen dat een fors hogere toeloop plaatsvond. De toegankelijkheid van de extramurale geestelijke gezondheidszorg was enorm vergroot; het was voor de Nederlandse burger een stuk gemakkelijker geworden om naar een RIAGG te stappen. Dit had ook nog een andere reden. Niet alleen in sociaal opzicht, maar ook psychologisch gezien waren de drempels van de RIAGG lager dan die van bijvoorbeeld de SPD's in de jaren vijftig. Dit ondanks het feit dat de hulpzoeker eerst naar de huisarts moest voor een verwijsbriefje.

De toeloop ging niet gepaard met een afname van het aantal opnames in inrichtingen. Integendeel; de groei van de RIAGG's betrof hoofdzakelijk nieuwe cliënten die voorheen niet met de AGGZ noch met de inrichting in aanraking waren geweest. Wel werd de doorstroming in de intramurale GGZ nog groter, hetgeen de gedachte versterkt dat sommige cliënten van de AGGZ op gezette tijden ook patiënten in de inrichting werden en vice versa (Zie ook hoofdstuk VII.). Dat de groei uiteindelijk toch tot een einde zou komen, werd niet door de besluitvorming met betrekking tot de RI-AGG's veroorzaakt, maar door de budgettering die medio jaren tachtig in de intramurale sector werd ingevoerd. (Zie hoofdstuk V.)

Van der Grinten noemt de ontwikkeling van de RIAGG nationaal en internationaal uniek. De regionalisering van de AGGZ sloot aan bij orde-

ningsprincipes uit de *Structuurnota* waarbij het land in regio's moest worden opgedeeld met een overzichtelijk en samenhangend geheel van voorzieningen, die geïntegreerd waren in twee of drie lijnen met een opklimmende specialisatiegraad. De AGGZ was de eerste en lange tijd ook enige sector waar dit zo drastisch werd ingevoerd. De RIAGG week qua opzet en werkwijze sterk af van alle andere gezondheidszorginstellingen: ze bediende een brede doelgroep, had een breed werkterrein (van gezond tot ziek, van preventie tot genezing), was sterk op de gedragswetenschappen en sociaal gericht onderzoek georiënteerd, kende een multidisciplinaire staf, in een team zonder primaat van de medische richting. De RIAGG stond los van klinische en poliklinische hulp en van de eerstelijnszorg. Dat was uniek. Ook de band tussen voor- en nazorg en gespecialiseerde psychotherapeutische zorg was uniek. Zelfs de Amerikaanse *Community Mental Health Service*, waarop de RIAGG nog het meeste leek, verschilde in dit opzicht van de RIAGG.<sup>1</sup>

De gedetailleerde regelgeving voor de RIAGG was ook geen alledaags verschijnsel. Bij de totstandkoming van de normen en voorwaarden voor erkenning als RIAGG waren de meeste organisaties nog pril. Zij konden wel een steuntje in de rug gebruiken in de vorm van regels die aangaven waaraan ze precies moesten voldoen en waar de grens lag. De gedetailleerde regelgeving had echter een keerzijde, die door de Ziekenfondsraad al wel werd gesignaleerd, maar waarvan men aanvankelijk de reikwijdte niet goed inschatte, zoals blijkt uit onderstaand citaat:

[D]e Raad [heeft] het standpunt ingenomen dat gedetailleerde erkenningsnormen op zichzelf niet behoeven te leiden tot grote financiële consequenties. Te verwachten is dat, indien thans functionerende RIAGG's aan de erkenningsnormen zullen voldoen, hierdoor nauwelijks of geen verhoging van de kosten zal ontstaan die uitgaat boven de binnen de Bijzondere Ziektekostenverzekering voor de verstrekking hulp door of vanwege een RIAGG beschikbare middelen.<sup>2</sup>

Voor de eerste jaren ging dit wel op. Net als bij de komst van de AWBZ, moest ook de totstandkoming van de RIAGG's budgettair neutraal verlopen. Mede hierdoor, en als gevolg van het feit dat de RIAGG's-in oprichting niet meteen op volle sterkte aan de slag konden gaan, liep aanvankelijk de stijgende lijn in de 'productie' en de kosten, zelfs enigszins terug. Zodra de richtlijnen voor het personeel in de RIAGG door het

---

<sup>1</sup> Van der Grinten 1987b, 16-17.

<sup>2</sup> Ziekenfondsraad 1983, 3.

COTG waren vastgesteld (in 1984), groeide de AGGZ weer volop, zowel in omvang als in kosten. Anders dan de opeenvolgende Staatssecretarissen in die tijd was het COTG, dat nu de baas was over de tarieven, geenszins op kostenbeheersing uit.<sup>1</sup> De groei die nu mogelijk was, kwam gedeeltelijk voor rekening van de inflatie, maar uitte zich eveneens in een groei van het aantal formatieplaatsen, die voor een deel weer samenhang met de toenemende vraag naar de voorzieningen. De Ziekenfondsraad had dit niet goed ingeschat. Daarmee kunnen we vaststellen dat de beleidsdoelstelling ‘kostenbeheersing’ het uiteindelijk had verloren.

We hebben al vastgesteld dat cliënten in ieder geval sinds de invoering van de RIAGG-structuur gemakkelijker de weg wisten te vinden naar de AGGZ. Deze kon daardoor flink in omvang groeien. Daarmee kunnen we concluderen dat anders dan bij de intramurale GGZ de toepassing van de AWBZ in de AGGZ-sector indirect een belangrijke invloed heeft gehad op de structuur van de sector en op de hulpverleningspraktijk.

Veranderde hiermee ook iets in de kwaliteit van de hulpverlening? Het beeld dat midden jaren tachtig uit het onderzoek van de Consumentenbond naar voren kwam over de tevredenheid van de cliënten met de hulpverlening van de RIAGG, was in elk geval niet erg positief. Maar of deze ontevredenheid in de jaren daaraan voorafgaand ook zo groot was, is helaas niet vast te stellen. De gebrekkige personeels- en hulpverleningsregistratie vóór begin jaren tachtig maakt het moeilijk onderbouwde conclusies te trekken op dit gebied. Dat werd door tijdgenoten zelf ook al als een bezwaar gevoeld. Zelfs in 1990 kon nog worden gesteld dat er ‘door de gebrekkige methodiekontwikkeling binnen de sociale psychiatrie [...] weinig concrete cijfers over de kosten en de effectiviteit van de sociaal-psychiatrische zorg’ bestonden en dat dit gebrek aan dergelijke informatie ertoe leidde dat ‘de hulpverlener nauwelijks in staat [was] om kwaliteitseisen te stellen ten aanzien van de randvoorwaarden van zijn werk (zoals de hoeveelheid tijd die nodig is om de zorg op een verantwoorde manier te bieden)’.<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> Koning en Witteveen 1995, 5. Het COTG streefde naar een evenwichtig tariefsysteem (uniforme tarieven voor gelijksoortige diensten), niet naar kostenbeheersing of –vermindering.

<sup>2</sup> Vlaminck 1990, 18.