

**De doelmatigheid en effectiviteit van het
spreidingsbeleid inzake de klinisch psychiatrische voorzieningen
met behulp van de Wet Ziekenhuisvoorzieningen**

*(The efficiency and policy-effectiveness regarding the distribution of psychiatric
hospital-beds by means of the Wet Ziekenhuisvoorzieningen)*

Voor Lies, Bert en Martin

De doelmatigheid en effectiviteit van het
spreidingsbeleid inzake de klinisch psychiatrische
voorzieningen met behulp van de Wet
Ziekenhuisvoorzieningen

*(The efficiency and policy-effectiveness regarding the
distribution of psychiatric hospital-beds by means of the
Wet Ziekenhuisvoorzieningen)*

PROEFSCHRIFT

TER VERKRIJGING VAN DE GRAAD VAN DOCTOR
AAN DE ERASMUS UNIVERSITEIT ROTTERDAM
OP GEZAG VAN DE RECTOR MAGNIFICUS
PROF.DR. P.W.C. AKKERMANS M. Lit.
EN VOLGENS BESLUIT VAN HET COLLEGE VAN DEKANEN.

DE OPENBARE VERDEDIGING ZAL PLAATSVINDEN OP
WOENSDAG 6 APRIL 1994 OM 11.45 UUR

DOOR

HENDRIK GERRIT BIJKER
GEBOREN TE ENSCHEDE

PROMOTIE-COMMISSIE

PROMOTOR: Prof.Dr. W.J. de Gooijer
PROMOTOR: Prof.Dr. G.H.M.M. ten Horn
OVERIGE LEDEN: Prof.Dr. T.E.D. van der Grinten
Prof.Dr. W.J. Schudel

Inhoudsopgave

Voorwoord XI

Lijst van afkortingen XIII

DEEL I INLEIDING, PROBLEEMSTELLING, HET KADER EN HET BELEID

- 1 Inleiding en probleemstelling 3**
 - 1.1 Achtergrond 3
 - 1.2 Ontwerpplannen psychiatrie in de noordelijke provincies 4
 - 1.3 Vaststelling plannen instellingen geestelijke gezondheidszorg 5
 - 1.4 Afbakening onderzoeksgebied 6
 - 1.5 Probleemstelling 8
 - 1.6 Opzet, gegevensverzameling en gevolgde werkwijze 8

- 2 Conceptueel kader 11**
 - 2.1 Inleiding 11
 - 2.2 Economische orde 12
 - 2.3 Beleidsinstrumenten 12
 - 2.4 Dialoog in niveaus 14
 - 2.5 Relatieve macht 15
 - 2.6 Dynamiek 17
 - 2.7 Toepasselijkheid voor de gezondheidszorg 17
 - 2.8 Het kader in schema 22

- 3 Overheidsbeleid inzake de geestelijke gezondheidszorg 25**
 - 3.1 Inleiding 25
 - 3.2 De totstandkoming en ontwikkeling van APZ-en 26
 - 3.3 De ontwikkeling van het (GGZ-)beleid tijdens de onderzoeksperiode 28
 - 3.3.1 *Gezondheidszorgbeleid in het algemeen* 29
 - 3.3.2 *Samenvatting met betrekking tot het gezondheidszorgbeleid in het algemeen* 32
 - 3.3.3 *Het GGZ-beleid* 33
 - 3.3.4 *Samenvatting met betrekking tot het GGZ-beleid* 43
 - 3.3.5 *Actuele ontwikkelingen in de GGZ* 44

3.3.6	<i>Samenvatting met betrekking tot de actuele ontwikkelingen in de GGZ</i>	48
3.4	Het GGZ-beleid in relatie tot het conceptueel kader	48
4	De werking van het WZV-instrument	51
4.1	Inleiding	51
4.2	Wet Ziekenhuisvoorzieningen	52
4.2.1	<i>De WZV in hoofdlijnen</i>	53
4.2.2	<i>Richtlijnen ex artikel 3 WZV</i>	54
4.2.3	<i>College voor Ziekenhuisvoorzieningen</i>	54
4.2.4	<i>Beroepsmogelijkheden</i>	55
4.2.5	<i>Bouwplafond</i>	55
4.2.6	<i>Aanvragen in het kader van de WZV</i>	55
4.2.7	<i>Ontwikkeling van de richtlijnen nader beschouwd</i>	56
DEEL II DE CASUISTIEK BETREFFENDE DE NOORDELIJKE PROVINCIES		
5	(totstandkoming) Ontwerpplannen	61
5.1	Inleiding	61
5.2	Gebruik van de WZV als planningsinstrument	62
5.3	Planningsperikelen binnen de GGZ in de noordelijke provincies	64
5.4	Uitgangssituatie	64
5.4.1	<i>De feiten</i>	64
5.4.2	<i>De opvattingen van diverse actoren</i>	68
5.5	De ontwerpplannen	73
5.5.1	<i>Interprovinciale lange termijnvisie psychiatrie noorden des lands</i>	73
5.5.2	<i>Ontwerpplan psychiatrische ziekenhuizen provincie Groningen</i>	75
5.5.3	<i>Advies College voor Ziekenhuisvoorzieningen inzake het ontwerpplan psychiatrische ziekenhuizen provincie Groningen</i>	80
5.5.4	<i>Ontwerpplan psychiatrische ziekenhuizen provincie Friesland</i>	82
5.5.5	<i>Advies College voor Ziekenhuisvoorzieningen inzake het ontwerpplan psychiatrische ziekenhuizen provincie Friesland</i>	88
5.5.6	<i>Ontwerpplan psychiatrische ziekenhuizen provincie Drenthe</i>	90
5.5.7	<i>Advies College voor Ziekenhuisvoorzieningen inzake het ontwerpplan psychiatrische ziekenhuizen provincie Drenthe</i>	98
5.5.8	<i>Advies regionaal inspecteur voor de geestelijke volksgezondheid voor Groningen, Friesland en Drenthe</i>	100
5.6	Samenvatting en conclusies ten aanzien van hoofdstuk 5	101
6	Vaststelling plannen instellingen voor geestelijke gezondheidszorg en de reacties van de betrokken instellingen en instanties	107
6.1	Inleiding	107
6.2	Voorspel	107
6.3	Vaststellingsbesluiten	109

- 6.3.1 *Besluit vaststelling plannen voor geestelijke gezondheidszorg voor het plangebied Groningen van de gezondheidsregio Groningen/Drenthe* 109
- 6.3.2 *Besluit vaststelling plannen voor geestelijke gezondheidszorg voor de gezondheidsregio Friesland* 111
- 6.3.3 *Besluit vaststelling plannen voor geestelijke gezondheidszorg voor het plangebied Drenthe van de gezondheidsregio Groningen/Drenthe* 114
- 6.4 Beroepsschriften 115
 - 6.4.1 *Provincie Drenthe* 116
 - 6.4.2 *APZ Dennenoord* 119
 - 6.4.3 *APZ Groot Bronswijk* 122
 - 6.4.4 *APZ Licht en Kracht* 123
 - 6.4.5 *APZ Beileroord* 126
 - 6.4.6 *Categoriale instellingen (Ruyterstee en 't Ruige Veld)* 128
 - 6.4.7 *Lucas Ziekenhuis (Oost-Groningse ziekenhuizen)* 130
 - 6.4.8 *De Lage Kamp* 130
 - 6.4.9 *Ziekenfonds Drenthe/Noord-Overijssel (DNO)* 130
- 6.5 *Opvattingen van het College voor Ziekenhuisvoorzieningen* 132
- 6.6 *Samenvatting en conclusies ten aanzien van hoofdstuk 6* 133
- 7 Ambtsbericht van WVC en de discussie over de totstandkoming van het tweede APZ in zuidoost-Friesland** 135
 - 7.1 *Inleiding* 135
 - 7.2 *Ambtsbericht van WVC* 135
 - 7.2.1 *Algemeen* 135
 - 7.3 *Reacties op de beroepsschriften* 137
 - 7.3.1 *Provincie Drenthe* 137
 - 7.3.2 *APZ Dennenoord* 139
 - 7.3.3 *APZ Groot Bronswijk* 140
 - 7.3.4 *APZ Licht en Kracht* 141
 - 7.3.5 *APZ Beileroord* 143
 - 7.3.6 *Categoriale instellingen (Ruyterstee en 't Ruige Veld)* 143
 - 7.3.7 *Lucas Ziekenhuis (Oost-Groningse ziekenhuizen)* 144
 - 7.3.8 *De Lage Kamp* 144
 - 7.3.9 *Ziekenfonds Drenthe/Noord-Overijssel (DNO)* 144
 - 7.4 *Totstandkoming van het tweede APZ in Friesland* 146
 - 7.4.1 *Algemeen* 146
 - 7.4.2 *Initiatieven gericht op oprichting tweede APZ/dependance in Friesland, uitgaande van Licht en Kracht respectievelijk PZF/SIGG* 147
 - 7.5 *Samenvatting en conclusies ten aanzien van hoofdstuk 7* 169

DEEL III EVALUATIE EN ANALYSE

- 8 Opvattingen in het veld inzake de beleidsinhoud en de instrumentele aspecten van de WZV** 173
 - 8.1 Inleiding 173
 - 8.2 Kostenontwikkeling gezondheidszorg 174
 - 8.3 Realiteitsgehalte WZV-richtlijnen 176
 - 8.3.1 *Planningsrichtlijn klinische GGZ-voorzieningen* 176
 - 8.3.2 *Schaalgrootte* 180
 - 8.4 Verbeteren doelmatigheid GGZ met behulp van de WZV 186
 - 8.4.1 *Aansluiting op de zorgvraag* 186
 - 8.4.2 *Bereikbaarheid* 187
 - 8.4.3 *Continuïteit van zorg* 189
 - 8.4.4 *Kwaliteit van zorg* 191
 - 8.5 Spreiding van klinisch psychiatrische voorzieningen 192
 - 8.6 De relatie tussen de veldopvattingen en het conceptueel kader 193
 - 8.7 Samenvatting en conclusies ten aanzien van hoofdstuk 8 197
- 9 Het beleidsuitvoeringsproces** 199
 - 9.1 Inleiding 199
 - 9.2 De actoren 199
 - 9.3 Het WZV-spel 204
 - 9.3.1 *Algemeen* 204
 - 9.3.2 *De vooronderstellingen ten aanzien van de hoofdrolspelers* 204
 - 9.3.3 *Het spelverloop* 205
 - 9.3.4 *De verklaringen gegeven door de hoofdrolspelers* 210
 - 9.3.5 *Het besluitvormingsproces* 214
 - 9.3.6 *Relatie tussen het conceptueel kader, de opstelling van de hoofdrolspelers en het spelverloop* 214
 - 9.4 Samenvatting en conclusies ten aanzien van hoofdstuk 9 217
- 10 Beleidseffecten** 219
 - 10.1 Inleiding 219
 - 10.2 Kwantitatieve effecten 220
 - 10.2.1 *Ontwikkeling erkende capaciteiten en bezettingsgraad* 220
 - 10.2.2 *Gerealiseerde en op stapel staande bouwprogramma's* 221
 - 10.2.3 *Ontwikkeling exploitatiekosten* 223
 - 10.3 Specifieke ontwikkelingen 224
 - 10.4 Kwalitatieve effecten 226
 - 10.5 Neveneffecten 228
 - 10.6 Samenvatting en conclusies ten aanzien van hoofdstuk 10 231
- 11 Slotbeschouwing** 233
 - 11.1 Inleiding 233
 - 11.2 *Wat is een doelmatige GGZ en levert de WZV daaraan een bijdrage?* 233

- 11.3 Wat is een evenwichtige spreiding en kan die met behulp van de WZV worden bereikt? 234
- 11.4 Wat zijn de opvattingen in het veld inzake de beleidsinhoud en de instrumentele aspecten van de WZV? 235
- 11.5 Wat zijn de kwalitatieve effecten van het gebruik van de WZV 236
- 11.6 Wat zijn de kwantitatieve effecten van het gebruik van de WZV 236
- 11.7 Wat zijn de neveneffecten van het gebruik van de WZV? 237
- 11.8 Wat moet het oordeel zijn over de effectiviteit van de WZV in het kader van de probleemstelling? 238
- 11.9 Conclusie 238
- 11.10 Tenslotte 239

Noten 241

Bibliografie 253

Samenvatting 259

Summary 263

Curriculum vitae 267

Voorwoord

Als pas benoemd directeur van een algemeen psychiatrisch ziekenhuis in het noorden van het land werd ik in de loop van 1987 geconfronteerd met het overheidsbeleid inzake de (her)spreiding van de klinisch psychiatrische voorzieningen in Nederland.

Door de toenmalig staatssecretaris van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur (WVC) werden in dat jaar voor noord-Nederland de zogenaamde vaststellingsbesluiten genomen. Deze gaven op zijn minst aanleiding tot enige verbazing en rumoer in het veld. De betrokken instellingen en instanties startten beroepsprocedures en er werd nagedacht over het ontwikkelen van een strategie, die de ongewenste effecten van het overheidsbeleid zou moeten voorkomen.

Tijdens een studieweek, een aantal jaren geleden met als onderwerp "creatief management" in Gstaad, besprak ik de gang van zaken met mijn collega Win de Gooijer, zonder daar direct consequenties aan te verbinden. Ongeveer een half jaar later bespraken wij het onderwerp opnieuw; ik was inmiddels geïnteresseerd geraakt in de achtergronden van het overheidsbeleid inzake de onderhavige materie en had een begin gemaakt met het verzamelen van materiaal. Samen kwamen wij tot de conclusie dat het onderwerp nadere aandacht verdiende in het kader van een proefschrift. Daartoe werd besloten. Ik begon geleidelijk meer materiaal te verzamelen met behulp van de onvermoeibare medewerk(st)ers van de bibliotheken van respectievelijk het psychiatrisch ziekenhuis Licht en Kracht en van De Open Ankh, stichting dienstverlening geestelijke gezondheidszorg. Ook begon ik anderen voor het onderwerp te interesseren. Gesprekken met beleidsambtenaren van het ministerie van WVC en van de provinciale overheden, (voormalig) gedeputeerden van de drie noordelijke provincies, de algemeen secretaris van het College voor Ziekenhuisvoorzieningen (CvZ) en collegae, hebben mij geleidelijk een goed beeld van de werkelijkheid gegeven.

Ook de bereidheid van velen, vooral van de directies van de instellingen voor geestelijke gezondheidszorg in de noordelijke provincies, om mij anderszins van gegevens te voorzien, heeft een stimulerende invloed op mijn activiteiten gehad. Die positieve opstelling maakte het ook mogelijk een indruk te krijgen van de actuele ontwikkelingen in de psychiatrische ziekenhuizen in de noordelijke provincies.

Ik ontdekte dat het onderwerp mij steeds meer in de greep begon te krijgen. Toch heb ik meer dan eens gedacht dat ik mijn energie beter uitsluitend zou kunnen

verdelen tussen mijn werk, mijn hobby's en mijn gezin. De ontmoetingen met Win de Gooijer en zijn telefonische pep-talks, in combinatie met de steun die ik steeds van Sineke ten Horn en daarnaast van Ton Cools en Erik Können ondervond, hebben mij echter gestimuleerd om door te gaan.

De voortdurend tolerante houding van mijn echtgenote zorgde er bovendien voor dat ik regelmatig en zonder overdreven schuldgevoelens achter mijn Personal Computer kon gaan zitten.

Win, Sineke, Ton, Erik en al die anderen wil ik bedanken voor hun inspirerende medewerking in de afgelopen jaren. Zonder hun stimuli en de opstelling van mijn vrouw Lies was het zeker niet gelukt "het karwei af te maken".

Frank Brook vervaardigde de kaarten die in deel II zijn opgenomen en verdient daarvoor eveneens mijn dank. De Open Ankh ben ik erkentelijk voor de bereidheid een belangrijk deel van de kosten te dragen. Voorts noem ik in dit voorwoord Lammy Nijenhuis en Monica Doeland, beiden als directie-secretaresse werkzaam bij Licht en Kracht, die mij meer dan eens behulpzaam waren bij het vervaardigen van de opeenvolgende concepten, vooral op de momenten waarop mijn "huisprinter" weer eens vermoeidheidsverschijnselen begon te vertonen.

Tenslotte wil ik de leden van de promotiecommissie, naast Win de Gooijer en Sineke ten Horn bestaande uit Prof.Dr. T.E.D. van der Grinten en Prof.Dr. W.J. Schudel, bedanken voor de rol die zij hebben vervuld en voor de suggesties die zij hebben aangereikt om de laatste puntjes op de i te zetten.

Lijst van afkortingen

ABW	Algemene Bijstandswet
AGGZ	Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg
APZ	Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
AZG	Academisch Ziekenhuis Groningen
BNP	Bruto Nationaal Produkt
CAO	Collectieve Arbeidsovereenkomst
COTG	Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg
COZ	Centraal Orgaan Ziekenhuistarieven
CPZ	Categoriaal Psychiatrisch Ziekenhuis
CvZ	College voor Ziekenhuisvoorzieningen
DNO	(Ziekenfonds) Drenthe/Noord-Overijssel
FOG	Financieel Overzicht Gezondheidszorg
FOZ	Financieel Overzicht Zorg
FPK	Forensisch Psychiatrische Kliniek
GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg
GHIGV	Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid
KNMG	Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering van de Geneeskunst
KZ-wet	Krankzinningenwet
LPR	Landelijke Patiëntenraad
MFE	Multi-Functionele Eenheid
NeGv	Nederlands Centrum Geestelijke Volksgezondheid
NIPO	Noordelijk Interprovinciaal Overleg
NRV	Nationale Raad voor de Volksgezondheid
NVAGG	Nederlandse Vereniging voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg
NZR	Nationale Ziekenhuisraad
PAAZ	Psychiatrische Afdeling van een Algemeen Ziekenhuis
PRV	Provinciale Raad voor de Volksgezondheid
PUK	Psychiatrische Universiteitskliniek
PZF	Psychiatrisch Ziekenhuis Franeker
RAK	Reserve Aanvaardbare Kosten
Riagg	Regionale Instelling voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg
RIBW	Regionale Instelling voor Beschermende Woonvormen
RIGG	Regionale Instelling voor Geestelijke Gezondheidszorg
ROGG	Regionaal Overleg Geestelijke Gezondheidszorg
SCP	Sociaal en Cultureel Planbureau
SER	Sociaal Economische Raad
SIGG	Stichting Samenwerkende Instellingen voor Geestelijke Gezondheidszorg
SPD	Sociaal Psychiatrische Dienst
TSMD	Tijdelijke Subsidieregeling Maatschappelijke Dienstverlening
VNZ	Vereniging Nederlandse Ziekenfondsen
VZGD	Vereniging van Ziekenhuizen in Groningen en Drenthe
WTG	Wet Tarieven Gezondheidszorg
WVC	(Ministerie van) Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur
WZV	Wet Ziekenhuisvoorzieningen
WZT	Wet Ziekenhuistarieven
ZOF	(APZ) Zuidoost-Friesland

Deel I

Inleiding, probleemstelling,
het kader en het beleid

1 Inleiding en probleemstelling

1.1 Achtergrond

In de eerste jaren na de Tweede Wereldoorlog richtte de aandacht van de overheid zich op de *wederopbouw* van ons land. Ziekenhuisbouw was in die periode een afgeleide van de zorg voor die wederopbouw. Door de verbeterde *toegankelijkheid*, vooral onder invloed van het Ziekenfondsbesluit, nam de vraag naar gezondheidszorgvoorzieningen in die jaren geleidelijk toe. Er ontstond een spanning tussen deze toenemende vraag en het beperkte aanbod van voorzieningen.

De bouwactiviteiten, inclusief de ziekenhuisbouw, waren in die periode onderworpen aan strikte *overheidsregulering*. De Wederopbouwwet van 1950 illustreert dat: bouwen en verbouwen, ook van gezondheidszorgvoorzieningen, waren verboden, tenzij daarvoor door de overheid toestemming was verleend.

De overheid toonde in die jaren weinig belangstelling voor de gezondheidszorg. De kosten bleven binnen aanvaardbare grenzen, mede omdat er van spectaculaire medisch-technologische ontwikkelingen nog geen sprake was. Geleidelijk veranderde dat beeld. Door de toenemende economische groei enerzijds en de zich ontwikkelende medische-technologie anderzijds werd het, mede onder invloed van een veranderend verzekeringsstelsel, mogelijk aan de toenemende vraag naar gezondheidszorgvoorzieningen te voldoen. Het aantal voorzieningen nam dan ook toe en ten gevolge daarvan stegen de kosten.

Deze gang van zaken bleef niet onopgemerkt en de belangstelling van de zijde van de overheid voor de kosten(stijgingen) groeide. Meer en meer werd gestreefd naar *beïnvloeding/beheersing van aanbod en prijs* in de gezondheidszorg, teneinde op die manier de kosten binnen aanvaardbare grenzen te houden. Om dit doel te bereiken werd een overheidsinstrumentarium ontwikkeld, steunend op een tweetal pijlers: *tariefstelling en planning*.

Met het oog op de beïnvloeding van de *prijzontwikkeling* met behulp van tariefstelling zijn achtereenvolgens de Prijsopdrivings- en Hamsterwet (1939), de Wet Ziekenhuistarieven (WZT, 1965) en de Wet Tarieven Gezondheidszorg (WTG, 1982) van belang.

De Wet Ziekenhuisvoorzieningen (WZV 1971, in gewijzigde vorm van kracht met ingang van 1 september 1979) vormt de andere pijler en richt zich op de *planning* van het aanbod van ziekenhuisvoorzieningen.

De WZV zou een belangrijk instrument in handen van de landelijke overheid moeten worden, zoals blijkt uit de doelstelling van de wet: "*De Wet beoogt een doelmatig stelsel van ziekenhuisvoorzieningen en een evenwichtige spreiding over het land tot stand te brengen met behulp van planning van de voorbereiding en regulering van de bouw*"¹.

De wet geeft de verantwoordelijk minister de bevoegdheid het provinciaal bestuur een *aanwijzing* te geven, teneinde te komen tot de opstelling van een *ontwerpplan*. Dit plan, dat binnen een van te voren vastgesteld tijdsbestek moet worden opgesteld, dient te gelden voor een bepaald gebied, betrekking te hebben op een bepaalde categorie voorzieningen en een bepaalde periode te bestrijken. Uitgaande van de omvang van de bevolking in de desbetreffende regio en met gebruikmaking van de planningsrichtlijnen ex artikel 3 WZV, moet in kwantitatieve zin het normatieve aanbod voor de desbetreffende categorie voorzieningen worden bepaald. Daarbij dienen de provinciale besturen tevens de financiële kaders, zoals in de aanwijzing geformuleerd, in acht te nemen. Voorts behoort de uitvoering van een bouwkundige inventarisatie tot de verantwoordelijkheid van de provincie, waarbij overigens gebruik kan worden gemaakt van de diensten van het College voor Ziekenhuisvoorzieningen (CvZ).

Op 11 november 1981 werd de eerste aanwijzing op grond van de WZV gegeven. Op die datum kreeg de provincie Friesland het verzoek over te gaan tot de opstelling van een ontwerpplan voor de *algemene ziekenhuizen*.

Niet lang daarna ontvingen de provinciale besturen van de provincies Groningen, Friesland en Drenthe een aanwijzing voor het ontwikkelen van ontwerpplannen voor de *psychiatrie*.

1.2 Ontwerpplannen psychiatrie in de noordelijke provincies

Uit het evaluatierapport van Krol en Passchier (1986) blijkt dat de provinciale besturen door de komst van de WZV meer bevoegdheden hebben gekregen op het gebied van de planning van gezondheidszorgvoorzieningen. Ook wijzen zij er op dat er bij de provincies tegelijkertijd sprake is van een zekere *beduchttheid* met betrekking tot het opstellen van die plannen, die de aard en omvang van de *aanwezige* voorzieningen in negatieve zin zouden kunnen beïnvloeden.

Zij achten het opvallend dat de besturen van de noordelijke provincies (daarin overigens niet van harte gesteund door de provincie Drenthe) om een aanwijzing voor de opstelling van ontwerpplannen, betrekking hebbend op de categorie psychiatrische ziekenhuizen, hebben verzocht.

In Groningen, Friesland en Drenthe is namelijk juist op het gebied van de klinisch psychiatrische voorzieningen sprake van bijzondere omstandigheden, omdat de feitelijke situatie aanzienlijk verschilt van de gewenste in het kader van de WZV². De noordelijke provincies zijn relatief dun bevolkt. Er is ten opzichte van de WZV-

richtlijnen sprake van een *overcapaciteit*; een teveel aan bedden in de psychiatrische ziekenhuizen.

Voor de beoordeling van de situatie is het tevens van belang de provinciegrenzen in de beschouwingen te betrekken. Naar het oordeel van de overheid kan terzake niet worden gesproken van een *evenwichtige spreiding* van het aantal APZ-en en evenmin van het aantal APZ-bedden. Zo vinden wij drie van de vijf APZ-en in Drenthe. Groningen en Friesland beschikken elk over één APZ, dat ook nog eens aan de periferie is gelegen.

De provinciale besturen van Groningen, Friesland en Drenthe gingen aan het begin van de jaren tachtig, vooruitlopend op de ontvangst van de aanwijzing van de staatssecretaris, aan de slag en ontplooiden activiteiten om te komen tot de opstelling van de *ontwerpplannen psychiatrie*.

Eerst werd een aantal *gemeenschappelijke uitgangspunten* met betrekking tot de gewenste situatie op het gebied van de psychiatrische voorzieningen geformuleerd. Daarna begon, mede op basis van de inmiddels verstrekte aanwijzingen, het planproces per provincie.

In de aanwijzingen werd door de staatssecretaris onder meer gewezen op de gebrekkige spreiding van de psychiatrische ziekenhuizen. Aan de provincies werd dan ook gevraagd voor dat spreidingsprobleem passende oplossingen aan te dragen.

Naar het oordeel van het CvZ, één van de adviesorganen van de staatssecretaris, voldeden de opgestelde ontwerpplannen niet aan de te stellen eisen. De staatssecretaris werd daarom geadviseerd de plannen *niet integraal vast te stellen*, omdat er in onvoldoende mate sprake was geweest van interprovinciale afstemming, met als gevolg een gebrek aan samenhang. Vaststelling van een aantal *planonderdelen* stuitte naar het oordeel van het CvZ niet op bezwaren.

Om ook voor de overige onderdelen oplossingen te vinden, adviseerde het CvZ de staatssecretaris de provincies daarvoor een nadere aanwijzing te geven.

1.3 Vaststelling plannen instellingen geestelijke gezondheidszorg

Gegeven het gebrek aan afstemming casu quo samenhang en het negatieve advies van het CvZ, moest de staatssecretaris van WVC een beslissing nemen over de voorliggende plannen. Die besluiten werden op 6 juli 1987 genomen. De vastgestelde plannen werden gepubliceerd in de Staatscourant van 28 juli 1987.

De besluiten bleken op *essentiële* onderdelen af te wijken van de ontwerpplannen van de provincies. Ook de opvattingen van het CvZ werden voor een belangrijk deel genegeerd. Bedoelde besluiten vielen voorts op door het imperatieve karakter en de hoge mate van detaillering. Tenslotte bevatten de vaststellingsbesluiten niet alleen bepalingen om de onevenwichtigheden in de spreiding op te heffen, maar ook standpunten die, wanneer deze zouden worden omgezet in concrete acties, het zelfstandig voortbestaan van sommige instellingen dreigden aan te tasten³.

De vaststellingsbesluiten vormden de inleiding tot een dynamisch spel in diverse arena's en met een *groot aantal actoren*. Beroepsprocedures werden bij de Raad van State aangespannen. Daarnaast werden zowel individueel als collectief scenario's

ontwikkeld om uitvoering van de besluiten te voorkomen dan wel juist te bevorderen (afhankelijk van de belangen van de desbetreffende actor). Aanleiding daartoe was dat er op grote schaal sprake was van ontevredenheid en onduidelijkheid over de effecten van de departementale visie.

1.4 Afbakening onderzoeksgebied

De bedoelingen van de WZV zijn duidelijk: de doelmatigheid en de spreiding van de gezondheidszorgvoorzieningen moeten verbeterd; tegelijkertijd dienen de kosten binnen de gestelde grenzen te blijven. Voor het bereiken van de doelstelling “beheersing van de kosten van de gezondheidszorg” heeft de landelijke overheid een aantal wettelijke instrumenten in handen. Ook de WZV kan met het oog daarop worden gebruikt, omdat door middel van planning wildgroei aan de aanbodkant kan worden voorkomen.

Na beoordeling van de ontwerpplannen en op basis van de adviezen van het CvZ neemt de staatssecretaris binnen het kader van zijn bevoegdheid een besluit. Vervolgens worden de besluiten onder de aandacht van de betrokken instellingen en instanties gebracht en wordt met de effectuering begonnen. Eventuele scheefgroei wordt aldus gecorrigeerd en aan het eind van het proces is er, binnen het kader van de gegeven financiële mogelijkheden, sprake van een “doelmatig stelsel van ziekenhuisvoorzieningen en een evenwichtige spreiding over het land”, overeenkomstig de geciteerde doelstelling van de WZV.

De besturen van de noordelijke provincies togen in de eerste helft van de jaren tachtig als eersten aan het werk om te komen tot de opstelling van de ontwerpplannen psychiatrie. Op dat moment was er *geen ervaring* met het maken van dergelijke plannen. Er was dus voldoende aanleiding om te onderzoeken hoe de overheid, gegeven de gecompliceerde situatie enerzijds en het gebrek aan ervaring anderzijds, van de in het kader van de WZV gegeven bevoegdheden gebruik heeft gemaakt.

De *werkelijkheid* spoot niet altijd met de intenties; ook in dit geval niet. Sedert de publikatie van de vaststellingsbesluiten is een aantal jaren verlopen. Ofschoon de besluiten niet op alle onderdelen uitmunten door duidelijkheid, kan worden gesteld dat (bij afsluiting van deze studie, medio 1993) de eerste planperiode is verstreken. Dat maakt het mogelijk de plannen van de overheid van toen te vergelijken met de werkelijkheid van nu. Deze vergelijking leidt bij oppervlakkige beschouwing tot de (hierna verder te onderbouwen) constatering dat er amper sprake is van een begin van veranderingen conform de bedoelingen van de WZV.

Dat geeft aanleiding tot het stellen van vragen over het *realiteitsgehalte* van de plannen, de mate van *acceptatie* van het overheidsbeleid en de *doeltreffendheid* van de sturingsmechanismen. Vragen ook over de *machtsverhoudingen* tussen de actor landelijke overheid en de overige actoren, die zich (al dan niet terecht) slachtoffer van dit overheidsbeleid voelen.

Voorts dringt zich de vraag op welke (*neven*)effecten er zouden kunnen ontstaan, wanneer het overheidsbeleid – in dit geval dus met vertraging ten opzichte van de oorspronkelijke planning – alsnog zou worden uitgevoerd.

Een onderzoek naar het overheidsbeleid, gericht op de effectiviteit van de WZV ter bevordering van de doelmatigheid van de GGZ en de spreiding van de GGZ-voorzieningen, eventueel gepaard gaande met deconcentratie, samenvoeging of opheffing van bestaande instellingen, in het noorden van het land is daarom interessant. Dat geldt niet alleen omdat er in de onderzochte regio sprake is van een groot aantal bedden, bedoeld voor een omvangrijke groep patiënten met een beperkte weerbaarheid. Dat is ook het geval omdat wij hier lijken te stuiten op provinciale actoren, die niet alleen oog hebben voor de te bieden zorg, maar die tevens hoge prioriteit geven aan het hebben en/of krijgen van voorzieningen binnen de eigen provinciegrenzen.

Het is niet voor het eerst dat onderzoek wordt verricht naar de effectiviteit van de WZV. Zoals al werd opgemerkt hebben onder anderen Krol en Passchier (1986) de werking van de WZV geëvalueerd. Honingh (1985) onderzocht de mate waarin de overheid er in is geslaagd met gebruikmaking van het zogenaamde bouwplafond de kostenontwikkeling te beïnvloeden en hij besteedde aandacht aan de gevolgen van de beddenreductiemaatregelen. Zijn onderzoek betreft vooral de algemene ziekenhuizen. Dat geldt ook voor de studie van Baakman (1990), die de besluitvorming over de bouw van ziekenhuizen in Nederland tussen 1960 en 1985 behandelt. Voorts bestaat er op dit gebied een evaluatieonderzoek van de Algemene Rekenkamer (1990), dat ik in het vervolg van deze studie zal bespreken.

Ik zal mij concentreren op de planning van psychiatrische voorzieningen in de drie noordelijke provincies, in het bijzonder op die van de APZ-en. Daarvoor zal ik voornamelijk gebruik maken van de (overigens imposante hoeveelheid) gegevens die dienaangaande beschikbaar zijn met betrekking tot de situatie in het noorden van het land. Het navolgende is dan ook allereerst een case-study, betrekking hebbend op die specifieke situatie. Toch sluit ik niet uit dat de resultaten van deze studie ook van betekenis kunnen zijn voor een algemene beoordeling van het overheidsbeleid op het gebied van de klinisch psychiatrische voorzieningen.

Op grond van voorgaande overwegingen ligt ook het tijdvak waarop mijn onderzoek betrekking heeft min of meer vast. Ik zal mij concentreren op de periode die start in de eerste helft van de jaren zeventig. Toen kwam de Structuurnota Gezondheidszorg tot stand, werd het overheidsbeleid op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg in specifieke overheidsnota's beschreven en werden op grote schaal bouwkundige vernieuwingen in psychiatrische ziekenhuizen voorbereid. Toen ook werd met de voorbereidingen voor de invoering van de WZV gestart. Het onderzoek eindigt aan het begin van de jaren negentig, op een moment waarop de discussie over de voorgenomen *stelselwijziging* nog voortduurt, al was het maar omdat aan het begin van deze discussie de indruk werd gewekt dat "alles zal gaan veranderen". Aan het eind van het bestudeerde tijdvak werd ook met betrekking tot de psychiatrie door de staatssecretaris van WVC "nieuw beleid" in het vooruitzicht gesteld. Ook daarmee is geen rekening gehouden. Wel wordt in een aantal gevallen verwezen naar het concept van een door hem aangekondigde nota GGZ ("Onder Anderen"), waarover ik in een vroegtijdig stadium de beschikking kreeg.

1.5 Probleemstelling

De *probleemstelling* van deze studie kan als volgt worden geformuleerd:

“Is de Wet Ziekenhuisvoorzieningen een effectief instrument voor het realiseren van een doelmatig stelsel van evenwichtig gespreide klinisch psychiatrische voorzieningen en wat zijn van het gebruik van dit instrument de (neven)effecten”?

Behandeling van deze probleemstelling vergt tevens een antwoord op de vraag wat de overheid onder een doelmatig stelsel en een evenwichtige spreiding van dergelijke voorzieningen verstaat.

1.6 Opzet, gegevensverzameling en gevolgde werkwijze

Na deze inleiding vervolg ik mijn studie in hoofdstuk 2 met het ontwerpen van een conceptueel kader, waarbinnen de geformuleerde probleemstelling kan worden behandeld. Aansluitend zal ik in hoofdstuk 3 ingaan op het overheidsbeleid, toegespitst op de geestelijke gezondheidszorg, voorzover relevant voor de behandeling van de probleemstelling. De behandeling van dit overheidsbeleid moet, zoals gezegd, tevens leiden tot het antwoord op de vraag wat onder een doelmatig stelsel van GGZ-voorzieningen en een evenwichtige spreiding dient te worden volstaan. Aansluitend zal ik in hoofdstuk 4 de werking van de Wet Ziekenhuisvoorzieningen bespreken. Deze vier hoofdstukken vormen het eerste deel van deze studie. Voor dit deel heb ik, naast wetenschappelijke publikaties, gebruik gemaakt van nota's van de overheid, publikaties van onderzoeksbureaus, rapportages van adviesorganen van de overheid, etcetera.

Nadat ik eenmaal een beeld van het overheidsbeleid en de ontwikkeling daarvan heb geschetst, volgt in het tweede deel een beschrijving van de feitelijke gang van zaken, in de vorm van een case-study. Daarbij zal ik in de hoofdstukken 5 tot en met 7 achtereenvolgens

- de (voorbereiding van de) ontwerpplannen psychiatrie voor de drie noordelijke provincies;
- de vaststellingsbesluiten van WVC en de afwijkingen ten opzichte de ontwerpplannen, alsmede de daaraan ten grondslag liggende motieven;
- de reacties uit het veld, tot uitdrukking komend in de Raad van State-procedures;
- de opstelling van de overheid naar aanleiding van deze reacties, blijkend uit het zogeheten ambtsbericht

aan de orde stellen.

Met het oog op deze case-study, *de facto* betrekking hebbend op de gegeven aanwijzingen en de rol van de betrokken actoren in het vervolg daarop, heb ik de bronnen van de provincies in het noorden van het land en de gegevens van het ministerie van WVC en het CvZ geraadpleegd. Voorts heb ik kunnen beschikken over een groot aantal beroepsschriften en andere stukken, die door APZ-en en overige GGZ-instel-

lingen naar aanleiding van de vaststellingsbesluiten werden ingediend. Tenslotte heb ik gebruik mogen maken van (archief)materiaal van een aantal van de hiervoor genoemde actoren. Dat geldt met name voor de beschrijving van de gang van zaken rond de afgifte van de verklaring van behoefte voor het APZ in zuidoost-Friesland. Nadat eenmaal de *contouren van de casuïstiek* duidelijk waren geworden, heb ik mijn indrukken aan de direct betrokkenen ter verificatie voorgelegd. Ik heb daartoe onder meer gesprekken gevoerd met medewerkers van de Provinciale Raden voor de Volksgezondheid en de provinciale griffies en met de (ambtelijke) top van het ministerie van WVC en het CvZ. Voorts heb ik van gedachten gewisseld met de (voormalig) gedeputeerden van Friesland en Drenthe. In alle gevallen vonden de gesprekken plaats aan de hand van vooraf geformuleerde vragen. Vervolgens heb ik mij op grond van (ongestructureerde) interviews een nadere indruk gevormd van de opvattingen van de desbetreffende actoren. De standpunten uit de gesprekken heb ik vastgelegd om die vervolgens, zover nodig, door de geïnterviewden te laten beoordelen.

Geleidelijk werd mij duidelijk dat het ingewikkelde en langdurige planningsproces mogelijk niet de met de WZV beoogde resultaten had opgeleverd. Om de bespreking van de mogelijke verschillen tussen de oorspronkelijke overheidsdoelen en de uitkomsten in de praktijk met gegevens te kunnen onderbouwen, heb ik niet alleen uit eigen ervaring geput¹⁾, maar ook schriftelijk contact gezocht met de overige (algemene en de categoriale) psychiatrische ziekenhuizen in de drie noordelijke provincies. Antwoorden op vragen, betreffende de ontwikkeling van de erkende en de benutte *capaciteiten*, van de *exploitatiecijfers* en de verkregen goedkeuringen voor *bouwwerkzaamheden* in het kader van de WZV (al dan niet gericht op het verbeteren van de spreiding), hebben mij een indruk gegeven van de werkelijke gang van zaken in de instellingen. Ook in deze gevallen heb ik de uitkomsten systematisch met de gegevensverschaffers besproken. Op grond van de gevolgde werkwijze meen ik te mogen stellen dat de case-study geen onjuiste informatie bevat. Ik voeg er aan toe dat het niet uitgesloten moet worden geacht dat ook door andere actoren in andere arena's een soortgelijk spel is gespeeld. Ik heb mij daarin niet verdiept, maar meen desondanks te mogen zeggen dat mijn schets van de werkelijkheid een goed beeld geeft van de ontwikkelingen, zoals die zich in de onderzochte periode in de noordelijke provincies hebben voorgedaan. In het derde deel, omvattende de hoofdstukken 8 tot en met 11, zal het beleid (voorzover uitgevoerd met toepassing van de WZV) met inachtneming van het conceptueel kader, worden geëvalueerd. Het gaat daarbij om:

- de opvattingen in het veld inzake de beleidsinhoud;
- een beoordeling van het proces van beleidsuitvoering, de wijze dus waarop door de actoren het spel werd (en wordt) gespeeld;
- een beoordeling van de effecten daarvan;

¹ Ik ben in 1987 als algemeen directeur in dienst getreden van het algemeen psychiatrisch ziekenhuis Licht en Kracht te Assen, ruim vier jaar derhalve nadat de aanwijzingen aan de provinciale besturen van de drie noordelijke provincies waren gegeven.

- een bespreking van de mogelijke verschillen tussen de oorspronkelijke overheidsdoelen en de uitkomsten in de praktijk;
- een behandeling van de (mogelijk onbedoelde) neveneffecten van de wet- en regelgeving.

De studie, die overwegend descriptief is met een evaluatief element, zal worden afgesloten met een aantal conclusies.

2 Conceptueel kader

2.1 Inleiding

Het doel van mijn studie is zicht te krijgen op het *instrumentele* gebruik van de WZV, ter bevordering van een doelmatig stelsel van – goed gespreide – GGZ-voorzieningen. Ik zal met het oog op de behandeling van mijn probleemstelling eerst het conceptueel kader ontwikkelen, de context van het overheidsbeleid voorzover relevant voor mijn onderzoek.

Uit het vervolg van deze studie zal nog blijken dat een groot aantal actoren in diverse arena's betrokken is bij verschillende (beleids)processen.

Bressers en Ringeling (1989) spreken in dit verband over het gebruik van beleidsinstrumenten in de arena's *beleidsvorming*, *-uitvoering* en *-doorwerking*. De beleidsvormingsarena wordt omschreven als "*het proces van duwen en trekken*". De beleidsuitvoering, onder verwijzing naar Hoogerwerf (1985) aangeduid als "*het toepassen van de middelen van een beleid*" speelt zich af in de tweede arena. Binnen deze arena handelt het zowel om de toepassing van de middelen als om het verhinderen van deze toepassing. Bressers en Ringeling wijzen er op dat bij het uitvoeringsproces niet alleen het formeel vastgestelde beleid van betekenis is, maar ook de verwachtingen en de relaties die zich tijdens de beleidsvorming hebben ontwikkeld. In de derde arena gaat het om de *doorwerking* van de beleidsmiddelen, meer in het bijzonder om de *processen* in het beleidsveld. De auteurs concluderen dat het beleid vaak niet effectief is wanneer het gedrag van de desbetreffende doelgroep niet kan worden beïnvloed⁴.

Aangezien de probleemstelling betrekking heeft op de beleidsuitvoerings- en doorwerkingsarena's zal ik het conceptueel kader vooral voor de behandeling van de probleemstelling *in die arena's* ontwikkelen. Bij het ontwerpen van dat kader spelen verschillende elementen, die ik in deze inleiding kort noem en in de volgende paragrafen verder uitwerk, een rol. Achtereenvolgens besteed ik aandacht aan:

- de organisatiestructuur van de volkshuishouding, de economische orde;
- de beleidsinstrumenten voor het bereiken van de gestelde doelen;
- de dialoog in niveaus;
- de relatieve macht van de actoren;
- de dynamiek.

2.2 Economische orde

Het eerste element dat met het oog op de ontwikkeling van het conceptueel kader van belang is, betreft *de economische orde*. Hartog (1970) verstaat onder de economische orde: “*de wijze waarop de handelingen van de afzonderlijke economische subjecten worden gecoördineerd*”. Deze handelingen omvatten productie, consumptie, sparen en investeren, etcetera⁵. De economische orde omvat dus het netwerk van onderlinge betrekkingen, dat bedoeld is om de samenleving van goederen en diensten te voorzien; ook van (geestelijke) gezondheidszorgdiensten derhalve. Deze “netwerkgedachte” vinden wij ook bij Van den Doel (1971), die de organisatiestructuur van de volkshuishouding, de economische orde, definieert als “*het rasterwerk van horizontale en verticale relaties, dat ontstaat na de toewijzing van beslissingstaken aan organen en personen en dat gekenmerkt wordt door een bepaalde graad van territoriale, functionele en produktiegewijze centralisatie*”^{6a}.

De manier waarop de samenleving van goederen en diensten wordt voorzien kan weliswaar verschillen en de rasterwerk-posities kunnen variëren, maar het gaat, zoals door De Gooijer (1976) wordt gesteld, altijd om de vraag *wie de beslissingen nemen en hoe dat gebeurt*^{6b}. In de literatuur zijn vele bespiegelingen te vinden rond het thema economische orde (definiëring, classificatiemogelijkheden, ontwikkeling, etcetera). Voor de behandeling van de probleemstelling kan worden volstaan met de constatering dat de mate van overheidsingrijpen⁽¹⁾ in het economisch proces in die bespiegelingen een belangrijke rol speelt. Toegespitst op onze economische orde staan weliswaar het particulier initiatief en de particuliere ondernemingswijze productie centraal, maar is er niettemin sprake van overheidsingrijpen op verschillende terreinen en in verschillende vormen; zodanig dat wel wordt gesteld dat het gaat om *private enterprise* en niet om *free enterprise*⁷.

Dit is het eerste element waarmee bij de ontwikkeling van een conceptueel kader rekening dient te worden gehouden.

2.3 Beleidsinstrumenten

De samenleving dient dus van goederen en diensten, waaronder (geestelijke) gezondheidszorg, te worden voorzien. Het is de taak van de overheid om met het oog daarop een beleid te ontwikkelen. Dat overheidsbeleid wordt door Hoogerwerf (1989) gedefinieerd als: “*een streven om maatschappelijke processen, dus veldprocessen te beïnvloeden*”⁸. Het tweede element voor de opbouw van het conceptueel kader handelt dus over de vraag hoe die overheid invloed uitoefent. Daartoe maakt de overheid gebruik van instrumenten/middelen, door Bressers en Klok (1989) omschreven als: “*al datgene wat een actor gebruikt of kan gebruiken om het bereiken van één of meer doeleinden te bevorderen*”⁹.

Wij kunnen bedoelde instrumenten indelen in een drietal groepen (Hartog, 1965¹⁰), een indeling die ook door De Gooijer (1976) wordt gehanteerd. Allereerst zijn dat de

¹ Tenzij anders is aangegeven wordt met overheid bedoeld: de centrale overheid.

globale beleidsinstrumenten, waarmee de overheid het economisch klimaat in algemene zin beïnvloedt. Voorbeelden daarvan zijn de monetaire instrumenten (disconto-politiek, open markt-politiek, etcetera). De tweede groep heeft betrekking op de *specifieke beleidsinstrumenten*. Daartoe worden gerekend de instrumenten van groeipolitiek (fiscale aftrekregelingen, garantieverstrekingen, etcetera) sectorale instrumenten (waarbij het bijvoorbeeld gaat om een specifieke aanwending van overheidsgelden voor bepaalde sectoren), op wetgeving gebaseerde instrumenten (de WZV behoort uiteraard tot deze groep), waarmee de overheid door gebods- of verbodsbepalingen kan ingrijpen en om instrumenten die werken via het prijsmechanisme (heffingen, subsidies, etcetera). Tenslotte is er nog een *restgroep*. Daarbij kan worden gedacht aan selectieve investeringsregelingen, aanvullende voorzieningen met betrekking tot de infrastructuur en dergelijke¹¹.

Ik meen dat deze indeling in groepen van beleidsinstrumenten nog steeds goede diensten kan bewijzen. De inzetbaarheid van de instrumenten als zodanig is echter onderhevig aan een *maatschappelijke dynamiek*, een element dat ik hierna nog afzonderlijk zal belichten en dat kan nopen tot het doorvoeren van aanpassingen in het instrumentarium.

Geurts (1993) wijst er in dit kader op dat de overheid zich voor de noodzaak ziet geplaatst om na te denken over de *doelmatigheid en doeltreffendheid* van het overheidshandelen. Hij constateert dat de overheid, na jarenlang als de *centrale actor* te hebben gefunctioneerd, nu nog slechts als één van de actoren in een complex krachtenveld kan worden beschouwd. Met het oog daarop wordt gezocht naar mogelijkheden om, bijvoorbeeld, de planning te decentraliseren. Voor die decentrale planning is volgens Geurts een *nieuw beleidskundig instrumentarium* nodig (hij maakt in dit verband onder meer melding van de ontwikkeling van simulatietechnieken). Dat is ook gewenst omdat, naar zijn mening, de pogingen van de overheid om te komen tot een *imperatieve sturing* met wetten en regelgeving niet de gewenste resultaten blijken op te leveren. Dat wordt deels gecompenseerd omdat de – door hem zo genoemde – sociale netwerken in hoge mate blijken te beschikken over mogelijkheden tot zelfsturing. “*De samenleving ontwikkelt zich ondanks de overheid*”, aldus Geurts¹². Er komen volgens hem nieuwe sturingsmechanismen tot stand, waarvan ik er enkele noem: de sturing door contracten en convenanten, alsmede de sturing door financiële en andere prikkels. Daar waar Geurts spreekt over de zelfsturing van de *maatschappij*, schenkt Cornelis (1993) aandacht aan de *zelfsturende mens* in de twintigste eeuw¹³. De benadering, handelend over de relatie tussen de sturende overheid en de zelfsturende samenleving, vinden wij ook bij Hellemans en Schepers (1992). Zij wijzen er op dat tot na de Tweede Wereldoorlog het maatschappelijk middenveld en de overheid los van elkaar opereerden. De overheid liet daarbij de zorg over aan het middenveld en zorgde er vooral voor dat dat veld zich kon ontwikkelen. Pas in de jaren vijftig raakten de overheid en het middenveld, mede door de veranderingen binnen de verzuilde samenleving, meer met elkaar in contact. De ontzuiling, die in de jaren daarop volgde, betekende niet het einde van de corporatieve staat. Wel werd het maatschappelijk middenveld heterogener, minder overzichtelijk en kwam het verder van de politieke partijen af te staan. Deze ontwikkelingen maken de toekomst van het gecoöpteerde middenveld onzeker en ook af-

hankelijker van de overheid. Tegelijkertijd wordt vastgesteld dat ook de overheid in een afhankelijkheidspositie ten opzichte van het middenveld is komen te verkeren¹⁴.

Is dit nu voor mijn onderwerp van belang? Ja, want de WZV maakt deel uit van de groep *specifieke* beleidsinstrumenten, gebaseerd op wet- en regelgeving. Voor het *bouwen* van gezondheidszorgvoorzieningen is het noodzakelijk dat instellingen zich houden aan de wetsbepalingen terzake. Bouwen zonder vergunning wordt als een delict aangemerkt. Overschrijding van het bouwbudget wordt niet in de tarieven gecompenseerd. Instellingen zullen zich goeddeels aan de wetsbepalingen houden. De wet levert voorts, in de vorm van provinciale plannen, een *toetsingskader* op voor het beoordelen van deze plannen. Tenslotte geeft de wet de minister de bevoegdheid (delen van) instellingen te sluiten.

2.4 Dialoog in niveaus

Het derde element betreft de vraag *wie er in onze economische orde bepaalt wat er moet gebeuren*. De overheid mag dan wel de beschikking hebben over een beleidsinstrumentarium, dat doet niets af aan het feit dat in onze economische orde het vaststellen van de doeleinden van de volkshuishouding geschiedt op basis van een dialoog van de overheid met de samenleving. Dienaangaande kan een drietal niveaus worden onderscheiden. Allereerst is dat het niveau waarbij het vaststellen van de doeleinden van onze economische orde en de organisatiestructuur om die te realiseren, geschiedt via de confrontatie van belangengroepen binnen het parlementaire stelsel¹⁵. Essentieel daarbij is dat de burgers door middel van deelname aan belangengroepen en politieke verkiezingen zelf kunnen (trachten te) bepalen welke doeleinden zij nagestreefd willen zien en hoe dat dient te gebeuren. Ik zou dit willen bestempelen tot het *formele niveau*. Het sociaal-pluralisme is hierbij een complicerende factor. Het houdt in dat er telkens nieuwe (autonome) groepen binnen de samenleving kunnen ontstaan met eigen doelstellingen, die heel wel tegengesteld kunnen zijn aan de doelstellingen van andere groeperingen¹⁶. In ons land komen die verschillende belangen tot uiting in een democratie met een relatief groot aantal politieke partijen. Zij verschillen in uitgangspunten, doelstellingen en strategie of in alle drie. Dat deed Pen in 1962 al verzuchten "*De wereld is zo vol belangentegenstellingen dat sombere geesten er gemakkelijk een maatschappijbeschouwing uit kunnen distilleren, waarin het conflict de samenleving geheel in zijn greep heeft*"¹⁷. In de tweede plaats is er het *institutionele niveau*. Daarmee wordt bedoeld op het netwerk van (vertegenwoordigende) contacten tussen belangengroepen. Een van die contactpunten is het geïnstitutionaliseerde overleg, waarin standpunten worden uitgewisseld, waarin concessies worden gevraagd en/of gedaan en waarvan het de bedoeling is om de betrekkingen te regelen door het doen van gemeenschappelijke uitspraken casu quo het innemen van gemeenschappelijke standpunten. Voorbeelden in dit verband zijn het overleg dat moet leiden tot het afsluiten van Collectieve Arbeidsovereenkomsten (CAO), het overleg binnen de Sociaal Economische Raad (SER) en de Stichting van de Arbeid. In de derde plaats tenslotte is er het *informele*

niveau in de dialoog. Het verwijst naar termen als lobby, netwerk en wandelgangen. Ook specifieke opdrachten aan bijvoorbeeld adviescommissies (Dekker en Dunning) reken ik tot dit niveau. Het zijn zaken waarvoor weliswaar geen institutionele positie bestaat, maar waarvan niettemin algemeen wordt erkend dat zij een smeeroliefunctie vervullen ten behoeve van de beide andere niveaus. Terzijde merk ik op dat dit informele niveau in zekere zin van universele betekenis is, waarmee ik bedoel te zeggen dat dit niveau niet gebonden is aan een specifieke economische orde. Samenvattend blijkt het vaststellen van de doeleinden en strategie in onze sociaal-pluralistische economische orde een zaak te zijn van verschillende actoren, de overheid daarbij inbegrepen. In dat verband zijn onderhandelingen, coalities en het zoeken naar compromissen wezenlijke kenmerken.

2.5 Relatieve macht

De ene belangengroep is de andere niet, noch het ene instrument het andere. Niet alleen de overheid beschikt over instrumenten om doelstellingen te bereiken, ook andere actoren hebben daartoe mogelijkheden. Daarmee kom ik aan het element van de relatieve machtspositie van de belangengroepen; het vermogen het gedrag van anderen te beïnvloeden. Macht heeft volgens Hoogerwerf (1989) twee gezichten *“Macht wordt niet alleen uitgeoefend als iemand participeert in beslissingen die invloed op anderen hebben, maar ook als iemand bewerkstelligt dat de politieke agenda wordt beperkt tot (...) problemen die voor hem verhoudingsgewijs onschadelijk zijn”*¹⁸. Macht is dus van belang voor het realiseren van doelen, maar ook voor het verhinderen van doelbereiking door anderen, een streven dat door De Swaan (1982) is geïntroduceerd onder de term *hindermacht*¹⁹.

Voor een behandeling van mijn probleemstelling acht ik een uitvoerige beschouwing betreffende deze machtsverhoudingen overbodig. Een schets waarmee het belang van het thema voor het onderwerp van deze studie wordt aangeduid, meen ik toereikend te mogen achten. Laat ik dat doen aan de hand van een aantal voorbeelden. De filatelisten in Nederland leggen als belangengroep minder gewicht in de schaal dan massaal stakende havenarbeiders. De staking als middel om een doel te bereiken is in principe van een andere orde dan een protestdemonstratie van beeldend kunstenaars. In principe, want de *effectiviteit van het gebruik van instrumenten* ter bereiking van doeleinden wordt in hoge mate bepaald door de noodzaak en/of de (on)mogelijkheid voor anderen om op dat gebruik te reageren; bijvoorbeeld omdat zij in hun belangen worden getroffen. Zo'n reactie dient op haar beurt weer effectief te zijn. Eén en ander impliceert dat het gebruik van instrumenten om doeleinden te bereiken kan leiden tot ingewikkelde en spanningsvolle situaties, indien het hanteren van deze instrumenten indruist tegen de belangen of doelstellingen van anderen. Verschillende aspecten spelen in dat verband een rol. In de eerste plaats is dat het gegeven van de *rechtsstaat*, waarmee de mogelijkheid wordt geboden om de rechtmatigheid van het gebruik van instrumenten op juridische gronden te betwisten. In de tweede plaats is het van belang of er *alternatieven* voorhanden zijn. Havenwerkgevers in Rotterdam die in het geval van een staking kunnen uitwijken naar Ant-

werpen maken het stakingsmiddel minder effectief. Datzelfde is het geval met beurt-schippers, wanneer hun klanten massaal kiezen voor het transport over de weg. In de derde plaats is de *groepscohesie* van belang. Verdeeldheid in het eigen kamp vermindert de effectiviteit van het instrument voor de gebruikers. Verdeeldheid in het kamp van de getroffen en levert vanzelfsprekend het omgekeerde effect op. In de vierde plaats is de *reikwijdte* van invloed, zowel geografisch als functioneel. Lokale stiptheidsacties zijn van minder gewicht dan landelijke stakingen. Acties die beperkt blijven tot het basisonderwijs sorteren minder effect dan die welke het hele onderwijs betreffen. In de vijfde plaats speelt het *maatschappelijk gewicht* van de belangengroep een rol. Actievoerende leraren trekken waarschijnlijk meer aandacht dan protesterende boswachters. Tenslotte noem ik de invloed van de *publieke opinie*. Naarmate het huisvuil in een stad zich meer opstapelt, wordt de kans groter dat de publieke opinie zich tegen de stakende vuilnismannen keert. Omdat eventuele aanvankelijke steun en sympathie verloren gaan boet het stakingsmiddel in dat geval aan effectiviteit in. Enkele aanvullende opmerkingen dienen in dit verband nog te worden gemaakt. Allereerst wijs ik op het gegeven dat aan het gebruik van instrumenten tegelijkertijd meerdere van bovengenoemde aspecten kunnen worden onderkend. Voorts geldt dat de aangewende instrumenten na verloop van tijd contra-productief kunnen worden.

De overheid neemt in dit maatschappelijke krachtenveld een bijzondere positie in. Zij kan weliswaar beschouwd worden als één van de actoren in het proces van vaststelling en strategie, haar taak en haar belang zijn van een andere orde. Zij dient uit de diversiteit van doelstellingen van de diverse belangengroepen een zekere gemeenschappelijkheid te distilleren, tot uiting komend in een reeks te realiseren doelstellingen met zowel de daarbij behorende *prioritering* als de *keuze van de middelen* casu quo de beleidsinstrumenten. Daarbij dient zij bovendien rekening te houden met grondwettelijk vastgelegde (inspannings)verplichtingen. Het belang van de overheid zelve is daarbij het verkrijgen of het behoud van een draagvlak. Het *formele niveau*, het parlementaire stelsel, vervult in dit verband een *directe instrumentele functie*, die de relatieve macht van de overheid begrenst. Ik heb het dan over de overheid die wetsvoorstellen doet, danwel verantwoording aflegt. Ten aanzien van het *institutionele niveau* is die functie *indirect* (de overheid die gebruik maakt van adviesorganen als de SER en de Stichting van de Arbeid). En tenslotte is er geen enkele reden om te veronderstellen dat de overheid niet zou pogen de gevolgen voor het draagvlak van haar (voorgenomen) beslissingen in te schatten door gebruik te maken van het *informele niveau*.

Samenvattend is de dialoog van de overheid met de samenleving op het formele, het institutionele en het informele niveau direct of indirect instrumenteel met betrekking tot de vraag *wat* er (en in welke mate) gerealiseerd gaat worden. De gegeven indeling van Hartog handelt over de vraag *hoe* dat dient te gebeuren.

2.6 Dynamiek

De economisch orde is geen statisch gegeven, maar voorwerp van maatschappelijke *dynamiek*. Dit vijfde element verwijst naar het gegeven dat de posities van de actoren in het maatschappelijk krachtenveld, casu quo in het door Van den Doel als zodanig aangeduide rasterwerk, inclusief de overheid, niet onbeweeglijk vastliggen maar kunnen verschuiven. Een drietal aspecten is in dit verband van belang, te weten:

- de wetenschappelijke en professionele ontwikkelingen;
- de verschuivingen in normen en waarden;
- de financieel-economische omstandigheden.

Zij zijn met wisselende dominantie op verschillende momenten en op verschillende wijze, nu eens gelijktijdig dan weer volgtijdelijk, van invloed op de dynamiek van de economische orde. Zij zijn derhalve ook medebepalend voor de mate van overheidsingrijpen in het economisch proces.

Er is daarbij sprake van een zekere *interdependentie*. Voor wetenschappelijke en professionele ontwikkelingen is onderzoek nodig en dat kost geld. Dat betekent dat dergelijke ontwikkelingen onder gunstige financieel-economische omstandigheden minder snel zullen worden afgeremd dan in tijden van recessie. Dezelfde wetenschappelijke ontwikkelingen kunnen aanleiding geven tot voortdurend nieuwe discussies over normen en waarden; in technologisch opzicht kan steeds meer en vaak is daarbij de vraag aan de orde of “dat wat kan ook mag”.

De mate van ingrijpen kan wijzigen wanneer de omstandigheden veranderen. Het is echter niet altijd even duidelijk welke omstandigheid voor een dergelijke verandering de meest bepalende factor is; het zicht op de causaliteit ontbreekt meer dan eens. Was, bijvoorbeeld, de opbouw van een stelsel van sociale zekerheid een gevolg van de verschuivingen in normen en waarden (de versterking van de solidariteit van de burgers) of waren financieel-economische omstandigheden (de toegenomen macro-financiële speelruimte als gevolg van een sterke economische groei) daarvoor bepalend? Vindt nu, omgekeerd, de in gang gezette herbezinning op de verworvenheden van de verzorgingsstaat zijn rechtvaardiging in een verschuiving in normen en waarden (de eigen verantwoordelijkheid van de burger dient meer accent te krijgen) of zijn gewijzigde financieel-economische omstandigheden (de onbetaalbaarheid van het bestaande stelsel van sociale zekerheid) daarvoor bepalend?

Een sluitend antwoord op deze vragen is voor deze studie van minder belang dan de *constatering* dat de drie genoemde aspecten, in *wisselwerking* en als *golfbeweging*, bepalend zijn voor de mate van overheidsingrijpen in het economisch proces.

2.7 Toepasselijkheid voor de gezondheidszorg

Het voorgaande kan als volgt worden samengevat. In onze sociaal-pluralistische economische orde heeft de actor overheid de beschikking over (globale en specifieke

ke) beleidsinstrumenten om in te grijpen in de (wijze van) voortbrenging van goederen en diensten. De *ontwikkeling* en (de mate van) het *gebruik* van die instrumenten is gebaseerd op een (formele, institutionele of informele) dialoog met andere actoren in de samenleving. In die dialoog, waarvan onderhandelingen, coalities en het zoeken naar compromissen wezenlijke elementen vormen, maken alle actoren in meerdere of mindere mate gebruik van (aspecten van) hun relatieve machtspositie om (behoud van) eigen doelstellingen te realiseren casu quo de doelbereiking van anderen te verhinderen. De dynamiek in dit proces wordt veroorzaakt door de wisselwerking van wetenschappelijke en professionele ontwikkelingen, verschuivingen in normen en waarden en financieel-economische omstandigheden.

Ook ten aanzien van de voortbrenging en distributie van gezondheidszorggoederen en -diensten is er sprake van overheidsingrijpen in het economisch proces. De wijze van ingrijpen houdt uiteraard verband met de doelen die de overheid zich, mede als resultaat van het proces van prioritering, heeft gesteld. Deze doelen kunnen, zoals hierna nog zal blijken, inhoudelijk van aard zijn, maar kunnen evenzeer samenhangen met het streven de ontwikkelingen en de daarmee verband houdende kosten te beheersen. De noodzaak tot het stellen van prioriteiten wordt dus ook ten aanzien van de gezondheidszorg bepaald door de financieel-economische mogelijkheden. Nadat er in de tijd van de risicoloze concurrentie sprake was van een voortdurende expansie, is er, ruim genomen sedert de eerste oliecrisis in de eerste helft van de jaren zeventig, de laatste jaren aanleiding de (financiële) touwtjes aan te halen.

Naar het oordeel van De Jong en Van Schoonhoven (1992) staan wij mede daarom voor het einde van de verzorgingsstaat. Dat betekent naar hun mening dat impopulaire maatregelen moeten worden getroffen, waardoor nu eens de ene dan weer de andere (pressie)groep zich in een slachtofferrol gemanoeuvreerd voelt. Zij wijzen er op dat dergelijke groepen in de publiciteit nogal wat aandacht krijgen, waardoor een soort "zieligheidsbeeld" ontstaat dat in de dialoog met de overheid wordt gebruikt²⁰. Dat is in de gezondheidszorg niet anders dan in andere sectoren van de economie. Het is ook in die gevallen een taak van de overheid coalities te sluiten en compromissen te bereiken, al lijkt de slogan volgens De Jong en Van Schoonhoven in dergelijke situaties meer dan eens te zijn: "*regeren is vooruitschuiven*".²¹

De dialoog wordt niet alleen ingekaderd door wat medisch-technologisch kan en wat financieel aanvaardbaar wordt geacht. De normen- en waardendiscussie wordt (juist in de gezondheidszorg) met een zekere heftigheid gevoerd. Ook hier stuiten wij dus op de in 2.6 genoemde interdependentie tussen inhoudelijke ontwikkelingen, normen en waardenpatronen en financiën. Het antwoord op vragen ten aanzien van "wat kan en mag" kan direct of indirect van belang zijn voor de mate van overheidsingrijpen en de aard en de omvang van de voorzieningen en dus van de kosten.

Een enkel voorbeeld laat voorts zien dat de gang van zaken zich maar in beperkte mate laat plannen. Relatief kort geleden was er in ons land nauwelijks sprake van gokverslavingsproblemen, aids was niet bekend en orgaantransplantaties werden niet uitgevoerd. Het ontstaan van nieuwe problemen enerzijds en het ontwikkelen van (vaak dure) nieuwe behandelmethoden anderzijds, noodzaken tot een constante prioritering en een voortdurende dialoog tussen de betrokken actoren.

Roscam Abbing (1987) heeft ten aanzien van de gezondheidszorg gewezen op *de*

*formele en de materiële relatie tussen overheid en particulier initiatief. De formele rol van de overheid heeft betrekking op de vaststelling van de regelingen, waarmee vervolgens het veld te maken krijgt. Zo kan de overheid op grond van de bestaande wet- en regelgeving vrij ver ingrijpen in de gang van zaken in de gezondheidszorg. "De overheid kan initiatieven laten ontstaan, maar ook liquiderend, corrigerend optreden. Op de initiatieven kan zowel in stimulerende als in afwijkende zin worden gereageerd. In de formele relatie zitten dus in potentie vergaande overheidsbevoegdheden"*²².

Naast het *formele niveau* bestaat, zoals ik al tot uitdrukking bracht, het *institutionele niveau*, het niveau dus waarop de (vertegenwoordigende) contacten tussen belangengroepen (verenigingen van zorgaanbieders, van zorgverzekeraars en belangverenigingen van patiënten, etcetera) worden onderhouden.

Ten aanzien van de *wijze van overheidsingrijpen* zijn veranderingen waar te nemen. Deze veranderingen voltrekken zich geleidelijk.

In dit verband onderscheidt De Gooijer (1988) een drietal periodes. Hij wijst er op dat de overheidsbemoeyenis zich na de Tweede Wereldoorlog tot circa 1960 grosso modo beperkte tot het hanteren van het "financiële instrument". De interesse van de overheid voor aard en omvang van de zorg was toen gering. In de tweede periode (lopend van 1960 tot circa 1980) kon de overheid het zich, dankzij de economische groei, veroorloven om de verdere ontwikkeling van de gezondheidszorg over te laten aan het samenspel van maatschappelijke krachten. Zij vermeerde conflicten met het veld zolang de ontwikkelingen nog financierbaar waren. Ook nu werden de ontwikkelingen dus bepaald door de mate waarin het financieel instrument werd gehanteerd. De Wolff spreekt in dit verband van een corporatistisch beleidsmodel, waarvan een sterke gerichtheid op maatschappelijke organisaties kenmerkend was voor het overheidsbeleid. Vanuit een, in hoge mate, autonome positie lag daarbij het initiatief voor beleidsveranderingen bij partijen in het veld. De overheid beschouwde zich, aldus De Wolff, in belangrijke mate afhankelijk van dat veld, liet de verantwoordelijkheden voor de ontwikkelingen diffuus en kocht het risico om geen medewerking te verlenen af²³. Het resultaat daarvan is geweest dat er tot en met de jaren zeventig de facto geen belangstelling voor de kosten van de gezondheidszorg bestond, de waarschuwingen die het Centraal Orgaan Ziekenhuistarieven (COZ) in haar jaarverslagen verwoordde, ten spijt.

In de derde periode (vanaf 1980) realiseerde de overheid, volgens De Gooijer, na de invoering van de budgettering een omhuiging in de kostenontwikkeling door het voeren van een "procentenpolitiek". Bovendien beperkte de overheid zich niet langer tot het uitsluitend hanteren van het financiële instrument, maar bemoeide zij zich ook met de aard en omvang van de zorg door plannings- en sturingsaspecten te benadrukken. In de relatie met de overheid werd minder overlegd en meer onderhandeld en tengevolge daarvan was het ontstaan van conflicten met (partijen uit) het veld niet op voorhand uitgesloten. De toenemende bemoeienis van de overheid ging gepaard met een sterk groeiende bureaucrativering en een wijziging in de machtsverhoudingen. De Wolff wijst in dit verband op de ontwikkeling van het COZ-bureau als zelfstandige factor. Dit geldt mutatis mutandis voor de komst van (de bureaus van) het College voor Ziekenhuisvoorzieningen, de Nationale Ziekenhuisraad

(NZR), de Vereniging van Nederlandse Ziekenfondsen (VNZ), etcetera. Onderhandelingen werden gedetailleerder en gecompliceerder en meer en meer een exclusieve aangelegenheid voor de deskundigen, die door de onderhandelende partijen werden aangetrokken. De technische deskundigen die het uit te voeren beleid zouden moeten voorbereiden, gingen het in toenemende mate de facto bepalen.

Het initiatief voor nieuw beleid kwam geleidelijk meer bij de overheid te liggen. De inspiratie voor dat beleid kwam niet langer voort uit de wensen en verlangens van het veld, maar vloeide vooral voort uit de taakopvattingen van de overheid, die zich toenemend als belanghebbende opstelde. De overheid pleegde weliswaar overleg met het veld, maar gemeten naar de uitkomsten van dat overleg kan de kwalificatie van een *overheidsdictaat* volgens De Gooijer maar met moeite worden onderdrukt²⁴.

De Roo (1993) benadert de rol van de overheid en de gevolgen van de overheidsopstelling op een wat andere wijze. Hij gaat in op de *marktordening* in de zorgsector. Hij onderscheidt vier periodes, achtereenvolgens aangeduid als de periode van de *verzuilde marktordening* (begonnen voor de Tweede Wereldoorlog en lopend tot circa 1960), de periode van de *risicoloze concurrentie* (van 1960 tot de publikatie van de Structuurnota in 1974), de periode van de *overheidsplanning* (door De Roo niet specifiek gemarkeerd, maar mijns inziens lopend tot het midden van de jaren tachtig) en tenslotte de periode, die wordt aangeduid als die van een *bedrijfstak in wording* (grotweg beginnend met de publikatie van het rapport van de zogeheten Commissie Dekker)²⁵. Het behoeft geen betoog dat de wijze van marktordening in de gezondheidszorg in belangrijke mate bepaald wordt door de ruimte, die de overheid de overige actoren voor deze ordening biedt. De indeling van De Roo "volgt" daarom als het ware die van De Gooijer.

Het overheidsbeleid begint de laatste jaren tekenen te vertonen van een extra dimensie, die men *dictaatcorporatisme* zou kunnen noemen. Immers, onder de vlag van de debureaucratisering en deregulering wordt de verantwoordelijkheid voor de ontwikkelingen in de gezondheidszorg weer in toenemende mate bij partijen in het veld gelegd, met dien verstande dat de manoeuvreerruimte sterk wordt ingeperkt. De hier geschetste gang van zaken vindt zijn weerslag in zowel de ontwikkeling en het gebruik van (overheids)instrumenten als in verschuivingen in de relatieve machtsposities tussen de betrokken belangengroepen casu quo partijen in het veld. Ik wees in dit kader reeds op de opvattingen van Geurts die, in verband met de geschetste ontwikkelingen, melding maakt van de noodzakelijke komst van nieuwe overheidsinstrumenten.

In deze paragraaf gaat het om een contourenschets met betrekking tot de toepasbaarheid van het conceptueel kader voor de gezondheidszorg. Met het oog daarop geef ik, ter illustratie, afsluitend nog een aantal voorbeelden aangaande de veranderende doelstellingen, de werkwijze en het gebruik van de instrumenten ter zake. Eerst richt ik mij op de verandering in de overheids(*sub*-)doelen. In de vorige eeuw waren de (voorlopers van de) psychiatrische ziekenhuizen vooral bedoeld om de maatschappij te beschermen "tegen gestraften voor een zondig leven, of slechte mensen als wilde beesten, die konden worden geïnterneerd, opdat zij geen gevaar

voor de samenleving zouden opleveren”²⁶. In de afgelopen decennia is echter de aandacht voor het wel en wee van de opgenomen patiënten, mede onder invloed van de hierna nog kort te bespreken Moratoriumgroep en de zich ontwikkelende patiëntenbeweging, toegenomen. Zo kwam het instituut patiëntenvertrouwenspersoon tot stand, werd de oprichting van bewoners/patiëntenraden bevorderd en werd de rechtspositie van de patiënt via nieuwe wet- en regelgeving verbeterd.

Verkaar (1991) concludeert dan ook dat patiënten en/of cliënten in de gezondheidszorg een politieke factor van betekenis zijn geworden: “*er kan niet meer om heen worden gelopen*”. Hij wijst er op dat de oprichting van het Landelijk Patiënten/Consumentenplatform in 1986 mogelijk werd gemaakt, omdat de landelijke overheid behoefte aan een dergelijke gesprekspartner bleek te hebben en daarvoor ook geld op tafel wilde leggen²⁷.

Ten aanzien van de *werkwijze* van de overheid, gericht op het formuleren van nieuwe beleidsdoelen en de ontwikkeling van een aangepast instrumentarium, is eveneens sprake van veranderingen. Daar waar het tot voor kort gebruikelijk was dat de “actor overheid” overleg voerde met de “actor koepelorganisaties”, komt het in toenemende mate voor dat de overheid zich bedient van de “contact passerelle”-benadering. Dat houdt in dat de overheid zelf een “deelverzameling” uit het veld formeert en daarmee overlegt, ter toetsing van het draagvlak voor haar beleidsvoornemens. Wij stuiten hier op een verschuiving van het institutionele niveau naar het informele niveau.

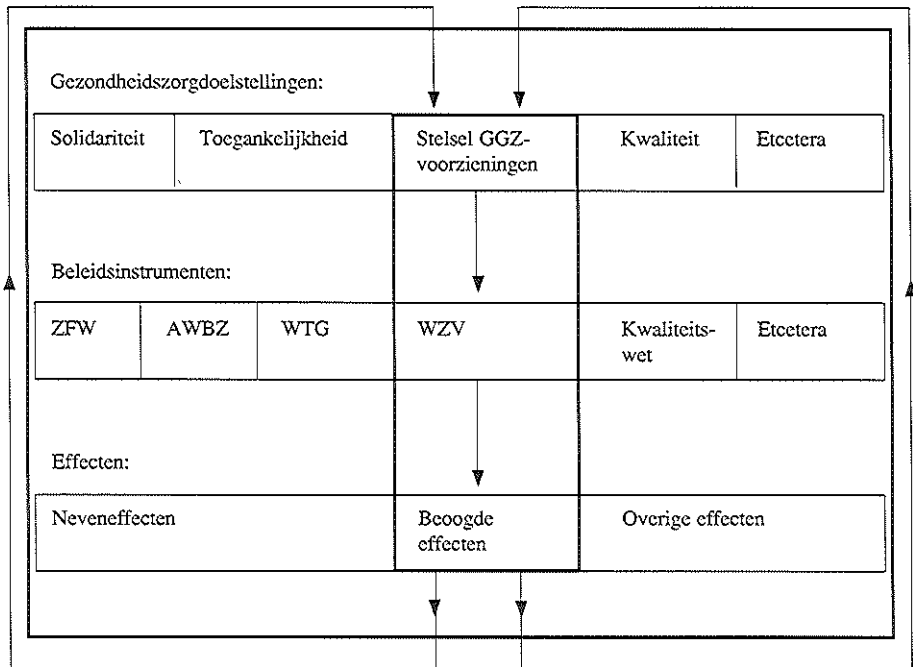
Tenslotte geef ik nog een tweetal voorbeelden betreffende de *instrumentele aspecten*.

Het beleid betreffende het verstrekken van garanties, voor door de instellingen voor gezondheidszorg te sluiten geldleningen, door met name de provinciale en gemeentelijke overheden (een specifiek beleidsinstrument van groeipolitiek) creëerde gunstige financieringsvoorwaarden voor de bouw van ziekenhuisvoorzieningen. Dit garantieverstrekkingenbeleid was illustratief voor het overheidsbeleid in de tweede door De Gooijer geschetste periode. Beëindiging van dit beleid was het gevolg van een tweetal ontwikkelingen, te weten de verschuivingen in de relatieve machtsposities van de centrale overheid ten opzichte van de provinciale/gemeentelijke overheden en van de ongunstige macro-economische ontwikkelingen. De vervanging van de Wet Ziekenhuistarieven (1965) door de Wet Tarieven Gezondheidszorg (1982) bracht een drietal verschuivingen in de maatschappelijke dynamiek tot uitdrukking. In de eerste plaats de versterking van de rol van de overheid als belanghebbende, die met gebruikmaking van het instrument van de “aanwijzing” haar greep op de ontwikkelingen betreffende de gezondheidszorg vergrootte. Dit instrument vormde bijvoorbeeld de basis voor de invoering van de budgettering. In de tweede plaats markeerde de nieuwe wet het einde van het corporatisme dat kenmerkend was voor de samenstelling van het COZ. Het samenbrengen van alle partijen in de gezondheidszorg in één orgaan werkte belemmerend voor het vinden van een eensluidend oordeel, met als resultaat – in de derde plaats – dat de positie van het bureau van dat orgaan er door werd versterkt.

2.8 Het kader in schema

De vijf geschetste elementen, die voor het ontwikkelen van het conceptueel kader zijn besproken, vormen bij elkaar een dermate complex geheel dat het schier onmogelijk is om welk aspect van het maatschappelijk leven in onze economische orde dan ook te beschrijven in termen van het conceptueel kader, zonder een drastische *schematisering* en beperking⁽²⁾. Schematisering en beperking zijn dus geboden. Na mijn voorgaande beschouwingen, die als resultaat het (algemeen) conceptueel kader hebben opgeleverd, wil ik in deze paragraaf via een gedeeltelijke “uitvergroting” van dat kader komen tot het, geschematiseerde, specifieke kader, dat voor mijn studie van belang is. Ik zal dat doen door vanuit de probleemstelling terug te redeneren. Het gaat, zoals ik heb uiteengezet, om het *instrumentele gebruik van de WZV* in relatie tot de klinisch psychiatrische voorzieningen.

Schema 1: Conceptueel kader



² Deze stelling werd vlak voor het ter perse gaan van deze studie onderstreept door een uitspraak van de staatssecretaris van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, gedaan tijdens de presentatie van het rapport “Gezondheidszorg in Tel” van de commissie Van der Zwan. Hij wees in dit verband op de ongelooflijke complexiteit qua belangen, posities en financiering van onze gezondheidszorg en op de spanning tussen institutionele belangen en inhoudelijke wenselijkheden.

Gegeven de doelstellingen zal ik mij in het vervolg van deze studie dus bezighouden met de *effecten van het gebruik* van de WZV. Het spreekt vanzelf dat de uitkomsten aanleiding kunnen geven tot bijstelling van het instrumentarium en mogelijk ook tot het herformuleren van de doelen. Ik ga daarop niet in, omdat ik niet het proces van de totstandkoming en aanpassing van de wet- en regelgeving onderzoek (de beleidsvorming), maar *uitsluitend* de effectiviteit van de gegeven instrumenten, toegespitst op de WZV (de beleidsuitvoering en -doorwerking). Ik beperk mij derhalve tot het gebied dat wordt aangegeven in het vetomlijnde gedeelte in het centrum van vorenstaand schema, maar realiseer mij daarbij dat het conceptueel kader onderhevig is aan een dynamische ontwikkeling.

3 Overheidsbeleid inzake de (geestelijke) gezondheidszorg

3.1 Inleiding

In paragraaf 1.6 heb ik aangekondigd in dit derde hoofdstuk het overheidsbeleid inzake de GGZ te zullen behandelen, voorzover relevant met betrekking tot mijn *probleemstelling*. Omdat die probleemstelling vraagt naar de effectiviteit van het instrument WZV, ter bereiking van een *doelmatige en goed gespreide GGZ* en die begrippen niet voor iedereen dezelfde betekenis hebben, moet de bespreking van dat GGZ-beleid primair het antwoord op de vraag opleveren wat de *overheid* daaronder verstaat.

Bij het behandelen van de beleidsontwikkelingen, betreffende de klinische GGZ, leg ik mij een aantal beperkingen op. In de eerste plaats concentreer ik mij op nota's en rapporten, die in de periode 1970-1990 zijn verschenen. Omdat de opstelling van de provinciale plannen in de loop van de jaren tachtig zijn beslag kreeg en ook de vaststellingsbesluiten van de overheid in die jaren werden gepubliceerd, meen ik met de behandeling van de publikaties uit die periode te kunnen volstaan. Ik zie af van een uitvoerig historisch overzicht en zal in een paar zinnen de ontwikkeling van de psychiatrische ziekenhuizen schetsen. De tweede beperking is principiëler van aard en hangt samen met het feit dat ik mij in deze studie niet zozeer bezighoud met de *beleidsvorming*, maar met de *beleidsuitvoering*. In verband daarmee acht ik het niet nodig het overheidsbeleid systematisch “af te zetten” tegen de elementen van het conceptueel kader, die ik in het vorige hoofdstuk heb genoemd. Dat kader dient om (in deel III) een oordeel te geven over de *toepassing van de middelen* van het beleid, zoals bedoeld door Hoogerwerf¹. Een korte beoordeling van de relatie tussen het beleid en het conceptueel kader in paragraaf 3.4 acht ik voldoende.

In dit hoofdstuk gaat het derhalve om de vraag *wat* het overheidsbeleid is en niet om de vraag *waarom* en langs welke weg dat beleid door de overheid is geïntroduceerd. Voor de beantwoording van die “wat-vraag” staat een groot aantal nota's en andere beleidsstukken van de overheid, commissies ad hoc en adviesorganen ter beschikking. Nadat al in 1965 het historisch raam van Querido verscheen, noemen Van der Grinten en Vos (1993) in hun “Overzicht van de belangrijkste overheidsdocumenten en adviezen op het terrein van de GGZ, uitgebracht in de periode 1970-1993”, circa 50 rapporten, die met betrekking tot het *GGZ-beleid* van belang worden geacht²⁸. De

¹ Dit impliceert dat ik pas in het derde deel van deze studie het conceptueel kader zal gebruiken.

commissie Van der Zwan telt, blijkens het rapport “Gezondheidszorg in Tel”⁽²⁾ over de periode 1964-1992 ruim 40 *overheidsmaatregelen*, waaronder de invoering van nieuwe wetten en regels²⁹. Ik heb uit die veelheid van beleidsstukken een selectie gemaakt, die naar mijn oordeel verantwoord is voor de behandeling van mijn probleemstelling. Mijn selectie bestaat uit een drietal nota’s dat voor de gehele gezondheidszorg van betekenis kan worden genoemd en een aanzienlijk groter aantal nota’s dat meer specifiek de GGZ betreft en mijns inziens een representatief beeld geeft van de zich ontwikkelende overheidsopvattingen dienaangaande.

Alvorens een begin te maken met de bespreking van die nota’s schenk ik, zoals ik aangaf, enige aandacht aan de wordingsgeschiedenis van de APZ-en, aangezien vanuit dat historisch perspectief mogelijk de actuele GGZ-opvattingen beter kunnen worden verstaan.

3.2 De totstandkoming en ontwikkeling van de APZ-en

De psychiatrie stelde in de vorige eeuw nog maar weinig voor. In de loop van de twintigste eeuw nam de deskundigheid snel toe. Omdat ook de *toegankelijkheid* van de (geestelijke) gezondheidszorg werd bevorderd, kregen de instellingen, vooral na de Tweede Wereldoorlog, de kans zich te profileren en werd het mogelijk het specialisme psychiatrie verder te ontwikkelen.

Geschiedenis van de psychiatrie van 1848-1945

Van Ommen (1988) besteedt uitvoerig aandacht aan de ontwikkeling van het psychiatrisch ziekenhuis. Schroeder van der Kolk en Feith, beiden inspecteur voor de geestelijke volksgezondheid, telden volgens hem (in 1842) 12 bewaarplaatsen met 100 patiënten en 32 diaconale gestichten met 960 patiënten. Bij de invoering van de eerste Krankzinnigenwet (1841) was de rol van de medicus nog onduidelijk. Door krankzinnigheid aan te merken als een *gestoorde hersenkracht* werd het pad voor de medicus geëffend, die omstreeks de eeuwwisseling vastere voet aan de grond kreeg, mede door de bepalingen uit de tweede Krankzinnigenwet (1884). In deze wet werd de *oprichting van nieuwe gestichten* overgelaten aan provincies, gemeenten en particulieren. Het accent lag op bewaring, bewaking en symptoombestrijding⁽³⁾. De ontwikkeling van *medicamenten* en nieuwe *behandelmethoden* en de geleidelijke toename van het aantal medici en andere disciplines leidden tot meer en betere inrichtingen. Omstreeks 1935 hadden de psychiatrische ziekenhuizen een min of meer volwaardige status bereikt³⁰.

Van der Grinten (1987) start zijn overzicht eveneens in het midden van de vorige eeuw. De overheid stelde zich in die tijd terughoudend op. Dat gold ten aanzien van

² Genoemd rapport verscheen kort voor het definitief afsluiten van deze studie. Ik ben daarom niet in de gelegenheid geweest de conclusies uit deze belangwekkende studie een plaats in mijn onderzoek te geven.

³ Deze benadering geeft de taken van de lagere overheden en de toenmalige instellingen weer; de discussie over de doelmaticheid van de zorg en de spreiding van de voorzieningen werd pas lang daarna gestart.

de verstrekking en de financiering, maar ook voor de organisatie van de zorg. De verantwoordelijkheid voor de *capaciteit* werd in de tweede KZ-wet, zoals gezegd, bij de provincies gelegd⁴. Daarbij werd bepaald dat bij een *tekort* in een bepaalde provincie deze niet zelf tot oprichting van nieuwe inrichtingen hoefde over te gaan maar ook afspraken kon maken met naburige provincies voor de opvulling van het tekort. De *betaling* werd geregeld via de armenwet³¹.

De Moratoriumgroep nieuwbouw APZ-en (Van der Poel, Romme, Trimbos en Van der Wilk, 1985) wijst op een Koninklijk Besluit van Willem I van 11 april 1818, waarin een gestichtsoptname werd gezien als een mogelijkheid de *terugkeer* in de maatschappij te bevorderen. In de praktijk was echter sprake van heel andere ontwikkelingen: naar het oordeel van de Moratoriumgroep ontstonden er vooral opberginstituten om de maatschappij tegen krankzinnigen te beschermen³².

De Wit (1991) gaat eveneens terug tot 1818, het jaar waarin de regering voorstelde onder toezicht van *de provincie* gestichten te laten oprichten. Daar bleek aanvankelijk weinig van terecht te komen omdat de psychiatrie nauwelijks enige belangstelling genoot. In het overzicht met betrekking tot de *rol van de provincies bij de bouw* van psychiatrische ziekenhuizen wijst ook hij op de wettelijke bepalingen ter zake. Artikel 11 van de tweede KZ-wet luidt als volgt: “*Voor zover niet op andere wijze in de behoefte aan gestichten tot opnemng van de in enige provincie wonende of verblijvende krankzinnigen wordt voorzien, zorgt het bestuur van de provincie, hetzij afzonderlijk, hetzij in vereniging met de besturen van andere provinciën voor de oprichting en instandhouding van gestichten, voldoende aan de door deze wet gestelde eisen*”³³. Het overheidsbeleid leidde niet tot opheffing van de tekorten die steeds meer een probleem gingen vormen. Provincies waren bereid zich in te spannen maar met name de financiële consequenties gingen de mogelijkheden van de provincies te boven.

Ontwikkelingen na de Tweede Wereldoorlog (tot begin onderzoeksperiode)

Na de oorlog werden volgens Van Ommen (1988) patiënten in psychiatrische ziekenhuizen opgenomen, die daarvoor normaal in de maatschappij hadden gefunctioneerd. Dat leidde tot de opvatting dat het disfunctioneren van mensen niet alleen samenhang met een stroomis in de hersenen, maar dat ook *omgevingsfactoren* daarop van invloed kunnen zijn. Een wetenschappelijke heroriëntatie bleek noodzakelijk. De intrede van diverse (nieuwe) deskundigen op behandelgebied, de betere diagnostische mogelijkheden, de verdere ontwikkeling van de psycho-farmaca en het onderscheid tussen kortdurende en langerdurende behandelingen bepaalden de *vormgeving* van het psychiatrisch ziekenhuis “nieuwe stijl”³⁴.

Van der Grinten (1987) stelt dat de GGZ zich in de jaren dertig een plaats had weten te verwerven. Aan het begin van de Tweede Wereldoorlog was er echter naar zijn mening sprake van tenminste twee *problemen*, omdat:

- er geen ziektekostenverzekering bestond;
- er geen sprake was van een doelmatige structuur voor de gezondheidszorg.

⁴ Deze ontwikkeling vormt min of meer de start van de planningsdiscussie.

De komst van het Ziekenfondsbesluit in 1941, dat kort na de oorlog werd aangepast en de latere invoering van de Ziekenfondswet, die in 1964 van toepassing werd verklaard, betekenden dat de *toegankelijkheid* tot de gezondheidszorgvoorzieningen aanzienlijk werd verbeterd. Het aanbrengen van een structuur werd bemoeilijkt door de verschillen in visie die door de zuilen werden uitgedragen³⁵.

De Wit (1991) noemt de komst van de ambulante GGZ een belangrijke na-oorlogse ontwikkeling. Hij wijst in dat verband op de oprichting van nazorgdiensten vanuit de psychiatrische ziekenhuizen, waarmee duidelijk werd gemaakt dat de psychiatrie niet het exclusieve domein van de klinieken vormde³⁶.

Van Aniel (1988) attendeert op de belangrijker wordende *behandelfunctie* van het APZ in de jaren na de Tweede Wereldoorlog, mede mogelijk gemaakt door de verdere ontwikkeling van de psycho-farmaca in de loop van de jaren vijftig³⁷.

Door de verdergaande differentiatie binnen de APZ-en enerzijds en de komst van nieuwe GGZ-instituten anderzijds, nam de noodzaak tot het ontwikkelen van de door Van der Grinten bepleite structuur verder toe.

3.3 De ontwikkeling van het (GGZ-)beleid tijdens de onderzoeksperiode

Aan het begin van dit hoofdstuk wees ik op het bestaan van een groot aantal nota's en andere beleidsstukken van de overheid, commissies ad hoc en adviesorganen, alle betrekking hebbend op de GGZ. Een deel daarvan kwam tot stand voorafgaande aan het planningsproces in de noordelijke provincies; een ander deel in de periode waarin de ontwerpplannen werden opgesteld, respectievelijk in de jaren daarop volgend. Omdat in sommige gevallen de planners er voor kozen in hun (ontwerp)plannen ook *nieuwe* beleidsopvattingen een plaats te geven, heb ik in mijn overzicht geen "beleidscesuur" aangebracht. Voorts is het van belang er op te wijzen dat een drietal van de hierna te bespreken overheidsnota's, te weten de Structuurnota Gezondheidszorg, de Nota 2000 en de Nota Werken aan Zorgvernieuwing niet uitsluitend op de GGZ betrekking heeft. Ik heb ook deze nota's een plaats op onderstaande tijdsbalk gegeven, omdat zij min of meer kenmerkend zijn voor de opvattingen van de overheid op de grenzen van de door De Roo onderscheiden periodes van risicoloze concurrentie, overheidsplanning en van de bedrijfstak in wording en als zodanig de "beleidswisseling" markeren. Aldus kom ik tot het volgende overzicht:

1970	Advies Centrale Raad voor de Volksgezondheid
1971	Nota Geestelijke Gezondheidszorg
1973	Rapport van de Werkgroep Korte Termijn
1974	Nota Geestelijke Gezondheidszorg
1974	Structuurnota Gezondheidszorg
1978	Notitie Psychiatriebeleid
1979	Rapport Werkgroep Huisvesting Psychiatrie
1984	Nota Geestelijke Volksgezondheid
1985	Het psychiatrisch ziekenhuis in discussie
1985	Advies Multifunctionele Eenheden
1986	Nota 2000
1987	Advies samenwerking tussen extramurale en intramurale geestelijke gezondheidszorg
1989	Advies functies in de GGZ
1990	Zorgen voor geestelijke gezondheidszorg in de toekomst
1990	Evaluatierapport Multifunctionele Eenheden
1990	Werken aan Zorgvernieuwing

3.3.1 Gezondheidszorgbeleid in het algemeen

In de volgende paragrafen zal ik een beeld schetsen van de inhoud van de nota's en andere beleidstukken, die ik van belang acht voor het antwoord op de vraag, wat onder een doelmatige en goed gespreide GGZ dient te worden verstaan. Ik ga daarbij te werk van grof naar fijn en start mijn beschouwingen met een behandeling van de nota's die weliswaar niet uitsluitend de GGZ betreffen, maar wel een beeld geven van de overheidsopvattingen ten aanzien van de gezondheidszorg in zijn totaliteit, inclusief de GGZ.

Structuurnota Gezondheidszorg

De Structuurnota Gezondheidszorg (1974) neemt in de lange rij van overheidspublicaties van de afgelopen jaren een prominente plaats in. De opstelling van deze nota kwam tot stand aan het eind van de, door De Roo beschreven, periode van de risicoloze concurrentie. De nota is vooral geschreven om duidelijk te maken dat er een *beheersinstrumentarium* moet worden ontwikkeld, omdat volgens de staatssecretaris de kosten van de gezondheidszorg sneller zijn gestegen dan die van de overige sectoren van de economie. Een *accentverlegging* naar extramurale behandelingen en preventie wordt blijkens de nota noodzakelijk geacht. Voorts moet worden gestreefd naar een "*geordend stelsel van voorzieningen, op elkaar afgestemd in geografisch beperkte gebieden en naar het planmatig verder ontwikkelen van het geheel der gezondheidszorg*"³⁸. Uit de probleemanalyse van de staatssecretaris blijkt een aantal knelpunten. Deze zijn ook voor mijn studie van belang. Zo wordt onder meer melding gemaakt van het *ontbreken van instrumenten* voor het beheersen van de kosten, van *onvoldoende samenhang* tussen de voorzieningen, een *gebrek aan*

samenwerking, een gebrekkige spreiding, in het bijzonder van de GGZ-voorzieningen, etcetera.

Voor de oplossing van de problemen worden twee belangrijke beleidsuitgangspunten geïntroduceerd: regionalisatie en echelonnering. Onder regionalisatie wordt verstaan: *“de indeling van het land in gebieden waarbinnen een overzichtelijk stelsel van gezondheidszorgvoorzieningen functioneert”* en onder een echelon: *“een sector van de gezondheidszorg die voorzieningen omvat die globaal gesproken dezelfde functionele kenmerken en gerichtheid vertonen”*.

De wettelijke regelingen, die op deze uitgangspunten dienen te worden gebaseerd, moeten onder meer waarborgen dat de voorzieningen in nauwe onderlinge *samenhang* functioneren en kwalitatief zijn afgestemd op hun functie binnen deze structuur. De staatssecretaris kiest dus voor ordening en beheersing en op grond daarvan voor een *planmatige opzet*³⁹.

Nota 2000

De Nota 2000 (1986) die ongeveer aan het eind van de, door De Roo als zodanig aangeduide, periode van overheidsplanning verscheen heeft vooral betrekking op de ontwikkelingen op langere termijn. Er wordt gesproken over *afnemende meeropbrengsten* met betrekking tot de gezondheidszorg. De disproportionele groei van de gezondheidszorg, die in de jaren zestig mogelijk werd gemaakt, noopt tot een heroriëntatie. Naar het oordeel van de staatssecretaris moet de *gezondheid* centraal worden gesteld en moeten met het oog daarop de omgevingsvariabelen worden beïnvloed. De aandacht moet worden verschoven naar *preventie* en de wet- en regelgeving moet worden versoepeld. Dat blijkt uit het volgende citaat: *“Te strakke wet- en regelgeving, te gedetailleerde voorschriften, te veel nadruk op de verdediging van bestaande belangen dienen te wijken voor ruimte voor vernieuwing met het oog op de gezondheidsproblemen van de toekomst”*⁴⁰.

Werken aan zorgvernieuwing

Nadat het Ontwerp Kerndocument (1989) nog eens tot uitdrukking bracht dat het zorgbeleid nieuwe stijl vraagt om een *functionele regionale benadering* en dat de preventie moet worden geïntensiveerd, verscheen in het kader van de voorgenomen stelselwijziging de nota Werken aan Zorgvernieuwing (1990). Deze nota past in de periode van de bedrijfstak in wording, zoals door De Roo bedoeld.

Al eerder heb ik opgemerkt dat op het moment van afsluiting van mijn onderzoek niet duidelijk was of de plannen met betrekking tot de stelselwijziging volledig zullen worden ingevoerd, laat staan dat ik een indruk kan geven van het moment waarop deze invoering zijn beslag krijgt. Er is aan het begin van de jaren negentig weliswaar een bescheiden begin mee gemaakt, maar “de politiek” is er blijkbaar nog niet van overtuigd dat het gewijzigde stelsel beter zal functioneren dan het huidige. Het is daarom weinig zinvol de opvattingen van de staatssecretaris en detail in mijn beschouwingen te verwerken. Wel is het interessant kennis te nemen van de belangrijkste standpunten die in de nota zijn verwoord.

In deze nota wordt teruggegrepen op de Nota 2000 en het Ontwerp Kerndocument. Het zorgbeleid richt zich op zieken en gezonden: Zorg en preventie. Het hoofddoel

van het beleid wordt omschreven als: “*het bevorderen/handhaven van een hoog kwalitatief niveau van voorzieningen en het zo goed mogelijk afstemmen van de voorzieningen op de zorgvraag van de gebruikers binnen de beschikbare financiële kaders*”⁴¹. Aangaande de zorg wordt een aantal aspecten van belang geacht. Ik laat die verder buiten beschouwing, maar stel in relatie tot mijn probleemstelling vast dat de noodzaak tot *samenhang, afstemming en samenwerking* ook in deze nota wordt benadrukt⁴².

Beoordeling van het zich ontwikkelende (algemene) beleid

Nadat de overheid de ontwikkelingen jarenlang op zijn beloop liet, bleek in de eerste helft van de jaren zeventig dat er wat moest gebeuren. De Structuurnota werd dan ook niet zozeer opgesteld om de gezondheidszorg te verbeteren, maar om meer greep op de ontwikkelingen, in het bijzonder op de kosten, te krijgen. *Planning* zou de oplossing van een aantal problemen (op het gebied van de samenhang, samenwerking en spreiding) dichterbij moeten brengen en daartoe werden begrippen als echelonnering en regionalisatie geïntroduceerd. Vervolgens (Nota 2000) besloot de overheid meer het accent op de *preventie* te leggen en aandacht te vragen voor de verantwoordelijkheid van de burger voor zijn of haar eigen gezondheid, terwijl nog weer later (Ontwerp Kerndocument/Werken aan Zorgvernieuwing) werd gekozen voor een functionele regionale inkadering, te bewerkstelligen door een *terugtrekkende* overheid.

Er is sprake van een slingerbeweging, een zoeken naar het antwoord op de vraag hoe bepaalde ontwikkelingen, inclusief de kostenstijgingen, het meest effectief bijgebo-gen kunnen worden.

De ontwikkelingen door een andere bril bezien

Van Londen (1991) heeft er op gewezen dat in het proces van beleidsvorming een groot aantal actoren participeert, dat zich van verschillende instrumenten bedient om de besluitvorming te beïnvloeden. Zijn benadering van “het spel” dat door deze actoren wordt gespeeld vertoont verwantschap met die uit het vorige hoofdstuk. Hij voegt er echter een element aan toe, dat ik zou willen aanduiden als “de partijdigheid van de overheid”.

Eerder heb ik al opgemerkt dat de overheid in het proces van beleidsvorming en -uitvoering een bijzondere positie inneemt: enerzijds moeten oplossingen voor het verdelingsvraagstuk worden gevonden, terwijl anderzijds de grenzen, die op grond van de economische ontwikkelingen kunnen verschuiven, moeten worden bewaakt. De overheid zal de *beleidsprestaties* beoordelen vanuit de gemaakte politieke keuzes en de term *beleidsrelevantie* kan, naar het oordeel van Van Londen, duiden op een subjectieve wijze van selecteren en het opzetten van doelredeneringen⁴³. Ik heb mij daarom niet beperkt tot de opvattingen van de overheid, maar ook kennis genomen van andere in dit verband relevant te achten publikaties. Bestudering daarvan heeft mij tot de conclusie gebracht dat de desbetreffende auteurs een ontwikkeling beschrijven die redelijk aansluit bij de opvattingen van de overheid, zoals ik die hiervoor aan de hand van de nota's naar voren heb gebracht.

Baakman (1990) beschrijft de toegenomen vraag naar gezondheidszorg als gevolg

van de verbeterde toegankelijkheid⁴⁴. Volgens Honingh (1985) verdient de groei van het aanbod, samenhangend met de medisch-technologische ontwikkelingen de aandacht. Naar zijn mening ontstond in de loop van de tijd “*een bonte lappendeken van allerhande voorzieningen, vaak ieder op een eigen levensbeschouwelijke grondslag*”. Ingrijpen door de overheid lag voor de hand, want “*aanbod schept vraag naar gezondheidszorg en als het aanbod vermindert neemt vanzelf ook de vraag af en in rechtstreeks verband daarmee dalen ook de kosten*”⁴⁵.⁽⁵⁾

Maarse en Mur-Veeman (et al., 1990) wijzen eveneens op de toegenomen kosten en kijken tevens naar de daarmee verband houdende “gezondheidswinst”. Zij gaan in op het vraagstuk van de verschuiving van de aandacht van *beleid* (een streven naar het bereiken van bepaalde doelen met bepaalde middelen en tijdskeuzen) naar *beheer* (de meer operationele aspecten van een bepaalde beleidsvoering)⁴⁶.

Grünwald behandelt de kostenstijgingen. Ook zij beschrijft de groei van het aantal ziekenhuisvoorzieningen, die een tijd lang mede mogelijk werd gemaakt door de bijna laconieke opstelling van de overheid ten aanzien van de bouw van deze voorzieningen⁴⁷.

De Groot en Jongerius-de Gier stellen in hun bijdrage vast dat de toenemende overheidsbemoeienis, die zij sedert de Tweede Wereldoorlog waarnemen, vooral gericht is op kostenbeheersing; *overheidsbeleid = reductiebeleid*⁴⁸.

Duidelijk wordt dat naast de overheid ook verschillende auteurs van oordeel zijn dat er sprake is van onvoldoende samenhang tussen de voorzieningen. Voorts kan worden geconstateerd dat vrijwel zonder uitzondering wordt gewezen op de groei van het aanbod en de daarmee verband houdende kostenstijgingen, die zich sedert de Tweede Wereldoorlog hebben voltrokken.

3.3.2 *Samenvatting met betrekking tot het gezondheidszorgbeleid in het algemeen*

Met betrekking tot de gezondheidszorg in het algemeen kan het volgende worden vastgesteld. Aanvankelijk kon nauwelijks worden gesproken van een echt systeem van gezondheidszorg. De inhoudelijke deskundigheid was weinig ontwikkeld en het aanbod beperkt. De vraag manifesteerde zich maar in geringe mate, vooral omdat de potentiële zorgconsumenten niet beschikten over geld. Er was in dat stadium (ruim genomen lopend tot aan de Tweede Wereldoorlog) nauwelijks een rol voor de overheid weggelegd. Door de ontwikkeling van de medische wetenschap en de veranderingen in het verzekeringsstelsel, namen na de oorlog vraag en aanbod toe. Gedurende de wederopbouwperiode was de speelruimte nog gering. Geleidelijk veranderde echter het economisch klimaat. Dat leidde tot een versoepeling van het overheidsbeleid, ook ten aanzien van de gezondheidszorg. De ontwikkelingen werden in belangrijke mate door het veld bepaald. Dat kon omdat het overheidsbeleid *laisser-faire* kenmerken vertoonde (De Gooijer, 1988⁴⁹). Er ontstond een lappende-

⁵ Het valt in dit verband op dat de overheid zich kennelijk wel richt op de vraag hoe het aanbod en dus ook de kosten kunnen worden verminderd, zonder dat tegelijkertijd de discussie wordt gevoerd of deze toenemende vraag ook directe samenhang vertoont met de toegenomen behoefte, ten gevolge van welke oorzaken dan ook.

ken van voorzieningen en de kosten stegen en trokken in toenemende mate de aandacht. De opstelling van de overheid veranderde in verband hiermee en de behoefte om te kunnen sturen nam toe. Regulering van het aanbod/de kosten werd belangrijker dan de inhoudelijke ontwikkelingen, al hadden het ontbreken van samenhang en samenwerking en de gebrekkige spreiding van voorzieningen bij voortdurende aandacht van de overheid. Er trad een verschuiving op van beleid naar beheer.

Na verloop van tijd werd geconstateerd dat alleen aanbodregulering niet de beoogde resultaten op zou leveren. Er was sprake van afnemende gezondheidswinst en de kosten namen door een combinatie van factoren verder toe. Dat vroeg om het verleggen van de aandacht; niet alleen de planning van het aanbod in de intramurale sector kreeg prioriteit, maar ook het bevorderen van een gezonde levensstijl. Daartoe moest de burger worden gestimuleerd en dat impliceerde een ander samenspel op de "markt van de volksgezondheid" en in verband daarmee een andere overheidsopstelling. Aan het eind van de door mijn onderzoek bestreken periode begint het er op te lijken dat de overheid zich wil richten op het stellen van de kaders en de verdere invulling (verbetering samenhang, samenwerking en spreiding) aan het veld overlaat. Het instrumentarium is dus aan verandering onderhevig. De doelen zijn sedert de verschijning van de Structuurnota voor een deel onveranderd gebleven; het gaat om een doelmatig stelsel van voorzieningen en een goede spreiding. De doelmatigheid kan worden verbeterd door aandacht te schenken aan de samenhang en de samenwerking tussen de zorgaanbieders te verbeteren. De wens tot betere spreiding staat in de onderscheiden periodes evenmin ter discussie. Wat onder een evenwichtige spreiding wordt verstaan, blijkt echter uit de besproken nota's minder duidelijk.

3.3.3 *Het GGZ-beleid*

Hiervoor heb ik een aantal algemene doelstellingen van de overheid met betrekking tot de gezondheidszorg genoemd. Daaruit blijkt dat de overheid streeft naar samenhang, samenwerking en spreiding van de voorzieningen, voorts preventie en substitutie wil bevorderen en de kosten wil beheersen.

Het gaat in deze studie specifiek om het GGZ-beleid en daarom zal ik een beeld schetsen van de beleidsopvattingen van de overheid betreffende de GGZ, die enerzijds zijn te beschouwen als een *aanvulling* op de gezondheidszorgopvattingen in het algemeen en anderzijds voortvloeien uit de *ontwikkelingen* binnen de GGZ, zoals die zich geleidelijk hebben voltrokken. De te bespreken nota's moeten het antwoord op de vragen "wat verstaat de overheid onder een *doelmatige GGZ*" en "wanneer is er sprake van een *evenwichtige spreiding*" opleveren. Ik houd daarbij de volgorde van mijn tijdsbalk aan.

Advies Centrale Raad voor de Volksgezondheid

In het advies inzake de gewenste ontwikkeling van de voorzieningen voor geestelijke gezondheidszorg in Nederland (Centrale Raad voor de Volksgezondheid, 1970), worden samengevat de volgende *conclusies* getrokken:

- De *preventie* op het gebied van de GGZ is van het allergrootste belang;
- De structuur van de GGZ moet een zo goed mogelijk *samenspel* van positieve, curatieve en op resocialisatie gerichte activiteiten garanderen. Het gaat daarbij om differentiatie enerzijds en continuïteit van zorg anderzijds;
- Het is ongewenst dat de GGZ zich blijft afspelen in micro-organisaties; *schaalvergroting* wordt daarom bepleit;
- Er moet worden gestreefd naar een goede *bereikbaarheid* en voldoende *draagvlak* voor de voorzieningen.

Door samenwerking kan de *samenhang* worden verbeterd. De Raad is van oordeel dat het tot de essentiële vereisten van een goede gezondheidszorg behoort dat de voorzieningen in functioneel, geografisch en in financieel opzicht *bereikbaar* zijn voor alle bevolkingsgroepen.^{50a}

Nota Geestelijke Volksgezondheid (1971)

In deze nota merkt de staatssecretaris op dat in de psychiatrie gesproken kan worden van een verschuiving in de belangstelling van de klinische naar de sociale psychiatrie. Hij acht het mede daarom noodzakelijk dat wij ons blijven bezinnen op de *functie en effectiviteit* van het APZ, omdat er teveel patiënten langer dan een jaar (75%) dan wel langer dan 10 jaar (50%) verblijven. Hij attendeert voorts op de noodzaak van een *goede bereikbaarheid* van de zorg; het gaat – overeenkomstig het advies van de Centrale Raad – zowel om de financiële bereikbaarheid, de functionele bereikbaarheid (mogelijkheid om diensten te ontvangen die zijn afgestemd op specifieke stoornissen) en de geografische bereikbaarheid (zo dicht mogelijk bij huis)⁶. In verband met dit laatste aspect wordt gewezen op de *slechte spreiding* van de psychiatrische ziekenhuizen en op de noodzaak daarin door het opzetten van een landelijk planningssysteem, met gebruikmaking van de principes van *echelonnering en regionalisatie*, verbetering aan te brengen. Hij stelt dat de beleidsvoornemens voor de middellange termijn resultaten dienen op te leveren van onderzoek naar de *doelmatigheid en de efficiency*; dit onderzoek zal daarom door hem worden bevorderd. De nota maakt duidelijk dat het verkrijgen van gegevens en informatie ten behoeve van de *planning* van de voorzieningen een zaak van grote betekenis wordt geacht^{50b}.

Rapport van de Werkgroep Korte Termijn

Het rapport van de Werkgroep Korte Termijn van het CvZ werd opgesteld in 1973. Hierin wordt ingegaan op de eisen die in het kader van de Wet Ziekenhuisvoorzieningen aan een *landelijk plan* moeten worden gesteld. Voor mijn probleemstelling zijn de volgende uitspraken uit het rapport van betekenis:

- De behoefte aan APZ-capaciteit is afhankelijk van de opvattingen binnen de psychiatrie, de ontwikkeling van de extramuraal hulp, de ontwikkeling van de

⁶ Zoals later in deze studie zal blijken stelt van Londen dezelfde eisen, zij het dat hij “bereikbaarheid” vervangt door “toegankelijkheid”.

Psychiatrische Afdeling van het Algemeen Ziekenhuis (PAAZ) en de aanwezigheid van zwakzinnigenvoorzieningen;

- Aan de aanvragers (bouw/verbouw) wordt de eis van een goede werkrelatie met de overige instellingen gesteld;
- De PAAZ-bedden worden geacht in kwantitatieve zin te zijn begrepen in het planningspromillage voor de algemene ziekenhuizen, maar de oprichting van nieuwe PAAZ-capaciteit mag er niet toe leiden dat de APZ-richtlijn van 1.5‰ wordt overschreden;
- De APZ-capaciteit mag niet boven de 600-700 liggen en niet beneden de 300-400⁵¹.

In het rapport wordt tevens een aantal opmerkingen gemaakt met betrekking tot de *spreiding* van de voorzieningen. Geconcludeerd wordt dat deze moet worden verbeterd door de oprichting van nieuwe kleine APZ-en, onder gelijktijdige vermindering van het aantal plaatsen in de bestaande. De APZ-en die nog geen regionale functie vervullen, zullen via een aanpassing van de structuur wel als volwaardig APZ voor de regio moeten gaan functioneren.

Nota Geestelijke Gezondheidszorg (1974)

In deze nota wordt door de staatssecretaris een aantal aspecten met betrekking tot de GGZ in aanvulling op de “nota 1970-1971” belicht. Uit de inleiding blijkt dat er sprake is van verschillende *problemen*, onder meer aangaande:

- de veranderingen die in de APZ-en (moeten) worden doorgevoerd en
- de totstandkoming van de zogeheten tussenvoorzieningen.

De staatssecretaris gaat eerst in op de *rechtspositie* van de patiënten en de *kwaliteit* die door de APZ-en wordt geleverd. Verbetering wordt van belang geacht. Voorts wijst hij er op dat de ambulante GGZ tot ontwikkeling begint te komen en dat er een streven naar een zekere integratie van de hulpverlening te bespeuren valt. Ook wijst hij op de toenemende *samenwerking* tussen instellingen. De intramurale zorg kan naar zijn oordeel bij betere *spreiding* beter tot zijn recht komen. De psychologische afstand tot de psychiatrie hangt naar zijn mening samen met de geografische afstand. Een betere spreiding dient te leiden tot de komst van nieuwe veelal kleinere APZ-en in zogeheten witte vlekkengebieden. Hij ziet voor de APZ-en als taken:

- de interdisciplinaire diagnostiek en behandeling;
- de voortgezette behandeling (resocialiserende en revalidatie) en
- het bieden van zorg aan diegenen die niet zonder het APZ kunnen.

Vervolgens besteedt hij aandacht aan de *omvang* van de APZ-en, een onderwerp dat ons nog verschillende keren zal bezighouden. De grootte van een APZ wordt zijns inziens onder meer beïnvloed door de komst van tussenvoorzieningen, de ontwikkeling van ambulante en kortdurende crisisinterventie, de ontwikkeling van de PAAZ-en, jeugdpsychiatrische voorzieningen en neuroseklieken, veranderingen in het

aanbod van de sociaal psychiatrische diensten (SPD-en), verkorting van de opname-duur en de verdere regionalisering van de GGZ.

Met het oog op de verbetering van de situatie worden de volgende *beleidsbeslissingen* overwogen:

- Aanvragen tot verbetering van bestaande gebouwen worden bezien in relatie tot de capaciteit op grond van een eventueel afbouwplan;
- Voor nieuwe APZ-en wordt voorshands een grootte van 250-300 bedden aangehouden;
- Een APZ met meer dan 300 bedden komt niet voor uitbreiding in aanmerking.

Tot slot wordt aangegeven dat voor de berekening van de toegestane capaciteit in een bepaalde regio wordt uitgegaan van een planningspromillage van 1,5, waarbij geen rekening wordt gehouden met de PAAZ-bedden, omdat de functie van deze PAAZ-en afwijkt van die van de APZ-en⁵².

Notitie betreffende het psychiatriebeleid

De staatssecretaris stuurde op 21 februari 1978 ter toelichting op de begroting brief 14.800 aan de Tweede Kamer. Daarin wordt verwezen naar de conclusies van een ambtelijke werkgroep Huisvesting Psychiatrie, opgericht om inzicht te krijgen in de *huisvestingssituatie* in de psychiatrie. Hij stelt dat hij de bevindingen van de werkgroep goeddeels kan onderschrijven. De werkgroep heeft met gebruikmaking van daartoe ontwikkelde criteria een beeld weten te schetsen van het aantal psychiatriebedden dat niet meer aan de huisvestingsmaatstaven voldoet. Er wordt op gewezen dat het grootste deel van psychiatrische ziekenhuizen tot stand is gekomen op basis van inmiddels *verouderde inzichten*. Ook de *spreiding* van de APZ-en wordt onbevredigend genoemd. In het verleden kwamen APZ-en, vaak op levensbeschouwelijke grondslag, tot stand op fraaie terreinen. Aanpassingen binnen de GGZ liggen in de rede omdat op inhoudelijk gebied sprake is van interessante ontwikkelingen. De behandelmogelijkheden verbeteren, de maatschappelijke tolerantie neemt toe, het milieu van de patiënt wordt meer bij de behandeling betrokken en er ontstaan betere differentiatiemogelijkheden. De APZ-schaal kan verminderen door de komst van psychiatrische tussenvoorzieningen⁵³.

Rapport van de Werkgroep Huisvesting Psychiatrie

In dit rapport (1979) over de uitvoering van fase 2, voornamelijk handelend over de *planningsaspecten*, wordt teruggegrepen op de inhoud van brief 14.800. De eerste uitvoeringsfase betreft voornamelijk het vernieuwen van bedden capaciteit op het ziekenhuisterrein, zonder dat er sprake is van planningseffecten. Het "fase 2-rapport" daarentegen gaat vooral in op de mogelijke gevolgen op het gebied van de planning. Het doel van het rapport is het scheppen van duidelijkheid aangaande het beleid, het bevorderen van de coördinatie van de betrokken organen met betrekking tot de APZ-bouwplannen en het bevorderen van een snelle besluitvorming aangaande initiatieven die betrekking hebben op de *huisvesting* van klinische patiënten. Het rapport gaat dus uitsluitend over psychiatrische ziekenhuizen en is dan ook nog

specifiek toegespitst op de *planning* van voorzieningen. In het rapport wordt melding gemaakt van een aantal knelpunten, te weten:

- de onduidelijkheid ten aanzien van verschillende APZ-functies;
- de onevenwichtige *spreiding*;
- het gebrek aan *samenhang* met de afdelingen voor geestelijk gestoorde bejaarden in de verpleeghuissector, de PAAZ en de ambulante geestelijke gezondheidszorg;
- het slechte woon- en leefklimaat verband houdend met de huisvestingssituatie;
- de onduidelijkheid over het financieren voor begeleide groepswooning;
- de beperkte mogelijkheden voor een adequate opvang voor ernstige gedragsstoornissen;
- de gebrekkige *samenwerking* met de ambulante GGZ;
- de situering van verschillende APZ-en, die een regionalisatie van de psychiatrie, aansluitend bij de regionale indeling van de handleiding bij de toepassing van artikel 29, lid 1 van de Wet Ziekenhuisvoorzieningen, bemoeijkt (deze handleiding betreft een overgangsregeling, die werd opgesteld om de periode voorafgaande aan de vaststelling van de ontwerpplannen te overbruggen).

In het vervolg van het rapport wordt aandacht besteed aan de *functies* die in het APZ moeten worden uitgeoefend. Elk APZ moet een polikliniekfunctie ontwikkelen in samenhang met de ambulante GGZ en de algemene ziekenhuizen. Een ander uitgangspunt is dat elk APZ dagbehandeling moet kunnen aanbieden. Vervolgens moeten mogelijkheden voor kortdurende behandeling, gedifferentieerde vervolgbehandeling en long-stay beschikbaar zijn. Onder verwijzing naar de hiervoor genoemde handleiding ex artikel 29 van de WZV wordt gesteld dat de klinische APZ-capaciteit tussen 200 en 500 bedden dient te liggen met een voorkeur voor 300 bedden. Tot deze klinische capaciteit worden tevens gerekend de zogeheten *facultatieve* functies en de bedden buiten de hoofdlocatie. Het beleid zal worden gericht op *verkleining* van de APZ-en die de eerder genoemde grens van 500 bedden overschrijden. Daartoe zal worden gestreefd naar:

- bevordering van de *spreiding*;
- bevordering van de *integratie*;
- verbetering van de *samenhang* tussen de APZ-en, de PAAZ-en en de ambulante GGZ;
- verbetering van de woon- en leefsituatie;
- bevordering van het contact van de klinisch opgenomen patiënt met het eigen milieu;
- vereenvoudiging van het intern functioneren van het APZ.

Bij de vaststelling van de *minimum-capaciteit* moet worden overwogen dat:

- er voldoende differentiatiemogelijkheden dienen te zijn;
- elk APZ moet beschikken over een basispakket, bestaande uit klinische-, semi-murale- en poliklinische behandelmogelijkheden;

- een te klein APZ de beschikking heeft over onvoldoende behandeldeskundigen waardoor de *continuïteit* van zorg wordt belemmerd;
- bepaalde voorzieningen voor een te klein APZ leiden tot een onaanvaardbare stijging van de exploitatiekosten.

In het rapport wordt verder nog ingegaan op de noodzaak de APZ-en *zo dicht mogelijk* bij het woonmilieu van de patiënten te situeren. Ook wordt het noodzakelijk geacht de omvang van de leefgroepen meer af te stemmen op een normale woonhuisopzet⁵⁴.

Nota Geestelijke Volksgezondheid

Deze nota, jarenlang aangeduid als de “Nieuwe Nota” (1984), uitgebracht in de periode waarin de ontwerpplannen psychiatrie voor de noordelijke provincies werden opgesteld, is van grote betekenis geweest voor de GGZ-vormgeving. In de inleiding noemt de staatssecretaris de hoofdpunten van het beleid. Het gaat om zorg “*zo dicht mogelijk* bij de mensen”, waarbij de belangen van de patiënten voorop dienen te staan en waarbij de handelactiviteiten van de zorgaanbieders *onderlinge samenhang* vertonen.

De staatssecretaris is van mening dat de zorg zowel naar inhoud als naar structuur moet worden gewijzigd. Daartoe moet de hulpverlening beantwoorden aan de kwalitatieve en kwantitatieve vraag die bij de bevolking aanwezig is.

Nadat nog eens is benadrukt dat de GGZ-kwaliteit moet worden verbeterd en dat daartoe passende voorstellen zullen worden ontwikkeld, wordt ten aanzien van het aanbod gesteld dat dit:

- moet aansluiten op de *behoefte*;
- goed *toegankelijk* moet zijn;
- de *continuïteit* van zorg moet garanderen;
- moet worden geboden vanuit een *integrale* zorgverlening.

Aansluitend wordt in de nota uitvoerig stilgestaan bij het begrip *behoefte* in de GGZ. Daarbij wordt een onderscheid gemaakt tussen subjectieve versus objectieve behoefte, variabele versus stabiele behoefte en kwantitatieve versus kwalitatieve behoefte. Nadat in de Nota de ontwikkelingen in de ambulante GGZ, de PAAZ (die door het minder stigmatiserende karakter soms een passend alternatief kan zijn voor een APZ-opname), en het categoriale circuit zijn behandeld, wordt de aandacht op de APZ-en gericht. Geconstateerd wordt dat het aantal bedden in de APZ-en is afgenomen, maar dat dat voornamelijk valt toe te schrijven aan het beschikbaar komen van aanvullende capaciteit voor geestelijk gestoorde bejaarden en zwakzinnigen. Bij gelijkblijvend aantal verpleegdagen is het aantal opnames en ontslagen sterk gestegen. Voorts wordt gewezen op de ontwikkeling van de psychiatrische poliklinieken en op de voorzieningen die buiten de hoofdlocatie van het APZ tot stand zijn/worden gebracht. Ook wordt de *samenwerking* in de regio aan de orde gesteld. Met de regionalisatie, die moet worden gestimuleerd door de oprichting van Regionale Instellingen voor Geestelijke Gezondheidszorg, worden diverse zaken beoogd, te weten:

- een verbetering van de *kwaliteit*;
- een verbetering van de *continuïteit* van zorg, samenhang, effectiviteit en efficiëntie;
- het leveren van een bijdrage aan de herstructurering.

Het gaat dus vooral om *samenhang en samenwerking*, beginnend met informatie-uitwisseling, gevolgd door een inventarisatie van knelpunten en het ontwikkelen van een gemeenschappelijk beleid. Deze elementen worden in het vervolg van de Nota verder uitgewerkt. Aansluitend passeren de organisatorische oplossingen de revue. De staatssecretaris begint zijn betoog met de opmerking dat hem geen gefixeerd en voor heel Nederland geldend eindmodel voor ogen staat. Hij stelt wel een aantal organisatorische kaders/randvoorwaarden, zijnde:

- een goede *spreiding*;
- deconcentratie van de kortdurende behandeling, polikliniek en deeltijdbehandeling, alsmede crisisinterventie;
- samenbrengen van deze functies met de Riagg;
- eventuele samenvoeging van deze functies tot een Multifunctionele Eenheid;
- het ontwikkelen van een *gezamenlijke beleidsregie* ten aanzien van opname, behandeling, ontslag en nazorg, wanneer voor een MFE wordt gekozen;
- het zoeken naar mogelijkheden van gezamenlijke huisvesting voor APZ-en en voor Riagg-functies.

Gestreefd moet worden naar verkorting van de opnameduur door het opzetten van gestructureerde nazorgprogramma's. Voorts moet de *oprichting* van RIBW-en worden bevorderd als alternatief voor langdurig opgenomen APZ-patiënten⁵⁵.

Het psychiatrisch ziekenhuis in discussie

De Moratoriumgroep (1985) vroeg aandacht voor haar opvattingen met betrekking tot de overheidsplannen die moeten leiden tot de bouw/verbouw van APZ-en. Tot dusverre gold naar het oordeel van de groep dat psychiatrie synoniem was met klinische psychiatrie. Deze bewering wordt onderbouwd met een overzicht van het aantal opgenomen patiënten (in 1841: 937, in 1884: 4.836, in 1955: 28.000 en thans: 22.000)⁷. De auteurs zijn van mening dat de ontwikkelingen samenhangen met het feit dat de maatschappij *deviant gedrag* verwerpt en daarom grote instituten bouwt, waar patiënten hospitaliseren. Er wordt gesteld dat de psychiatrie in de afgelopen jaren is gewijzigd. Machtsvertoon, dwang en geweld bestaan nog wel, maar staan ter discussie. Dwang is ook minder noodzakelijk ten gevolge van de komst van de psycho-farmaca. Het accent ligt nu meer op behandelen; de toegenomen differentiatie heeft het einde van de bestuurbare instelling ingeluid en vormt het begin van de de-institutionalisatie. Toch is het aantal bedden in de GGZ nauwelijks afgenomen. Naar het oordeel van de groep vertoont het beleid *te weinig samenhang*: enerzijds

⁷ Mede ten gevolge van de uitbreiding van het aantal bedden in verpleeghuizen en zwakzinnigenzorginrichtingen is dit aantal met circa 6.000 verminderd.

wordt de vorming van de Riagg bevorderd en de oprichting van RIBW-en bepleit, terwijl anderzijds gewoon wordt doorgegaan met de bouw van APZ-en. De groep komt tot de conclusie dat de discussie over de kleinschalige voorzieningen eerst moet worden vervolgd en dat in afwachting daarvan de bouwplannen moeten worden bevroren. Het geldt dat daarvoor beschikbaar wordt gesteld kan beter voor andere doeleinden worden gebruikt.

De opvattingen van de Moratoriumgroep leveren vele reacties op, die de landelijke pers hebben gehaald. De één maakt duidelijk dat een deel van de populatie wel degelijk de hulp van een psychiater nodig heeft. Het ontstaan van een categorie long-stay patiënten hangt niet alleen samen met het functioneren van de APZ-en. De ander trekt de conclusie dat het kamerstuk aangaande het psychiatriebeleid teveel suggereert, ook al wordt bevestigd dat er een gebrek aan samenhang is. Een derde wijst er op dat patiënten niet chronisch worden door de hospitalisatie maar ten gevolge van hun handicap. Tenslotte wordt geconstateerd dat een opname geen verzoek om uitstoting is, maar een *vraag naar professionele hulp*; zo'n opname is vaak voor de patiënt en zijn gezin de beste oplossing.

In een schrijven aan de Tweede Kamer reageert de staatssecretaris samengevat als volgt op de moratoriumgedachte. Aan een APZ-opname zijn risico's verbonden. Het beleid is er op gericht dergelijke opnames zoveel mogelijk te voorkomen. Toch is een opname soms gewoon nodig. In dat geval biedt het APZ als multifunctionele voorziening huisvesting en professionele hulpverlening; het APZ is er dus niet alleen voor patiënten met een blijvende/langdurige behandelnoodzaak. APZ-faciliteiten worden in toenemende mate gehuisvest in kleinschalige voorzieningen, die voor een deel buiten de hoofdlocatie worden gerealiseerd en samenwerken met de ambulante GGZ. Er groeit een regionaal netwerk. Terughoudendheid met betrekking tot de bouw op de hoofdlocatie is geboden, maar een bouwstop lost het probleem niet op. Bespreking van de opvattingen van de moratoriumgroep door de Vaste Kamercommissie en Kamermoties leiden niet tot een spectaculaire verandering van de beleidsvoornemens. Het extramuraliseringsbeleid zal worden bevorderd, maar de voorbereidingen voor de (vervangende) nieuwbouw van psychiatrische ziekenhuizen worden vervolgd⁵⁶.

Advies Multifunctionele Eenheden

De MFE werd hiervoor (Nieuwe Nota, 1984) al genoemd. In het Advies Multifunctionele Eenheden (1985) van de NRV wordt ten aanzien van deze MFE gesteld dat het begrip vóór de Nieuwe Nota niet bestond maar opeens overal opduikt, zelfs in de Richtlijnen ex artikel 3 van de WZV. Het begrip MFE heeft in de loop van de tijd binnen de GGZ wel een "éénduidige betekenis" gekregen, maar is als benaming voor een samenwerkingsvorm tussen diverse GGZ-partners op zijn minst verwarrend. Dat geldt echter ook voor de eerdere pogingen een passende vlag voor de MFE-lading te vinden, zoals blijkt uit de eerder voorgestelde benaming "ambulatorium". In het advies wordt gesteld dat de *hulpvraag* het aanbod moet bepalen. *Continuïteit* is het sleutelwoord. Het zorgaanbod dient in elk geval diagnostiek, indicatiestelling, plaatsing en observatie te omvatten, evenals ambulante crisisinter-

ventie, sociaal psychiatrische behandeling, dagbehandeling en nachtopvang, dienstverlening gericht op wonen, werken en sociale relaties en kortdurende intensieve behandeling.

De samenstellers van het rapport zijn van oordeel dat een MFE, als samenwerkingsverband tussen APZ en/of PAAZ en Riagg, met name in de als zodanig aangeduide APZ-loze regio, een aanzienlijke verbetering van de *bereikbaarheid* betekent. Ook wordt de continuïteit van zorg door de komst van de MFE-en gediend. Het MFE-beleid is echter nog onvoldoende ontwikkeld. Ook staat niet vast of er binnen een MFE voldoende differentiatie mogelijk zal zijn. Voor een a-select opnamebeleid wordt een omvang van 80 tot 100 bedden bepleit.

Afhankelijk van de lokale situatie moet voor de oprichting van een MFE worden beoordeeld welke partners daarbij moeten worden betrokken. Vaak levert het APZ voor het klinische MFE-deel een belangrijke bijdrage, in een ander geval ligt het accent meer op de PAAZ-faciliteiten. De Riagg-inbreng staat in geen van de varianten ter discussie. De MFE wordt gezien als een niet vrijblijvend *samenwerkingsverband*. Hoe de samenwerkingsafspraken ook worden vastgelegd, van belang is in elk geval dat deze handelen over de afstemming van verzorgingsgebieden, het definiëren van de gemeenschappelijke patiëntenpopulatie, goede regelingen ten aanzien van de acute hulpverlening, een gemeenschappelijke, gecoördineerde regionale intake en een sluitend stelsel van opnemings- en ontslagprocedures. Voorts verdient *gemeenschappelijke huisvesting* van de psychiatrische polikliniek, de Riagg en de deeltijdbehandeling overweging en is het van belang dat PAAZ en APZ hun functies in onderlinge *samenhang* gaan bezien en beoordelen in welke mate klinische capaciteiten kunnen worden gesubstitueerd. Voor een flexibel functionerende MFE wordt een versoepeling van de wet- en regelgeving voorgesteld om experimenten mogelijk te maken⁵⁷.

Nota 2000

In de Nota 2000 (1986) wordt een prognose van de ontwikkelingen in de psychiatrie gegeven. Duidelijk wordt gesteld dat door substitutie van klinische door ambulante voorzieningen *het aantal APZ-bedden zal kunnen verminderen*⁵⁸.

Advies samenwerking tussen extramurale en intramurale geestelijke gezondheidszorg

In dit advies van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid (1987) wordt een aantal globale voorstellen vertaald in *beleidsaanbevelingen*. Met betrekking tot de WZV wordt een planningssystematiek voorgesteld die meer moet worden gebaseerd op een *functiegerichte* planning. Het is dan wel noodzakelijk de planning te vertalen in concrete voorzieningen. Ook wordt het van groot belang geacht de capaciteitsplanning van de verschillende onderdelen in onderlinge samenhang te beschouwen. Daartoe zou de Riagg onder de werking van de WZV moeten worden gebracht. Gewezen wordt op de noodzaak duidelijkheid te verschaffen met betrekking tot de verantwoordelijkheidsgebieden in het kader van de provinciale planvorming. Voorts wordt aangaande de bouw gewezen op de wenselijkheid om bij de locatiekeuze van voorzieningen rekening te houden met het multifunctionele karakter daarvan. Met

het oog op de samenhang wordt, evenals in het advies met betrekking tot de MFE-en, gewezen op de noodzaak de psychiatrische polikliniek en de Riagg gezamenlijk of tenminste in elkaars nabijheid te huisvesten⁵⁹.

Advies functies in de GGZ

Door de Nationale Raad voor de Volksgezondheid (1989) is een tweetal adviezen uitgebracht aangaande het onderwerp "functies in de GGZ". Het eerste deel bevat voornamelijk een aantal begrippen/definities die verband houden met de inhoud van de zorg. In het tweede gaat het over de wijze waarop deze denkbeelden in organisatorische zin vorm gegeven moeten worden. Ik richt mij vooralsnog op het eerste deelrapport.

Tot op heden heeft steeds het aanbod centraal gestaan. In een bepaalde regio bestaat een, al dan niet samenhangend, GGZ-aanbod en de hulp wordt vanuit dit aanbod denken geboden aan diegenen die daaraan behoefte hebben. In het NRV-rapport wordt geconstateerd dat een dergelijke wijze van ordening gemakkelijk aanleiding kan geven tot fricties omdat het aanbod lang niet altijd is afgestemd op de *behoeften* van de hulpvrager. Eliminering van deze fricties kan de *doelmatigheid* van de GGZ vergroten, zo menen de opstellers van het rapport.

Alvorens wordt overgegaan tot de bespreking van het begrip functie worden eerst de doelen van de GGZ kort samengevat; het gaat om het *bevorderen* van de geestelijke gezondheid, het *herstellen* van patiënten of het *draaglijk maken* voor diegenen waarvoor geen uitzicht op herstel kan worden geboden.

Afgeleid van deze doelen wordt vervolgens een vijftal *functies* beschreven, zijnde de preventie, het behandelen, het begeleiden, het verplegen/verzorgen en het beschermen. Een functie wordt omschreven als "*een antwoord op de gegeneraliseerde hulpvragen, bestaande uit op hetzelfde doel gerichte taken en activiteiten*"⁶⁰.

Functies worden niet onderscheiden in personen of organisaties, maar in taken en doelen, die de schakel naar de functie-organisatie vormen. Doelen, functies, taken en organisatie vormen aldus een logische keten. Door de GGZ te ordenen op basis van de behoeften van de patiënt, tot uitdrukking komend in de hulpvraag, kan beter zorg op maat worden gegeven.

Er is een systematiek nodig die bepaalt welke personen/beroepsgroepen in welke instellingen worden ingeschakeld om die taken doelmatig en in antwoord op de gesignaleerde problematiek te vervullen. Daartoe moet een programma worden opgesteld, dat wordt omschreven als: "*een geheel van activiteiten gericht op het realiseren van een goed omschreven doel: in de tijd gefaseerd, planmatig en gericht op een expliciet geformuleerd doelleidsituatie*"⁶¹.

Zorgen voor geestelijke gezondheid in de toekomst

Het rapport met betrekking tot de geestelijke gezondheidszorg (1990) werd in opdracht van de Stuurgroep Toekomstscenario's opgesteld. In het rapport worden opvattingen ten aanzien van de *toekomstige ontwikkelingen* in de GGZ tot uitdrukking gebracht. Daarbij is niet alleen rekening gehouden met de actuele stand van de GGZ-discussie, maar ook met de effecten van demografische en maatschappelijke veranderingen. Terwijl de overheid het GGZ-aanbod wenst te verminderen, maakt

het scenario duidelijk dat de behoefte aan GGZ-voorzieningen alleen maar zal toenemen.

De geestelijke volksgezondheid die in het rapport wordt gedefinieerd als: “*de omvang en de spreiding van psychische ziekten, invaliditeit en sterfte in de bevolking*” zal in de periode 1980 tot 2000 met 45% groeien. Deze groei wordt voor 25% veroorzaakt door de bevolkingsgroei, voor 25% door de vergrijzing en voor 50% door overige factoren. In een tijdsbestek van 20 jaar impliceert dat dus een *reële groei* van ruim 20%, dat is ca 1% per jaar.

Er wordt weliswaar een verschuiving verwacht van klinische naar semimurale of ambulante behandeling, maar ook in het jaar 2000 zal nog steeds *een aanzienlijk deel van de patiënten* worden behandeld in een APZ. Spectaculaire substitutie wordt in het rapport uitgesloten⁶².

Evaluatierapport Multifunctionele Eenheid

In het Evaluatierapport (1991) met betrekking tot de MFE wordt melding gemaakt van een *succesvolle start* van de MFE. Tegelijkertijd wordt vastgesteld dat de MFE-en *slecht* over het land zijn *gespreid* (zij komen vrijwel uitsluitend voor in de Randstad) en dat de grootte nogal varieert (en in de meeste gevallen boven het aantal ligt dat wordt genoemd in de richtlijnen ex artikel 3 van de WZV). Ook blijkt dat door de oprichting van de MFE een bijdrage wordt geleverd aan de *herspreiding* van voorzieningen en aan de *substitutie* van klinische plaatsen door andere vormen van het GGZ-aanbod⁶³.

Op basis van de prille ervaringen met de MFE wordt het volgende model geïntroduceerd: “*Een MFE is een psychiatrische voorziening, gelegen in een stedelijke kern, van een beperkte omvang, die functioneert voor een beperkt gebied. In die voorziening wordt poli-, crisisinterventie, kortdurende behandeling, deeltijdbehandeling en long-stay zorg geboden, met afspraken met Riagg over intake, indicatiestelling, crisisinterventie, ambulante hulp, voor- en nazorg. Vaak bij een algemeen ziekenhuis waarmee betrekkingen worden onderhouden. In een aantal gevallen worden de PAAZ-faciliteiten opgenomen. De MFE is een deconcentratie van een groot aantal APZ-activiteiten*”⁶³.

3.3.4 Samenvatting met betrekking tot het GGZ-beleid

Het is niet eenvoudig het voorgaande samen te vatten. Er wordt een periode van enkele decennia bestreken en de ontwikkelingen worden vanuit verschillende invalshoeken beschreven. Er is sprake van stukjes van verschillende legpuzzels. Toch zijn er in de opvattingen van de overheid, de adviesorganen en de actoren in het veld wel degelijk ook *gemeenschappelijk* vertrekpunten te ontdekken. De in 3.3.1 verwoorde (algemene) uitgangspunten, betreffende het gezondheidszorgbeleid als preventie, substitutie en, met name, een verbetering van de samenhang, samenwerking en spreiding (met inachtneming van de gestelde financiële kaders) vinden wij ook in

⁶² In deel III van deze studie kom ik nog uitvoerig terug op de spreiding van de GGZ-voorzieningen in het algemeen en die van de MFE-en in het bijzonder.

verschillende GGZ-nota's terug. Daarbij wordt regelmatig gewezen op de grote betekenis van de komst van de Riagg, de RIBW en de MFE. Daarnaast wordt een accent gelegd op de verbetering van de *kwaliteit* en de *continuïteit* van zorg. Ook wordt de aandacht gevestigd op de *rechten* van de patiënt. Voorts zijn er specifieke items die in het kader van mijn onderzoek interessant zijn: de *bereikbaarheid en geografische toegankelijkheid*. Ook staat het onderwerp *schaalgroote* regelmatig in de belangstelling; enerzijds wordt er daarbij op gewezen dat grote ziekenhuizen moeten worden afgeslankt, anderzijds wordt geattendeerd op de kapitaalvernietiging die daarvan het gevolg is⁹.

Uit de besproken nota's en andere stukken distilleer ik dat kan worden gesproken van een *doelmatige geestelijke gezondheidszorg* wanneer deze:

- aansluit op de zorgvraag;
- goed bereikbaar is ("zo dicht mogelijk bij de mensen");
- aan de te stellen kwaliteitseisen voldoet;
- de continuïteit waarborgt;
- wordt geboden door instellingen die groot genoeg zijn om een gedifferentieerd pakket van voorzieningen te kunnen bieden en toch op een menselijke schaal functioneren.

In een aantal van de besproken nota's wordt tevens de wenselijkheid van een betere *spreiding* benadrukt. Ik stel vast dat niet of nauwelijks wordt uitgewerkt hoe die dient te worden bereikt. Nu eens wordt gewezen op de noodzaak nieuwe (kleine) APZ-en op te richten, onder gelijktijdige reductie van het aantal bedden in bestaande, dan weer wordt de MFE als mogelijkheid genoemd om te komen tot een betere spreiding. Welke oplossing onder welke omstandigheden de voorkeur verdient blijft onduidelijk. Dat kan aanleiding geven tot interessante discussies, zoals in deel II nog zal blijken.

3.3.5 Actuele ontwikkelingen in de GGZ

Zoals ik heb benadrukt, richt ik mij vooral op de wijze waarop de overheid, via een regulering van het aanbod van klinische GGZ-voorzieningen, de *doelmatigheid en de spreiding* van deze GGZ-voorzieningen wil bevorderen. Ook heb ik tot uitdrukking gebracht dat de onderzoeksperiode de jaren zeventig en tachtig bestrijkt. Toch is dit hoofdstuk over het GGZ-beleid "onaf" wanneer niet enige aandacht wordt geschonken aan een aantal actuele ontwikkelingen, dat de recente gang van zaken in de GGZ heeft beïnvloed casu quo zal beïnvloeden.

⁹ Geconstateerd moet worden dat de opvattingen over de minimum en maximum omvang van een APZ regelmatig wisselen, terwijl ook de ideeën over de optimale grootte met een zekere regelmaat variëren. Deze wisselende opvattingen lijken niet te zijn gebaseerd op zorgvuldig onderzoek naar inhoudelijke of financiële overwegingen dienaangaande, maar duiden, naar het lijkt, op een zekere willekeur. Wel wordt, zeker in de oudere nota's, melding gemaakt van de negatieve gevolgen van sub-optimale APZ-en met betrekking tot de exploitatiekosten.

De APZ-en zijn niet de enige aanbieders van GGZ-zorg. Er zijn in het recente verleden nieuwe zorginstellingen ontstaan. In deze paragraaf zal ik daarom stilstaan bij de komst van de Riagg, de RIBW en het streven naar een verbeterde afstemming, al dan niet in RIGG-verband. Voorts is het van belang er op te wijzen dat ook *binnen* de APZ-en wordt gestreefd naar zorgvernieuwing. Daarom zal ik in het kort ingaan op de mogelijkheden klinische zorg te substitueren door alternatieve vormen van zorg.

Riagg-ontwikkeling

Van der Grinten (1987) heeft de ontwikkeling van de ambulante GGZ beschreven. In zijn studie wijst hij er op dat de Riagg-vorming het eindpunt vormt van een langgerekt besluitvormingsproces, waarin een groot aantal *actoren* een rol speelde. Hij attendeert er op dat de Riagg-vorming *niet* het resultaat vormt van een beleidsproces. Het is eerder de *laatste fase* van een ontwikkeling waarin de kenmerken van de Riagg geleidelijk uitgekristalliseerd zijn⁶⁴.

Mijs (1987) beschrijft de totstandkoming van de Riagg in Amsterdam en maakt duidelijk hoe vanuit verschillende opties de actoren zich gedurende een reeks van jaren hebben ingespannen om in Amsterdam een werkbare *samenwerking* binnen de ambulante GGZ van de grond te tillen. In zijn beschouwing merkt hij op dat een levensvatbaar interorganisationeel verband niet zo maar uit het niets verrijst. Eerst is er nauwelijks sprake van enige samenwerking, vervolgens ontstaat er zoiets als semi-formele samenwerking, waarna het netwerk wordt gemobiliseerd rond specifieke problemen. Pas daarna volgt de aaneensluiting tot een interorganisationeel verband⁶⁵.

In de Nieuwe Nota (1984) wordt het belang van een goed functionerende Riagg beklemtoond. De Riagg dient een rol te vervullen op het gebied van de preventie, terwijl tegelijkertijd de kritiek op het functioneren van de Riagg als serieus aandachtspunt wordt genoemd. De wachtlijsten, het gebrek aan efficiency, de beperkte outreaching functie en de neiging van de Riagg zich te richten op de lichtere problematiek en de gemotiveerde patiënten vragen om correctie. Van de Riagg wordt een positieve inbreng verwacht in het bereiken van een betere *samenhang en samenwerking*, al dan niet in MFE-verband, desgewenst onder de paraplu van de RIGG⁶⁶. Gezegd kan dus worden dat aan de Riagg-vorming nogal wat haken en ogen zaten. Inmiddels is echter het besef doorgedrongen dat de Riagg op het gebied van de *preventie* in de GGZ een rol heeft te vervullen. Dat geldt ook in het kader van de *behandeling*, niet alleen voor de "eigenstandige Riagg-functie", maar ook met het oog op het bereiken van een nieuwe *samenhang* in de GGZ. Kortom, de Riagg is een belangrijke GGZ-voorziening geworden en het belang zal in de toekomst wellicht alleen maar verder toenemen.

RIBW-vorming

De Regionale Instellingen voor Beschermd Wonen (RIBW) kennen een minder roerig verleden dan de Riagg. Naast de APZ-en bestonden vrijwel overal in het land voorzieningen voor patiënten, die geen gebruik (meer) maakten van de mogelijkheden van het behandelcircuit in enge zin. Deze woonvormen werden gekenmerkt

door een grote variatie in omvang en begeleidingsmogelijkheden.

In de Nieuwe Nota (1984) wordt opgemerkt dat de RIBW-en tot ontwikkeling zijn gekomen onder het regime van de Algemene Bijstandswet (ABW) en dat deze op het moment van opstelling van de nota werden gefinancierd uit de Tijdelijke Subsidieregeling Maatschappelijke Dienstverlening (TSMDe). Daaruit blijkt dat de RIBW niet als een “produkt van overheidsbeleid” kan worden aangemerkt. Het veld (overigens niet van harte gesteund door de APZ-en) bereidde de komst van de RIBW-en voor, de overheid zorgde voor een tijdelijke financieringsregeling en uiteindelijk werden de ontwikkelingen tot overheidsbeleid verheven.

Bij de beschrijving van de oplossingen voor de knelpunten in de GGZ stelt de staatssecretaris in de Nieuwe Nota: “Ik wil volstaan met de stelling dat ik het creëren van meer beschermende woonvormen essentieel voor mijn beleid vind en dat ik derhalve substitutie nastreef van APZ-en, zoals hiervoor aangegeven”^{67a}.

In de oorspronkelijke versies van de Richtlijnen ex artikel 3 van de WZV ontbreekt het fenomeen beschermende woonvorm nog volledig. In de richtlijnen van 1986 wordt voor het eerst een RIBW-promillage geïntroduceerd, waarmee de RIBW zich een formele plaats in de GGZ-planning heeft verworven.

In het Financieel Overzicht Zorg (FOZ) 1991 wordt gewezen op een proces van zorg- en structuurvernieuwing. In dat verband is een aantal *kernbegrippen* van betekenis, te weten:

- vergroting van de toegankelijkheid;
- substitutie van intramurale door semimurale en ambulante voorzieningen;
- ontwikkeling van nieuwe hulpverleningsvormen;
- meer aandacht voor rehabilitatie en resocialisatie^{67b}.

Zonder dat de RIBW met zoveel woorden wordt genoemd kan ook hieruit een streven naar de oprichting van dergelijke woonvormen worden afgeleid.

Blijkens een inventarisatie van Imkamp (1984) is de bijdrage van de beschermende woonvormen aan de *reductie* van het aantal APZ-bedden gering. Dit hangt naar zijn oordeel samen met de lage doorstroming binnen deze woonvormen en met de aanzienlijke terugstroom naar het APZ. Onderzoek is naar zijn mening nodig om na te gaan op welke wijze alternatieven voor opname in een APZ kunnen worden ontwikkeld voor een bepaalde categorie patiënten, rekening houdend met hun sociale handicaps, zelfredzaamheid, etcetera⁶⁸.

Met betrekking tot de RIBW-vorming kan worden gezegd dat deze voorziening formeel nog maar een korte GGZ-historie kent en nog volop in ontwikkeling is. Over de mogelijkheden van vervanging van APZ-bedden door RIBW-plaatsen wordt verschillend gedacht; tegenover het relatieve optimisme in de Nieuwe Nota staat de scepsis in het veld. Desondanks heeft de RIBW zich een plaats in het GGZ-systeem verworven en bestaat er sedert 1986 een planningsrichtlijn, die “planningsruimte” exclusief aan deze beschermende woonvorm beschikbaar stelt.

RIGG-vorming

De Nieuwe Nota (1984) brengt tot uitdrukking dat de samenwerking binnen de regio het best kan worden bereikt door de oprichting van Regionale Instellingen voor

Geestelijke Gezondheidszorg (RIGG). De RIGG-vorming is geen doel, maar een *middel* om een geïntegreerde geestelijke gezondheidszorg te bereiken. De RIGG-samenwerking moet leiden tot een “*op de bevolking in de regio afgestemd integraal, samenhangend en doelmatig aanbod van geestelijke gezondheidszorg*”.

Ten aanzien van de RIGG kan dus worden gezegd dat deze vooral een rol dient te vervullen als overlegplatform, om de samenhang in de GGZ te bevorderen en om de oprichting van MFE-en mogelijk te maken. Daaruit kan min of meer worden afgeleid dat de RIGG een “aanjaagfunctie” wordt toebedeeld om de dialoog op gang te brengen, die nodig is om de *samenwerking* te faciliteren⁶⁹.

De wenselijkheid van samenhang en samenwerking

De beschikbaarheid van Riagg, APZ, en RIBW heeft volgens Van der Grinten (1990) wel een uniek, maar geen evenwichtig GGZ-stelsel opgeleverd. Dat komt mede doordat bijvoorbeeld de Riagg, de polikliniek en de vrijgevestigd zenuwarts langs elkaar heen werken. Datzelfde geldt op onderdelen voor het APZ en de PAAZ. Het beleid wordt er volgens Van der Grinten inmiddels op gericht deze tekortkomingen weg te werken. Eerst werden vrijwel alle functies vanuit het APZ aangeboden. De komst van de Riagg, RIBW en andere specifieke instellingen maakt echter coördinatie noodzakelijk.

De oprichting van een MFE lijkt mogelijkheden te bieden om in elk geval op een wat kleinere schaal de noodzakelijke samenwerking te bevorderen. Voorts meent Van der Grinten dat de veranderende opvattingen van de regering, als reactie op de voorstellen van de commissie Dekker (die ik overigens verder buiten beschouwing zal laten), nieuwe kansen bieden voor een constructieve benadering van het orderingsvraagstuk⁷⁰.

Substitutie in de GGZ

Eerder in deze studie maakte ik melding van het streven het aantal APZ-bedden door vormen van substitutie te verminderen; in Het psychiatrisch ziekenhuis in discussie (1985), de Nota 2000 (1986) en de Nieuwe Nota (1984) wordt het substitutiestreven uitdrukkelijk genoemd.

Door het APZ Licht en Kracht te Assen en de Riagg-Drenthe werd in samenwerking met de afdeling sociale psychiatrie van de Rijksuniversiteit Groningen in 1986 het zogeheten substitutieproject Drenthe gestart. Doel van het project was langs experimentele weg en met wetenschappelijke ondersteuning vast te stellen onder welke voorwaarden een klinische opname voor een daartoe geïndiceerde patiënt voorkomen zou kunnen worden.

De “S-behandeling” of opnamevervangende dagbehandeling leidde aan het begin van het project tot een beperkte reductie van het aantal klinische plaatsen in genoemd APZ. In plaats daarvan wordt sedertdien een dagprogramma aangeboden, terwijl tevens buiten de “dagbehandelingsuren” gebruik gemaakt kan worden van de zogeheten S-telefoon. Wanneer een patiënt daartoe de behoefte voelt kan hij/zij contact zoeken met een verpleegkundige van het APZ. In voorkomende gevallen wordt een “bed op recept” beschikbaar gesteld.

De resultaten van het onderzoek zijn vastgelegd in de publikatie “Opnamevervan-

gende dagbehandeling in de psychiatrie" (Wiersma en Schene, et al. 1992).

Uit het onderzoek blijkt dat voor ca 40% van de patiënten opnamevervangende dagbehandeling als een passend alternatief voor een klinische opname kan worden beschouwd⁷¹.

In 1987 werd in de Psychiatrische Universiteitskliniek van het Academisch Ziekenhuis te Utrecht een onderzoek gestart naar de mogelijkheid ook in de PUK vormen van opnamevervangende dagbehandeling te ontwikkelen. Van de resultaten van dit descriptief onderzoek is in de dissertatie van Poelijoe (1992) gebruik gemaakt. Uit zijn studie "Opnamevervangende dagbehandeling op open psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen" blijken soortgelijke resultaten als uit het genoemde onderzoek dat in Assen werd uitgevoerd, zij het dat het percentage patiënten waarvoor opnamevervangende dagbehandeling een alternatief wordt geacht een fractie lager ligt dan in het Assense onderzoek⁷².

Aangaande de substitutie in de GGZ kan worden gezegd dat de overheid streeft naar vervanging van APZ-plaatsen door andere GGZ-voorzieningen (vormen van deeltijdbehandeling, RIBW, etcetera). Uit recent onderzoek is gebleken dat een aanmerkelijke deel van de traditionele APZ-populatie (ca 40%) onder bepaalde voorwaarden op een verantwoorde wijze zorg kan worden geboden vanuit een opnamevervangende dagbehandeling.

3.3.6 *Samenvatting met betrekking tot de actuele ontwikkelingen in de GGZ*

Ik meen de beschreven tendensen als volgt te kunnen samenvatten. De komst van de Riagg en de RIGG, alsmede de totstandkoming van de MFE zijn vooral van betekenis in verband met het streven, al dan niet via herspreiding, de *samenhang en de samenwerking* te bevorderen. De functionele benadering moet er vooral toe leiden dat de zorg wordt gebaseerd op de *vraag* van de patiënt en niet langer stoelt op het aanbod zoals dat vanuit de instellingen vaak sinds jaar en dag werd geboden. Daarnaast is er een tendens waar te nemen, die er op is gericht het aantal APZ-bedden verder terug te dringen. Met het oog daarop wordt de RIBW-vorming bevorderd, terwijl voorts recent onderzoek heeft uitgewezen dat opnamevervangende dagbehandeling, mits aan een aantal voorwaarden is voldaan, in een relatief groot aantal gevallen geschikt is voor patiënten met een klinische indicatie. Deze ontwikkelingen (samenwerking, functiedenken en substitutie) kunnen de komende jaren aanleiding geven tot een herschikking van de bestaande GGZ-functies.

3.4 Het GGZ-beleid in relatie tot het conceptueel kader

In hoofdstuk 2 heb ik duidelijk gemaakt dat het conceptueel kader ook voor de gezondheidszorg kan worden gehanteerd. In dit hoofdstuk heb ik vervolgens het zich ontwikkelende GGZ-beleid beschreven. Aan het begin ervan heb ik herhaald voornamelijk geïnteresseerd te zijn in het proces van de *beleidsuitvoering* en minder in dat van de *beleidsvorming*. Voorts heb ik duidelijk gemaakt het GGZ-beleid vooral te behandelen om antwoord te kunnen geven op de vraag *wat* onder een *doelmatige en goed gespreide GGZ* moet worden verstaan. Uit de bespreking van de diverse

nota's heb ik gedistilleerd dat van een *doelmatige GGZ* sprake is wanneer het aanbod aansluit op de zorgvraag, goed bereikbaar is, aan de te stellen kwaliteitseisen voldoet, de continuïteit waarborgt en wordt geboden door instellingen van een zodanige omvang dat, gegeven de schaal, voldoende kan worden gedifferentieerd. Voorts is duidelijk geworden dat de *spreiding* van de voorzieningen wel moet worden verbeterd, maar dat de overheid niet expliciteert wat onder een goed gespreide GGZ wordt verstaan.

Nu is de vraag aan de orde of in deze beleidsontwikkeling (een aantal elementen van) het conceptueel kader kan worden herkend. Een positieve beantwoording rechtvaardigt de stelling dat de inhoud van het begrip "doelmatige GGZ" niet statisch van karakter is, maar onderwerp van (maatschappelijke) dynamiek.

Ter beantwoording van de vraag loop ik de tijdsbalk uit paragraaf 3.3 langs. Ik beperk mij, zoals gezegd, tot een aantal hoofdlijnen. Ik stel vast dat aan het begin van de jaren zeventig (Structuurnota Gezondheidszorg) de overheid het noodzakelijk achtte in te grijpen in de planning van (alle) gezondheidszorgvoorzieningen, mede onder invloed van de verslechterende *financieel-economische* omstandigheden. Met het oog daarop werd door de overheid een *beheersinstrumentarium* gepropageerd, bedoeld om haar *relatieve macht* te versterken en meer greep op de ontwikkelingen te krijgen. Het (plannings)instrumentarium zou voorts een betere spreiding, alsmede een effectievere/meer samenhangende GGZ, moeten opleveren (Nota Geestelijke Gezondheidszorg, 1971). Ook in het rapport van de Werkgroep Korte Termijn wordt de noodzaak tot een betere spreiding genoemd, welke kan worden bevorderd door de oprichting van nieuwe (kleine) APZ-en, terwijl tevens wordt gesteld dat de behoefte aan APZ-capaciteit nauw samenhangt met de beschikbaarheid van anderssoortige GGZ-voorzieningen. In de Nota Geestelijke Gezondheidszorg van 1974 wordt opnieuw gewezen op de noodzaak van een betere spreiding, meer samenhang en voorts op de wenselijkheid de omvang van APZ-en te beperken. Daarnaast wordt serieus aandacht voor de kwaliteit gevraagd.

Onder invloed van de *maatschappelijke dynamiek*, met name ten gevolge van de verschuiving in normen en waarden, richtte de aandacht zich in de tweede helft van de jaren zeventig vooral op een verbetering van de huisvestingssituatie van de APZ-patiënten¹⁰. Dat blijkt uit de Notitie betreffende het Psychiatriebeleid en het rapport van de Werkgroep Huisvesting Psychiatrie. Spreiding, samenhang en samenwerking (nodig voor de continuïteit van zorg) mogen zich ook in die periode onverminderd in de aandacht van de beleidsmakers en de adviesorganen verheugen, evenals de discussie over de meest wenselijke omvang van een APZ. Mede onder invloed van de veranderingen in het *normen- en waardenpatroon*, al dan niet beïnvloed door de opvattingen van de Moratoriumgroep, krijgt in de jaren tachtig de *rechtspositie* van de psychiatrische patiënten toenemende aandacht. Het aanboddenken, dat de GGZ kenmerkte, wordt ter discussie gesteld en in de Nieuwe Nota wordt gewezen op de wenselijkheid de GGZ-voorzieningen af te stemmen op de *behoefte* van de psychiatrische patiënt. De overige uitgangspunten: spreiding, samenhang/continuïteit en

¹⁰ Interessant is te constateren dat de verbetering van de huisvestingssituatie werd doorgezet ondanks de verslechterende financieel-economische omstandigheden. Hieruit blijkt de *wisselende dominantie* van de aspecten van de maatschappelijke *dynamiek*.

kwaliiteit staan niet ter discussie. Wel wordt melding gemaakt van de wenselijkheid van een gemeenschappelijke regie, mogelijk te maken door de oprichting van RIGG-en. In die periode wordt gewezen op de mogelijkheid APZ-capaciteiten te vervangen door voorzieningen in beschermende woonvormen, alsook delen van het APZ te verplaatsen, teneinde met de Riagg-en en de PAAZ-en de oprichting van MFE-en te bevorderen. De *professionele ontwikkelingen* geven in die tijd voorts aanleiding tot het starten van de dialoog over de mogelijkheden de GGZ te extramuraliseren, of op zijn minst een scheiding aan te brengen tussen wonen, werken, ontspannen en het behandelen van psychiatrische patiënten. Mede op grond van de uitkomsten van *wetenschappelijk onderzoek* worden in de tweede helft van de jaren tachtig en het begin van de jaren negentig nieuwe impulsen aan het substitutiestreven gegeven. Uit het voorgaande blijkt dat elementen van het conceptueel kader in de beleidsontwikkelingen kunnen worden teruggevonden. Dat zal in de toekomst niet anders zijn.

Wanneer bijvoorbeeld in tijden van *economische stagnatie* de opvatting postvat dat wonen in RIBW-en vergelijkbaar goede resultaten oplevert als een verblijf in een APZ, terwijl de kosten in het eerste geval aanzienlijk lager uitvallen dan in het tweede, zal – ondanks het eventuele streven van APZ-en een dergelijke ontwikkeling tegen te houden – de komst van RIBW-en worden gestimuleerd. Wanneer daarentegen blijkt dat door de oprichting van nieuwe voorzieningen de totale GGZ-consumptie toeneemt, zal de overheid trachten deze ontwikkeling af te remmen, waarna het hele GGZ-veld de dialoog met de overheid zal zoeken, teneinde te voorkomen dat noodzakelijke (bestaande) voorzieningen verdwijnen. Lukt dat niet dan moet er rekening mee worden gehouden dat instellingen hun (hinder)macht zullen gebruiken om effectuering van de overheidsvoornemens te voorkomen.

Wanneer de publieke opinie zich, bijvoorbeeld ten gevolge van een incident, richt tegen de totale instituties, dan zal de druk op de extramuralisering worden opgevoerd. Een tekort aan adequate opvangmogelijkheden kan echter weer aanleiding geven tot excessen “in de maatschappij”, ten gevolge waarvan *normen- en waarden* kunnen verschuiven en de roep om voldoende opvangmogelijkheden, bijvoorbeeld in APZ-en, weer toeneemt. Binnen de bestaande *economische orde*, gegeven het sociaal-pluralistische karakter van onze samenleving, moet er dus rekening mee worden gehouden dat het begrip “doelmatige GGZ” voortdurend evolueert. Wat vandaag als doelmatig wordt aangeduid kan morgen als verouderd worden beschouwd, al zullen bepaalde subdoelen minder aan verandering onderhevig zijn dan andere. De inhoud van dat begrip kan veranderen onder invloed van de *maatschappelijke dynamiek* en op die wijze van invloed zijn op de eventuele aanpassingen in het *instrumentarium*, de te voeren dialoog en de (machts)positie van de betrokken actoren.

Hieruit moet dus worden geconcludeerd dat de vraag of de WZV een bijdrage levert aan het bevorderen van een doelmatige en goed gespreide GGZ niet los gezien kan worden van de context waarin het begrip doelmatigheid is gedefinieerd. Doelmatigheid is een tijdgebonden begrip. De dynamiek bepaalt de mate van evolutie van dit doelmatigheidsbegrip en derhalve ook het antwoord op de gestelde onderzoeksvraag.

4 De werking van het WZV-instrument

4.1 Inleiding

In deze studie staat de vraag centraal of de WZV een doeltreffend instrument is voor het bevorderen van een *doelmatig* stelsel van GGZ-voorzieningen en of met gebruikmaking van dit instrument een bijdrage aan een evenwichtige *spreiding* van de klinisch psychiatrische voorzieningen wordt geleverd. Ook vraagt de probleemstelling naar de (overige) *effecten* die het gebruik van de WZV oplevert. Effecten, die kunnen worden onderscheiden in kwalitatieve, de beleidsinhoud aangaande en kwantitatieve, die onder meer de financiële uitkomsten betreffen.

De Groot en Jongerius-de Gier (1990) geven een beknopt overzicht van de ontwikkeling van het overheidsbeleid sedert de tweede helft van de jaren zeventig. Zij brengen tot uitdrukking dat dat beleid vooral tot doel heeft de kosten te beheersen. Zij stellen vast dat de overheid zich vanaf dat moment vooral richt op het reduceren van het aanbod van voorzieningen. Het handelt daarbij vooral om het allocatievraagstuk, of (anders gezegd) om de vraag: "welke voorzieningen moeten waar aanwezig zijn". Evenals anderen beschrijven zij de wijze waarop de overheidsbemoeienis zich in de loop van de jaren, gerekend vanaf de Tweede Wereldoorlog, heeft ontwikkeld. Eerst de wederopbouw, daarna het vieren van de teugels ter stimulering van de gezondheidszorgvoorzieningen en vervolgens de behoefte om de kosten te beheersen. Aangrijpingspunt voor deze kostenbeheersing vormt de gedachte dat ook in de gezondheidszorg het aanbod vraag schept, of zoals door De Groot en Jongerius-De Gier onder verwijzing naar de Wet van Roemer wordt gesteld: "*a built bed is a filled bed*"⁷³.

Voordat ik mij bezighoud met de planningsaspecten van de GGZ in de meest ruime zin, wil ik eerst enige aandacht schenken aan de mogelijkheden om de gang van zaken in kwantitatieve zin, in het bijzonder de kostenontwikkeling, te beïnvloeden. Voor de beïnvloeding van de kosten staan namelijk verschillende (wettelijke) instrumenten ter beschikking. Zo kan de *toegankelijkheid* worden beperkt, kan worden ingegrepen in het *prijsvormingsproces* en kan het *aanbod* van de voorzieningen worden gereguleerd. Met betrekking tot de beide eerstgenoemde mogelijkheden volsta ik met een enkele opmerking. Mijn studie richt zich immers niet op het kostenbeheersingsvraagstuk, maar op de effectiviteit van de WZV. Ik wijs er in dit verband op dat de WZV niet het enige kostenbeheersingsinstrument is waarvan door de overheid gebruik kan worden gemaakt. Bij de bespreking van de geschiedenis van de GGZ heb ik al gewezen op het belang van de komst van het Ziekenfondsbesluit

(1941) en de Ziekenfondswet (1964). Deze wetgeving heeft de financiële toegankelijkheid aanzienlijk *verruimd* en een navenante ontwikkeling van de gezondheidszorg mogelijk gemaakt. Dit effect is nog versterkt na de invoering van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ, 1968), de volksverzekering voor langdurig zieken. Omgekeerd zullen *beperkende toegankelijkheidsmaatregelen* leiden tot een teruglopende consumptie en tot een daling van de kosten. Van Londen (1988) onderscheidt naast de financiële toegankelijkheid, de geografische (die volgens hem moet worden verbeterd) en de psychologische, waarover naar zijn oordeel weinig bekend is⁷⁴.

Via een beperking of verruiming van de toegankelijkheid is het dus mogelijk de kosten van de gezondheidszorg te beïnvloeden. Dat kan ook door de prijs van de “gezondheidszorgproducten” aan banden te leggen. Aanvankelijk stond daartoe de Prijsopdrivings- en Hamsterwet (1939) ter beschikking, in 1965 opgevolgd door de Wet Ziekenhuistarieven (WZT). In de Structuurnota Gezondheidszorg werd een toenemende greep van de overheid op de prijsvorming bepleit en in 1982 kwam de Wet Tarieven Gezondheidszorg (WTG) tot stand. Deze wet effende het pad voor de invoering van de budgettering, maakte een einde aan de open-eindfinanciering en betekende het begin van de in 2.8 genoemde procentenpolitiek. Op grond van de erkende capaciteit en de te maken productie-afspraken wordt het budget (de zogeheten aanvaardbare kosten), waarover een instelling voor gezondheidszorg kan beschikken, vastgesteld.

In een rapportage van de Algemene Rekenkamer (1986) wordt geconcludeerd dat de budgettering “*vermoedelijk wel een goed instrument is*”. Daarbij wordt er op gewezen dat bij gegeven budget en een daling van de productie de tarieven stijgen (omdat immers de aanvaardbare kosten in die situatie door een lagere productie “moeten worden gedeeld”)⁷⁵.

In haar dissertatie gaat ook Grünwald (1987) uitvoerig in op het beheersingsinstrumentarium dat de overheid ter beschikking staat. Het gaat daarbij om typen van gelijksoortige beleidsmiddelen: recht, planning, financiering en organisatie. Zij attendeert er op dat over de werking van het instrumentarium nog maar weinig algemene kennis bestaat. Desondanks bestaat de indruk dat financiering een flexibeler stuurmiddel is dan bijvoorbeeld recht, omdat in het eerste geval de handelingsruimte voor het management groter is dan in het geval van dwingend recht^{76 (1)}.

Tenslotte kan het *aanbod worden beperkt* met gebruikmaking van de WZV. Over dit instrument gaat het vervolg van dit hoofdstuk.

4.2 Wet Ziekenhuisvoorzieningen

In hoofdstuk 1 heb ik reeds gewezen op de doelstelling van de Wet Ziekenhuisvoorzieningen: “*De Wet beoogt een doelmatig stelsel van ziekenhuisvoorzieningen en*

¹ Overigens dient te worden opgemerkt dat op het moment waarop deze studie werd afgerond niet alleen de activiteiten van de zorgaanbieders zijn gebudgetteerd, maar dat dat mogelijk ook voor de ziektekostenverzekeraars staat te gebeuren.

een evenwichtige spreiding over het land tot stand te brengen met behulp van planning van de voorbereiding en regulering van de bouw”.

De wet is dus een instrument ter bereiking van de overheidsdoelen doelmatigheid en spreiding. Omdat in het volgende deel van deze studie vooral de vraag aan de orde is hoe het instrument WZV in de praktijk werkt (beleidsuitvoering), zie ik af van een beschouwing over de geschiedenis van de WZV (beleidsvorming). Ik doe dat mede omdat aan dat laatste aspect door anderen reeds in voldoende mate aandacht is geschonken².

Uiteraard ben ik mij er van bewust dat voor een verklaring van de “casuïstische gang van zaken”, die in deel II centraal staat, een relatie moet worden gelegd tussen de beschrijving van de feiten en het ontwikkelde conceptueel kader. Ik heb er voor gekozen dit verband pas te leggen in deel III (Evaluatie en analyse), dus na de behandeling van de casuïstiek.

4.2.1 De WZV in hoofdlijnen

In talloze nota's, handboeken, jaarverslagen en evaluatierapporten wordt de werking van de WZV beschreven. Zo heb ik de wet(seffecten) teruggevonden in de jaarverslagen van het College voor Ziekenhuisvoorzieningen en van de Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid, worden in de ontwerpplannen van de provincies de procedurele aspecten nog eens belicht en worden in de evaluaties van de Algemene Rekenkamer (1990) en van Krol en Passchier (1986), respectievelijk De Wit (1991), de zaken nog eens op een rij gezet. Ook de eerder geciteerde Baakman (1990) en Honingh (1985) geven inzicht in het wettelijk instrumentarium van de overheid. Voor de beschrijving van de WZV (van 25 maart 1971, in gewijzigde vorm van kracht sedert 1 september 1979) in hoofdlijnen zal ik aansluiting zoeken bij de benadering van de Algemene Rekenkamer, zoals opgenomen in de rapportage Planning en Bouw van Ziekenhuisvoorzieningen (1990).

Het rapport begint met een korte beschouwing van de instrumentele aspecten van de WZV. Dat zijn:

- de planning: door provincies voor te bereiden regionale plannen;
- het toezicht: gericht op de bouwuitvoering;
- het financieel kader investeringen (bouwplafond);
- het exploitatiekader (gevolgen van de bouw);
- de “vergunningsplicht” voor bijzondere voorzieningen.

De planning is dus een instrument voor de regulering van de gezondheidszorg; planning van de bouw is daarvan een onderdeel. In de 27 gezondheidsregio's moeten voor de verschillende sectoren van de intramurale gezondheidszorg plannen worden gemaakt. Zolang de desbetreffende plannen nog niet zijn vastgesteld voorziet artikel 29 van de WZV in een overgangsregeling. De richtlijnen ex artikel 3 van de wet

² Ik wees in dit verband onder andere reeds op de studies van Krol en Passchier, Baakman, Honingh en de Algemene Rekenkamer.

bepalen hoe een plan tot stand moet komen en wat er in moet staan. De planprocedure start met een vooroverleg op ambtelijke niveau. Als een regio in meer dan één provincie ligt vindt tevens overleg met die provincies plaats. Nadat het bedoelde overleg heeft plaatsgevonden, ontvangt de provincie een aanwijzing. Daarin staat voor welke categorie en voor welk gebied het plan moet worden opgesteld en met welke specifieke omstandigheden bij de planopstelling rekening moet worden gehouden.

Geëdeputeerde Staten van de provincie hebben vervolgens tot taak een *voorontwerp* op te stellen. Daarvoor is het noodzakelijk te beschikken over informatie aangaande de bouwkundige staat van bedoelde voorzieningen in het desbetreffende gebied. Bij de inventarisatie kan gebruik worden gemaakt van de diensten van het College voor Ziekenhuisvoorzieningen. Het *ontwerpplan* wordt door Provinciale Staten vastgesteld en vervolgens toegezonden aan de minister van WVC. Deze vraagt advies aan het CvZ, dat de plannen beoordeelt met inachtneming van de richtlijnen ex artikel 3 van de wet. Mede op basis van het College-advies stelt de minister vervolgens de plannen vast.

De wet voorziet voorts in de wijze waarop de plannen via publikaties in de pers onder de aandacht van betrokkenen moeten worden gebracht en in een regeling van de inspraakprocedures, de in acht te nemen termijnen, etcetera.

4.2.2 Richtlijnen ex artikel 3 WZV

Zoals uit het voorgaande al duidelijk is geworden, zijn voor de opstelling van de plannen de richtlijnen ex artikel 3 van de WZV van cruciale betekenis. Deze richtlijnen moeten, zowel bij de opstelling van de ontwerpplannen door de provincie, als bij de beoordeling van de plannen door het CvZ in acht worden genomen. Daarbij wordt, zoals door Krol en Passchier (1986) wordt opgemerkt, in de richtlijnen zelf een onderscheid gemaakt tussen zaken, die hoe dan ook in acht genomen moeten worden en onderwerpen die meer het karakter hebben van wenselijkheden en aanbevelingen.

Zij stellen daarbij vast dat de richtlijnen nauwelijks een mogelijkheid tot experimenteren bieden, omdat niet duidelijk is welke speelruimte er bij het hanteren van deze richtlijnen kan worden benut⁷⁷.

4.2.3 College voor Ziekenhuisvoorzieningen

De betekenis van het CvZ met betrekking tot het totstandkomen van provinciale plannen is in het voorgaande al verschillende keren genoemd. Het CvZ dient zich bij de advisering aan de minister te baseren op de richtlijnen en op de inhoud van de aanwijzing. Het CvZ krijgt voor het uitbrengen van het advies drie maanden de tijd. Het CvZ kijkt naar de vormgeving van de plannen, alsmede de inhoud en het niveau. Daartoe wordt gebruik gemaakt van een drietal door het College ontwikkelde draaiboeken, betreffende de planmatige, de bouwkundige en de economische advisering.

4.2.4 Beroepsmogelijkheden

Bij de vaststelling van de plannen door de minister, moet worden aangegeven waarom bij het vaststellingsbesluit is afgeweken van de ontwerpplannen van de provincie dan wel van het college-advies. De wet geeft de mogelijkheid in beroep te gaan tegen de onderdelen die afwijken van het ontwerpplan. Daarmee wordt voorkomen dat er doublures ontstaan, omdat het niet mogelijk is eerst bezwaar te maken tegen onderdelen van het provinciale plan en vervolgens ook nog eens tegen dezelfde onderdelen van het vaststellingsbesluit.

4.2.5 Bouwplafond

Door Honingh (1985) wordt er op gewezen dat door de overheid in 1964 nog met trots melding werd gemaakt van een spectaculaire groei van het aantal bedden. Nadat in 1970 de WZV werd aangenomen en vervolgens werd ingevoerd, werd in verband met de snelle (kosten)ontwikkelingen in 1973 een bouwstop van kracht. In 1975 werd vervolgens besloten tot de introductie van een bouwplafond, dat er jaarlijks voor moet zorgen dat een van te voren aangegeven investeringskostenbedrag niet zal worden overschreden.

Het bouwplafond heeft betrekking op de als zodanig aan te duiden kale bouw en beslaat op die wijze circa 50% van de stichtingskosten van een bouwproject. Vastgesteld moet worden dat met betrekking tot de verdeling van het bouwplafond geen afspraken zijn gemaakt over de vraag "welke sector welk deel van het beschikbare bedrag mag besteden"⁷⁸.

4.2.6 Aanvragen in het kader van de WZV

Instellingen kunnen bij WVC een aanvraag voor het bouwen van een bepaalde voorziening indienen. Het ministerie vraagt met betrekking tot deze aanvraag advies aan de provincie, het Staatstoezicht en het CvZ. In een aantal gevallen wordt, afhankelijk van de hoogte van de geraamde investeringskosten, ook het advies van de Rijksgebouwendienst gevraagd. Vastgesteld wordt of er behoefte aan de gevraagde voorziening bestaat. Daartoe wordt voor de desbetreffende sector beoordeeld of er sprake is van voldoende "planningsruimte" binnen de regio waar de instelling is gesitueerd. Is dat inderdaad het geval dan geeft WVC een zogeheten verklaring van behoefte af, waarna de instelling kan beginnen met het verder uitwerken van het plan.

Eerst wordt daartoe een programma van eisen opgesteld, vervolgens een schetsontwerp en daarna volgen de bestedingssgerede stukken. Voor elke fase vraagt het ministerie advies aan één of meer van de hiervoor genoemde instanties. Wanneer duidelijk is geworden dat de plannen passen binnen het gegeven kader wordt aan het eind van het traject een vergunning voor de bouw van de voorziening afgegeven. Nadat de vergunning is verstrekt mag (wanneer toestemming is verleend voor de aanbestedingsresultaten) met de bouw worden begonnen⁽³⁾.

³ Op 29 oktober 1992 is het Besluit Uitzonderingsprocedures WZV gewijzigd. Omdat daarmee bij de opstelling van de in deel II te bespreken ontwerpplannen uiteraard geen rekening kon worden gehouden, zie ik af van een bespreking van de veranderingen.

4.2.7 Ontwikkeling van de richtlijnen nader beschouwd

Eerder maakte ik melding van de betekenis van de richtlijnen ex artikel 3 van de WZV. De eerste versie van deze richtlijnen werd op 25 mei 1981 vastgesteld. In deze eerste versie wordt nog eens de doelstelling van de WZV herhaald, die ik al een aantal keren heb genoemd. Het gaat, binnen de gegeven financiële kaders om het bereiken van een doelmatig stelsel van ziekenhuisvoorzieningen en een evenwichtige spreiding, te bereiken door middel van planning. In bedoelde versie van de richtlijnen wordt het begrip planning gedefinieerd als *“het proces waarbij wordt vastgelegd wat wenselijk is voor de toekomst, wordt nagegaan welke mogelijkheden er zijn te bereiken, wordt vastgesteld welke handelingen daarvoor verricht moeten worden en wordt beoordeeld in hoeverre de beoogde resultaten zijn bereikt en de gedane keuzes nog juist zijn”*. Voorts wordt aangegeven dat *“planning alleen dan tot resultaat kan leiden als daarbij een bepaalde logisch opgebouwde systematiek wordt gevolgd. Het WZV-plan geeft daarbij richting aan de ontwikkeling van de structuur en aan het functioneren van de intramurale gezondheidszorg in een bepaald gebied”*⁷⁹.

Vervolgens wordt gesteld dat de provincies bij de uitvoering van de wettelijke bepalingen een begeleidende/stimulerende taak hebben en dat de minister de uitgangspunten vastlegt, die voor de provincie het instrumentarium vormen.

Ook wordt er op gewezen dat de inhoudelijke uitgangspunten onder meer betrekking hebben op de behoeftencriteria, de samenhang, de functie-omschrijvingen, de gebiedsindeling en de financiële kaders. De richtlijnen vormen daarmee – zoals gezegd – tevens het *beoordelingskader* voor de minister en het CvZ, nodig voor de vaststelling van het plan op basis van het ontwerpplan.

Voorts wordt tot uitdrukking gebracht dat de richtlijnen er toe moeten leiden dat het doel wordt bereikt: *“een zo doelmatig mogelijke structuur van voorzieningen”*. Daarnaast wordt nog een aantal doelen nagestreefd, te weten:

- de beheersing van de kostenontwikkeling;
- de bevordering van de decentralisatie en dat leidt er toe dat de *“provinciale besturen hun eigen inzichten omtrent de toekomstige ontwikkelingen in het ontwerpplan kunnen neerleggen, mede rekening houdend met de specifieke regionale situatie”*.

Met gebruikmaking van de richtlijnen moeten de provincies dus zorgen voor een evenwichtig pakket, dat *“in zekere zin voor elke provincie hetzelfde zal moeten zijn”*. Tenslotte strekken deze richtlijnen *“tot bevordering van een aantal kwaliteitsaspecten in de gezondheidszorg”*⁸⁰.

Uit het vervolg van de eerste versie van de richtlijnen ex artikel 3 van de WZV blijkt dat het er dus om gaat dat in het plan wordt vermeld *“hoe bepaalde categorieën van inrichtingen voor gezondheidszorg in een bepaald gebied in de toekomst gestructureerd kunnen zijn en langs welke weg dat zal worden bereikt”*⁸¹.

De richtlijnen bevatten voorts de volgende (samengevatte) beleidsuitspraken:

“De bestaande en toekomstige bevolkingskernen zijn op den duur bepalend voor de

spreiding van inrichtingen in een gezondheidsregio; dat geldt in principe ook voor de minder geïurbaniseerde gebieden. De omvang van een inrichting zal in evenwicht moeten zijn met de toekomstige grootte van de bevolkingskern, terwijl men uiteraard rekening moet houden met het functiepakket van de inrichting en de omvang van het totale verzorgingsgebied”⁸².

Aan de vestigingsplaats wordt een aantal voorwaarden gesteld, zijnde:

- een optimale ligging ten opzichte van het primaire en secundaire verzorgingsgebied;
- een optimale bereikbaarheid voor ambulances, openbaar en particulier vervoer;
- woonfuncties in een woonwijk.

Voor deze studie zijn tevens de richtlijnen als zodanig van belang; voor de psychiatrie kan de eerste “richtlijnversie” als volgt worden weergegeven:

- De totale richtlijn voor de psychiatrie bedraagt 1,5‰ (exclusief dagbehandeling);
- Deze richtlijn kan als volgt worden onderverdeeld:
 - APZ-en: 1,1 ‰
 - psychiatrische hostels: 0,05‰
 - PAAZ-en: 0,1 ‰
 - kinder- en jeugdpsychiatrie: 0,07‰
 - verslaafdenzorg: 0,07‰
 - vrije marge: 0,11‰
 - (dagbehandeling: 0,2 ‰);
- De omvang van een APZ ligt in principe tussen de 200 en 500 bedden, met een voorkeur voor 300;
- Een APZ bevat de volgende basisfuncties: polikliniek, dagbehandeling, observatie en kortdurende behandeling, voortgezette en klinische hulpverlening en langdurige klinische hulpverlening.

Vervolgens vermeld ik nog dat de richtlijnen een aantal bepalingen bevatten ten aanzien van de herkenbaarheid van de deeltijd- en poliklinische functies, en dat er een passage wordt gewijd aan de zogenaamde facultatieve functies, die in kwantitatief opzicht geen onderdeel vormen van de richtlijnen. Tenslotte is het van belang te constateren dat in de richtlijnen wordt aangegeven dat het verzorgingsgebied van een APZ in principe méér dan een regio kan omvatten⁸³.

Op 30 september 1983 werd de *tweede* versie van de richtlijnen vastgesteld. Dat gebeurde blijkens de toelichting omdat naar het oordeel van de “gebruikers” de oorspronkelijke richtlijnen een aantal onduidelijkheden bevatten. Er wordt op gewezen dat het beleid met betrekking tot de psychiatrische hulpverlening een snelle ontwikkeling doormaakt en dat het *niet mogelijk* is steeds de richtlijnen aan de laatste ontwikkelingen aan te passen. In deze nieuwe versie is de afzonderlijke deelrichtlijn voor het hostel verdwenen en is de vrije marge verhoogd tot 0,16‰. De opvattingen ten aanzien van de meest gewenste grootte van het APZ worden nog

eens herhaald, evenals de basisfuncties⁸⁴.⁽⁴⁾

De *derde* versie verscheen op 5 juli 1986. Daarin worden met betrekking tot de *gebiedsindeling* onder meer de volgende opmerkingen gemaakt:

- Er moet rekening worden gehouden met de *functionele samenhang* van de voorzieningen en de grensoverschrijdende patiëntenstromen;
- De gebiedsindeling is op zich geen aanleiding tot het aanbrengen van veranderingen in de voorzieningen, omdat *kapitaalvernietiging* moet worden voorkomen;
- Een opvulling van zogenaamde witte vlekken is pas mogelijk wanneer in andere gezondheidsregio's inrichtingen in aanmerking komen voor verplaatsing (. . .) of elders een *evenredige capaciteitsreductie* plaatsvindt.

Voor het eerst wordt een RIBW-richtlijn geïntroduceerd (0,38‰), onder gelijktijdige opofferings van de vrije marge en een verhoging van de totaalnorm⁸⁵.

In de *meest recente* versie van de richtlijnen de dato 9 april 1991 worden de volgende richtlijnen voor de GGZ gehanteerd:

- APZ/PAAZ: 1,4 ‰
- RIBW: 0,4 ‰
- Voorzieningen voor jeugdigen: 0,09‰
- Vrije marge: 0,2 ‰

De richtlijnen zijn inclusief de deeltijdbehandeling, die naar het oordeel van WVC de hoogste prioriteit dient te krijgen. Voorts wordt er op gewezen dat in het provinciale plan kan worden aangegeven op welke wijze de vrije marge kan worden gebruikt. Vervolgens is de volgende passage van betekenis: “*In enkele regio's is sprake van een overcapaciteit aan APZ-bedden. Dit wordt veelal veroorzaakt door de aanwezigheid van een oud-chronisch bestand dat oorspronkelijk afkomstig is van buiten het huidige verzorgingsgebied van het desbetreffende APZ. Het kan aangewezen zijn om de reductie van dit surplus in een geleidelijk tempo te laten plaatsvinden (. . .)*”⁸⁶.

Tenslotte valt het op dat de capaciteitsgrenzen in deze versie weer eens zijn aangepast en dat deze thans zijn vastgesteld op 300 respectievelijk 500 bedden/plaatsen. Uit de aanpassingen van de richtlijnen en de daarvoor gehanteerde motieven blijkt dat veranderingen soms worden doorgevoerd op basis van de maatschappelijke dynamiek en/of de dialoog in niveaus. Omgekeerd wordt van dergelijke aanpassingen afgezien, wanneer bijvoorbeeld de financieel-economische omstandigheden het vieren van de teugels niet toelaten of de overheid om andere redenen niet wenst toe te geven aan de druk vanuit het veld.

⁴ Hieruit blijkt dat het overheidsbeleid soms achterloopt op de ontwikkelingen in het veld. Het beleid moet worden bijgesteld teneinde deze discrepanties te voorkomen. Eerst wordt een stelsel van richtlijnen opgesteld, vervolgens blijkt dat de overheid de snelle ontwikkelingen in het veld niet kan bijhouden en na enige tijd worden de richtlijnen aangepast aan deze veranderingen.

Deel II

De casuïstiek betreffende de
noordelijke provincies

5 (totstandkoming) Ontwerpplannen

5.1 Inleiding

In het eerste deel van deze studie heb ik mij geconcentreerd op de *beleidsvorming* in de gezondheidszorg in het algemeen en de geestelijk gezondheidszorg in het bijzonder. Ik heb daarbij vastgesteld dat het overheidsbeleid met betrekking tot de GGZ gericht is op verbetering van de doelmatigheid en een betere spreiding van de (klinische) GGZ-voorzieningen. Tegelijkertijd moet kapitaalvernietiging ten gevolge van deze herspreiding worden voorkomen en dienen zowel nieuwe als krimpende APZ-en een gedifferentieerd behandelaanbod in een overigens kleinschalige voorziening te kunnen bieden. Met het oog op dit laatste aspect dient, althans volgens de laatste versie van richtlijnen, de capaciteit van een APZ 300 tot 500 bedden te bedragen.

Aanbevolen wordt om bij het opzetten van nieuwe voorzieningen ook te kijken naar de mogelijkheid MFE-en te realiseren en aandacht te schenken aan de substitutie van klinische capaciteit door semimurale of ambulante voorzieningen. Naast deze zorginhoudelijke doelen is het streven naar een beheerste kostenontwikkeling in de afgelopen jaren van toenemende betekenis geworden.

Voor het bereiken van de overheidsdoelen in het algemeen en de wens de kosten te beheersen in het bijzonder, staat een aantal *instrumenten* ter beschikking, namelijk:

- het beperken van de toegankelijkheid;
- het treffen van prijsmaatregelen;
- het reguleren van het aanbod.

De beleidsuitvoering met behulp van de WZV als instrument om het aanbod te reguleren, zal in dit hoofdstuk centraal staan. Ik zal eerst in 5.2 aandacht schenken aan de uitkomsten van enkele studies, die handelen over het instrumentele gebruik van de WZV. In aansluiting daarop zal ik mij in 5.3 en 5.4 richten op de gang van zaken in de drie noordelijke provincies, toegespitst op de GGZ. In dat gedeelte van deze studie zal ik achtereenvolgens de uitgangssituatie weergeven, in het kort ingaan op de kaders, die zijn gegeven in de aanwijzingen en verder uitvoerig stilstaan bij de inhoud van de ontwerpplannen. In 5.5 vat ik de beschreven gang van zaken samen.

5.2 Gebruik van de WZV als planningsinstrument

De WZV is, zoals door het CvZ wordt gesteld, een ruim geformuleerde raamwet waarbij de gewenste ordening van de gezondheidszorg pas bij het invullen van de kaderbepalingen gestalte krijgt. Anders gezegd: de WZV gaat alleen iets voorstellen indien er daadwerkelijk mee gewerkt wordt; het wordt pas een planningsinstrument wanneer de landelijke overheid aanwijzingen geeft, de provincies vervolgens ontwerpplannen opstellen en de staatssecretaris, na ingewonnen advies, de plannen vaststelt. Zonder aanwijzing geen ontwerpplan en zonder ontwerpplan geen besluit. Ik wil eerst nagaan of landelijk gezien de opstelling van de provinciale ontwerpplannen *tijdig* ter hand is genomen. Dat geeft een eerste indruk van de mate van acceptatie van het “instrument WZV” en de bereidheid daarmee aan het werk te gaan. Aansluitend concentreer ik mij op de opstelling van de *ontwerpplannen* voor de drie noordelijke provincies.

Krol en Passchier (1986) concluderen in hun evaluatierapport dat op het moment van opstelling er pas 2 plannen waren vastgesteld. Voorts merken zij in de algemene conclusies op dat de *“planprocedure vooral moet worden gezien als een leerproces, waarbij onervarenheid en onvoorbereid de trefwoorden zijn”*.

Ook stellen zij vast dat de planopstelling wordt gekenmerkt door een aanzienlijke *doorlooptijd*, vooral ten gevolge van de complexiteit en door het feit dat hun onderzoek betrekking had op de eerste plannen, die in het kader van de WZV werden opgesteld⁸⁷.

Ook De Wit (1991) stelt vast dat zich verschillende *problemen* voordoen naarmate de planning in het kader van de WZV voortschrijdt.

- Het feit dat nogal wat veranderingen van de landelijke overheid afkomstig zijn: de richtlijnen, de regio-indeling, het wachten op de eventuele invoering van de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg, etcetera;
- De scheiding tussen de financiering en de planning (de provincies hebben uitsluitend invloed op het laatste aspect);
- Het gegeven dat een aantal zaken via de planningswetgeving minder goed te regelen valt (genoemd wordt de afbouw van de APZ-en versus de opbouw van de RIBW-en);
- De scheiding tussen de intramurale en extramurale voorzieningen, die een inhoudelijk probleem vormt;
- De ingewikkelde regelgeving; ingewikkeld, omdat sommige hindernissen twee keer genomen moeten worden;
- Het gebrek aan coördinatie bij de provincies: *“bij de drie noordelijke provincies is het misgegaan”*⁸⁸.

De Algemene Rekenkamer (1990) maakt er in een kritische rapportage op attent dat door de komst van de WZV voor maar liefst 27 regio's en voor 3 sectoren plannen dienden te worden opgesteld. Zeven jaar na de inwerkingtreding van de wet zijn 70 aanwijzingen verstrekt, maar er zijn dan nog maar pas 11 plannen vastgesteld.

Uit een overzicht van de tijdsduur, nodig voor het opstellen van een plan, blijkt dat voor de psychiatrie gemiddeld 50 maanden nodig waren bij een normatieve periode van slechts 24 maanden.

Nogal wat regio's zijn verdeeld over meer dan één provincie. Daarbij moet worden bedacht dat er op het moment van opstelling van de plannen veel onduidelijkheid bestond over de voorgenomen reorganisatie van het binnenlands bestuur. Voorts wordt geconstateerd dat niet consistent is omgegaan met regio's waarvan de grenzen niet binnen één provincie liggen.

Er wordt door de Rekenkamer op gewezen dat de planvorming in nogal wat regio's aanleiding zou kunnen geven tot *beddenreductie*. Deze beddenreductie heeft volgens de Algemene Rekenkamer de planvorming in de ziekenhuiswereld in de weg gestaan. *"In veel gevallen brengt planvorming beddenreducties op bepaalde plaatsen dichterbij en het veld is daar niet zo verrukt van"*⁸⁹.

Geconcludeerd wordt dat het aantal opgestelde plannen teleurstellend laag is. Tevens wordt opgemerkt dat de planvorming wordt bemoeilijkt door veranderende regelgeving en door de daarmee verband houdende beddenreductie-operaties.

De Rekenkamer trekt op basis van het onderzoek de volgende *conclusies*:

- De overheid heeft voor het realiseren van diverse doelen een aantal instrumenten beschikbaar;
- Het gebruik van deze instrumenten heeft echter niet geleid tot een effectief en efficiënt beleidsproces.

Aanbevolen wordt het gebrekkig functionerende instrumentarium in *heroverweging* te nemen⁹⁰.

De staatssecretaris zegt in een reactie op het rapport dat hij de analyse van de Algemene Rekenkamer grotendeels onderschrijft en voegt er aan toe dat hij op korte termijn naar een verdergaande vorm van deregulering wil streven. Naar zijn oordeel zijn de kosten wel degelijk beheerst.

Hij ziet om een aantal redenen niets in een verdere *"opeenstapeling van wetgeving en kiest daarom voor een principieel andere weg"*. Zoals ik in het vervolg van deze studie nog zal aantonen, betekent dat voornemen geenszins dat van koers wordt veranderd. De overheid gaat vooralsnog onverdroten verder op de ingeslagen weg met alle – hierna deels te beschrijven – gevolgen van dien⁹¹.

Samengevat kan worden gesteld dat de opstelling van ontwerpplannen langzaam op gang gekomen is. Dat hangt samen met de vergaande bemoeienis van de landelijke overheid, de problematiek van de grensoverschrijdende planningsactiviteiten en het gebrek aan medewerking van de zijde van de instellingen, die de wet- en regelgeving als een bedreiging zagen en zien voor de bestaande bedden capaciteit. Ook de scheiding tussen planning en financiering heeft de voortgang niet bevorderd. Tevens moet worden geconstateerd dat een aantal veranderingen niet via planning kan worden bewerkstelligd. Op grond van deze gang van zaken concludeert de Algemene Rekenkamer dat het gebruik van het beschikbare instrumentarium landelijk niet

heeft geleid tot een effectief en efficiënt beleidsproces. De staatssecretaris onderschrijft deze conclusie en brengt tot uitdrukking dat hij een principieel andere weg zal kiezen.

5.3 Planningsperikelen binnen de GGZ in de noordelijke provincies

Ik zal nu het vizier richten op de gang van zaken in de provincies Groningen, Friesland en Drenthe. De aandacht gaat daarbij vanzelfsprekend vooral uit naar de *planning* van de klinische GGZ-voorzieningen (in het bijzonder van de APZ-en) in dat deel van het land.

Het is mijns inziens gewenst eerst een indruk te geven van de situatie die in de pré-WZV periode geleidelijk is ontstaan. Aansluitend zal ik inzicht geven in de totstandkoming van de ontwerpplannen in de onderscheiden provincies.

5.4 Uitgangssituatie

5.4.1 De feiten

In de relatief dun bevolkte noordelijke provincies functioneren sinds jaar en dag vijf APZ-en. In Groningen vinden wij Groot Bronswijk te Wagenborgen, in Friesland het Psychiatrisch Ziekenhuis Franeker (PZF) te Franeker en in Drenthe Beileroord te Beilen, Dennenoord te Zuidlaren en Licht en Kracht te Assen.

In de beschouwing van De Wit (1991) wordt tot uitdrukking gebracht dat Groningen aanvankelijk weigerde eigen psychiatrische voorzieningen op te zetten, maar er de voorkeur aan gaf de patiënten te laten behandelen in instellingen elders in het land. Dat veranderde met de komst van Dennenoord eind vorige eeuw (overigens nadat ook in Groot Bronswijk, zij het op bescheiden schaal, een begin was gemaakt met de behandeling van patiënten).

In Friesland bestaat sinds het midden van de vorige eeuw het PZF. De capaciteit van het PZF was al in de vorige eeuw onvoldoende voor de opvang van de Friezen en om die reden probeerde in 1890 het Staatstoezicht de provincie over te halen en over te gaan tot de oprichting van een *tweede APZ* in Friesland. De provincie weigerde op het verzoek in te gaan en daarom werd een overeenkomst gesloten tussen het PZF en Dennenoord.

De dunbevolkte provincie Drenthe werd, volgens De Wit, aanvankelijk niet in staat geacht eigen psychiatrische voorzieningen te ontwikkelen. In verband daarmee werd er voor gekozen een beroep te doen op Dennenoord en het Oude en Nieuwe Gasthuis, gelegen in de provincie Gelderland⁽¹⁾.

Uit de analyse van De Wit kan voorts worden afgeleid dat het tekort in Friesland en

¹ De opstelling van de provincies is niet echt verwonderlijk, omdat – zoals ik in 3.2 reeds vermeldde – de provincies op grond van de tweede KZ-wet weliswaar verantwoordelijk waren voor de capaciteit in de psychiatrisch ziekenhuizen, maar niet zelf tot de oprichting daarvan hoefden over te gaan.

de samenwerkingsafspraken, die in verband daarmee tussen Franeker en Dennenoord werden gemaakt, leidden tot een groeiende bereidheid mee te werken aan de oprichting van Beileroord als “kolonie voor gezinsverpleging”.

Beileroord ontstond aan het eind van de Eerste Wereldoorlog, vooral om een functie te vervullen voor de gezinsverpleging van zwakzinnigen. In het jaar na de oprichting besloten de provincies Groningen en Friesland mede verantwoordelijkheid te nemen voor het functioneren van deze instelling. Circa 15 jaar later kwam het APZ Licht en Kracht tot stand ^{92 (2)}.

Op het moment van opstelling (1985) van het “*Ontwerpplan Psychiatrische Ziekenhuizen Provincie Groningen*” golden voor de genoemde APZ-en de volgende erkende klinische capaciteiten:

• Groot Bronswijk	:	410
• PZF	:	575
• Beileroord	:	390
• Licht en Kracht	:	549
• Dennenoord	:	<u>625</u>
• Totaal	:	2.549

Ongerekend het aantal bedden in de Psychiatrische Universiteitskliniek (PUK) van het Academische Ziekenhuis Groningen, een *klinische capaciteit* van 2.549 bedden, terwijl planmatig slechts “ruimte” voor 1.835 APZ-bedden bestaat⁽³⁾.

Er is echter niet alleen sprake van een *overschot* ten opzichte van de destijds geldende richtlijnen van ruim 700 klinische plaatsen. Ook kan worden vastgesteld dat de bedden tot op zekere hoogte “scheef” over de provincies zijn verdeeld en als regel niet in het hart van het verantwoordelijkheidsgebied zijn te vinden⁽⁴⁾.

Uit de overzichtskaarten op de volgende bladzijden valt af te leiden hoe de APZ-en in deze verantwoordelijkheidsgebieden zijn gesitueerd. Daaruit kan worden opgemaakt dat:

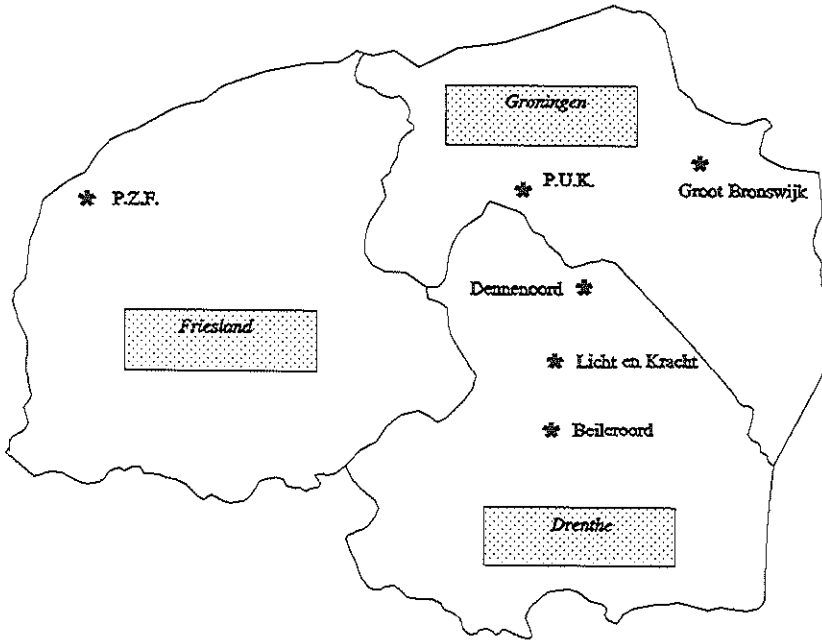
- de provinciegrenzen niet samenvallen met de grenzen van de verantwoordelijkheidsgebieden;
- de APZ-en Groot Bronswijk, PZF en Dennenoord zowel aan de rand van de provincie als aan de rand van het verantwoordelijkheidsgebied liggen;
- de APZ-en Beileroord en Licht en Kracht weliswaar in de buurt van de provinciegrenzen liggen, maar in het hart van het verantwoordelijkheidsgebied.

² Met een zekere hardnekkigheid circuleren ook nu nog uitspraken, die er op duiden dat APZ-en van Nederlands Hervormde Signatuur in de eerste helft van deze eeuw bewust werden opgericht in de omgeving van APZ-en, die vanuit een Gereformeerde levensovertuiging tot stand werden gebracht: doel: het bewaren van het evenwicht. Ik heb hiernaar verder geen onderzoek gedaan.

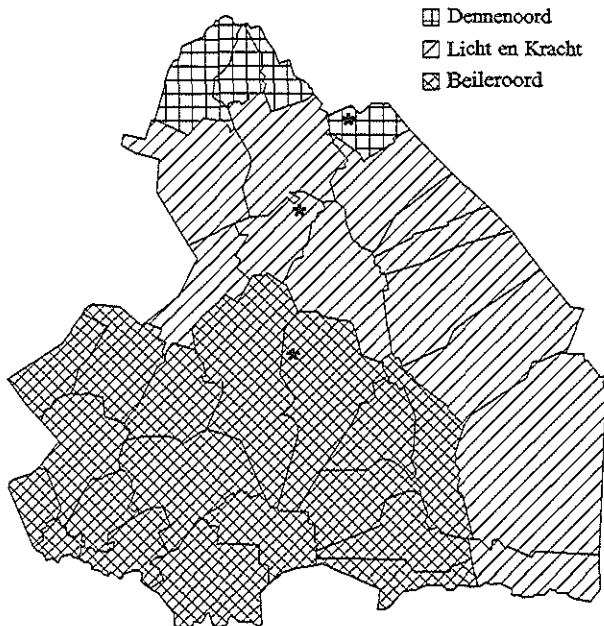
³ De aantallen bedden, die in het vorenstaande overzicht zijn genoemd, wijken enigszins af van die welke in andere ontwerpplannen voorkomen. De afwijkingen zijn echter gering en om die reden bestaat er geen bezwaar tegen het hanteren van deze “Groningse aantallen”.

⁴ Het begrip verantwoordelijkheidsgebied kan als volgt worden gedefinieerd: “*een verantwoordelijkheidsgebied is een omschreven gebied ten behoeve waarvan een instelling zich garant stelt voor de opname van personen die acute hulp nodig hebben*”.

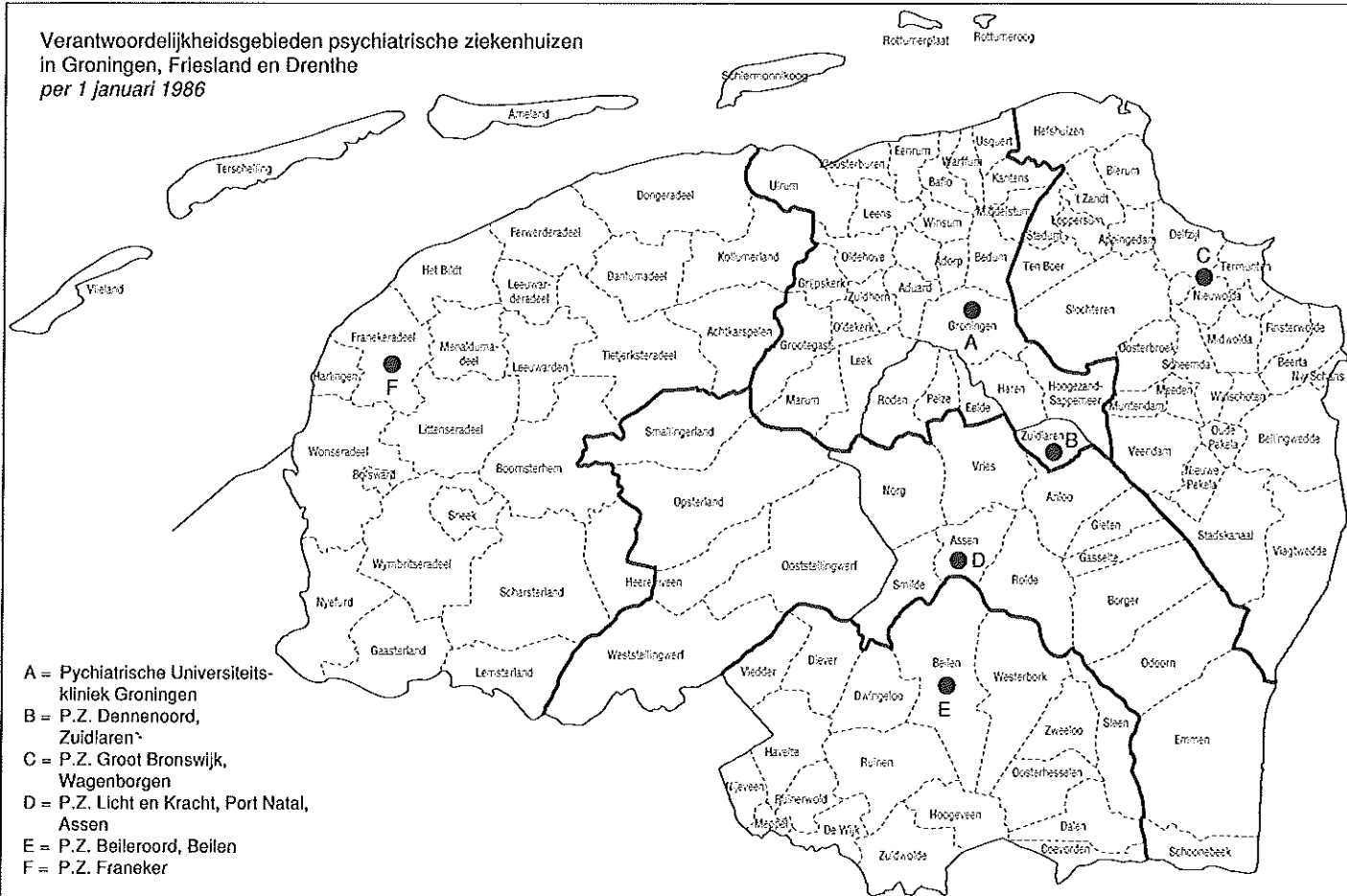
Kaart 1: De ligging van de Drentse APZ-en in de noordelijke provincies.



Kaart 2: De ligging van de Drentse APZ-en in het Drentse deel van de verantwoordelijkheidsgebieden.



Verantwoordelijkheidsgebieden psychiatrische ziekenhuizen
in Groningen, Friesland en Drenthe
per 1 januari 1986



Kaart 3: Overzicht gemeenten behorend tot de verantwoordelijkheidsgebieden van de APZ-en in Groningen, Friesland en Drenthe.

Voorts kan worden geconstateerd dat op het moment van opstelling van de ontwerpplannen Groot Bronswijk uitsluitend voor de provincie Groningen functioneerde en het PZF alleen voor Friesland, terwijl de overige APZ-en alle voor meer dan één provincie actief waren.

5.4.2 De opvattingen van diverse actoren

Voor een beschrijving van de *uitgangssituatie* zijn niet alleen de hiervoor genoemde data van betekenis. Ook de opvattingen van de actoren, die het verloop van de planningsdiscussie in belangrijke mate hebben bepaald, zijn van belang. Deze zullen voor een deel blijken uit de hierna volgende bespreking van de casuïstiek en verder tot uitdrukking komen in het laatste deel van dit onderzoek, aangezien de opvattingen van de belangrijkste actoren onderwerp van gesprek zijn geweest tijdens de "verificatiebesprekingen" die ik heb gevoerd.

In deze casus neemt de eventuele totstandkoming van een *tweede APZ* in Friesland een centrale plaats in. Over de noodzaak van dat nieuwe APZ is al snel na het begin van de planningsprocedure tussen de provincies Friesland en Drenthe een *verschil van inzicht* ontstaan, dat het verloop van de discussie in belangrijke mate heeft bepaald.

Dat kwam al in het begin van de jaren tachtig tot uitdrukking, toen de minister van Volksgezondheid en Milieuhygiëne in het kader van de voorgenomen planningsoperatie werkbezoeken bracht aan de noordelijke provincies.

Zo blijkt uit het verslag van het bezoek dat de minister met een departementale deputatie op 10 en 11 maart 1982 aan Friesland heeft gebracht dat de Friese gedeputeerde van volksgezondheid niet wilde instemmen met de inhoud van het globaal plan dat werd opgesteld door Drenthe. Er was door de bestaande *overbedding* in die provincie naar haar mening sprake van grote problemen. Zij maakte weliswaar tevens melding van gesprekken die waren gestart om de verschillen in opvattingen te overbruggen, maar wakte de indruk dat Drenthe bedoelde problemen in principe zelf zou moeten oplossen⁹³.

Tijdens de werkbezoeken aan Groningen en Drenthe op 13 en 14 april 1982 werd door Gedeputeerde Staten van Drenthe gesteld dat de activiteiten om te komen tot globale plannen voor de sector psychiatrie inmiddels duidelijk hadden gemaakt dat het voor de korte en middellange termijn gewenst zou zijn *voorzichtig* te opereren. Uit de verslaglegging van het gesprek dat door de minister met de Groningse Commissaris der Koningin werd gevoerd, blijkt dat het onderwerp psychiatrie maar geringe aandacht heeft gekregen. Groningen toonde zich tijdens dat bezoek meer geïnteresseerd in de mogelijkheden tot open-hartchirurgie⁹⁴.

Op 17 juni 1985 vond een bespreking plaats tussen een groot aantal representanten van de noordelijke provincies en het departement. Daarbij bleek dat de voorontwerpplannen van Groningen en Drenthe, conform de spelregels, onderling werden *afgestemd*. Voorts kan aan de hand van het verslag worden geconcludeerd dat de mogelijkheid om de noordelijke gemeenten van de provincie Drenthe alsnog toe te voegen aan het verzorgingsgebied van Licht en Kracht serieus is overwogen. Duidelijk

wordt tevens dat Friesland op termijn wenst uit te gaan van twee APZ-en *binnen* de provinciegrenzen en dat Drenthe van oordeel is dat in elk geval voorshands zuid-Friesland tot het verzorgingsgebied van Licht en Kracht moet blijven behoren.

Van de zijde van de directie planning en bouw van het departement wordt er op gewezen dat de bevolkingsomvang en de oppervlakte van Friesland *voldoende mogelijkheden* bieden voor de oprichting van een tweede APZ. Men is op het ministerie tevens van oordeel dat de afstand tussen Assen en zuid-Friesland te groot is. Er wordt daarom voor gepleit de plannen onderling alsnog zo veel mogelijk op elkaar af te stemmen en aldus de *onderlinge consistentie* te verbeteren⁹⁵.

De verschillen van opvatting bleven bestaan en kwamen onder meer tot uitdrukking aan de hand van de briefwisseling die aansluitend tussen beide provincies werd gevoerd. Voorts bleek dat uit de wijze waarop in het midden van de jaren tachtig de publiciteit werd gezocht.

Gedeputeerde Staten van Drenthe zetten in een uitvoerige brief de dato 5 juli 1985, gericht aan Provinciale Staten van Friesland, hun opvattingen opnieuw uiteen. Drenthe reageerde daarmee op de toezending van het Friese voorontwerpplan op 15 mei 1985.

Eerst wordt in de brief duidelijk gemaakt dat Drenthe *al maanden daarvoor* het voorlopig voorontwerpplan aan Friesland heeft toegezonden. Voorts wordt gewezen op de noodzaak tot onderlinge *afstemming* van de plannen. Verwezen wordt naar een nota die door de drie noordelijke provincies werd opgesteld, welke nota ik hierna nog zal bespreken. Gesteld wordt dat de provincie Drenthe zich uiteraard bewust is van de verantwoordelijkheden van het provinciaal bestuur van Friesland en deze ook wenst te respecteren. Tegelijkertijd wordt vastgesteld dat er sprake is van verschillen van opvatting over de meest wenselijke benadering van de *interprovinciale* problematiek. Problemen bij de verdere uitvoering van de planningsactiviteiten kunnen naar het oordeel van de provincie alleen dan worden voorkomen, wanneer vooraf een *gemeenschappelijk standpunt* van beide provincies kan worden geformuleerd. Gedeputeerde Staten van Drenthe hebben daarom de vrijheid genomen *een visie* te ontwikkelen op de wenselijke ontwikkelingen op het gebied van de GGZ in de provincie Friesland. Dat is gedaan om de eventuele gevolgen van ontwikkelingen in Friesland voor het functioneren van met name het APZ Licht en Kracht te Assen zoveel mogelijk binnen aanvaardbare grenzen te houden. De provincie Drenthe is van oordeel dat de plannen voor de korte termijn (globaal genomen tot 1990) van de provincies in redelijke mate met elkaar overeen komen. Beide provincies zijn van oordeel dat in zuidoost-Friesland in die periode een aantal MFE-en tot stand moet komen, waarbij van Drentse zijde wordt benadrukt dat de initiatieven daartoe door Licht en Kracht moeten worden ontwikkeld.

In dezelfde brief van de provincie Drenthe wordt gereageerd op de zich aftekenende ontwikkelingen ná de eerste planperiode. Drenthe heeft vastgesteld dat volgens Friesland op termijn de *regionalisatiegedachte* het leidend principe dient te zijn. Daarmee wordt bedoeld dat de verzorgingsgebieden van de verschillende APZ-en de grenzen van de gezondheidsregio niet mogen overschrijden. Ook daarin zegt Drenthe voor een belangrijk gedeelte te kunnen meegaan. Toch wordt bij de Friese opvattingen een aantal *kanttekeningen* geplaatst. In de eerste plaats wordt er op

gewezen dat de voorgestelde gebiedsindeling in het voorontwerpplan van Friesland afwijkt van de indeling die in eerder genoemde nota van de drie noordelijke provincies werd voorgesteld. In de tweede plaats wordt geprotesteerd tegen het feit dat niet duidelijk tot uitdrukking wordt gebracht dat Licht en Kracht het APZ moet zijn dat voor zuid-Friesland zal gaan functioneren. In de derde plaats wordt bezwaar gemaakt tegen de substantiële overheveling van capaciteiten vanuit het noorden van Friesland naar het zuidelijk deel van deze gezondheidsregio. In de gemeenschappelijke nota is vastgelegd dat in zuid-Friesland uitsluitend "verplaatste Licht en Kracht-capaciteit" zal worden gerealiseerd. Daarvoor is gekozen om te bereiken dat de reductietaakstellingen van de noordelijke APZ-en procentueel geen grote verschillen zullen vertonen.

De brief eindigt met een passage waaruit blijkt dat Drenthe steeds bereid is geweest het overleg te (her)openen. Omdat Friesland dat niet heeft gehonoreerd bleef er voor Drenthe, zo wordt gesteld, geen andere keuze dan een reactie in de vorm van een kritische brief⁹⁶.

Op 13 augustus 1985 zond het college van Gedeputeerde Staten van Friesland een antwoord naar Provinciale Staten van Drenthe.

Dit antwoord maakt zonder veel franje duidelijk dat Drenthe zich niet met de gang van zaken in Friesland dient te bemoeien. Onder verwijzing naar de inhoud van de aanwijzing, die ik hierna nog zal behandelen, wordt in de brief gesteld dat de provincie Drenthe verantwoordelijk is voor de planning van voorzieningen voor de bevolking voor het plangebied Drenthe van de gezondheidsregio Groningen/Drenthe. Zonder dat Friesland bevoegdheden aan de provincie Drenthe heeft overgedragen "*is in het thans voorliggende plan evenwel op een bijzonder nadrukkelijke manier ingegaan op het plannen van psychiatrische voorzieningen ten behoeve van een groot deel van de gezondheidsregio Friesland*".

Friesland bestrijdt de opvatting van Drenthe dat er in het Drentse plan uitsluitend sprake is van een visie op de gewenste ontwikkelingen in Friesland. Naar het oordeel van het Friese College van Gedeputeerde Staten is er door de mate van gedetailleerdheid eerder sprake van een soort *actieplan* waarmee Drenthe in de verantwoordelijkheid van Friesland treedt. Voorts wordt duidelijk gemaakt dat de opvattingen voor de lange termijn op essentiële onderdelen verschillen. Dat is geen nieuw gegeven, omdat dat volgens de provincie Friesland al veel langer bekend was⁹⁷.

De brief gaat ook uitvoerig in op de als zodanig aangeduide *planningshorizon*. De lange termijn-visie dient betrekking te hebben op een periode van tenminste 16 jaar. Drenthe komt niet verder dan het jaar 1995 en dat is naar het oordeel van Friesland veel te kort. Het mag dan waar zijn dat de ontwikkelingen in de GGZ volop in discussie zijn, dat gegeven vormt geen argument om niet serieus te kijken naar de gang van zaken op langere termijn. Dit is mede van betekenis omdat de maatregelen voor de korte termijn daarmee direct samenhangen.

Vervolgens wordt in de brief fijntjes gewezen op het bestaan van het *besluit verantwoordelijkheidsgebieden* en de betekenis daarvan. Daaruit blijkt volgens Friesland duidelijk dat aan deze verantwoordelijkheidsgebiedsindeling geen planningsgevolgen mogen worden verbonden. De gezondheidsregio Friesland zal in de toekomst in

twee APZ-gebieden moeten worden verdeeld en het is voor de provincie Friesland uitgesloten dat wordt gestreefd naar samenvoeging van de regio noord-Drenthe met de regio zuid-Friesland, teneinde daar één APZ te laten functioneren. Voor zuid-Friesland dienen dus op langere termijn zelfstandige APZ-functies te worden ontwikkeld en het wordt onjuist geacht het APZ Licht en Kracht op voorhand een rol in dat proces toe te bedelen. Ook deze brief eindigt met een passage waaruit de bereidheid tot nader overleg blijkt. Het moet dan wel gaan over een zo goed mogelijke inpassing van de gezamenlijke lange termijn-visie in het (Friese) plan⁹⁸.

Niet alleen de hiervoor aangehaalde correspondentie laat de verschillen in opvatting tussen beide provincies zien. In dezelfde periode getuigen *koppen* in de regionale pers van de oplopende spanningen.

Deze blijken onder andere uit een uitvoerig artikel in het Nieuwsblad van het Noorden van 14 augustus 1985, een dag nadat de Friese reactie aan Drenthe is verzonden.

Daarin beticht de Friese gedeputeerde de provincie Drenthe openlijk van *bemoeizucht*. In het desbetreffende artikel maakt zij duidelijk dat de spreiding van psychiatrische voorzieningen niet door haar is bedacht, maar als een uitvinding van het departement moet worden beschouwd. Zij zegt dat zij er van is uitgegaan dat aan de oprichting van nieuwe, bij voorkeur kleinschalige, voorzieningen door de bestaande APZ-en een bijdrage geleverd zal worden. Dat kan door het PZF gebeuren, waarmee de ontwikkelingen in Friese handen worden gelegd, maar dat zou nog beter kunnen wanneer het PZF en Licht en Kracht *gezamenlijk* de uitvoering van de plannen ter hand zouden nemen.

Uit het vervolg van het artikel blijkt dat de bereidheid van laatstgenoemd APZ om daaraan mee te werken niet groot wordt geacht. De gedeputeerde verwijst naar een uitspraak van de voorzitter van het bestuur van Licht en Kracht, die gezegd zou hebben dat deze instelling niet bereid is ook maar een "*poot richting Friesland te verzetten*". De directie van Licht en Kracht ontkent deze uitspraak krachtig. Jaren geleden is wel eens een dergelijke uitspraak gedaan, maar dat was in verband met een heel andere discussie. Uit de reactie van de directie wordt verder duidelijk dat men een samenwerkingsovereenkomst met het PZF heeft gesloten, waaruit duidelijk blijkt dat Licht en Kracht wel degelijk een rol in Friesland wil vervullen.

Vermindering van de klinische capaciteit stuit in dat verband niet op problemen en de opzet van goed gespreide *netwerken* van psychiatrische voorzieningen al evenmin. Voor het aanbieden van specialistische behandelmogelijkheden acht de directie van Licht en Kracht een dergelijke herspreiding onmogelijk; voor sommige behandelvormen is een zeker *draagvlak* nodig. Voorts wordt het onverstandig geacht goed functionerende voorzieningen in Assen af te breken en deze vervolgens in Friesland opnieuw op te richten. Deze vorm van *kapitaalvernietiging* wordt onnodig genoemd⁹⁹.

Ook op landelijk niveau bleef de problematiek de gemoederen bezig houden. Ter voorbereiding op een als zodanig aangeduide audiëntie van de verantwoordelijk gedeputeerde van de provincie Drenthe op 13 september 1985, zond de directeur planning en bouw van WVC een memo aan de staatssecretaris. Hij wijst er in

bedoeld memo op dat de onderlinge consistentie in de psychiatrieplannen voor de noordelijke provincies ontbreekt. Voorts brengt hij tot uitdrukking dat de discussie tussen de provincies Drenthe en Friesland al jaren wordt gevoerd. Ten gevolge daarvan is volgens de directeur de verhouding tussen de APZ-en in de desbetreffende provincies moeilijk geworden. Ook de regionale pers heeft zich intussen op de problemen gestort. Er moet dan ook worden gestreefd naar een oplossing die op landelijk niveau wordt geforceerd. Daartoe wordt bij het memo een notitie gevoegd, waarvan de inhoud is afgestemd met het CvZ en de regionaal inspecteur voor de geestelijke volksgezondheid. Voorts bericht de directeur planning en bouw dat De Open Ankh, het werkverband waarvan Licht en Kracht deel uitmaakt, vertrouwelijk heeft laten weten met de inhoud van de opgestelde notitie in hoofdlijnen te kunnen instemmen. Het memo wordt afgesloten met de opmerking dat De Open Ankh overweegt een aanvraag in te dienen voor de oprichting van een klein APZ, dat in zuidoost-Friesland zal gaan functioneren en op een moderne leest zal worden geschoeid. In de notitie worden eerst de verschillen van opvatting kort samengevat. Friesland wil op korte termijn in het zuidoostelijke deel van de provincie een aantal *MFE-en* oprichten en die later *op laten gaan* in een nieuw APZ. De vraag of daartoe al dan niet een nieuwe rechtspersoon moet worden opgericht hoeft volgens de directeur planning en bouw nog niet te worden beantwoord. Bij het ontwikkelen van GGZ-voorzieningen in dat deel van Friesland zouden één of meer van de bestaande APZ-en betrokken kunnen worden. Drenthe is het met het Friese plan niet eens, omdat daarin onvoldoende tot uiting komt dat de oprichting van bedoelde *MFE-en door Licht en Kracht* ter hand genomen dient te worden. Voorts wordt door Drenthe in reactie op het voorontwerpplan van Friesland voorgesteld een aantal gemeenten toe te voegen aan zuidoost-Friesland en dus in mindering te brengen op het noordwestelijk deel. Daardoor ontstaat een *evenwichtiger* verdeling en kan ook in het eerstgenoemde gebied een APZ van circa 300 bedden worden gerealiseerd. Vastgesteld wordt dat over een aantal zaken tussen beide provincies wel overeenstemming bestaat, maar dat Friesland voorbij gaat aan het voorstel voor Licht en Kracht op termijn een positie in zuidoost-Friesland te creëren, terwijl Drenthe de gedachte dat de klinische GGZ voor deze provincie grotendeels door Beileroord zal moeten worden geboden niet overneemt. Voorgesteld wordt daarom over te gaan tot de oprichting van *twee MFE-en* in Heerenveen (uitgaande van het PZF) respectievelijk Drachten (uitgaande van Licht en Kracht). In een later stadium kan dan worden gezien op welke wijze deze *MFE-en* een onderdeel van het nieuwe APZ kunnen vormen. De realisering van deze *MFE-en* moet gepaard gaan met *evenredige reductie* van de APZ-en die nu in Friesland en Drenthe functioneren. Het is van belang na verloop van tijd te bezien of de overblijvende capaciteiten in Drenthe problemen opleveren. Is dat inderdaad het geval dan moeten beide Drentse instellingen een nauwe samenwerking ontwikkelen¹⁰⁰.

Ondertussen gingen de voorbereidingen voor de opstelling van de ontwerpplannen gewoon door. Zoals uit het vervolg van deze studie zal blijken betreft het hier *uiterst minitieuw* uitgewerkte plannen, tot stand gekomen vanuit verschillende provinciale visies op de gewenste lange termijn-ontwikkelingen. Op het moment waarop nog

met de uitwerking van de ontwerpplannen moest worden begonnen, werden de kaarten op het ministerie klaarblijkelijk al geschud.

5.5 De ontwerpplannen

De wettelijke procedures starten, zoals al werd aangegeven, met het voeren van overleg over en vervolgens het geven van een *aanwijzing* aan de provinciale besturen. Ik zal mij met het oog daarop bij de beoordeling van de casuïstiek achtereenvolgens richten op de “gemeenschappelijke aanloop” van de noordelijke provincies en daarna op de inhoud van de aanwijzingen, de ontwerpplannen en de adviezen van het CvZ. Ik doe dat in de wetenschap dat de uitgangssituatie om een aantal redenen complex is.

In de noordelijke provincies is al enige jaren voorafgaande aan de ontvangst van de aanwijzingen een begin gemaakt met het formuleren van opvattingen rond de op te stellen ontwerpplannen. Nota's van uitgangspunten en bouwsteennota's getuigen daarvan. De activiteiten werden niet alleen per provincie ontplooid, maar er werden ook pogingen ondernomen om te komen tot een *gemeenschappelijke visie*.

Omdat in deze studie ook de als zodanig aangeduide *interprovinciale problematiek* de aandacht vraagt, begin ik mijn beschouwingen met de bespreking van de notitie over de planningsaspecten die door de 3 provincies gezamenlijk werd opgesteld.

5.5.1 Interprovinciale lange termijn visie psychiatrie noorden des lands

Deze notitie werd in juli 1982 opgesteld door een werkgroep van het Noordelijk Interprovinciaal Overleg (NIPO).

De notitie beschrijft eerst de uitgangssituatie. Deze beschrijving vertoont duidelijke verwantschap met het beeld dat ik in paragraaf 5.4 heb gegeven. In het vervolg van de nota worden de gezamenlijke uitgangspunten verwoord. Deze kunnen als volgt worden weergegeven.

“Om nu te komen tot een afstemming van de planningswerkzaamheden van de drie provincies op elkaar en daarmee tot een herverdeling en inkrimping van de capaciteit en een evenwichtiger spreiding van de voorzieningen zijn de volgende uitgangspunten geformuleerd:

- De planningswerkzaamheden van de drie provincies dienen zo veel mogelijk parallel in de tijd te verlopen. Tijdens overleg met betrekking tot de concept aanwijzing is aan het ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne ambtelijk kenbaar gemaakt dat de drie noordelijke provincies gelijktijdig een zogenaamde aanwijzing dienen te ontvangen om gezamenlijk een plan op te stellen (...);
- Er zal geen verandering komen in het aantal psychiatrische instellingen, dat wil zeggen ook in de toekomst zullen er in het noorden vijf psychiatrische ziekenhuizen en één PUK functioneren;

- Elk van deze voorzieningen zal voldoende groot moeten zijn om een gedifferentieerd aanbod van functies te kunnen garanderen;
- De grootte van de verantwoordelijkheidsgebieden dient zodanig te zijn dat een voldoende groot draagvlak gevormd wordt voor het functioneren van een levensvatbaar psychiatrisch ziekenhuis terwijl de reistijd van de bevolking naar deze voorziening niet te lang zal mogen zijn;
- Wanneer nieuwbouw van (afdelingen van) psychiatrische ziekenhuizen noodzakelijk is, dienen de locaties hiervoor zodanig te worden gekozen dat een betere spreiding van de ziekenhuizen erdoor wordt bewerkstelligd. Wel dienen deze locaties te passen binnen de door de provinciale besturen vastgestelde hiërarchie van kernen”.

Ook de consequenties die in dit gezamenlijke stuk worden genoemd zijn de moeite van het vermelden waard.

- “Voor het Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis te Franeker betekent een en ander inkrimping van de capaciteit en verkleining van het verantwoordelijkheidsgebied;
- Groot Bronswijk zal zijn capaciteit eveneens moeten inkrimpen, maar het verantwoordelijkheidsgebied van dit ziekenhuis zal moeten worden uitgebreid tot geheel oost-Groningen;
- Het verantwoordelijkheidsgebied van Drennoord en van de Psychiatrische Universiteitskliniek zal ongewijzigd kunnen blijven, doch het aantal bedden zal ook hier moeten worden ingekrompen;
- Inkrimping is eveneens noodzakelijk voor Licht en Kracht, terwijl het verantwoordelijkheidsgebied van dit ziekenhuis en ook het ziekenhuis zelf zich op den duur zullen moeten verplaatsen naar het zuidoosten van Friesland;
- Beileroord zal op den duur een groot gedeelte van de provincie Drenthe moeten verzorgen, hetgeen uitbreiding van de capaciteit ten gevolge kan hebben”¹⁰¹.

Ik heb, na bestudering van de inhoud van deze gezamenlijke nota, overwogen vervolgens per provincie eerst de bouwstenen te bespreken en daarna in te gaan op de inhoud van de voorontwerpplannen. In tweede instantie heb ik er voor gekozen dit spoor niet te volgen. Ik volsta met een bespreking per provincie van respectievelijk de inhoud van de aanwijzing, de (zeer uitvoerige) ontwerpplannen en het advies van het CvZ. Wel zal ik in een enkel geval specifieke onderwerpen aan de orde stellen, wetende dat de opvattingen van de verschillende instellingen en instanties nog in ruime mate zullen blijken uit de nog te bespreken beroepsschriften tegen de, eveneens nog te behandelen, vaststellingsbesluiten⁽⁵⁾.

⁵ Opzet en indeling van de ontwerpplannen verschillen van provincie tot provincie. Naast de “structuurverschillen” zijn er natuurlijk ook overeenkomsten. Zo wordt in alle ontwerpplannen aandacht besteed aan de staat van de bouwkundige outillage, het categoriale circuit, het functioneren van de PAAZ-en en de ambulante sector. Ik zie er echter van af al deze elementen uit de ontwerpplannen steeds opnieuw uitvoerig te bespreken. Ik zal mij bij de behandeling van de casuïstiek met name blijven concentreren op de rol van de APZ-en, de functie in de verzorgings- en verantwoordelijkheidsgebieden en de gewenste omvang van deze voorzieningen.

5.5.2 Ontwerpplan psychiatrische ziekenhuizen provincie Groningen

Provinciale Staten van de provincie Groningen ontvingen op 13 april 1983 een aanwijzing van de staatssecretaris van WVC voor het opstellen van een ontwerpplan psychiatrie voor het Groningse gedeelte van de gezondheidsregio Groningen-Drenthe.

In de aanwijzing wijst de staatssecretaris op de specifieke uitgangssituatie in het noorden van het land. *“Het op te stellen ontwerpplan heeft betrekking op een gebied met onderlinge samenhang dat de provinciegrenzen overschrijdt. Vanuit dit oogpunt vraag ik uw bijzondere aandacht voor de noodzakelijke onderlinge afstemming tussen uw provincie en de andere betrokken provincies. De resultaten van het te voeren overleg met de naburige provincies dienen bij het ontwerpplan te worden opgenomen”*.

In de aanwijzing wordt verwezen naar de actuele – op basis van het voorgaande inmiddels grotendeels bekende – opvattingen van de overheid aangaande het psychiatriebeleid; zo wordt gesteld dat het gaat om *structurele verschuivingen* van residentiële naar ambulante zorg en dagbehandeling. Ook wordt gewezen op de nieuwe opzet van het APZ, onder meer inzake de zelfstandige huisvesting van patiënten, decentralisatie van activiteiten (buiten de hoofdlocatie), sociowoningen en hostels (in woonwijken) en crisiscentra als facultatieve functie. Vervolgens wordt ingegaan op de randvoorwaarden die in acht genomen moeten worden: de indeling van het ontwerpplan, het begrip integrale planning (zoals bedoeld in de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg) en de bouwkundige inventarisatie (uit te voeren in samenwerking met het CvZ).

Met nadruk wordt aandacht gevraagd voor de *spreiding* van de psychiatrische ziekenhuizen en de facultatieve functies. *“In het ontwerpplan dient in het bijzonder aandacht te worden besteed aan de (. . .) spreiding van de psychiatrische ziekenhuizen, waarbij ook betrokken kunnen zijn de psychiatrische ziekenhuizen welke gelegen zijn buiten de gezondheidsregio Groningen/Drenthe. Een mogelijk noodzakelijke herstructurering zal tijd vergen hetgeen impliceert dat voor de korte termijn de verantwoordelijkheidsgebieden voor de opnemings van de patiënten kunnen worden afgebakend, welke afwijken van de op langere termijn gewenste gebieden”*¹⁰².

Het “Ontwerpplan Psychiatrische Ziekenhuizen Provincie Groningen”, werd door Provinciale Staten, ruim twee jaar na ontvangst van de aanwijzing, vastgesteld op 26 juni 1985. Ik zal een aantal aspecten uit het plan belichten⁽⁶⁾.

In het plan wordt eerst een *globaal kader* aangegeven: aandacht voor de WZV-procedures, relevante onderdelen van de Nieuwe Nota, etcetera. Bij de beschrijving van de bestaande situatie wordt eerst nader ingegaan op het onderwerp verantwoordelijkheidsgebied. De noordelijke APZ-en en de PUK blijken afspraken te hebben

⁶ Met het oog op de leesbaarheid van de passages uit de aanwijzingen van de staatssecretaris, de ontwerpplannen van de provincies en de adviezen van het CvZ heb ik er voor gekozen telkens met één enkele verwijzing te volstaan.

gemaakt over de verdeling van de provincies in *aaneensluitende en niet overlappende* verantwoordelijkheidsgebieden voor de klinisch psychiatrische hulpverlening. Dat impliceert dat voor verwijzers duidelijk is welk APZ in acute situaties een patiënt moet opnemen of dient te organiseren dat de desbetreffende patiënt elders wordt opgenomen.

De posities die de instellingen zich in de loop van de jaren in de GGZ hebben verworven blijken uit de aansluitende beschrijving. Daarbij wordt gewezen op het feit dat de verantwoordelijkheidsgebieden van APZ-en soms de *provinciegrenzen overschrijden*.

Uit het ontwerpplan blijkt de noodzaak om vervangende zorgsystemen te ontwikkelen, onder meer door de oprichting van beschermende woonvormen, waarover overigens wel meer duidelijkheid moet ontstaan.

Ik zal het onderdeel beschermende woonvormen niet volledig uitdiepen. Ik volsta met de constatering dat in het ontwerpplan een rol voor deze voorzieningen wordt weggelegd, vooral voor de huisvesting van die groep patiënten waarvoor de kans op herstel bij een langerdurend verblijf in een APZ gering wordt geacht.

Het *eerste rapport inzake de planning van psychiatrische voorzieningen ten behoeve van de provincie Groningen* en de reeds besproken NIPO-notitie vormen voor de provincie Groningen belangrijke uitgangspunten.

Het ontwerpplan geeft de eindsituatie weer zoals die door het college van Gedeputeerde Staten in het jaar 2000 wordt voorgesteld. In navolging van de gemeenschappelijke nota wordt vastgesteld dat Groot Bronswijk voor heel oost-Groningen moet gaan functioneren, het gebied van Dennenoord niet moet wijzigen, Drenthe het verantwoordelijkheidsgebied van één APZ moet worden en Friesland door twee APZ-en (binnen de provinciegrenzen) moet worden verzorgd. *“Deze ingrijpende afspraken betekenen voor Groningen een zeer grote reductie van het aantal intramurale plaatsen (. . .): in de eerste plaats een grote inkringing van de APZ-en, en in de tweede plaats het wegvallen van de plaatsen uit Licht en Kracht voor onze provincie, doordat er geen Groningse gemeentes meer tot het verantwoordelijkheidsgebied van dit APZ zullen behoren”*.

Hierna gaat het ontwerpplan in op de *inhoudelijke* uitgangspunten; begonnen wordt met de GGZ als geheel.

- *“De GGZ dient te voorzien in een gevarieerd en evenwichtig aanbod van hulpverleningsvormen”*.

Tot uitdrukking wordt gebracht dat van oudsher de nadruk heeft gelegen op de intramurale sector (zie deel I van deze studie); vaak door het ontbreken van andere hulpverleningsvormen. Als *ongewenste neveneffecten* van de klinische behandeling noemt het ontwerpplan de vervreemding en de hospitalisatie. Verder wordt gesteld dat in de huidige benadering de patiënt vaak los van zijn thuismilieu wordt behandeld. De GGZ moet zo dicht mogelijk bij het *eigen milieu* van de hulpvrager geboden worden en moet het mogelijk maken dat de hulpvrager in voorkomende gevallen

in het eigen milieu kan blijven functioneren. Gepleit wordt derhalve voor het *vervangen* van klinische behandel mogelijkheden door ambulante.

- “*De voorzieningen dienen goed bereikbaar te zijn en zo goed mogelijk gespreid over de provincie*”.

De opstellers van het plan menen dat in elk geval de spreiding van beschermende woonvormen moet worden verbeterd. Ook de APZ-en wordt gevraagd de mogelijkheden tot verbetering van de spreiding te bezien. Niet alleen de instellingen moeten beter worden gespreid, ook de *functies* die worden aangeboden vallen onder de spreidingsvoorwaarde.

Voor het bovenregionaal uitoefenen van functies kan alleen een uitzondering worden gemaakt als er duidelijke aanwijzingen zijn dat spreiding daarvan de kwaliteit van zorg zou aantasten of tot een onevenredige kostenverhoging zou leiden. Bij het streven naar spreiding in het algemeen dient er ook rekening mee te worden gehouden dat deze *kostenverhogend* kan werken en soms ook organisatorische problemen kan opleveren.

- “*De voorzieningen in de geestelijke gezondheidszorg dienen zorgvuldig op elkaar te zijn afgestemd*”.

Ter bevordering van de *samenhang* is een grote mate van samenwerking en afstemming tussen de verschillende voorzieningen vereist. De samenwerking dient te worden ontwikkeld binnen een gebied dat groot genoeg is voor een voldoende *draagvlak* en klein genoeg voor een efficiënt verlopende *samenwerking*. Duidelijk wordt dat de WZV als randvoorwaarde voor het plan wordt beschouwd. Van de te hanteren richtlijnen wordt echter op onderdelen bewust afgeweken. Dat geldt onder meer voor de 1,7%-richtlijn, die bestaat uit subnormen. Uit het ontwerpplan blijkt dat de *onderverdeling* de provincies te weinig mogelijkheden biedt om recht te doen aan de specifieke situatie in elke onderscheiden provincie. De onderverdeling zou volgens de provincie Groningen een uitkomst moeten zijn van het planningsbeleid en niet andersom. Opgemerkt wordt dat de aanwijzing verder weinig concrete uitgangspunten bevat; alleen het percentage waarmee de jaarlijkse exploitatielasten zouden moeten dalen wordt als zodanig uitgelegd. “*De hantering van dit dalingspercentage als een dogma lijkt ons niet goed mogelijk, gezien de vele onzekerheden in de ontwikkelingen binnen de GGZ, (. . .) het bouwbeleid etcetera*”.

Na de bespreking van de uitgangspunten voor de GGZ als geheel volgt de behandeling van de uitgangspunten voor de algemene (niet categoriale) GGZ; eerst van de *intramurale* voorzieningen, in het bijzonder de APZ-en. Begonnen wordt met de mogelijkheden van *capaciteitsreductie*. Deze zou gestalte moeten krijgen door:

- niet geïndiceerde opnames zoveel mogelijk te voorkomen door uitbreiding van preventie, poliklinische hulpverlening en dagbehandeling;
- crisisinterventie te ontwikkelen;

- hospitalisering zoveel mogelijk te voorkomen door, onder meer, het tegengaan van het verlies van zelfstandigheid en het leggen van een accent op de resocialisatie;
- de overplaatsing van daarvoor in aanmerking komende patiënten naar RIBW-en;
- de oprichting van tijdelijke sociowoningen.

Door de geleidelijke vermindering van de functie van Licht en Kracht voor de provincie Groningen wordt al een deel van de reductie gerealiseerd. *“Een niet onaanzienlijke inkrimping is voor de provincie Groningen reeds bereikt en in gang gezet door de overdracht van oost-Groningen van Licht en Kracht naar Groot Bronswijk”*.

Onduidelijk is hoeveel klinische GGZ-plaatsen er uiteindelijk beschikbaar moeten blijven. In dat verband wordt verwezen naar de opvattingen van deskundigen die nogal verschillen. Desondanks wordt gesteld dat het streven om de capaciteit van de APZ-en Drennoord en Groot Bronswijk te *verminderen* wordt onderschreven. Het tempo moet afhankelijk worden gesteld van de opbouw van *nieuwe* (vervangende) voorzieningen, waarvan de oprichting aanzienlijk wordt bemoeilijkt door de bezuinigingen van de rijksoverheid op dat vlak.

Aanluitend wordt in het ontwerpplan aandacht besteed aan een specifiek effect van de verschuiving van long-stay- naar short-staybedden. Gesteld wordt dat die accentverlegging in de APZ-en moet leiden tot de inschakeling van meer personeel. De kortdurende behandeling van psychiatrische patiënten is aanzienlijk *arbeidsintensiever* dan die van de langerdurende en aanpassing van de richtlijnen van het Centraal Orgaan Ziekenhuistarieven ligt dan ook in de rede.

Het ontwerpplan vervolgt met een verhandeling over de *samenwerking en samenhang* tussen de voorzieningen. Ten aanzien van de regio-samenwerking wordt de betekenis van het blijvend onderhouden van contacten met instellingen van buiten de regio expliciet genoemd.

Vervolgens worden de plannen voor de korte en middellange termijn gepresenteerd. Duidelijk wordt gemaakt dat het ontwerpplan het jaar 2000 *als horizon* heeft. De mate waarin de plannen concreet kunnen worden ingevuld neemt echter af wanneer het gaat over de periode 1991-2000. Daarom wordt er van uitgegaan dat het plan, vanaf het moment van vaststelling door de minister, *een geldigheidsduur* heeft tot en met het jaar 1990.

Over de voorzieningen die in andere provincies zijn gelegen, maar wel functioneren voor Groningen wordt opgemerkt: *“Het gaat hier om voorzieningen die juridisch gezien niet door ons kunnen worden gepland, maar die wel van groot belang zijn voor ons. Wij zullen met dit probleem als volgt omgaan: onze wensen ten aanzien van de zorg die geboden zou moeten worden zullen het karakter hebben van een visie en niet van een juridisch plan. Wij gaan er echter wel van uit dat de andere provincies met deze visie in hun plan rekening zullen houden”*.

Bedoelde voorzieningen worden kort besproken. Het gaat om het grootste deel van Drennoord (met uitzondering van de plaatsen, die zijn gereserveerd voor de patiënten in de vier noord-Drentse gemeenten), de functie van Licht en Kracht voor Gro-

ningen en die van de kinder- en jeugdpsychiatrische-, respectievelijk de verslavingsvoorzieningen.

In het ontwerpplan worden de daarmee verband houdende (gewenste) ontwikkelingen per APZ uitvoerig geschetst. Voor Groot Bronswijk wordt het noodzakelijk geacht het verantwoordelijkheidsgebied per 1 januari 1986 uit te breiden tot geheel noordoost- en oost-Groningen. Dit APZ zal voorts een bijdrage moeten leveren aan de verschuiving van intramurale naar semi/extramurale hulpverlening. Daartoe moet een grotere nadruk worden gelegd op de *resocialisatie* van patiënten en moet een aantal bedden worden omgezet in beschermende woonvorm-plaatsen. Ook de crisis-interventie, te ontwikkelen in samenwerking met de Riagg, in de grotere plaatsen in het verzorgingsgebied dient aandacht te krijgen. Het aantal dagbehandelingsplaatsen moet worden uitgebreid en de poliklinische activiteiten zullen op grond van de behoefte en in samenspraak met de Riagg moeten toenemen. Het resultaat van dit alles zal moeten zijn dat de klinische capaciteit wordt ingekrompen. *“Dit moet worden waargemaakt door een grotere nadruk op crisisinterventie, resocialisatie, dagbehandeling en poliklinieken en door de omzetting in beschermende woonvorm-plaatsen”*.

Ik sta op deze plaats kort stil bij de reactie op het voorontwerpplan van het APZ Dennenoord. Deze maakt duidelijk dat men de richtlijn voor de APZ-en (1,1%) volstrekt ontoereikend acht, mede omdat men er van overtuigd is dat de RIBW geen goed alternatief vormt voor een grote groep APZ-patiënten. De Dennenoord-directie verwijst naar een uitspraak van Prof. Dr. R. Giel in reactie op het rapport van de Geneskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid. Aan een RIBW-patiënt worden naar zijn oordeel nogal wat eisen gesteld. Zij moeten de nodige sociale redzaamheid bezitten, zij moeten in staat en bereid zijn relationele contacten aan te gaan, zij moeten in principe in staat zijn deel te nemen aan het arbeidsproces en zij moeten zodanig gemotiveerd zijn dat zij van te voren aan kunnen geven een minimum aan geschreven en ongeschreven regels te aanvaarden¹⁰³.

Dat leidt volgens Dennenoord tot de conclusie dat de oprichting van RIBW-en moet worden tegengegaan. De reactie heeft de provincie Groningen niet op andere gedachten gebracht; het ontwerpplan wijkt op dit onderdeel namelijk niet af van het voorontwerpplan.

De provincie stelt zich een geleidelijke reductie van de capaciteit van Groot Bronswijk voor; in 1990 (aan het eind van de planperiode) tot 335 bedden en in het jaar 2000 tot een capaciteit van 270 klinische plaatsen. Herhaald wordt dat het niet tot stand komen van vervangende voorzieningen de reductie kan vertragen.

Voor Dennenoord wordt een analoge redenering opgebouwd. Ook door dit APZ moet een bijdrage worden geleverd aan de *extramuralisering* en meer nadruk worden gelegd op de crisisinterventie. Het is voorts noodzakelijk dat Dennenoord met het oog op de bereikbaarheid en de spreiding van de voorzieningen een afdeling voor kortdurende behandeling in de stad Groningen opricht, in samenwerking met de andere GGZ-partners te combineren tot een MFE. Daarom moeten de plannen betreffende de voorzieningen in de stad Groningen met voortvarendheid worden uitgevoerd.

Gesteld wordt dat in het jaar 1990 een capaciteit van 466 bedden moet zijn bereikt, terwijl voor 2000 wordt uitgegaan van 390 bedden (exclusief de bedden voor de inwoners van de noord-Drentse gemeenten).

Het ontwerpplan vervolgt met een bespreking van de functie van het APZ Licht en

Kracht voor de provincie Groningen. Dit Drentse APZ vervulde aan het begin van de jaren tachtig nog een functie voor een achttal gemeenten in de provincie Groningen. Duidelijk wordt dat afspraken zijn gemaakt om de patiënten afkomstig uit de nog resterende gemeenten geleidelijk toe te vertrouwen aan de zorgen van Groot Bronswijk. Dat moet er toe leiden dat in 1990 het aantal Licht en Kracht-bedden voor Groningen is verminderd tot 65 en in het jaar 2000 tot nul is gereduceerd.

De bespreking van de APZ-voorzieningen eindigt met voorstellen rond de PUK (waarvan 41 bedden worden toegerekend aan de aangrenzende provincies) en de oprichting van een PAAZ met 16 bedden en 8 dagbehandelingsplaatsen, te koppelen aan het Diakonessenhuis te Groningen.

Het hoofdstuk wordt afgesloten met een samenvattend overzicht van de intramurale capaciteiten op termijn. Komende van een overschot ten opzichte van de richtlijnen van circa 600 bedden in het jaar 1982 (inclusief de categoriale voorzieningen) wordt in 2000 het evenwicht bereikt tussen het toegestane en het aantal werkelijk aanwezige bedden.

Aansluitend gaat het ontwerpplan in op de *financiële* gevolgen van de voorgestelde maatregelen. Zonder hier uitvoerig aandacht aan te besteden is het interessant te constateren dat de provincie Groningen op termijn een zeer aanzienlijke reductie van de exploitatiekosten verwacht. Er wordt verondersteld dat de kosten – zelfs wanneer in de ramingen rekening wordt gehouden met de financiële gevolgen van de vervangende nieuwbouw – tot 1990 dalen met 25% en vervolgens tot het jaar 2000 met maar liefst 43%¹⁰⁴!

5.5.3 Advies College voor Ziekenhuisvoorzieningen inzake het ontwerpplan psychiatrische ziekenhuizen provincie Groningen

Het CvZ reageerde op 10 november 1986 op de adviesaanvraag van de staatssecretaris.

Aan het begeleidend schrijven ontleen ik de volgende passage: *“De complexiteit van de materie, welke mede wordt veroorzaakt door de onderlinge verwevenheid met de ontwerpplannen van naburige provincies, maakte het noodzakelijk de situatie uitgebreid te beschrijven. Bovendien was het College genoodzaakt zelf op zoek te gaan naar de samenhang tussen de ontwerpplannen, daar de provinciale besturen van Groningen, Friesland en Drenthe daaraan onvoldoende aandacht hebben besteed. Een dergelijk uitgebreide beschouwing wordt om twee redenen van belang geacht. In de eerste plaats moet het voor het departement mogelijk zijn een gefundeerd oordeel te vellen aangaande de inhoud van de plannen. In de tweede plaats wordt gewezen op het belang van mogelijke initiatiefnemers, die op basis van het plan verklaringsaanvragen zouden kunnen indienen”*.

Het CvZ maakt bezwaar tegen onderdelen van het plan. Zo wordt opgemerkt dat er geen *gezamenlijk ontwerpplan* is opgesteld voor de gehele gezondheidsregio Groningen-Drenthe. Dat had wel moeten gebeuren, gezien de grote samenhang tussen de voorzieningen. Het CvZ betreurt het gebrek aan samenwerking en is voorts van opvatting dat de decentralisatie van gezondheidszorgplanningstaken juist *“is bedoeld om te komen tot een betere samenhang tussen de voorzieningen in plaats van het ten*

koste van samenhang ontwerpen van zelfstandige plannen, zoals in de voorliggende situatie het geval is”.

De voorstellen betreffende de *oprichting* van een PAAZ in het Diakonessenhuis te Groningen stuiten op kritiek van het CvZ. Voorts maakt het CvZ er op attent dat het provinciaal bestuur van Groningen als *object van planning* “de Groningse patiënt” in plaats van de Groningse voorzieningen heeft genomen. In verband daarmee worden uitspraken gedaan over voorzieningen welke tot de competentie van (in dit geval) de provincie Drenthe behoren. Het CvZ beschouwt deze aanpak als strijdig met de WZV.

In het schrijven van het CvZ (waarin de belangrijkste conclusies van een uitvoeriger rapportage worden samengevat) wordt voorts tot uitdrukking gebracht dat het provinciaal bestuur van Groningen een bouwkundige inventarisatie niet noodzakelijk heeft geacht. Dat is strijdig met de richtlijnen. Tevens wordt er op gewezen dat de planmatige en economische inventarisatie niet voldoen aan de eisen die aan deze onderdelen in de richtlijnen worden gesteld. Toetsing van het ontwerpplan aan de financiële kaders, zoals opgenomen in de aanwijzing, is daarom nauwelijks mogelijk.

Omdat tenslotte een aantal onderdelen *strijdig* is met de planningsrichtlijnen kan het CvZ alleen maar concluderen dat tegen het ontwerp-psychiatrieplan voor Groningen dermate grote bezwaren bestaan dat het niet integraal kan worden vastgesteld.

Er wordt op gewezen dat de wet formeel slechts de mogelijkheid kent van een *gewijzigde* planvaststelling. Om die reden wordt dan ook geadviseerd slechts een aantal met name genoemde onderdelen vast te stellen. Het provinciaal bestuur moet worden verzocht door middel van een nadere aanwijzing aan de genoemde bezwaren tegemoet te komen¹⁰⁵.

Samengevat: Het ontwerpplan zou de blauwdruk moeten vormen voor een aanzienlijke reductie van het aantal APZ-bedden, door de extramuralisering van de psychiatrie en door het oprichten van beschermende woonvormen.

Volgens het ontwerpplan moet een evenwichtig pakket van behandelmogelijkheden worden bereikt; de bereikbaarheid van de (bij voorkeur kleinschalige) voorzieningen en de spreiding over de provincie dienen te worden verbeterd.

Dat moet gebeuren door het maken van nieuwe afspraken aangaande de verantwoordelijkheidsgebiedsindeling en een herschikking van de functies van de verkleinde APZ-en binnen deze gebieden. Samenhang en (in direct verband daarmee) samenwerking zijn blijkens het ontwerpplan van groot belang.

De voorgestelde herschikking van verantwoordelijkheids- en verzorgingsgebieden leidt tot een geleidelijk einde van de rol van het APZ Licht en Kracht te Assen voor een deel van de provincie Groningen. Groot Bronswijk neemt van eerstgenoemd APZ een aantal gemeenten over, zonder dat dat leidt tot uitbreiding van de capaciteit van dit laatstgenoemde APZ.

De provincie Groningen kan, gelet op de geldende regels van de WZV, in het ontwerpplan geen formele uitspraken doen over de gewenste gang van zaken in de aangrenzende provincies. Daarom wordt dienaangaande volstaan met “het geven van

een visie”, in de veronderstelling dat daarmee bij de opstelling van de ontwerpplannen in de aangrenzende provincies rekening zal worden gehouden.

Men gaat er van uit dat in de eerste planperiode de kosten van de klinisch psychiatrische voorzieningen met 25% zullen dalen en in het jaar 2000, mede ten gevolge van een substantiële reductie van het aantal klinische plaatsen, met maar liefst 43% zullen zijn verminderd.

Provinciale Staten stelden het ontwerpplan vast en zonden dat toe aan de staatssecretaris. Deze vroeg advies aan het CvZ. Het CvZ bleek niet zo verrukt van het ontwerpplan van de provincie Groningen.

Het ontbreken van een gezamenlijk ontwerpplan in samenhang met de omringende provincies, het feit dat de Groningse patiënt als object van planning was genomen en het niet uitvoeren van een bouwkundige inventarisatie worden in het CvZ-advies als belangrijke missers gekwalificeerd. Omdat voorts een toetsing aan de financiële paragraaf van de aanwijzing nauwelijks mogelijk was en bepaalde voorstellen strijdig waren met de richtlijnen ex artikel 3 van de WZV, werd aan de staatssecretaris voorgesteld het ontwerpplan niet volledig goed te keuren, maar uitsluitend goedkeuring te hechten aan die onderdelen waartegen geen bezwaren werden ingebracht. De bezwaren zouden volgens het CvZ in het kader van een nadere aanwijzing moeten worden geëlimineerd.

5.5.4 Ontwerpplan psychiatrische ziekenhuizen provincie Friesland

De provincie Friesland kreeg op dezelfde datum als de provincie Groningen een aanwijzing voor het opstellen van een ontwerpplan voor de hoofdgroep psychiatrische ziekenhuizen, namelijk op 13 april 1983.

In de inleiding van de aanwijzing aan de provincie Friesland ontbreekt de passage aangaande de onderlinge samenhang en het provinciegrensoverschrijdende karakter van de op te stellen plannen. Wel wordt ook hier weer melding gemaakt van de actuele opvattingen van het ministerie van WVC, voor zover deze betrekking hebben op de vernieuwing in de hulpverlening aan de psychiatrische patiënten.

In de aanwijzing wordt in detail ingegaan op de spreiding van psychiatrische ziekenhuizen en facultatieve functies. In het ontwerpplan moet aandacht worden besteed aan de huidige en in de toekomst gewenste functies en de spreiding van de psychiatrische ziekenhuizen, “*waarbij ook betrokken kunnen zijn de psychiatrische ziekenhuizen welke gelegen zijn buiten de gezondheidsregio Friesland*”. Het “Ontwerpplan voor de Hoofdgroep Psychiatrische Voorzieningen voor de Gezondheidsregio Friesland” werd op 5 maart 1986, drie jaar na de aanwijzing, door Provinciale Staten vastgesteld.

Het stuk begint met een inleiding, waarin – evenals in het ontwerpplan voor Groningen – melding wordt gemaakt van de *wettelijke procedures* en de betekenis van de Nieuwe Nota. Voorts worden de activiteiten vermeld van de provinciale werkgroep, die onder meer met behulp van de nota “Bouwsteen Psychiatrie” het voorontwerpplan opstelde. Daarbij wordt verwezen naar de al eerder door mij genoemde *gemeen-*

schappelijke notitie van de drie noordelijke provincies aangaande de lange termijn-ontwikkelingen betreffende de psychiatrie in het noorden des lands. Omdat het plan richting zal geven aan de ontwikkeling van de intramurale psychiatrie "zal de nadruk derhalve komen te liggen op het formuleren van centrale- en daaruit afgeleide subdoelstellingen, waarmee wegen en middelen worden aangegeven om één en ander nader te realiseren".

Aansluitend gaat het ontwerpplan over op de bespreking van de *uitgangspunten*. Evenals in het Groningse plan worden eerst de algemene verwoord. Deze steunen op een visie op de psychiatrie die beknopt aan de orde komt; de uitgangspunten vertonen gelijkenis met die uit het Groningse ontwerpplan, zoals blijkt uit de hierna volgende opvattingen:

- *"Er moet een gevarieerd en evenwichtig aanbod van hulpverleningsvormen komen".*

Ook in dit ontwerpplan wordt melding gemaakt van de *accenten* die in het verleden op de klinische psychiatrie werden gelegd en op de actuele accentverlegging ten gevolge van

- een steeds verdergaande multidisciplinaire benadering;
- de verschuiving van de intramurale naar de semi- en extramurale sector.

Deze ontwikkelingen dienen te worden voortgezet, waarbij het wel noodzakelijk is dat pas tot reductie van de intramurale capaciteit wordt besloten, wanneer er vervangende behandelmogelijkheden tot stand zijn gebracht.

Voorts wordt tot uitdrukking gebracht dat in de provincie Friesland gestreefd moet worden naar een zogenaamde *netwerkstructuur*. In zo'n structuur hebben de verschillende autonome voorzieningen elk hun eigen – op elkaar aansluitende – plaats. *"Een grote mate van afstemming en samenhang is een belangrijk kenmerk van deze structuur"*.

Bij de verdere bespreking wordt er op gewezen dat de planning wordt afgestemd op de richtlijnen ex artikel 3 waarin een *plancyclus* van 4 x 4 jaar wordt voorgesteld. Voor het eerste plan wordt uitgegaan van een periode van 5 jaar (en dat impliceert dat de planperiode loopt tot 1990) en als *planningshorizon* wordt het jaar 2000 aangehouden.

Het volgende uitgangspunt gaat over de *bereikbaarheid* van de voorzieningen. Duidelijk wordt gemaakt dat er sprake is van een elkaar wederzijds beïnvloedende relatie tussen de mens en zijn (directe) omgeving (het zo genoemde ecologische principe). Geconcludeerd wordt op basis daarvan dat het wenselijk is dat *"voorzieningen in het algemeen en intramurale voorzieningen in het bijzonder in of zo dicht mogelijk bij de omgeving van de mens zijn of worden gesitueerd"*.

Dit principe (volgens het ontwerpplan ook aan te duiden als het deconcentratie-principe) kan *strijdig* zijn met het economisch principe; het wordt dan ook niet reëel geacht bij voorbaat een keuze voor één van beide principes te maken omdat de aard en omvang van de voorzieningen hierbij een grote rol spelen.

Het ontwerpplan gaat vervolgens nader in op de ontwikkelingen op het gebied van de psychiatrische zorg en de zorgvoorzieningen. Tot uitdrukking komt dat de psychische *problematiek* grofweg in drieën kan worden verdeeld, te weten:

- de psychiatrische ziekten;
- levensproblemen die bij sommige mensen kunnen resulteren in klachten en/of afwijkingen;
- levensproblemen die met of zonder eenvoudige hulp door individuen zelf te verwerken of op te lossen zijn.

Dit onderscheid wordt onder meer gebruikt om aan te geven welke categorieën patiënten welke vorm van hulpverlening aangeboden dienen te krijgen. Er wordt gesteld dat zich daarbij een aantal *specifieke vragen* voordoet. Zo wordt de groep agressieve personen genoemd, die enerzijds te maken kan krijgen met de politie, maar anderzijds ook in aanraking kan komen met de psychiatrie.

Een volgend knelpunt betreft de opvang en behandeling van zwakzinnigen met psychiatrische problematiek (op te vangen binnen de zwakzinnigenzorg en zonodig te behandelen binnen de psychiatrie). Het derde knelpunt ligt op het gebied tussen psychiatrie en geriatrie.

Het ontwerpplan behandelt daarna de *planmatige* inventarisatie en verdeelt deze in drieën: het functionele, het bouwkundige en het financieel-economische deel. Ik richt mij op de bespreking van de functionele aspecten, voor zover handelend over het APZ. Daarin komt tot uiting dat de mogelijkheden voor psychiatrische behandeling in Friesland in belangrijke mate zijn bepaald door het PZF, waarvan de ligging als excentrisch wordt aangeduid. Gesteld wordt dat deze ligging ook van betekenis is geweest voor de ontwikkeling van de PAAZ-en. Het PZF heeft, volgens het ontwerpplan, een positieve bijdrage geleverd aan de totstandkoming van de ambulante hulpverlening door het opzetten van de nazorg. Nadat is stilgestaan bij de functies die door het PZF worden uitgeoefend, wordt aandacht besteed aan de verantwoordelijkheidsgebieden, zoals die zich in de loop van de jaren hebben ontwikkeld. In het PZF worden vrijwel uitsluitend patiënten uit Friesland opgenomen; het beschikt over *onvoldoende* capaciteit om alle patiënten uit de provincie te kunnen opvangen. Van het aantal opgenomen patiënten uit de provincie gaat 70% naar het PZF, 20% naar Drenthe, 5% naar Groningen en 5% naar de rest van het land.

De komst van de “verantwoordelijkheidsgebiedenregeling” heeft de aanvankelijke onduidelijkheid voor een deel weggenomen. De gemeenten Oost- en Weststellingwerf werden eerst gerekend tot het gebied van het APZ Licht en Kracht. Al snel werd duidelijk dat deze afspraak de druk op het PZF onvoldoende reduceerde. Het PZF en Licht en Kracht hebben daarom aanvullende afspraken gemaakt. “*Derhalve zijn genoemde APZ-en overeen gekomen dat naast de twee genoemde gemeenten de gemeente Smallingerland per 1-1-1984 en de gemeenten Opsterland en (van de*

gemeente Heerenveen) de plaatsen Oudehorne, Nieuwehorne, Jubbega en Hoornsterzwaag naar verwachting over enige tijd deel uitmaken van het verantwoordelijkheidsgebied van het ziekenhuis te Assen”.

Door de besturen van beide APZ-en is voorts een *intentieverklaring* opgesteld, die tot doel heeft te onderzoeken hoe – uitgaande van een toekomstige capaciteit van 450 bedden voor zowel Licht en Kracht als het PZF – “*verzorgingsgebieden voor de beide instellingen tot stand kunnen worden gebracht, over een periode van 5 jaren*”, waarbij onder een “*verzorgingsgebied moet worden verstaan een van overheidswege geografisch aangegeven gebied dat door een afzonderlijke (groep van) voorziening(en) van een bepaalde categorie zorg wordt voorzien en waarvan het aantal inwoners maatgevend is voor de klinische capaciteit van deze voorziening*”.

In het aansluitende gedeelte wordt de *gewenste* situatie besproken. Begonnen wordt met het beleidskader voor de APZ-en. De provincie Friesland stelt dat aan het lange termijnbeleid dat wordt voorgestaan zowel plannings-, als zorg- en organisatorische aspecten zijn verbonden. Vervolgens wordt ten aanzien van de APZ-en aangegeven dat daarvoor idealiter het principe van de *regionalisatie* het uitgangspunt moet vormen en dat, zo mogelijk, aansluiting dient te worden gezocht bij de indeling in gezondheidsregio's, zoals vastgesteld op grond van de WZV. “*Vanuit dit vertrekpunt is aanvankelijk gezocht naar een indeling in verzorgingsgebieden die de grenzen van de gezondheidsregio niet zouden overschrijden*”. Aanvankelijk is dus getracht Friesland te verdelen in twee verzorgingsgebieden binnen de gezondheidsregio. Uiteindelijk is echter voor de korte en middellange termijn aansluiting gezocht bij de bestaande verantwoordelijkheidsgebieden van het PZF en Licht en Kracht. “*Toekomstige ontwikkelingen op het gebied van samenwerking zullen dan vervolgens moeten uitmaken of een verdergaande regionalisatie van verzorgingsgebieden op lange termijn alsnog gewenst en/of noodzakelijk is*”⁽⁷⁾.

De keuze voor de verzorgingsgebieden is gemaakt op basis van pragmatische en zorginhoudelijke overwegingen en leidt er toe dat voor het PZF de gezondheidsregio Friesland wordt aangehouden minus een aantal met name genoemde gemeenten. Het resterende deel van de provincie zal tot het verzorgingsgebied van Licht en Kracht behoren.

Op langere termijn kan *bijsturing* van de plannen noodzakelijk zijn; vooral snog wordt verondersteld dat in voldoende mate recht wordt gedaan aan de opvattingen uit de nota “Interprovinciale Lange Termijnvisie Noorden des Lands”, die ik hiervoor al heb besproken.

Bij de nadere uitwerking van de APZ-plannen worden de inmiddels bekende doelstellingen herhaald. Aansluitend wordt opnieuw tot uitdrukking gebracht dat door de ligging van het PZF en de relatief late ontwikkeling van de polikliniek een aantal goed functionerende PAAZ-en tot stand is gekomen. Desondanks moet een deel van de bevolking, te weten de inwoners van zuidoost-Friesland, gebruik maken van voorzieningen in de provincie Drenthe. Het creëren van APZ-capaciteit en behande-

⁷ Friesland houdt de mogelijkheid dus open voor de lange termijn tot andere oplossingen te besluiten.

lingsmogelijkheden *binnen de provincie* wordt dan ook als een belangrijke korte termijn-doelstelling aangemerkt.

Daarna wordt de positie van het PZF meer gedetailleerd beschreven. Opnieuw wordt gesteld dat voor de korte en middellange termijn het huidige verantwoordelijkheidsgebied als verzorgingsgebied moet worden aangemerkt. Daarvan uitgaande, en met inachtneming van de geldende planningsrichtlijnen, kan een klinische capaciteit voor het PZF van 520 plaatsen worden berekend. Voorgesteld wordt een deel van deze capaciteit te *substitueren* en voorts aandacht te schenken aan de mogelijkheid om 38 bedden te *deconcentreren* ten behoeve van een MFE te Heerenveen. Met het oog op de verdere MFE-vorming wordt voorgesteld nog eens 24 PZF-bedden te reserveren.

Na een verhandeling over de facultatieve functies wordt in het ontwerpplan de overstap gemaakt naar Licht en Kracht. Voorgesteld wordt, zoals ik hiervoor reeds tot uitdrukking bracht, *vooral* het zuidoostelijke deel van de provincie toe te rekenen aan dit APZ. Er wordt op gewezen dat op het moment van opstelling van het ontwerpplan geen APZ-capaciteit in dat deel van de provincie aanwezig is. Het wordt noodzakelijk geacht verandering in deze situatie aan te brengen, onder meer door de *deconcentratie* van een aantal voorzieningen vanuit Assen naar zuidoost-Friesland. Daarbij wordt gedacht aan de volgende *functies*: observatie, kortdurende en voortgezette behandeling, polikliniek en dagbehandeling.

Het sluiten van *samenwerkingsverbanden* met de GGZ-partners in dat deel van de provincie Friesland moet leiden tot de oprichting van een MFE. Daarbij wordt verwezen naar de uitgangspunten zoals die eerder in deze studie onder woorden werden gebracht.

Licht en Kracht zal met het oog op deze MFE-vorming 38 bedden naar zuidoost-Friesland moeten overbrengen en in Drenthe 114 bedden ten behoeve van Friesland aan dienen te houden, waarvan 24 als algemene reserve voor de verdere MFE-ontwikkeling. Ook in Friesland wordt aanbevolen op zoek te gaan naar mogelijkheden tot gezamenlijke huisvesting van de MFE-partners. In de beleidsnota's, die in het ontwerpplan worden geciteerd worden geen uitspraken over de gewenste omvang van een MFE gedaan. Friesland heeft daarover echter wel min of meer uitgekristalliseerde opvattingen: "*Gelet evenwel op het gedifferentieerde aanbod van (sociaal)-psychiatrische functies dat een MFE uiteindelijk zal moeten kunnen bieden, alsook op de noodzaak van een a-selectief opnamebeleid, lijkt een grootte van bij benadering 50-90 plaatsen in de rede te liggen*".

Met het formuleren van het voorstel om te komen tot de oprichting van een MFE meent de provincie Friesland de bestaande *knelpunten* in het zuidoostelijk deel van de provincie in redelijke mate te kunnen oplossen, zoals tot uitdrukking wordt gebracht in het afsluitende gedeelte van de bespreking van het verantwoordelijkheidsgebied van Licht en Kracht: "*Alhoewel wij ons realiseren dat het concept van de MFE op een aantal punten nog een praktische specificatie en uitwerking zal behoeven, menen wij dat het op grond van het vorenstaande gerechtvaardigd is te concluderen dat het zorginhoudelijk verantwoord is om APZ-normcapaciteit aan te wenden voor de realisering van MFE-en en dat tevens tot een 'juiste' effectuering van de door ons gewenste ontwikkelingen wordt gekomen*".

De opvattingen ten aanzien van de RIBW-en hoeven ook nu niet uitvoerig te worden behandeld. Ik gaf al aan dat de RIBW-vorming door de overheid wordt bepleit als alternatief voor een deel van de APZ-functie. Ook de provincie Friesland stelt zich op dat standpunt. In deze provincie is uitgaande van de deelrichtlijn voor het APZ *sec geen sprake van overcapaciteit*. De komst van RIBW-en leidt niet tot een vermindering van het aantal APZ-bedden op planning-technische gronden.

Van belang zijn in het ontwerpplan tevens de opvattingen die aangaande de onderwerpen samenhang en afstemming tot uitdrukking komen. Naast een aantal algemene opvattingen met betrekking tot de wijze waarop deze samenhang moet worden bereikt, gaat het plan in op verschillende specifieke aspecten ten aanzien van de (GGZ-)situatie in de provincie. Daarbij wordt gewezen op de *sociaal-geografische* structuur, in het bijzonder het relatief dun bevolkte en weinig verstedelijkte karakter van de gezondheidsregio en het "consumptiepatroon", zoals zich dat op het gebied van de GGZ heeft ontwikkeld (een onderconsumptie, die voor een deel wordt gecompenseerd door een relatief omvangrijk gebruik van de PAAZ-faciliteiten).

Voorts wordt ingegaan op de overlegstructuren die met het oog op het bereiken van deze samenhang noodzakelijk worden gevonden. *"Overleg zal echter moeten leiden tot op bestuurlijk niveau bekrachtigde en door de werkers gedragen afspraken. Daarvoor is het nodig dat er inzicht bestaat in huidig en gewenst functioneren. Een oplossing voor de geschetste afstemmingsproblematiek wordt met name in de landelijke beleidsnota's gezocht in de realisering van het RIGG"*.

Tenslotte wil ik kort stilstaan bij de *financiële* gevolgen van de uitvoering van de plannen die uit de doeken zijn gedaan. Daaruit blijkt dat de kosten weliswaar zullen stijgen, maar zich ontwikkelen binnen het kader zoals dat in de aanwijzing werd gegeven. De bevindingen worden samengevat in een tabel waarin de verwachte kostenstijgingen worden vergeleken met de toegestane. Het hoofdstuk wordt afgesloten met de volgende conclusie: *"Realisering van de bouwinitiatieven en overige mutaties in de onderscheiden planperiodes leidt niet tot een overschrijding van het financiële kader uit de aanwijzing. De berekeningen laten verder zien dat er (meer dan) voldoende ruimte resteert om de financieel-economische verevening, die ten gevolge van de interprovinciale patiëntenstromen tot 1990 nader met de gezondheidsregio Groningen-Drenthe plaats zal moeten vinden tot een niveau, overeenkomend met circa 100 plaatsen mogelijk te maken"* (verwezen wordt daarbij naar de beschouwing in het ontwerpplan over de gewenste situatie waarin tot uitdrukking wordt gebracht dat in elk geval tot 1990 voor tenminste 114 bedden een beroep moet worden gedaan op de Gezondheidsregio Groningen/Drenthe).

De situatie na 1990 wordt afhankelijk gesteld van de ervaringen in het tijdvak daaraan voorafgaande. Het ontwerpplan gaat er van uit dat (uiteindelijk) zo mogelijk alle toegestane bedden/plaatsen volgens de norm gerealiseerd worden in de provincie Friesland¹⁰⁶.

5.5.5 Advies College voor Ziekenhuisvoorzieningen inzake het ontwerpplan psychiatrische ziekenhuizen provincie Friesland

Ook het advies van het CvZ betreffende het ontwerpplan voor de provincie Friesland werd met een begeleidend schrijven de dato 10 november 1986 aan de staatssecretaris van WVC toegezonden.

Opnieuw wordt melding gemaakt van de complexe situatie in de noordelijke provincies. Tevens wordt – evenals in het advies aangaande het ontwerpplan psychiatrie voor de provincie Groningen – gewezen op het gebrek aan samenhang tussen de door de provincies ingediende plannen. Het spreekt welhaast vanzelf dat ook nu weer wordt geattendeerd op het belang van de instellingen, die het voornemen hebben over te gaan tot het indienen van aanvragen voor een verklaring van behoefte. Vastgesteld wordt dat het provinciaal bestuur van Friesland in het ontwerpplan onvoldoende ruimte biedt tot het ontwikkelen van *initiatieven* om het bestaande normatieve tekort aan plaatsen op te heffen. Op korte termijn zal realisering van de plannen zelfs leiden tot een daling van dit aantal, waardoor omstreeks 1990 een groter beroep op de bestaande voorzieningen in Groningen-Drenthe zal moeten worden gedaan. Voorts wordt aandacht gevraagd voor het feit dat de provinciale ontwerpplannen, ook met betrekking tot de bovenregionale functies, *onvoldoende* op elkaar zijn afgestemd. Een directe koppeling tussen de niet-klinische capaciteitsuitbreiding in Friesland en een reductie van de behandelmogelijkheden elders – nodig in verband met de bestaande overcapaciteit in de noordelijke provincies – ontbreekt. Ook wordt er op geattendeerd dat de onderschijding van de planningsnorm niet samenhangt met een gebrek aan financiën, omdat de mogelijkheden die de aanwijzing met betrekking tot het exploitatiekader biedt, niet volledig worden benut. De beschouwingen worden vervolgd met de uitspraak dat voor de MFE-en geen eigen verzorgingsgebied wordt aangewezen en dat daardoor ook de samenhang tussen deze voorzieningen onvoldoende tot uitdrukking komt. In het verlengde daarvan wordt geconstateerd dat de *beleidsvoornemens* in het algemeen onvoldoende zijn uitgewerkt om op grond daarvan verklaringen voor concrete bouwaanvragen te kunnen geven.

Tenslotte wordt vastgesteld dat een aantal planonderdelen niet op bezwaren stuit. Voor mijn studie is het van belang vast te stellen dat één van de genoemde onderdelen de reductie van de klinische capaciteit van het PZF betreft, welke teruggebracht zou dienen te worden tot het aantal dat op basis van de 1,1‰ richtlijn kan worden toegestaan.

De beleidsvoornemens met betrekking tot de beschermende woonvormen worden gesteund, op voorwaarde dat de wenselijk geachte capaciteitsuitbreiding dan wel gepaard gaat met een capaciteitsreductie elders en op voorwaarde dat deze woonvormen deel gaan uitmaken van een op te richten RIBW.

Het begeleidend schrijven bij het uitvoerige advies van het CvZ eindigt met de constatering dat tegen onderdelen van het ontwerpplan overwegende bezwaren bestaan. Het plan mag naar het oordeel van het CvZ dan ook niet in zijn geheel worden vastgesteld. Daarom wordt ook nu geadviseerd slechts de met name genoemde onderdelen vast te stellen. Voorts wordt in overweging gegeven het provinciaal bestuur

te verzoeken door middel van een nadere aanwijzing aan de door het CvZ genoemde bezwaren tegemoet te komen¹⁰⁷.

Samengevat: De algemene uitgangspunten, die werden vastgelegd in het ontwerpplan psychiatrische voorzieningen voor de gezondheidsregio Friesland, vertonen verwantschap met die van de provincie Groningen: het gaat er om een evenwichtig aanbod van samenhangende en goed bereikbare voorzieningen te bereiken.

Nadat in eerste instantie werd gestreefd naar een ideaal-typische benadering van het probleem rond de tekorten aan klinische behandelmogelijkheden, is in tweede aanleg de voorkeur gegeven aan een meer pragmatische oplossing. Het tekort aan APZ-bedden wordt in de voorstellen van de provincie Friesland opgelost door voor de korte en middellange termijn aansluiting te zoeken bij de bestaande indeling in verantwoordelijkheidsgebieden. In concreto betekent dit een vermindering van het aantal bedden van het PZF, onder gelijktijdige oprichting van een MFE te Heerenveen.

Voor het resterende tekort dient te worden gekozen voor de oprichting van een tweede MFE in zuidoost-Friesland, te realiseren door verplaatsing van een deel van de capaciteit van Licht en Kracht. Voorts moet een deel van de Licht en Kracht-bedden vooralsnog in Assen worden gereserveerd voor Friese patiënten.

Afhankelijk van de resultaten van deze “werkafspraken” wil de provincie Friesland voor de volgende planperiodes beoordelen of het maken van aanvullende afspraken in een later stadium alsnog noodzakelijk is. Er wordt nadrukkelijk van uitgegaan dat na verloop van tijd alle toegestane bedden en plaatsen binnen de gezondheidsregio Friesland zullen worden gerealiseerd. Uitvoering van de voorstellen leidt er toe dat de kostenstijgingen in de gezondheidsregio Friesland achterblijven bij de kaders die in de aanwijzing waren gegeven.

Het ontwerpplan werd door Provinciale Staten van Friesland vastgesteld en aangeboden aan de staatssecretaris, die advies aan het CvZ vroeg.

Het CvZ toont zich, zoals uit het advies blijkt, ten aanzien van een aantal planonderdelen kritisch. In de eerste plaats wordt geconstateerd dat onvoldoende aandacht is geschonken aan de samenhang met de plannen in de aangrenzende provincies. Vervolgens wordt er onder meer op gewezen dat de tekorten, die ten opzichte van de richtlijnen voor de klinische APZ-capaciteit bestaan, door de voorgestelde maatregelen niet weggewerkt zullen kunnen worden. De voorzichtige benadering blijkt niet samen te hangen met de financiële ruimte, aangezien de mogelijkheden die het exploitatiekader volgens de aanwijzing biedt, niet worden benut.

Voor de MFE-en zijn, naar het oordeel van het CvZ ten onrechte, geen eigen verzorgingsgebieden voorgesteld. De beleidsvoornemens zijn volgens het College ook in het algemeen onvoldoende uitgewerkt om te kunnen besluiten tot integrale vaststelling van de plannen. Het CvZ heeft de staatssecretaris dan ook in overweging gegeven het plan in gewijzigde vorm vast te stellen. De bezwaren die tegen het ontwerpplan zijn ingebracht zouden vervolgens via het geven van een nadere aanwijzing moeten worden weggewerkt.

5.5.6 Ontwerpplan psychiatrische ziekenhuizen provincie Drenthe

Op de inmiddels bekende datum, te weten 13 april 1983, verstrekte de staatssecretaris 2 aanwijzingen aan de provincie Drenthe. De ene had betrekking op het Drentse gedeelte van de gezondheidsregio Groningen/Drenthe, de andere op het Drentse gedeelte van de gezondheidsregio Zwolle.

Ook in dit geval wordt in de aanwijzingen gewezen op de onderlinge samenhang van het gebied waarop de aanwijzingen betrekking hebben met gebieden die de provinciegrenzen overschrijden. Er wordt opnieuw gepleit voor onderlinge afstemming.

Ook in deze aanwijzingen wordt melding gemaakt van de actuele opvattingen van het ministerie van WVC voor zover deze betrekking hebben op de vernieuwing in de hulpverlening aan de psychiatrische patiënten. In de aanwijzingen staan weer de bekende opmerkingen met betrekking tot de spreiding van psychiatrische ziekenhuizen. Gewezen wordt op de mogelijkheid dat bij de herspreiding ook APZ-en uit andere provincies betrokken kunnen zijn. Voorts heb ik ook nu weer een korte beschouwing aangetroffen aangaande de tijd die voor een eventuele herstructurering noodzakelijk is. De verantwoordelijkheidsgebieden kunnen voor de korte termijn dus *afwijken* van die welke voor de lange termijn zullen moeten gelden.

Het voorontwerp voor het "psychiatrieplan voor Drenthe" werd op 24 april 1985 door Provinciale Staten vastgesteld en het ontwerpplan in februari 1986, bijna 3 jaar na de aanwijzing⁸⁾. In de inleiding wordt kort verwezen naar de aanwijzingen, zoals die van de staatssecretaris zijn ontvangen, terwijl tevens de planningsprocedure nog eens kort uit de doeken wordt gedaan. Tevens wordt verwezen naar de inhoud van de "Notitie Beleidsvoorbereiding Gezondheidszorg" van april 1983, welke in het kader van de voorbereidingen van betekenis wordt genoemd. In het deel dat handelt over de *gebiedsindeling*, wordt melding gemaakt van de noodzaak tot interprovinciale toetsing en verwezen naar de nota "Bestuursorganisatorische maatregelen" van maart 1984. Voorts wordt geconcludeerd dat voor verschillende voorzieningen het hanteren van de regio- respectievelijk provinciegrenzen geen problemen oplevert, maar dat door de APZ-en deze grenzen worden doorsneden.

Mede in verband met de *verwevenheid* met de situatie in de aangrenzende provincies worden uitspraken gedaan over de grensoverschrijdende elementen. Evenals in het ontwerpplan voor Groningen, worden deze uitspraken gekwalificeerd als een *visie op de ontwikkelingen elders*, omdat de planningsvoorstellen zich strikt genomen dienen te beperken tot de voorzieningen die in Drenthe zijn gesitueerd.

De planperiode heeft een beperkte geldigheidsduur. Gemeld wordt dat de richtlijnen uitgaan van een planning voor de langere termijn, die een periode van tenminste zestien jaar bestrijkt, terwijl voor de korte termijn de al genoemde periode van vier jaar wordt aangehouden. De provincie Drenthe hanteert als *korte termijn* de periode 1985-1990 en voor de *lange termijn* wordt uitgegaan van een "na te streven situatie rond 1995". "Wij zijn gelet op de in het voorgaande aangegeven grote onzekerheden

⁸⁾ Het ontwerpplan is nagenoeg identiek aan het voorontwerp, zoals blijkt uit de eerste zin van het ontwerpplan: "Het ontwerpplan bestaat uit het voorontwerpplan (...) met inachtnaam van de volgende aanvullingen en wijzigingen". Ik citeer daarom uit het voorontwerpplan.

zowel ten aanzien van de realisering van zorginhoudelijke veranderingen als ten aanzien van de ontwikkelingen in plannings- en financiële kaders van mening dat het niet mogelijk en zinvol is voor een langere termijn het (toekomstige) beleid concreet aan te geven. Als methodiek voor planning is naar onze mening een meer dynamische ontwikkelingsplanning die rekening houdt met tussentijdse evaluaties en bijstellingen aangewezen”.

Aansluitend volgen een samenvatting van de *uitgangspunten* in hoofdlijnen en daarna een bespreking van de situatie op het moment van opstelling van de plannen en van de situaties in de jaren 1990 en 1995. Met betrekking tot de planning worden de volgende uitgangspunten gehanteerd:

- “De woonfunctie van de APZ-en moet worden beperkt ten gunste van kortdurende functies, dagbehandeling en semimurale functies. De klinische capaciteit van de APZ-en moet worden gereduceerd;
- De organisatie van de zorgverlening moet zodanig zijn dat de patiënt dichtbij huis en met zo weinig mogelijke verbreking van sociale contacten wordt geholpen. Hieruit komt enerzijds voort het voornemen tot spreiding van de totale APZ-capaciteit over de verschillende provincies en, anderzijds het voornemen om binnen ieder verzorgingsgebied van het APZ met name de kortdurende functies gedeconcentreerd te situeren in bevolkingsconcentraties;
- Een integraal systeem van geestelijke gezondheidszorg moet worden gerealiseerd. Binnen het APZ-verzorgingsgebied moet een gezamenlijk aanbod van voorzieningen worden opgezet door APZ, PAAZ en Riagg. Binnen het RIGG-verzorgingsgebied dient een samenhangend aanbod van alle voorzieningen in de geestelijke gezondheidszorg te worden gerealiseerd”.

Deze uitgangspunten vertonen, ondanks de enigszins afwijkende formulering, nauwe verwantschap met die van de beide andere provincies.

Vervolgens wordt in het plan aandacht gevraagd voor de *feitelijke* stand van zaken. Er wordt op gewezen dat van de 5 APZ-en er drie in de provincie Drenthe zijn gelegen, zijnde Licht en Kracht te Assen, Dennenoord te Zuidlaren en Beileroord te Beilen. De overige APZ-en zijn dus het PZF te Franeker en Groot Bronswijk te Wagenborgen. De bespreking van de APZ-en start bij Licht en Kracht en Port Natal⁹⁾.

Er wordt op gewezen dat Licht en Kracht een protestants-christelijke signatuur draagt en een onderdeel vormt van De Open Ankh, stichting dienstverlening geestelijke gezondheidszorg. Dit APZ heeft een erkende capaciteit van 549 bedden. Het verzorgingsgebied van Licht en Kracht omvat een aantal Friese, een tweetal Groningse en alle Drentse gemeenten, voor zover die niet behoren tot de verzorgingsgebieden van Dennenoord of Beileroord. (Voor meer inzicht meen ik te mogen verwijzen naar de passages die dienaangaande bij de behandeling van de ontwerp-

⁹⁾ Tot in de tweede helft van de jaren tachtig was dit de officiële naam van bedoeld APZ. Port Natal was een afdeling in de onmiddellijke omgeving van de hoofdlocatie. De afdeling is in 1987 geamoveerd. Sederdien is de toevoeging Port Natal in de naamgeving komen te vervallen. Ik zal daarom in het vervolg van deze studie uitsluitend de naam Licht en Kracht hanteren.

plannen van Friesland respectievelijk Groningen zijn opgenomen). Het APZ vervult dus voor drie provincies een functie.

Tot Licht en Kracht behoort het psycho-geriatriesch verpleeghuis de Vierackers met een erkende capaciteit van 120 bedden. Duidelijk wordt gemaakt dat binnen het APZ *alle basisfuncties* worden vervuld, inclusief een omvangrijke poliklinische functie en psychiatrische dagbehandeling (42 plaatsen). Vervolgens maakt het ontwerpplan melding van de *opleidingsfuncties* van Licht en Kracht: de A-opleiding tot psychiater, alsmede de opleidingen tot psycho-therapeut, B-verpleegkundige en ziekenverzorgende.

Er wordt met een groot aantal instellingen voor gezondheidszorg samengewerkt in en buiten de provincie. Het betreft *samenwerkingsafspraken* met de algemene ziekenhuizen, instellingen voor zwakzinnigenzorg en verpleeghuizen. Voorts bestaan afspraken in het kader van de opleidingsactiviteiten.

Het tweede APZ dat uitvoerige aandacht krijgt is Dennenoord te Zuidlaren. Dit ziekenhuis vormt een onderdeel van de Vereniging tot christelijke verzorging van geestes- en zenuwzieken te Bennekom, eveneens een samenwerkingsverband van protestants-christelijke signatuur. De erkende capaciteit van dit APZ bedraagt 625 bedden. Ook Dennenoord vervult *alle basisfuncties*. Tot het centrum behoort tevens het psycho-geriatriesch verpleeghuis de Enk met een erkende capaciteit van 118 bedden.

Binnen Dennenoord kunnen de *opleidingen* tot B-verpleegkundige en ziekenverzorgende worden gevolgd. Voorts is er een mogelijkheid tot het volgen van een inrichtingsstage voor psychiatrie. Dennenoord kent, evenals Licht en Kracht, een groot aantal *samenwerkingsrelaties*, onder andere met de PUK te Groningen, een aantal algemene ziekenhuizen in Groningen en andere instellingen voor (geestelijke) gezondheidszorg. Ook dit ziekenhuis werkt op het gebied van de opleiding intensief samen met andere organisaties.

Het derde APZ dat onder de loep wordt genomen is Beileroord te Beilen. Het ziekenhuis is door de noordelijke provincies in 1922 opgericht en wordt bestuurd door vertegenwoordigers van deze provincies. De erkende capaciteit van dit APZ bedraagt 384 bedden, waarvan 120 bedden bestemd zijn voor de verpleging in gezinnen. Tot het centrum behoort het psycho-geriatriesch verpleeghuis Altingerhof met een erkende capaciteit van 104 bedden.

De hulpverlening in Beileroord kent een *voornamelijk klinisch* karakter. Er wordt samengewerkt met diverse instellingen voor gezondheidszorg in de regio, niet alleen voor het leveren van inhoudelijke deskundigheid, maar ook in het kader van gemeenschappelijke opleidingsactiviteiten.

Het (voor)ontwerpplan vervolgt met een bespreking van de *spreiding en deconcentratie* van APZ-capaciteit. Verwezen wordt naar de opvattingen van de Colleges van Gedeputeerde Staten van de noordelijke provincies, zoals die in 1982 werden geformuleerd en die blijken uit het citaat dat in het ontwerpplan is opgenomen. "*De aanwezige capaciteit van de psychiatrische ziekenhuizen in de noordelijke provincies overtreft de op grond van de richtlijnen becijferde capaciteit. De spreiding van de voorzieningen over de 3 provincies laat eveneens te wensen over; van de 6*

voorzieningen liggen er 4 binnen een sraal van 40 kilometer, terwijl de twee andere zeer excentrisch zijn gelegen (. . .)”.

Met het oog op de noodzakelijk geachte herspreiding wordt aansluiting gezocht bij de uitgangspunten uit de reeds besproken nota “Interprovinciale lange termijnvisie psychiatrie noorden des lands”. De nota beschrijft de situatie voor de lange termijn, die pas na verloop van een reeks van jaren moet worden bereikt. Bij het uitwerken van plannen voor de kortere termijn dient rekening te worden gehouden met deze globale eindvisie. Plannen voor de korte en middellange termijn moeten dus op hoofdlijnen sporen met de lange termijndoelen.

Duidelijk wordt gesteld dat de destijds gekozen *uitgangspunten* naar het oordeel van de provincie Drenthe nog steeds actueel zijn. Dat betekent dus dat te zijner tijd in Groningen en Friesland elk twee APZ-en zullen moeten functioneren en in Drenthe één. Deze situatie moet worden gerealiseerd door verplaatsing van Licht en Kracht naar zuidoost-Friesland.

Aansluitend wordt de wenselijkheid van *deconcentratie van bepaalde voorzieningen* naar de bevolkingsconcentraties besproken. De MFE-vorming, mede mogelijk te maken door het sluiten van samenwerkingsovereenkomsten tussen de daarvoor in aanmerking komende GGZ-partners, moet de bereikbaarheid van de GGZ verbeteren. Naar het oordeel van de provincie Drenthe dient de MFE-functie niet alleen beperkt te blijven tot kortdurende -, poliklinische - en deeltijdbehandeling, alsmede crisisinterventie, maar valt ook serieus te overwegen om in de omgeving van deze MFE één of meerdere sociowoningen en/of resocialisatie-eenheden van het APZ op te richten.

In het onderdeel dat handelt over de mogelijkheid de klinische APZ-capaciteit te verminderen wordt in het ontwerpplan gesteld dat landelijk sedert het begin van de jaren zeventig, de klinische capaciteit reeds met circa 4.000 tot 23.000 is verminderd. Dat hangt onder meer samen met de opname van een categorie voormalige APZ-patiënten in zwakzinnigeninrichtingen en psycho-geriatrische verpleeghuizen. Ook in de provincie Drenthe heeft zich een dergelijke ontwikkeling voorgedaan, onder meer door het afgeven van verpleeghuiserkenningen voor de Vierackers, de Enk en de Altingerhof.

Ook na effectuering van deze maatregelen resteert echter in de noordelijke provincies een erkende klinische APZ-capaciteit die de aantallen volgens de richtlijnen ex artikel 3 van de WZV aanzienlijk *overschrijdt*.

Om in die situatie verandering te brengen dient het streven naar een verdergaande *extramuralisering* van de GGZ juist in de noordelijke provincies met kracht ter hand te worden genomen. Daarvoor worden twee richtingen van beleid aangegeven. De eerste heeft betrekking op het *voorkomen van opnames* in het APZ. De middelen om dat doel te bereiken zijn: de realisering van - ambulante - crisisinterventiefuncties in elke regio, uitbreiding van de deeltijdbehandeling, alsmede het ontwikkelen van een regionaal opnamebeleid. De tweede beleidsoptie beoogt een *verkorting van de opnameduur*. De mogelijkheden om deze voornemens te realiseren worden afhankelijk geacht van de aard van het patiëntenbestand. In de steeds als zodanig aangeduide

Nieuwe Nota (1984) worden drie *patiëntencategorieën* onderscheiden, die in het ontwerpplan worden aangehaald.

- Het oud-chronische bestand (als regel langer dan 5 jaar opgenomen en veelal meer dan 50 jaar oud): dit bestand zal via natuurlijk verloop moeten verminderen;
- Het nieuw-chronisch bestand (vaak 2 tot 5 jaar opgenomen; het betreft hier patiënten die veelvuldig in een APZ worden opgenomen en die in een periode van 5 jaar tenminste 3 jaar in een APZ verblijven); beoordeeld zal moeten worden welke patiënten kunnen worden overgeplaatst naar een beschermende woonvorm;
- De overige patiënten; daarvoor zal volgens het ontwerpplan moeten worden beoordeeld of een regelmatige screening en toetsing aan het behandelplan kan leiden tot alternatieve mogelijkheden, waarbij de patiënt minder inrichtingsafhankelijk wordt.

In navolging van de Geneeskundige Hoofdinspectie constateert de provincie in het ontwerpplan dat er aanwijzingen zijn dat de daling van het aantal bezette bedden zijn *hoogtepunt* heeft gehad. Op grond van het beschikbare cijfermateriaal wordt een aanwas van het aantal nieuwe verblijfpatiënten verwacht. Het is daarom niet juist het beleid uitsluitend te richten op vermindering van het aantal plaatsen voor het oud-chronische bestand. Voor een succesvol beleid is het noodzakelijk ook de kortdurende behandel functies te versterken.

Indien aan een aantal *voorwaarden* tot versterking van de kortdurende behandel functies wordt voldaan, moet het op termijn mogelijk zijn een toenemend aantal patiënten over te plaatsen naar beschermende woonvormen. Op korte termijn zal dat maar voor een beperkt aantal patiënten kunnen, zo wordt gesteld. Uiteraard is het voor het *overplaatsen* van APZ-patiënten naar beschermende woonvormen noodzakelijk dat er voldoende "beschermende woonvormbedden" beschikbaar zijn.

Ik concentreer mij aansluitend op de paragraaf die de totaalcapaciteit en de spreiding van de APZ-en in het noorden bespreekt. Het APZ dient zich in beginsel te richten op het verzorgingsgebied. Ook in dit ontwerpplan komen daarom weer de inmiddels bekende definitities betreffende de verzorgings- en verantwoordelijkheidsgebieden aan de orde. Deze gebieden dienen uiteindelijk samen te vallen. In de planning ex WZV wordt niet alleen het toekomstige verzorgingsgebied aangegeven, maar wordt ook uitgelegd hoe het verschil tussen de bestaande en toekomstige situatie moet worden weggewerkt.

Geschetst wordt hoe de verantwoordelijkheidsgebieden er voor de jaren 1990 respectievelijk 1995 uit moeten zien en hoe de uiteindelijk *gewenste verzorgingsgebieden* moeten worden bereikt. Er wordt nog eens op geattendeerd dat de omvang van het verzorgingsgebied, meer in het bijzonder het aantal inwoners van dat gebied, de omvang van het APZ met gebruikmaking van de richtlijnen ex artikel 3 van de WZV bepaalt.

Gewezen wordt op het feit dat de huidige APZ-en deels verantwoordelijkheidsgebieden kennen die de *provinciegrenzen overschrijden*. In verband daarmee dient

de gehele situatie in de drie noordelijke provincies in de beschouwingen te worden betrokken. Daarbij wordt uitgegaan van de 1,1‰ richtlijn, terwijl het verzorgen van de noordelijke provincies door de *bestaande* APZ-en eveneens een uitgangspunt vormt. De *ontwikkelingen* van de verzorgingsgebieden die tot 1995 noodzakelijk worden geoordeeld kunnen als volgt worden samengevat:

- Het gewenste verzorgingsgebied van Drenthe/PUK komt overeen met het bestaande; veranderingen zijn dus niet nodig;
- Het verzorgingsgebied van Groot Bronswijk moet worden uitgebreid met een aantal gemeenten in zuidoost-Groningen;
- Het verzorgingsgebied van het PZF moet worden verminderd met een aantal gemeenten in zuidoost- en zuidwest-Friesland;
- Het verzorgingsgebied van Beileroord moet worden uitgebreid met zuidoost-Drenthe;
- Het verzorgingsgebied van Licht en Kracht dient te worden verminderd met een aantal Groningse en zuid-Drentse gemeenten en tegelijkertijd te worden uitgebreid met een aantal gemeenten in zuidoost-Friesland en het gebied zuidwest-Friesland.

In het plan wordt gesteld dat het doorvoeren van de veranderingen tijd vraagt. Daarom wordt voorgesteld het veranderingsproces geleidelijk te laten verlopen en uit te gaan van een *doorlooptijd* van circa 10 jaar, zijnde de periode 1985-1995.

Benadrukt wordt dat de verschuiving van de verzorgingsgebieden plaatsvindt "*door het overdragen van bestaande voorzieningen van de ene instelling aan de andere dan wel door het realiseren van nieuwe voorzieningen door een instelling in regio's waar deze thans niet – in voldoende mate – aanwezig zijn*".

Genoemde verzorgingsgebieden bieden voldoende draagvlak voor elk APZ en maken het mogelijk de noodzakelijke *basisfuncties* uit te oefenen. Afhankelijk van de regionale omstandigheden wordt het voorts mogelijk geacht *facultatieve* functies in één van de APZ-en te laten uitoefenen, uiteraard in samenspraak met de andere.

In het vervolg van het ontwerpplan krijgen de *reductie en deconcentratie* opnieuw aandacht. Omdat de zorgverlening zo dicht mogelijk bij de woonomgeving van de patiënten moet plaatsvinden wordt een beleid gericht op herspreiding van voorzieningen dan wel deconcentratie voorgesteld. Deconcentratie dient in die visie met name plaats te vinden ten aanzien van de kortdurende functies. Samen met de functies van de Riagg en de PAAZ moet dit leiden tot de komst van MFE-en. De spreiding heeft dus betrekking op de situering van de APZ-en in hun (toekomstige) verzorgingsgebied.

Ten aanzien van de in Drenthe gesitueerde APZ-en worden voor de lange termijn uiteindelijk de volgende voorstellen gelanceerd, welke door een pakket van maatregelen moeten worden gerealiseerd.

- De klinische capaciteit van Drenthe wordt in het jaar 2000 gereduceerd van 625 tot 380 plaatsen, terwijl het aantal dagbehandelingsplaatsen wordt verhoogd van 24 tot 56; voorts wordt een sterke ontwikkeling van de polikliniek verwacht.

In het verlengde van deze voorstellen wordt tot uitdrukking gebracht welke maatregelen voor een succesvol verloop van de ontwikkelingen verder moeten worden getroffen. Het gaat daarbij om de oprichting van plaatsen in beschermende woonvormen en de geleidelijke vermindering van het oud-chronische bestand. Voorts wordt overplaatsing van onderdelen van Dennenoord van Zuidlaren naar Groningen voorgesteld.

Dit onderdeel van het ontwerpplan is uiterst gedetailleerd; de voorstellen worden minitueus uitgewerkt. Van belang is op te merken dat substantiële aantallen bedden van Dennenoord aan Groningen worden toegerekend;

- De erkende capaciteit van Licht en Kracht wordt in het jaar 2000 teruggebracht van 537 tot 412, waarbij een toename van het aantal dagbehandelingsplaatsen van 42 tot 58 noodzakelijk wordt geoordeeld.

Deze voorstellen worden verder en detail uitgewerkt. De uitwerking is analoog aan die van Dennenoord. Daar waar Dennenoord zich voor een deel op Groningen dient te richten, moet Licht en Kracht behandelcapaciteit in Friesland tot stand brengen, in de vorm van een tweetal MFE-en in de bevolkingsconcentraties in zuidoost-Friesland. Ook deze ontwikkeling dient geleidelijk te verlopen en dat betekent dat vooralsnog in Drenthe bedden voor Friesland worden aangehouden. Aansluitend dient dan een uitgebreide MFE in zuidwest-Friesland tot stand te komen;

- De erkende capaciteit van Beileroord wordt in het jaar 2000 verminderd van 390 tot 295, onder oprichting van een afdeling voor psychiatrische dagbehandeling met 41 plaatsen; Beileroord dient een MFE in Emmen op te richten in samenwerking met de PAAZ van het Scheperziekenhuis en de Riagg Drenthe. Ook in de andere bevolkingsconcentraties dient de samenwerking met de algemene ziekenhuizen te worden gezocht.

Deze voorstellen impliceren samengevat dat de capaciteiten van de bestaande APZ-en omstreeks 2000 uitkomen op de volgende aantallen:

• Dennenoord en Psychiatrische Universiteitskliniek:	430 plaatsen ⁽¹⁰⁾
• Groot Bronswijk	270 plaatsen
• PZF	430 plaatsen
• Licht en Kracht	430 plaatsen ⁽¹¹⁾
• Beileroord	300 plaatsen ⁽¹²⁾

1.860 plaatsen

Rekening houdend met de aanwezigheid van de PUK, die een functie vervult voor de 3 noordelijke provincies (waarvan dus 7 bedden aan Drenthe worden toegerekend), kan inclusief de bedden van deze kliniek het "herspreide" aantal van 1.860

¹⁰ inclusief 50 bedden van de PUK

¹¹ inclusief 16 PAAZ-bedden in het Wilhelminaziekenhuis te Assen en 2 plaatsen van de PUK.

¹² inclusief 5 plaatsen van de PUK

APZ-bedden in 2000 worden bereikt. Dit aantal komt nagenoeg overeen met de toegestane capaciteit die op grond van de richtlijnen ex artikel 3 WZV kan worden becijferd.

De situatie die voor het jaar 2000 wordt beschreven dient uiteraard gefaseerd te worden bereikt. In het ontwerpplan wordt tot uitdrukking gebracht in welke tempo de capaciteiten dienen te worden gereduceerd, gesubstitueerd en/of gedeconcentreerd¹³.

Zo dient Drenthe in 1990 36 bedden en 24 dagbehandelingsplaatsen naar Groningen te hebben overgebracht, welke aantallen in 1995 moeten zijn verhoogd tot 52 respectievelijk 32. Het totaal aantal klinische plaatsen is mede in verband daarmee in 1995 verminderd tot 451, een aantal dat in 2000 tot 381 moet zijn gedaald.

Licht en Kracht wordt geacht in 1990 64 (2 x 32) bedden en 20 (2 x 10) dagbehandelingsplaatsen ten behoeve van een tweetal MFE-en, alsmede 50 (2 x 25) plaatsen voor sociowoningen naar zuidoost-Friesland te hebben overgebracht. In de periode tot 1995 moeten nog eens 80 bedden en 16 dagbehandelingsplaatsen in Assen worden afgebouwd ten gunste van zuidwest-Friesland. Op die wijze heeft Friesland de beschikking gekregen over 194 bedden en 36 dagbehandelingsplaatsen en is de capaciteit van Licht en Kracht in Drenthe verminderd tot 255 bedden en 22 dagbehandelingsplaatsen. Tot 2000 dienen in Assen nog eens 36 plaatsen te worden gereduceerd, waarna de capaciteit in Assen tot 219 is gedaald. De totale klinische capaciteit bedraagt dan in 2000 dus $194 + 219 = 413$ bedden.

Beilerood dient tot 1990 24 bedden en 16 dagbehandelingsplaatsen, alsmede een resocialisatie-eenheid van 8 bedden naar Emmen te deconcentreren. In Beilen dient een afdeling voor psychiatrische deeltijdbehandeling met 16 plaatsen te worden opgericht. Tot 1995 moeten nog eens 8 deeltijdplaatsen in Emmen tot stand worden gebracht. In 1995 bedraagt derhalve de klinische capaciteit van Beilerood 308 plaatsen en in 2000 wordt het aantal van 295 bereikt.

Evenals in de eerder besproken ontwerpplannen, wordt in het Drentse plan stilgestaan bij het belang van de komst van beschermende woonvormen. Ik volsta ook hier met de constatering dat voor een succesvolle reductie van het aantal APZ-bedden deze woonvormen van betekenis zijn.

In het hoofdstuk dat de financiële effecten van het voorgestelde beleid in kaart brengt wordt gesteld: *“Onze voorlopige conclusie is dan ook dat – rekening houdend met de handhaving van de interprovinciale patiëntenstromen tot en met 1995 – aan de financiële randvoorwaarden van de planning wordt voldaan en dat er voldoende middelen resterend om in de periode tot en met 1995 een aantal van de toekomstplannen met betrekking tot bouw van de betrokken psychiatrische voorzieningen te realiseren”*.

In aansluiting op deze beschouwingen over de financiële gevolgen uit het ontwerpplan wordt een aantal opmerkingen over de ontwikkeling van de werkgelegenheid gemaakt. Daarbij wordt tot uitdrukking gebracht dat deze ten gevolge van de voorgestelde maatregelen in de Drentse GGZ aanzienlijk daalt¹⁰⁸.

¹³ De verdere uitwerking van de voorstellen die moeten leiden tot het bereiken van de uiteindelijke APZ-capaciteiten, leveren geringe afwijkingen ten opzichte van het hiervoor genoemde overzicht op.

5.5.7 Advies College voor Ziekenhuisvoorzieningen inzake het ontwerpplan psychiatrische ziekenhuizen provincie Drenthe

Op de bekende datum, namelijk op 10 november 1986, stuurde het CvZ zijn advies aangaande het psychiatrieplan voor Drenthe naar de staatssecretaris van WVC.

Uit de begeleidende brief blijkt ook nu weer dat het CvZ de situatie in het noorden als gecompliceerd ervaart. Het CvZ heeft geconstateerd dat er geen gezamenlijk ontwerpplan voor de gehele gezondheidsregio Groningen-Drenthe is opgesteld, ofschoon er op onderdelen wel overeenstemming bestaat. Voorts wordt opgemerkt dat Drenthe is uitgegaan van het *gehele grondgebied* van de provincie en dat daarmee is afgeweken van de gebiedsindeling uit hoofde van de richtlijnen ex artikel 3 van de WZV.

Aansluitend wordt er op gewezen dat de voorgestelde *rigoureuze afbouw* van de APZ-capaciteit alleen dan tot de mogelijkheden behoort, wanneer over de plannen overeenstemming bestaat met de naburige provincies. Deze overeenstemming is echter naar het oordeel van het CvZ onvoldoende bereikt.

Ten aanzien van de exploitatiekosten wordt er op gewezen dat deze minder dalen dan in de aanwijzing werd aangegeven, mede omdat in het plan wordt voorgesteld capaciteiten aan te houden voor Friesland.

Opnieuw blijkt dus het CvZ van oordeel dat de drie noordelijke provinciale besturen de plannen inhoudelijk *onvoldoende* op elkaar hebben afgestemd. De discrepanties hebben betrekking op de volgende APZ-onderdelen, die ik grotendeels uit de begeleidende brief bij het advies van het College voor Ziekenhuisvoorzieningen overneem:

- De verzorgingsgebieden en de capaciteiten van de Algemeen Psychiatrische Ziekenhuizen: er bestaat geen overeenstemming tussen Groningen en Drenthe over de eindcapaciteit van Dennenoord (. . .). Voorts bestaat bijvoorbeeld tussen Drenthe en Friesland geen overeenstemming over het toekomstige verzorgingsgebied van het Drentse APZ Licht en Kracht en de hiermee verband houdende overplaatsing van capaciteit van Drenthe naar Friesland;
- Het object van planning: Groningen beperkt zich in het ontwerpplan niet tot de voorzieningen gelegen in het eigen plangebied (. . .). Daarbij wordt uitgegaan van een planning van Groningse patiënten in plaats van Groningse voorzieningen (. . .);
- De Psychiatrische Universiteitskliniek: Groningen neemt 60 klinische plaatsen mee (. . .). De resterende 41 klinische plaatsen worden geacht een functie te vervullen voor niet Groningse patiënten. Friesland en Drenthe nemen van dit contingent ieder 7 plaatsen in de planning mee (. . .).

Het CvZ concludeert, evenals bij de Groningse en Friese plannen, dat er *overwegende* bezwaren bestaan tegen onderdelen van het ontwerpplan. Daarom komt slechts een aantal onderdelen voor vaststelling in aanmerking. Voor het overige moet naar het oordeel van het CvZ worden voorzien in een aanvullende procedure, waarbij "zowel gedacht kan worden aan een nadere gerichte aanwijzing als aan het op

rijksniveau oplossen van de problematiek via een daartoe geformuleerd vaststelingsbesluit”.

Uit het vervolg van het schrijven blijkt dat het CvZ in grote lijnen kan meegaan met een aantal gedachten uit het Drentse ontwerpplan. Het betreft voor de korte termijn de voorstellen ten aanzien van de handhaving van Drentse APZ-capaciteit en de verdeling daarvan over de instellingen. Ten aanzien van het Friese ontwerpplan wordt voorgesteld op korte termijn over te gaan tot opvulling van de planmatige ruimte, althans voor zover het financiële kader dat toelaat. De voorstellen van het CvZ leiden tot een *verdere overschrijding* van de richtlijnen dan die welke op grond van de afzonderlijke ontwerpplannen kan worden bepaald. Het CvZ meent echter dat een dergelijke aanpak kan worden verdedigd, omdat in Friesland de richtlijnen worden onderschreden en de financiële ruimte niet wordt benut. Voorts acht het CvZ uitvoering van die voorstellen van belang, omdat wordt getwijfeld aan de haalbaarheid van de capaciteitsreductie van de APZ-en. Nadat is vastgesteld dat een uitspraak moet worden gedaan over de wijze van toerekening van de capaciteit van de PUK, wordt de begeleidende brief bij het advies ten aanzien van het Drentse ontwerpplan afgesloten met een passage over de kinder- en jeugdpsychiatrie en de verslaafdenzorg.

Samengevat: Het ontwerpplan psychiatrie voor Drenthe werd gebaseerd op een aantal algemene uitgangspunten ten aanzien van de behandelmogelijkheden van psychiatrische patiënten die niet veel verschilden van die van de beide overige noordelijke provincies.

Het gaat, zoals blijkt uit het ontwerpplan, om een gedifferentieerd, samenhangend en goed bereikbaar stelsel van GGZ-voorzieningen. De klinische behandelcapaciteit dient te worden verminderd, enerzijds door het voorkomen en anderzijds door het verkorten van opnames. Voorts wordt het wenselijk geacht te komen tot een betere spreiding van de voorzieningen. Daarbij moet rekening worden gehouden met het feit dat dergelijke “deconcentratiebewegingen” tijd vragen. Op korte termijn zal er dus sprake zijn van een zekere mate van overcapaciteit in Drenthe. Deze capaciteit zal gedurende die periode ter beschikking (blijven) staan van inwoners uit het zuidelijk gedeelte van Friesland.

Dennenoord zal voor het overgrote deel voor Groningen moeten gaan functioneren, Beileroord een deel van het verzorgingsgebied in zuid-Drenthe overnemen en Licht en Kracht geleidelijk capaciteit verplaatsen naar Friesland (en in afwachting van de realisering van deze plannen vanuit Assen een rol voor de Friezen blijven vervullen).

In financieel opzicht worden er geen problemen verwacht, wanneer althans rekening wordt gehouden met de financiële effecten van het “grensoverschrijdende patiëntenverkeer”.

Het CvZ toonde zich, zoals uit het uitgebrachte advies kan worden afgeleid, ook over het Drentse ontwerpplan maar matig enthousiast.

Het gebrek aan samenhang met de gang van zaken in de aangrenzende provincies wordt ook in dit advies als een belangrijke tekortkoming aangemerkt. Voorts wordt er op gewezen dat de exploitatiekosten in Drenthe op een hoger niveau gehandhaafd

worden dan in de aanwijzing werd aangegeven, mede in verband met het voorstel in Drenthe klinische capaciteit voor Friesland ter beschikking te blijven stellen.

Voorts wijst het CvZ op een aantal verschillen tussen de plannen van de drie noordelijke provincies. Deze hebben onder meer betrekking op de toekomstige capaciteiten van de instellingen en op de toerekening van de capaciteit van de PUK aan de provincies. Van een integrale vaststelling van het ontwerpplan kan ook in dit geval geen sprake zijn. Daarom stelt het College voor het plan op onderdelen vast te stellen en voor de problemen waarvoor (ook interprovinciaal) geen passende oplossingen zijn aangedragen, te kiezen uit het geven van een nadere aanwijzing, dan wel het innemen van een standpunt door de rijksoverheid.

Omdat het CvZ twijfelt aan de haalbaarheid van de voorgestelde capaciteitsreducties van de APZ-en, wordt voorgesteld om op korte termijn een start te maken met de uitvoering van plannen die het tekort in Friesland moeten oplossen. Tegelijkertijd stelt het CvZ zich te kunnen vinden in de voorstellen die door de provincie Drenthe aangaande de verzorgingsgebieden voor de korte termijn zijn opgesteld, inhoudende dat Drenthe een rol voor Friesland zal blijven uitoefenen¹⁰⁹.

5.5.8 Advies regionaal inspecteur voor de geestelijke volksgezondheid voor Groningen, Friesland en Drenthe

Op 3 december 1986 zond de regionaal inspecteur voor de geestelijke volksgezondheid een opmerkelijke reactie aangaande de psychiatrieplannen voor de noordelijke provincies aan de staatssecretaris.

Daaruit blijkt dat naar zijn mening moet worden *betwijfeld* of het plannen door de regio wel zoveel voordelen biedt boven het opstellen van plannen door een meer afstandelijk opererende landelijk overheid. Het is in elk geval zijn vaste overtuiging dat het planningsstelsel als zodanig de burger-gebruiker van GGZ-voorzieningen weinig interesseert. Dat wordt nog versterkt door de benadering van de problematiek door de verschillende overheden. *“Van enigerlei planning op basis van geconstateerde of veronderstelde behoefte aan geestelijke gezondheidszorg is evenwel geen spoor terug te vinden in de plannen van Groningen en Drenthe”*.

Er is een vrijwel *zuivere aanbodplanning* tot stand gekomen, die vermoedelijk redelijk overeenkomt met de letter van de wet, maar bepaald niet met de geest.

De inspecteur verbaast zich over de inhoud van de plannen. Hoewel er op onderdelen sprake is van verschillen, stemmen zij qua benadering op hoofdlijnen bijna voorbeeldig overeen. In elk van de plannen wordt – precies volgens het boekje – op basis van de bevolkingsaantallen en met gebruikmaking van de richtlijnen een ontwerpplan in elkaar gezet. Met groot gemak wordt daarbij verwezen naar beleidsopties die in de Nieuwe Nota zijn verwoord, maar waarvan absoluut onzeker is of het bereiken van deze doelen ook tot betere zorg leidt. Daarvoor wordt naar zijn smaak een onevenredige hoeveelheid papier gebruikt. Aan dat papier worden vervolgens opvattingen toevertrouwd die niet overeen komen met de *werkelijkheid van alledag* en die veel te meegaand van karakter zijn. *“Men gaat mee met wat op dit gebied beweerd wordt door wie dan ook”*, meent de inspecteur. Deze meegaandheid lijkt mooi meegenomen, maar hij vraagt zich af of dit geen bedrieglijke schijn is.

“Het tonen van tekenen van verzet en het leveren van weerwerk betekent in elk geval dat de voorstellen tot veranderingen serieus worden genomen. Nu lijkt het er vaak op dat iedereen met overgave meespeelt in een soort simulatiespel genaamd Landveroveretje, maar dat niemand er ook maar een moment echt rekening mee houdt dat het ooit werkelijk kan worden (. . .)”

Vervolgens blijkt de ergernis van de inspecteur uit het gemak waarmee naar zijn mening door de provincies de *verkeerde* uitgangspunten worden gehanteerd.

Het kan volgens hem niet zo zijn dat zonder enige vorm van protest de richtlijnen ex artikel 3 WZV worden gehanteerd, terwijl de haalbaarheid daarvan bij voortdurend nog wordt betwist. Het is volgens hem evenmin acceptabel dat Groningen zich niet echt hard maakt voor het instandhouden van de PUK als top-klinische voorziening en Friesland kennelijk veel meer heil verwacht van eigen MFE-en (waarvan nog maar moet worden afgewacht hoe die werkelijk gaan functioneren) dan van een uitstekend functionerend psychiatrisch ziekenhuis in Drenthe. *“En wel heel bont maakt de provincie Drenthe het, namelijk door het best uitgeruste APZ uit de eigen provincie weg te plannen, teneinde daar plaats te krijgen voor een nog op te tuigen Beileroord. Het Asser substitutieproject (. . .) wordt slechts terloops vermeld, evenals (. . .) het vermaarde register”*.

Nadat ook en detail aandacht aan de plannen is geschonken wordt de brief van de regionaal inspecteur afgesloten met de conclusie dat in de plannen meer aandacht moet worden geschonken aan de behoefte, meer moet worden uitgegaan van de door hem als zodanig aangeduide *regionale eigenaardigheden* en dat dus meer nadruk op de inhoudelijke aspecten van de GGZ moet worden gelegd¹¹⁰.

5.6 Samenvatting en conclusies ten aanzien van hoofdstuk 5

De opstelling van ontwerpplannen is langzaam op gang gekomen, mede ten gevolge van de vergaande bemoeienis van de landelijke overheid, de grensoverschrijdende planningsproblematiek en de opstelling van de instellingen, die geen medewerking wensten te verlenen aan de opstelling van plannen, die aanleiding tot aanzienlijke beddenreducties zouden kunnen geven.

De Algemene Rekenkamer concludeerde dat van een effectief en efficiënt beleidsproces nauwelijks sprake was en de staatssecretaris nam die conclusie over en gaf te kennen een andere weg te willen inslaan. Op een aantal plaatsen in het land was toen echter gewoon een begin gemaakt met de voorbereiding en de opstelling van de ontwerpplannen, zoals bedoeld in WZV. Ook in de drie noordelijke provincies werden de nodige voorbereidingen getroffen. De uitgangssituatie op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg in de noordelijke provincies was om een aantal redenen gecompliceerd. Ten opzichte van de richtlijnen ex artikel 3 van de WZV was er sprake van een aanzienlijke overcapaciteit voor de provincies gezamenlijk, terwijl de ligging van de APZ-en in het algemeen en op grond van de situering binnen het verzorgingsgebied in het bijzonder, als ongunstig moest worden gekwalificeerd.

Per provincie verschilde de startsituatie aanmerkelijk, hetgeen onder meer duidelijk is geworden uit de onderschrijding van de richtlijnen in Friesland en een zeer aan-

zienlijke overschrijding in Drenthe. Deze situatie leidde er toe dat er sprake was van "provinciegrensoverschrijdende patiëntenbewegingen". Met name het APZ Licht en Kracht nam daarbij een bijzondere positie in. Deze Drentse instelling verzorgde niet alleen een aantal gemeenten uit noord-Drenthe, maar functioneerde tegelijkertijd voor delen van Friesland en Groningen.

Door de provincies werden elementen aangedragen, die als bouwsteen voor de ontwerpplannen konden dienen. Daarnaast werd door het NIPO de notitie "*Interprovinciale lange termijnvisie psychiatrie noorden des lands*" opgesteld die bedoeld was als een aanzet om te komen tot interprovinciale afstemming.

In deze notitie, die ook in de ontwerpplannen wordt aangehaald, wordt tot uitdrukking gebracht dat met het oog op een zorgvuldige planvorming de provincies tegelijkertijd een aanwijzing zouden moeten ontvangen. Voorts wordt gesteld dat het aantal functionerende APZ-en niet zou mogen worden uitgebreid en de APZ-en een gedifferentieerd aanbod in een voldoende groot verzorgingsgebied zouden moeten bieden. Daar waar nieuwbouw geboden was diende te worden gezorgd voor een betere spreiding in combinatie met een goede bereikbaarheid van de instellingen.

De gevolgen van het voorgestelde beleid aangaande verantwoordelijkheidsgebieden zouden moeten zijn: een aanpassing van het gebied van Groot Bronswijk, een inkringing van het gebied van het PZF, een gelijkblijvend verantwoordelijkheidsgebied voor Dennenoord en de PUK en een uitbreiding van het gebied van Beileroord. Voor Licht en Kracht zou een deel van het verantwoordelijkheidsgebied (in Groningen) komen te vervallen, aan de andere zou dit deels (tijdelijk) worden gecompenseerd door uitbreiding van het gebied in Friesland, samenhangend met de oprichting van een aantal MFE-en.

Daar waar de algemene opvattingen van de drie noordelijke provincies aanvankelijk in redelijke mate overeenstemden, bleken bij nadere beschouwing de standpunten ten aanzien van de oplossingen voor Friesland voor de lange termijn tussen met name Friesland en Drenthe te verschillen. Drenthe wilde een blijvende rol voor Licht en Kracht en Friesland ging er van uit dat in een later stadium kon worden besloten hoe de voorgestelde MFE-en zouden opgaan in een nieuw APZ. Deze spanning bleek onder meer uit de korzelige briefwisseling tussen de provincies Friesland en Drenthe en uit de wijze waarop de publiciteit werd gezocht.

Op het hoogste departementale niveau werd al in een zeer vroeg stadium een voorshot op deels nog te voeren discussies genomen en werden, mede gebaseerd op de resultaten van verschillende werkbezoeken, voorstellen ontwikkeld, die de verwachte impasse zouden moeten doorbreken. Er werd gewerkt aan een compromis dat voor de besturen van beide provincies acceptabel moest zijn. Tegelijkertijd werd het planningsproces gestart met het geven van de aanwijzingen.

De aanwijzingen, die door de staatssecretaris aan de provincies werden gegeven stemden op alle belangrijke onderdelen overeen; aandacht werd gevraagd voor de bijzondere uitgangssituatie in het noorden des lands en voor het beleid van de landelijke overheid gericht op vermindering van de klinische capaciteit en verbetering van de spreiding van de voorzieningen.

De hoofdlijnen van het beleid, zoals dat door de provinciale besturen in de ontwerp-

plannen tot uitdrukking werd gebracht, vertoonden geen verschillen van principiële aard. In alle gevallen bleek het streven gericht te zijn op vermindering van het aantal APZ-bedden, onder gelijktijdige uitbreiding van het aantal plaatsen in beschermende woonvormen en verbetering van de mogelijkheden om ambulante en semimuraal te behandelen. Voorkoming en verkorting van opnames bleken in dat kader belangrijke doelen. Deze opvattingen spoorden met de landelijke beleidsvisie zoals die zich in de loop van de jaren had ontwikkeld.

Ook werd in de plannen zonder uitzondering melding gemaakt van de noodzaak om enerzijds te zorgen voor een voldoende groot draagvlak dat een gedifferentieerd aanbod mogelijk moest maken, terwijl anderzijds de bereikbaarheid via herspreiding van het behandelaanbod zou moeten worden bevorderd.

De voorstellen aangaande de wegen waarlangs de (kennelijk gemeenschappelijk gedragen) doelen zouden moeten worden bereikt verschilden. Dat werd duidelijk door de opvattingen ten aanzien van de voorgestelde grootte van de instellingen op termijn, het tempo waarin veranderingen dienden te worden doorgevoerd en de rol van de PUK. Dat bleek ook uit het verschil van mening tussen Friesland en Drenthe over de mogelijke lange termijn-ontwikkelingen in het zuiden van eerstgenoemde provincie.

In de plannen werd er wel steeds naar gestreefd de noodzakelijke aanpassingen te bewerkstelligen door een verschuiving van verantwoordelijkheids- en verzorgingsgebieden en een aanpassing van de capaciteiten. Daarbij zouden de oprichting van een aantal MFE-en en de komst van RIBW-en een bijdrage moeten leveren aan de oplossing van het probleem. Ook werd het in de ontwerpplannen mogelijk geacht de voorgestelde plannen te realiseren, zonder dat er een spanning ten opzichte van de financiële kaders in de aanwijzingen zou ontstaan.

Het CvZ maakte bezwaar tegen de ingediende ontwerpplannen. Deze bleken enerzijds te handelen over procedurele aangelegenheden, terwijl anderzijds kritische kanttekeningen bij de inhoudelijke en financiële voorstellen werden geplaatst. Het College betwijfelde voorts of de voorgestelde capaciteitsreducties wel in alle gevallen haalbaar zouden zijn in het tempo zoals dat werd voorgesteld. Het CvZ adviseerde de staatssecretaris niet te besluiten tot integrale vaststelling van de ontwerpplannen, maar uitsluitend akkoord te gaan met een aantal onderdelen. Voor de niet goed te keuren onderdelen zou de staatssecretaris een nadere aanwijzing kunnen geven, dan wel op rijksniveau het probleem kunnen oplossen door het nemen van een als zodanig aangeduid vaststellingsbesluit.

De regionaal inspecteur toonde grote problemen te hebben met het gemak waarmee de behoeften van patiënten werden opgeofferd aan het aanbod-denken. De plannen waren naar zijn mening te veel een lippendienst aan de uitvinders van een verkeerd planningssysteem. Friesland had er ten onrechte voor gekozen zijn kaarten op de MFE te zetten en Drenthe bleek zonder veel problemen bereid Licht en Kracht grotendeels op te offeren. Het was aan de staatssecretaris, gegeven deze ingewikkelde situatie, een standpunt te bepalen.

Gelet op de complexiteit van de beschreven problematiek heb ik gemeend de belangrijkste elementen uit de aanwijzingen, de NIPO-nota en de besproken ontwerpplannen ook nog eens schematisch te moeten samenvatten.

Schema 2: Weergave van de uitgangspunten van de gezamenlijke NIPO-nota

Onderwerp	Voorstellen
planning	tegelijkertijd door de 3 provincies te starten
omvang APZ-en	voldoende groot voor een gedifferentieerde behandeling; voldoende groot draagvlak
verantwoordelijkheidsgebieden	PZF < Groot Bronswijk > Dennenoord = Licht en Kracht < Beileroord >
capaciteitsontwikkeling	PZF < Groot Bronswijk < Dennenoord < Licht en Kracht < Beileroord > ?
aantal APZ-en	handhaven op 5 voor de 3 provincies

Schema 3: Samenvatting van de inhoud van de aanwijzingen

Omschrijving	Gr.	Fr.	Dr.
aandacht voor onderlinge samenhang noodzakelijk	+	-	+
aandacht voor provinciegrensoverschrijdende problematiek	+	-	+
noodzaak interprovinciale toetsing	+	+	+
noodzaak onderlinge afstemming	+	-	+
verschuiving van residentieel naar ambulante wenselijk	+	+	+
zorg voor betere spreiding	+	+	+

Schema 4: Samenvatting van de inhoud van de ontwerpplannen

Omschrijving	Gr.	Fr.	Dr.
doelen:			
- gevarieerd/evenwichtig aanbod	+	+	+
- goed bereikbare/gespreide zorg	+	+	+
- reductie klinische capaciteit door vervangende zorgsystemen	+	+	+
MFE als decloplossing voor APZ	+	+	+
onderling afgestemd	+	+	+
samenhang en samenwerking	+	+	+
planopstelling met gebruik richtlijnen ex artikel 3 WZV	+/-	+	+
in plan visie op aangrenzende provincie(s) opgenomen	+	-	+
planperiode loopt tot:	1990	1990	'85/90
planningshorizon loopt tot:	2000	2000	1995

Schema 5: Samenvatting voorstellen ontwikkeling erkende capaciteit

Naam APZ:	Werkelijk 1985	Gr. 1990/2000	Fr. 1990/2000	Dr. 1990/2000
Dennenoord	625	466/390	-	-/381
Groot Bronswijk	410	335/270	-	-/270
PZF Franeker	575		520/- *)	-/430
Licht en Kracht	549		152/-**)	-/412 ***)
Beileroord	390			-/295

*) inclusief 38 MFE-bedden ten behoeve van Heerenveen en 24 bedden in reserve te houden voor verdere MFE-vorming;

**) betreft uitsluitend het aantal bedden ten behoeve van Friesland: 38 bedden te verplaatsen naar zuidoost-Friesland en 90 bedden te handhaven in Assen, alsmede 24 bedden in reserve te houden voor verdere MFE-vorming;

***) waarvan 194 in Friesland (114 in zuidoost en 80 in zuidwest) en 218 in Drenthe.

Ook uit deze schematische samenvatting blijkt dat over een redelijk aantal onderwerpen in principe overeenstemming bestond.

De doelen die zouden moeten worden bereikt stemmen vrijwel volledig overeen, terwijl ook de oplossingen die voor het bereiken van deze doelen werden aangedragen met elkaar sporen. De verschillen zitten vooral in de (op termijn) gewenste capaciteiten van de betrokken APZ-en en in de functie die deze instellingen voor de desbetreffende provincies volgens de ontwerpplannen zouden moeten vervullen.

6 Vaststelling plannen instellingen voor geestelijke gezondheidszorg en de reacties van de betrokken instellingen en instanties

6.1 Inleiding

In dit hoofdstuk zal ik eerst in 6.2 ingaan op de activiteiten van verschillende organisaties in de periode, voorafgaande aan de vaststelling van de besluiten van de staatssecretaris. Vervolgens zal ik in 6.3 de vaststellingsbesluiten als zodanig behandelen en daarna worden in 6.4 de reacties van de instellingen in kaart gebracht. Aansluitend schenk ik in 6.5 aandacht aan de opvattingen van het CvZ. De samenvatting volgt in 6.6.

6.2 Voorspel

Uit het beschikbare materiaal is gebleken dat sommige instellingen/instanties na de vaststelling van de ontwerpplannen, maar voorafgaand aan de publikatie van de vaststellingsbesluiten, hebben getracht de besluiten van de staatssecretaris alsnog te beïnvloeden. Deze acties betroffen met name de ontwikkelingen in de provincie Drenthe, zoals blijkt uit het volgende.

Op 25 maart 1987 werd door de provincie Drenthe een schrijven aan de directeur planning en bouw van het ministerie van WVC gezonden, waarmee werd gereageerd op de toezending van de *concept-vaststellingsbesluiten*.

In het schrijven wordt tot uitdrukking gebracht dat kan worden ingestemd met het voornemen van de staatssecretaris het ontwerpplan middels een besluit, overeenkomstig de bepalingen van de WZV, vast te stellen. Met de voorstellen als zodanig heeft de provincie aanzienlijk meer problemen, zoals blijkt uit het volgende citaat: *“Echter, het voorliggende concept-besluit geeft mij de stellige overtuiging dat de gehele planning van de provinciale besturen nog eens wordt overgedaan. Dat lijkt mij zeker niet de bedoeling. Met de Wet Ziekenhuisvoorzieningen wordt een beslissingsbevoegdheid met betrekking tot de planning bij het provinciaal bestuur gelegd”*.

In het vervolg van deze uiterst kritische reactie wordt door de gedeputeerde van de provincie Drenthe gesteld: *“Met het onderhavige concept-besluit trekt de landelijke overheid echter meer beslissingsruimte naar zich toe dan redelijkerwijs is bedoeld. Op deze wijze worden de uitgebreide planningswerkzaamheden van provinciale overheid en particulier initiatief, de inspraak- en bezwaarprocedure, de regionale overlegsituaties met betrokkenen en de provinciale voorkeuren volledig gebruskeerd”*.

De brief besluit met een dringend verzoek. “Afsluitend verzoek ik u met klem – hiervoor heb ik dat nader gemotiveerd – terughoudendheid te betrachten ten aanzien van het toepassen van de ministeriële bevoegdheid om wijzigingen aan te brengen in de provinciale plannen”¹¹¹.

In de maand april 1987 werd door de directeur planning en bouw van het ministerie van WVC en een aantal beleidsambtenaren van deze directie, vooruitlopend op de formele vaststelling van de plannen, een bezoek aan de APZ-en in de provincie Drenthe gebracht. Bij die gelegenheid kregen zowel de vertegenwoordigers van het provinciaal bestuur als de betrokken instellingen de mogelijkheid zich uit te spreken aangaande de besluiten zoals die werden voorbereid.

De opvattingen van de provincie werden hiervoor al tot uitdrukking gebracht. De directie van het APZ Licht en Kracht, het ziekenhuis dat door de vaststellingsbesluiten onevenredig dreigde te worden getroffen, zond op 15 april 1987 eveneens een uitvoerige reactie op de inhoud van de concept-besluiten, welke inhoud op dat moment overigens formeel bij het management van dit APZ niet bekend was⁽¹⁾.

Eerst wordt in de brief in meer algemene zin op de concept-plannen gereageerd. Daaruit blijkt dat de directie het overheidsbeleid in hoofdlijnen (deconcentratie en substitutie) wel kan onderschrijven. Toch wordt een aantal *kritische kanttekeningen* bij de opvattingen van het ministerie geplaatst.

“Voor bepaalde sectoren van de intramurale gezondheidszorg worden de provinciegrenzen veel minder rigide gehanteerd dan nu voor de APZ-en wordt voorgesteld. Van verschillende kanten wordt in toenemende mate kritiek uitgeoefend op de 1,1% norm. Capaciteitsreductie is alleen mogelijk als de opbouw van adequaat functionerende (al dan niet gedeconcentreerde) nieuwe zorgsystemen daarmee in de pas loopt”.

In hetzelfde schrijven wordt duidelijk gemaakt dat men in Licht en Kracht geen hoge verwachtingen heeft van de mogelijkheden long-staypatiënten *over te plaatsen*. Ook wordt getwijfeld aan de mogelijkheden waarover beschermende woonvormen beschikken om aan patiënten de juiste zorg te bieden.

In het tweede gedeelte van deze brief wordt tot uitdrukking gebracht dat de effectivering van de concept-besluiten (inhoudende het wegvallen van het Friese deel van het verzorgingsgebied) *verstreckende* gevolgen kan hebben. Het gaat volgens de directie om “meer dan even het totaal aantal bedden in de Drentse APZ-en in overeenstemming te brengen met deze grensverlegging”.

Er is blijkens de brief sprake van een *versmelting* van zuidoost-Friesland en Drenthe op het gebied van de gezondheidszorgvoorzieningen. Dat blijkt aan de hand van de samenwerking van Licht en Kracht met de PAAZ-en in zuidoost-Friesland en het verwijspatroon van de huisartsen en andere verwijzers. Wanneer de capaciteit van de Drentse APZ-en (uitgaande van een evenredige reductie van zowel Beilerood als Licht en Kracht) met de door WVC gewenste aantallen moet worden verminderd,

¹ WVC heeft blijkbaar de concept-besluiten aan de betrokken provinciale besturen gezonden en voorts onder meer aan Drenthe; Licht en Kracht heeft de voorstellen echter pas na lang aandringen strikt vertrouwelijk ter inzage van de provincie Drenthe ontvangen.

kan voor het laatstgenoemde ziekenhuis uiteindelijk een aantal van circa 300 bedden worden berekend. Dat is naar het oordeel van de directie van Licht en Kracht volstrekt onvoldoende om de *specifieke functies/mogelijkheden* van dit APZ in stand te houden. Zo wordt, ten gevolge van de vermindering van het draagvlak, gevreesd voor het voortbestaan van de zogeheten niet universitaire A-opleiding tot psychiater, het substitutieproject, de psycho-therapeutische gemeenschap op basis van de transactionele analyse-principes, de omvang van de polikliniek, etcetera.

Het schrijven eindigt met diverse voorstellen die de ongewenste aantasting van de Licht en Kracht-mogelijkheden zouden kunnen voorkomen. De voorkeur wordt gegeven aan het maken van afspraken die er toe leiden dat het zuidoostelijk deel van Friesland blijvend tot het verzorgingsgebied van dit APZ wordt gerekend. De tweede mogelijkheid is een vermindering van de capaciteit van de APZ-en in Drenthe, op voorwaarde dat de nieuwe behandelcapaciteit in zuidoost-Friesland wordt geëxploiteerd onder verantwoordelijkheid van Licht en Kracht.

Mocht ook dat voorstel niet acceptabel zijn, dan kan worden overwogen in Drenthe een fusieziekenhuis tussen Beileroord en Licht en Kracht tot stand te brengen, dat de verantwoordelijkheid draagt voor de behandeling van de patiënten in de provincie Drenthe en voor de oprichting en exploitatie van de "APZ-dependance" in zuidoost-Friesland¹².

Vastgesteld moet worden dat de opvattingen, zoals eerst naar voren gebracht tijdens het werkbezoek van de directeur planning en bouw en in een later stadium ook nog eens schriftelijk bevestigd, *weinig indruk* hebben gemaakt. De definitieve vaststellingsbeluizen wijken niet af van het concept.

6.3 Vaststellingsbesluiten

Op 6 juli 1987 nam de staatssecretaris een besluit met betrekking tot de ontwerpplannen voor de categorie Geestelijke Gezondheidszorg. De desbetreffende besluiten werden op 28 juli 1987 in de Staatscourant gepubliceerd⁽²⁾. Zoals gezegd wijken de besluiten op *essentiële onderdelen* af van de voorstellen, zoals die door de provinciale besturen in de ontwerpplannen werden geformuleerd. De opvattingen van de staatssecretaris worden in de vaststellingsbesluiten op onderdelen beargumenteerd. Ik zal in de volgende paragrafen ingaan op de WVC-argumentatie om *af te wijken* van de ontwerpplannen.

6.3.1 *Besluit vaststelling plannen voor geestelijke gezondheidszorg voor het plangebied Groningen van de gezondheidsregio Groningen/Drenthe*

De staatssecretaris besluit; enig artikel:

"Voor het plangebied Groningen van de gezondheidsregio Groningen/Drenthe geldt met betrekking tot de categorie instellingen voor geestelijke gezondheidszorg, het in

² Ook met betrekking tot deze vaststellingsbesluiten verwijs ik slechts één keer naar de noten aan het eind van deze studie.

bijlage 1 neergelegde ontwerpplan met inbegrip van de in bijlage 2 neergelegde afwijkingen daarop".

Uit het besluit blijkt dat *in afwijking van het ontwerpplan* de capaciteit van de PUK te Groningen wordt vastgesteld op 111 behandelplaatsen, zijnde 90 bedden en 21 dagbehandelingsplaatsen. In de toelichting op dit aantal wordt verwezen naar een schrijven van de minister van Onderwijs en Wetenschappen van 27 maart 1987, waarin deze capaciteiten worden genoemd. Van genoemde capaciteit worden 60 bedden toegerekend aan het plangebied Groningen, waarvan 32 onder de deelnorm van de PAAZ en de overige 28 onder de deelnorm voor het APZ. De dagbehandelingsplaatsen worden geacht te functioneren voor het deelgebied Groningen.

De klinische capaciteit van *het APZ Dennenoord* wordt bepaald op 463 bedden. Dat betekent ten opzichte van de op dat moment geldende capaciteit een vermindering met 162 bedden. Deze reductietaakstelling wordt als volgt ingevuld:

- 16 substitutie voor de oprichting van een afdeling voor psychiatrische dagbehandeling met 24 plaatsen in Groningen;
- 48 substitutie naar beschermende woonvormen;
- 16 oprichting van een hostel met 16 plaatsen;
- 14 in verband met de functie van de PUK van het Academisch Ziekenhuis Groningen (50% van het aantal bedden dat onder de APZ-norm valt);
- 16 substitutie dagbehandeling;
- 28 (4 x 7 bedden per jaar) afbouw chronisch bestand;
- 24 oprichting van een PAAZ in het Diakonessenhuis te Groningen⁽³⁾.

Tot uiting komt dat de beddenreductie, voor zover deze althans geen betrekking heeft op het chronische bestand, in relatie moet worden gezien met de beoogde substitutie en/of herspreiding.

Uit het vaststellingsbesluit blijkt voorts dat niet wordt ingestemd met de oprichting van een MFE in Stadskanaal door het APZ Groot Bronswijk. Uitvoering van het plan om te komen tot verplaatsing van klinische capaciteit van dit APZ van Wagenborgen naar de grotere plaatsen van het verzorgingsgebied wordt ongewenst gevonden omdat het voorgestelde aantal van 8 bedden voor deconcentratie-doeleinden te gering wordt genoemd. Tevens wordt aangegeven dat voor klinische behandelingen de afstand tot Wagenborgen minder bezwaarlijk wordt geacht. Het overbrengen van 16 deeltijdplaatsen vanuit Wagenborgen naar Stadskanaal wordt wel acceptabel gevonden. *"Bij wijze van uitzondering wordt met een dergelijk geringe omvang van een zelfstandige unit ingestemd vanwege de afstand tot Wagenborgen"*.

Met de realisering van een dagbehandelingsafdeling van 16 bedden, te deconcentreren vanuit Dennenoord naar Hoogezand, wordt niet ingestemd. *"De omvang van 16 plaatsen van de beoogde afdeling acht ik te gering, temeer omdat het hier een dependance van het psychiatrisch ziekenhuis Dennenoord betreft. Gelet op de goede bereikbaarheid van de stad Groningen voor inwoners uit de gemeente Hoogezand, wordt de voorkeur gegeven aan eventueel verdere uitbreiding van dagbehandelingscapaciteit van Dennenoord te Groningen"*.

³ Opvallend is dat een vergelijkbaar overzicht voor het APZ Groot Bronswijk ontbreekt.

De capaciteit van de PAAZ van het Diakonessenhuis te Groningen met 16 bedden en 8 dagbehandelingsplaatsen vindt in de ogen van de staatssecretaris evenmin genade. *“In het algemeen wordt een klinische capaciteit van 16 plaatsen uit oogpunt van differentiatie en de plicht van a-selectie opneming uiterst beperkt geacht”*. Het aantal bedden wordt bepaald op 24 en de dagbehandeling komt te vervallen, *“omdat de psychiatrische afdeling van het academisch ziekenhuis over 21 dagbehandelingsplaatsen beschikt (. . .) en wordt uitgegaan van een multifunctionele eenheid vanuit het APZ Dennenoord met een dagbehandelingsafdeling van 24 plaatsen”*. Er is binnen het Diakonessenhuis dus geen behoefte aan een dergelijke voorziening.

In afwijking van het ontwerpplan wordt er van uit gegaan dat vanuit Dennenoord 70 bedden en 24 dagbehandelingsplaatsen naar Groningen worden gedeconcentreerd door middel van evenredige reductie in Zuidlaren. Tot uitdrukking komt dat Dennenoord *“zich volledig als Gronings instituut zal ontwikkelen”*. Er wordt melding gemaakt van een verzoek van Dennenoord van 28 december 1986 (na vaststelling van het ontwerpplan dus) bovenop de deconcentratie van 20 bedden, waarover eerder afspraken werden gemaakt, nog eens 50 bedden naar Groningen te verplaatsen. Daarmee wordt door de staatssecretaris ingestemd. *“Deconcentratie van 70 klinische plaatsen van Dennenoord naar de stad Groningen, als grootste en meest centraal gelegen bevolkingskern van het verzorgingsgebied van Dennenoord ligt in de rede”*. Dennenoord moet een MFE tot stand brengen, waarvoor geformaliseerde samenwerking tussen de Riagg en het APZ vereist is.

In de algemene toelichting op het vaststellingsbesluit blijkt dat om 2 redenen van het door provinciale staten vastgestelde ontwerpplan wordt afgeweken. Deze afwijkingen hebben betrekking op:

- *“onderdelen van het ontwerpplan, die niet aan toetsingscriteria van richtlijnen en aanwijzing voldoen;*
- *ontwerpplanonderdelen betreffende bouwprojecten, waarvan de aanvangsdatum van de bouw niet overeenkomt met de datum op het meest recente, in de Staatscourant gepubliceerde, prioriteitenoverzicht bouwinitiatieven”*.

Tenslotte wordt gewezen op de mogelijkheid bij de kroon *in beroep* te gaan op grond van artikel 5, derde lid, WZV. Belanghebbenden die bezwaar maken tegen wijzigingen, die bij de vaststelling van het plan zijn aangebracht ten opzichte van het ontwerpplan, krijgen daarvoor 30 dagen de tijd, gerekend vanaf het moment van publikatie van de besluiten in de Staatscourant¹¹³.

6.3.2 Besluit vaststelling plannen voor geestelijke gezondheidszorg voor de gezondheidsregio Friesland

In dezelfde Staatscourant werden de besluiten met betrekking tot het ontwerpplan van de provincie Friesland gepubliceerd. Ook die zijn van 6 juli 1987.

In *afwijking van het ontwerpplan* wordt uitgegaan van de oprichting van een APZ ten behoeve van het oostelijk deel van de gezondheidsregio Friesland, te vestigen in

Heerenveen. Deze vestigingsplaats wordt voor de hand liggend genoemd, gelet op de ligging en de bevolkingsomvang. De capaciteit wordt vooralsnog vastgesteld op 180 bedden en 24 deeltijdplaatsen.

Uit de toelichting blijkt, zoals ook ik eerder in dit onderzoek al vermeldde, dat in Friesland maar één decentraal gelegen APZ functioneert en dat de patiënten uit Friesland voor het overige aangewezen zijn op de voorzieningen in de provincie Drenthe. De opvattingen, zoals tot uitdrukking gebracht in het ontwerpplan, inhoudende dat pas op termijn de grenzen van de verzorgingsgebieden *samenvallen* met de provinciegrens, worden door de staatssecretaris niet overgenomen. *“Vanuit een oogpunt van spreiding en bereikbaarheid wordt beëindiging van de taak van Licht en Kracht voor wat betreft de functies crisisopvang, dagbehandeling en langdurige behandeling van nieuwe chronische psychiatrische patiënten reeds op korte termijn noodzakelijk geacht”*.

Door het beëindigen van de functie van Licht en Kracht voor dit deel van de provincie wordt bereikt dat de grenzen van het verzorgingsgebied van dit APZ *geheel* binnen de provinciegrens van het plangebied Drenthe vallen. Uit de verdere toelichting wordt voorts duidelijk dat binnen de provincie Friesland voldoende *draagvlak* bestaat voor het functioneren van twee APZ-en.

Gesteld wordt dat het oprichten van een aantal MFE-en vanuit het PZF en Licht en Kracht, onder gelijktijdige uitbouw van de PAAZ-en in Heerenveen, Drachten en Sneek op een aantal *fundamentele* bezwaren stuit. *“In de eerste plaats leidt de voorgestelde opzet waarbij twee APZ-en ten behoeve van dit deelgebied functioneren tot ongewenste versnippering. Bovendien strookt de realisatie van een MFE vanuit het psychiatrisch ziekenhuis Licht en Kracht niet met het uitgangspunt van autonomie van de regio Friesland voor de omschreven functies”*.

Verder vindt de staatssecretaris het ongewenst dat Friese patiënten voor de langdurige behandeling *afhankelijk* blijven van de APZ-en in Drenthe. Daarom moet er een APZ met 180 bedden komen, waarbij 100 bedden dienen te worden bestemd voor crisisopvang, kortdurende en vervolgbehandeling, 10 bedden voor nieuwe chronische patiënten en (zo mogelijk) 70 bedden voor chronische patiënten, die vanuit Drenthe naar Friesland moeten worden overgeplaatst; een en ander conform het ontwerpplan. Bij de vaststelling van het aantal deeltijdplaatsen voor dit APZ is rekening gehouden met de komst van een afdeling dagbehandeling met 24 stoelen in het algemeen ziekenhuis Nij Smellinghe te Drachten.

Voor deze studie is het van belang te registreren dat het verzorgingsgebied van het nieuw op te richten APZ de deelgebieden zuid en zuidoost van de gezondheidsregio Friesland omvat *“teneinde de reductietaakstelling voor het Psychiatrisch Ziekenhuis Franeker te beperken”*⁴. Voorts wordt duidelijk dat de omvang van het verzorgingsgebied mede samenhangt met de indeling in samenwerkingsgebieden ex *Wet Gemeenschappelijke Regelingen*, conform het besluit van Provinciale Staten van Friesland van 18 december 1985.

Tenslotte wordt geconstateerd dat het met name op het gebied van het *sociaal beleid*

⁴ De vraag waarom de reductietaakstelling van het PZF wel moet worden beperkt en die van andere APZ-en niet wordt niet beantwoord.

wenselijk kan zijn één van de Drentse APZ-en bij de voorbereidingen in zuidoost-Friesland te betrekken.

Het tweede onderwerp waaraan uitvoerig aandacht wordt geschonken betreft de vaststelling van het *verzorgingsgebied van het PZF*. Naar het oordeel van de staatssecretaris dient dit gebied de subregio's noord en west van de provincie Friesland te omvatten. Daarmee wordt opnieuw afgeweken van het ontwerpplan van de provincie, omdat bij de vaststelling van het gebied door de provincie ook in dit geval – naar het oordeel van de staatssecretaris ten onrechte – geen rekening werd gehouden met de indeling op basis van de Wet Gemeenschappelijke Regelingen.

Op grond van de omvang van het verzorgingsgebied wordt de *capaciteit* van het PZF vastgesteld op 464 klinische plaatsen. Daarbij is rekening gehouden met het effect van de maatregelen die zullen worden getroffen ter vermindering van het opnemen van patiënten, die *niet geïndiceerd* zijn voor opname in een psychiatrisch ziekenhuis. Voorts is, conform het ontwerpplan, rekening gehouden met de substitutie van klinische plaatsen in deeltijd- respectievelijk beschermende woonvormplaatsen.

Van de PUK worden 19 klinische plaatsen aan de regio Friesland toegerekend, waarvan 11 ten laste komen van het gebied van het PZF en 8 van het gebied van het op te richten psychiatrisch ziekenhuis in Heerenveen. De gedetailleerde voorstellen leiden tot een *vermindering* van de erkende capaciteit van het PZF met 107 bedden, op de volgende wijze te realiseren:

- 16 (4 x 4) afbouw oneigenlijke functies;
- 16 substitutie afdeling voor psychiatrische dagbehandeling PZF;
- 16 substitutie dagbehandelingscentrum Leeuwarden;
- 24 substitutie afdeling voor psychiatrische dagbehandeling te Sneek;
- 24 substitutie beschermende woonvormen te Leeuwarden;
- 11 psychiatrische afdeling Academisch Ziekenhuis te Groningen.

Het *resterende surplus* ten opzichte van de richtlijnen dient in de volgende planperiode te worden gereduceerd.

De oprichting van een MFE in Heerenveen vanuit het PZF kan naar het oordeel van de staatssecretaris geen doorgang vinden, omdat Heerenveen niet tot het verzorgingsgebied van het PZF wordt gerekend. Ook de komst van een MFE in Drachten vanuit Licht en Kracht stuit op bezwaren, omdat er vanuit wordt gegaan dat de rol van dit APZ voor Friesland wordt beëindigd en Drachten dus niet langer tot het deelgebied van Licht en Kracht wordt gerekend. Los daarvan wordt tot uitdrukking gebracht dat de oprichting van de Drachtense MFE vanuit een APZ geen doorgang mag vinden. Er functioneert een PAAZ binnen het algemeen ziekenhuis in Drachten en de oprichting van een MFE zou daarom beter aan het algemeen ziekenhuis opgedragen kunnen worden, zo stelt de staatssecretaris in de toelichting.

De oprichting van een afdeling voor psychiatrische dagbehandeling bij de PAAZ te Heerenveen kan naar het oordeel van de staatssecretaris niet door gaan, omdat er slechts sprake is van een beperkte planningsruimte. Opsplitsing daarvan over twee

voorzieningen leidt tot een ongewenste *versnippering*. Omdat de dagbehandeling behoort tot de basisfuncties van het APZ kiest de bewindsman dus voor het koppelen van deze voorziening aan het APZ dat in deze plaats tot stand zal worden gebracht. Het aantal dagbehandelingsplaatsen van de PAAZ van het algemeen ziekenhuis in Drachten wordt verhoogd van 8 tot 24. Daarvoor wordt gekozen, omdat een dagbehandelingsafdeling van een dergelijke omvang geheel past bij de realisering van een MFE. *Voorwaarde* is dat deze MFE uitgaat van de PAAZ en niet van het APZ Licht en Kracht. De dagbehandeling van de PAAZ te Sneek wordt qua omvang bepaald op 24 plaatsen. Daarmee wordt afgeweken van het voorgestelde aantal van 8 plaatsen, mede omdat het onwenselijk wordt geacht bovenop het aantal van 8 PAAZ-plaatsen ook nog eens 24 plaatsen als dependance van het PZF in Sneek te realiseren, zoals in het ontwerpplan is voorgesteld.

Aan het eind van het vaststellingsbesluit worden dezelfde opmerkingen betreffende de reikwijdte van het plan gemaakt en komen ook nu weer de *procedurele aspecten* (kroonberoepsmogelijkheden en dergelijke) aan de orde¹¹⁴.

6.3.3 *Besluit vaststelling plannen voor geestelijke gezondheidszorg voor het plangebied Drenthe van de gezondheidsregio Groningen/Drenthe*

Het vaststellingsbesluit voor het plangebied Drenthe van de gezondheidsregio Groningen/Drenthe brengt tot uitdrukking dat door het APZ Licht en Kracht *geen functie* meer voor de provincie Friesland kan worden vervuld. Omdat er voor het resterende plangebied uitgaande van de geldende richtlijnen slechts ruimte is voor 426 APZ-bedden voor Beileroord en Licht en Kracht samen, worden deze instellingen *planmatig als één APZ* beschouwd. Op het moment van vaststelling van de plannen door de staatssecretaris bedroeg het aantal klinische plaatsen 927 (549 voor Licht en Kracht en 378 voor Beileroord). Dit aantal dient met 378 te worden verminderd via de volgende maatregelen:

- 16 substitutie dagbehandeling Beileroord;
- 16 substitutie dagbehandeling MFE Emmen;
- 8 oprichting dagbehandeling PAAZ Hoogeveen;
- 8 oprichting dagbehandeling PAAZ Meppel;
- 11 afdeling psychiatrie Academische Ziekenhuis Groningen;
- 55 substitutie beschermende woonvormen;
- 20 afbouw oud chronisch bestand;
- 70 terugplaatsing Friese chronische patiënten naar nieuw APZ Heerenveen;
- 110 reductie ten behoeve van de oprichting van het APZ in Heerenveen;
- 24 reductie ten behoeve van de oprichting van de afdeling dagbehandeling van dit nieuwe APZ;
- 40 reductie ten behoeve van de oprichting van beschermende woonvormen in Friesland.

Deze lange lijst van maatregelen wordt samengevat als volgt beargumenteerd. Vermindering van het aantal PAAZ-bedden in Meppel wordt zorginhoudelijk niet

acceptabel geacht. Het aantal wordt daarom gehandhaafd op 19 en er komt voorts een dagbehandeling met 8 stoelen. De oprichting van een MFE in Emmen, uitgaande van het APZ Beileroord *naast* de reeds bestaande PAAZ van het Scheperziekenhuis wordt afgewezen, omdat er sprake is van een minimale planningsruimte. Een MFE in Emmen wordt als een goede ontwikkeling gezien, maar deze moet vanuit de PAAZ van het Scheperziekenhuis worden opgezet. Anders is er sprake van een *ongewenste versnippering*. Het aantal bedden van de PUK dat aan Drenthe wordt toegerekend, wordt vastgesteld op 11.

De capaciteit van het aantal PAAZ-bedden in het Scheperziekenhuis mag niet worden *vermindert* tot het aantal van 16 dat in het ontwerpplan is voorgesteld. In de eerste plaats wordt bezwaar gemaakt tegen de komst van een MFE uitgaande van het APZ Beileroord, omdat zo'n oplossing – zoals ik hiervoor reeds constateerde – leidt tot een *ongewenste versnippering*. In de tweede plaats wordt opgemerkt dat *zonder de inbreng* van Beileroord in de Emmense MFE er bij 16 PAAZ-bedden onvoldoende mogelijkheden zijn om de patiënten uit dit deel van de regio a-select te kunnen opvangen. De MFE gaat dus uit van het Scheperziekenhuis en de klinische capaciteit blijft gehandhaafd op 26 bedden. Daarnaast dienen er 16 dagbehandelingsplaatsen te worden gerealiseerd.

De voorstellen van de staatssecretaris leiden, zoals uit de toelichting op het besluit blijkt, tot een surplus van 40 PAAZ-bedden voor de regio Drenthe. Dit aantal moet, samen met het resterende overschot van 100 APZ bedden, in de verdere toekomst worden afgebouwd.

De slotopmerkingen bij dit besluit zijn gelijk aan de beschouwingen waarmee de plannen voor Groningen en Friesland werden afgerond en hebben dus betrekking op de procedurele aspecten, aangaande onder meer de afwijkingen van het ontwerpplan en de beroepsmogelijkheden¹¹⁵.

6.4 Beroepsschriften

Een groot aantal instellingen startte vrijwel onmiddellijk na de publikatie van de vaststellingsbesluiten een *Raad van State-procedure*. De algemene ziekenhuizen uit oost-Groningen gingen in beroep, evenals de APZ-en uit Groningen en Drenthe (het PZF niet). Voorts startten het ziekenfonds DNO (inmiddels het Groene Land), de provincie Drenthe en de kinder- en jeugdpsychiatrische ziekenhuizen De Ruyterstee en 't Ruige Veld een procedure. Vervolgens maakte De Lage Kamp, een beschermende woonvorm, bezwaar tegen de plannen.

In de maand augustus van 1987 belandden op die wijze meer dan tien beroepsschriften bij de Raad van State, waaronder dat van een provinciale overheid.

Over de inhoud van de *beroepsschriften* die door de (algemene en categoriale) psychiatrische ziekenhuizen zijn ingediend, was van te voren overleg gevoerd, onder meer binnen de Vereniging van Ziekenhuizen in Groningen en Drenthe (VZGD). De reacties waren waar mogelijk op elkaar afgestemd. Ik heb er desondanks voor gekozen de beroepsschriften van de APZ-en afzonderlijk te behandelen, waarbij in principe wordt volstaan met een bespreking van de hoofdlijnen.

Ik zal eerst de opvattingen van de provincie Drenthe bespreken, daarna volgt de behandeling van de beroepsschriften van de APZ-en en de categoriale voorzieningen. Aansluitend volgen de algemene ziekenhuizen en een beschermende woonvorm en tenslotte sta ik stil bij de opvattingen van het Ziekenfonds DNO. Tenslotte zal ik ingaan op de visie van het CvZ, dat onder meer in jaarverslagen duidelijk heeft gemaakt welke opvattingen ten aanzien van de vaststellingsbesluiten worden gehuldigd.

6.4.1 Provincie Drenthe

De nadere motivering van de provincie Drenthe inzake het beroep vaststelling plannen geestelijke gezondheidszorg Drenthe, Groningen en Friesland werd op 8 oktober 1987 verzonden.

De provincie begint met een opmerking waaruit blijkt dat de minister de wettelijke bepaling (artikel 5, lid 2 WZV, betrekking hebbend op de wijziging van de ontwerpplannen) niet voldoende in acht neemt⁵. De provincie is van oordeel dat de wijzigingen ten opzichte van de ontwerpplannen niet, onjuist, dan wel onvolledig zijn gemotiveerd. Voorts wordt bezwaar gemaakt tegen de mate waarin de staatssecretaris van zijn bevoegdheid om wijzigingen aan te brengen gebruik maakt. Er wordt op gewezen dat de WZV een *beslissingsbevoegdheid* bij het provinciaal bestuur legt en dat het de taak van de provincie is, met de WZV in de hand, verantwoord te stellen. In het beroepsschrift van de provincie wordt verwezen naar een passage uit de memorie van toelichting die ik volledigheidshalve zal overnemen. *“De vaststelling van het plan houdt bij het onderhavige ontwerp in feite een toetsing in of de richtlijnen juist zijn toegepast en of in voldoende mate rekening is gehouden met bijvoorbeeld de planning van zeer grootschalige voorzieningen. Indien de minister iets verandert aan het door Gedeputeerde Staten ontworpen plan voor ziekenhuisvoorzieningen, moet hij dit publiekelijk met redenen omkleeden. Het zwaartepunt van de planning ligt derhalve reeds bij de huidige opzet op provinciaal niveau”*.

De provincie stelt dat de mate van ingrijpen, mede gelet op de onzorgvuldige argumentatie, er toe leidt dat de staatssecretaris de eigen provinciale beleidsruimte te veel beperkt. Op provinciaal niveau is sprake geweest van een zorgvuldige afweging van belangen. Die wordt door de staatssecretaris niet gehonoreerd. *“Wij zijn van oordeel dat uit oogpunt van rechtszekerheid slechts dan een wijziging op het provinciaal bestuur duidelijk en aanwijsbaar is afgeweken van de richtlijnen”*.

Een terughoudende opstelling van de rijksoverheid kan naar het oordeel van de provincie Drenthe ook worden bepleit op grond van het op 27 augustus 1987 ondertekende bestuursaccordering rijk-provincie. Daarin is onder meer vastgelegd dat aan de verantwoordelijkheid van de provincie een zeer groot gewicht zal worden toegekend en dat de bestuurlijke en financiële verhoudingen tussen rijk en provincie zullen zijn gebaseerd op de *beginselen van autonomie*. Ook wijst de provincie er op dat de

⁵ In het beroepsschrift wordt nu eens gesproken van de minister en dan weer van de staatssecretaris.

staatssecretaris heeft verzuimd een besluit te nemen aangaande het plan voor het plangebied Drenthe van de regio Zwolle.

De provincie verwijst naar de passages uit de aanwijzingen, waarin de staatssecretaris tot uitdrukking heeft gebracht dat hij zoveel mogelijk rekening zal houden met de geïntegreerde planning en voorts aangeeft dat aandacht moet worden besteed aan de gewenste functies en de spreiding daarvan. Daaruit blijkt dat er sprake kan zijn van een herstructurering die *tijd* vraagt en noopt tot het afwijken van de situatie die op basis van de richtlijnen zou moeten worden nagestreefd. Deze formulering heeft bij de provincie de verwachting gewekt dat de staatssecretaris in beginsel de opvattingen van de provincie zou overnemen.

De provincie concludeert dat de vaststellingsbesluiten vooral het nagestreefde landelijk beleid weerspiegelen en dat onvoldoende rekening wordt gehouden met de *specifieke situatie*, zoals die in de noordelijke provincies op het gebied van de GGZ bestaat. De staatssecretaris heeft daarmee het vertrouwen van de provincie, gebaseerd op de inhoud van de aanwijzingen, beschaamd.

Vervolgens vraagt men in het beroepsschrift aandacht voor een aantal *specifieke bezwaren* tegen de vaststellingsbesluiten. Zo wordt er in de eerste plaats op gewezen dat Beileroord en Licht en Kracht als één APZ worden aangemerkt, omdat Licht en Kracht geen functie meer heeft te vervullen voor Friesland. Tegelijkertijd wordt geconstateerd dat op geen enkele wijze wordt aangegeven op welke termijn een en ander moet zijn gerealiseerd. De provincie maakt de staatssecretaris er op attent dat de ontwerpplannen op verschillende manieren kunnen worden opgesteld, variërend van uiterst gedetailleerd tot globaal.

Het is de overtuiging van de provincie dat zij zelf deze keuze kan maken; de gedetailleerde invulling van de rijksoverheid stuit dan ook op bezwaren. De provincie Drenthe licht nog eens het "hoe en waarom" van de voorgestelde fasering toe. Er is een bewust onderscheid gemaakt tussen de planning op korte en die op middellange termijn. De korte termijn-plannen zijn daarbij afgezet tegen een na te streven eindsituatie, die omstreeks het jaar 2000 dient te worden bereikt. De staatssecretaris houdt geen rekening met deze fasering en handelt daarmee in strijd met de wet en met de richtlijnen ex artikel 3 WZV.

Het tweede specifieke bezwaar van de provincie richt zich op het beperken van de rol van het APZ Licht en Kracht. In het vaststellingsbesluit wordt duidelijk gemaakt dat dit ziekenhuis uitsluitend nog een functie voor de provincie Drenthe heeft te vervullen, maar deze opvatting wordt door de staatssecretaris in het geheel niet gemotiveerd. Ook in dit geval wordt volgens de provincie in strijd met de WZV (artikel 5, lid 2) gehandeld. Verwezen wordt naar de richtlijnen ex artikel 3 WZV, waarin wordt gesteld dat het plan dient te bestaan uit een beschrijving van de huidige situatie, een weergave van de gewenste toekomstige situatie en een fasering/uitvoeringsschema. Op die wijze is het ontwerpplan opgesteld. In het ontwerpplan wordt naar het oordeel van de provincie duidelijk dat het feitelijk verschuiven van verzorgingsgebieden kan plaatsvinden door middel van het overdragen van bestaande voorzieningen van de ene instelling naar de andere, of door het realiseren van nieuwe voorzieningen door een instelling in regio's waar deze niet aanwezig zijn.

De beëindiging van de taken van Licht en Kracht voor de provincie Friesland wordt om die reden in strijd met de richtlijnen ex artikel 3 geoordeeld. Voorts maakt de provincie duidelijk dat het beëindigen van deze functie op korte termijn niet mogelijk en niet doelmatig is. *“Beëindiging kan slechts dan plaatsvinden zodra voldoende voorzieningen naar de Friese regio zijn overgebracht”*.

In het beroepsschrift wordt er voorts nadrukkelijk op gewezen dat de staatssecretaris zelf van oordeel is dat de Drentse APZ-en steeds een belangrijke rol hebben vervuld voor de provincie Friesland. Alleen al om die reden moeten deze betrokken worden bij de voorbereidingen om te komen tot de oprichting van een tweede APZ voor die provincie. Ook daarom wordt beëindiging van de rol van Licht en Kracht ten behoeve van Friesland op korte termijn onverstandig geacht. Opnieuw maakt de provincie melding van de opvattingen van de staatssecretaris, zoals die in de aanwijzing tot uitdrukking komen. *“Een mogelijk noodzakelijke herstructurering zal tijd vergen hetgeen impliceert dat voor de korte termijn verantwoordelijkheidsgebieden voor de opnemng van patiënten kunnen worden afgebakend, welke afwijken van de op langere termijn gewenste gebieden”*. Ook uit deze passage van de aanwijzing leidt de provincie af dat een herstructurering in fasen de aangewezen weg is om van de huidige, via de korte termijn-situatie, te komen tot de gewenste situatie op langere termijn. Nadat nog eens is gewezen op een passage uit het ontwerpplan, waaruit duidelijk wordt dat over de rol van het APZ Licht en Kracht pas op langere termijn verstandige beslissingen kunnen worden genomen, concludeert de provincie dat het Drentse ontwerpplan voor de korte termijn moet worden vastgesteld.

De provincie Drenthe staat daarna uitvoerig stil bij de voorgestelde capaciteitsreducties van Licht en Kracht en Beileroord samen. Nergens wordt duidelijk gemaakt of – en zo ja hoe – er sprake zal zijn van een fasering van deze enorme reductie met meer dan 40%. Ook de argumenten, betreffende de vraag waarom wordt afgeweken van de aantallen die in het ontwerpplan zijn voorgesteld, ontbreken volledig. Het beeld wordt volgens de provincie nog onduidelijker door de opvatting van de staatssecretaris die Licht en Kracht en Beileroord als één APZ aanmerkt. Op die wijze blijft *volstrekt onduidelijk* door welke instelling welke bijdrage aan deze reductietaakstelling moet worden geleverd. In het ontwerpplan van de provincie is juist alles in het werk gesteld om duidelijk te maken wie het initiatief zou moeten nemen om te komen tot een verbetering van de situatie.

De provincie reageert ook op het besluit om niet akkoord te gaan met de oprichting van een MFE, uitgaande van het APZ Beileroord naast de reeds bestaande PAAZ van het Scheperziekenhuis te Emmen. In het ontwerpplan is aangegeven dat het APZ Beileroord 24 bedden en 16 dagbehandelingsplaatsen naar Emmen dient te deconcentreren, teneinde in samenwerking met de Riagg en het Scheperziekenhuis (waarbinnen een PAAZ met 16 bedden en 8 dagbehandelingsplaatsen funktioneert) een MFE tot stand te brengen met 40 bedden, 24 dagbehandelingsplaatsen en een polikliniek. Deze opvattingen zijn volgens de provincie volledig in overeenstemming met de richtlijnen ex artikel 3 WZV. De visie van de staatssecretaris dat een PAAZ met minder dan 24 bedden op bezwaren stuit wordt dan ook niet gedeeld, omdat deze afdeling funktioneert binnen een MFE van voldoende omvang. Ook de redenering van de staatssecretaris ten aanzien van het aantal PAAZ-en en de beddenaan-

tallen in deze instellingen bevreedden de provincie. In een eerdere fase is overeenstemming bereikt over de omvang van de PAAZ-en te Hogeveen en Assen, inhoudende een reductie van 24 bedden. In het ontwerpplan wordt een verdere reductie voorgesteld, met 3 respectievelijk 12 bedden te Meppel en Emmen. De voorstellen betreffende de PAAZ te Emmen zijn hiervoor reeds genoemd; die met betrekking tot Meppel worden door de provincie niet gedeeld. Nadat de provincie duidelijk heeft gemaakt dat de staatssecretaris ten onrechte stelt dat de provincie zich dient te onthouden van uitspraken met betrekking tot bouwplannen van Dennenoord (volgens het rijk functionerend voor Groningen en volgens de provincie ook functionerend voor het noorden van Drenthe), wordt aandacht geschonken aan het categoriale circuit.

Het omvangrijke beroepsschrift eindigt met een opmerking over de onzorgvuldige plaatsing van de vaststellingsbesluiten in de Staatscourant. Het betreft hier een passage over het plangebied Groningen waar het plangebied Drenthe van de gezondheidsregio Groningen/Drenthe wordt bedoeld¹¹⁶.

6.4.2 APZ Dennenoord

In het als zodanig aangeduide aanvullend beroepsschrift, gedateerd 19 januari 1988, wordt eerst aandacht gevraagd voor de *omvang* van het beroep. Gesteld wordt dat de WZV de mogelijkheid tot een kroonberoep open stelt tegen wijzigingen die bij de vaststelling van het plan ten opzichte van het ontwerp van de provincie zijn aangebracht. Dennenoord is van oordeel dat het besluit om af te wijken van de ontwerpplannen *op zichzelf* voor beoordeling door de kroon in aanmerking komt, omdat anders de toch al beperkte beroepsmogelijkheden nog verder worden ingeperkt. Er wordt nog eens gewezen op het belang van de vaststellingsbesluiten, mede omdat deze de basis vormen voor het afgeven van vergunningen voor bouwwerkzaamheden, zoals bedoeld in de WZV.

In het beroepsschrift wordt voorts melding gemaakt van een brief, die op 9 februari 1987 door de directeur planning en bouw van het ministerie van WVC aan de directie van Dennenoord werd verzonden. Blijkens het beroepsschrift werden op die datum de concept-vaststellingsbesluiten met genoemde brief aan de directie van Dennenoord toegezonden met het verzoek schriftelijk te reageren. Voorts wordt een passage uit de brief van de directeur planning en bouw aan Dennenoord geciteerd, waaruit blijkt dat deze zich bereid verklaart *“zonodig met u overleg te voeren alvorens ik mijn oordeel voorleg aan de staatssecretaris”*. Kennelijk heeft de directeur planning en bouw deze route in tweede instantie als minder goed begaanbaar gekwalificeerd.

Dennenoord wijst er op dat de ontwerpplannen *afwijken* van de concept vaststellingsbesluiten terwijl deze concept-besluiten op hun beurt weer afwijken van de definitieve. Het volgende voorbeeld illustreert dit: *“Zo wordt volgens punt 6 van het ‘Concept besluit plan instellingen voor Geestelijke Gezondheidszorg plangebied Groningen’ de oprichting van een PAAZ van het Diakonessenhuis te Groningen geheel uit het ontwerpplan van de provincie Groningen geschrapt, terwijl de oprichting van die PAAZ in het bestreden besluit voor dit plangebied weer is inge-*

voerd, zelfs met een hogere klinische capaciteit dan in het ontwerpplan was voorzien”.

Het beroepsschrift gaat vervolgens in op de opvattingen van de staatssecretaris met betrekking tot de betekenis van de PUK en op de *substitutie* van de klinische capaciteit en concludeert dat:

- a) *“het vaststellingsbesluit terzake van de PUK Groningen (punt 1 van bijlage 2a bij het besluit voor het plangebied Groningen) geheel of ten dele buiten toetsing van de richtlijnen ex artikel 3 WZV valt (vergelijk ook het standpunt van Gedeputeerde Staten (. . .), terwijl de gevolgen die de staatssecretaris aan de oprichting, althans aan de capaciteitsvaststelling voor andere instellingen verbindt wel aan de richtlijnen worden afgemeten;*
- b) *diverse ten aanzien van verzoekster voorziene capaciteitsreducties, met name wat betreft de substitutie van (in te leveren) klinische capaciteit in ruil voor andere capaciteit in de verhouding 1:1 niet op de richtlijnen kunnen worden gebaseerd”.*

Uit het vervolg van het beroepsschrift blijkt dat Dennooord wel kan instemmen met een reductie van de erkende capaciteit ten behoeve van de uitbreiding van het aantal dagbehandelingsplaatsen in Groningen, maar tegen de overige reductievoorstellen principiële bezwaren heeft. Zo wordt bezwaar gemaakt tegen het voorstel 48 bedden in te leveren voor de oprichting van beschermende woonvormen in de verhouding 1:1 (die niet op de richtlijnen kan worden gebaseerd), mede omdat deze verhouding door de staatssecretaris op geen enkele wijze wordt beargumenteerd. Letterlijk wordt gesteld: *“Verzoekster maakt tegen deze substitutieverhouding bezwaar en zij is van oordeel dat de staatssecretaris door deze substitutieverhouding op te leggen misbruik maakt van zijn bevoegdheid, althans in redelijkheid niet tot deze substitutieverhouding heeft kunnen komen”.*

Dennooord maakt duidelijk dat door het ontbreken van een duidelijke richtlijn of op enige andere deugdelijke grondslag gebaseerde substitutiemaatregelen, *“elke relatie tussen planning en behoefte ontbreekt”.* Voorts worden de eerder genoemde opvattingen, aangaande de beperkte mogelijkheden van het gebruik van plaatsen in beschermende woonvormen, nog eens herhaald. Een RIBW-bed kan niet zonder meer door een patiënt die in de fase daaraan voorafgaande in een APZ was opgenomen worden bezet. Het beroepsschrift brengt tot uitdrukking dat de Riagg er in toenemende mate behoefte aan heeft mensen rechtstreeks uit de maatschappij in een RIBW op te nemen.

De beschouwingen met betrekking tot de reductie van het aantal APZ-bedden worden afgesloten met een aantal opmerkingen aangaande de financiële gevolgen van de voorgestelde reductiemaatregelen. Er wordt op gewezen *“dat reductie van klinische capaciteit op basis van deze substitutieverhouding ernstige en ongerechtvaardigde financiële consequenties zou hebben”.*

Deze conclusie wordt gebaseerd op het feit dat de kostprijs van een APZ-bed niet op basis van een verschil in functie wordt bepaald. Voor overgang naar een RIBW komen vooral patiënten in aanmerking die relatief weinig zorg en verpleging behoe-

ven. Simpel gezegd: de patiënten die naar een RIBW verhuizen kosten minder dan zij – gelet op de geldende budgetsystematiek – opleveren.

Het besluit om bedden te reduceren voor de oprichting van een hostel met 16 bedden berust volgens Dennenoord op een misverstand, omdat het hier handelt over klinische APZ-capaciteit waarvoor dus niet gereduceerd zou hoeven te worden.

Uitvoerig wordt ingegaan op het besluit om van de klinische capaciteit van de *psychiatrische universiteitskliniek* 28 bedden aan de APZ-en toe te rekenen. Deze capaciteit is weliswaar in overleg met de minister van Onderwijs en Wetenschappen vastgesteld, maar *los* van de richtlijnen ex artikel 3 WZV. Als er al een relatie met deze richtlijnen kan worden gelegd, blijft het voor Dennenoord onduidelijk waarom het teveel aan APZ-bedden, dat mede wordt veroorzaakt door de omvang van de PUK, uitsluitend door de APZ-en moet worden gereduceerd.

Dennenoord meent dat ook het inleveren van 16 bedden, voor een even groot aantal dagbehandelingsplaatsen, niet realistisch is. Daarvoor worden twee argumenten gehanteerd. In de eerste plaats wordt verwezen naar de opvattingen van de provincie Groningen en van de Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid, die een verhouding van 1:2 (dus één bed per 2 dagbehandelingsplaatsen) meer voor de hand liggend vinden. Voorts wordt gesteld dat de uitbreiding van het aantal dagbehandelingsplaatsen, zoals vastgelegd in het vaststellingsbesluit, niet leidt tot een overschrijding van de deelrichtlijn voor de dagbehandeling. Het wordt dan ook *onbegrijpelijk* geoordeeld dat desondanks voor de uitbreiding van dagbehandelingscapaciteit bedden moeten worden ingeleverd.

De afbouw van de bedden voor chronische patiënten wordt betwist, omdat onder meer uit wetenschappelijk onderzoek valt af te leiden dat het onjuist is te veronderstellen dat “het uitsterven” van deze groep patiënten niet teniet zal worden gedaan door de komst van nieuwe chronische patiënten.

De discussie rond het aantal PAAZ-bedden is blijkens het beroepsschrift op zijn minst *merkwaardig* verlopen. In het Gronings ontwerpplan is uitgegaan van een PAAZ, die een *select opnamebeleid* zou voeren voor patiënten met zowel psychische als somatische problemen. Op geen enkele wijze is duidelijk gemaakt waarom in de stad Groningen aan een dergelijke voorziening behoefte bestaat. De bedoelde categorie patiënten kan volgens Dennenoord uitstekend worden behandeld in het Academisch Ziekenhuis Groningen. Voorts wordt er op gewezen dat het CvZ ten aanzien van de PAAZ van het Diakonessenhuis een negatief advies heeft uitgebracht. Ook in dit verband wordt verwezen naar de opvattingen van de *directeur planning en bouw* van het ministerie van WVC, zoals vastgelegd in de reeds genoemde brief van 9 februari 1987, waarin deze meedeelt dat *niet* wordt ingestemd met de oprichting van een PAAZ in het Diakonessenhuis. De staatssecretaris heeft er voor gekozen af te wijken van het ontwerpplan en de capaciteit van de PAAZ alsnog op 24 bedden vastgesteld. In de toelichting op dit besluit wordt melding gemaakt van de noodzaak *a-select* te kunnen opnemen. Daarmee wordt niet alleen in kwantitatieve maar ook in kwalitatieve zin afgeweken van het ontwerpplan.

Tenslotte wordt aandacht gevraagd voor een aantal onduidelijke passages uit het ontwerpplan, betrekking hebbend op de *bouwinitiatieven* van Dennenoord en de wijze waarop daarin door de (onderling verschillende) ontwerpplannen kan worden voorzien. Ik zal dit aspect verder niet uitdiepen¹¹⁷.

6.4.3 APZ Groot Bronswijk

De bezwaren van Groot Bronswijk, aangeduid als “nadere toelichting”, werden op 8 oktober 1987 verzonden.

Groot Bronswijk begint het beroepsschrift met een uiteenzetting waaruit blijkt dat dit APZ bij de voorbereidingen om te komen tot een ontwerpplan voor de provincie Groningen *bezwaar* heeft gemaakt tegen de voorgestelde drastische capaciteitsreductie. Dat heeft de provincie doen besluiten een passage in het plan op te nemen, waaruit blijkt dat de afbouw van bestaande capaciteiten alleen *dán* in de rede ligt als er voldoende *vervangende voorzieningen* tot stand zijn gebracht. Deze passage is naar het oordeel van Groot Bronswijk in het vaststellingsbesluit buiten werking gesteld en daar wordt bezwaar tegen gemaakt. *“Door nu aan het genoemde voorbehoud van de provincie de rechtskracht te ontnemen, komt de reductie weer ongenueanceerd op ons af. Uit een oogpunt van zorgvuldigheid en verantwoordelijkheid voor onze patiënten tekenen wij hiertegen bezwaar aan”*.

Groot Bronswijk tekent tevens bezwaar aan tegen het besluit 20 bedden te reduceren door een aantal huurwoningen af te stoten. In de periode voorafgaande aan de opstelling van de ontwerpplannen en de vaststellingsbesluiten heeft het APZ toestemming gekregen voor het huren van een aantal woningen, gedurende een vooraf bepaalde huurperiode. Geleidelijk zou voor een daarvoor in aanmerking komende groep patiënten een 4-5 tal woningen worden gehuurd. Op het moment van publicatie van de vaststellingsbesluiten was echter pas één woning in gebruik genomen. Afstoting van 20 patiënten door het overdragen van de desbetreffende woningen is dus onmogelijk.

Met het overplaatsen van Groot Bronswijk-capaciteit naar een beschermende woonvorm heeft men grote problemen. In de eerste plaats wordt geconstateerd dat deze woonvormen niet beschikbaar zijn. Voorts wordt, in navolging van de opvattingen van Dennenoord, gewezen op de financiële effecten van een eventuele overplaatsing. De patiënten die zijn opgenomen in de socio-woningen van dit APZ vragen relatief weinig begeleiding en dus is er sprake van een lage gemiddelde personeelsbezetting. Daarom zal naar het oordeel van Groot Bronswijk *“overdracht slechts kunnen plaatsvinden met overdracht van het bij deze bedden behorende budget. Zonder dat zouden wij ernstig geweld doen aan het bestaande toch al karige voorzieningenniveau van de achterblijvende patiënten”*.

In het beroepsschrift wordt vervolgens tot uitdrukking gebracht dat de algemene ziekenhuizen in oost-Groningen steeds in overleg en samenwerking met het APZ inhoud hebben willen geven aan de PAAZ-functie in dat deel van de provincie. Om die reden is er in een rapport van de Provinciale Raad voor de Volksgezondheid, in nauw overleg met betrokkenen, voor gekozen de planningsruimte te *reserveren* in afwachting van de resultaten van nadere gedachtenwisselingen dienaangaande. Deze ruimte verdwijnt door het besluit van de staatssecretaris, inhoudende de oprichting van een PAAZ met 24 bedden in het Diakonessenhuis te Groningen en het besluit om van de bedden van de PUK er 32 als PAAZ-bedden aan te merken. Er komen op die manier volgens Groot Bronswijk teveel PAAZ-bedden in de stad Groningen en dat gaat ten koste van het voorzieningenniveau in de regio oost-Groningen.

Tegen het besluit van de staatssecretaris wordt bezwaar gemaakt, omdat is gebleken dat slechts 3% van de patiënten uit het verzorgingsgebied van Groot Bronswijk gebruik maakt van de bestaande "PAAZ"-voorziening, te weten die van de PUK. Ook in principiële zin wordt het beleid met betrekking tot de functie van de PAAZ bekritiseerd. Groot Bronswijk constateert dat WVC er kennelijk voor heeft gekozen het initiatief voor de ontwikkeling van MFE-achtige constructies bij de PAAZ-en te leggen. "Ons inziens is hier sprake van een beleid dat strijdig is met het beleid zoals dat is aangekondigd in de in 1984 verschenen nota van het Departement over de Geestelijke Volksgezondheid. In deze nota wordt sterk beklemtoond dat de PAAZ-ontwikkeling ingebed moet zijn in het totale GGZ-beleid"¹¹⁸.

6.4.4 APZ Licht en Kracht

Door het zenden van brieven de dato 25 augustus 1987 kwam Licht en Kracht tegen de drie vaststellingsbesluiten in beroep. Tevens werden op die datum verzoeken tot schorsing casu quo een voorlopige voorziening ingediend. In de brieven wordt aangekondigd dat Licht en Kracht op korte termijn de onderhavige verzoeken zal onderbouwen. Voorts wordt daarin de Raad van State gevraagd kenbaar te maken of de beroepsschriften op zich een schorsende werking hebben.

Licht en Kracht heeft vervolgens op 1 oktober 1987 de *onderbouwing* op de beroepsschriften aan de staatssecretaris gezonden.

In alle reacties wordt begonnen met een uiteenzetting aangaande de behandelmogelijkheden van Licht en Kracht. Tot uitdrukking wordt gebracht dat binnen dit APZ een omvangrijke polikliniek functioneert, evenals een aantal bovenregionale functies. Vervolgens wordt opgemerkt dat het APZ veel waarde hecht aan opleidings- en onderzoeksfaciliteiten. Mede daarom is aan Licht en Kracht een zogenaamde niet-universitaire opleiding tot psychiater verbonden. Ook het eerder genoemde substitutieproject Drenthe wordt aangehaald. Duidelijk wordt gemaakt dat voor het ontwikkelen en in stand houden van dergelijke voorzieningen een *voldoende draagvlak* noodzakelijk is. Anders gezegd: wanneer de positieve schaaffecten verdwijnen kan dat aanleiding geven tot het afstoten van één of meer van de genoemde functies en dus tot aantasting van de kwaliteit van de behandeling.

Voorts wordt aandacht geschonken aan de effecten van de vermindering van het aantal APZ-bedden voor de werkgelegenheid in de provincie Drenthe. Bij een reductie van 378 bedden verdwijnen volgens het beroepsschrift ongeveer 400 *arbeidsplaatsen* in een economisch kwetsbaar deel van het land. Ook wordt gewezen op de verslechtering van de zogeheten *werkkracht* op korte termijn. Wanneer eenmaal bekend is dat Licht en Kracht moet inkrimpen en ten gevolge daarvan ook de kwaliteit dreigt te worden aangetast, moet er rekening mee worden gehouden dat werknemers er voor kiezen hun carrière elders te vervolgen. Daardoor kan een tekort aan gekwalificeerde medewerkers ontstaan en kan de *continuïteit van zorg* al op korte termijn niet worden gewaarborgd.

De beroepsschriften maken melding van recente verbeteringen, die op het gebied van de outillage van de Drentse APZ-en tot stand zijn gekomen. Het drastisch verminderen van de capaciteiten van beide APZ-en doet die effecten teniet en leidt

tot een omvangrijke *kapitaalvernietiging*.

Vervolgens wordt ingegaan op het voornemen van het Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg *schaaleffecten* in het richtlijnenstelsel te introduceren. Bij de uitvoering van dat voornemen zullen vermoedelijk de macro-budgettaire kaders niet worden verruimd. Dat betekent dat Licht en Kracht niet alleen de effecten van de drastische beddenreductie zal moeten opvangen, maar ook zal worden geconfronteerd met een vermindering van de richtlijnen voor de overblijvende bedden.

De inleidende opmerkingen worden afgesloten met de constatering dat de vaststelingsbesluiten op belangrijke onderdelen afwijken van de met zorg opgestelde ontwerpplannen van de provincie. *“De door de provincie beoogde samenhang van de voorzieningen en de voorgestane kwaliteitshandhaving komen op deze wijze ernstig in het gedrang”*.

De *specifieke* bezwaren van Licht en Kracht tegen de besluiten aangaande de provincie Friesland richten zich in eerste instantie op het standpunt van de staatssecretaris aangaande de toekomstige rol van dit ziekenhuis voor deze provincie. Het in Drenthe gelegen APZ Drennoord dient wél in overgrote mate voor de provincie Groningen te functioneren, terwijl het eveneens in Drenthe gelegen APZ Licht en Kracht geen enkele rol meer voor de provincie Friesland toebedeeld krijgt. Aansluitend wordt opgemerkt dat ook de *noodzaak* van een betere spreiding en bereikbaarheid niet is gebleken, al was het maar omdat daarvan in het ontwerpplan van de provincie Friesland geen melding is gemaakt. De oprichting van een *zelfstandig* APZ met 180 bedden in zuidoost-Friesland wordt door Licht en Kracht afgewezen. Verwezen wordt naar de problemen die zich elders op een dergelijke schaal, ook in financieel-economisch opzicht, hebben voorgedaan. Het bieden van een *gedifferentieerd zorgpakket* wordt bij deze omvang ernstig bemoeilijkt. Voorts is de ondergrens in strijd met de (toen) geldende richtlijnen ex artikel 3 WZV, die uitgaan van een minimum aantal van 200 APZ-bedden.

Licht en Kracht meent dat de voorkeur moet worden gegeven aan de (eventueel gefaseerde) bouw van een *dependance* van dit APZ in zuidoost-Friesland. Dat maakt het mogelijk te blijven profiteren van de schaalvoordelen. Ook de kwaliteit van zorg kan door zo'n benadering (zowel in Friesland als in Drenthe) beter worden gegarandeerd.

Ook dit APZ vraagt aandacht voor de koerswijziging die door WVC wordt voorgesteld met betrekking tot de oprichting van MFE-en. *“Het moet dan ook onjuist worden geacht de MFE-en te laten ontwikkelen op initiatief van de algemene ziekenhuizen, min of meer onder gelijktijdige uitsluiting van de APZ-en. Bovendien is het aantal MFE-plaatsen in sommige gevallen strijdig met de richtlijnen ex artikel 3 van de WZV (minimaal 48 plaatsen)”*.

Licht en Kracht maakt evenals andere APZ-en bezwaar tegen het reductietempo ten behoeve van de RIBW-en, omdat deze voorzieningen niet tijdig beschikbaar zullen zijn. Ook door dit APZ wordt de voorgestelde 1:1-reductie (1 klinisch bed voor een RIBW-plaats) betwist.

Het beroepsschrift vervolgt met een toelichting op het verzoek om schorsing/nadere voorziening. Verwezen wordt naar de uitspraak van de staatssecretaris, die stelt dat

“beëindiging van de taak van Licht en Kracht met betrekking tot de functies crisis-opvang, kortdurende en voortgezette behandeling, dagbehandeling en langdurige behandeling van nieuwe chronische patiënten reeds op korte termijn noodzakelijk wordt geacht”. Voorkomen moet worden dat gedurende de behandeling van het beroep ontwikkelingen in gang worden gezet die de belangen van dit APZ in belangrijke mate kunnen schaden. Dat kan bijvoorbeeld het geval zijn wanneer andere APZ-en en algemene ziekenhuizen zouden besluiten een aanvraag in te dienen voor een nieuw Fries APZ dan wel een MFE op de voorgestelde locaties. Daarom wordt verzocht tot schorsing van het vaststellingsbesluit. Afsluitend wordt in overweging gegeven *“te gelasten dat de staatssecretaris/minister tijdens de duur van de onderhavige beroepsprocedure geen aanvraag om een vergunning ex artikel 6 van de Wet in behandeling zal nemen en ook anderszins – zie in dit verband artikel 9 van de Wet – niet zal meewerken aan de oprichting, inrichting en financiering van de voorzieningen waartegen mijn cliënte bezwaar maakt”*.

De onderbouwing van het beroepsschrift betreffende de vaststellingsbesluiten voor de provincie Drenthe werd eveneens op 1 oktober 1987 verzonden.

De algemene bezwaren zijn identiek aan die welke in het beroepsschrift betreffende Friesland werden verwoord. De specifieke geef ik hierna beknopt weer.

Geconstateerd wordt dat in het vaststellingsbesluit de staatssecretaris Licht en Kracht en Beileroord als één APZ aanmerkt. Aangegeven wordt dat de staatssecretaris niet bevoegd is twee APZ-en als één organisatie te beschouwen.

“Indien hij van oordeel is dat in de provincie Drenthe een te grote capaciteit van psychiatrische ziekenhuizen aanwezig is en deze gereduceerd moet worden dan dient hij daartoe de in de Wet voorgeschreven regeling (artikel 18a) te volgen. Hij had dan in het bestreden plan moeten aangeven dat hij voornemens is delen van inrichtingen dan wel één inrichting te sluiten. De staatssecretaris overweegt dat de op termijn resterende capaciteit onvoldoende is voor het in stand houden van twee zelfstandige APZ-en. Echter zelfs bij een evenredige beddenreductie (van beide APZ-en) resteren twee APZ-en waarvan de beddenaantallen het voorgestelde aantal voor het in Heerenveen geplande APZ ver overstijgen”.

Ook wordt gesteld dat het aantal bedden dat uiteindelijk voor Drenthe resteert is berekend op grond van de geldende planningsrichtlijnen, voor de klinische capaciteit dus de 1,1%-norm, welke richtlijnen volgens Licht en Kracht onderwerp van discussie zijn.

Vervolgens wordt duidelijk gemaakt dat de opvatting van WVC aangaande de noodzaak tot *fuseren* mede samenhangt met het besluit de vier *noord-Drentse gemeenten* aan de provincie Groningen toe te bedelen. Het beroepsschrift wijst er op dat voor de kinder-en jeugdpsychiatrie Groningen/Drenthe als één verzorgingsgebied wordt beschouwd. Bij de volwassenenpsychiatrie gebeurt dat niet. Zou dat wel het geval zijn dan zou de reductietaakstelling over vier in plaats van twee instellingen kunnen worden verdeeld. In dit beroepsschrift worden de passages betreffende de verschillen in behandeling ten aanzien van de rol van Dennenoord voor Groningen en Licht en Kracht voor Friesland nog eens herhaald. Ook de bezwaren betreffende de grootte van het op te richten APZ in zuidoost-Friesland, de mogelijkheden om patiënten

over te plaatsen naar beschermende woonvormen en het verzoek om schorsing zijn identiek aan die welke in het beroepsschrift met betrekking tot Friesland werden weergegeven.

In een schrijven de dato 1 oktober 1987 wordt ten aanzien van de besluiten betreffende de provincie Groningen geconstateerd dat deze wellicht geen nadelige gevolgen voor Licht en Kracht opleveren. Van onderbouwing van het eerder ingediende beroepsschrift wordt om die reden dan ook afgezien¹¹⁹.

6.4.5 APZ Beileroord

De *nadere motivering* van Beileroord werd op 1 oktober 1987 aan de staatssecretaris gezonden.

Begonnen wordt met een beschouwing over de ontwikkeling van het verzorgingsgebied van Beileroord als gevolg van de vaststellingsbesluiten. Verwezen wordt naar de motivering van de staatssecretaris dienaangaande. Beileroord zegt niet te begrijpen wat door WVC onder "de autonomie van de regio" wordt verstaan. Ook brengt de staatssecretaris naar het oordeel van dit APZ onvoldoende tot uitdrukking waarom een rol voor Beileroord en/of Licht en Kracht in Friesland deze autonomie geweld zou aandoen.

Voorts wordt gesteld dat uitvoering van de plannen leidt tot een situatie waarin een groot aantal bedden in Drenthe moet verdwijnen om plaats te maken voor nieuw te bouwen capaciteiten in Friesland. Ten gevolge daarvan daalt dan het aantal bedden in de Drentse APZ-en tot een zodanig aantal dat, althans naar het oordeel van de staatssecretaris, er geen sprake meer kan zijn van twee zelfstandig functionerende voorzieningen. Tegelijkertijd voorzien de plannen in een nieuw APZ in Friesland waarvan *het aantal bedden aanzienlijk achterblijft* bij het gereduceerde aantal van elk van de Drentse instellingen.

Beileroord vraagt tevens aandacht voor de passage betrekking hebbend op het gebruik van de bedden in het nieuw op te richten APZ. In het vaststellingsbesluit voor Friesland wordt gesteld dat 70 chronische patiënten vanuit Licht en Kracht en Beileroord moeten worden overgeplaatst, behalve wanneer dat op onoverkomelijke bezwaren stuit. *"De staatssecretaris geeft hier dus zelf reeds aan dat het door hem voorgestelde beleid in de praktijk wel eens niet zou kunnen worden gerealiseerd"*.

Ook in dit geval wordt uitvoerig stilgestaan bij het verschil in benadering van de Groningse problematiek enerzijds en de Fries-Drentse problemen anderzijds. De volgende passage uit het beroepsschrift van Beileroord verduidelijkt deze opvattingen: *"Bovendien is in het licht van het bovenstaande merkwaardig dat voor wat betreft de provincies Groningen en Drenthe wel wordt geaccepteerd dat een instelling in Drenthe patiënten verzorgt, afkomstig uit Groningen. Hier geldt kennelijk de autonomie van de provincie Groningen, in tegenstelling tot Friesland, niet"*.

Vervolgens wordt ook in dit beroepsschrift ingegaan op de besluiten van de staatssecretaris, die inhouden dat de APZ-en Licht en Kracht en Beileroord als één APZ worden beschouwd. Dit impliceert naar het oordeel van Beileroord dat de staatssecretaris in feite heeft gekozen voor *gedeeltelijke sluiting* van beide instellingen.

Herhaald wordt dat het merkwaardig is dat een instelling, die zich in de afgelopen periode heeft kunnen ontwikkelen tot een volwaardig APZ en over een goed gebouwenbestand beschikt, (gedeeltelijk) moet worden gesloten, teneinde op die wijze de weg voor een APZ in zuidoost-Friesland vrij te kunnen maken.

Beileroord protesteert tegen de voorgestelde reductieplannen, die nog verder gaan dan in het provinciale ontwerpplan voorgesteld. Door de geleidelijke toename van het aantal patiënten dat een langdurige behandeling behoeft enerzijds en de voorgestelde reductie anderzijds, resteren *te weinig bedden* voor de kortdurende behandel-functies. Beileroord is op die wijze niet meer in staat voor deze categorie patiënten een acceptabele behandeling te garanderen en dat leidt weer tot *verlies aan expertise* in dit APZ.

Het APZ is van oordeel dat het verlies aan mogelijkheden voor de kortdurende behandeling niet kan worden gecompenseerd door de PAAZ-en. Deze afdelingen zijn, in tegenstelling tot hetgeen de staatssecretaris meent, onvoldoende geëquipeerd voor een a-select opnamebeleid. De redenering van de staatssecretaris betreffende de komst van een MFE in Emmen heeft ook binnen Beileroord geleid tot onbegrip. De staatssecretaris heeft niet willen instemmen met de oprichting van een MFE, bestaande uit 24 klinische en 16 dagbehandelingsplaatsen van dit APZ en 16 klinische en 8 dagbehandelingsplaatsen vanuit de PAAZ te Emmen, omdat de norm van 48 klinische plaatsen in die benadering niet zou worden bereikt. *“Uiterst merkwaardig is echter dat de staatssecretaris vervolgens besluit tot vaststelling van één MFE, uitgaande van de reeds bestaande PAAZ bij het Schepersziekenhuis te Emmen van 26 klinische en 16 dagbehandelingsplaatsen. Hier wordt derhalve noch de norm voor klinische- noch de norm voor dagbehandelingsplaatsen gehaald”*.

In dit onderdeel van het beroepsschrift wordt er voor alle duidelijkheid ook nog eens op gewezen dat Beileroord helemaal geen plannen heeft om een MFE te ontwikkelen náást die van het Schepersziekenhuis, maar juist in dit deel van de provincie de samenwerking met de GGZ-partners heeft willen zoeken.

Vervolgens gaat Beileroord in op de redenering van de staatssecretaris met betrekking tot de functie van de PAAZ in het Diakonessenhuis te Meppel. In het ontwerpplan van de provincie wordt een PAAZ met 16 bedden en 8 dagbehandelingsplaatsen voorgesteld zonder dat deze oplossing gevolgen voor Beileroord heeft. In de vaststellingsbesluiten wordt hiervan afgeweken, omdat deze capaciteit onvoldoende voor een a-select opnamebeleid wordt geacht. *“Gesteld is reeds dat een PAAZ niet in staat moet worden geacht tot een a-selectie opname, doch cliënte kan niet inzien dat een capaciteit van 19 plaatsen dan wel voldoende zou zijn”*.

Het beroepsschrift sluit af met een tweetal algemene opmerkingen. In de eerste plaats wordt er op gewezen dat in de bestreden besluiten op geen enkele wijze wordt ingegaan op de adviezen van het CvZ. In de tweede plaats wordt ook door dit APZ melding gemaakt van de aanzienlijke (negatieve) gevolgen voor de werkgelegenheid in Drenthe¹²⁰.

6.4.6 Categoriele instellingen (Ruyterstee en 't Ruige Veld)

Ik zal in deze paragraaf enige aandacht schenken aan de opvattingen van de categoriale psychiatrische ziekenhuizen (CPZ-en), werkzaam op het terrein van de kinderen jeugdpsychiatrie.

Ik doe dat ondanks het feit dat ik bij de bespreking van de ontwerpplannen en de vaststellingsbesluiten nauwelijks op deze voorzieningen ben ingegaan. De inhoud van een deel van de beroepsschriften is echter interessant genoeg om bij stil te staan. Op deze plaats volsta ik met deze constatering.

Ik beperk mij aangaande het categoriale circuit tot het beroepsschrift van de Ruyterstee, aangezien ik dat representatief acht voor de opvattingen uit het veld van de kinder- en jeugdpsychiatrie.

Het aanvullend beroepsschrift van de Ruyterstee werd op 1 februari 1988 aan de staatssecretaris gezonden. Begonnen wordt met een uiteenzetting van de functie die de instelling binnen de drie noordelijke provincies vervult. Aansluitend wordt aandacht besteed aan de opvattingen van zowel het CvZ als de staatssecretaris met betrekking tot de *interprovinciale afstemming*. Uit het beroepsschrift blijkt dat deze afstemming weliswaar onvoldoende kan worden genoemd, maar dat de mogelijkheden daartoe in een volgend stadium wel degelijk aanwezig mochten worden verondersteld. Deze opvatting valt ook uit het advies van het CvZ op te maken, maar de staatssecretaris heeft dat advies niet willen overnemen. De Ruyterstee verwijst naar het ontwerpplan van de provincie Drenthe, waarin – naar het oordeel van deze instelling terecht – wordt gesteld dat de kinder- en jeugdpsychiatrische ziekenhuizen bovenprovinciale functies vervullen en dat daarom uitgegaan zou moeten worden van een verzorgingsgebied bestaande uit de provincies Groningen, Friesland, Drenthe en Overijssel. Vergelijking van het normatief te bepalen en het werkelijk aanwezige aantal bedden in deze provincies leidt tot de conclusie dat er *nauwelijks sprake* is van verschillen. In het ontwerpplan van de provincie Drenthe wordt onder ogen gezien dat de spreiding van de beschikbare 181 plaatsen niet geheel overeenstemt met de aantallen, die op grond van bevolkingsaantallen per provincie kunnen worden berekend. In navolging van de provincie stelt de Ruyterstee echter dat een verdergaande spreiding van het aantal plaatsen op *zorginhoudelijke bezwaren* stuit. Er wordt op gewezen dat het CvZ deze opvattingen deelt. Desondanks heeft de staatssecretaris gemeend af te moeten wijken van de ontwerpplannen van de provincies en de instelling is van oordeel dat deze afwijking niet terecht is. De staatssecretaris had bij afweging van de betrokken belangen niet in redelijkheid tot het besluit kunnen komen, casu quo heeft gehandeld in strijd met diverse in het algemeen rechtsbewustzijn levende beginselen van behoorlijk bestuur. Zo wordt de opvatting dat het beleid op het terrein van de kinder- en jeugdpsychiatrie gestoeld is op de principes van de regionalisatie bestreden. Het is in elk geval geen doorslaggevend criterium, zo stelt de instelling in het beroepsschrift. De staatssecretaris heeft al lang geleden een nota in het vooruitzicht gesteld waarin de beleidsuitgangspunten zullen worden verwoord. Aangenomen wordt dat in deze nota de opvattingen van de Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid zullen worden

overgenomen, welke inhouden dat *“de voorzieningen voor kinder- en jeugdpsychiatrie bovenprovinciaal, dan wel supraregionaal worden geplanned”*.

De Ruyterstee maakt tevens melding van de specifieke functie van 't Ruige Veld, een instelling die zich vooral richt op de behandeling van zwakzinnige kinderen met een psychiatrische stoornis. Het meetellen van de capaciteit van deze instelling zonder rekening te houden met de specifieke functie kan gemakkelijk leiden tot verkeerde conclusies. De reductie van de capaciteit van de Drentse categoriale instellingen, ten behoeve van de uitbreiding van het aantal bedden/plaatsen in Friesland, leidt tot een zodanige aantasting van het *draagvlak* dat de kwaliteit en de rentabiliteit bij de uiteindelijk resterende schaal ernstig zullen worden aangetast. *“Appellante zou in haar voortbestaan worden bedreigd indien haar capaciteit zou worden gereduceerd, terwijl in elk geval de kwaliteit van haar zorg zou worden aangetast”*.

In het beroepsschrift wordt aandacht gevraagd voor een aantal *tegenstrijdigheden* dat in de vaststellingsbesluiten kan worden geconstateerd. Zo wordt geattendeerd op het feit dat in een onderdeel van de besluiten melding wordt gemaakt van de oprichting van de eerste fase van een kliniek voor kinder- en jeugdpsychiatrie met 36 plaatsen in Groningen/Drenthe, terwijl uit een andere passage van deze besluiten moet worden afgeleid dat het gaat om de eerste fase van een dergelijke kliniek in Overijssel. Ook wordt gewezen op het feit dat in de vaststellingsbesluiten bij voortdurend wordt gesproken over het plangebied Groningen waar kennelijk het plangebied Drenthe wordt bedoeld.

De Ruyterstee deelt de kritiek van het CvZ aangaande het gebrek aan samenhang en stelt daarom voor de plannen te *vernietigen*. Door middel van een nieuwe aanwijzing dient dan alsnog een samenhangend geheel van voorzieningen te worden ontwikkeld.

Er wordt gewezen op een aantal onduidelijkheden in de vaststellingsbesluiten. *“Er bestaat onduidelijkheid omtrent het gebied Meppel (. . .). In de toelichting bij de afwijking ‘Vaststelling capaciteit categoriaal psychiatrische ziekenhuizen voor kinderen en jeugdigen in de regio Groningen/Drenthe’ wordt vermeld dat ten aanzien van de planning van de basisfuncties van CPZ-en voor kinderen en jeugdigen de gezondheidsregio Groningen/Drenthe als één verzorgingsgebied wordt beschouwd. Die constatering lijkt echter in strijd [met] de eerder in die toelichting voorkomende passage, inhoudende dat met het uitgangspunt, zoals in het ontwerpplan geformuleerd, dat kinder- en jeugdpsychiatrische voorzieningen in de provincie Groningen kan worden ingestemd.*

Volstrekt onduidelijk (. . .) is de positie van de afdeling kinder- en jeugdpsychiatrie bij het Academisch Ziekenhuis Groningen (. . .) (AZG). De toelichting vermeldt (. . .) slechts dat deze afdeling thans nog aanwezig is doch niet gecontinueerd kan worden als onderdeel van het AZG.

Wat dan wel met deze afdeling zou dienen te geschieden, met welke capaciteit (in geval van voortzetting op een andere basis) wordt gerekend en of een eventuele dergelijke capaciteit ook wordt toegerekend aan de provincies Overijssel en Friesland blijft geheel onduidelijk”.

Tenslotte wordt ingegaan op de opvatting van de staatssecretaris waaruit blijkt dat deze niet instemt met de voorgenomen oprichting van een polikliniek ten behoeve van het ziekenhuis. Duidelijk wordt dat dit voornemen weliswaar bestond op het moment van opstelling van de ontwerpplannen, maar dat dit in de periode liggend tussen de ontwerpplannen en vaststellingsbesluiten heeft geleid tot het in gebruik nemen van deze voorziening. *“De staatssecretaris heeft voorts, klaarblijkelijk, over het hoofd gezien dat hij de door appellante opgerichte polikliniek inmiddels reeds heeft erkend (. . .). Onder die omstandigheid is het besluit van de staatssecretaris onjuist en onbegrijpelijk. Zulks geldt temeer nu een polikliniek een normale voorziening is bij een psychiatrisch ziekenhuis”*¹²¹.

6.4.7 Lucas Ziekenhuis (Oost-Groningse ziekenhuizen)

De beroepsschriften van dit ziekenhuis gedateerd 8 oktober 1987 en die van de overige algemene ziekenhuizen uit oost-Groningen vertonen grote verwantschap. Verwezen wordt naar de rapportage van de Provinciale Raad voor de Volksgezondheid, die ook reeds in het beroepsschrift van Groot Bronswijk werd besproken. In dat rapport wordt bepleit de planningsruimte ten behoeve van de PAAZ-en vooralsnog te *reserveren*. Aangenomen wordt dat op korte termijn duidelijkheid over de vormen van samenwerking tussen de algemene ziekenhuizen en Groot Bronswijk, dus ook over de benutting van deze ruimte, zal ontstaan.

Ook volgens de algemene ziekenhuizen vervult de PUK van het Academisch Ziekenhuis in Groningen *nauwelijks een functie* voor de patiënten met psychische problemen afkomstig uit oost-Groningen. Mede daarom wordt het nut van extra PAAZ-bedden in de stad Groningen betwijfeld. Om die redenen wordt de oprichting van een PAAZ in het Diakonessenhuis in de stad Groningen unaniem van de hand gewezen¹²².

6.4.8 De Lage Kamp

De Lage Kamp verzond het beroepsschrift op 25 augustus 1987. Deze beschermende woonvorm maakt daarin bezwaar tegen het feit dat *“de uitsluiting van de gemeenten Roden, Peize, Eelde en Zuidlaren van het plangebied Drenthe van de regio Groningen/Drenthe niet correspondeert met vermelding van opname in het plangebied Groningen van de regio Groningen/Drenthe”*¹²³.

6.4.9 Ziekenfonds Drenthe/Noord-Overijssel (DNO)

Het laatste beroepsschrift waaraan ik aandacht zal besteden werd ingediend door het ziekenfonds DNO te Meppel. Het aanvullend beroepsschrift, waarin de argumentatie werd opgenomen, is gedateerd 22 januari 1988.

Begonnen wordt met een verwijzing naar de aanwijzingen zoals die door de staatssecretaris aan de drie noordelijke provincies zijn gegeven. Met name wordt ingegaan op de passage waarin aandacht wordt gevraagd voor de *noodzakelijke afstemming*. Naar het oordeel van het ziekenfonds staat vast dat daaraan door de provincies te weinig aandacht is geschonken.

Deze conclusie is, zoals in het beroepsschrift wordt geconstateerd, ook door het CvZ getrokken en heeft geleid tot de conclusie dat ongewijzigde vaststelling van de drie afzonderlijke ontwerpplannen niet tot de mogelijkheden behoort. Naar de mening van het CvZ had in een *aanvullende procedure* moeten worden voorzien, een constatering waarmee door het ziekenfonds wordt ingestemd.

De staatssecretaris heeft de adviezen van het CvZ genegeerd en wijzigingen aangebracht *“die de reeds door het College voor Ziekenhuisvoorzieningen gesignaleerde overwegende bezwaren hebben verergerd”*.

Omdat de provinciale plannen onderling in onvoldoende mate zijn afgestemd en deze afstemming door de besluiten van de staatssecretaris bepaald niet is verbeterd, is er sprake van een viertal *ernstige bezwaren* van de kant van het ziekenfonds tegen de vaststellingsbesluiten; ik vat deze hierna samen.

- Uitvoering van de besluiten leidt tot een zeer aanzienlijke kapitaalvernietiging;
- Uitvoering leidt tot een zeer groot kwaliteitsverlies;
- Er ontstaan teveel PAAZ-bedden ten koste van de APZ-capaciteit;
- De veranderingen kunnen onmogelijk binnen de planperiode worden gerealiseerd.

De *kapitaalvernietiging* hangt samen met het feit dat Beileroord in de jaren voorafgaande aan de vaststellingsbesluiten volledig is “vernieuwbouwd”, en ook Licht en Kracht grotendeels is gehuisvest in zeer recent tot stand gekomen gebouwen. Het *kwaliteitsverlies* wordt als volgt beargumenteerd. Als op korte termijn geen functie meer voor de kortdurende behandeling van patiënten van buiten de provincie kan worden uitgeoefend, ontstaat er een onevenwichtige situatie in de verhouding short-stay (uitsluitend voor Drenthe) en long-stay bedden (tijdelijk ook nog voor Friesland). De APZ-en zullen dan onmogelijk in staat zijn met gebruikmaking van de overblijvende bedden voor kortdurende behandeling de patiënten die daartoe worden aangemeld de juiste zorg te bieden.

Door het wegvallen van een belangrijk stuk van het draagvlak van Licht en Kracht moet volgens DNO tevens rekening worden gehouden met een ernstig kwaliteitsverlies, omdat *“dientengevolge ernstig afbreuk zou worden gedaan aan de vooraanstaande plaats van dit APZ, onder meer blijkend uit het feit dat dit APZ een grote A-opleiding en een grote poliklinische functie heeft, terwijl voorts onvoldoende draagvlak zou dreigen te bestaan om (. . .) een forensisch psychiatrische kliniek op te richten”*.

Ook het ziekenfonds gaat in op het, kennelijk bij de staatssecretaris aanwezige, *misverstand* betreffende de oprichting van een MFE te Emmen. Voorts wordt in dat kader een vraagteken geplaatst bij de opvatting van de staatssecretaris dat in een PAAZ *a-select* moet worden opgenomen.

De uitbreiding van het aantal PAAZ-bedden in Meppel van 16 tot 19 wordt ongewenst geacht, omdat daarmee indirect de APZ-capaciteit – zoals ook reeds eerder tot uitdrukking gebracht – onnodig wordt aangetast. Het ziekenfonds maakt vervolgens duidelijk dat in grote lijnen kan worden ingestemd met de opvattingen uit het ontwerpplan, aangaande de kinder- en jeugdpsychiatrie. Het uitgangspunt dient

te zijn dat deze voorzieningen een bovenprovinciale functie vervullen. Om *zorginhoudelijke en doelmatigheidsredenen* is het niet wenselijk tot spreiding van deze voorzieningen over te gaan. DNO sluit aan bij de opvattingen van het CvZ en stelt dus voor geen wijziging in de bestaande situatie aan te brengen. Ook door DNO wordt gewezen op de specifieke functie van 't Ruige Veld, de instelling die zich richt op de behandeling van zwakzinnige kinderen met psychiatrische stoornissen en als zodanig een landelijke, in elk geval bovenprovinciale, functie vervult¹²⁴.

6.5 Opvattingen van het College voor Ziekenhuisvoorzieningen

Zoals in deze studie al diverse keren werd opgemerkt, vervult het CvZ een belangrijke adviesrol in het kader van de WZV. Deze rol krijgt niet alleen inhoud door het uitbrengen van specifieke adviezen, zoals dat bij de opstelling van de ontwerpplannen is gebeurd. Het CvZ is, zoals bekend, ook betrokken bij de opstelling van de richtlijnen ex artikel 3 WZV en de bouwnormen ("voor het bouwen van een bepaalde voorziening moet worden uitgegaan van x m² per bed tegen een prijs van y gulden"). Voorts brengt het CvZ met een zekere regelmaat rapporten uit, die direct of indirect van betekenis zijn voor de uitvoering van de WZV.

Het CvZ gaat in de jaarverslagen vaak uitvoerig in op de werkzaamheden die in het hiervoor kort weergegeven kader zijn verricht. Het zal niemand verbazen dat de WZV in het algemeen en de vaststellingsbesluiten van de staatssecretaris in het bijzonder in deze jaarverslagen uitgebreid worden becommentarieerd. In het jaarverslag van 1986 wijst het CvZ op het belang van de interprovinciale afstemming in algemene zin. Bij het ontbreken van provinciale plannen dreigt naar het oordeel van het CvZ een zodanige situatie te ontstaan dat de prioriteitenlijsten de rol van deze plannen gaan overnemen, terwijl daarvoor de wettelijke grondslag ontbreekt. In hetzelfde verslag wordt geconstateerd dat de provincies een grote vrijheid wordt gelaten in de opzet van het plan. "*Het plan kan thans variëren van een globaal plan zonder financieel kader tot een gedetailleerd plan met financieel kader*".

Vervolgens wordt nader ingegaan op de psychiatrieplannen in het noorden des lands. Samengevat treffen wij in het verslag van het CvZ nog eens de *probleempunten* ten aanzien van deze plannen aan. De knelpunten blijken betrekking te hebben op de spreiding van capaciteiten van zowel de APZ- als de categoriale voorzieningen, het object van planning en de toedeling van de capaciteit van de PUK. Uit contacten die door medewerkers van het CvZ met de provinciale griffies werden onderhouden is – zo wordt in het jaarverslag geconstateerd – de *bereidheid om tot een verdere afstemming* van beleidsvoornemens te komen in voldoende mate gebleken. Op pragmatische gronden zou voor de korte termijn uitgegaan kunnen worden van de bestaande capaciteiten van de Drentse APZ-en. Overwogen zou in dat verband voorts kunnen worden de mogelijkheden tot een *intensivering van de samenwerking* in kaart te brengen¹²⁵.

In het jaarverslag over 1987, het jaar waarin de vaststellingsbesluiten werden gepubliceerd, staat het CvZ uitvoerig stil bij de wijze waarop de staatssecretaris tot deze

besluiten is gekomen. Het CvZ stelt vast dat de vaststellingsbesluiten voor de psychiatrieplannen gedetailleerder zijn dan voor de overige categorieën voorzieningen waarvoor inmiddels plannen werden vastgesteld. Het CvZ noemt dit opmerkelijk in het licht van *“het streven om de plannen zelf globaler en flexibeler van opzet te maken en de verdere besluitvormingsinvulling over te laten aan de WZV-procedure voor de vergunningverlening”*.

Aangaande de vaststellingsbesluiten voor het noorden des lands stelt het CvZ vast dat deze aanzienlijk verder gaan dan nodig is voor de oplossing van de afstemmingsproblemen die het College in zijn advisering aangaf. Geconcludeerd wordt dat planonderdelen op een zodanige wijze zijn veranderd dat deze *niet langer overeenstemmen* met de richtlijnen ex artikel 3 van de WZV¹²⁶.

In het jaarverslag over 1988 gaat het CvZ in op het ontwerpplan psychiatrie voor de provincie Noord-Holland. Geconstateerd wordt dat in deze provincie meer gebruik van psychiatrische voorzieningen wordt gemaakt dan in de rest van het land. De aanwezige capaciteit ligt ver boven de beddenaantallen die op grond van de geldende richtlijnen kunnen worden berekend. Desondanks is het CvZ van oordeel dat moet worden ingestemd met het voorstel van het provinciaal bestuur om op korte termijn (gedurende het tijdvak waarop het plan betrekking heeft) *geen veranderingen in de capaciteit aan te brengen*. De mogelijkheden om vervangende voorzieningen op het gebied van de GGZ tot stand te brengen zijn naar het oordeel van de provincie en het CvZ afhankelijk van de bereidheid van de rijksoverheid voldoende financiële middelen beschikbaar te stellen.

Het College brengt hier dus tot uitdrukking dat de benadering van de regionale problematiek gebaseerd dient te zijn op een *weloverwogen analyse* van de mogelijkheden om veranderingen door te voeren en niet dienen te steunen op een bijna neurotische hantering van de geldende (mogelijk onjuiste) planningsrichtlijnen¹²⁷.

In het jaarverslag over 1989 maakt het CvZ melding van een verschil van inzicht tussen de staatssecretaris en het CvZ. Eerstgenoemde is van oordeel dat het systeem is vastgelopen, omdat de regelgeving te ver is doorgeschoten.

Het CvZ is daarentegen van mening dat het beleid is vastgelopen in verband met de spanning tussen het macro en micro beleid. In hetzelfde verslag stelt het CvZ dat het noodzakelijk is de planningsnormen nog eens kritisch te bezien en te beoordelen op hun realiteitsgehalte. Voorts wordt gewezen op een *dagelijks dilemma* voor de bewindslieden van WVC. Enerzijds kunnen de signalen aangaande de zorginhoud niet worden betwist, anderzijds is duidelijk dat het kabinet geen extra middelen beschikbaar wenst te stellen¹²⁸.

6.6 Samenvatting en conclusies ten aanzien van hoofdstuk 6

In de fase voorafgaande aan de besluitvorming door de staatssecretaris werden door de provincie Drenthe en verschillende instellingen krachtige signalen afgegeven, die wezen op ongenoegen aangaande de voornemens van de staatssecretaris. Daaruit

kon worden afgeleid dat voor de opvattingen van het rijk geen enkel draagvlak bestond. Zo werd tot uitdrukking gebracht dat het niet juist zou zijn wanneer het rijk de provinciale planning “over zou doen”. Ook werd duidelijk gemaakt dat door de directie planning en bouw de verwachting was gewekt dat de plannen op onderdelen nog bijgesteld zouden kunnen worden. Uit de vaststellingsbesluiten die in de Staatscourant werden gepubliceerd bleek deze bereidheid echter op geen enkele wijze. De staatssecretaris week op cruciale onderdelen af van de ontwerpplannen. Zo zou het aantal APZ-bedden in korte tijd zeer aanzienlijk moeten worden gereduceerd, was onder meer besloten tot de oprichting van een zelfstandig APZ voor zuidoost-Friesland en werd het initiatief om te komen tot de oprichting van MFE-en bij de algemene ziekenhuizen gelegd.

De instellingen reageerden furieus en gingen massaal in beroep bij de kroon. In de verschillende beroepsschriften werd naar voren gebracht dat de staatssecretaris op een onjuiste wijze van zijn bevoegdheden gebruik maakte, door eigenmachtig het initiatief over te nemen.

De vaststellingsbesluiten zijn door de appellanten rommelig, op onderdelen tegenstrijdig en weinig realistisch genoemd. Zo werd betwijfeld of het mogelijk zou zijn te komen tot de voorgestelde reducties, wanneer niet tegelijkertijd de oprichting van vervangende voorzieningen elders zou zijn gegarandeerd.

Voorts werd in vrijwel alle beroepsschriften melding gemaakt van kapitaalvernietiging op grote schaal en van dreigend kwaliteitsverlies in de bestaande instellingen, door het wegvallen van een deel van het draagvlak, dat nodig is voor het instandhouden van “kwalitatieve extra’s”.

Ook het CvZ maakte in een aantal opeenvolgende jaarverslagen duidelijk de vaststellingsbesluiten voor het noorden des land niet te kunnen waarderen.

De staatssecretaris had voor bepaalde onderdelen een nieuwe aanwijzing moeten geven. Met de genomen besluiten zou geen bijdrage geleverd worden aan het verbeteren van de situatie. De staatssecretaris is dan ook aanzienlijk verder gegaan dan nodig zou zijn geweest om het gebrek aan samenhang te verbeteren en handelde daarmee in strijd met de richtlijnen ex artikel 3.

Uit het standpunt van het CvZ is nog eens gebleken dat de WZV bedoeld is om aan te geven hoe vanuit de uitgangssituatie, de gewenste – via een overgangstraject – kan worden bereikt. Het is daarbij de verantwoordelijkheid van de provincies de ontwerpplannen op een zodanige wijze op te stellen dat duidelijk wordt “hoe en wanneer”. De provincie kan daarbij kiezen uit een globale dan wel een gedetailleerde opzet. Het CvZ heeft er tenslotte op gewezen dat de vaststellingsbesluiten voor de sector GGZ aanzienlijk gedetailleerder zijn dan voor de overige sectoren het geval is.

7 Ambtsbericht van WVC en de discussie over de totstandkoming van het tweede APZ in Zuidoost Friesland.

7.1 Inleiding

Na de indiening van de verschillende beroepsschriften bestond bij de betrokken instellingen unaniem de verwachting dat deze spoedig daarna door de Raad van State in behandeling zouden worden genomen. Dat is niet gebeurd¹. Op het moment van afsluiting van dit deel van deze studie (medio 1993) zijn sedert de indiening van de beroepsschriften ruim 5 jaar verstreken, zonder dat uitspraken aangaande de inhoud van de beroepsschriften zijn gedaan. Dat kan gemakkelijk tot de conclusie leiden dat er op het gebied van de planning van de GGZ-voorzieningen in het noorden van het land in de tussenliggende periode weinig tot niets is gebeurd. Ook dat is niet het geval. Rondom de ontwerpplannen en de vaststellingsbesluiten is een min of meer eigenstandig traject ontstaan dat mede bepalend is geweest voor de voortgang van de veranderingen op het gebied van de noordelijke GGZ. Ik kom hierop nog terug.

Om een goed inzicht te geven in deze gang van zaken volgt eerst in 7.2 en 7.3 een bespreking van het ambtsbericht dat door WVC ter voorbereiding op de Raad van State-procedures werd opgesteld. In 7.4 zal ik mij concentreren op het spel dat door de verschillende actoren in diverse arena's is opgevoerd met betrekking tot de oprichting van een tweede APZ in zuidoost-Friesland (al dan niet onderbroken door de voorbereiding voor een aantal MFE-en), in 7.5 de balans opmaken, waarna in 7.6 de samenvatting volgt.

7.2 Ambtsbericht van WVC

7.2.1 Algemeen

In het ambtsbericht wordt gesteld dat de ontwerpplannen van de drie noordelijke provincies op een groot aantal punten een *gebrek aan samenhang* vertonen. Het

¹ Kort voor het definitief afsluiten van deze studie heeft de Raad van State de beroepsschriften in behandeling genomen. Op 27 mei 1993 vond een langdurige zitting plaats, waar een groot aantal aanwezigen nog eens duidelijk maakte de plannen van de overheid niet te kunnen waarderen. Namens de staatssecretaris werden aan de kinder- en jeugdpsychiatrische ziekenhuizen toezeggingen gedaan, die continuering van de huidige situatie impliceren. De overige instellingen en instanties zullen de uitkomst van de verdere beraadslagingen van de Raad moeten afwachten. Op grond van de huidige inzichten worden voor het voorjaar van 1994 geen uitspraken verwacht.

belangrijkste geschilpunt betreft de voorstellen met betrekking tot zuidoost-Friesland. Terwijl de provincie Friesland lijkt uit te gaan van een tijdelijke rol voor het APZ Licht en Kracht wordt door de provincie Drenthe de gehele regio zuid-Friesland permanent aan Licht en Kracht toebedeeld. WVC maakt attent op de NIPO-nota van de drie noordelijke provincies van 1982, waarin voorstellen voor de lange termijn werden ontwikkeld. Gegeven het gebrek aan afstemming tussen de onderscheiden ontwerpplannen heeft deze nota voor het departement een rol vervuld².

Al bij de ontvangst van het ontwerpplan van Groningen blijkt te zijn overwogen om met de vaststelling van dat plan niet te wachten op de ontvangst van de plannen voor de overige provincies. Het CvZ heeft er echter voor gepleit de ontwerpplannen niet afzonderlijk te beoordelen, maar *in onderlinge samenhang* te bezien.

Geconstateerd wordt dat ook het CvZ heeft gewezen op het gebrek aan samenhang en daarom heeft voorgesteld de plannen *gedeeltelijk* vast te stellen. Om een eind te maken aan de al jaren durende onzekerheid heeft de staatssecretaris echter besloten tot *gewijzigde* vaststelling van de plannen. *“Het spreekt voor zich dat daarbij knopen moesten worden doorgemaakt op punten waar de provincies niet tot onderlinge afstemming waren gekomen. Daarbij is volledig tegemoet gekomen aan de kritische opmerkingen van het CvZ”*.

Er wordt op gewezen dat de concept-besluiten nog wel eerst zijn toegezonden aan de provincies en dat ambtelijk overleg heeft plaatsgevonden met Groningen en Drenthe en dat voorts van gedachten is gewisseld met de gedeputeerde van de provincie Drenthe, omdat binnen die provincie sprake was van een *concentratie van knelpunten*. Uit dat overleg heeft het ministerie, zoals blijkt uit het ambsbericht, geconcludeerd dat op de belangrijkste punten *overeenstemming* over het vaststellingsbesluit kon worden bereikt.

In het algemene gedeelte van het ambsbericht wordt toegegeven dat de vaststellingsbesluiten aanleiding tot *misverstanden* hebben gegeven. Deze hebben vooral betrekking op het al dan niet doorvoeren van reducties, het tempo waarin de departementale visie zou moeten worden uitgevoerd en de passages aangaande de kinderen jeugdpsychiatrie. Ook wordt opgemerkt dat de vaststellingsbesluiten *onvolkomenheden* van administratief-technische aard bevatten.

De staatssecretaris toont zich graag bereid deze te herstellen, maar geeft er de voorkeur aan daarmee te wachten tot de beroepsprocedures zijn afgewikkeld. De laatste algemene opmerking betreft de kritiek op de afwijking van de richtlijnen zoals die op het moment van planvaststelling golden. Deze constatering is volgens de bewindsman correct. *“Inmiddels is een adviesaanvraag gezonden aan het CvZ waarin wordt voorgesteld de richtlijnen zodanig aan te passen dat de desbetreffende bij de planvaststelling aangebrachte wijzigingen daarmee overeen komen”*.

² Opvallend is dat WVC bepaalde onderdelen uit deze gemeenschappelijke nota gebruikt ter onderbouwing van het ambsbericht, terwijl andere passages, zoals bijvoorbeeld de stelling dat in het aantal APZ-en geen verandering dient te komen, worden veronachtzaamd.

7.3 Reacties op de beroepsschriften

7.3.1 Provincie Drenthe

Vervolgens gaat de staatssecretaris in het ambtsbericht in op de diverse beroepsschriften. Begonnen wordt met een behandeling van het beroepsschrift van de provincie Drenthe. De opvatting van de provincie dat de afwijkingen van het ontwerpplan onvoldoende zijn gemotiveerd wordt niet gedeeld. Bij de afwijkingen zijn de argumenten waarom daartoe is besloten meer of minder aangegeven. De staatssecretaris meent dat deze argumentatie *voldoende* is om de besluiten te kunnen dragen en trekt daaruit de conclusie dat het bezwaar van de provincie ten onrechte is gemaakt. Wel wordt gesteld dat een motivering had moeten worden gegeven in plaats van een toelichting. De staatssecretaris betreurt het dat deze toelichting kennelijk de provincie niet heeft kunnen overtuigen.

Ook de opvatting van de provincie, inhoudende dat de staatssecretaris zijn bevoegdheid om af te wijken van de WZV nogal ruim heeft geïnterpreteerd, wordt niet overgenomen. De tekst van de wet bevat *geen beperkingen* ten aanzien van de afwijkingsmogelijkheden, maar stelt slechts een motiveringsplicht. De WZV kent aan de provincie een belangrijke functie toe, maar *“er kan evenwel geen twijfel over bestaan wie krachtens de wet het laatste woord heeft, namelijk de minister”*.

De staatssecretaris is wel van oordeel dat afwijkingen zo veel mogelijk moeten worden voorkomen. Hij heeft daarom de provincies in de aanwijzing verzocht zelf de nodige afstemming te bewerkstelligen. Omdat dat niet is gebeurd en samenhang tussen de plannen wel van het grootste belang werd geacht, heeft de staatssecretaris daartoe zelf de nodige stappen ondernomen. Het beroep moet op dat onderdeel dan ook niet ontvankelijk worden verklaard.

Het volgende gedeelte van het ambtsbericht betreft een aantal *specifieke bezwaren* dat door de provincie Drenthe is gemaakt. Begonnen wordt met een bespreking van de gevolgen voor Licht en Kracht van het beëindigen van een functie voor zuidoost-Friesland. Als reactie op het door de provincie genoemde bezwaar, met betrekking tot het ontbreken van een termijn waarbinnen de verschillende plannen moeten worden uitgevoerd, stelt de bewindsman: *“Het ontbreken van een termijn en een fasering in het plan heeft tot gevolg dat het tempo waarin het plan wordt gerealiseerd zal afhangen van de mate waarin initiatieven tot stand komen ter uitvoering van het plan. (. . .) Het is uiteraard niet de bedoeling dat de in het plan aangegeven reducties (. . .) plaatsvinden voordat de vervangende voorzieningen tot stand zijn gekomen”*.

Aansluitend wordt toegegeven dat de argumentatie om het verzorgingsgebied van Licht en Kracht te beperken in het Drentse plan ontbreekt. De staatssecretaris is wel van oordeel dat in het Friese plan voldoende is gemotiveerd waarom in zuidoost-Friesland een APZ tot stand moet worden gebracht. Omdat er sprake is van samenhang tussen de verschillende plannen had de provincie dus van de argumentatie op de hoogte kunnen zijn door het Friese plan te raadplegen.

Vervolgens wordt ingegaan op de grieven van de provincie aangaande het ontbreken van een *fasering* met betrekking tot de capaciteitsreductie als zodanig. Opnieuw stelt

de staatssecretaris dat het tempo wordt bepaald door de ontwikkelingen elders. Hij voegt er aan toe dat het in dat kader van groot belang is welke feitelijke mogelijkheden er ten aanzien van het overplaatsen van het chronische bestand zullen ontstaan. Lukt het, ondanks de naar het oordeel van het departement realistische verwachting, niet om substantiële aantallen patiënten naar Friesland over te plaatsen, dan betekent dat automatisch een aanpassing van de planning. Hij deelt de visie van de provincie dan ook niet dat de fasering niet is gemotiveerd en dat tegelijkertijd zonder nadere argumentatie is afgeweken van de reductievoorstellen van de provincie.

Tenslotte wordt in dit verband in het ambtsbericht opgemerkt dat de extra reductie-maatregelen en de verdergaande spreidingsvoorstellen rechtstreeks voortvloeien uit de richtlijnen.

Ingegaan wordt op de stelling van de provincie Drenthe dat Beileroord en Licht en Kracht ten onrechte als één APZ worden beschouwd, omdat aldus onduidelijk blijft welke reducties door welk APZ moeten worden doorgevoerd. De redenering van de staatssecretaris is simpel en kan als volgt worden weergegeven. Omdat opdeling van de provincie in twee verzorgingsgebieden niet goed mogelijk is, is er eigenlijk ook geen plaats voor twee APZ-en. De noordelijke provincies hebben in 1982 ook tot uitdrukking gebracht dat er maar één verzorgingsgebied in Drenthe zou moeten zijn. De provincie heeft dat in het ontwerpplan niet nog eens nadrukkelijk herhaald en omdat de staatssecretaris dat wel een belangrijk uitgangspunt vond en vindt heeft hij in het vaststellingsbesluit beide APZ-en als één aangemerkt. Reductietaakstellingen kunnen aldus in gemeen overleg worden vastgesteld en als dat nog niet voldoende is kunnen beide instellingen gewoon fuseren.

De staatssecretaris gaat eveneens in op de plannen om te komen tot de oprichting van een MFE in Emmen. Hij wenst, zoals hij duidelijk maakt, dienaangaande geen enkel misverstand te laten ontstaan. *“Terecht of ten onrechte heb ik op grond van het ontwerpplan de indruk gekregen dat het in de bedoeling lag dat Beileroord in Emmen een multifunctionele eenheid zou stichten los van het Scheperziekenhuis en dat het Scheperziekenhuis om dat mogelijk te maken 8 bedden zou moeten inleveren. Mij was niet duidelijk of en in hoeverre er sprake was van definitieve samenwerking tussen Beileroord, het Scheperziekenhuis en de Riagg”*. Hij maakt duidelijk tegen een dergelijke samenwerking geen bezwaar te hebben, maar voegt er aan toe dat ook in dat geval van een capaciteitsreductie in de PAAZ geen sprake zal dienen te zijn, omdat hij het plan heeft de PAAZ-richtlijnen aan te passen en de capaciteit op minimaal 24 te stellen. Vermindering is dus niet gewenst *“te meer niet daar het bestaande capaciteit betreft”*³.

De opmerkingen van de provincie aangaande het niet vaststellen van het onderdeel betrekking hebbende op de vervangende nieuwbouw van 70 bedden van Dennenoord, snijden naar het oordeel van de staatssecretaris hout en daarom is hij bereid op dit onderdeel een correctie aan te brengen. Bij de beoordeling van de kritische kanttekeningen van de provincie ten aanzien van de voorgestelde uitbreiding van het

³ Bestaande PAAZ-capaciteit is kennelijk van belang: voor APZ-capaciteit lijkt dat minder te gelden.

aantal kinder- en jeugdpsychiatrische bedden komt de staatssecretaris tot een aantal *interessante* uitspraken, dat ik daarom beknopt weergeef. Hij is met de provincie van oordeel dat *“niet de gehele planmatige capaciteit van een regio in de desbetreffende regio behoeft te zijn gesitueerd. [Ik] (. . .) meen evenwel dat de betrokken provincie ter zake zelf haar keuze moet kunnen maken en dat de beslissing ter zake niet genomen dient te worden door de minister of een andere provincie”*.

Aansluitend constateert hij dat hij met betrekking tot de kinder- en jeugdpsychiatrie inmiddels van Gedeputeerde Staten van Friesland een nader standpunt heeft ontvangen en dat daaruit blijkt dat de capaciteit voor de bestaande voorziening in Friesland moet worden uitgebreid van 26 tot 42 plaatsen. Daaruit blijkt dus dat Friesland niet wil inleveren ten gunste van Drenthe en daaruit kan tevens worden afgeleid dat er aangaande deze problematiek tussen beide provincies geen overeenstemming bestaat.

7.3.2 APZ Dennenoord

In zijn primaire reactie geeft de staatssecretaris aan dat hij niet begrijpt wat Dennenoord bedoelt met de opmerking dat voor de ontvankelijkheid van het beroep niet beslissend mag zijn wat als een afwijking van het ontwerpplan is aangemerkt. Hij voegt daaraan toe: *“Voor zover appellante in dit verband enige betekenis toekent aan de concept-vaststellingsbesluiten (. . .) of aan de opvattingen van anderen inzake het al dan niet bestaan van afwijkingen, is haar vrees ongegrond. Slechts het vaststellingsbesluit dat in de Staatscourant is gepubliceerd is van belang”*. Hij bevestigt de opvatting van Dennenoord dat de capaciteit van de PUK te Groningen niet aan de hand van de richtlijnen kan worden bepaald. De capaciteit van deze PUK, die door de minister van Onderwijs en Wetenschappen is vastgesteld, telt echter wel mee bij de planning van de GGZ voor de vaststelling van de capaciteit. Daarom zijn in de richtlijnen de door de minister van Onderwijs en Wetenschappen bepaalde capaciteiten vermeld. Hiertegen staat dan ook geen beroep open.

Vervolgens wordt aandacht geschonken aan de door Dennenoord betwiste *substitutieverhouding*, inhoudende dat voor elk RIBW-bed een APZ-bed moet worden ingeleverd. De staatssecretaris is van oordeel dat een dergelijke substitutienorm al geruime tijd als officieel kabinetsbeleid kan worden aangemerkt, hetgeen blijkt uit de, in deze studie als zodanig aangeduide, Nieuwe Nota.

De door Dennenoord aangehaalde financiële problemen hangen naar de mening van de staatssecretaris niet samen met de WZV-procedures, maar zijn het gevolg van de geldende COTG-richtlijnen. Hij wijst er op dat deze problematiek inmiddels door het COTG wordt bestudeerd en dat dienaangaande binnen afzienbare tijd aangepaste richtlijnen mogen worden verwacht.

De staatssecretaris is bereid de reductietaakstelling van Dennenoord, voor zover die voortvloeit uit het besluit een deel van de capaciteit van de PUK als APZ-capaciteit aan te merken, te laten *vervallen*.

De bezwaren van Dennenoord, inhoudende dat het inleveren van een bed voor elke op te richten dagbehandelingsplaats moet worden afgewezen, worden door de staatssecretaris niet gedeeld. Hij wenst uit te gaan van een 1:1-verhouding, een benade-

ring, die naar zijn mening in het hele land wordt geaccepteerd. Voorts zou een verhouding van 1:2, waarbij dus per twee dagbehandelingsplaatsen een bed wordt ingeleverd haaks staan op de inhoud van de Nieuwe Nota en op het Financieel Overzicht Zorg. Dagbehandeling is volgens de staatssecretaris ongeveer even duur als een klinische behandeling en een aangepaste reductietaakstelling zou dan ook tot financiële problemen kunnen leiden. Er is in het verzorgingsgebied van appellante een aanzienlijke klinische overcapaciteit, terwijl een aanmerkelijk tekort aan dagbehandelingsplaatsen kan worden becijferd. Alleen al om die reden moet worden vastgehouden aan een substantiële vermindering van het aantal klinische plaatsen. *Ten onrechte* is deze benadering bij het tot stand brengen van een tweetal dagbehandelingsinitiatieven in respectievelijk Delfzijl en Stadskanaal niet gevolgd. Aan deze vergissing mogen door andere initiatiefnemers naar de opvatting van de staatssecretaris geen rechten worden ontleend.

De opvattingen van Dennenoord, aangaande de noodzaak de capaciteit te reduceren in verband met de oprichting van een PAAZ in het Diakonessenhuis in de stad Groningen, sporen evenmin met die van de staatssecretaris. Er is een duidelijk overschot aan klinische APZ-plaatsen en tegelijkertijd wordt de PAAZ-norm niet gehaald. De provincie Groningen beschouwt in het ontwerpplan de PAAZ als een noodzakelijke voorziening. Omdat de PAAZ-norm en de APZ-norm onderdeel vormen van één en dezelfde totaalnorm, ligt het voor de hand bij de hoogte van de reductietaakstelling van het APZ rekening te houden met de komst van de PAAZ.

7.3.3 APZ Groot Bronswijk

In de eerste plaats bevestigt de staatssecretaris in het ambtsbericht de opvatting van Groot Bronswijk dat eerst vervangende nieuwbouw beschikbaar moet zijn voordat met het verminderen van de capaciteit een begin kan worden gemaakt. De mogelijkheid tot het afstoten van een vijftal huizen, waartegen door appellante bezwaar wordt gemaakt, is door de staatssecretaris conform het ontwerpplan vastgesteld. Inmiddels is gebleken dat deze reductie, die volgens hem door Groot Bronswijk zelf is voorgesteld, niet tot de mogelijkheden behoort. Daarom heeft hij het APZ onlangs laten weten dat deze passage van het vaststellingsbesluit wordt geschrapt.

Voorts wordt ingegaan op de ons inmiddels reeds bekende bezwaren aangaande de 1:1-reductie (een APZ-bed voor een RIBW-bed) en de financiële gevolgen daarvan. De financiële problemen dienen, zoals wij hiervoor reeds zagen, volgens de staatssecretaris niet binnen het WZV-circuit te worden opgelost.

De staatssecretaris maakt in het vervolg van het ambtsbericht melding van een adviesaanvraag aan zowel het CvZ als het Interprovinciaal Overleg aangaande een eventuele *bijstelling van de richtlijn* voor de planning van de APZ-bedden. Wanneer wordt besloten tot een verhoging van deze richtlijn kan dat een lagere reductietaakstelling voor de verschillende APZ-en impliceren, voor zover althans een dergelijke reductie niet voortvloeit uit de wens/noodzaak tot substitutie of herspreiding.

Het bezwaar van Groot Bronswijk aangaande de oprichting van een PAAZ in het Diakonessenhuis dient niet ontvankelijk te worden verklaard, aangezien dit voorstel niet afwijkt van het ontwerpplan van de provincie Groningen.

7.3.4 APZ Licht en Kracht

Het volgende beroepsschrift dat uitvoerig aan de orde komt is dat van Licht en Kracht, verzonden door het werkverband "De Open Ankh". Begonnen wordt met het geven van een aantal oplossingen voor het probleem van de *draagvlakvermindering* en de daaruit voortvloeiende noodzaak specifieke functies af te stoten. Dat kan naar het oordeel van de staatssecretaris worden voorkomen wanneer wordt besloten tot een *fusie of vergaande samenwerking* tussen de APZ-en Beileroord en Licht en Kracht. Voorts bestaat naar zijn mening de mogelijkheid facultatieve functies toe te voegen aan de bestaande. In dat verband wordt geconstateerd dat inmiddels is besloten in Licht en Kracht een Forensisch Psychiatrische Kliniek (FPK) op te richten en dat betekent naar zijn oordeel een verbreding van het draagvlak. Dat besluit biedt dus mogelijkheden tot het handhaven van bedoelde specifieke functies. Tenslotte wordt in dit verband gewezen op het feit dat door Licht en Kracht inmiddels een aanvraag is ingediend voor de oprichting van een APZ in zuidoost-Friesland. De start van een initiatief om tot een dergelijk APZ te komen zou naar de mening van de staatssecretaris de inzet van *deskundigheid en know-how* vanuit Licht en Kracht nodig maken. Duidelijk wordt dat nog geen beslissing is genomen, maar dat de adviesaanvragen inmiddels aan diverse organen zijn voorgelegd.

Aangaande het *werkgelegenheidseffect* in Drenthe toont de staatssecretaris zich optimistisch. Er verdwijnen weliswaar 378 APZ-bedden, maar er komen voor 178 bedden vervangende voorzieningen en daarom hoeft naar zijn mening geen verlies aan werkgelegenheid op te treden. Ook op deze plaats wordt gewezen op de komst van de FPK, waarvoor een aanzienlijke personeelsbezetting noodzakelijk zal blijken te zijn. Alleen al uit dien hoofde hoeft voor vermindering van de werkkracht en de continuïteit van zorg niet te worden gevreesd⁴.

Van kapitaalvernietiging zal volgens de staatssecretaris vrijwel geen sprake zijn. Het is volgens hem zo dat op het terrein van Licht en Kracht nog verschillende gebouwen van slechte kwaliteit staan. Voorts maakt hij melding van een brief van De Open Ankh gedateerd 23 januari 1981, waarin aan Gedeputeerde Staten van de provincie Friesland wordt meegedeeld dat Licht en Kracht bereid is mee te werken aan de oprichting van een APZ in het zuidoostelijk deel van de provincie. De staatssecretaris veronderstelt dan ook dat Licht en Kracht met de komst van dat nieuwe APZ wel rekening gehouden zal hebben, "*te meer daar Gedeputeerde Staten van Friesland bij het opstellen van het ontwerpplan inderdaad met het verzoek rekening hebben gehouden*".

De opvattingen van Licht en Kracht aangaande de *budgettaire gevolgen* van de voorgestelde maatregelen worden door de staatssecretaris maar in beperkte mate gedeeld. Hij stelt dat het COTG weliswaar rekening houdt met de capaciteitsomvang per locatie en dat APZ-en met een omvang beneden de 400 bedden een extra bedrag

⁴ Nergens wordt tot uitdrukking gebracht dat het verlies van 378 APZ-bedden leidt tot een vermindering van de werkgelegenheid met ongeveer 400 arbeidsplaatsen, terwijl ten gevolge van de komst van de FPK slechts circa 140 nieuwe arbeidsplaatsen zullen ontstaan, waardoor er (ook als rekening wordt gehouden met de komst van vervangende voorzieningen), wel degelijk sprake is van een flinke teruggang in het aantal formatieplaatsen.

per bed ontvangen; “*zolang deze richtlijnen niet zijn gewijzigd doet zich het door appellante gevreesde probleem niet voor*”. Uit het vervolg van het betoog blijkt dat de staatssecretaris inmiddels aan verschillende adviesorganen heeft gevraagd een oordeel te geven over de effecten van schaalwijzigingen.

In het volgende gedeelte van het ambtsbericht wordt de voorgestelde fusie of intensieve samenwerking tussen Beileroord en Licht en Kracht aan de orde gesteld. De staatssecretaris start zijn betoog met de veronderstelling dat de instellingen in goed overleg *op vrijwillige basis* inhoud zullen willen geven aan de hun opgelegde reductietaakstelling. Wanneer dat niet gebeurt zal hij zich genoodzaakt zien gebruik te maken van zijn bevoegdheden, die hem in artikel 18a van de WZV worden gegeven. Dat kan dan leiden tot al dan niet gedeeltelijke sluiting van de APZ-en in Drenthe. De staatssecretaris brengt tot uitdrukking dat het uiteraard niet zijn bedoeling is geweest te suggereren dat hij bevoegd zou zijn een fusie af te dwingen. Ook bevestigt hij dat de resterende capaciteit van de APZ-en in Drenthe groter is dan die van het nieuw op te richten psychiatrisch ziekenhuis in Friesland. Hij wijst er echter op dat dat maar tijdelijk het geval zal zijn, omdat de in het vaststellingsbesluit genoemde aantallen bedden/dagbehandelingsplaatsen van het nieuwe APZ moeten worden gezien als aanvangscapaciteiten. Groei van het ziekenhuis is op basis van de geldende richtlijnen ex artikel 3 WZV mogelijk.

De staatssecretaris is het niet eens met het door Licht en Kracht geconstateerde verschil in behandeling tussen dat ziekenhuis en het APZ Dennenoord.

Dennenoord ligt weliswaar in Drenthe, maar slechts enkele kilometers van de provincie Groningen en het als zodanig aangeduide stedelijke gebied Groot Groningen. Voorts merkt hij op: “*Zowel Gedeputeerde Staten van Groningen als Gedeputeerde Staten van Drenthe beschouwen Dennenoord al jaren als een Gronings APZ*”.

De opvattingen van Licht en Kracht ten aanzien van de *kwetsbaarheid* in financieel-economisch opzicht van een APZ van 180 bedden worden door de staatssecretaris evenmin gedeeld, omdat de capaciteit van het nieuwe APZ in Friesland uitsluitend betrekking heeft op de eerste fase van ontwikkeling. Aangenomen wordt dat in een nader te bepalen tempo de capaciteit zal worden uitgebreid, totdat de normatief beschikbare planningsruimte volledig wordt benut. In dit kader wordt er op gewezen dat voor een vergelijkbare aanpak is gekozen in andere delen van het land, waar eveneens gefaseerd te bouwen APZ-en tot stand worden gebracht. De planmatige ruimte in zuidoost-Friesland blijkt 245 APZ-bedden te bedragen. Het gereedkomen van *vervangende* psychiatrische voorzieningen, zoals de RIBW-en, vooruitlopend op het reduceren van APZ-capaciteit wordt door het departement noodzakelijk geacht. Daarin verschilt de staatssecretaris niet van mening met Licht en Kracht. Hij merkt echter op dat besluiten over de reductie van APZ-capaciteiten genomen zullen worden op het moment waarop ook standpunten ten aanzien van de noodzaak tot de oprichting van RIBW-en zullen zijn ingenomen.

7.3.5 APZ Beileroord

Eerst wordt in de reactie van de staatssecretaris ingegaan op de constatering van Beileroord dat dat APZ de beschikking over een eigen verzorgingsgebied dient te houden. Gesteld wordt dat de *autonomie* van de regio inhoudt dat die regio niet langer afhankelijk is van de aanwezige voorzieningen in een andere regio. Het gaat dan vooral om voorzieningen op het gebied van crisisopvang, kortdurende en voortgezette behandeling van nieuwe chronische patiënten.

De staatssecretaris brengt voorts tot uitdrukking dat van ongelijke behandeling van instellingen geen sprake is. Voor Drenthe zou naar zijn mening altijd één van de overblijvende APZ-en onder de minimumgrens functioneren en dat wordt op kwalitatieve gronden ontoelaatbaar geacht. De capaciteit van het nieuwe APZ in Friesland blijft daar vooralsnog ook onder, maar dat wordt acceptabel geacht omdat hier sprake is van een groeisituatie.

De overige opmerkingen van Beileroord zijn grotendeels reeds elders in het ambtsbericht van de staatssecretaris aan de orde gesteld. Het betreft hier de bestreden noodzaak capaciteit voor Friesland in te leveren ("Licht en Kracht heeft hierover al in 1981 een brief geschreven"), de teruglopende behandelmogelijkheden ("ga samenwerken met Licht en Kracht en het probleem is opgelost") en de tijdige totstandkoming van vervangende voorzieningen ("vanzelfsprekend wordt pas met de APZ-afbouw begonnen, wanneer deze voorzieningen elders tot stand zijn gebracht"). Datzelfde geldt aangaande de MFE in Emmen en de PAAZ in Meppel.

7.3.6 Categoriele instellingen (Ruyterstee en 't Ruige Veld)

Ik zal aan de onderdelen uit het ambtsbericht die betrekking hebben op de kinder- en jeugdpsychiatrie maar kort aandacht schenken. Uit de beschouwingen van de staatssecretaris blijkt dat hij graag bereid is te beoordelen of bepaalde instellingen die op het gebied van de kinder- en jeugdpsychiatrie in een bepaalde regio actief zijn niet een rol voor een andere regio kunnen vervullen. Hij wijst er echter op dat over dit onderwerp door de noordelijke provincies al jaren wordt gepraat en dat er tot dusverre van enig resultaat geen sprake is. Hem is inmiddels wel duidelijk geworden dat de provincie Friesland niet bereid is gebruik te maken van de in Drenthe beschikbare instellingen. Omdat dat voor de provincie Overijssel en Groningen blijkens nadere adviezen wel geldt, is de staatssecretaris bereid zijn aanvankelijke opvattingen te nuanceren. Een instelling voor kinder- en jeugdpsychiatrie kan onder bepaalde voorwaarden dus als een *supra-regionale voorziening* worden aangemerkt. Voorwaarde daartoe is dan wel dat de omringende provincies daarmee instemmen. Het supra-regionale karakter kan niet worden ontleend aan de aanwezigheid van de categorie licht geestelijk gehandicapte patiënten. Het betreft hier naar het oordeel van de staatssecretaris een vrij omvangrijke populatie en alleen al daaruit kan worden afgeleid dat van een supra-regionale doelgroep geen sprake is.

7.3.7 Lucas ziekenhuis (Oost-Groningse ziekenhuizen)

De ziekenhuizen hebben bezwaar gemaakt tegen de oprichting van de PAAZ van het Diakonessenhuis te Groningen. De staatssecretaris is het niet eens met het standpunt dat aan een dergelijke voorziening geen behoefte bestaat, ondanks het feit dat in de stad Groningen ook al een PUK functioneert. Hij verwijst naar het ontwerpplan waar een PAAZ met 16 bedden en 8 dagbehandelingsplaatsen wordt voorgesteld. Het oprichten van een PAAZ met 24 bedden zonder dagbehandeling valt zijns inziens nauwelijks als een belangrijke wijziging aan te merken. Ook wanneer deze wijziging ten opzichte van het ontwerpplan niet zou zijn doorgevoerd, zou er voor de regio oost-Groningen geen planningsruimte voor de realisering van een PAAZ, al dan niet als onderdeel van een MFE, beschikbaar blijven. Rekening houdend met het besluit van de PUK-capaciteit 32 bedden als PAAZ-bedden aan te merken, resteren planmatig slechts 9 bedden voor een PAAZ in Groningen en dat is onvoldoende.

De opvattingen van de algemene ziekenhuizen dat een MFE gestalte moet krijgen door de oprichting van een afzonderlijke rechtspersoon berust volgens de staatssecretaris op een *misverstand*. Een MFE hoeft niet door een APZ te worden opgericht, maar kan in principe ook ontstaan vanuit een PAAZ. Voorwaarde is dat er een hechte samenwerking ontstaat tussen de PAAZ, het APZ en de Riagg. Deze samenwerking dient volgens de staatssecretaris te worden gezien als één van de pijlers van het regionaal GGZ-netwerk.

7.3.8 De Lage Kamp

Op dit beroepsschrift wordt door de staatssecretaris maar kort ingegaan. De staatssecretaris maakt duidelijk dat voor "losse beschermende woonvormen" geen verzorgingsgebied zal worden vastgesteld en dat de RIBW-gebieden pas in een later stadium zullen worden bepaald.

7.3.9 Ziekenfonds Drenthe/Noord-Overijssel (DNO)

Het eerste onderwerp waaraan in het ambtsbericht aandacht wordt besteed heeft betrekking op de opmerking van DNO dat de staatssecretaris beter het advies van het CvZ had kunnen volgen en dus voor een *nadere aanwijzing* had moeten kiezen. Zoals ik reeds heb opgemerkt heeft DNO daarvoor gepleit, omdat de vaststellingsbesluiten de situatie alleen maar zullen verergeren. De staatssecretaris geeft te kennen dat hij heeft overwogen dit advies inderdaad op te volgen. Uiteindelijk heeft hij gekozen voor het nemen van de vaststellingsbesluiten, omdat naar zijn oordeel het tekort aan dagbehandelingsplaatsen en RIBW-voorzieningen, in combinatie met de slechte spreiding van de psychiatrische ziekenhuizen, er toe hebben geleid dat er in het noorden van het land sprake is van een *ernstige achterstandssituatie*. Mede omdat al in 1983 aan de provinciebesturen van de drie noordelijke provincies is verzocht oplossingen voor deze problemen te zoeken en vervolgens alleen maar is gebleken dat de oplossingsrichtingen belangrijke verschillen vertonen, heeft hij er uiteindelijk voor gekozen de bestreden besluiten te nemen.

Aansluitend schenkt de staatssecretaris aandacht aan de door DNO ingebrachte inhoudelijke bezwaren; eerst aan het onderwerp *kapitaalvernietiging*. Het is naar zijn mening onjuist voor deze kapitaalvernietiging te vrezen. Hij heeft al eerder tot uitdrukking gebracht dat er in Drenthe nog verschillende gebouwen van slechte kwaliteit functioneren. Bovendien zal de vervanging pas over 7 tot 10 jaar worden gerealiseerd.

Ook voor *kwaliteitsverlies* is hij niet zo bang. Hij heeft dat juist willen voorkomen door Licht en Kracht en Beileroord als één APZ te beschouwen; "*Fusie zou de mogelijkheid bieden know-how en deskundigheid te behouden*". Voorts kan een dreigend kwaliteitsverlies worden voorkomen door Licht en Kracht te betrekken bij de opzet van het APZ in zuidoost-Friesland respectievelijk door de oprichting van de FPK. De behandeling van forensisch psychiatrische patiënten stelt namelijk methodisch hoge eisen en vraagt een hoge personeelsinzet. De vrees van het ziekenfonds dat door de zeer aanzienlijke capaciteitsreducties, die in het vaststellingsbeluit worden voorzien, onvoldoende bedden voor de opname van bepaalde (categorieën) patiënten resterend, wordt door de staatssecretaris ongegrond geacht. Van reductie van capaciteiten zal immers pas sprake zijn wanneer vervangende zorgsystemen tot stand zijn gebracht.

Samengevat meen ik het volgende te kunnen registreren. Het grote aantal beroepschriften dat naar aanleiding van de vaststellingsbesluiten is ingediend heeft niet geleid tot een snelle behandeling daarvan door de Raad van State. Wel heeft het ministerie van WVC ter voorbereiding daarop een ambtsbericht opgesteld, waarin de opvattingen van de staatssecretaris zijn neergelegd.

Uit de inleiding van het ambtsbericht blijkt dat ook de staatssecretaris van oordeel is dat de vaststellingsbesluiten op onderdelen aanleiding tot misverstanden konden geven. Ook bevatten de besluiten onvolkomenheden van administratieve aard. Hij is bereid deze onderdelen aan te passen. Voor het overige geven de opvattingen van de appellanten weinig aanleiding tot het doorvoeren van veranderingen. In de noordelijke provincies is al genoeg over de planmatige aspecten in de GGZ gepraat, zonder resultaat. Daarom werd het noodzakelijk knopen door te hakken. Dat heeft hij gedaan, met respect voor de positie van de provincies, maar ook vanuit de overtuiging dat – als het er op aan komt – de minister van WVC de verantwoordelijkheid voor de uitkomsten van het planningsproces draagt. Wanneer in een eerdere fase verwachtingen zijn gewekt dat bepaalde maatregelen wellicht ook anders zouden kunnen uitpakken kan hieraan geen enkel recht worden ontleend. De vaststellingsbesluiten zoals die in de Staatscourant zijn gepubliceerd zijn uiteindelijk bepalend.

Van onduidelijkheid ten aanzien van het tempo waarin bepaalde maatregelen moeten worden doorgevoerd is volgens de staatssecretaris geen sprake. Het tempo wordt bepaald door de initiatiefnemers op plaatsen waar iets moet gebeuren. Verder moet duidelijk zijn dat er in zuidoost-Friesland een nieuw APZ moet komen, onder meer omdat de noordelijke provincies in 1982 tot die conclusie zijn gekomen. Dat betekent niet dat in elke regio die voorzieningen aanwezig moeten zijn waarop men in planmatig opzicht aanspraken kan maken. Afwijkingen moeten dan wel de instem-

ming hebben van de regio die gebruik moet maken van voorzieningen elders. Van kapitaalvernietiging op grote schaal is volgens de staatssecretaris geen sprake. In verschillende APZ-en, in het bijzonder in Licht en Kracht, bestaan nog diverse verouderde gebouwen en vervanging van die gebouwen in een andere regio ten behoeve van daar functionerende instellingen stuit dan ook niet op bezwaren. De staatssecretaris vreest ook de aangekondigde kwaliteitsvermindering niet. In Drenthe kan dat worden voorkomen wanneer de APZ-en Licht en Kracht en Beileroord besluiten tot intensieve samenwerking/fusie, omdat langs die weg een voldoende breed draagvlak resteert. Hij realiseert zich daarbij dat een dergelijke fusie niet door hem kan worden afgedwongen. Aan de verdere verbreding van het draagvlak is door de staatssecretaris een bijdrage geleverd door het besluit een verklaring aan het APZ Licht en Kracht af te geven voor de oprichting van een FPK. Het is voorts niet uitgesloten dat Licht en Kracht een verklaring ontvangt voor de oprichting van een APZ in zuidoost-Friesland. Van een verschil in behandeling tussen Drenthe en Licht en Kracht is geen sprake. Drenthe ligt dicht bij de grens met de provincie Groningen en ook niet ver van de stad Groningen. Bovendien wordt Drenthe door de provincies Groningen en Drenthe al geruime tijd als een Gronings APZ beschouwd. Licht en Kracht ligt niet zo ver van de grens met Friesland, maar die provincie wil voor de GGZ uiteindelijk eigen voorzieningen¹²⁹.

7.4 Totstandkoming van het tweede APZ in Friesland

7.4.1 Algemeen

Sedert de vorige eeuw functioneert binnen de grenzen van de provincie Friesland uitsluitend het PZF, mede omdat de provincie na de totstandkoming van dit ziekenhuis aanvankelijk geen behoefte aan een tweede APZ bleek te hebben. Geleidelijk kwamen elders in de noordelijke provincies aanvullende voorzieningen tot stand. Deze ontwikkelingen waren niet direct het resultaat van een weloverwogen planning, maar vormden een min of meer spontane reactie op de zich manifesterende behoeften⁵.

In de loop van de tijd zijn in de provincie Drenthe drie APZ-en gaan functioneren. Het Assense APZ Licht en Kracht vervulde daarbij een rol voor delen van Groningen, Drenthe en Friesland. De komst van de verantwoordelijkheidsgebieden-regeling maakte vervolgens ook in formele zin duidelijk "welk APZ in bepaalde gevallen welke patiënten zou moeten opnemen" en de bestaande situatie gaf mede daarom weinig aanleiding tot grote problemen.

Sedert het begin van de jaren tachtig is de discussie echter met een toenemende heftigheid gevoerd, vooral in verband met de noodzaak provinciale plannen voor de

⁵ In dit verband is het van belang te constateren dat aanvankelijk bewust werd gekozen voor de oprichting van psychiatrische ziekenhuizen buiten de bevolkingskernen. Op grond daarvan kan de concentratie van instellingen in bepaalde delen van ons land beter worden begrepen.

sector geestelijke gezondheidszorg op te stellen. Kijkend door de WZV-bril naar de situatie in de noordelijke provincies in het algemeen en naar de verschillen tussen Friesland en Drenthe in het bijzonder, valt inderdaad een aantal onevenwichtigheden vast te stellen. Getracht is daarvoor via de opstelling van ontwerpplannen, soms na uitvoerig vooroverleg, oplossingen te bedenken. Dat is niet gelukt. De provincies bleven het vooral oneens over de lange termijn-ontwikkelingen en daarom hakte de staatssecretaris de knoop door en stelde vast dat er in Friesland een tweede APZ tot stand zou moeten komen.

Dat leidde weliswaar tot een groot aantal beroepsschriften, maar niet tot een behandeling daarvan door de Raad van State⁶. De WZV-trein denderde dan ook gewoon door. Uit de opstelling van het ministerie van WVC was echter inmiddels wel duidelijk geworden dat bepaalde ontwikkelingen op de ene plaats afhankelijk zijn van het tempo waarin initiatieven op een andere plaats worden genomen. Anders gezegd: het reductietempo in een bepaalde regio is een functie van initiatieven elders. Op grond daarvan is het niet verwonderlijk dat hangende de Raad van State-procedures door bepaalde instellingen initiatieven werden ontplooid om de bedden-reductiedans zoveel mogelijk te ontspringen. Ik zal deze initiatieven hierna beschrijven en daarbij vooral aandacht schenken aan de pogingen van de kant van Licht en Kracht om de schade te beperken. Ook zal ik ingaan op de aanvraag van het PZF, die later werd overgenomen door het provinciale GGZ-samenwerkingsverband in Friesland. Ik volg in het hiernavolgende chronologisch overzicht de ontwikkelingen op de voet.

7.4.2 Initiatieven gericht op oprichting tweede APZ/dependance in Friesland, uitgaande van Licht en Kracht respectievelijk PZF/SIGG

Op 14 oktober 1987 vond overleg plaats tussen planning en bouw van WVC en Licht en Kracht/De Open Ankh. Belangrijkste onderwerp van gesprek was de concept-aanvraag die door Licht en Kracht was voorbereid en die moest leiden tot de afgifte van een verklaring voor een dependance van dit APZ in zuidoost-Friesland. WVC toonde zich ingenomen met de bereidheid initiatieven te ontwikkelen om uit de dreigende *impasse* te komen. Afgesproken werd de aanvraag op een aantal onderdelen nog wat aan te scherpen en hem vervolgens overeenkomstig de WZV-procedures in te zenden.

Op 12 november 1987 diende De Open Ankh de aanvraag in voor een gefaseerd te bouwen "dependance" van Licht en Kracht in zuidoost-Friesland. Tot deze aanvraag werd besloten omdat de oprichting van 180 Friese bedden en 24 dagbehandelingsplaatsen, te exploiteren onder verantwoordelijkheid van het Licht en Kracht-management, een aantal voordelen zou bieden.

Zo kan blijkens de aanvraag worden volstaan met het *verplaatsen* van genoemde voorzieningen en het draagvlak van Licht en Kracht in stand blijven. Een APZ met slechts 180 bedden ondervindt problemen bij het aanbieden van een gedifferentieerd

⁶ Zoals uit een eerdere voetnoot blijkt, heeft de Raad van State zich inmiddels wel over deze ingewikkelde zaak gebogen maar nog geen uitspraak gedaan.

pakket behandelmogelijkheden. Wanneer deze bedden echter behoren tot het grotere organisatorische Licht en Kracht-geheel kan dat probleem soepel worden opgevangen. Op die wijze kan ook een blijvend beroep worden gedaan op de expertise die binnen Licht en Kracht aanwezig is. Wanneer de band met het "moederinstituut" intact blijft, kan dat, blijkens de toelichting op de aanvraag, ook tot *lagere* investerings- en exploitatiekosten aanleiding geven.

Voorgesteld wordt te starten met een klinische capaciteit van 80 bedden en een afdeling voor psychiatrische dagbehandeling van 24 plaatsen. In de tweede fase kan dan worden besloten tot uitbreiding van het aantal bedden tot 180¹³⁰.

De financiële gevolgen van de verplaatsing van een deel van de Licht en Kracht-capaciteit naar zuidoost-Friesland werden in een beknopte notitie van 4 december 1987 op een rij gezet. In de eerste plaats wordt er op gewezen dat het *vervangen* van de minder goede gebouwen op het Licht en Kracht-terrein vraagt om een investering van circa f 16.500.000,-. Indien in plaats daarvan een volledig zelfstandig traditioneel gebouwd APZ in zuidoost-Friesland wordt opgericht is daarvoor circa f 54.000.000,- noodzakelijk. De conclusie is dan ook dat op grond van deze zeer aanzienlijke meerkosten nieuwbouw op de hoofdlocatie op financiële gronden geprefereerd zou moeten worden.

In de tweede plaats wordt ingegaan op de financiële gevolgen van de oprichting van de beoogde *dependance*. Rekening houdend met de mogelijkheid een aantal ondersteunende functies vanuit Assen te blijven vervullen, wordt becijferd dat in dat geval een bedrag van f 34.000.000,- moet worden geïnvesteerd. Meer dan bij de vervanging van een deel van de capaciteit op de hoofdlocatie, maar aanzienlijk minder dan nodig is voor de bouw van een zelfstandig APZ. Ook de *exploitatie-gevolgen* worden onder de aandacht gebracht. Wanneer wordt gekozen voor vervangende nieuwbouw op de hoofdlocatie belopen de jaarlijkse meerkosten (voor rente en afschrijving) slechts f 750.000,-. Bij de oprichting van een volledig zelfstandig APZ wordt in de notitie per saldo een toename van de kosten met f 16.000.000,- genoemd. Bij de als zodanig aangeduide partiële deconcentratie wordt uitgegaan van een extra bedrag van f 11.000.000,- aan exploitatiekosten. De notitie eindigt dan ook met de volgende conclusie: "*Een gedeeltelijke deconcentratie biedt aanzienlijke voordelen boven een zelfstandig klein APZ, zowel op behandelinhoudelijke gronden als uit financiële overwegingen. De investeringskosten zijn f 20.000.000,- lager dan bij volledige deconcentratie en de jaarlijkse exploitatie f 5.000.000,-*"¹³¹.

Op 5 januari 1988 vraagt het ministerie van WVC in een brief om aanvullende informatie. Het gaat daarbij om de functies die tot op dat moment door Licht en Kracht (ten behoeve van Friesland) worden vervuld en om de vraag welke gebouwen na realisering van de dependance kunnen worden geamoveerd. In hetzelfde schrijven wordt ook de vraag opgeworpen naar de *autonomie* van het nieuwe APZ op termijn¹³².

Op 5 februari 1988 worden de desbetreffende vragen beantwoord. Daaruit blijkt dat Licht en Kracht de autonomie van de nieuwe zuidoost-Friese voorziening ook op termijn niet wenselijk acht. Daarbij wordt verwezen naar de hiervoor geciteerde notitie, waarin de voordelen van een *blijvende* organisatorische en financieel-economische verstrengeling tot uitdrukking zijn gebracht¹³³.

Licht en Kracht heeft in de aanvraag geen duidelijke keuze met betrekking tot de *vestigingsplaats* gemaakt. Er zijn naar het oordeel van de aanvrager argumenten om Drachten als vestigingsplaats te verkiezen boven Heerenveen. Mede daarom vindt op 18 december 1987 met de verantwoordelijk wethouder van Smallingerland een bespreking plaats om de mogelijkheden tot vestiging in Drachten gezamenlijk te bezien. In dat gesprek wordt gemeld dat contacten tussen Drachten en Heerenveen duidelijk hebben gemaakt dat men er in laatstgenoemde plaats van uitgaat dat daar het nieuwe APZ komt. Voorts blijkt men in Heerenveen niet enthousiast bij de gedachte dat de op te richten voorziening een onderdeel vormt van het *protestants-christelijke werkverband* De Open Ankh. De gemeente Smallingerland blijkt echter wel degelijk geïnteresseerd in de komst van een GGZ-voorziening en brengt dat in een schrijven op 8 februari 1988 onder de aandacht van de staatssecretaris. In deze brief wordt er op gewezen dat Drachten vrijwel exact halverwege Franeker en Assen ligt. Ook wordt melding gemaakt van de samenwerking tussen het algemeen ziekenhuis in Drachten en het APZ Licht en Kracht. Van de opgenomen patiënten uit het Friese deel van het verzorgingsgebied van Licht en Kracht is 70% uit Drachten of directe omgeving afkomstig. De staatssecretaris wordt verzocht de vestigingsplaats in heroverweging te nemen¹³⁴.

Op 24 februari 1988 vindt een regulier overleg plaats tussen de directie planning en bouw van het ministerie van WVC en het bestuur van de (toenmalige) sectie Geestelijke Gezondheidszorg (thans de Nederlandse Vereniging voor Geestelijke Gezondheidszorg) van de Nationale Ziekenhuisraad. Van de zijde van het ministerie wordt van de gelegenheid gebruik gemaakt er op te wijzen dat men van mening is dat het veld nogal *overspannen* op de vaststellingsbesluiten heeft gereageerd. Letterlijk wordt gezegd dat de besluiten zijn gepubliceerd om de planningsdiscussie *nieuw leven* in te blazen en dat aan de genoemde aantallen bedden/plaatsen slechts een *indicatieve* betekenis moet worden toegekend. Er is geen sprake van een "closed planningsysteem". De constatering van één van de bestuursleden dat er dan kennelijk weinig aan de hand is, geeft echter aanleiding tot nogal wat hilariteit en opmerkingen in de geest van "*jullie denken toch niet dat wij dat allemaal voor niks hebben gedaan*"¹³⁵.

In maart 1988 ziet een uitvoerige nota van Licht en Kracht onder de titel "Licht en Kracht op weg naar partiële deconcentratie" het licht. In deze nota wordt achtereenvolgens ingegaan op de positie van dit APZ, het verspreidingsbeleid van de rijksoverheid en de mogelijke gevolgen daarvan. Voorts komen de vaststellingsbesluiten van de overheid en de opvattingen van Licht en Kracht dienaangaande aan de orde. Ook in deze nota wordt weer uitvoerig aandacht besteed aan de verschillende deconcentratie-mogelijkheden en de daarmee verband houdende financiële gevolgen. De nota krijgt ruime aandacht en wordt onder meer tijdens een informele bijeenkomst aangeboden aan de minister van WVC¹³⁶.

Op 4 maart 1988 dient ook het PZF een aanvraag voor een gefaseerd te realiseren APZ in Heerenveen in. Door dit APZ is gekozen voor een eerste fase van 128 bedden en een afdeling voor psychiatrische dagbehandeling; in een tweede fase kan dan de nieuwe APZ-voorziening verder worden uitgebreid. Vanaf dat moment is er dus sprake van een tweetal concurrerende initiatieven¹³⁷.

Op 18 mei 1988 maakt de directeur van het ziekenfonds DNO schriftelijk aan de Vereniging van Nederlandse Ziekenfondsen duidelijk dat de realisering van APZ-faciliteiten in zuidoost-Friesland het best gestalte kan krijgen door een gedeeltelijke deconcentratie van Licht en Kracht. Dat biedt de mogelijkheid tot gedifferentieerde behandeling en levert een voldoende draagvlak op voor de instandhouding van de specifieke behandel- en opleidingsmogelijkheden van dit APZ¹³⁸.

Op 22 juni 1988 vindt een overleg over de aanvraag van Licht en Kracht plaats tussen de directie planning en bouw van het ministerie van WVC, Licht en Kracht en De Open Ankh. Tijdens dit overleg deelt WVC mee dat inmiddels door het PZF een vergelijkbare aanvraag is ingediend. WVC maakt er op attent dat honorering van het initiatief van Licht en Kracht/De Open Ankh alleen in de rede ligt wanneer het APZ in Heerenveen op termijn zal worden *verzelfstandigd*¹³⁹. Deze opvatting wordt door de directeur planning en bouw ook tijdens een bespreking tussen hem en de directeur van de VZGD op 27 juni 1988 verwoord.

Gelet op de steeds terugkerende argumentatie met betrekking tot de verzelfstandiging menen Licht en Kracht en De Open Ankh het standpunt van WVC te moeten overnemen. Deze conclusie wordt tijdens een overleg op 28 juni 1988 getrokken. In tweede instantie wordt echter betwijfeld of het strategisch wel verstandig is een brief met een dergelijke strekking naar WVC te verzenden. Er wordt voor gekozen eerst in overleg te treden met de gedeputeerde van volksgezondheid van de provincie Drenthe. Tijdens dat overleg op 7 juli 1988 wordt geconcludeerd dat met de verzending van de brief beter nog enige tijd kan worden gewacht.

Op 7 november 1988 zendt het CvZ zijn advies betreffende de aanvraag van Licht en Kracht naar de staatssecretaris. Het CvZ wijst er eveneens op dat door het PZF een vergelijkbare aanvraag is ingediend. In dat advies maakt het CvZ duidelijk dat tegen het afgeven van een verklaring aan Licht en Kracht geen bezwaren bestaan, mits dat APZ bereid is 204 bedden te reduceren in plaats van de voorgestelde 180. Omdat het plangebied zuidoost-Friesland volgens het vaststellingsbesluit van de staatssecretaris niet behoort tot het verzorgingsgebied van Licht en Kracht is het volgens het CvZ van belang dat in de af te geven verklaring een passage wordt opgenomen, waaruit blijkt dat de nieuwe GGZ-voorziening na verloop van tijd wordt verzelfstandigd¹⁴⁰.

Op 16 november 1988 richt de directie van Licht en Kracht zich tot WVC. Dat wordt gedaan in de veronderstelling dat de staatssecretaris op korte termijn zal besluiten tot de afgifte van een verklaring aan één van de beide initiatiefnemers. Licht en Kracht wijst er op dat spoedig de onderzoeksresultaten van het al eerder genoemde substitutieproject bekend zullen worden. Aangenomen wordt dat deze dermate interessant zullen zijn dat het alleszins de moeite loont een APZ met ervaring in een dergelijk vernieuwend project te betrekken bij de opzet van het tweede Friese APZ. Indien daarvoor wordt gekozen wordt tevens vermeden dat de behandel mogelijkheden, die vanuit Licht en Kracht ten behoeve van een groot verzorgingsgebied worden aangeboden, in kwalitatieve zin zullen teruglopen¹⁴¹.

Op 27 december 1988 reageert Licht en Kracht op het concept-advies dat door de provincie Drenthe met betrekking tot de aanvraag van dit APZ is opgesteld. Uit deze schriftelijke reactie blijkt enerzijds de waardering voor het provinciale standpunt,

maar anderzijds komt ook hier weer tot uitdrukking dat Licht en Kracht zich wapent tegen de eventuele gevolgen van een verzelfstandiging van het APZ in Heerenveen op termijn. *“Ofwel het nieuwe APZ vormt een onderdeel van Licht en Kracht en dan gaan de opbouw van APZ-beddenscapaciteit in zuidoost-Friesland en de afbouw op de hoofdlocatie in Assen hand in hand, ofwel het nieuwe APZ wordt op termijn verzelfstandigd. In het laatste geval is het naar onze mening volstrekt onredelijk de Friese capaciteit van 204 plaatsen (180 bedden en 24 dagbehandelingsplaatsen) uitsluitend in mindering te brengen op de erkende capaciteit van Licht en Kracht”*. Licht en Kracht wil kennelijk voorkomen dat een situatie ontstaat waarin dat APZ zich eerst mag inspannen om een APZ-voorziening in Heerenveen tot stand te brengen en vervolgens als beloning voor de geleverde prestaties alle “deconcentratiebedden en -plaatsen” moet inleveren. Daarmee zou het principe van evenredige reductie, waarbij op basis van de bestaande capaciteiten door het PZF, Beileroord en Licht en Kracht in gelijke mate procentueel wordt gereduceerd, worden losgelaten¹⁴².

Op 16 januari 1989 mengt zich een nieuwe actor in de discussie, te weten de gemeente Assen. In de eerste plaats vraagt de gemeente aandacht voor de *werkgelegenheidseffecten*. Gewezen wordt op de zwakke positie van de noordelijke provincies. Vervolgens wordt de meer principiële vraag gesteld waarom aan de ene kant de rijksoverheid (in het kader van de vierde nota ruimtelijke ordening) de as Assen-Groningen wil versterken, maar aan de andere kant tevens besluit om bepaalde diensten uit Assen te verplaatsen (genoemd worden de overplaatsing van de belastingdienst naar Emmen en de opheffing van de psychiatrische voorzieningen ten faveure van Friesland). De opvattingen van de gemeente Assen blijken duidelijk uit de volgende passage uit genoemde brief: *“Niet duidelijk is waarom uw ministerie aan de ene kant financiële middelen tracht te besparen door middel van een operatie rond het orkestenbestel, maar aan de andere kant voorstellen doet met effecten die een kapitaalvernietigende uitwerking hebben. Ook de (. . .) spreiding van dit soort [psychiatrische] voorzieningen behoeft toelichting. Afstanden en bereikbaarheid spelen toch veel minder een rol dan vroeger”*¹⁴³.

Op 10 februari 1989 zendt de provincie Drenthe haar advies in met betrekking tot de aanvraag voor de gefaseerd te bouwen dependance van Licht en Kracht te Heerenveen. De provincie verwijst op een aantal plaatsen naar het eigen provinciaal plan en de daarna genomen vaststellingsbesluiten en constateert dat de voorstellen er anders uitzien dan destijds was beoogd. Toch wordt voorgesteld over te gaan tot de afgifte van een verklaring aan Licht en Kracht voor de realisering van de eerste fase van het project, inhoudende de totstandkoming van 80 bedden en 24 dagbehandelingsplaatsen. Tijdens de eerste fase dienen deze voorzieningen te worden geëxploiteerd onder verantwoordelijkheid van Licht en Kracht. De provincie gaat er van uit dat Licht en Kracht zich bereid zal verklaren op termijn ook een aanvraag voor de tweede fase in te dienen en vervolgens maatregelen zal treffen om de voorzieningen in Heerenveen af te stoten. (Hieruit blijkt dus dat de provincie de reactie van Licht en Kracht op het concept-advies naast zich neer heeft gelegd)¹⁴⁴.

In de eerste maanden van 1989 houdt de Friese pers zich opnieuw met deze aangelegenheid bezig. Zo laat de verantwoordelijk gedeputeerde bij de oprichting van de Stichting Samenwerkende Instellingen voor Geestelijke Gezondheidszorg (SIGG)

weten dat naar haar mening de staatssecretaris de concurrerende aanvraag van Licht en Kracht moet afwijzen ten voordele van die van het PZF.

“Psychiatrisch Ziekenhuis Heerenveen in Friese handen” luidt de kop van het bericht in de regionale pers. In dezelfde periode laat de staatssecretaris de gemeente Smalingerland weten geen heil te zien in de vestiging van een APZ in Drachten. “In Drachten geen psychiatrisch ziekenhuis” schrijft de pers en “Plan Franeker PZ voor Heerenveen heeft de voorkeur” kopt de Leeuwarder Courant.

Op 17 maart 1989 verzendt de provincie Friesland haar advies voor de oprichting van de eerste fase van het APZ in zuidoost-Friesland. De inhoud is dan al geen verrassing meer. De provincie vermeldt eerst de beleidsuitgangspunten: regionalisatie van voorzieningen, samenwerking en zorg op maat te realiseren door middel van zorgvernieuwingsprojecten. *“Wij menen dat één en ander het beste geëffectueerd kan worden door middel van het totstandkomen van één regionaal werkende organisatie, waarin het totale beleid en beheer zijn ondergebracht. Het verheugt ons dan ook dat onlangs (. . .) de SIGG is opgericht. (. . .) Met betrekking tot het initiatief van het PZ te Franeker kan gemeld worden dat het onderhavige project inmiddels door de SIGG is overgenomen”*.

Vervolgens worden in het advies beide initiatieven vergeleken. Het SIGG-initiatief maakt het bereiken van de Friese doelstellingen wel mogelijk en dat van Licht en Kracht/De Open Ankh niet. Dat laatste wordt onder andere beargumenteerd door de (overigens onjuiste) opmerking dat Licht en Kracht slechts 80 bedden in Friesland wenst te exploiteren en er van uit gaat dat de overige 100 bedden, waar in de aanvraag over wordt gesproken, in Assen beschikbaar zullen blijven, onder meer voor de behandeling van Friese patiënten. Voorts wijst de provincie er op dat het PZF bereid is bedden in te leveren ten behoeve van het initiatief van de SIGG en dat in het Licht en Kracht-initiatief op geen enkele wijze melding wordt gemaakt van een inbedding in de Friese GGZ-structuur. Het advies is dan ook de verklaring af te geven aan de SIGG en als vestigingsplaats uit te gaan van Heerenveen¹⁴⁵.

Op 7 april 1989 reageert Licht en Kracht door middel van een brief aan de staatssecretaris op het advies van de provincie Friesland. Gewezen wordt op het feit dat Licht en Kracht steeds heeft gestreefd naar regionale samenwerking, onder meer blijkend uit de opzet van het substitutieproject en de oprichting van de RIGG-Drenthe. Uit het feit dat van een samenwerking met de SIGG geen melding wordt gemaakt moeten dan ook geen verkeerde conclusies worden verbonden. *“Op het moment dat de aanvraag van De Open Ankh/Licht en Kracht werd ingediend was de SIGG formeel nog niet opgericht. In een later stadium heeft Licht en Kracht kenbaar gemaakt graag in SIGG-verband bij de Friese ontwikkelingen betrokken te willen worden (. . .). Op dit laatste verzoek is door de SIGG tot dusverre afwijzend gereageerd (. . .)”*.

Voorts wordt tot uitdrukking gebracht dat ook Licht en Kracht zich bereid heeft verklaard tot reductie van de capaciteit en dat het standpunt van Gedeputeerde Staten van Friesland aangaande het aantal bedden op termijn in Heerenveen op een misverstand berust¹⁴⁶.

Ter voorbereiding op een gesprek tussen de directies van de APZ-en PZF en Licht en Kracht wordt door eerstgenoemde instelling op 18 april 1989 een aantal uit-

gangspunten verwoord om de discussie alsnog een *andere wending* te geven. Deze uitgangspunten maken duidelijk dat het PZF voorstander is van een deconcentratie van het PZF naar Heerenveen en een deconcentratie van Licht en Kracht naar Drachten. Beide instellingen moeten op die locaties de GGZ zodanig organiseren dat recht gedaan wordt aan de uitgangspunten van de SIGG, waartoe Licht en Kracht dan ook alsnog moet toetreden. Verondersteld wordt dat uitvoering van de plannen mogelijk wordt door circa 60 bedden van Franeker naar Heerenveen te verplaatsen en 100 bedden van Licht en Kracht naar Drachten. Beide directies worden het over de meeste uitgangspunten eens en besluiten met elkaar in gesprek te blijven¹⁴⁷.

Op 20 april 1989 zoekt Licht en Kracht contact met de pas benoemde Commissaris van de Koningin in de provincie Drenthe. In een daartoe opgestelde notitie worden de ontwikkelingen nog eens op een rij gezet en wordt tevens aangegeven wat de effecten in het meest sombere scenario voor Licht en Kracht zullen zijn: een reductie van 357 bedden ten behoeve van zuidoost-Friesland, de MFE te Emmen, de komst van de FPK en andere ontwikkelingen¹⁴⁸.

In de tussenliggende periode wordt de discussie over de aanpassing van de richtlijnen ex artikel 3 WZV onverdroten vervolgd. Uit een opstelling van de RIGG-Drenthe van 2 juni 1989 blijkt dat bij toepassing van de laatst bekende voorstellen het verschil tussen de toegestane en de werkelijke klinische capaciteit in noord-Nederland wordt teruggebracht tot slechts 65 bedden. Uiteraard blijft ook dan nog de "scheve verdeling" bestaan maar in kwantitatieve zin lijkt het probleem tot beheersbare proporties te zijn teruggebracht¹⁴⁹.

Op 7 juni 1989 vindt een vervolggesprek plaats tussen de directies van het PZF en Licht en Kracht. Ditmaal wordt ook door de directie van Licht en Kracht een aantal uitgangspunten verwoord. Deze sluiten overigens aan bij de eerder ingenomen gezamenlijk standpunten. Uit de notitie blijkt dat Licht en Kracht andere opvattingen heeft over de aantallen bedden die in Friesland op de locaties Heerenveen en Drachten beschikbaar moeten komen en de gevolgen die die voorstellen hebben voor de reductietaakstelling van het PZF respectievelijk Licht en Kracht. Uit een cijfermatige opstelling blijkt voorts dat een oplossing kan worden gevonden die spoort met de laatste versie van de richtlijnen ex artikel 3 WZV, inhoudende een normatieve capaciteit van 1.382 klinische plaatsen voor Drenthe en Friesland gezamenlijk. Het voorstel leidt bij uitvoering tot verplaatsing van 100 bedden door zowel het PZF (naar Heerenveen) als Licht en Kracht (naar Drachten)¹⁵⁰.

De bespreking leidt tot de *vasstelling* van de derde, ditmaal uitvoerige, notitie die vrijwel onmiddellijk aan de gedeputeerde van Friesland wordt aangeboden, om onder de aandacht te brengen dat beide APZ-en streven naar een oplossing. In het voorstel wordt opnieuw de oprichting van een tweetal MFE-achtige voorzieningen in Heerenveen en Drachten bepleit. In de eerste fase zullen op beide locaties ongeveer 60 klinische plaatsen ontstaan. Aangevuld met de deeltijdfaciliteiten en de PAAZ-bedden, komen er dan circa 100 behandelplaatsen per locatie tot stand. Daarbij is dan nog geen rekening gehouden met de capaciteiten van de RIBW, terwijl aangaande de samenwerking met de Riagg een verdere uitwerking noodzakelijk wordt geacht.

In de notitie wordt uitdrukkelijk aangegeven dat de opzet van de GGZ gestalte moet

krijgen in SIGG-verband, waarbij de participatie van Licht en Kracht (tot op dat ogenblik steeds tegengehouden) een essentiële voorwaarde vormt. Anders gezegd: een deel van het Drentse APZ Licht en Kracht blijft onder de beleidsregie van de SIGG een functie voor het zuidoostelijk deel van Friesland vervullen¹⁵¹.

Op 12 juni 1989 vindt in het provinciehuis te Leeuwarden een bespreking plaats tussen de Friese gedeputeerde en de directie en voorzitter van de Raad van Toezicht van Licht en Kracht. De gedeputeerde maakt melding van haar contacten met WVC over het gebrek aan voortgang rond de komst van het tweede APZ in Friesland. WVC heeft daarbij met instemming kennis genomen van de activiteiten van de SIGG, maar tevens tot uitdrukking gebracht dat men bij het formuleren van een definitief voorstel de Drentse APZ-en moet ontzien. In dat verband heeft men op het ministerie verklaard de discussie betreffende de overcapaciteit in Drenthe op te willen schorten, wanneer zo'n gebaar de komst van het nieuwe APZ dichterbij brengt.

De gedeputeerde vraagt zich dan ook af of, gegeven deze toezegging, Licht en Kracht bereid is binnen de SIGG een rol te vervullen en op die wijze vanuit een gezamenlijke Fries-Drentse visie te werken aan de oprichting van de nieuwe GGZ-voorziening in Heerenveen. Zij voegt er aan toe dat blijkens de haar ter beschikking staande informaties, WVC de voorkeur geeft aan het SIGG-initiatief.

Licht en Kracht zegt toe het voorstel in beraad te zullen houden, mede omdat tijdens het gesprek blijkt dat het niet de bedoeling van de gedeputeerde is dat Licht en Kracht dan ook de "initiatiefnemer voor Heerenveen" blijft. Ook wordt duidelijk dat de gedeputeerde er van uit gaat dat de aanvraag van Licht en Kracht mede om die reden wordt ingetrokken. Opnieuw wordt door het APZ gewezen op het draagvlak dat nodig is voor het handhaven van het hoge voorzieningenniveau, waarvan tot dusverre zowel Drenten als Friezen hebben kunnen profiteren. Dat draagvlak kan volgens de gedeputeerde ook worden gevonden door te fuseren met Beileroord. Zij zegt er al in het bestuur (waarin zij als gedeputeerde zitting had) voor te hebben gespeit om Beileroord over te dragen aan Licht en Kracht.

Aan het eind van het gesprek deelt zij mee de gezamenlijke plannen van het PZF en Licht en Kracht nauwelijks serieus te nemen. Zij verwijst daarbij naar het standpunt van WVC, die een dergelijke oplossingsrichting eveneens zou afwijzen¹⁵².

Het verloop van de bespreking leidt tot een tussenbalans (De GGZ-ontwikkelingen in zuidoost-Friesland) van de directie van Licht en Kracht, gedateerd 14 juni 1989. Daarin wordt de voorgeschiedenis geanalyseerd en worden de lobby-activiteiten van Licht en Kracht nog eens op een rij gezet. In de notitie wordt betwijfeld of de uitspraak van de Friese gedeputeerde met betrekking tot de voorkeur van WVC voor het SIGG-initiatief klopt. Aangenomen wordt dat de Raad van State op korte termijn een uitspraak zal doen met betrekking tot de beroepsschriften. Verondersteld wordt dat dat aanleiding zal geven tot het maken van nieuw huiswerk en dus tijdwinst zal opleveren. Tegelijkertijd zullen de discussies over de vergrijzingseffecten, het functiedenken en het plan Dekker, al dan niet in gewijzigde vorm, aanleiding kunnen vormen tot het bijstellen van het overheidsbeleid. Wanneer positief wordt gerea-geerd op het voorstel van de Friese gedeputeerde geeft Licht en Kracht een belang-

rijk wapen uit handen (de aanvraag voor de dependance). Wanneer "nee" wordt gezegd zijn er volgens de directie van dit APZ verschillende mogelijkheden, bijvoorbeeld: de situatie wordt op initiatief van WVC bevroren of de belangstelling voor de beide initiatieven neemt zowel bij WVC als de provincie Friesland toe. *"Alleen wanneer de Raad van State concludeert dat WVC maar een besluit moet nemen en WVC vervolgens de aanvraag van het SIGG honoreert zitten wij met de gebakken peren. De kans dat dat gebeurt acht ik buitengewoon gering"*, stelt de algemeen directeur aan het eind van zijn beschouwing. Voorgesteld wordt daarom het voorstel af te wijzen, voort te gaan met het ontwikkelen van de MFE-alternatieven en te blijven streven naar een verdere verbetering van de outillage (waarvan steeds is gedacht dat dit streven weinig zou opleveren, omdat een schorsende werking van de beroepsschriften werd verondersteld). Wanneer het niet lukt de handen voor het alternatief op elkaar te krijgen zal naar verwachting van de directie Licht en Kracht initiatiefnemer in Heerenveen worden en kan in een later stadium altijd nog gekeken worden naar de wijze waarop en de condities waaronder de verzelfstandiging wordt gerealiseerd¹⁵³.

Op zijn verzoek worden aan de hoofddirecteur gezondheidszorg op 20 juni 1989 de gezamenlijk notitie van het PZF en Licht en Kracht, het verslag van de bespreking met de gedeputeerde en de notitie "De GGZ-ontwikkelingen in zuidoost-Friesland" toegezonden. Laatstgenoemde notitie wordt op 26 juni 1989 ook ter vertrouwelijke kennisneming aan de gedeputeerde van de provincie Drenthe gestuurd.

Op 29 juni 1989 richt het Open Ankh-bestuur zich tot de gedeputeerde in Friesland en reageert daarmee op haar verzoek om Licht en Kracht (in SIGG-verband) een bijdrage aan de oplossing van het probleem te laten leveren.

In de brief wordt met waardering gesproken over de pogingen van de gedeputeerde om uit de impasse te geraken. Ook de bereidheid van Licht en Kracht actief in de SIGG te participeren is nog onverkort aanwezig. Het voorstel om de aanvraag voor de dependance in zuidoost-Friesland in te trekken wordt "vooralsnog" niet gehonoreerd. Het wordt niet uitgesloten dat de beraadslagingen binnen de SIGG aanvaardbare oplossingen opleveren, maar een besluit over het intrekken van de aanvraag kan pas worden genomen wanneer de voorstellen voor Licht en Kracht acceptabel zijn¹⁵⁴.

WVC kondigt aan een oplossing te willen forceren en bereidt een gezamenlijke bespreking voor. Ter voorbereiding daarop wordt op verzoek van de Drentse gedeputeerde door de beleidsambtenaren van de provincie Drenthe een analyse gemaakt, waarin tevens wordt aangegeven hoe de provincie zich moet opstellen. Begonnen wordt met de prealabele vraag of het wel zinvol is in afwachting van de Raad van State-procedures zoveel energie te steken in de ontwikkeling van alternatieve voorstellen. Vervolgens wordt duidelijk gemaakt waarom Licht en Kracht aan de wieg van de nieuwe zuidoost-Friese GGZ-voorziening zou moeten staan. De verklaring dient aan Licht en Kracht te worden verstrekt, waarbij aan een aantal randvoorwaarden moet worden voldaan. Het gesprek zal zich dan ook op deze randvoorwaarden moeten concentreren¹⁵⁵.

Op 13 juli 1989 vindt, mede op basis van bedoelde analyse, vooroverleg tussen de provincie en WVC plaats. Duidelijk blijkt dat de optie van twee MFE-en definitief

wordt afgewezen. Ook wordt tot uitdrukking gebracht dat noch het initiatief van Licht en Kracht noch dat van de SIGG zal worden gehonoreerd, maar dat een nieuwe rechtspersoon moet worden opgericht. Deze zal een aanvraag voor een verklaring moeten indienen en de verklaring per omgaande ontvangen. Daarbij moet de bestuurlijke inbreng vanuit Drenthe voor een reeks van jaren worden gegarandeerd, moet worden gezorgd voor het inbrengen van de ervaringen opgedaan met het substitutieproject Drenthe en moet een zorgvuldig sociaal beleid worden ontwikkeld. De capaciteitsreductie wordt losgekoppeld van de opbouw van nieuwe voorzieningen in Friesland. Uitgangspunt daarbij is dat het verblijf van het als zodanig aangeduide oud-chronische bestand in Licht en Kracht wordt gecontinueerd. De nieuwe rechtspersoon zal op termijn verder worden verzelfstandigd en dat betekent dan het einde van de (bestuurlijke) inbreng vanuit de instellingen uit Drenthe. Nog dezelfde dag worden de uitkomsten van het gesprek per fax onder de aandacht van de directie van Licht en Kracht gebracht, die onmiddellijk de directie van het PZF informeert¹⁵⁶. Op 17 juli 1989 overleggen Licht en Kracht en De Open Ankh met de provincie Drenthe. De indruk bestaat dat het WVC-voorstel vooral wordt gedaan om een Raad van State-procedure te voorkomen. Van de zijde van Licht en Kracht wordt geattendeerd op een daling van het bezettingspercentage, de activiteiten van Beileroord om samen met het Scheperziekenhuis te Emmen te komen tot de oprichting van een MFE, terwijl ook de RIBW steeds actiever wordt. Licht en Kracht heeft dus "een deel van Friesland gewoon nodig", wanneer althans niet op korte termijn wordt besloten tot het openen van fusiebesprekingen met Beileroord.

Tijdens een nabespreking, zonder vertegenwoordigers van de provincie, wordt door de aanwezige leden van de raad van toezicht en de directie geconcludeerd dat de WVC-voorstellen voor Licht en Kracht niet acceptabel zijn. Tijdens de bespreking met WVC zal nadrukkelijk worden gepleit voor de oprichting van een tweetal MFE-en. Wanneer dat niet lukt kan worden bezien welke concessies moeten worden gedaan en welke tegenprestaties tot de mogelijkheden behoren. Dit standpunt wordt op 17 juli 1989 schriftelijk onder de aandacht van de overige leden van de raad van toezicht gebracht¹⁵⁷.

Mede op basis van het gesprek met de provincie Drenthe wordt op 18 juli 1989 een gespreksnotitie opgesteld ter voorbereiding op het gesprek met WVC. In deze notitie wordt gesteld dat WVC geen zin heeft in een Raad van State-procedure en streeft naar een oplossing die voor alle partijen min of bevredigend mag worden genoemd. Geconcludeerd wordt dat Licht en Kracht bereid is mee te werken aan een oplossing, mits deze acceptabel is. Dat impliceert dat het nieuw op te richten APZ in Heerenveen door Licht en Kracht moet worden ontwikkeld; het alternatief is de oprichting van twee MFE-en. De oprichting van een nieuwe rechtspersoon, verantwoordelijk voor de realisering en de exploitatie van de nieuwe GGZ-voorziening, wordt afgewezen. Wanneer het Licht en Kracht-standpunt het niet haalt is de vraag aan de orde of dan nog wel energie gestoken moet worden in het leveren van een bijdrage aan de ontwikkeling van GGZ-faciliteiten in Friesland. Beter is het in dat geval de aandacht op Drenthe te concentreren en – zij het met enige tegenzin – na te gaan denken over de mogelijkheden van een fusie met Beileroord¹⁵⁸.

Op 17 juli 1989 vindt telefonisch overleg plaats tussen de hoofddirecteur gezond-

heidszorg van WVC en de algemeen directeur van Licht en Kracht. Daaruit blijkt dat WVC helemaal niet geïnteresseerd is in de "vormgeving" van het APZ in Heerenveen. Het gaat er vooral om de bestuurlijke verantwoordelijkheid goed te regelen en duidelijk te maken dat er sprake is van een echt Friese instelling. De hoofd-directeur is van oordeel dat het nog steeds tot de mogelijkheden behoort een "multi-locatie oplossing" te kiezen.

De besprekingen, die door WVC zijn geïnitieerd, vinden op 20 juli 1989 plaats in het provinciehuis te Leeuwarden. De gesprekken worden door WVC met wisselende delegaties gevoerd. Zo vindt een bespreking plaats met de provincie Friesland, de SIGG en de hoofdinspecteur en de regionaal inspecteur voor de geestelijke volksgezondheid. Een ander gesprek wordt gevoerd met de provincie Drenthe, De Open Ankh en Licht en Kracht en opnieuw de beide inspecteurs. Ook nu stelt de hoofd-directeur gezondheidszorg dat het gaat om het vinden van een bestuurlijke oplossing; inhoudelijk zijn wat WVC betreft alle opties bespreekbaar. De MFE-varianten van het PZF en Licht en Kracht worden afgewezen, maar de nieuw op te richten rechtspersoon kan zich vrij voelen afspraken te maken met de bestaande APZ-en, leidend tot een budgettaire en organisatorische eenheid van de APZ-locaties van de nieuwe rechtspersoon met de bestaande APZ-en. Conclusies worden niet getrokken. Wel wordt een schriftelijke standpuntbepaling van WVC in het vooruitzicht gesteld¹⁵⁹.

Op 14 augustus 1989 wordt het standpunt van WVC schriftelijk onder de aandacht van de betrokken organisaties gebracht. Eerst wordt duidelijk gemaakt dat de uitvoering van de plannen vertraging ondervindt door het uitblijven van een uitspraak van de Raad van State aangaande de ingediende beroepsschriften. Voorts wordt opnieuw benadrukt dat een bestuurlijke oplossing de hoogste prioriteit heeft en dat voor de inhoudelijke discussie alle ruimte wordt gegeven. Aan het afgeven van een verklaring aan een nieuw op te richten rechtspersoon zouden naar het oordeel van de staatssecretaris de volgende voorwaarden verbonden moeten worden:

- "In het door dit APZ te voeren behandelbeleid wordt ruime aandacht gegeven aan de toepassingsmogelijkheden van deeltijdbehandeling. Hierbij worden met Licht en Kracht te Assen afspraken gemaakt betreffende inbreng van de resultaten van het substitutieproject Assen in het op te richten APZ;
- Het op te richten APZ neemt deel aan de Stichting SIGG te Leeuwarden;
- In het kader van de opbouw van dit APZ wordt een zorgvuldig sociaal beleid gevoerd aan de hand van een nader op te stellen sociaal plan. Dit sociaal plan sluit nauw aan bij de processen van opbouw en afbouw. In samenhang met dit sociaal plan dient aan het personeel van de APZ-en Licht en Kracht, Beileroord en Franeker bij voorrang de mogelijkheid te worden geboden in dienst te treden van het nieuwe APZ. Een en ander dient er op te zijn gericht dat gedwongen ontslagen worden voorkomen".

In de brief wordt tot uitdrukking gebracht dat de overplaatsing van grote aantallen patiënten, behorend tot het oud-chronische bestand, niet in de rede ligt en dat de opbouw van het tweede APZ geleidelijk dient te verlopen. Begonnen moet daarom worden met een capaciteit van 152 tot 204 bedden/plaatsen, waarna in een later

stadium de verdere uitbouw ter hand kan worden genomen. Reductie van de bestaande APZ-capaciteiten is in dat stadium alleen aan de orde wanneer ten gevolge van de komst van het tweede APZ in Friesland een minder groot beroep op de kortdurende behandelmogelijkheden wordt gedaan. De overige reductie zal pas op termijn behoeven plaats te vinden. Verzocht wordt voor 15 september 1989 op de inhoud van het schrijven te reageren¹⁶⁰.

Licht en Kracht heeft uit het verloop van het gesprek op 20 juli 1989 en uit de inhoud van de brief van 14 augustus 1989 afgeleid dat de door WVC voorgestane bestuurlijke oplossing en de door het PZF en Licht en Kracht ontwikkelde varianten niet strijdig hoeven te zijn. Daarom wordt opnieuw contact gezocht met het PZF en wordt, in afwachting van de resultaten van nader overleg, de staatssecretaris meegedeeld dat een reactie op de brief voor 15 september 1989 vermoedelijk niet tot de mogelijkheden behoort.

Op 6 september 1989 ontvangt Licht en Kracht de concept-reactie van het bestuur van het PZF. Daaruit blijkt, tot grote verrassing van Licht en Kracht, dat het PZF-bestuur, in afwijking van de opvattingen van de directie, instemt met het voorstel van de staatssecretaris. Daarbij wordt wel een aantal voorwaarden genoemd, maar die betreffen meer de ontwikkelingen van het PZF dan de samenwerking tussen het PZF en Licht en Kracht¹⁶¹.

Op 18 september 1989 verstuurt de provincie Drenthe haar reactie. Daarin wordt verwezen naar de eerdere advisering met betrekking tot de twee ingediende initiatieven voor zuidoost-Friesland. Ingestemd wordt met de conclusie dat een bestuurlijke oplossing moet worden gevonden. Deze kan echter naar het oordeel van de provincie niet los gezien worden van de planmatige en zorginhoudelijke elementen. De bestuurlijke voorstellen van de staatssecretaris worden nadrukkelijk afgewezen. Verwezen wordt daarbij naar een vergelijkbare situatie, waarbij een zwakzinnigenzorginstelling betrokken is. In de afgegeven verklaring wordt door WVC gesteld dat het proces van opbouw en afbouw alleen kans van slagen heeft wanneer zich dat voltrekt binnen één en dezelfde organisatie. Voor de GGZ-oplossing zou een vergelijkbare constructie moeten worden nagestreefd. De voorwaarden die in de af te geven verklaring worden opgenomen hebben de instemming van de provincie Drenthe. Zij wijst er echter op dat het meewegen van de resultaten van het substitutieproject en een zorgvuldig sociaal beleid nogal vanzelfsprekend zijn. Tenslotte vraagt de provincie zich af waarom de aantallen bedden/plaatsen die in de brief van 14 augustus worden genoemd opeens afwijken van het vaststellingsbesluit van 1987, terwijl juist het initiatief van Licht en Kracht daar uitstekend op aan sluit¹⁶².

Op 18 september 1989 vindt tevens overleg plaats tussen het PZF, De Open Ankh en Licht en Kracht. Nadat in een eerdere fase de directies het eens waren geworden over de MFE-variant, laat tijdens het gesprek het bestuur van het PZF weten de voorkeur te geven aan het voorstel van WVC, inhoudende de oprichting van een nieuwe rechtspersoon. Het PZF-bestuur wijst dus alsnog de MFE-benadering van de hand en beargumenteert dat met een verwijzing naar de status van de vaststellingsbesluiten en het verloop van de besprekingen die met WVC zijn gevoerd.

Op 20 september 1989 wordt de definitieve reactie van het PZF aan de staatssecretaris verzonden. Het standpunt dat in het gesprek met Licht en Kracht/De Open

Ankh werd ingenomen, wordt in dat schrijven bevestigd. Het bestuur van het PZF vraagt zich af waarom het eigenlijk nodig is een nieuwe rechtspersoon op te richten. De plannen voor het zuidoostelijk deel van Friesland kunnen ook uitstekend worden gerealiseerd door de verklaring gewoon aan de SIGG af te geven¹⁶³.

Op 21 september 1989 brengen De Open Ankh en Licht en Kracht door middel van een gezamenlijke reactie het verloop van de besprekingen met het PZF onder de aandacht van de staatssecretaris. In het schrijven wordt tevens gereageerd op de voorstellen van WVC van 14 augustus 1989. Ondanks de afwijzende opstelling van het PZF in tweede instantie, menen de ondertekenaars van de brief dat het voorstel om over te gaan tot de oprichting van twee MFE-en zoveel interessante mogelijkheden bevat dat daaraan vooralsnog moet worden vastgehouden. Op die wijze kan, via de beoogde herspreiding, vanuit de bestaande APZ-en een samenhangend stelsel van GGZ-voorzieningen worden bereikt, waarbij het zo belangrijke draagvlak niet wordt aangetast, kapitaalvernietiging wordt voorkomen en de exploitatielasten worden beperkt. De oprichting van een nieuwe rechtspersoon wordt niet afgewezen, maar voorwaarde is dan wel dat inhoud wordt gegeven aan de uitspraak die tijdens de bespreking op 20 juli 1989 door de directie planning en bouw werd gedaan. "De oprichting van een nieuwe rechtspersoon en een inhoudelijke en financiële verstrengeling met de bestaande APZ-en zijn niet strijdig"¹⁶⁴.

Op 28 september 1989 wordt één van de beleidsambtenaren van de provincie Drenthe gebeld door de directeur planning en bouw van het ministerie van WVC. Deze zegt zich af te vragen waar de reactie van de provincie blijft (die dus al 10 dagen geleden is verzonden). De desbetreffende ambtenaar informeert de directeur planning en bouw, die zich nogal ongelukkig toont met de reactie van de kant van de provincie. Tijdens het gesprek wordt duidelijk dat de opvattingen niet zoveel verschillen. De standpunten van WVC dienen dan wel duidelijker te worden vastgelegd. De telefoonnotitie die aan de gedeputeerde van de provincie wordt gericht eindigt met: *"Ik vind dat de heer (. . .) bijzonder overtuigend de rol van de zo langzamerhand wanhopige onschuldige bemiddelaar speelt, die slechts het goede voorheeft met alle betrokkenen. Maar ik kan mij niet aan de indruk onttrekken dat het een goed gespeelde rol is. Hij is mijns inziens aan het zoeken naar de ruimte voor een regeling, waarbij de druk vooral op Drenthe ligt"*¹⁶⁵.

Op 11 oktober 1989 reageert de provincie Friesland. Gesteld wordt dat het voorstel om te komen tot de oprichting van een nieuwe rechtspersoon getuigt van de vaste wil een oplossing tot stand te brengen. *"Deze intentie onderschrijven en waarderen wij bijzonder. Met u zijn wij van mening dat het in dit stadium belangrijk is dat eerst een verklaring WZV kan worden afgegeven en dat in een later stadium de functionele vormgeving relevant wordt. Het is voor ons niet noodzakelijk dat een nieuwe rechtspersoon wordt opgericht, omdat naar onze mening ook de Stichting SIGG als bestuurlijke opzet kan voldoen (. . .)"*.

Er wordt op gewezen dat de SIGG niet vergeleken kan worden met de elders functionerende RIGG-en. In Friesland wordt er naar gestreefd in SIGG-verband alle GGZ-activiteiten in één rechtspersoon onder te brengen. Wanneer daarin ook door Licht en Kracht zou worden geparticipeerd, zouden de SIGG in het algemeen en het

nieuwe APZ in het bijzonder kunnen profiteren van de deskundigheid van Licht en Kracht op het gebied van deeltijdbehandeling en substitutie.

Omdat gebleken is dat WVC het noodzakelijk acht dat de nieuw op te richten rechtspersoon tot de SIGG toetreedt en de provincie Friesland verder geen elementen in het voorstel van WVC heeft ontdekt die strijdig zijn met het provinciale beleid, wordt ingestemd met de voorstellen en de randvoorwaarden van het ministerie¹⁶⁶.

Op 16 oktober 1989 levert de directie van Licht en Kracht een nieuw "stand van zaken-bericht" ten behoeve van de raad van toezicht. Het geven van een juiste stand wordt volgens de notitie bemoeilijkt door het feit dat verschillende spelers verschillende scores op verschillende scoreborden bijhouden. Duidelijk wordt gemaakt dat WVC in toenemende mate betwijfelt of de actuele richtlijnen ex artikel 3 WZV wel realistisch zijn. De directie veronderstelt dat de sub-norm voor de APZ-en binnenkort zal worden verhoogd van 1,1‰ tot 1,3-1,4‰ en daardoor wordt het administratieve overschot aan GGZ-voorzieningen zeer aanzienlijk teruggebracht. Uiteraard blijft in dat geval het spreidingsprobleem bestaan. Geconstateerd wordt dat de APZ-en Groot Bronswijk, het PZF en Beileroord alle in dun bevolkte gebieden liggen, terwijl Dennenoord strikt genomen in de verkeerde provincie is gesitueerd. Licht en Kracht is blijkens deze notitie het enige APZ dat "*niet op de hei ligt*". De reistijden naar dit APZ worden vanuit het hele verantwoordelijkheidsgebied acceptabel geacht en wijken in elk geval niet significant af van de tijd die in andere gebieden nodig is om een APZ te bereiken¹⁶⁷.

Inmiddels is in het kader van het voorgestane spreidingsbeleid door Dennenoord een begin gemaakt met het overbrengen van capaciteiten naar de stad Groningen, wordt door een aantal participanten gewerkt aan de oprichting van een MFE te Emmen en bestaat er nog steeds een plan van de directies van het PZF en Licht en Kracht voor twee MFE-en in zuidoost-Friesland. Uitvoering van dat plan brengt het bereiken van de overheidsdoelen dichterbij. Door de oprichting van een APZ in Heerenveen zal de spreiding niet noemenswaardig verbeteren. De notitie eindigt met de conclusie dat WVC nog steeds te maken heeft met een verdeeld veld en dat een oplossing niet voor het grijpen ligt. Verwacht wordt dat de Raad van State-procedures steeds dichterbij komen en dat op die manier de schier eindeloze discussie toch tot een einde zal worden gebracht.

Op 31 oktober 1989 bespreken directieleden van Beileroord en van Licht en Kracht een aantal GGZ-ontwikkelingen met verschillende ambtenaren van WVC. In dat gesprek komt ook het tweede APZ in Friesland aan de orde. Duidelijk wordt dat enerzijds een groot gewicht wordt toegekend aan de opvattingen van de provincie Friesland, maar dat WVC zich anderzijds realiseert dat een gebaar gemaakt moet worden naar Drenthe. WVC maakt tevens duidelijk dat het MFE-voorstel weinig kans van slagen maakt; een andere oplossing verdient dus de voorkeur. Wanneer het tweede APZ tot stand wordt gebracht, houdt dat niet automatisch in dat WVC de hand zal willen houden aan de overige onderdelen van het vaststellingsbesluit. Een zeer geleidelijke afbouw van de bestaande voorzieningen ligt daarom voor de hand. Definitieve voorstellen aangaande de autonomie van de nieuw op te richten Stichting zijn door WVC nog niet ontwikkeld. Aangenomen wordt dat gekozen zal worden

voor een verzelfstandiging op termijn¹⁶⁸.

Op 8 november 1989 vindt informeel overleg plaats tussen de directeur-generaal van WVC, de algemeen secretaris van De Open Ankh en de algemeen directeur van Licht en Kracht. Het betreft een uiterste poging van de kant van De Open Ankh en Licht en Kracht om de overbodig geachte oprichting van een zelfstandige rechtspersoon, die het nieuw op te richten APZ gaat exploiteren, te voorkomen. De directeur-generaal meent dat de argumenten, die tegen de door WVC voorgestelde ontwikkeling worden ingebracht, hout snijden en neemt op zich dat met zijn medewerkers te bespreken. Enige dagen daarna blijkt dat hij bedoelde medewerkers niet heeft kunnen overtuigen.

Op 22 november 1989 meldt de Leeuwarder Courant dat de SIGG het fiat krijgt voor het tweede psychiatrisch ziekenhuis en dat daarmee de plannen voor een dependance van Licht en Kracht definitief van de baan zijn. Wel mag Licht en Kracht een bijdrage leveren aan de opzet van het nieuwe APZ. De gedeputeerde prijst de saamhorigheid van de betrokken Friese instellingen en de voorzitter van de SIGG, tevens bestuurslid van het PZF, zegt dat het verrassende nieuws uit Den Haag aanleiding geeft tot bezinning op de positie van het PZF in SIGG-verband. Er moet een passend geheel in één juridische structuur tot stand worden gebracht¹⁶⁹.

Op diezelfde dag vindt tevens een mondeling overleg plaats tussen de burgemeester van Smallingerland en de secretaris-generaal van WVC. Drachten laat daarbij weten nog steeds geïnteresseerd te zijn in de komst van een zo groot mogelijke MFE. De secretaris-generaal deelt mee dat nog geen standpunten zijn ingenomen, maar dat een besluit wel op zeer korte termijn te verwachten valt.

De burgemeester van Smallingerland is dan ook zeer verbaasd over de berichtgeving in de regionale pers en belt nog diezelfde avond met de algemeen directeur van Licht en Kracht.

Op 23 november 1989 vindt overleg plaats tussen de directie planning en bouw van WVC en directie en voorzitter van het bestuur van Beileroord. Tijdens dat gesprek ontkent WVC dat alles al in kannen en kruiken is. Er wordt een brief aan de colleges van Gedeputeerde Staten van Friesland en Drenthe in het vooruitzicht gesteld en de reacties daarop zullen uiteindelijk bepalend zijn voor de opstelling van WVC.

Op 27 november 1989 overleggen de directies van Licht en Kracht en Beileroord met de gedeputeerde van Drenthe en maken een aantal procedure-afspraken aangaande de beoordeling van de toegezegde WVC-brief. Tijdens dat overleg wordt een fax op tafel gelegd die door WVC aan de provincie Drenthe is toegezonden. Daaruit blijkt naar het oordeel van alle aanwezigen dat de oprichting van een nieuwe rechtspersoon en dus de totstandkoming van het tweede APZ niet langer tegen te houden vallen. De Drentse APZ-en mogen tijdelijk een bestuurlijke inbreng leveren, kunnen een bijdrage leveren aan het formuleren van een zorgvuldig sociaal beleid en hoeven pas op langere termijn over te gaan tot reductie van de bestaande capaciteiten. Uit een eerste peiling van de meningen blijkt dat het nauwelijks nog zinvol wordt geacht door te blijven vechten. Beter lijkt het de schade voor Drenthe te beperken, onder andere door ook Dennenoord een bijdrage te laten leveren aan de Drentse reductie-taakstelling en door de discussie over de noord-Drentse gemeenten te heropenen. Het resultaat van het overleg wordt door de algemeen directeur van Licht en Kracht

weergegeven in een notitie de dato 28 november 1989 die eindigt met de volgende passage: *“Ofschoon er met betrekking tot de verlies- en winstrekening nauwelijks sprake is van nieuwe overwegingen, is in de afgelopen periode meer en meer het gevoel ontstaan dat het verstandiger moet worden geacht de komende tijd energie te steken in een intensivering van de samenwerking met Beileroord dan nog langer op een wat Don Quichot-achtige wijze de Friese ontwikkelingen te dwarsbomen”*¹⁷⁰.

Het fax-bericht van WVC van 27 november 1989 bestaat uit concept-brieven aan het provinciaal bestuur van Drenthe, aan de SIGG en aan de nader op te richten Stichting APZ zuidoost-Friesland. In het hiervoor genoemde concept aan de provincie Drenthe wordt uiteengezet dat de staatssecretaris voornemens is een verklaring voor een APZ met 204 behandelplaatsen, inclusief deeltijdbehandeling, af te geven aan een door de SIGG op te richten rechtspersoon. In deze rechtspersoon zal ook door vertegenwoordigers van de Drentse APZ-en een bestuurlijke inbreng kunnen worden geleverd. Het aantal bestuurszetels dient tijdelijk gelijkelijk over Friesland en Drenthe te worden verdeeld, aangevuld met een onafhankelijk voorzitter.

Ten aanzien van de reductievoorstellen betreffende de Drentse APZ-en wordt opgemerkt dat het vaststellingsbesluit van 1987 kennelijk onvoldoende duidelijk is geweest. Voorgesteld wordt nu de opbouw van nieuwe voorzieningen in Friesland los te koppelen van de afbouw van bestaande faciliteiten in Drenthe. Deze ont koppeling geldt in elk geval voor de vermindering van het aantal plaatsen voor het oud-chronische bestand, dat van oorsprong uit Friesland afkomstig is.

Wanneer het voor bepaalde patiënten mogelijk en wenselijk is deze aan het nieuwe APZ over te dragen, ofwel wanneer het gebruik van de bestaande voorzieningen terugloopt, kan dat aanleiding geven tot bijstelling van de erkende capaciteit. De reductie zal in elk geval in fasen plaatsvinden en zich over een aantal jaren uitstrekken; overleg met de ziektekostenverzekeraars is daarbij noodzakelijk¹⁷¹.

In het concept aan de SIGG stelt de staatssecretaris na ampele overwegingen tot de conclusie te zijn gekomen dat beheer en exploitatie van het tweede Friese APZ in handen moeten worden gelegd van een nieuw op te richten rechtspersoon. Het SIGG wordt verzocht over te gaan tot de oprichting daarvan en het initiatief over te dragen aan de nieuwe stichting. Het bestuur moet ook Drenten tellen, maar drie jaar na de realisering van de eerste fase van het APZ kan de Drentse inbreng worden beëindigd. Bijgevoegd is, eveneens in concept-vorm, een verklaring ten behoeve van de nieuwe rechtspersoon. Daaruit blijkt dat aan een aantal randvoorwaarden moet worden voldaan. Er moet goed worden samengewerkt met de andere GGZ-instellingen, er dient gebruik te worden gemaakt van de expertise op het gebied van de substituerende behandeling die in Licht en Kracht aanwezig is en er moet een sociaal beleid worden ontwikkeld dat rekening houdt met de positie van de medewerkers die in dienst van de Drentse APZ-en zijn. De capaciteit wordt vastgesteld op 204 bedden/plaatsen gedurende de eerste fase¹⁷².

Op 27 november 1989 heeft de provincie Drenthe haar concept-reactie, die mede gebaseerd is op het eerder genoemde gesprek van 23 november 1989, al gereed. Daaruit blijkt dat de provincie op hoofdlijnen instemt met de voorstellen van de staatssecretaris. De geleidelijke reductie van de APZ-en in Drenthe is de belangrij-

ste overweging om met de WVC-voorstellen mee te gaan. Opgemerkt wordt dat de provincie Drenthe voor de verdere ontwikkeling van het initiatief in zuidoost-Friesland geen enkele verantwoordelijkheid draagt. Aan het eind van de brief wordt geconstateerd dat de eerste periode waarop het ontwerpplan van de provincie betrekking had inmiddels is verlopen. De provincie zegt dan ook graag een nieuwe aanwijzing te willen ontvangen¹⁷³.

De opstelling van de directie van Licht en Kracht met betrekking tot de voorstellen van WVC is hiervoor al gebleken naar aanleiding van de reactie op de WVC-fax. De directie van Beileroord heeft op 29 november 1989 een oordeel geformuleerd en komt eveneens tot de conclusie dat – afgezien van een nieuwe discussie over de positie van de noord-Drentse gemeenten – het maximale is bereikt. De notitie mondt uit in de conclusie dat akkoord moet worden gegaan met de voorstellen van WVC, dat de beroepsprocedure bij de Raad van State moet worden gehandhaafd en dat de samenwerking met Licht en Kracht moet worden geïntensiveerd¹⁷⁴.

Op 15 december 1989 wordt de definitieve versie van de eerder gezonden concepten door WVC aan de betrokken instellingen en instanties verzonden. De brieven zijn vrijwel identiek aan de eerdere concepten. Ook Licht en Kracht en De Open Ankh worden over de laatste stand van de discussie geïnformeerd. Verondersteld wordt dat Licht en Kracht/De Open Ankh bereid zijn de aanvraag voor de verklaring van een dependance in Heerenveen over te dragen aan de nieuwe rechtspersoon dan wel in te trekken¹⁷⁵.

Op 5 januari 1990 verschijnt de eerste beleidsnotitie van de SIGG. Opvallend is dat deze niet rechtstreeks aan de directies van de Drentse instellingen wordt toegezonden. De SIGG acht het kennelijk niet nodig de Drentse APZ-en bij de verdere planontwikkeling nauwer te betrekken dan door WVC, op grond van de tijdelijke bestuursstructuur, is voorgesteld. De inhoud van de notitie komt in grote trekken overeen met de opvattingen die ook op een andere wijze reeds onder de aandacht werden gebracht.

Op 10 januari 1990 richt de directie van Licht en Kracht zich tot WVC. In het schrijven wordt duidelijk gemaakt dat het APZ niet op de voorstellen van de staatssecretaris kan ingaan, omdat formeel de reductievoorstellen voor de beide Drentse APZ-en uitsluitend onder de aandacht van de provincie Drenthe zijn gebracht. Verzocht wordt dan ook om bevestiging van deze principe-toezeggingen aan de instellingen¹⁷⁶.

Op 19 januari 1990 vraagt het bestuur van de SIGG aan de beide Drentse APZ-en of deze bereid zijn mee te werken aan de uitwerking van de voorstellen die door de staatssecretaris in zijn brieven van 15 december 1989 zijn gedaan. Voorgesteld wordt het overleg over de mogelijke opzet te openen¹⁷⁷.

Op dezelfde datum zendt De Open Ankh een korte brief naar WVC. Daarin wordt opgemerkt dat in de brieven van de staatssecretaris van 15 december 1989 op geen enkele wijze melding wordt gemaakt van de ideeën, die bij De Open Ankh en Licht en Kracht bestaan aangaande de beheers- en exploitatievorm van het nieuwe APZ. Tevens wordt meegedeeld dat de veronderstelde bereidheid om de aanvraag in te trekken (nog) niet aanwezig is. In de brief wordt duidelijk gemaakt dat voor het bepalen van een definitief standpunt meer tijd nodig is en dat daarom niet voor eind

februari 1990 op een formele reactie van de kant van De Open Ankh moet worden gerekend¹⁷⁸. De Open Ankh kiest voor die opstelling, omdat inmiddels de algemeen secretaris van dat werkverband een organisatie-adviesbureau de opdracht heeft verstrekt tot het uitvoeren van een onderzoek naar de (zelfstandige) bestaansmogelijkheden van Licht en Kracht. Het bestuur van het werkverband heeft behoefte aan zo'n onderzoek, omdat over de wenselijkheid van een intensieve samenwerking tussen de Drentse APZ-en door Licht en Kracht en De Open Ankh verschillend wordt gedacht. Het onderzoeksrapport verschijnt op 1 februari 1990 en al snel blijkt dat het bestuur van De Open Ankh enerzijds en de raad van toezicht en de directie van Licht en Kracht anderzijds de betekenis van dat rapport verschillend inschatten.

Op 26 februari 1990 reageert de directie van Licht en Kracht op het verzoek van de SIGG om tot een gesprek te komen over de opzet van het tweede APZ in Friesland. Daaruit wordt duidelijk dat de bereidheid tot praten wel aanwezig is, maar dat De Open Ankh zich nog beraadt op het in te nemen standpunt. Aangezien Licht en Kracht daarvan – zoals gezegd – deel uitmaakt, wordt het wenselijk geoordeeld eerst de visie van De Open Ankh af te wachten alvorens daadwerkelijk de besprekingen te openen¹⁷⁹.

Op 1 maart 1990 laat ook de directie van Beileroord aan de SIGG weten eerst meer duidelijkheid te willen over de gevolgen van de plannen van de staatssecretaris voor de Drentse APZ-en¹⁸⁰.

Ondertussen wordt door Licht en Kracht en De Open Ankh koortsachtig overleg gepleegd over de in te nemen standpunten, zowel in de richting van de SIGG, de staatssecretaris als Beileroord. Licht en Kracht en het werkverband hebben verschillende opvattingen over de in Drenthe te ontwikkelen strategie, wanneer wordt besloten tot een positieve reactie op de voorstellen van de staatssecretaris.

In maart 1990 produceert de directie van Licht en Kracht een nota onder de titel "De Toekomst van Licht en Kracht in een uitsluitend Drents perspectief".

De nota vat voor een deel de ontwikkelingen, die hiervoor zo uitvoerig zijn beschreven, samen en leidt onder meer tot de conclusie dat WVC moet worden bericht dat loyaal aan de totstandkoming van het APZ in Heerenveen zal worden meegeewerkt, teneinde op die wijze in een gunstige onderhandelingspositie te komen. Deze positie is vooral van belang om verbeteringen in de outillage te kunnen bewerkstelligen en tevens om budgettaire rust te kunnen garanderen. Er wordt op gewezen dat het, gelet op de gevoerde gesprekken en de correspondentie, niet langer geloofwaardig is steeds nieuwe vluchtroutes te zoeken. De aanvraag voor de APZ-dependance moet dus worden ingetrokken, op voorwaarde dat het beroepsschrift wordt gehandhaafd. Ook wordt vastgesteld dat samenwerking met Beileroord welhaast onontkoombaar is¹⁸¹.

Op 3 april 1990 vindt opnieuw overleg plaats tussen de ambtenaren van planning en bouw van WVC, De Open Ankh en Licht en Kracht. De Open Ankh vraagt ruimte om te werken aan een nieuwe structuur voor de "GGZ-nieuwe stijl" in Drenthe in het kader van het functiedenken, zoals geïntroduceerd door de Nationale Raad voor de Volksgezondheid (zie daarvoor ook deel I van deze studie). De directie van Licht en Kracht heeft een omvangrijke wensenlijst opgesteld met compensatie-voorstellen ten gevolge van de gang van zaken in Friesland, een aantal suggesties betreffende de

ontwikkeling van de erkende capaciteit, alsmede een omvangrijk nieuwbouwprogramma. Door WVC wordt aangedrongen op de realisering van een APZ Drenthe, tot stand te brengen door middel van een fusie tussen Beilerwaard en Licht en Kracht. Het verloop van het gesprek is zodanig dat Licht en Kracht concludeert dat WVC bereid is een zeer geleidelijke afbouw van de GGZ-capaciteiten in Drenthe en in direct verband daarmee budgettaire rust, te garanderen. Voorts komt Licht en Kracht tot de slotsom dat in een korte periode omvangrijke bouwkundige verbeteringen kunnen worden doorgevoerd. De Open Ankh ziet in de uitkomsten van het gesprek echter nog mogelijkheden een rol in Friesland te blijven vervullen.

Op 19 april 1990 wordt door de directie van Licht en Kracht, mede namens de raad van toezicht, maar min of meer tegen de zin van De Open Ankh, een brief aan de SIGG verzonden. Daarin wordt melding gemaakt van het principe-accord met WVC. In het kader van de splende discussie over het al of niet totstandkomen van een APZ in Heerenveen is de volgende passage naar mijn oordeel relevant: *“Over een aantal onderwerpen echter dienen de beraadslagingen te worden vervolgd. Daarvoor is nog enige tijd nodig. Door de Raad van Toezicht is (. . .) besloten dat de gesprekken tussen WVC, De Open Ankh en Licht en Kracht de oprichting van een nieuwe rechtspersoon in zuidoost-Friesland niet zouden mogen blokkeren. Wij zijn dan ook bereid met u van gedachten te wisselen over de voorbereidende stappen die daartoe moeten worden ondernomen”*.

Aan het eind van de brief wordt een voorbehoud gemaakt dat inhoudt dat de toezeggingen door WVC wel eerst moeten worden bekrachtigd¹⁸².

Op 23 april 1990 maakt het bestuur van De Open Ankh de raad van toezicht van Licht en Kracht duidelijk de inhoud van de brief aan de SIGG niet volledig te kunnen onderschrijven. Om een aantal redenen geeft De Open Ankh de voorkeur aan een andere strategie. Daarvan wordt uiteindelijk voor Licht en Kracht een gunstiger uitkomst verwacht. Het bestuur van De Open Ankh toont zich optimistisch ten aanzien van de mogelijkheden de onderhandelingen met enige kans op succes te vervolgen. Directie en raad van toezicht van Licht en Kracht daarentegen zijn van mening dat de door WVC gedane toezeggingen voldoende zijn om de strijdbijl te begraven, mede omdat de aanvraag van Licht en Kracht voor de dependance én het beroepsschrift tegen het vaststellingsbesluit als drukmiddel kunnen worden gehanteerd, wanneer de omstandigheden daartoe aanleiding geven. Het betreft hier uiteraard een interne Open Ankh-aangelegenheid, maar deze discussie is voor mijn onderzoek niet helemaal zonder belang¹⁸³. In de eerste plaats ontstaat daardoor nieuwe vertraging, terwijl in de tweede plaats nog eens duidelijk wordt dat de spelregels ook voor partijen die zo dicht bij elkaar staan, verschillend kunnen worden geïnterpreteerd. Door raad van toezicht en directie wordt geconcludeerd dat het niet verstandig is de Licht en Kracht-brief aan de SIGG te herroepen. Op 4 mei 1990 neemt echter De Open Ankh het initiatief over en besluit tot verzending van een brief aan de SIGG, waarin staat dat het door Licht en Kracht voorgestelde gesprek pas in de loop van de maand juni 1990 kan plaatsvinden. De Open Ankh brengt tot uitdrukking dat de ontwikkelingen nog onduidelijk zijn en dat daarom eerst de vervolgesprekken met WVC moeten zijn gevoerd¹⁸⁴. Een tweetal raad van toezicht-leden voelt zich overruled door de Open Ankh en besluit zijn functie ter beschikking te

stellen. Dit besluit wordt op 11 mei 1990 schriftelijk onder de aandacht van de regionaal inspecteur voor de geestelijke volksgezondheid gebracht¹⁸⁵. Op 14 mei 1990 richt de directie van Licht en Kracht zich mede namens de raad van toezicht tot het bestuur van De Open Ankh om het aftreden van beide raad van toezicht-leden te bevestigen. Tevens wordt om nader mondeling overleg gevraagd, teneinde te voorkomen dat het interne meningsverschil de verdere gang van zaken rond de GGZ-ontwikkelingen in de noordelijke provincies op een voor Licht en Kracht ongunstige wijze beïnvloedt¹⁸⁶.

Het gesprek vindt op 8 juni 1990 in een overigens uitstekende verstandhouding plaats. Tijdens de bespreking staan de beleidsruimte van Open Ankh-instellingen en de toekomstige ontwikkeling van Licht en Kracht centraal. Geconcludeerd wordt dat de betekenis van de Licht en Kracht-brief aan de SIGG verschillend wordt gewogen en dat het wenselijk is een scherper beeld te krijgen van de toekomst van Licht en Kracht alvorens nieuwe standpunten in te nemen. Besloten wordt dan ook tot de opstelling van een toekomstscenario door de directie dat de basis voor de verdere strategie zal vormen. Inmiddels, om precies te zijn op 6 juni 1990, heeft De Open Ankh zich tot de directeur planning en bouw van WVC gewend. Duidelijk wordt gemaakt dat het vertrek van de voorzitter van de raad van toezicht van Licht en Kracht weliswaar tot vertraging heeft geleid, maar dat de discussie over de richting die door Licht en Kracht moet worden ingeslagen, is hervat¹⁸⁷.

Op 20 juni 1990 deelt de SIGG aan Beileroord en Licht en Kracht mede dat men begrip heeft voor de moeilijke positie van de Drentse instellingen, maar dat deze problemen de oprichting van een nieuwe rechtspersoon in Friesland niet in de weg mogen staan. Besloten is daarom tot het nemen van eenzijdige stappen om te komen tot de oprichting daarvan. Met de invulling van de twee Drentse bestuurszetels wordt gewacht totdat de resultaten van eventuele vervolgbesprekingen tussen WVC en Licht en Kracht bekend zijn¹⁸⁸.

In juli 1990 komt het scenario, dat door De Open Ankh en Licht en Kracht noodzakelijk werd geoordeeld, tot stand. In het scenario van Licht en Kracht en De Open Ankh, dat onder de titel "Licht en Kracht/De Open Ankh nu en later" verschijnt, wordt uitvoerig aandacht aan de voorgeschiedenis besteed, worden de resultaten van het overleg met WVC verwoord, worden de kansen aangaande het zelfstandig voortbestaan van Licht en Kracht geanalyseerd en worden de mogelijkheden om via een intensivering van de Drentse samenwerking de problemen geheel of gedeeltelijk op te lossen tegen het licht gehouden. Geconcludeerd wordt dat de principe-toezeggingen van WVC en een toenadering tussen Beileroord en Licht en Kracht op termijn de beste mogelijkheden voor een verantwoorde zorg in de provincie Drenthe bieden¹⁸⁹.

Op 6 juli 1990 zendt De Open Ankh, mede op basis van de inhoud van dit scenario, een schrijven aan de staatssecretaris van WVC, waarin wordt meegedeeld dat het werkverband bereid is de aanvraag voor de verklaring van de dependance van Licht en Kracht in Heerenveen *voorwaardelijk* over te dragen aan de nieuw opgerichte rechtspersoon. WVC moet dan wel bereid zijn de eerder gedane toezeggingen zwart op wit te bevestigen¹⁹⁰.

Op 17 september 1990 vindt te Assen een overleg plaats tussen ambtenaren van

WVC en de directie van Licht en Kracht. Belangrijkste onderwerp van gesprek vormen de erkende capaciteit van Licht en Kracht en de ontwikkeling daarvan, mede met het oog op de komst van de FPK. Omdat inmiddels ook is besloten tot de exploitatie van een tijdelijke voorziening voor delinquenten met psychiatrische problemen (met 12 bedden) en pas circa twee jaar daarna de definitieve FPK (met 54 bedden) in gebruik zal worden genomen, wordt afgesproken dat Licht en Kracht een voorstel zal formuleren dat rekening houdt met deze gefaseerde ontwikkeling.

Dat voorstel wordt op 3 oktober 1990 schriftelijk onder de aandacht van de inmiddels opgerichte Hoofdafdeling Geestelijke Gezondheidszorg en Beroepen van de Directie Ziekenhuiszorg en Topzorg van WVC gebracht. Het houdt in dat eerst de capaciteit van Licht en Kracht met 12 tijdelijke FPK-bedden wordt verhoogd en vervolgens in 2 jaar weer tot het oorspronkelijke aantal van 549 wordt verminderd. Na gereedkoming van de definitieve FPK wordt het aantal erkende bedden nog eens met 42 uitgebreid, welk aantal vervolgens in 4 jaar weer zal worden gereduceerd. Op die wijze worden in een periode van 6 jaar 54 APZ-bedden omgezet in 54 FPK-bedden. Daarna kan dan een begin worden gemaakt met de vermindering van de erkende capaciteit ten gevolge van de ontwikkelingen in zuidoost-Friesland en/of specifieke ontwikkelingen in Drenthe.

Tijdens de laatste maanden van 1990 vindt verschillende keren telefonisch overleg plaats tussen WVC en Licht en Kracht. Daaruit blijkt dat WVC aanstuurt op een definitieve intrekking van de aanvraag voor een verklaring en dat Licht en Kracht en De Open Ankh een bevestiging van de gedane toezeggingen wensen.

Dat leidt tot de verzending van een schrijven van De Open Ankh aan de directeur Ziekenhuiszorg en Topzorg van WVC op 11 januari 1991. Uit dat schrijven blijkt dat WVC alsnog duidelijkheid zal moeten verschaffen aangaande de reductietaakstelling van Licht en Kracht, de omvang van het verzorgingsgebied en tevens zal moeten instemmen met een aantal bouwprojecten, waarvoor de aanvragen al geruime tijd bij het ministerie liggen. Herhaald wordt nog eens dat De Open Ankh en Licht en Kracht de ontwikkelingen in zuidoost-Friesland niet langer willen blokkeren. De laatste zin van deze brief geeft de opvattingen van De Open Ankh weer. *“Wanneer u ons bevestigt dat u kennis hebt genomen van het nu voorliggende schrijven en tot uitdrukking brengt dat aan de daarin gememoreerde wensen tegemoet kan worden gekomen, delen wij u per omgaande mede dat het initiatief om te komen tot de oprichting van een tweede APZ in zuidoost-Friesland, zoals door De Open Ankh werd ingediend, zal worden ingetrokken”*¹⁹¹. Op verzoek van WVC wordt de brief per fax verzonden.

Op 1 februari 1991 vindt hierover overleg plaats tussen WVC, De Open Ankh en Licht en Kracht. Dat leidt onder meer tot de afspraak dat WVC een voorstel zal formuleren waarmee wordt gereageerd op de wensen van Licht en Kracht en De Open Ankh.

Op 5 februari 1991 verstuurt De Open Ankh opnieuw een brief naar WVC, waarin een aantal zaken uit de eerdere brief van 11 januari 1991 wordt verduidelijkt. Op 6 februari 1991 verstuurt WVC (per fax) het concept-voorstel. Daarin wordt aangegeven dat de staatssecretaris inmiddels heeft besloten tot een verhoging van het bouwplafond met het oog op de aanzienlijke meerkosten van de definitieve FPK van Licht

en Kracht. Voorts wordt bevestigd dat WVC kan instemmen met het reductievoorstel zoals Licht en Kracht dat voor de komende jaren heeft opgesteld. Ook wordt duidelijk gemaakt dat pas op het moment van afgifte van de *vergunning* voor het nieuwe APZ in Friesland duidelijkheid over het tempo van realisering van vervangende behandelmogelijkheden in Friesland zal ontstaan. Geconcludeerd wordt dan ook dat het reductieproces in Drenthe zich zal uitstrekken over een vrij lange periode. Daartoe zullen voortschrijdende meerjaren-afspraken worden gemaakt. Het concept eindigt met: *“Bij het overleg met Licht en Kracht inzake de verdere ontwikkeling van de klinische capaciteit zal ik vanzelfsprekend rekening houden met de eisen welke een op moderne leest geschoeide psychiatrische zorg stelt aan deze ontwikkeling. (. . .) Ik spreek graag het vertrouwen uit dat in de komende jaren een en ander in goed overleg zal kunnen worden aangepakt. Verder spreek ik het vertrouwen uit dat u in het bovenstaande aanleiding ziet af te zien van uw aanvraag inzake de oprichting van een APZ-voorziening in zuidoost-Friesland van 12 november 1987, zodat nu eindelijk het proces voor totstandkoming van deze voorziening in gang wordt gezet”*^{192 (7)}

Over de brief wordt overleg gepleegd en wel op 26 februari 1991, in dezelfde samenstelling als op 1 februari 1991. Het gesprek leidt tot de afspraak dat het uiteindelijke voorstel in de vorm van een WVC-brief aan De Open Ankh door de directie van Licht en Kracht zal worden geformuleerd. Dat concept wordt op 26 februari 1991 opgesteld en verzonden. In het concept verklaart WVC dat de oprichting van een tweede APZ van groot belang is, maar dat binnen de mogelijkheden van de wet- en regelgeving de negatieve effecten voor Drenthe zoveel mogelijk moeten worden beperkt. Tevens wordt verklaard dat WVC zich zal inspannen de eerder gedane principe-toezeggingen, zoals vastgelegd in het schrijven van 5 februari 1991, gestand te doen indien de noodzaak daartoe zich voordoet.

Op 6 maart 1991 blijkt uit een fax aan De Open Ankh dat de formuleringen zoals die aan WVC zijn voorgesteld zijn overgenomen. Op grond van de inhoud van het WVC-schrijven vindt vervolgens de raadpleging van de leden van het bestuur van De Open Ankh plaats.

Inmiddels is duidelijk geworden dat de staatssecretaris de gezondheidszorg op een andere wijze wil inrichten. Dat blijkt ook uit de veranderende opstelling van de ambtenaren van het ministerie.

Binnen De Open Ankh en Licht en Kracht bestaat de overtuiging dat de exploitatie van het tweede APZ aanzienlijk goedkoper zal uitvallen wanneer alsnog wordt gekozen voor een zekere mate van verstrengeling tussen het nieuwe APZ en de bestaande. WVC heeft andere APZ-en laten blijken dat “beheer op afstand” onder bepaalde voorwaarden ook elders profijtelijk kan zijn. Daarom wordt door De Open Ankh en Licht en Kracht overwogen alsnog van koers te veranderen. Uiteindelijk wordt geconcludeerd dat dat niet meer kan. Deze conclusie leidt tot de verzending

⁷ De brief als zodanig kan worden beschouwd als een tamelijk vage toezegging. Tijdens de vele contacten tussen WVC, De Open Ankh en Licht en Kracht is echter een sfeer van wederzijds vertrouwen ontstaan en daarom wordt de bereidheid tot het verzenden van een dergelijke brief toch als een positief gebaar van de kant van WVC gezien. Besloten wordt dan ook met elkaar in gesprek te blijven.

van een Open Ankh-brief op 23 april 1991, gericht aan de staatssecretaris waarin wordt meegedeeld dat het initiatief van 12 november 1987, mede op grond van de door WVC gedane toezeggingen, wordt ingetrokken. Wel wordt de bereidheid uitgesproken een bijdrage te leveren aan de verdere discussie met betrekking tot de inhoudelijke, organisatorische en financiële aspecten, omdat een blijvende koppeling aan de bestaande instellingen belangrijke voordelen kan opleveren¹⁹³.

Enige weken daarna, te weten in mei 1991, bijna 4 jaar na de publikatie van de vaststellingsbesluiten, besluit de staatssecretaris van WVC tot de afgifte van een verklaring van behoefte aan de inmiddels opgerichte rechtspersoon. Hij verklaart dat er behoefte bestaat aan de oprichting van een GGZ-voorziening in zuidoost-Friesland met een capaciteit van vooralsnog 204 bedden/plaatsen.

7.5 Samenvatting en conclusies ten aanzien van hoofdstuk 7

Het grote aantal beroepsschriften heeft op het moment van afsluiting van deze studie nog niet geleid tot uitspraken door de Raad van State. Wel heeft ter voorbereiding op een eventuele Raad van State-procedure WVC een ambtsbericht opgesteld, waarin de departementale opvattingen aangaande de inhoud van de beroepsschriften zijn verwoord. In het ambtsbericht wordt toegegeven dat de vaststellingsbesluiten op onderdelen verwarrend en onvolledig zijn geweest. In een enkel geval leidt dat tot een woord van excuus. In andere gevallen wordt verwezen naar passages uit de vaststellingsbesluiten, die door WVC wel duidelijk worden geacht.

Van een verschil in behandeling tussen Licht en Kracht (gelegen in Drenthe en mede functionerend voor Friesland) en Drennoord (gelegen in Drenthe en vrijwel uitsluitend functionerend voor Groningen) wil WVC niets weten. Groningen en Drenthe beschouwen Drennoord al lang als een Gronings APZ, zo luidt de verklaring. Voor een vermindering van het draagvlak en een daarmee verband houdende vermindering van de kwaliteit van de Drentse APZ-en hoeft niet te worden gevreesd, omdat dat probleem eenvoudig kan worden opgelost door een fusie tussen Licht en Kracht en Beilerood. Bovendien wordt het draagvlak van Licht en Kracht mede in stand gehouden door de komst van de FPK. Van kapitaalvernietiging is geen sprake, omdat in Drenthe nog enkele slechte gebouwen functioneren. Van een onduidelijke reductietaakstelling voor de verschillende APZ-en kan ook al niet worden gesproken. Het reductietempo op de ene locatie wordt bepaald door het tempo waarin elders vervangende voorzieningen tot stand worden gebracht. Tenslotte is het aan de PAAZ-en het voortouw te nemen bij de voorbereidingen van een MFE. De PAAZ zelf moet daartoe over voldoende bedden beschikken om a-select te kunnen opnemen en dient voorts geformaliseerde samenwerkingsverbanden tot stand te brengen met de Riagg en eventueel het APZ.

Intussen hebben De Open Ankh/Licht en Kracht een aanvraag voor een niet zelfstandig APZ in zuidoost-Friesland ingediend. Dat voorbeeld wordt niet lang daarna gevolgd door het PZF, welk initiatief later wordt overgenomen door de SIGG. WVC vraagt aangaande beide initiatieven advies van de relevante organen, die bij meerderheid, uitgezonderd de provincie Friesland, het initiatief van Licht en Kracht pre-

fereren. Op een moment dat bijna iedereen de afgifte van een verklaring verwacht, ontplooit WVC initiatieven die moeten leiden tot de oprichting van een nieuwe rechtspersoon, die verantwoordelijk zal zijn voor beheer en exploitatie van het APZ. Varianten die door het PZF en Licht en Kracht worden ontwikkeld krijgen geen instemming van WVC. Er volgt een slepende discussie waaraan vooral actief wordt deel genomen door De Open Ankh, Licht en Kracht en WVC. Nadat WVC toezeggingen heeft gedaan, die een evenwichtige ontwikkeling van Licht en Kracht op termijn mogelijk maken, wordt uiteindelijk de aanvraag van De Open Ankh/Licht en Kracht ingetrokken.

Nadat sedert de publikatie van de vaststellingsbesluiten bijna 4 jaar zijn verstreken wordt de verklaring aan de inmiddels opgerichte nieuwe rechtspersoon afgegeven.

Deel III

Evaluatie en analyse

8 Opvattingen in het veld inzake de beleidsinhoud en de instrumentele aspecten van de WZV

8.1 Inleiding

Mijn probleemstelling richt zich op de vraag of de WZV als een *effectief* instrument kan worden aangemerkt voor de verbetering van de *doelmatigheid en de spreiding* van de klinisch psychiatrische voorzieningen; daarbij gaat het impliciet ook om kostenbeheersing (een streven dat bijvoorbeeld is verwoord in de Structuurnota).

In Deel I heb ik antwoord gegeven op de vraag wat onder een doelmatige en goed gespreide GGZ moet worden verstaan. Samenvattend heb ik in 3.3.4 geconcludeerd dat een doelmatige GGZ aansluit op de zorgvraag, goed bereikbaar is, aan de te stellen kwaliteitseisen voldoet, de continuïteit waarborgt en wordt geboden door instellingen die groot genoeg zijn om een gedifferentieerd pakket van voorzieningen te kunnen bieden en op een menselijke schaal functioneren.

Ik heb er daarbij overigens op gewezen dat doelmatigheid en effectiviteit dynamische begrippen zijn, in die zin dat veranderingen in normen en waarden, in financieel-economische omstandigheden en wetenschappelijke casu quo professionele ontwikkelingen, kunnen leiden tot wisselende interpretaties van deze begrippen.

In Deel II heb ik aan de hand van de case-study laten zien hoe in de praktijk het instrument WZV in de drie noordelijke provincies is gehanteerd. In Deel III concentreer ik mij op de *beleidsevaluatie*, door Bressers en Hoogerwerf omschreven als “*het beoordelen van de waargenomen inhoud, processen of effecten van een beleid*”¹⁹⁴. Ik begin dit hoofdstuk met een beoordeling van de *beleidsinhoud*. Ik doe dat vanuit de veronderstelling dat de *mate van acceptatie* van de WZV-beleidsdoelstellingen de opstelling van de veldactoren in belangrijke mate bepaalt. Bij volledige overeenstemming is er voor hen geen aanleiding het overheidsbeleid te dwarsbomen door het uitoefenen van vormen van hindermacht, zoals bedoeld in 2.5. Is er daarentegen wel sprake van visieverschillen, dan ligt het in de rede te veronderstellen dat de veldactoren niet zonder slag of stoot instemmen met de implementatie van het overheidsbeleid. Uit de bespreking van de case-study, in deel II, is al gebleken dat de opvattingen van overheid en veldactoren fundamentele verschillen vertonen. De overheid wenste voor het bereiken van haar doelen gebruik te maken van het wettelijk WZV-instrumentarium en het veld trachtte het gebruik daarvan te verhinderen. Voor een beoordeling van de *acceptatie van de beleidsinhoud* is het naar mijn mening van belang zicht te krijgen op de veldopvattingen ten aanzien van de volgende vragen:

- Is er sprake van een onbeheerste kostenontwikkeling?;
- Zijn de WZV-richtlijnen realistisch?;
- Levert de WZV een bijdrage aan het verbeteren van de doelmatigheid van de GGZ?;
- Kan met gebruikmaking daarvan ook de spreiding van de klinische GGZ voorzieningen worden geoptimaliseerd?;

8.2 Kostenontwikkeling gezondheidszorg

Om de actoren in het veld te kunnen overtuigen van de noodzaak de kosten op micro- en macroniveau te beheersen, moet uitgelegd kunnen worden dat er sprake is van een onbeheerste kostenontwikkeling. In deze paragraaf wil ik daarom eerst een beeld schetsen van de opvattingen van de overheid en vervolgens beoordelen of die visie door de veldactoren wordt gedeeld.

De kosten van de gezondheidszorg worden sinds 1977 in een uitvoerige bijlage bij de rijksbegroting vermeld. In het als zodanig aangeduide Financieel Overzicht Zorg (FOZ) wordt eerst een overzicht gegeven van de kostenontwikkeling, zoals die zich heeft voorgedaan in de jaren die aan de opstelling voorafgingen. Daarna volgt een vergelijking van de werkelijke kosten van het afgelopen begrotingsjaar met de ramingen uit het vorige FOZ. Vervolgens wordt aangegeven hoe de kosten in het jaar waarop het FOZ betrekking heeft zich verder mogen ontwikkelen. De toonzetting van het FOZ is als regel nogal somber. Zo valt al in het FOZ 1983, dat toen overigens nog als Financieel Overzicht Gezondheidszorg (FOG) werd aangeduid, te lezen: *“Tegen de achtergrond van de uiterst zorgelijke algemeen financiële economische situatie en de grote tekorten in de verplichte ziekenfondsverzekeringen en de AWBZ is een uiterste inspanning noodzakelijk om de uitgaven van de gezondheidszorg in de pas te laten lopen met de algemeen economische mogelijkheden. Het financieel kader 1983, zoals dat was opgenomen in het FOG 1982, is dan ook aanzienlijk bijgesteld”*¹⁹⁵.

Tien jaar later is de bezorgdheid van de overheid alleen maar verder toegenomen, zoals blijkt uit de inleiding bij het FOZ 1993: *“De inzet van het beleid is dat ook op de langere termijn de zorg goed, betaalbaar en toegankelijk is. Daartoe moeten nu maatregelen worden getroffen in het stelsel van bekostiging en verzekering, om de zorg in de toekomst te kunnen continueren. Kostenbeheersing betekent daarbij niet hetzelfde als ombuigen, maar wel de ruimte scheppen voor sectoren waar de maatschappelijke behoeften het grootst zijn”*¹⁹⁶.

Beide uitspraken onderstrepen dat de overheid de kostenontwikkeling gedurende een reeks van jaren als zorgwekkend kwalificeert. Daarmee zou de indruk gewekt kunnen worden dat de uiterste inspanning, genoemd in het FOG van 1983, er niet toe heeft geleid dat de uitgaven van de gezondheidszorg in de pas lopen met de algemeen economische ontwikkelingen. Ik zal nagaan of zo'n vooronderstelling gebaseerd zou zijn op de feiten.

Uit het opgestelde FOG, betrekking hebbend op het begrotingsjaar 1980, blijkt dat

de kosten van de gezondheidszorg, uitgedrukt in een percentage van het Bruto Nationaal Produkt (BNP) tegen marktprijzen, in 1977 8,2% bedroegen. Volgens de ramingen uit het FOZ 1993 zullen de kosten voor de zorg in 1992 zijn gestegen tot 9,8% van het BNP en in 1995 weer zijn gedaald tot 9,5%.

Op het eerste gezicht lijkt het dat het beslag dat de gezondheidszorg legt op het BNP is toegenomen. De percentages van 1977 respectievelijk 1995 mogen echter niet zonder meer met elkaar worden vergeleken. Het begrip zorg, zoals in de meest recente overzichten wordt gehanteerd, omvat meer deelsectoren dan het oorspronkelijk begrip gezondheidszorg. De inleiding van het FOZ 1993 bevestigt dat. Daaruit blijkt dat de "totale zorg", inclusief welzijn, uitgaande van de huidige definitie, in 1980 een beslag van 9,8% legde op het BNP. De groei van de kosten van de (gezondheids)zorg lijkt dus overeen te komen met de macro-economische ontwikkelingen.

Uit het FOZ 1993 blijkt tevens dat het relatieve aandeel van de zorgsector in de totale werkgelegenheid tussen 1987 en 1992 licht is gedaald (van 11,4% tot 11,2% van het aantal landelijke arbeidsplaatsen) en voorts dat het aandeel van de investeringen in gebouwen in een tijdsbestek van 5 jaar is teruggelopen van 13,3% tot 9,6%¹⁹⁷. Daaruit kan worden geconcludeerd dat de gezondheidszorg relatief niet in negatieve zin uit de pas loopt.

Grünwald (1987) wijst er op dat al sedert de Structuurnota (zie deel I van deze studie) wordt geprobeerd de kostenstijging te beteugelen. Kijkend naar de *nominale kosten* stelt zij een spectaculaire stijging vast. Wanneer de index in het basisjaar 1970 op 100 wordt gesteld kan voor 1953 een indexcijfer van 11 en voor 1984 van 465 worden berekend. Worden de kostenstijgingen uiteengegrafeld, dan ontstaat een genuanceerder beeld. Na een analyse van de periode 1975 tot 1983 komt zij tot de volgende conclusie: "*Van elke 100 gulden die men in 1983 meer aan de gezondheidszorg heeft besteed dan in 1975 zijn er 69 gulden bijgekomen door de waardevermindering; de overige f 31,- zijn het gevolg van de reële uitgavenverhoging van de gezondheidszorg. Hiervan werd f 12,- besteed doordat er meer handelingen plaats vonden, f 19,- door de hogere kosten voor de behandeling, waarvan f 9,50 door meer loon als gevolg van toename personeel en f 9,50 met betrekking tot (rente voor) installaties, energie, medische verzorgingsmiddelen, administratie*"¹⁹⁸. Ook wijst zij er op dat bij de beoordeling van deze uitkomst rekening moet worden gehouden met de demografische ontwikkelingen, de uitbreiding van de voorzieningen voor langdurig zieken en de arbeidsduurverkorting die ook in de gezondheidszorg heeft geleid tot de inzet van meer personeel. Naar haar mening vormt de *inflatie* de belangrijkste verklaring voor de kostenontwikkeling in de gezondheidszorg. Van een onevenredige kostenontwikkeling, verband houdend met de toegenomen technologische mogelijkheden, is volgens Grünwald dan ook geen sprake, terwijl de kostenstijging van de gezondheidszorg *niet afwijkt* van die op het aanpalende beleidsterrein van de culturele en sociale dienstverlening.

Het vorenstaande betekent niet dat er geen redenen zijn te blijven streven naar een beheersing van de kosten. De teruglopende economische groei, de eerder beschreven demografische veranderingen in ons land, in combinatie met de verdergaande me-

disch-technologische ontwikkelingen, nopen daartoe. Uit het rapport van de commissie Keuzen in de Zorg, het eindproduct van de als zodanig aangeduide commissie Dunning, blijkt dat de komende jaren het aantal hoogbejaarden snel zal groeien. Voorts wordt duidelijk dat de gezondheidszorgconsumptie zich tijdens een mensleven geleidelijk ontwikkelt, maar in de leeftijdscategorie boven de tachtig jaar spectaculair stijgt. Voor die categorie patiënten moet rekening worden gehouden met een aanzienlijke toename van de kosten voor behandeling van bijvoorbeeld hart- en vaatziekten en dementie¹⁹⁹. Het is dus alleszins noodzakelijk de vinger aan de pols te houden. Het zou echter onjuist zijn de indruk te wekken dat de kosten stijgen door een *gebrek aan beheersing* door de instellingsdirecties en/of door *verspilling* van de kant van medisch specialisten. De kosten van de gezondheidszorg zijn aanzienlijk, zullen ook de komende tijd zonder twijfel stijgen, maar zijn niet uit de hand gelopen. Grünwald heeft weliswaar een andere periode onderzocht dan het tijdvak dat door mijn studie wordt bestreken. Ook moet worden vastgesteld dat de demografische en medisch-technologische ontwikkelingen ons *in de toekomst* nog voor aanzienlijke problemen kunnen plaatsen. Voorts kan worden geconstateerd dat verschillende overheidsmaatregelen (onder meer de invoering van de budgettering) de kostenontwikkelingen in gunstige zin hebben beïnvloed. Ik deel echter de conclusie van Grünwald dat *verdere beheersingsvoornemens* niet met argumenten gebaseerd op *geconstateerde* wildgroei en overconsumptie gelegitimeerd kunnen worden, omdat van een onbeheerste kostenontwikkeling geen sprake is⁽¹⁾.

8.3 Realiteitsgehalte WZV-richtlijnen

8.3.1 Planningsrichtlijn klinische GGZ-voorzieningen

In de provinciale ontwerpplannen wordt de gewenste toekomstige situatie, aangaande de aard en omvang van de gezondheidszorgvoorzieningen in kaart gebracht. Zoals ik in het voorgaande al opmerkte, vormt een eenmaal vastgesteld provinciaal plan voor WVC en de adviesorganen een toetsingskader voor de beoordeling van initiatieven uit het veld. De richtlijnen bepalen als het ware de kadergrenzen en zijn in verband daarmee voor de veldactoren van groot belang. Richtlijnverruiming biedt expansiemogelijkheden, benedenwaartse bijstelling van de richtlijnen kan aanleiding geven tot krimp.

Met de komst van de WZV is een stelsel van planningsrichtlijnen geïntroduceerd. Deze richtlijnen dienen te worden gebruikt voor het plannen van de bedden of (deeltijd)plaatsen voor een bepaalde sector binnen een bepaalde regio. In de *algemene ziekenhuizen* is sprake van een duidelijke accentverschuiving van klinisch naar

¹ Een soortgelijke conclusie wordt getrokken in het eerder genoemde rapport van de Commissie Van der Zwan (1993): het toegenomen beroep op de gezondheidszorg hangt samen met het gewicht dat de bevolking aan een goede gezondheid hecht, met de verbeterde toegankelijkheid en met de demografische ontwikkelingen. Dat heeft weliswaar geleid tot een stijging van de productie, maar die kon bij een beheersing van de prijsontwikkeling voor een deel worden bereikt door een verbetering van de arbeidsproductiviteit.

poliklinisch behandelen. Daardoor is in de afgelopen jaren de opnameduur steeds verder verkort en werd een aanmerkelijke vermindering van het aantal bedden mogelijk. Zo is dat aantal tussen 1983 en 1991 verminderd van circa 64.000 tot 56.000. Het promillage ligt nu op 3,7 en de doelstelling van 3,4 bedden per 1.000 inwoners in 1995 komt volgens de staatssecretaris gaandeweg in zicht²⁰⁰. Ik kan het ook anders formuleren: het aantal bedden in de algemene ziekenhuizen is van jaar tot jaar verder gedaald, lag in 1991 nog circa 10% boven de richtlijn en zal rond 1995 op het richtlijnniveau uitkomen. Het lijkt niet te lichtzinnig daaruit te concluderen dat de planningsrichtlijn voor het aantal bedden in de algemene ziekenhuisbedden in het veld niet (meer) op onoverkomelijke bezwaren stuit.

Anders is het beeld betreffende de APZ-en. Waar het aantal bedden in algemene ziekenhuizen met 8.000 verminderde, is dat in de APZ-en nagenoeg stabiel gebleven, ondanks de groei van het aantal RIBW-plaatsen en de toename van het aantal deeltijdplaatsen en poliklinische verrichtingen. Daar staat weliswaar een daling van het aantal PAAZ-bedden tegenover, maar het aantal bedden/plaatsen in de categorieën APZ, deeltijd, PAAZ en RIBW gezamenlijk is sedert 1987 met ruim 550 gestegen. Bezien wij de relatieve ontwikkeling van het aantal APZ-bedden sec dan constateren wij een lichte daling van 1,6‰ naar 1,5‰, mede mogelijk gemaakt door deze realisering van extra deeltijd- en RIBW-plaatsen. Het aantal APZ- en PAAZ-bedden ligt echter nog altijd 15-20% boven het actuele richtlijnniveau, ondanks het feit dat deze in 1991 zijn verhoogd²⁰¹. Het overheidsbeleid, gericht op het reduceren van het aantal APZ-bedden is dus minder succesvol geweest, dan het beddenreductiebeleid in de algemene ziekenhuizen⁽²⁾. Het is dan ook de vraag of de planningspromillages, geldend op het moment van opstelling van de provinciale ontwerpplannen, wel realistisch waren.

De APZ-en hebben vrijwel onmiddellijk duidelijk gemaakt dat van reductie van het aantal bedden, ondanks de komst van de RIBW-en, geen sprake kon zijn. Deze reactie was voornamelijk gebaseerd op de (gebleken) behoefte aan adequate opvangmogelijkheden voor patiënten wel, die zich zonder de zorg van het APZ (of andere effectieve maatregelen) niet zouden kunnen handhaven.

Ook het CvZ heeft in zijn commentaar op de ontwerpplannen duidelijk gemaakt dat een snelle vermindering van het aantal APZ-bedden niet tot de mogelijkheden behoort. Anderen hebben zich in de discussie gemengd en van hun opvattingen blijk gegeven. Dat geldt vooral voor de geneeskundig hoofdinspecteur voor de geestelijke volksgezondheid. Die heeft bij herhaling gewezen op de noodzaak van *voldoende APZ-bedden*.

In het jaarverslag over 1985 wijst hij op de ongerustheid van de APZ-en, met betrekking tot het voornemen van de overheid het aantal RIBW-bedden drastisch uit te breiden, ten koste van het aantal APZ-bedden. Hij sluit zich aan bij de opvatting van de psychiatrische ziekenhuizen en Imkamp, die, zoals in deel I is gebleken, stellen dat dat streven niet haalbaar is²⁰².

² Er is aanleiding te veronderstellen dat de snelheid waarmee het aantal bedden in de psychiatrie kan worden gereduceerd, in ongunstige zin wordt beïnvloed door de aanwezigheid van een aanzienlijk aantal long-stay patiënten. Ook wanneer dat gegeven in de overwegingen wordt betrokken blijft er sprake van een opmerkelijk verschil tussen richtlijn en werkelijkheid.

In het verslag over 1986 maakt hij duidelijk dat de geldende APZ-richtlijn als *volstrekt ontoereikend* moet worden aangemerkt en dat aanbod-planning op basis hiervan allerlei ontwikkelingen in de GGZ onnodig afremt. Hij stelt dan ook voor deze richtlijn te verhogen tot 1,3%²⁰³.

De ontevredenheid van de hoofdinspecteur neemt geleidelijk verder toe, zoals blijkt uit het verslag over 1987. Hij blijft van oordeel dat de richtlijn moet worden verhoogd en vindt het *merkwaardig* dat in de provinciale ontwerpplannen zonder veel discussie de geldende richtlijn als vertrekpunt voor de planning wordt genomen²⁰⁴.

In het jaarverslag 1988 geeft de hoofdinspecteur te kennen dat de APZ-en in de knel zitten. “Zij worden, tot dusverre althans, gedwongen hun capaciteit terug te brengen tot 1,1%, genoodzaakt de aangeboden patiënten op te nemen, gedwongen om bedden af te staan voor substitutiedoelinden, geconfronteerd met stuwung aan de voordeur en stagnatie aan de achterdeur, gehouden rekening te houden met veroudering van de bevolking en verplicht met een verlaagd budget te werken”²⁰⁵.

In het laatste jaarverslag van de geneeskundige hoofdinspectie waaraan ik in dit kader kort aandacht schenk, over 1989, maakt de hoofdinspecteur nog eens duidelijk dat het noodzakelijke aantal APZ-bedden sterk afhankelijk is van de *overige* beschikbare GGZ-voorzieningen. Een landelijke richtlijn is dan ook naar zijn oordeel niet logisch. Hij spreekt de verwachting uit dat toekomstige deskundigen *met verbazing* zullen terugblikken op een periode waarin men meende het onmogelijke te kunnen plannen met gebruikmaking van een wettelijk instrument²⁰⁶.

Giel, ten Horn en Brook hebben bij herhaling aandacht voor dit aspect van de planningsproblematiek gevraagd. Al in 1982 wijzen zij in een artikel in Het Ziekenhuis op de beschikbaarheid van gegevens bij het zogeheten Register Drenthe. Daarvan wordt naar opvatting veel te weinig gebruik gemaakt als het gaat om het geven van een oordeel over de benutting van de GGZ-voorzieningen. In het desbetreffende artikel wordt tevens tot uitdrukking gebracht dat de vraag van de overheid. “Welk deel van de APZ-patiënten zou ook op een andere manier geholpen kunnen worden” niet los gezien kan worden van de algemene doelen/strategieën van het ministerie²⁰⁷.

Rietveld (1988) geeft aan dat in de loop van de jaren de overheidsbemoeienis op het gebied van de (geestelijke) volksgezondheid steeds verder is *toegenomen*. Hij meent dat het veld de algemene uitgangspunten die door de overheid, onder andere in de Nieuwe Nota (1984) worden verwoord, wel onderschrijft. De acceptatiegraad voor de overheidsdoelstellingen ontbreekt echter op een *aantal vitale punten*, mede door de verschillende discrepanties waarmee de instellingen zich geconfronteerd zien, te weten:

- opnameverantwoordelijkheid versus capaciteitsreductie;
- kleinschaligheid versus krimpende middelen;
- substitutie versus bezuinigingen;
- resocialisatie versus hogere eigen bijdragen;
- dagbesteding versus beperking sociale werkplaatsen;
- uitbreiding doelgroep Riagg en tekort aan middelen;
- herspreiding versus krimpende bouwbudgetten.

Hij wijst er voorts op dat de groei van de extra- en semimurale voorzieningen niet heeft geleid tot de verwachte daling van het aantal APZ-bedden. Dat vindt mede zijn oorzaak in de forse toename van de *instroom* in de APZ-en. Wanneer de overheid iets wil bereiken moet het beleid eerst zorgvuldig worden geëvalueerd. Afhankelijk van de uitkomsten daarvan kan dan worden beoordeeld of het op onderdelen moet worden bijgesteld. Diverse rapportages wijzen op de noodzaak daarvan. *Na bijstelling* kan dan worden gestreefd naar het bereiken van de doelen, mogelijk ook naar vermindering van het aantal APZ-plaatsen²⁰⁸.

In een artikel in Het Ziekenhuis (1989) brengen Brook, ten Horn en Sytema tot uitdrukking dat met behulp van de gegevens van het eerder genoemde register Drenthe kan worden berekend dat alleen al door de groei van het aantal bejaarden een *sterke toename* van het aantal bedden in de psycho-geriatrische verpleeghuizen en de APZ-en noodzakelijk is. Dat wordt onder meer geïllustreerd aan de hand van de volgende gegevens. In 1970 was ca 30% van de APZ-populatie ouder dan 65 jaar. In de jaren daarna is een groot aantal verpleeghuizen tot stand gekomen en in verband daarmee werd een flink aantal APZ-patiënten overgeplaatst. Desondanks was het aantal patiënten van 65 jaar en ouder in de APZ-en in 1986 al weer gestegen tot 33%. De langere levensverwachting vraagt extra opvangmogelijkheden in de APZ-en, mede omdat juist voor de categorie ouderen weinig van de opname-vervangende strategieën wordt verwacht²⁰⁹.

In een tweede artikel, in hetzelfde nummer van Het Ziekenhuis, wordt dit aspect door de auteurs verder uitgewerkt. Duidelijk wordt dat de APZ-bedden vooral door volwassenen worden gebruikt. Het *relatieve aandeel* van de volwassenen in de bevolking van ons land zal, volgens het artikel, in de toekomst verder stijgen. Daardoor alleen al is verhoging van de richtlijn tot 1,43‰ nodig (terwijl op dat ogenblik een richtlijn van 1,1‰ geldt!). Daarenboven moet rekening worden gehouden met de toename van het aantal bejaarden en hoogbejaarden, waarvan hiervoor reeds melding werd gemaakt²¹⁰.

In het eerste deel van deze studie wees ik reeds op de bevindingen van de Stuurgroep Toekomstscenario's, die leidden tot de conclusie dat weliswaar de ambulante hulpverlening in omvang zal toenemen, maar dat dat nauwelijks aanleiding zal geven tot een vermindering van het aantal klinische plaatsen.

In het tweede deel besprak ik het commentaar van Dennenoord ten aanzien van de komst van de RIBW-en en de daarmee gepaard gaande noodzaak voor de APZ-en bedden te reduceren. Het oordeel van Dennenoord werd gebaseerd op de opvattingen van Giel, die duidelijk maken dat van spectaculaire overplaatsingsmogelijkheden van APZ-patiënten naar RIBW-en geen sprake zal zijn, in verband met de hoge eisen die aan de RIBW-bewoner worden gesteld. Dat komt overeen met de opvattingen van Imkamp, die ik hiervoor reeds heb verwoord. Voorts hebben de APZ-en duidelijk gemaakt dat het verminderen van het aantal APZ-bedden ten behoeve van RIBW, gepaard gaande met een budgetkorting gebaseerd op de gemiddelde bedprijs, aanzienlijke *budgettaire problemen* voor de APZ-en op zal leveren. Krimpende budgetten zullen, wanneer daartoe althans wordt besloten, moeten leiden tot een benedenwaartse bijstelling van het aspiratieniveau van de APZ-en.

Interessant is in dit kader nog vast te stellen dat in (het concept van) de Nota-GGZ⁽³⁾ (1993) melding wordt gemaakt van een verhoogde schatting van de morbiditeit, inhoudende een bijstelling met 25%; van 240/1.000 inwoners tot 304/1.000 inwoners. Desondanks wordt er in deze nota vanuit gegaan dat *enige duizenden* patiënten kunnen worden overgeplaatst vanuit een APZ naar een RIBW. In de nota wordt de conclusie getrokken dat de APZ-en als grote voorzieningen binnen de GGZ hun langste tijd hebben gehad. Weliswaar wordt daar aan toegevoegd dat diezelfde APZ-en, op grond van de aanwezige expertise, een stimulerende rol met betrekking tot de verdere ontwikkelingen in de GGZ kunnen vervullen, maar kennelijk moet deze deskundigheid vooral worden aangewend voor de overschakeling op een andere GGZ²¹¹.

Vorenstaande opsomming is niet limitatief. Toch wordt duidelijk dat de instellingen niet alleen stonden in hun kritiek op de planningrichtlijnen ex artikel 3 WZV. Van verschillende kanten is gewaarschuwd tegen het te lichtvaardig hanteren van planingsuitgangspunten. Ondanks het feit dat de richtlijnen op onderdelen zijn aangepast, is het veld van oordeel (gebleven) dat de werkelijkheid bij het vaststellen van de richtlijnen teveel uit het oog is verloren. De *conclusie* moet dan ook zijn dat deze richtlijnen door het veld niet als realistisch zijn ervaren.

8.3.2 Schaalgrootte

In ons land bestaan ruim 40 APZ-en, die in grote sterk variëren. Het aantal bedden in sommige ziekenhuizen overschrijdt al gedurende een reeks van jaren de bovengrens die in verschillende nota's door de overheid wordt aangehouden. APZ-en kunnen dus niet alleen in verband met de "richtlijnbenadering" in een groei- of krimpsituatie komen te verkeren, maar ook op basis van de "grootte-overwegingen". Grote APZ-en in gebieden met een overcapaciteit staan uiteraard extra onder druk. De schaalgrootte van een APZ (met name de onder- en bovengrens) komt in diverse nota's en in opeenvolgende versies van de richtlijnen ex artikel 3 WZV aan de orde. Ik meen dat er voldoende aanleiding bestaat aan de schaalgrootte-effecten hierna afzonderlijk aandacht te schenken.

Voor de goede orde roep ik de getallen even in herinnering. In het rapport Korte Termijn (1973) wordt gesproken over een ondergrens van 300-400 en een bovengrens van 600-700 bedden. In de Nota Geestelijke Gezondheidszorg (1973-1974) wordt voor een nieuw APZ uitgegaan van 250-300 bedden en in de handleiding bij artikel 29 (1981) en de eerste versies van de richtlijnen (1983) worden een minimum 200, een maximum van 500 en een voorkeur voor 300 bedden genoemd. In de volgende richtlijnversie (1986) wordt aan de schaalgrootte geen expliciete aandacht besteed, terwijl in de laatste versie (1991) de ondergrens is opgetrokken tot 300 bedden met handhaving van de bovengrens van 500. De *onderbouwing* voor deze aantallen ontbreekt.

³ Bij het ter perse gaan van deze studie is ook de definitieve tekst van de nota "Onder Anderen" bekend. Deze wijkt op onderdelen af van het concept, maar mijn conclusies worden daardoor niet beïnvloed. Daar waar in deze studie wordt gesproken over de concept-nota GGZ kan dus ook "Onder Anderen" worden gelezen.

Het onderwerp schaalgrootte in het algemeen en de omvang van instellingen voor (geestelijke) gezondheidszorg in het bijzonder heeft in de afgelopen jaren regelmatig aandacht gekregen. In deze paragraaf zal ik daarop nader ingaan.

Opvattingen aangaande schaalgrootte niet betrekking hebbend op de gezondheidszorg

Buitendam (1982) merkt op dat in onze westerse maatschappij gedurende bijna een eeuw sprake is geweest van schaalvergrotingen. Hij wijst er op dat onder bepaalde omstandigheden grote organisaties *meer invloed* op hun omgeving kunnen uitoefenen dan kleine. Sedert de jaren zeventig wordt echter in toenemende mate aandacht geschonken aan de mogelijke *nadelen* van deze schaalvergroting.

Grootschaligheid is lang niet altijd doeltreffend en doelmatig. Vraagstukken met betrekking tot de leefbaarheid, controleerbaarheid en bestuurbaarheid zijn in de discussie geleidelijk een belangrijker plaats gaan innemen. Buitendam benadert het probleem van de grootschaligheid vooral vanuit een *financiële* optiek. Hij wijst er op dat extra kosten moeten worden gemaakt om de effecten van de grootschaligheid weer tot aanvaardbare proporties terug te brengen. Voor hem is niet zozeer de vraag aan de orde hoe grootschalige organisaties effectief en efficiënt kunnen functioneren, maar gaat het er veel meer om *onder welke condities* kleinschalige voorzieningen levensvatbaar zijn²¹².

In het *onderwijs* is (in de tweede helft van de jaren tachtig) eveneens een discussie over de schaaffecten gevoerd. In het Hoger Beroepsonderwijs is mede op basis daarvan een fusiebeweging op gang gekomen en deze ontwikkeling heeft geleid tot de oprichting van een aantal zeer omvangrijke hogescholen. Tot deze operatie werd besloten omdat werd verwacht dat door de samenvoeging *voordelen* zouden kunnen worden bereikt, die op de een of andere wijze zouden kunnen worden benut voor de verbetering van het onderwijs of de onderwijsorganisatie. Een studie uitgevoerd door het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP, 1990) gaat uitvoerig in op de eventuele voor- en nadelen van de schaalvergroting in het basis-, het speciaal- en het vervolgonderwijs. De aanleiding tot het uitvoeren van deze studie vormde een Kamermotie, die uitging van de veronderstelling dat schaalvergroting zou leiden tot *besparingsmogelijkheden*, die dan weer gebruikt zouden kunnen worden voor de kwaliteitsverbetering.

Geconcludeerd wordt dat er door schaalvergroting inderdaad *besparingen* kunnen ontstaan. Het gaat echter om geringe voordelen, die volgens de opstellers van het rapport mogelijk ook op een andere wijze hadden kunnen worden bereikt. Voorts is er bij voortgaande schaalvergroting sprake van afnemende meeropbrengsten. Wanneer eenmaal het optimum is bereikt, leidt verdere schaalvergroting niet meer tot verbetering van de resultaten. Door het aanwenden van de voordelen van de schaalvergroting kan enige verbetering van de kwaliteit worden bereikt. Ook wordt geconstateerd dat de schaalvergroting een positieve bijdrage levert aan de mogelijkheden om de kwaliteit van het management te verbeteren. Mede omdat er door de schaalvergroting nauwelijks sprake is van een verslechterende bereikbaarheid, wordt uit-

eindelijk geconcludeerd dat de balans doorslaat ten gunste van een *beperkte vorm* van schaalvergroting²¹³.

Ook de *symfonie-orkesten* in ons land hebben de discussie over de voor- en nadelen van schaalvergroting moeten voeren. Voor het uitvoeren van het als zodanig aan te duiden "groot-symfonisch programma" moet een dergelijk orkest beschikken over een noodzakelijke minimum-bezetting en heeft het dus per definitie een bepaalde schaal nodig. Toen de overheid om een aantal redenen besloot de subsidiekraan voor een deel dicht te draaien kwam er binnen ons orkestenbestel een fusiebeweging op gang, die bijvoorbeeld in de noordelijke provincies heeft geleid tot de samenvoeging van het Frysk Orkest en het Noordelijk Filharmonisch Orkest. Tot die fusie werd besloten om te voorkomen dat twee zelfstandige orkesten zouden blijven functioneren op een te kleine schaal met alle programmatische gevolgen van dien. Door de introductie van het als zodanig aangeduide bi-locatiemodel konden enerzijds dreigende exploitatietekorten worden voorkomen, terwijl anderzijds de kwaliteit op een verantwoord niveau kon worden gehandhaafd²¹⁴. Ook elders is de fusiediscussie gestart.

Krapels (1992) heeft onderzoek verricht naar de schaalgrootte-effecten op het functioneren van het *politie-apparaat* en de gemeenten in ons land. Hij maakt er op attent dat de algemene opinie lijkt te zijn dat groter ook beter is.

Uit zijn studie blijkt dat dat niet het geval is. Hij meent dat het wenselijk is de opvattingen ten aanzien van de relatie tussen de schaalgrootte enerzijds en kwaliteit van de output van de desbetreffende organisatie anderzijds, aan te passen²¹⁵.

Opvattingen aangaande schaalgrootte betrekking hebbend op de gezondheidszorg

Schoep (1989) heeft getracht de voor- en nadelen van de schaalvergroting in de *zwakzinnigenzorg* in kaart te brengen. Hij constateert dat in de richtlijnen ex artikel 3 WZV de "groottenormen" regelmatig naar beneden zijn bijgesteld. Nadat in de Structuurnota (1974) een optimum werd genoemd van 500 bedden, is in de volgende versies van de richtlijnen uitgegaan van 250 bedden bij een maximum van 400, terwijl in de laatste versie een optimale grootte van 200 wordt aangehouden, zonder dat nog een maximum wordt genoemd. Hij wijst er op dat de schaalgrootte-discussie vanuit de *planningsoptiek* aan betekenis heeft ingeboet, omdat in de zwakzinnigenzorg sprake is van een toenemende deconcentratie. Deze leidt bij gelijkblijvende erkenningen van de instellingen tot een verkleining op de verschillende locaties. Schoep heeft geen aanwijzingen gevonden voor de veronderstelling dat een grote zwakzinnigeninrichting in staat is een betere kwaliteit te leveren dan een kleine. Niet de schaalgrootte is voor de kwaliteit van belang, maar de *visie* op het hoe en waarom van de behandeling en begeleiding. Hij attendeert op een aantal gevaren van groot-schalige organisaties en op de resultaten van buitenlands onderzoek, waarbij met name aandacht werd geschonken aan de relatie tussen grootte en kwaliteit. Uit dat onderzoek is onder meer duidelijk geworden dat in grotere inrichtingen eerder en vaker *routinematig* wordt gewerkt dan in kleine. Gebleken is voorts dat bij een kleinschalig opgezet experiment bewoners in een dependance significant vooruit gingen. Het trekken van conclusies wordt, door de aanwezigheid van een aantal

verstoringen tijdens het onderzoek, echter bemoeilijkt. Schoep verwijst naar het onderzoek van Buitendam dat heeft aangetoond dat de *economies of scale* zich uitsluitend voordoen in eenvoudige organisatiestructuren. Bij ingewikkelder structuren nemen vooral de kosten die samenhangen met de sociaal-organisatorische aspecten snel toe. *Groot is uit strategische overwegingen belangrijker dan uit financiële*²¹⁶.

Bijker (1987) maakt onderscheid tussen de *buitenschaal* (de grootte van een instelling) en de *binnenschaal* (de gemiddelde groeps-grootte) in de psychiatrie. Hij constateert dat er binnen de psychiatrische ziekenhuizen sprake is van een streven de binnenschaal op behandelinhoudelijke gronden te verkleinen, bij gelijkblijvende buitenschaal. Dat vraagt om de inzet van meer personeel.

De daarvoor noodzakelijke extra middelen ontbreken veelal en moeten via een herallocatie van middelen beschikbaar komen. In grotere instellingen worden budgettaire middelen, die voor de behandeling van langdurig opgenomen patiënten beschikbaar zijn, voor een deel aangewend ter financiering van de kortdurende behandelactiviteiten. In kleine, startende, APZ-en zijn daarvoor geen mogelijkheden en daarom is daar al snel sprake van aanzienlijke budgettaire spanningen. De buitenschaal is dus een factor van betekenis voor het doorvoeren van een verkleining van de binnenschaal. Voorts is het stadium van ontwikkeling van het desbetreffende APZ van belang en in directe samenhang daarmee de verhouding tussen de acuut psychiatrische en de chronische patiënten²¹⁷.

Können (1987) merkt op dat de ontwikkelingen in de omvang van de algemene ziekenhuizen en de APZ-en *tegengestelde* bewegingen vertonen. Daar waar de algemene ziekenhuizen groeien, loopt het aantal bedden per APZ juist terug. Hij wijst er op dat de optimale schaal vooral wordt bepaald door het dominante hulpverleningsparadigma en door de technologische vervlechting, die schaalverkleining in de weg kan staan. Voorts is het naar zijn oordeel van belang de kleinschaligheid van het leefmilieu te onderscheiden van kleinschaligheid als organisatorisch begrip. Bij het streven naar een optimale schaal-grootte dient er rekening mee te worden gehouden dat bij een toenemende omvang van de APZ-en de kosten afnemen, maar tegelijkertijd door de toenemende complexiteit weer stijgen. De uitkomst van deze bewegingen is onzeker en het begrip *economies of scale* is daarom verwarrend. Bij het benaderen van het *schaalgrootte-probleem* met betrekking tot de APZ-en zijn naar zijn oordeel 3 vragen van belang:

- Zijn grotere instellingen goedkoper?;
- Zijn kleinere instellingen beter voor de patiënt?;
- Staan kleinere instellingen meer open voor vernieuwing?

Hij concludeert dat grote APZ-en *goedkoper* zijn dan kleine; voor de algemene ziekenhuizen geldt het omgekeerde. Tegelijkertijd stelt hij vast dat kleinschalige woonvoorzieningen een gunstig effect hebben op het functioneren van met name chronisch-psychiatrische patiënten. De innovatieve activiteiten van een instelling hangen vooral samen met de opvattingen/kwaliteiten van het management. Dat geldt ook voor de bereidheid tot samenwerken. Goed management bevordert hoge kwali-

teit tegen lage kosten en de omvang van de organisatie is daarbij van ondergeschikt belang²¹⁸.

De Haen (1988) heeft eveneens vastgesteld dat APZ-en een deel van het budget dat beschikbaar komt voor de behandeling en begeleiding van patiënten, die een langerdurende behandeling behoeven, intern *herverdelen*. Alleen op die manier is het voor de gevestigde APZ-en mogelijk aan patiënten met acuut-psychiatrische problemen adequate zorg te bieden. De Haen heeft daarbij zeer aanzienlijke *verschillen* in de kosten per verpleegdag voor de onderscheiden categorieën patiënten gevonden²¹⁹.

De Gooijer (1987) werkt een en ander verder uit. Hij maakt melding van een drietal ons inmiddels bekende *overheidsdoelstellingen* in de psychiatrie: deconcentratie, reductie en substitutie, die op de een of andere wijze invloed op de schaal kunnen hebben. Onder verwijzing naar de wetmatigheden uit de klassieke economie concludeert hij dat het grootbedrijf meer mogelijkheden tot arbeidsverdeling en specialisatie heeft en dat ten gevolge daarvan de produktie kan worden opgevoerd. Dat geldt naar zijn oordeel ook voor de APZ-en. Vervolgens toont De Gooijer aan dat het richtlijnenstelsel van het Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg (COTG) voor grote APZ-en gunstiger uitwerkt dan voor kleinere²²⁰.

Het CvZ (1989) borduurt op haar beurt voort op de conclusies van De Gooijer. In de rapportage van het CvZ wordt melding gemaakt van het streven de binnenschaal op therapeutische gronden te verkleinen en de buitenschaal aan te passen om redenen van bereikbaarheid. Getracht is een *verband* vast te stellen tussen de hoogte van de kosten per bed en de omvang van het APZ. Dat is niet gelukt. Het CvZ merkt desondanks op dat het zinvol is uitspraken te doen over de *gewenste minimumomvang* van een APZ, gelet op de geldende COTG-richtlijnen.

Alleen op die wijze lijkt een verantwoorde exploitatie mogelijk. Bij minder dan 300 bedden is er sprake van een onvoldoende draagvlak. Uiteindelijk komt het CvZ tot de conclusie dat uitspraken over de gewenste schaal en minimumomvang tijdgebonden zijn²²¹.

Bij de opzet van een nieuw APZ in Dordrecht is duidelijk afgeweken van het tot op dat moment gebruikelijke stramien. Dat geldt zowel voor de buiten- als de binnenschaal. Het totaal aantal bedden dat uiteindelijk zal worden gerealiseerd ligt dicht in de buurt van het door het CvZ aangeduide minimum. Er is echter sprake van spreiding van de voorzieningen over diverse locaties binnen het verzorgingsgebied. Door het besluit te volstaan met een *minimaal ondersteunend apparaat* en dus een groot aantal activiteiten uit te besteden aan derden, is het mogelijk gebleken kleinschalige voorzieningen over de regio te spreiden en toch binnen de geldende exploitatierichtlijnen een verantwoorde zorg te bieden²²². De ervaringen met deze manier van werken zijn nog pril. Bovendien is het de vraag of de instelling een populatie bedient die qua zorgwaarde vergelijkbaar is met die van de meer traditioneel opererende APZ-en.

De geneeskundig hoofdinspecteur voor de geestelijke volksgezondheid is tamelijk pertinent in zijn oordeel over de gewenste omvang van een APZ, zoals blijkt uit het volgende citaat uit het jaarverslag over 1986: "*Overigens bestaat bij de inspectie de overtuiging dat nieuwe APZ-en tenminste 350 klinische plaatsen moeten hebben. De neiging om nieuwe APZ-en een geringer aantal plaatsen toe te staan zou bij de*

planningsautoriteiten onderdrukt moeten worden. Het gaat hier om de noodzakelijke interne differentiatie, om het kunnen vervullen van bijzondere functies, om het kunnen garanderen van een werkelijk a-select opnamebeleid, om een significante benutting van het schaarse personeel in relatie tot de gehanteerde groepsgrootte en om te kunnen voorzien in de behoefte van een verzorgingsgebied"²²³.

Van Andel (1983) maakt er op attent dat in de discussie grote APZ-en soms worden afgewezen op grond van de daar aanwezig veronderstelde bureaucratie. Hij meent dat voor een juiste beoordeling moet worden gekeken naar de situatie in de regio, de daarbij behorende schaal van het APZ en de daarbinnen te realiseren groepsgrootte. Hij heeft geen bewijzen voor de optimale groepsgrootte in de literatuur kunnen vinden. Hij meent desondanks dat er voor de totale APZ-organisatie gestreefd moet worden naar zo'n 500 bedden met het oog op een verantwoorde differentiatie. Wanneer vanuit die organisatie wordt gezorgd voor voorzieningen buiten de hoofdlokatie, bijvoorbeeld door de bouw van socio-woningen, is het weinig zinvol spreidingsdiscussie, die door de overheid wordt gevoerd, te vervolgen²²⁴.

Op grond van het vorenstaande kan worden vastgesteld dat de opvattingen over de voor- en nadelen van schaalvergroting verschillen. In de meer algemene beschouwingen overheerst de mening dat groot niet altijd beter is dan klein. Grote organisaties zijn echter vaak wel beter in staat invloed uit te oefenen op maatschappelijk processen/veranderingen. Ook zijn dergelijke organisaties als regel beter in de gelegenheid goede managers aan te trekken.

In de gezondheidszorg valt een streven naar schaalvergroting waar te nemen. Dat geldt vooral voor de algemene ziekenhuizen, veelal op behandelinhoudelijke gronden. De kosten in grote algemene ziekenhuizen blijken op een hoger niveau te liggen dan in kleine. In de APZ-en is juist het omgekeerde het geval. Diverse onderzoekers en adviesorganen zijn ook vanuit de behandelinhoudelijk optiek van oordeel dat een APZ een zekere *minimumomvang* moet hebben. Bij een beperkte buitenschaal nemen de mogelijkheden tot differentiatie af en is een a-select opnamebeleid minder eenvoudig te realiseren. De wisselende opvattingen van de overheid over de meest wenselijke grootte van een APZ tonen aan dat het vaststellen van een APZ-optimum *niet eenvoudig* is. Dat wordt ook geconstateerd door het CvZ. Toch valt de stelling te verdedigen dat het onderschrijden van de ondergrens om een aantal redenen slechter uitpakt, dan het overschrijden van de bovengrens van bij voorbeeld 500 bedden. (Grote APZ-en zijn goedkoper dan kleine en zijn gemakkelijker in staat een gedifferentieerde behandeling aan te bieden). Voorts kan worden gesteld dat het streven naar verkleining van APZ-en door het veld niet wordt gesteund. Het budget in de GGZ is aan de krappe kant, kleine APZ-en zijn duurder dan grote en groei leidt dus tot betere mogelijkheden, die ook voor verbetering van de kwaliteit kunnen worden benut. Een en ander heeft de bereidheid van het instellingsmanagement om een bijdrage te leveren aan het streven de omvang van de APZ-en te verminderen, dan ook niet gestimuleerd⁴.

⁴ Er begint zelfs een "tegenbeweging" op gang gekomen, zoals blijkt uit de recente oprichting van "GGZ-holdings" en/of het verkennen van de mogelijkheden tot fusie. Deze gang van zaken lijkt weliswaar vooral te zijn gebaseerd op de wil van de instellingen de continuïteit van zorg te bevorderen, maar een effect van de krachtenbundeling is tevens een toenemende "countervailing power". Ik kom hierop nog terug.

Geconcludeerd kan worden dat het doen van harde uitspraken aangaande de meest gewenste omvang van een APZ niet verantwoord is. Omdat een groot APZ echter goedkoper kan werken, beter kan differentiëren, gemakkelijker in staat is goed management aan te trekken en daardoor impulsen aan het kwaliteitsdenken kan geven, moet niet te lichtzinnig tot een ongemotiveerde verkleining van zo'n APZ worden besloten. Ook bij een *gegeven buitenschaal* kan een bijdrage aan de spreiding van voorzieningen worden geleverd. Daarmee wordt schaalverkleining met handhaving van de schaalvoordelen op een zinvolle manier gecombineerd.

8.4 Verbeteren doelmatigheid GGZ met behulp van de WZV

Behalve de reeds besproken schaal(effecten) zijn, zoals hiervoor een aantal keren is geconstateerd, voor een *doelmatige* GGZ tevens van belang:

- de aansluiting op de zorgvraag;
- de bereikbaarheid;
- de continuïteit van de zorg;
- de kwaliteit van zorg.

In de paragrafen die volgen zal ik antwoord trachten te geven op de vraag of met gebruikmaking van de WZV deze aspecten zodanig kunnen worden beïnvloed dat daarmee een bijdrage aan de verhoging van de doelmatigheid van de klinische GGZ wordt geleverd.

8.4.1 Aansluiting op de zorgvraag

Tot dusverre heeft het accent in de APZ-en in hoge mate gelegen op de aanbodkant van de zorg. In het eerste deel van deze studie heb ik echter duidelijk gemaakt dat het streven er steeds meer op wordt gericht de *zorgvraag* centraal te stellen. Dat impliceert dat instellingen zich een beeld zullen moeten vormen van de behoeften van de potentiële en de opgenomen patiënten. APZ-en zullen meer *marktgericht* moeten gaan werken en mogelijkheden dienen te creëren om het aanbod soepel aan te passen aan de veranderingen in de zorgvraag. Met het oog op dat laatste aspect zullen instellingen zich meer flexibel dan tot dusver moeten gaan opstellen. Het assortiment dat op de markt wordt gebracht, zal, rekening houdend met wat de markt vraagt, binnen de gegeven kaders en financiële mogelijkheden dienen te worden aangeboden. De verantwoordelijkheid daarvoor ligt bij het management en de behandelaars. Dat is in grote APZ-en strikt genomen niet anders dan in kleine. Dat geldt in een dicht bevolkte regio evenzeer als op het platteland. Omdat met de WZV voornamelijk kwantiteiten worden geplanned en de overheid ook afhankelijk is van het particulier initiatief, valt gemakkelijk in te zien dat de WZV niet het meest geschikte instrument vormt om het aanbod van zorg steeds (bij) te sturen en om het te laten aansluiten bij de vragen uit de markt. Ik meen zelfs dat de stelling kan worden verdedigd dat de WZV, ontwikkeld als instrument voor de planning van het aanbod, eerder *blokkerend* werkt in het bereiken van het evenwicht tussen vraag en aanbod.

Ik *concludeer* dan ook dat de WZV, zonder dat het veld initiatieven ontplooit, door de overheid niet effectief kan worden ingezet om het GGZ-aanbod continu af te stemmen op de zorgvraag.

8.4.2 Bereikbaarheid

Ten Horn en Sebens hebben onderzoek verricht naar de *reistijden*, nodig voor het bezoeken van de APZ-en in de noordelijke provincies. Daaruit blijkt dat deze niet onaanzienlijk zijn. De APZ-en zijn gemiddeld met het openbaar vervoer minder goed bereikbaar. Het onderzoek levert voorts de conclusie op dat juist de APZ-en in Drenthe, mede door de ligging in de onmiddellijke omgeving van een spoorwegstation, sneller bereikbaar zijn dan die in de provincies Groningen en Friesland²²⁵. Mede daarom streeft de overheid, zoals uit de bespreking van de casuïstiek in deel II duidelijk is gebleken, ook in de noordelijke provincies naar herspreiding van de voorzieningen. Zo mogelijk worden nieuwe voorzieningen opgericht in bevolkingskernen. Heerenveen is door de rijksoverheid “aangewezen” als de plaats waar het tweede APZ voor Friesland tot stand moet worden gebracht. Deze plaats telt ongeveer 38.000 inwoners en de omgeving is relatief dun bevolkt. Heerenveen valt daarom nauwelijks aan te merken als een bevolkingskern. Toch lijkt door de komst van het tweede APZ de bereikbaarheid in Friesland te kunnen verbeteren, door de relatief gunstige ligging van deze plaats. Daarbij moet wel worden bedacht dat het APZ slechts een beperkt aantal bedden zal tellen. Dit impliceert dat maar een *gering* aantal patiënten/bezoekers van de kortere reistijden kan profiteren. Het reistijdenprobleem, zoals dat in de noordelijke provincies bestaat, wordt dus door de oprichting van een tweede APZ in Friesland maar in beperkte mate beïnvloed. Aan te nemen valt dat initiatieven elders in het land vergelijkbare of gunstiger resultaten zullen opleveren. De vraag is echter aan de orde of er werkelijk sprake is van een reistijdenprobleem; het gaat immers om de vraag of psychiatrische patiënten zelf zo vaak “aan- en afreizen” en of zij zo vaak bezoek krijgen dat voornamelijk op grond daarvan een herspreiding van de voorzieningen kan worden beargumenteerd. Voor de beantwoording van deze vraag is het wenselijk de patiëntenpopulatie van de APZ-en tenminste in twee categorieën te verdelen, te weten:

- acut-psychiatrische patiënten, die veelal relatief kort opgenomen zijn;
- long-stay patiënten, die vaak gedurende een reeks van jaren in een psychiatrisch ziekenhuis verblijven.

Schoep (1989) heeft er, in navolging van Können, op gewezen dat voor het reizen van en naar algemene ziekenhuizen een wat langere reistijd acceptabel is. Hij baseert die uitspraak op het feit dat in een algemeen ziekenhuis de gemiddelde opnameduur relatief gering is. Ook in het acut-psychiatrische circuit is de gemiddelde opnameduur geleidelijk verder teruggelopen. In het verlengde van de redenering van Schoep stel ik dat het voor deze categorie patiënten niet zo problematisch hoeft te zijn, wanneer het enige tijd kost de afstand tussen de reguliere woonplaats en het ziekenhuis te overbruggen²²⁶.

Wolf (1990) heeft aangetoond dat een grote groep mensen, die in aanraking komt met de 24-uurs dienst van de Riagg en vervolgens een gereede kans loopt opgenomen te worden in een APZ, een bestaan leidt aan de onderkant van de samenleving. Het gaat vaak over patiënten zonder vaste woon- of verblijfplaats en/of alleenstaanden. De bezoekfrequentie voor deze categorie patiënten is gering. Ook het aantal keren dat dergelijke patiënten met verlof gaan blijft beperkt²²⁷. Zonder nu direct de conclusie te trekken dat afstanden en/of reistijden voor patiënten en/of hun familie en kennissen niet van belang zijn, kan worden gesteld dat voor de kortdurende opnames het probleem "in de tijd" valt te overzien, terwijl de categorie long stay-patiënten relatief weinig bezoek ontvangt en ook niet zelf regelmatig tussen de woonplaats (zo daar al sprake van is) en het ziekenhuis heen en weer reist.

Daar tegenover staat dat de activiteiten van de GGZ-instellingen zich meer en meer richten op *reïntegratie* van de patiënten. Om een dergelijke beleid met succes te kunnen uitvoeren, dan wel vormen van opnamevervangende dagbehandeling of psychiatrische thuiszorg te kunnen ontwikkelen, is het gewenst dat de instellingen ook het *thuisfront* actief bij de behandeling kunnen betrekken, respectievelijk de desbetreffende patiënt binnen zijn/haar eigen woonomgeving kunnen ondersteunen. Dat vraagt om korte reistijden voor de medewerkers, dus om compacte gebieden rondom GGZ-voorzieningen. Er is dus enerzijds enige aanleiding voorzichtig te constateren dat de reisafstanden voor de patiënten feitelijk minder problemen opleveren dan bij oppervlakkige beschouwing mag worden verondersteld. Anderzijds zijn voor het effectief implementeren van een vernieuwend beleid, gericht op de extramuralisering van APZ-functies deze reistijden juist wel van belang. Het *extramuraliseringsstreven* rechtvaardigt dus eerder een herspreiding van APZ-functies, dan de *bereikbaarheidsnoodzaak* voor de patiënten of hun thuisfront.

Dat brengt ons bij de vraag of de wens naar een betere bereikbaarheid moet leiden tot spreiding van de *APZ-en*. Zonder dit vraagstuk te willen simplificeren kan worden vastgesteld dat dat niet noodzakelijkerwijs het geval is.

Schoep en Van Andel hebben, zoals ik aangaf, gewezen op de "veranderende verschijningsvorm" van instellingen voor gezondheidszorg: meer voorzieningen buiten de hoofdlokatie vanuit een bestaande organisatie. Daar waar de klinische GGZ-voorzieningen moeten worden herschikt, kan dat uitstekend door de *oprichting van één of meer MFE-en*. Per definitie is in zo'n situatie de samenhang tussen de GGZ-voorzieningen gegarandeerd. De gepropageerde continuïteit van zorg, die ik hierna nog zal bespreken, komt ook langs deze MFE-weg binnen bereik.

Ik *concludeer* dan ook dat vooral op organisatorische gronden naar de bereikbaarheid moet worden gekeken. Een verbetering daarvan met gebruikmaking van de WZV, behoort tot de mogelijkheden. Voorwaarde is dat rekening wordt gehouden met de *specifieke situatie* in bepaalde delen van het land. Soms moeten daartoe nieuwe APZ-en worden opgericht; in andere gevallen verdient juist de vorming van MFE-en de voorkeur. In alle gevallen is de overheid echter afhankelijk van het particulier initiatief.

8.4.3 Continuïteit van zorg

In deze studie heb ik op verschillende plaatsen gewezen op de noodzaak de continuïteit van de zorg te bevorderen. Aanvankelijk werden de GGZ-functies vrijwel uitsluitend door de (voorlopers van de) APZ-en vervuld. Vervolgens kwamen de Riagg-en tot stand en nog weer later de RIBW-en. Voorts is er sprake van verschillende categoriale voorzieningen, terwijl tenslotte rekening moet worden gehouden met de PAAZ-bedden. Al met al een onoverzichtelijk geheel, in elk geval voor de patiënt zelf.

Ten Horn (1982) heeft er op geattendeerd dat de *nazorg* van patiënten te wensen overlaat. Zij heeft vastgesteld dat bepaalde groepen patiënten meer en/of betere zorg ontvangen dan andere. Verklaringen daarvoor zijn lang niet in alle gevallen te geven. Alleen wanneer in het jaar voorafgaande aan een opname contacten met de ambulante GGZ werden onderhouden, is er een redelijke kans op acceptabele nazorg. Zij vraagt daarom aandacht voor het gebrek aan verbondenheid tussen de klinische en niet klinische behandeling. Ook wijst zij op de *versnippering* van taken en verantwoordelijkheden welke binnen de GGZ bestaat, een versnippering die alleen in ons land op die wijze voorkomt²²⁸.

Wolf (1990) heeft vastgesteld dat hulpverleners vaak niet precies op de hoogte zijn van de behoeften, mogelijkheden en beperkingen van hun patiënten. Dat leidt er soms toe dat de activiteiten van de hulpverleners een *gebrek aan samenhang* vertonen. Zij vraagt zich daarom af of het behandelresultaat het beste is dat onder de gegeven omstandigheden kan worden bereikt. Met name het aanbod dat is gericht op het werken aan aangelegenheden als huisvesting, voedsel, financiën en persoonlijke hygiëne, ontbreekt. Omdat patiënten niet de hulp krijgen die zij nodig hebben gaan zij "shoppen", met verzwijging van de contacten die zij met andere hulpverleners onderhouden, met alle gevolgen van dien²²⁹.

In de Nieuwe Nota (1984) werd eveneens gewezen op de noodzaak van *samenwerking, leidend tot samenhang*. Met het oog op een goede samenwerking tussen de verschillende aanbieders op het gebied van de GGZ, besloot de overheid tot de stimulering van de RIGG-en, een streven om wat langer bij stil te staan.

De samenwerking gericht op het verbeteren van samenhang dient dus *binnen de regio* gestalte te krijgen. De Haen en Algra (1990) maken er op attent dat binnen de gezondheidszorg verschillende regio's bestaan: voor de financiering, de planning, het openbaar bestuur, etcetera. Zelf hebben zij voor hun onderzoek de RIGG-regio als vertrekpunt genomen. De ideale samenwerkingssituatie wordt volgens de auteurs bereikt wanneer "*het werkgebied van één of meer Riagg's volledig zou samenvallen met het verantwoordelijkheidsgebied van een APZ en als het verantwoordelijkheidsgebied van één of twee APZ-en volledig zou samenvallen met een RIGG-regio*". De Haen en Algra stellen dat de huidige regio-indeling vooral het resultaat is van moeizame onderhandelingen tussen instellingen. Het veranderen van deze indeling kan gevolgen hebben voor de opgenomen patiënten en voor de verwijzers. Zij menen dat daarom hun pogingen om te komen tot een herindeling van de regio's met de nodige terughoudendheid moeten worden benaderd. Toch is het interessant te con-

stateren dat zij er in slagen, zonder al te veel aanpassingen van de verzorgingsgebieden, de GGZ-regio-indeling te harmoniseren²³⁰.

De bereidheid tot samenwerking is, zoals ik al zei, niet overal aanwezig gebleken. De Riagg-en en RIBW-en werden door de APZ-en lang niet altijd als natuurlijke bondgenoten gezien. Het omgekeerde was natuurlijk evenmin het geval. Geleidelijk veranderde het beeld. Eerst kreeg de toenemende bereidheid tot samenwerking gestalte door de oprichting van overlegorganen. Later werd de oprichting van de RIGG-en bepleit, met de oprichting waarvan blijkens de Nieuwe Nota (1984) een verbetering van de kwaliteit, samenhang, effectiviteit en efficiency werd beoogd. De RIGG moest, in de terminologie van WVC, de organisator worden van een multifunctioneel pakket van voorzieningen. Nadat eenmaal de noodzaak van een samenhangend behandelaanbod werd ingezien, nam de bereidheid van de zorgaanbieders om de dialoog te zoeken toe. Duidelijk werd dat intensieve samenwerkingsvormen de kwaliteit van de behandeling en de satisfactie van de patiënt ten goede kwamen. In de concept nota-GGZ⁽⁵⁾ wordt gesteld dat de RIGG daadwerkelijk een rol heeft gespeeld bij bijvoorbeeld de MFE-vorming, de RIBW-ontwikkeling en dergelijke. De RIGG heeft daardoor gedeeltelijk zijn doel bereikt. Tegelijkertijd wordt vastgesteld dat de RIGG als bureaucratisch of verouderd wordt ervaren en een keurslijf voor de instellingen is geworden. In de nota wordt tot uitdrukking gebracht dat aan een verdere inbreng van de RIGG bij het opstarten van regionale samenwerking geen behoefte meer bestaat. Laat de instellingen onderling vorm geven aan hun samenwerking, zo luidt de boodschap²³¹. Inmiddels zijn er ook aanwijzingen die er op duiden dat de rol van de provincies op het gebied van de (planning van de) gezondheidszorg zal verminderen. Wanneer de RIGG daadwerkelijk zijn langste tijd heeft gehad en de rol van de provincies wordt gereduceerd, komt de verantwoordelijkheid voor de continuïteit van de zorg bij de instellingen te liggen. Daaraan kan vorm gegeven worden door vanuit de bestaande situatie afspraken te maken, maar ook door het initiëren van gezamenlijke nieuwe activiteiten vanuit een gemeenschappelijke regio. Zoals ik al eerder heb geconstateerd kan daaraan onder andere een bijdrage worden geleverd door het oprichten van MFE-en.

Samenvattend stel ik vast dat samenwerking en samenhang voor een continue zorgverlening van belang zijn. Instellingen moeten daartoe samenwerkingsafspraken maken. Door de verminderende inbreng van RIGG en provincie zullen de instellingen deze samenwerking zelf vorm en inhoud moeten geven. De overheid lijkt deze samenwerking niet (meer) met behulp van wet- en regelgeving te willen sturen. Deze heeft eerder belemmerend dan faciliterend gewerkt. Wel zullen de (financiële) kaders, die door de overheid worden gesteld, in acht genomen moeten worden, evenals de overige spelregels die voortvloeien uit de vigerende wet- en regelgeving. Ik *concludeer* op grond van het voorgaande dat de samenwerking en de samenhang, en in verband daarmee ook de continuïteit van zorg, met gebruikmaking van de WZV nauwelijks worden bevorderd. De overheid is afhankelijk van de bereidheid van de GGZ-partners om de samenwerking te zoeken en daaraan vorm te geven.

⁵ Later dus verschenen onder de naam "Onder Anderen".

8.4.4 Kwaliteit van zorg

De hiervoor reeds besproken samenhang en samenwerking includeren uiteraard ook kwaliteitskenmerken. Het gaat in deze paragraaf vooral om de vraag of de WZV ook anderszins voor het bereiken en/of handhaven van een kwalitatief goede GGZ-zorg een bruikbaar instrument vormt. De kwaliteit van de behandeling/de behandelresultaten hebben in de loop van de jaren – ook in de psychiatrie – steeds meer aandacht gekregen. Van betekenis zijn in dat verband de ontwikkeling van professionele standaards en de komst van de psycho-farmaca. Voorts kan worden geconstateerd dat de “maatschappelijke rol van de psychiatrische patiënt” zich in een toenemende belangstelling mag verheugen. Meer dan in het verleden richt de aandacht zich daarbij op begrippen als integratie, rehabilitatie, acceptatie en dergelijke. Het bereiken van dergelijke doelen vraagt om een zodanige aanpak dat niet de *verschillen* tussen de psychiatrische patiënt en de “normale burger” worden geaccentueerd, maar dat juist wordt gekeken naar de *overeenkomsten*. De psychiatrische patiënt wordt in die benadering gezien als een burger met een handicap. Voor deze handicap dienen als het ware *prothesen* te worden ontwikkeld. Het zal duidelijk zijn dat van het huisvesten van psychiatrische patiënten in massale opberginstututen, zoals wij die jarenlang hebben gekend, niet direct een prothese-werking is uitgegaan. Juist in het recente verleden is de “noodzaak van het normale” met een vaste regelmaat benadrukt. Dat is met name het geval op het vlak van de verblijfspsychiatrie, zoals onder meer blijkt uit een serie recente artikelen onder redactie van Slooff en Verhoeven (1992). Daaruit blijkt tevens dat aan het streven om een zekere mate van integratie te bereiken positieve impulsen worden gegeven, wanneer de aandacht zich ook richt op vormen van woonintegratie³².

De aktie huisvesting psychiatrie, die ik eerder al heb beschreven, heeft een belangrijke bijdrage geleverd aan de *verbetering van de huisvesting* van psychiatrische patiënten. In de jaren daarna heeft de psychiatrie de bestaande huisvestingsachterstand verder kunnen wegwerken. Dat heeft niet alleen geleid tot *beter* huisvestingsmogelijkheden, maar ook tot *andere*. De behandelgebouwen, die – in afzondering van de maatschappij – vrijwel overal gedurende een reeks van jaren het beeld van de totale instituties hebben bevestigd, zijn geleidelijk vervangen door beter op de zorg toegesneden voorzieningen binnen de maatschappij. Ik constateer dat de sterk verbeterde huisvesting van de psychiatrische patiënten in het algemeen en de “long-stay” patiënt in het bijzonder een belangrijke bijdrage aan de kwaliteitsontwikkeling in de geestelijke gezondheidszorg heeft geleverd. De initiatieven daartoe zijn door het instellingsmanagement ontplooid, steunend op een behandelvisie, die binnen de APZ-en werd ontwikkeld. De verbeteringen zijn daarom vooral terug te voeren op de ontwikkelingen binnen de psychiatrische ziekenhuizen zelf, zij het dat ook daarvoor de goedkeuring van de overheid moest worden verkregen⁶.

⁶ De vraag is in dit geval echter of deze resultaten uitsluitend konden worden gerealiseerd door daarvoor het “instrument WZV” te hanteren. Naar mijn mening is dat niet het geval. Ook zonder WZV zou de noodzaak tot de “vernieuwbouw” van psychiatrische ziekenhuizen zijn gebleken. De verbeteringen moeten daarom niet uitsluitend worden toegeschreven aan de WZV, maar ook aan de maatschappelijke bereidheid geld te investeren in de huisvesting van een omvangrijke groep kwetsbare burgers.

Ik kom tot de *conclusie* dat de huisvesting van patiënten veel beter aansluit bij de moderne opvattingen over de positie van de psychiatrische patiënt, verband houdend met zijn/haar mogelijkheden. De bijdrage van de WZV is echter in het gunstigste geval faciliterend van aard.

De WZV is géén geschikt instrument om het aanbod van de klinisch psychiatrische voorzieningen aan te doen sluiten op de *zorgvraag*. Gebruik van de WZV kan wél leiden tot het verbeteren van de *bereikbaarheid*, wanneer dienaangaande tenminste in het veld initiatieven worden ontplooid. De wet levert nauwelijks een bijdrage aan de *continuïteit en de kwaliteit* van de zorg, zij het dat de verbeterde huisvesting wel als een positieve kwaliteitsontwikkeling kan worden beschouwd.

8.5 Spreiding van klinisch psychiatrische voorzieningen

De laatste vraag, die ik aan het begin van dit hoofdstuk heb opgeworpen, betreft de verbetering van de spreiding van de (klinisch psychiatrische) voorzieningen met gebruikmaking van het instrument WZV. De overheid heeft er voor gekozen de GGZ-voorzieningen over ons land te spreiden. Daartoe is onder meer besloten om de bereikbaarheid te verbeteren. Met het oog daarop dienen de voorzieningen binnen de grenzen van de gezondheidsregio te worden geplanned. De *opbouw* van nieuwe voorzieningen in een bepaalde regio moet, gelet op het streven tot het verminderen van de totale APZ-capaciteit, gepaard gaan met een *reductie* van bestaande voorzieningen, al dan niet op termijn. De vraag is echter of een substantieel *betere bereikbaarheid* van de voorzieningen wordt bereikt door gebruik te maken van een provinciaal georiënteerd planningsstelsel. Ik zal hierna aantonen dat zo'n benadering niet in alle delen van het land vergelijkbare uitkomsten oplevert. Binnen dichtbevolkte provincies, zoals Noord- en Zuid-Holland, is het goed mogelijk APZ-en in (of in de directe omgeving van) de bevolkingsgagglomeraties te vestigen. Gemakkelijk valt te berekenen dat in die provincies een voldoende aantal APZ-en kan worden opgericht om een redelijke aansluiting bij de grote steden te bevorderen. Door de *relatieve concentratie* van de APZ-en in deze provincies geldt, ook voor de kleinere plaatsen in de Randstad dat er "altijd wel een APZ in de buurt is". Bovendien is de infrastructuur van ons land zodanig dat juist de grote steden in de Randstad als regel goed te bereiken zijn (file-problemen buiten beschouwing gelaten).

Het statistisch jaarboek 1993 geeft aan dat op 1 januari 1992 in Noord- en Zuid-Holland bijna 5.700.000 mensen woonachtig waren. Uitgaande van de actuele planningsrichtlijn van 1,4‰, te verminderen met het aantal PAAZ-bedden, komen wij op een normatief te bepalen behoefte van circa 7.000 APZ-bedden. Bij een gemiddeld aantal bedden van 500 per ziekenhuis is er dus planmatig ruimte voor 14 APZ-en. Het aantal inwoners van de provincies Friesland en Drenthe samen lag op die datum op circa 1.050.000 inwoners. Als wij ook hier uitgaan van de geldende planningsrichtlijn kan een aantal APZ-bedden (rekening houdend met de aanwezige PAAZ-bedden capaciteit) van ongeveer 1.300 worden berekend. Hanteren wij ook nu de "norm" van 500 bedden per APZ, dan komen wij op 2-3 APZ-en voor deze noordelijke provincies.

De oppervlakte van de gebieden verschilt nauwelijks. Noord en Zuid-Holland tellen samen ongeveer 6.400 km² en Friesland en Drenthe 6.500 km² ²³³. Een en ander leidt tot de conclusie dat de *normatieve APZ-dichtheid* per km² in de Randstad 5 tot 6 keer zo hoog ligt dan in Friesland en Drenthe. Een geringe bevolkingsdichtheid leidt dus *min of meer automatisch* tot een spreidingsprobleem, wanneer althans de landelijke richtlijnen voor planningsdoeleinden worden gehanteerd.

De vergelijking tussen de Randstad en de noordelijke provincies maakt duidelijk dat de *normatieve APZ-dichtheid* door de verschillen in bevolkingsaantallen grote variaties vertoont. Tegenover een planmatig aantal APZ-en van 14 in Noord- en Zuid-Holland staan er 2-3 in Friesland en Drenthe. Het verminderen van het aantal APZ-en in de drie noordelijke provincies, verband houdend met het verminderen van het aantal bedden en met inachtneming van de wenselijke grootte, kan er toe leiden dat de spreidingsproblematiek juist toeneemt.

Wordt echter besloten tot de bouw van een aantal MFE-en, dan verandert dat beeld. Als het aantal van 1.300 planmatig acceptabele APZ-bedden wordt gespreid over bijvoorbeeld 5 hoofdlocaties (de locaties van de huidige APZ-en) met elk circa 200 bedden en een 6-tal MFE-en van elk 50 bedden/plaatsen, spreken wij niet meer over 2 tot 3 locaties waar samenhangende GGZ-zorg wordt geleverd, maar over 11.

Concluderend kan worden gesteld dat het overheidsstreven, betreffende een betere spreiding van de GGZ-voorzieningen, door het veld wordt onderschreven (zie 8.4.2). De bestaande verschillen in bevolkingsdichtheid tussen bepaalde gebieden in ons land leiden, met gebruikmaking van de vigerende planningsrichtlijnen, tot een verschil in APZ-dichtheid. Wanneer tot herspreiding van deze APZ-en wordt besloten, blijft het probleem, in elk geval in de dunbevolkte gebieden in ons land, voor een deel bestaan. Tegelijkertijd neemt het belang van de afstanden en daarmee dat van de reistijden toe. APZ-en komen uit hun isolement, bieden andere zorg dan in het verleden en werken steeds meer “outreaching”. Uit zorginhoudelijke en efficiency-overwegingen is het daarom van belang een deel van de klinisch psychiatrische voorzieningen nabij de bevolkingscentra te localiseren. Het is in dat verband gewenst attent te zijn op de voor- en nadelen van herspreiding van APZ-en versus de oprichting van MFE-en. Voor het maken van een keuze is het noodzakelijk rekening te houden met de, eerder als zodanig aangeduide, regionale eigenaardigheden. Ook wanneer dat alles weloverwogen gebeurt blijft de overheid, ook met de WZV in de hand, in belangrijke mate afhankelijk van het particulier initiatief.

8.6 De relatie tussen de veldopvattingen en het conceptueel kader

Ik acht het wenselijk op deze plaats in te gaan op de relatie tussen de opvattingen, die in het veld ten aanzien van de beleidsinhoud casu quo de instrumentele aspecten bestaan en het conceptueel kader. De vraag is immers aan de orde of de opstelling van de betrokken actoren met behulp van het conceptueel kader (deels) kan worden verstaan. Ook in dit geval beperk ik mij tot een aantal hoofdlijnen. Ik loop daartoe nog eens de vragen die ik in 8.1 heb gesteld langs.

De eerste vraag betreft de al dan niet *onbeheerste kostenontwikkeling*.

De WZV kwam tot stand aan het eind van een periode van economische groei.

In de eerste helft van de jaren zeventig ontstond, zoals meermalen opgemerkt, behoefte aan een beheersing van de ontwikkelingen. Nadat de wet in 1979 in gewijzigde vorm van kracht werd, volgde opnieuw een periode waarin de *economie stagneerde*. Het was dus niet zo vreemd dat de overheid er voor koos een feed-backsysteem te ontwikkelen dat inzicht zou kunnen geven in de uitkomsten van het gebruik van de sturingsmiddelen, het FOG(M)/FOZ. Het is mijns inziens niet lichtvaardig te veronderstellen dat het FOZ niet bedoeld is als een hulpmiddel voor de aanbieders van zorg en/of de verzekeraars. Het middel wordt door de overheid vooral gehanteerd in de politieke discussie tijdens de jaarlijks terugkerende begrotingsbehandeling. Wanneer de ontwikkelingen in enig jaar in kwantitatief en kwalitatief opzicht sporen met de overheidsopvattingen kan de overheid melding maken van een succesvol beleid. Is dat niet het geval, dan kan worden gewezen op het feit dat de beleidsaanpassingen in en door het veld moeten worden geëffectueerd.

De financiële ramingen van het FOZ zijn de laatste jaren onderwerp van discussie. Het veld betoogt voortdurend dat de overheid systematisch uitgaat van *te lage ramingen*. Het staat dan op voorhand vast dat de financiële doelstellingen niet zullen worden gehaald en in het volgende FOZ kan het veld dan weer worden verweten dat "het opnieuw niet is gelukt". Grünwald (1987) heeft weliswaar duidelijk gemaakt dat het veld een dergelijk verwijt niet kan worden gemaakt (zie 8.2), maar de overheid kan er belang bij hebben zo'n beeld op te roepen.

De in 8.2 geciteerde inleiding van het FOZ 1993 suggereert dat de overheid dergelijke financiële overzichten opstelt om verantwoorde *keuzes* te kunnen maken, teneinde daarmee de zorg goed, toegankelijk en betaalbaar te houden.

De Gooijer heeft er op gewezen dat de wijze waarop de overheid het FOG(M)/FOZ hanteert, getuigt van *instrumentele armoede*. De overheid stelt vooral financiële kaders en kijkt minder naar de zorgbehoefte. Terwijl van het veld wordt verlangd de gevraagde zorg te leveren kan de overheid de indruk wekken dat datzelfde veld niet in staat is het zorgaanbod/de kosten te beheersen. Het FOZ is daarmee een voorbeeld van *eenrichtingsverkeer*, waardoor de verantwoordelijkheden van het veld in het gedrang komen²³⁴.

De overheid bespeelt op die manier de publieke opinie en tracht aldus de eigen relatieve machtspositie te vergroten. Het FOZ is dus een soort *machtsmiddel* geworden, niet zozeer om ontwikkelingen direct te kunnen sturen, maar vooral een instrument dat in de politieke arena kan worden gebruikt ter beantwoording van de vraag "Wie z'n schuld is dat?" Het veld wordt in de verdediging gedrongen en de veldactoren zullen zich inspannen de overheid te attaqueren en daarmee is de kiem gelegd voor een jaarlijks terugkerend getouwtrek.

Iets dergelijks is aan de hand met betrekking tot de tweede vraag, de discussie rond de *planningsrichtlijnen* en de meest wenselijke *omvang van een APZ*.

De opvattingen van de overheid dienaangaande werden voor het eerst geformuleerd in de door De Roo als zodanig aangeduide periode van *overheidsplanning*. In die periode kwam het initiatief, zoals in 2.7 werd vastgesteld, bij de overheid te liggen. Ik heb er op gewezen dat van verschillende kanten *kritiek* is uitgeoefend op de

richtlijnen, die voor het plannen van de klinische GGZ-voorzieningen werden en worden gehanteerd. In 8.3.1 noemde ik bijvoorbeeld het artikel van Brook, Ten Horn en Sytema, waarin werd aangetoond dat alleen al door de relatieve groei van het aantal volwassenen in de bevolking van ons land de richtlijn van 1.1‰ tot 1.43‰ zou moeten worden verhoogd. In 8.3.2 heb ik de wisselende opvattingen van de overheid ten aanzien van de gewenste *schaalgrootte* op een rij gezet, welke opvattingen hun onderbouwing goeddeels missen. Het veld leverde (soms) de argumenten met betrekking tot de noodzakelijke minimumomvang, maar met deze handreikingen werd weinig tot niets gedaan. Dergelijke signalen konden door de overheid ook gemakkelijk worden genegeerd, omdat de opvattingen in het veld ten aanzien van de omvang van APZ-en bleken te *verschillen* en, zoals geconstateerd werd door het CvZ, tijdgebonden zijn. De verdeeldheid in het veld, zich uitend in een gebrek aan groepscohesie (zoals bedoeld in 2.5) versterkte op die wijze de relatieve *machtspositie* van de overheid. Gegeven die uitgangspositie kon de druk op grote APZ-en worden opgevoerd en konden maatregelen worden getroffen om een begin te maken met de verkleining van deze instellingen.

De actor overheid heeft de richtlijnen wel enigszins bijgesteld, maar in de kritiek geen aanleiding gezien deze tot het *gewenste* niveau te verhogen. Daarvan is afgezien omdat een groter aantal APZ-bedden kan leiden tot een ongewenste kostenontwikkeling. Voorts mag worden aangenomen dat de overheid alternatieve vormen van GGZ-zorg prefereert, omdat dat getuigt van de bereidheid in de GGZ zorgvernieuwingen te stimuleren.

De opvattingen over de meest wenselijke omvang van een APZ zijn in de beschreven periode bijgesteld. Waar aan het begin van de jaren zeventig nog werd gewaarschuwd voor *kapitaalvernietiging en kostenstijgingen* ten gevolge van negatieve schaafeffecten, is in de jaren daarna, op onduidelijke gronden, door de overheid gepleit voor *schaalverkleining*. Deze zou vooral moeten worden bereikt door een aanpassing van de *buitenschaal*. Ik heb geen aanwijzingen gevonden voor de stelling dat de overheid de voorkeur geeft aan kleine APZ-en, omdat – zoals ik hiervoor heb aangegeven – grote APZ-en meer *invloed* op de ontwikkelingen kunnen uitoefenen dan kleine en beter in staat zijn krachtiger managers aan te trekken. Ik zie echter ook geen aanleiding die opvatting op voorhand te verwerpen.

Het veld wenste om twee redenen de uitgangspunten van de overheid niet te accepteren. In de eerste plaats is er een soort *natuurlijke weerstand* tegen vermindering van de buitenschaal, een opstelling waar door de Algemene Rekenkamer zie (5.2) op werd gewezen. In de tweede plaats hangt de opstelling van het veld samen met de overtuiging dat de schaalvermindering leidt tot een aantasting van het *draagvlak* met alle gevolgen van dien voor de inhoudelijke en financiële gang van zaken in de instellingen. Logisch dat de instellingen hun energie slechts onder grote druk in de capaciteitsreductie hebben willen steken en zich zijn blijven inspannen om zowel op het formele als het informele niveau de overheid tot andere gedachten te brengen.

De derde vraag gaat over de effecten van de WZV ten aanzien van een *doelmatige* GGZ. De wet blijkt daarvoor geen effectief instrument. Dat kan ook bijna niet. Wanneer het begrip doelmatigheid tijdgebonden is en de dynamiek de (mate van) evolutie van het doelmatigheidsbegrip bepaalt (zie 3.4), moet er rekening mee wor-

den gehouden dat met het veranderen van de inhoud van dat doelmatigheidsbegrip ook de (sub)doelstellingen kunnen wijzigen. Veranderende doelstellingen nopen tot aanpassingen in het instrumentarium. Toch heeft de overheid, blijkens de beschrijving van de casuïstiek, gekozen voor een *imperatieve sturing*, ook toen de signalen dat de doelen niet zouden worden bereikt krachtiger werden. De door Geurts genoemde zelfsturingsmogelijkheden van het veld zijn daarbij door de overheid onderschat. Het beeld van de overheid die het initiatief neemt en de ontwikkelingen in de gewenste richting stuurt (een beeld dat hiervoor werd opgeroepen) dient dan ook te worden genuanceerd, omdat de beschikking over een machtsmiddel nog iets anders is dan het effectief gebruiken daarvan. WVC koos voor een centrale actorrol, maar werd door de *hindermacht* van het veld in voorkomende gevallen gedwongen tot correcties.

Tot slot sta ik stil bij de optimalisering van de *spreiding* van de klinische GGZ-voorzieningen met behulp van de WZV. Ik heb duidelijk gemaakt dat het begrip evenwichtige spreiding door de overheid niet is uitgewerkt. Wel wordt op een aantal plaatsen de wenselijkheid tot verbetering daarvan uitgesproken. Uit de bespreking van de case-study is duidelijk geworden dat in het veld plannen zijn ontwikkeld om de spreiding in de noordelijke provincies te verbeteren, onder meer door de vorming van een aantal MFE-en in zuidoost-Friesland. Daarmee werd een relatief goedkope en kwalitatief verantwoorde oplossing aangereikt om een betere spreiding van de klinische GGZ-voorzieningen te bewerkstelligen. Daarmee werd dus volledig tegemoet gekomen aan de doelstellingen die de overheid, blijkens de geciteerde inleiding van het FOZ 1993, wenst te bereiken. Vreemd genoeg gebruikt de overheid dan haar macht om deze ontwikkelingen te blokkeren, omdat "*de voorkeur wordt gegeven aan een bestuurlijke oplossing*", daarbij in het midden latend waarom deze zoveel beter is dan de oplossing van het veld. Hier worden als het ware de rollen omgekeerd. Het veld slaat een richting in die spoort met de intenties van de overheid. De overheid kiest echter voor een andere weg (omdat in het lobby-circuit afspraken zijn gemaakt?) en maakt aldus gebruik van haar macht om realisering van de plannen van het veld te *verhinderen*. Ook ten aanzien van andere spreidingsinitiatieven heeft de overheid, zoals uit de case-study is gebleken, standpunten ingenomen die op onderdelen als strijdig met de eigen uitgangspunten kunnen worden gekwalificeerd.

De overheidsopvattingen aangaande de gestelde vragen worden door het veld niet geapprecieerd. Dat hangt samen met het gebrek aan onderbouwing van overheidsstandpunten en de ontbrekende bereidheid de opvattingen van het veld mee te wegen in de beleidsuitvoeringsarena. Dat leidt nu eens tot een machtsspel en dan weer tot de noodzaak (op het informele niveau) compenserende maatregelen voor te stellen, wanneer een escalatie dreigt.

8.7 Samenvatting en conclusies ten aanzien van hoofdstuk 8

De overheid heeft niet nagelaten te benadrukken dat de kosten van de gezondheidszorg moeten worden beheerst. Daaraan zou door de WZV, door middel van de planning van het aanbod van voorzieningen een bijdrage moeten worden geleverd. De WZV moet volgens de overheid tevens worden gehanteerd voor het bereiken van een doelmatige en goed gespreide GGZ. Van dat eerste is sprake wanneer de zorg aansluit op de zorgvragen van de patiënt, goed bereikbaar is, voldoet aan de te stellen kwaliteitseisen en de continuïteit waarborgt. De zorg moet worden geboden door instellingen van voldoende omvang om een gedifferentieerde behandeling te kunnen bieden. Wat onder een evenwichtige spreiding moet worden verstaan wordt niet goed duidelijk. Een beoordeling van de mate van acceptatie van de overheidsuitgangspunten en de mogelijkheden om die met behulp van de WZV te bereiken, levert de volgende conclusies op. De oorzaken van de kostenstijgingen worden voornamelijk gevormd door macro-economische ontwikkelingen enerzijds (inflatie) en demografische veranderingen anderzijds (vergrijzing). Met name deze laatste ontwikkeling kan op termijn nopen tot het maken van keuzes, maar het is niet juist te stellen dat er sprake is (geweest) van een onbeheerste kostenontwikkeling, laat staan van wildgroei.

De planningsrichtlijnen ex artikel 3 WZV zijn bij voortdurend onderwerp van kritiek geweest. De APZ-en hebben duidelijk gemaakt dat deze richtlijnen niet realistisch kunnen worden genoemd en aangedrongen op verhoging daarvan. Ook de hoofdinspectie en anderen hebben met grote regelmaat gewezen op de wenselijkheid van voldoende APZ-bedden in instellingen van voldoende omvang om een gedifferentieerd pakket van behandelmogelijkheden te kunnen bieden.

De opvattingen over de optimale grootte variëren. In het algemeen kan worden geconcludeerd dat groot niet altijd beter is dan klein. Op grond van eerder uitgevoerd onderzoek kan echter de stelling worden verdedigd dat grote APZ-en goedkoper zijn dan kleine. Voorts kan een groot APZ gemakkelijker een antwoord geven op de vraag naar voldoende differentiatie van het behandelaanbod, zonder dat dat onmiddellijk leidt tot een versnippering van (vaak dure) mankracht. Het streven van de overheid om te komen tot een vermindering van het aantal APZ-bedden en het terugdringen van de schaal van een groot aantal APZ-en, bedoeld om de spreiding te bevorderen, is door het veld maar in beperkte mate gewaardeerd.

Aan het verbeteren van de doelmatigheid van de GGZ levert de WZV nauwelijks een effectieve bijdrage. Het aansluiten op de zorgvraag is een zaak van het management en de behandelaars van de zorgaanbieders. De bereikbaarheid hangt vooral af van de spreidingsactiviteiten en de vorm die daarvoor door het veld wordt gekozen (herspreiding APZ-en of oprichting MFE-en). De kwaliteit stoelt op de hulpverleningsparadigma's en de deskundigheid, die in de instellingen aanwezig is. De continuïteit van de zorg wordt bepaald door de bereidheid van de instellingen om de samenwerking te zoeken.

De spreiding kan met hantering van het WZV-instrumentarium worden verbeterd, maar de overheid is ook daarbij afhankelijk van de initiatieven, die vanuit het veld worden ondernomen. Daarbij is het van belang te letten op regionale verschillen. In

de randstad werkt het gebruik van de WZV anders uit dan in dun bevolkte gebieden, zoals die onder meer in de noordelijke provincies voorkomen.

Dat leidt tot de volgende *conclusie*: Op grond van de feiten kan worden betwist dat er sprake is van een onbeheerste kostenontwikkeling. Het veld verwerpt de planningsrichtlijnen ex artikel 3 WZV. Gebruik van de WZV levert nauwelijks een bijdrage aan het verbeteren van de doelmatigheid en de spreiding van de GGZ. Het overheidsbeleid wordt niet op alle deelaspecten door de zorgaanbieders geaccepteerd. Dat geldt in het bijzonder ten aanzien van het spreidingsbeleid en de wisselende opvattingen over de schaalgrootte, respectievelijk de geldende planningsrichtlijnen. De WZV zal daarom als een bedreigingsinstrument⁷⁾ worden beoordeeld en het veld zal het implementeren van het overheidsbeleid trachten te verhinderen.

⁷ In 9.3.2 zal ik aan dit begrip meer aandacht schenken.

9 Het beleidsuitvoeringsproces

9.1 Inleiding

In Deel II heb ik inzicht willen verschaffen in de beleidsuitvoering, het feitelijk gebruik van de WZV, gericht op het bereiken van de in Deel I genoemde overheidsdoelen: een doelmatige en evenwichtig gespreide GGZ en, in het verlengde daarvan, een beheerste kostenontwikkeling. Met het oog daarop heb ik de casuïstiek betreffende de noordelijke provincies uitvoerig behandeld, om duidelijk te maken wat er in de praktijk is gebeurd en welke uitkomsten dat heeft opgeleverd.

In het vorige hoofdstuk heb ik geconcludeerd dat het overheidsbeleid betreffende de GGZ door het veld slechts op een aantal onderdelen wordt geapprecieerd. In dit hoofdstuk ga ik op zoek naar een verklaring voor de opstelling van de actoren, de positie die zij in het rasterwerk van horizontale en verticale relaties met het oog op daarop hebben ingenomen en de invloed die zij op de besluitvorming hebben gehad. Na de beleidsinhoud en de beleidsuitvoering staat dus nu de *doorwerking* van de beleidsinstrumenten centraal en gaat het om de *processen* in het beleidsveld. Ik zal eerst in 9.2 de betrokken actoren de revue laten passeren en mij vervolgens in 9.3 richten op het als zodanig aan te duiden WZV-spel. In die paragraaf zal ik achtereenvolgens ingaan op de volgende aspecten:

- de vooronderstellingen ten aanzien van de hoofdrolspelers;
- het spelverloop;
- de verklaringen gegeven door de hoofdrolspelers;
- het besluitvormingsproces;
- de relatie tussen het conceptueel kader, de opstelling van de hoofdrolspelers en het spelverloop.

In 9.4 volgen de samenvatting en conclusies ten aanzien van dit hoofdstuk.

9.2 De actoren

In deze studie is tot dusverre een groot aantal actoren expliciet dan wel impliciet opgevoerd. In willekeurige volgorde noem ik:

- de rijksoverheid;
- de provinciale overheid;
- het College voor Ziekenhuisvoorzieningen;
- de (Hoofd)inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid;
- het instellingsmanagement (en -bestuur);
- de adviesorganen van de minister;
- de ziektekostenverzekeraars;
- de koepelorganisaties;
- de patiëntenverenigingen;
- de Raad van State.

Deze actoren ontmoeten elkaar formeel en in de wandelgangen. Dat levert een groot aantal interacties op en er is dus sprake van de nodige dynamiek, zowel tijdens de beleidsvorming als de -uitvoering. De professionele ontwikkelingen, de veranderingen in normen en waarden, in combinatie met de macro-economische ontwikkelingen kunnen noodzaken tot het stellen van prioriteiten, die weer aanleiding kunnen geven tot een verdere dynamisering. De posities die de actoren kiezen zijn mede daarvan afhankelijk. Voor een beeld van de rol(opvatting) van deze actoren en de betekenis in het meermalen genoemde rasterwerk, is het gewenst eerst een globale indruk te geven van de *plaats* die deze actoren op grond van de wet- en regelgeving, dan wel op basis van “eigen opvattingen over de (on)wenselijkheid van bepaalde beleidsontwikkelingen” innemen.

De *rijksoverheid* stelt zich, zoals ik hiervoor heb laten zien, tot taak inhoud te geven aan de grondwettelijke inspanningsverplichting, de samenleving van (geestelijke) gezondheidszorgdiensten te voorzien. Met het oog daarop wordt onder meer gestreefd naar een doelmatig stelsel van goed gespreide klinisch psychiatrische voorzieningen. In de *beleidsvormingsarena* is met het oog op die doelstellingen de WZV tot stand gekomen, die tevens een bijdrage moet leveren aan een beheerste ontwikkeling van het aanbod en, in het verlengde daarvan, de kosten. In deze beleidsvormingsarena participeert een groot aantal actoren, waarvan ik de belangrijkste in bovenstaand overzicht heb genoemd. Ook in de *beleidsuitvoeringsarena* is de overheid, zoals uit de case-study in deel II is gebleken, actief. Dat geldt niet alleen voor de politiek verantwoordelijken, maar ook voor de beleidsambtenaren. Hun opvattingen zijn niet alleen van betekenis tijdens het beleidsvormingsproces, maar (zoals uit eerder uitgevoerd onderzoek blijkt) vooral tijdens de uitvoering van het beleid. Om invloed in deze beleidsuitvoeringsarena te kunnen uitoefenen, maken de beleidsambtenaren gebruik van hun ambtelijke *speelruimte*, door Sporre (1988) gedefinieerd als “*de mogelijkheid voor een ambtenaar vanuit zijn positionering binnen de organisatie richting te geven aan de uitkomsten van de organisatie*”²³⁵.

De *provinciale overheden* vervullen in de beleidsuitvoeringsarena, waarin de gezondheidszorgvoorzieningen met behulp van de WZV worden geplanned, eveneens een belangrijke rol. De inbreng van de provincie op het gebied van de planning wordt door de provinciale overheden zelfs belangrijker geacht dan die van de rijksoverheid.

Dat is hiervoor onder meer gebleken uit de correspondentie tussen de provincie en het ministerie van WVC¹⁾.

Het *College voor Ziekenhuisvoorzieningen* is eveneens uitsluitend een actor in het kader van de WZV en wel in een dubbele betekenis. In de eerste plaats is het de taak van het CvZ planningsrichtlijnen en bouwmaatstaven te ontwikkelen; in de tweede plaats is het College een belangrijke adviseur voor de minister van WVC bij het beoordelen van ontwerpplannen, bouwinitiatieven en dergelijke. Het College houdt zich als regel strikt aan zijn opdracht. Plannen worden getoetst aan de regels. Afwijkingen worden gesignaleerd en de toleranties zijn gering. Het werk van het College wordt gekenmerkt door een zekere strengheid, niet alleen jegens de plannen van de provincies en/of de aanbieders van zorg, maar ook ten aanzien van de opvattingen van het ministerie.

De (*Hoofd*)inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid vervult landelijk en regionaal een rol op het gebied van het bewaken van de kwaliteit van de hulpverlening en is van betekenis (geworden) voor het ontwikkelen van het beleid. In dat kader wordt tevens gelet op een goede bejegening van alle cliënten/patiënten, die een beroep doen op de instellingen voor geestelijke gezondheidszorg. De inspectie houdt voorts toezicht op de opleiding voor verpleegkundigen die werkzaam zijn binnen het GGZ-veld en is tenslotte adviseur van de minister binnen het kader van de WZV. In de *formele* positie van de inspectie, die steunt op bepalingen uit de Krankzinnigenwet (1884) en de Gezondheidswet (1956), is niet veel verandering gekomen. Geleidelijk is *feitelijk* het speelveld, mede door de werkwijze en (soms) het charisma van de hoofdinspecteurs, verlegd. De inspectie geeft gevraagd en ongevraagd adviezen aan zowel de beleidmakers als de zorgaanbieders. De standpunten van de hoofdinspectie worden onder meer door middel van de zogeheten referentiekaders en de jaarverslagen tot uitdrukking gebracht. (Eerder in deze studie heb ik gewezen op de opvattingen van de inspectie met betrekking tot de planningsrichtlijnen en de gewenste omvang van APZ-en, zoals weergegeven in een reeks van jaarverslagen). Ook de *Regionale Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid* is in de loop van de tijd minder reactief geworden. Ik wees reeds op de felle opstelling van de kant van de voormalig regionaal inspecteur voor de 3 noordelijke provincies op de ontwerpplannen. Recente ervaringen in diezelfde noordelijke provincies leren dat de inspectie actief participeert in het proces van beleidsvorming. Het gaat daarbij niet uitsluitend om het berijden van stokpaardjes (extramuralisering/substitutie), maar ook om het leveren van een bijdrage aan de afstemming van de zorgelementen van

¹ Tijdens de gesprekken die ik aan het eind van mijn studie met verschillende actoren heb gevoerd, werd van de kant van het CvZ gewezen op een interessant fenomeen: de regionale sentimenten binnen de colleges van Provinciale Staten. Naar het oordeel van het CvZ hebben de verschillende colleges van Gedeputeerde Staten met medewerking van de ambtenaren van de griffies wel degelijk getracht overeenstemming te bereiken over diverse planonderdelen, maar moest vervolgens onder druk van Provinciale Staten de beleidsrichting worden bijgesteld. Ik heb naar deze uitspraak verder geen onderzoek verricht, maar heb de stelling wel voorgelegd aan de voormalig gedeputeerden van Friesland en Drenthe. Deze hebben – zij het met de nodige slagen om de arm – bevestigd, dat “de Staten” getracht hebben hun stempel op de ontwikkelingen te drukken. Dat betekent dat in deze analyse niet gesproken kan worden over “de provincie”, maar dat een onderscheid moet worden gemaakt tussen Gedeputeerde Staten en Provinciale Staten.

de verschillende aanbieders, teneinde op die wijze te komen tot verantwoorde zorgarrangementen.

De *zorgaanbieders* hebben (naar het oordeel van de “zittende directeuren”, blijkend tijdens collegiale contacten) de laatste jaren hun opstelling veranderd. Het wordt ook nu nog steeds van belang geacht dat “goed op de winkel wordt gepast”, maar in toenemende mate geven juist de instellingen, onder aanvoering van het topmanagement de richting voor de zorgvernieuwing aan. De stelling wordt verdedigd dat de vernieuwing van zorg, zoals die in de laatste jaren met succes is doorgevoerd, het resultaat is van de toegenomen bereidheid van de instellingsdirecties de taak van het ziekenhuis meer in overeenstemming te brengen met de vragen vanuit de maatschappij. Met het oog daarop is het management in toenemende mate bereid gebleken risico's te aanvaarden. Deze veranderende, meer bedrijfsmatige benadering, waarbij aandacht wordt geschonken aan enerzijds de vragen uit de markt en anderzijds de beheersing van de kosten, hebben het streven van de zorgaanbieders in een *minder afhankelijke* positie ten opzichte van de rijksoverheid te komen, gestimuleerd. Directies van GGZ-instellingen, met steun van hun koepelorganisaties, laten niet na de overheid duidelijk te maken dat voor het vernieuwen van zorg geen nota's van de kant van de rijksoverheid of de adviesorganen nodig zijn. Zonder op deze plaats de stelling verder te onderbouwen meen ik te mogen zeggen dat de zorgaanbieders zelf van oordeel zijn dat zij uitstekend in staat zijn vernieuwingen door te voeren “ondanks de overheid”. Deze veranderingen hebben een tweeledig karakter. In de eerste plaats gaat het er om, zoals gezegd, de zorg daadwerkelijk te vernieuwen. In de tweede plaats trachten vernieuwende APZ-en zich op strategische gronden te onderscheiden van de meer traditioneel opererende instellingen, in de hoop daardoor aantrekkelijker te worden voor de potentiële patiënt en de ziektekostenverzekeraars⁽²⁾.

Voorts hebben directies zo hun specifieke eigen belangen. Het is voor geen enkele manager interessant een bijdrage te leveren aan de krimp van de organisatie waaraan leiding wordt gegeven. Dat geldt in de profit-sector en dat is evenzeer het geval in de geestelijke gezondheidszorg. De bereidheid van de directies van GGZ-instellingen actief mee te werken aan een vermindering van het aantal bedden, of aan een anderssoortige afkalving van het voorzieningenniveau, is door een aantal factoren gering gebleken. Eerder in deze studie wees ik al op het feit dat het overheidsbeleid in het veld weinig steun heeft gekregen. De planningsrichtlijnen werden en worden als te krap ervaren, er worden vraagtekens gezet bij het vervangen van APZ-bedden door RIBW-plaatsen en er wordt tussen de overheid en het instellingsmanagement verschillend gedacht over (de voordelen van) de schaafeffecten. Instellingen botsen mede daarom bij voortdurend op de grenzen van hun aspiratieniveau, die op onduidelijke gronden door de plannende overheid worden gesteld.

In deel I van deze studie heb ik melding gemaakt van verschillende rapportages, uitgebracht door de *adviesorganen* van de minister, die het denken over “nieuw

² De vraag is aan de orde wat onder een vernieuwend APZ moet worden verstaan. In het algemeen kan worden gezegd dat een dergelijk APZ door het aanpassen van het zorgaanbod adequaat reageert op de veranderende hulpvraag. Voorwaarde daarvoor is dat binnen het vernieuwende APZ ruimte wordt gecreëerd voor experimenten, opleidings- en onderzoeksfaciliteiten.

beleid" op de een of andere wijze hebben gestimuleerd. Met name het zogeheten functiedenken in de GGZ is beïnvloed door de in Deel I besproken nota's van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid (NRV). De invloed van een aantal van deze adviesorganen (NRV, Gezondheidsraad, etcetera) op de toekomstige ontwikkelingen wordt verschillend ingeschat. Op grond van deze verschillen in visies en de discussies die dienaangaande zijn gestart, moet rekening worden gehouden met een veranderende positie van sommige van deze organen in het rasterwerk waar Van den Doel over spreekt.

Ook de betekenis van de *ziektkostenverzekeraars* is aan het veranderen. Aanvankelijk beperkte de rol van de ziekenfondsen en de particuliere ziektekostenverzekeraars zich tot die van kassier. Onder invloed van de discussie over de (al dan niet op handen zijnde) stelselwijziging is daarin verandering gekomen. De overheid wenst terug te treden, geeft steeds vaker de macro-kaders aan en laat vervolgens het afstemmen van vraag en aanbod, gegeven deze kaders, over aan zorgaanbieders en verzekeraars.

Toen het er nog serieus op leek dat in hoog tempo een begin zou worden gemaakt met de uitvoering van de stelselwijzigingsplannen, maakten de ziektekostenverzekeraars van de gelegenheid gebruik de rijen te sluiten. Een ware fusiegolf, gepaard gaande met een verschuiving van het machtsevenwicht, was daarvan het resultaat. De veranderende rolopvatting van de ziektekostenverzekeraars, die op het moment van afsluiting van deze studie overigens nog gepaard gaat met onduidelijkheid over de vraag wat er nu wel en niet zal gaan veranderen, heeft geleid tot een toenemende betekenis van de zorgverzekeraars op de ontwikkelingen in de gezondheidszorg.

De *koepelorganisaties* representeren uiteraard de instellingen die deel uitmaken van deze koepels. Bij oppervlakkige beschouwing lijkt er niet zo veel aanleiding te bestaan de koepelorganisaties als afzonderlijke actor op te voeren.

De opvattingen van de leden klinken immers door in de standpunten die door de koepels worden verwoord. Toch is er sprake van een verschil in positie. Daar waar het instellingsmanagement de aandacht vooral concentreert op de gewenste ontwikkeling van de "eigen organisatie" trachten de koepels in meer algemene zin een bijdrage te leveren aan het proces van beleidsvorming³.

Vastgesteld moet worden dat de *patiënten- en consumentenorganisaties*, dankzij de in betekenis toenemende politieke impact van hun activiteiten, waar door Verkaar op is geattendeerd, een rol vervullen binnen het rasterwerk, waarvan in mijn benadering sprake is. Dat is ook het geval in de geestelijke gezondheidszorg, ondanks het feit dat de "organisatiegraad" laag is. Daarom is er, onder invloed van de opvattingen van een aantal opeenvolgende bewindslieden, toenemende aandacht voor patiëntenrechten/belangenbehartiging ontstaan. Dat heeft onder meer geleid tot de, al eerder genoemde, komst van patiëntenvertrouwenspersonen, de landelijke patiëntenraad (LPR) en dergelijke. De invloed is groeiende, maar beperkt zich vooralsnog tot een relatief klein deel van het beleidsterrein.

³ Het spreekt vanzelf dat een koepel van zorgaanbieders daarbij een andere rol vervult dan een koepel van ziektekostenverzekeraars. Dat maakt het voor de staatssecretaris van WVC, gegeven het verschil in belangen, mogelijk "één-tweetjes" te spelen met de ene koepel, teneinde op die wijze de andere voor zijn opvattingen te winnen. Ik zal aan dat aspect verder geen aandacht schenken.

Een bijzondere actor is in dit verband de *Raad van State*. In deel II heb ik een groot aantal beroepsschriften van instellingen en organisaties in de drie noordelijke provincies besproken. De protesterende instellingen meenden te mogen verwachten dat spoedig na de start van de Raad van State-procedure een begin zou worden gemaakt met de behandeling van deze beroepsschriften. Deze opvatting steunde onder meer op het feit dat niet lang na de indiening van de beroepsschriften het – eveneens in deel II behandelde – ambtsbericht van WVC verscheen. Pas in de loop van 1993, zes jaar na de indiening van de beroepsschriften, heeft de Raad van State deze behandeld, maar tot een uitspraak is het nog niet gekomen. De zozeer gewenste duidelijkheid met betrekking tot de inhoud van de vaststellingsbesluiten en de beroepsschriften zal pas na afsluiting van deze studie worden verschaft.

9.3 Het WZV-spel

9.3.1 Algemeen

In 9.2 heb ik de posities van de actoren die participeren in *beleidsvormingsarena* tegen het licht gehouden. Voor de beoordeling van de gang van zaken in de *beleidsuitvoeringsarena* beperk ik mij tot de hoofdrolspelers, de actoren die intensief betrokken zijn bij de richtlijnontwikkeling, de opstelling en vaststelling van de provinciale ontwerpplannen en de effecten daarvan, zijnde de rijksoverheid, provincies, CvZ en zorgaanbieders. Ik ga ook nu voorbij aan het beleidsvormingsproces dat heeft geleid tot de invoering van de WZV. De *wet- en regelgeving*, als resultaat van het proces van duwen en trekken, in de terminologie van Bressers en Ringeling, vormt voor mij een *datum*.

9.3.2 De vooronderstellingen ten aanzien van de hoofdrolspelers

Bressers (1984) heeft er op gewezen dat de *toepassing* van een bepaald middel de veronderstelling (van de beleidsmaker) inhoudt dat daarmee een bijdrage aan een bepaald doel wordt geleverd²³⁶. Er is dus sprake van een veronderstelde, causale, relatie. Een dergelijke relatie heb ik ook ten aanzien van het onderwerp van deze studie aanwezig verondersteld; de overheid heeft ter verbetering van de doelmatigheid en spreiding van de GGZ en ter beteugeling van de kosten de WZV ingevoerd, in de veronderstelling dat met de wet in de hand deze doelen binnen bereik zullen komen.

Uit het vorige hoofdstuk is gebleken dat het overheidsbeleid in het veld weinig steun ondervindt. Dat heeft een belangrijke invloed gehad op de manier waarop de veldactoren zich hebben opgesteld. Maarse en Moen (1991) attenderen er op dat de beleidsmakers de *gouvernementele opstelling* van de organisaties overschatten en geen rekening houden met de *eigen dynamiek* van organisaties, in hun streven te overleven. Zij stellen, in navolging van Rabinowitz en Rein, vast dat de eisen van het beleid en die vanuit de uitvoerende organisaties en het beleidsveld *potentieel conflictuerend* zijn. Met het oog daarop richten ook zij zich op de eerder als zodanig

aangeduide *doorwerking* van beleidsinstrumenten, de invloed dus van het instrument op het gedrag van organisaties, die deel uitmaken van de doelgroep van het beleid. De vraag is in dat verband welke opvattingen de beleidsmakers er ten aanzien van dat gedrag op na houden. Beantwoording van die vraag is lastig, omdat systematisch empirisch onderzoek naar het organisatie-model van de beleidsmakers van de overheid ontbreekt en dit model voorts een min of meer impliciet karakter draagt. Maar-se en Moen *reconstrueren* vervolgens zo'n model op basis van een aantal veronderstellingen.

- Beleidsmakers veronderstellen dat organisaties worden gekenmerkt door een *monolytische structuur* en gaan daarmee uit van een één-actormodel;
- Beleidsmakers hebben weinig oog voor de *onzekerheden* van organisaties bij de inzet van beleidsinstrumenten;
- Beleidsmakers veronderstellen dat zij het gedrag van organisaties gericht kunnen *veranderen*;
- Beleidsmakers veronderstellen dat een instrument de beoogde gedragsverandering zal genereren, indien organisaties daarbij *voordeel* hebben;
- Beleidsmakers veronderstellen de aanwezigheid van een *besturingssysteem* dat van buitenaf in staat is om veranderingen in organisaties effectief door te voeren;
- Beleidsmakers gaan uit van de veronderstelling dat instrumenten in praktijk worden gebracht en het veld daarop *geen of weinig invloed* uitoefent.

Maarse en Moen tonen aan dat het merendeel van deze veronderstellingen niet spoort met de werkelijke gang van zaken. Ik volsta met die belangwekkende constatering en laat hun bewijsvoering hier verder rusten. In hetzelfde artikel maken de auteurs melding van het streven van organisaties naar *groei en autonomie* en de beleidsinstrumenten van de overheid worden door de organisaties dan ook vanuit die optiek beoordeeld. Hun opstelling is voor een niet onbelangrijk deel afhankelijk van het antwoord op de vraag of de overheid “kansinstrumenten” hanteert of zich bedient van “bedreigingsinstrumenten”. In het eerste geval zullen organisaties zonder bezwaar medewerking verlenen; in het tweede geval zullen zij een strategie 's ontwikkelen om de effecten te *neutraliseren*. Daartoe kunnen *scenario's* worden ontwikkeld, die door Maarse en Moen worden onderverdeeld in:

- onderhandelingsscenario's;
- juridische scenario's;
- samenwerkingsscenario's;
- gewoon doen-scenario's;
- anticipatiescenario's²³⁷.

9.3.3 *Het spelverloop*

Baakman (1990) ontwikkelde, met gebruikmaking van de opvattingen van Elias, in zijn reeds eerder genoemde onderzoek een spelmodel met betrekking tot de gang van zaken rond de bouw van een aantal algemene ziekenhuizen. Hij wijst er op dat in dat verband een groot aantal actoren moet worden onderscheiden en dat er derhalve sprake is van *tallose interactieve deelbeslissingen*. Hij legt het spelmodel uiteen

in componenten, zijnde de inzet, de zetten, de speler, de spelregels, de arbiter, het spelniveau, de arena en de spelomgeving²³⁸.

Het is niet nodig voor alle aspecten met betrekking tot de door mij uitgevoerde studie de benadering van Baakman volledig te volgen. Toch meen ik dat een globale beoordeling van het proces van totstandkoming van de ontwerpplannen, de vaststellingsbesluiten en de beroepsschriften, bezien in termen van zo'n spelmodel, verhelderend kan werken. Een dergelijke analyse maakt het ook mogelijk het antwoord op de vraag van De Gooijer te geven, wie er in onze economische orde de *beslissingen* nemen met betrekking tot de planning, spreiding en samenhang op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg en de beïnvloeding van die beslissingen. Ik zal ermee beginnen de opstelling van een aantal hiervoor genoemde actoren nader in kaart te brengen. Ik richt mij daartoe vooral op de inzet, de zetten, de spelregels en de arena's van de verschillende actoren. Ik zal bij de beoordeling van de feitelijke gang van zaken tevens gebruik maken van de opvattingen van Maarse en Moen, zoals hiervoor verwoord.

De *inzet* van de *rijksoverheid* als speler is in het voorgaande voldoende duidelijk geworden. Het gaat om het bereiken van een doelmatig stelsel van GGZ-voorzieningen, dat tegen aanvaardbare kosten wordt geëxploiteerd. De *zetten* bestaan in eerste instantie uit de ontwikkeling van een instrumentarium, dat het mogelijk moet maken het aanbod te beïnvloeden en daarmee ook de consumptie van de GGZ aan banden te leggen. In tweede instantie gaat het om het vaststellen van de ontwerpplannen. De *spelregels* in de beleidsuitvoeringsarena liggen vast in de specifiek ontwikkelde wet- en regelgeving en het hanteren daarvan wordt mede beoordeeld door het College voor Ziekenhuisvoorzieningen en (in laatste instantie) *gearbitreerd* door de Raad van State-rechter.

Het spel wordt op twee verschillende *niveaus* gespeeld: landelijk en regionaal. Het landelijke spel beoogt in de beleidsvormingsarena de ontwikkeling van de wet- en regelgeving, passend bij de geformuleerde doelstellingen. Het regionale spel is noodzakelijk om in de beleidsuitvoeringsarena het landelijk beleid te operationaliseren.

De inzet van de rijksoverheid wordt mede politiek bepaald. Het welslagen van het beleid is van invloed op het prestige van de verantwoordelijke bewindslieden. Daar waar het gaat om het wegwerken van "huisvestingstekorten" in APZ-en (in kwantitatieve en/of kwalitatieve zin) wordt een andere bril opgezet dan wanneer geprobeerd wordt de ambulante GGZ te versterken en de positie van de APZ-en te reduceren tot een nieuwe "asielfunctie"⁽⁴⁾.

De lijnen worden weliswaar politiek uitgezet, maar de uitvoering van het beleid en het gebruik van de spelregels is ook afhankelijk van de *visie en de werkwijze van de*

⁴ In het voorgaande heb ik gewezen op de verschuivende aandacht van de rijksoverheid. Richtte de overheid zich aanvankelijk op zorginhoudelijke aspecten, de laatste jaren wordt vooral gesproken over de hoogte van de kosten van de gezondheidszorg. Te lage ramingen van de kosten in een aantal opeenvolgende FOZ-en, regelmatig terugkerende ruzies over de hoogte van specialisteninkomens en de prijsstijgingen van de medicijnen mochten de indruk bevestigen dat de ontwikkelingen in de gezondheidszorg zonder overheidsingrijpen niet kunnen worden beheerst.

beleidsambtenaren. Uit het onderzoek van Sporre (1988) is duidelijk geworden dat ambtenaren zich een bepaalde speelruimte trachten te verwerven, teneinde op die wijze een bijdrage aan de besluitvorming te leveren. Het overhevelen van de door hem als zodanig aangeduide *beslismacht*, van de politiek verantwoordelijken naar de ambtenaren, heeft een onuitgesproken karakter en wordt ingegeven/afgedwongen door de praktijk van alledag. De overheveling van de beslismacht steunt op begrippen als coalitie en atomisering en is het resultaat van geven en nemen vanuit een wederzijdse afhankelijkheid²³⁹. Uit de casus blijkt dat de beleidsambtenaren zijn uitgegaan van een gouvernementele opstelling van de veldactoren en zich hebben verkeken op de dynamiek in het veld.

De *inzet* voor de *provinciale overheid als speler* is het ontwikkelen van een samenhangend stelsel van GGZ-voorzieningen voor de regio. De *zetten* van de provinciale overheid bestaan uit het opstellen van ontwerpplannen. De *spelregels* liggen vast in de door de rijksoverheid ontwikkelde wet- en regelgeving, in dit geval de WZV. De provinciale overheid dient zich te houden aan de *WZV-spelregels*, de planningsrichtlijnen in acht te nemen, bouwkundige inventarisaties te laten uitvoeren en moet binnen een bepaalde termijn het huiswerk hebben gemaakt. Simpel gezegd staat de provinciale overheid voor het antwoord op de vraag: "*Welke voorzieningen functioneren er op een bepaald beleidsterrein binnen onze grenzen, hoe verhouden deze zich tot de mogelijkheden, die op basis van de wet- en regelgeving beschikbaar kunnen komen en op welke wijze kunnen de verschillen tussen de 'Soll en Ist-situaties' worden weggewerkt*". De provincie is voorts adviseur van WVC bij het beoordelen van de WZV-aanvragen.

Duidelijk is dat de vraag naar het gewenste voorzieningenniveau in een provincie met een tekort tot een andere beantwoording leidt dan in een provincie waar ten opzichte van de geldende richtlijnen juist sprake is van een surplus. In de uitvoerig behandelde casuïstiek is het WZV-spel door de provincies vooral gespeeld in de *arena* waarin ook de aangrenzende provincies optraden. Met betrekking tot de *spelomgeving* moeten ook de aanbieders van zorg worden genoemd. Wij hebben gezien dat sommige instellingen, gelegen in de ene provincie, sinds jaar en dag een rol hebben vervuld voor delen van de andere provincies. Wanneer dergelijke voorzieningen uitsluitend binnen de eigen provinciegrenzen worden geplanned en er geen sprake is van interprovinciale afstemming, kan uitvoering van de plannen van de provinciale overheid leiden tot aanmerkelijke effecten voor de bestaande instellingen in een andere provincie.

De volgende *speler*, die moet worden genoemd is het College voor Ziekenhuisvoorzieningen. De *inzet* van het College is het ontwikkelen van aanvaardbare planningsrichtlijnen en het vervolgens leveren van een actieve bijdrage aan de besluitvorming, betreffende de vaststelling van de WZV-plannen. De *zetten* bestaan uit het toetsen van de procedures, de mate waarin de geldende *spelregels* in acht zijn genomen. Het College speelt het spel in een min of meer geïsoleerde *arena* (dat geldt trouwens voor andere adviesorganen evenzeer). Er is sprake van een min of meer "technocratische roluitoefening".

De *zorgaanbieders* vervullen in de verschillende spelfasen een wisselende rol. De uiteindelijke *inzet* is het handhaven of verbeteren van de mogelijkheden om een

verantwoorde zorg te bieden. Voorts is het door Maarse en Moen genoemde streven naar groei en autonomie niet zonder betekenis. In de fase van het ontwikkelen van de wet- en regelgeving bestaan de *zetten* uit het beïnvloeden van de maatschappelijke discussie. Via de inschakeling van belangengroeperingen wordt getracht ruimte te creëren voor een beleid dat passende antwoorden geeft op de vragen, die vanuit de maatschappij worden gesteld. In het kader van de WZV-uitvoering kunnen de zorgaanbieders vervolgens in de *arena* met de provinciale besturen een rol spelen, wanneer door de provinciale planvorming op basis van de opstelling van het ene dan wel het andere provinciaal bestuur een aantasting van de positie in een deel van het verzorgingsgebied dreigt te ontstaan⁵. De geldende inspraakprocedures bieden mogelijkheden de provinciale planvorming op onderdelen te beïnvloeden. Zijn de provinciale plannen eenmaal door de staatssecretaris vastgesteld, dan rest als volgende *zet* nog de inschakeling van de Raad van State. Tenslotte zijn, bij de uitvoering van de vastgestelde plannen, initiatieven uit het veld nodig. De overheid kan deze niet zelf nemen, maar is afhankelijk van de mate waarin door bestaande of nieuwe aanbieders van zorg aanvragen worden ingediend, die moeten leiden tot de oprichting van nieuwe zorgmogelijkheden: zonder *zetten* vanuit het veld komen er geen aanvullende voorzieningen tot stand.

De zorgaanbieders zien zich geconfronteerd met verschillende *spelregels*, die directe relatie hebben met de hiervoor genoemde fasen van beleidsvorming/vaststelling. Het maatschappelijk spel met betrekking tot de totstandkoming van de wet- en regelgeving kan meestal alleen via derden worden beïnvloed. De spelregels in het *lobby-circuit* liggen niet onveranderbaar vast, maar er zijn duidelijk grenzen aan de beïnvloedingsmogelijkheden. De volksvertegenwoordiging kan zich onder druk van de omstandigheden laten beïnvloeden, zoals ik duidelijk heb gemaakt bij de bespreking van de gang van zaken betreffende de activiteiten van de Moratoriumgroep. Heeft over de wet- en regelgeving eenmaal besluitvorming plaatsgevonden dan wordt het voor de zorgaanbieders lastiger de uitkomst van het spel te beïnvloeden, aangezien het initiatief dan bij de andere actoren is komen te liggen.

Zorgaanbieders, die zich niet kunnen verenigen met de uitkomsten van het beleids spel, komen in een bijzondere positie te verkeren. Dat is onder meer het geval wanneer tot *juridische zetten* wordt besloten. Het is een bekend gegeven dat de rijksoverheid in het algemeen en de beleidsambtenaren in het bijzonder niet gesteld zijn op dergelijk "juridisch getouwtrek". Niet zelden wordt in dergelijke situaties getracht alsnog een oplossing te vinden, die voor beide spelers bevredigende resultaten oplevert. Daartoe worden *ad-hoc spelregels* gehanteerd, zoals gebleken is bij de bespreking van de initiatieven, die uiteindelijk hebben geleid tot de afgifte van de verklaring van behoefte voor de oprichting van een tweede APZ in Friesland.

De hiervoor genoemde spelers zijn op verschillende momenten in verschillende arena's actief geweest en hebben zich daarbij van het meest in aanmerking komende zettenrepertoire, soms in de vorm van een aantal scenario's, bediend.

⁵ Daaronder versta ik ook een verminderende betekenis in het rasterwerk van Van den Doel, waartegen instellingsdirecties zich, al dan niet op emotionele gronden, plegen te verzetten.

Nadat eenmaal duidelijk was geworden dat de provincies het niet met elkaar eens konden worden, heeft het CvZ getracht alsnog tot overeenstemming te komen. De mogelijkheden daartoe bleken wel degelijk aanwezig. De uitkomst van dat "speldeel" is door de rijksoverheid niet in het zettenrepertoire opgenomen, omdat naar het oordeel van de algemene secretaris van het College de beleidsambtenaren inmiddels hun ambtelijke speelruimte waren gaan gebruiken voor het formuleren van de vaststellingsbesluiten. Toen eenmaal de vaststellingsbesluiten waren gepubliceerd werden met name de aanbieders van zorg actief. In termen van Maarse en Moen hebben de zorgaanbieders in de drie noordelijke provincies bij de uitvoering van het WZV-spel eerst via het *samenwerkingsscenario* de Raad van State-procedure voorbereid, vervolgens hebben zij door het starten van deze procedures het *juridisch* scenario in werking gesteld. Daarna heeft met name Licht en Kracht het *onderhandelingsscenario* gebruikt om een aantal compenserende maatregelen af te dwingen, als tegenprestatie voor het intrekken van de aanvraag voor een verklaring voor de APZ-dependance in zuidoost-Friesland. Vervolgens heeft een groot aantal instellingen, via het indienen van aanvragen in afwijking van de vaststellingsbesluiten, het *gewoon doen-scenario* gehanteerd.

Aan het slot van deze paragraaf wil ik in het kort een beeld schetsen van het spel, zoals dat door de overheid ná de totstandkoming van de vaststellingsbesluiten is gespeeld.

Cox (1992) heeft er op gewezen dat de minister de plannen voor de hoofdgroep psychiatrische ziekenhuizen heeft vastgesteld, in afwijking van de voorstellen van de noordelijke provincies, voorbijgaande aan de adviezen van het College voor Ziekenhuisvoorzieningen om voor bepaalde onderdelen uit de ontwerpplannen een nieuwe aanwijzing te geven. Naar zijn oordeel had eerst het oordeel van de Raad van State moeten worden afgewacht, waarna een definitief standpunt had kunnen worden bepaald. Aansluitend had dan met de uitvoering van de plannen kunnen worden begonnen. Strikt genomen moet er sprake zijn van een volgtijdelijk proces. In de praktijk zijn door WVC echter allerhande besluiten genomen, die al dan niet sporen met de bepalingen van de vaststellingsbesluiten. Dat blijkt aan de hand van de prioriteitenlijsten, die voor de periodes 1984-1986, respectievelijk 1987-1990 en 1991-1995 zijn opgesteld. In plaats van een volgtijdelijk proces worden door Cox twee *parallelle* processen waargenomen. Vooruitlopend op de vaststelling van het beleid wordt met de uitvoering alvast een begin gemaakt²⁴⁰.

Nadere analyse leert volgens Cox dat WVC niet alleen in procedurele zin afwijkt van de normaal te achten (volgtijdelijke) gang van zaken, maar ook in inhoudelijk opzicht op onderdelen de eigen vaststellingsbesluiten veronachtzaamt. Zo wordt ingestemd met een groot aantal bouw aanvragen van Licht en Kracht en andere organisaties en wordt op geen enkele wijze invloed uitgeoefend op de realisering van de plannen voor de eerste planperiode, die tot een zeer aanzienlijke beddenreductie hadden moeten leiden. Het totstandkomen van het APZ in Heerenveen heeft volgens Cox meer dan evenredige aandacht gekregen.

In deel II heb ik al tot uitdrukking gebracht dat WVC, nadat de adviesorganen de voorkeur gaven aan het initiatief van Licht en Kracht, wenste te streven naar een bestuurlijke oplossing. Deze is er uiteindelijk gekomen, door de oprichting van een

nieuwe rechtspersoon, die verantwoordelijk zal zijn voor beheer en exploitatie van het nieuw op te richten APZ. Nadat eenmaal de verklaring van behoefte aan deze nieuwe rechtspersoon werd afgegeven, heeft WVC de verdere uitvoering van deze initiatieven volledig aan de Stichting APZ zuidoost-Friesland (ZOF) overgelaten. Kennelijk is de verwachting geweest dat deze rechtspersoon de voorwaarden, zoals in de verklaring gesteld, zonder veel discussie zou nakomen. De werkelijkheid is echter dat “het ZOF” een eigen koers is gaan varen, waarbij wel wordt gestreefd naar het inbouwen van opnamevervangende strategieën, op basis van de uitkomsten van het substitutieproject Drenthe. Voor het overige lijkt de “verschijningsvorm” van dit APZ, zoals ik in het volgende hoofdstuk nog zal aantonen, de richting op te gaan van MFE-achtige constructies, zeker in de directe omgeving van Drachten. Daarmee komt een oplossing tot stand, die ook door de provincies (in elk geval voor de korte termijn) en de bestaande instellingen, met een bijna ijzeren regelmaat werd bepleit, maar door WVC als te academisch werd afgewezen⁶⁾.

9.3.4 De verklaringen gegeven door de hoofdrolspelers

In deel II van deze studie is al gebleken dat de opvattingen van de provincies Groningen en Drenthe, zoals neergelegd in de ontwerpplannen, geen grote verschillen vertonen. Friesland neemt met haar ontwerpplan een afwijkende positie in, hetgeen vooral tot uitdrukking komt in de voorgestelde langere termijnoplossingen. Dat is op zich niet zo verwonderlijk, omdat de WZV voor de provincies Groningen en Drenthe als een bedreigingsinstrument moet worden beschouwd en voor de provincie Friesland juist als een kansinstrument. De vraag is of de verantwoordelijk gedeputeerden dat ook zo hebben gezien.

Ik start ter beantwoording van die vraag mijn beschouwingen met een bespreking van de standpunten van de (voormalig) gedeputeerde van de provincie Friesland. Deze stelt, terugkijkend op de gang van zaken aan het begin van de jaren tachtig, dat zij zich onmiddellijk na haar aantreden in haar functie heeft verbaasd over het feit dat er op *provinciale* schaal psychiatrische voorzieningen moesten worden gepland. Zij meende dat de activiteiten van de provincies zich zouden moeten richten op het behoud van goed functionerende instellingen en het verbeteren van de kwaliteit van de overige. Voor het oprichten en instandhouden van adequaat functionerende voorzieningen was volgens haar een breder draagvlak dan het provinciale noodzakelijk. Naar haar mening viel bij de start van de planningsdiscussie op het functioneren van PZF, het enige in Friesland gevestigde APZ, wel het één en ander aan te merken, terwijl door haar de kwaliteit van het APZ Licht en Kracht juist hoog werd ingeschat. Haar streven was er daarom mede op gericht de kwaliteit van Licht en Kracht voor Friesland te bewaren en met het oog daarop wendde zij zich tot haar collega-gedeputeerden in de aangrenzende provincies Groningen en Drenthe, met het voorstel op ambtelijk niveau gezamenlijke uitgangspunten te laten formuleren. Naar haar zeggen leidde dat tot de installatie van de NIPO-werkgroep, die tot taak kreeg de, eerder door mij besproken, interprovinciale lange termijn-visie voor de

⁶⁾ WVC lijkt meer geïnteresseerd te zijn geweest in het proces dan in de effecten.

GGZ in de drie noordelijke provincies te ontwikkelen. Het uitgebrachte NIPO-advies was volgens haar een veelbelovend begin en zij meende de verdere afhandeling van de planningsprocedure op de uitkomsten daarvan te kunnen baseren.

Na verloop van tijd bleek haar echter dat de gedeputeerde van Drenthe zijn aanvankelijk positieve opstelling onder druk van Provinciale Staten, dan wel om andere redenen, moest bijstellen. Dat was voor Friesland het signaal een eigen weg te zoeken. Ook in die fase was het haar er echter niet om te doen een tweede APZ voor de provincie Friesland binnen te halen.

De visie van de voormalig *gedeputeerde van Drenthe* wijkt daarvan, ook nu nog, fundamenteel af. Zijn Groningse collega en hij zaten, zoals hij zich stellig herinnert, al snel op hetzelfde spoor. Friesland wenste echter een andere koers te varen en liet al snel blijken voor eigen voorzieningen binnen de provinciegrens te hebben gekozen. Voor de korte termijn mochten de Drentse instellingen nog wel een functie voor Friesland blijven vervullen (vermoedelijk omdat de bestaande Friese instellingen niet in staat werden geacht zelf acceptabele oplossingen te bewerkstelligen). Op langere termijn zou door de Drentse instellingen in Friesland echter geen rol meer vervuld kunnen worden. Al aan het begin van de besprekingen tussen Friesland en Drenthe stelde Friesland zich vechtlustig op. Deze houding werd gemotiveerd vanuit de stelling: "Jullie (Drenthe dus) hebben te veel bedden en daarom is het jullie probleem". Betrokkene maakt, om het gebrek aan samenwerking te illustreren, melding van een bespreking, die in het kader van de, procedureel noodzakelijke, interprovinciale toetsing plaatsvond. Deze heeft niet veel langer dan twee minuten geduurd, omdat de bereidheid tot een open en constructief overleg aan Friese zijde, naar zijn oordeel, volledig ontbrak.

De opvatting van deze gedeputeerde wordt bevestigd door de Provinciale Raad voor de Volksgezondheid en door de huidige en voormalige ambtenaren van de provinciale griffie.

Los van de vraag wie er nu gelijk heeft moet worden vastgesteld dat de inzet/de zetten van de ene actor door de andere actoren (bewust?) anders zijn geïnterpreteerd en kennelijk aanleiding hebben gegeven tot misverstanden en verschillen van opvatting aan het begin van het planningstraject en irritaties tijdens het vervolg van het WZV-spel. De uitkomst is bekend: op onderdelen afwijkende ontwerpplannen, die op het bureau van de staatssecretaris werden gelegd. Overeenkomstig de spelregels schakelde vervolgens de staatssecretaris het College voor Ziekenhuisvoorzieningen in, dat adviseerde de ontwerpplannen niet integraal vast te stellen. Voor die delen uit de plannen die niet aan de te stellen eisen bleken te voldoen zou een nieuwe aanwijzing gegeven moeten worden, om op die manier de provincies in de gelegenheid te stellen het huiswerk over te maken. Dat advies van het CvZ is niet overgenomen. WVC ging over tot de opstelling van de vaststellingsbesluiten en legde de provinciale ontwerpplannen grotendeels naast zich neer.

Het is de overtuiging van de *algemeen secretaris van het CvZ* dat de vaststellingsbesluiten niet op "staatssecretariessniveau" tot stand zijn gekomen, maar dat de besluiten vooral steunen op de beoordeling van de situatie door de beleidsambtenaren van de voormalige directie planning en bouw van het ministerie. De ambtenaren hebben naar het oordeel van het CvZ dus gebruik gemaakt van hun ambtelijke

speelruimte en op die wijze tot uitdrukking gebracht te beschikken over een zekere beslismacht.

Dat had volgens de algemeen secretaris niet moeten gebeuren. Nadat eenmaal de verschillen van opvatting aan de hand van de ontwerpplannen duidelijk waren gebleken, werden door het CvZ, zoals gezegd, op ambtelijk niveau contacten met de provincies gezocht. Op grond van de uitkomsten van het overleg hadden deze verschillen van inzicht volgens de algemeen secretaris van het CvZ eenvoudig overbrugd kunnen worden. WVC heeft echter met de uitkomsten van dat gesprek niets willen doen en er voor gekozen de eigen opvattingen in het vaststellingsbesluit neer te leggen.

De *beleidsambtenaren* van de toenmalige directie planning en bouw van WVC, die naar het oordeel van het CvZ een belangrijke rol in de opstelling van de ontwerpplannen hebben vervuld (en daarbij hun ambtelijke speelruimte hebben gebruikt), verdedigen hun inbreng als volgt. Er moest echt iets gebeuren, want:

- de psychiatrie had een slechte naam;
- de patiënten waren in slechte gebouwen gehuisvest;
- het management van de instellingen was zwak;
- de besturen waren “no-where”.

De opvatting, inhoudende dat juist de instellingen de aard en de omvang van de vernieuwingen in de psychiatrie hebben bepaald, wordt dan ook met kracht bestreden. Het zijn, volgens de betrokken ambtenaren, de opeenvolgende staatssecretarissen geweest, die een einde hebben willen maken aan de bestaande misstanden, omdat het management daartoe zelf niet in staat was. Naar hun oordeel zijn deze managers veel te lang achterover blijven leunen en hebben zij op geen enkele wijze een bijdrage aan de noodzakelijke vernieuwingen willen leveren. Volgens de betrokken WVC-ambtenaren was deze kritiek ook van toepassing op het management van Licht en Kracht, omdat door de directie tot ver in de jaren tachtig werd gestreefd naar het behoud van zoveel mogelijk klinische plaatsen op de hoofdlocatie van de instelling. Die houding heeft de oprichting van nieuwe voorzieningen in zuidoost-Friesland jarenlang geblokkeerd. Deze ambtelijke visie komt ook tot uitdrukking in een handgeschreven notitie van één van de beleidsambtenaren, die ik kort na het gevoerde “verificatiegesprek” mocht ontvangen.

Het besluit om geen nadere aanwijzingen te verstrekken werd genomen om verdere vertragingen te voorkomen. Voorts was een voortvarende afhandeling noodzakelijk geworden, omdat vanuit Friesland op een standpuntbepaling werd aangedrongen. Het uitblijven daarvan zou hebben geleid tot het starten van een juridische procedure en dat had volgens WVC de uitgangspunten opnieuw ter discussie kunnen stellen.

In het kort komt de visie van de ambtenaren van de voormalige directie planning en bouw van WVC er op neer, dat:

- de instellingen de noodzakelijke veranderingen, ondanks het progressieve beleid van WVC, niet konden doorvoeren;
- de provincies op cruciale onderdelen te veel van mening verschilden;

- het geven van nieuwe aanwijzingen tot nieuwe vertragingen aanleiding zou hebben gegeven;
- de staatssecretaris (lees: – althans naar het oordeel van het College voor Ziekenhuisvoorzieningen – de beleidsambtenaar) daarom wel de knoop moest doorhakken.

Het besluit een tweede APZ in Friesland tot stand te (laten) brengen en af te wijken van de MFE-constructie vormt het belangrijkste verschil ten opzichte van de provinciale ontwerpplannen. WVC heeft de voorkeur gegeven aan de oprichting van dat tweede APZ, omdat de oplossing, die tot de komst van een aantal MFE-en had moeten leiden, te academisch werd geacht⁷. Hoe het ook zij, nadat de provincies het – na een veelbelovende start – niet eens konden worden, het advies van het College voor Ziekenhuisvoorzieningen tot het geven van een nieuwe aanwijzing niet werd overgenomen (ondanks de afgegeven signalen dat het mogelijk werd geacht alsnog overeenstemming te bereiken) werden de beleidsambtenaren van WVC actief en kwamen de vaststellingsbesluiten tot stand. Het doel was richting te geven aan de noodzakelijke vernieuwing in de psychiatrie in het noorden des lands. De inbreng van de zorgaanbieders, de provincies en het College werd op die manier tot minimale proporties teruggebracht. De argumentatie daarvoor blijkt uit het eerder geciteerd ambtsbericht van WVC (1989): “*de minister heeft het laatste woord*”.

Een nadere analyse van de gang van zaken is mij mondeling door de voormalig *hoofddirecteur volksgezondheid* van het ministerie van WVC met betrekking tot de opstelling van de diverse actoren gegeven. Hij begint zijn verklaring met de opmerking dat veel zaken op ambtelijk niveau kunnen worden afgehandeld. Daarmee lijkt hij de stelling van de algemeen secretaris van het CvZ te bevestigen en voorts toe te geven dat er in dergelijke situaties daadwerkelijk sprake is van *ambtelijke speelruimte*. Voorts brengt hij tot uitdrukking dat er ten aanzien van de volksgezondheid lange tijd sprake is geweest van een geringe politieke importantie, ondanks het feit dat – zoals ik hiervoor heb opgemerkt – een aanzienlijk percentage van het BNP aan gezondheidszorgvoorzieningen wordt besteed. In de gezondheidszorg is daarom sprake van relatief weinig “echte politieke momenten”. Dat is eigenlijk alleen het geval bij de bouw van grote ziekenhuizen en dergelijke. Voor regionale politici kan het daarom van belang zijn dergelijke prestigieuze bouwprojecten binnen te halen, omdat dat het aanzien van betrokkene kan verhogen. Daarvoor is een bepaalde vorm van politieke activiteit nodig en dat is zonder twijfel ook bij de discussie betreffende de totstandkoming van het tweede APZ in Friesland aan de orde geweest.

Op enig moment was de komst van dat tweede APZ “gewoon een politieke realiteit” (zonder dat ik overigens heb kunnen vaststellen wanneer en waarom dat het geval

⁷ De vraag of er daarmee sprake is van vernieuwend beleid zal ik niet trachten te beantwoorden. Ik volsta met de constatering dat al tijdens het werkbezoek, dat door planning en bouw op 17 juni 1985 aan de drie noordelijke provincies werd gebracht, met klem een tweede APZ werd bepleit. Zo'n vooringenomen standpunt is des te meer opvallend, omdat juist in de Nota Geestelijke Volksgezondheid, die in het jaar daarvoor aan de Tweede Kamer werd aangeboden, een pleidooi voor de oprichting van MFE-en, bij voorkeur op basis van initiatieven van de APZ-en, werd gehouden.

was). Deze politieke realiteit sloot bovendien goed aan op de ambtelijke realiteit. Planning en bouw had immers al veel eerder de oprichting van dat tweede APZ bepleit. De beleidsambtenaren gaven al aan het begin van het planningsproces de voorkeur aan deze oplossing en wezen de voorstellen, die zouden hebben geleid tot de oprichting van een aantal MFE-en, af. Het is naar het oordeel van de voormalig hoofddirecteur een bekend gegeven dat de ambtelijke realiteit dichter bij de politieke realiteit ligt dan bij de opvattingen uit het veld.

Tot slot nog een enkele opmerking aangaande de opstelling van de *zorgaanbieders*. Zoals gebleken is, betekende het planningsproces een aanslag op het streven naar autonomie en groei van de desbetreffende instellingen. Zonder overdrijving kan worden gezegd dat de WZV daarom door vrijwel alle bestaande instellingen als een bedreigingsinstrument is ervaren. De bestaande instellingen hebben dan ook naar “vluchtwegen” gezocht en naar mogelijkheden om te ontsnappen aan de WZV-dictatuur.

9.3.5 *Het besluitvormingsproces*

Uit de benadering van De Gooijer is in deel I gebleken dat met betrekking tot de wijze waarop de samenleving van goederen en diensten wordt voorzien altijd gaat om de vraag wie de beslissingen nemen en hoe dat gebeurt. Er is dienaangaande, zoals ook al in deel II van deze studie bleek en door Baakman met betrekking tot de bouw van de algemene ziekenhuizen werd vastgesteld, sprake van een *groot aantal deelbeslissingen* door de diverse betrokken actoren. Nadat eerst de *provincies* besloten een eigen koers te varen, besloot WVC in afwijking van de adviezen van het CvZ de plannen, door het nemen van een aantal besluiten, vast te stellen. De *instellingen* besloten vervolgens op grote schaal in beroep te gaan. Vervolgens besloot *Licht en Kracht* over te gaan tot het indienen van een aanvraag voor een dependance, daarin enige tijd later gevolgd door het PZF. WVC besloot de voorkeur te geven aan een bestuurlijke oplossing en zocht naar wegen die zouden moeten leiden tot het intrekken van het Licht en Kracht-initiatief. Door de bereidheid van WVC een aantal compenserende afspraken te maken, toonde *Licht en Kracht* zich bereid tot het terugnemen van de aanvraag. Mede omdat de *Raad van State*, om onduidelijke redenen, een aantal jaren afzag van een behandeling van de ingediende beroepschriften, besloot WVC een begin te maken met de uitvoering van een beleid dat strikt genomen nog niet was vastgesteld. De *instellingen* besloten het spel mee te spelen, omdat tijdens de uitvoeringsfase duidelijk werd dat de rijksoverheid zich niet meer richtte op het bereiken van de doelstellingen, die in de vaststellingsbesluiten waren geformuleerd.

9.3.6 *Relatie tussen het conceptueel kader, de opstelling van de hoofdrolspelers en het spelverloop*

In het eerste deel van deze studie heb ik een conceptueel kader ontwikkeld. Daartoe heb ik de elementen economische orde, beleidsinstrumenten, dialoog in niveaus, relatieve macht en dynamiek besproken en vastgesteld dat dit kader ook voor de

gezondheidszorg kan worden gehanteerd. In deze paragraaf wil ik komen tot een synthese tussen de opstelling van de actoren, de uitkomsten van het WZV-spel en genoemd conceptueel kader.

Ik heb al diverse keren opgemerkt dat het de taak van de overheid is binnen onze *economische orde* de samenleving van goederen en diensten te voorzien en op grond van de grondwettelijke inspanningsverplichting maatregelen te treffen ter bevordering van de volksgezondheid. In de jaren na de Tweede Wereldoorlog was het bouwen van gezondheidszorgvoorzieningen alleen mogelijk met inachtneming van de bepalingen van de Wederopbouwwet. De verbeterde toegankelijkheid tot de zorg, mogelijk geworden door de *economische groei*, in combinatie met de *professionele ontwikkelingen*, leidden tot een toenemend gebruik van gezondheidszorgvoorzieningen en noopten tot een uitbreiding van het aanbod. De bouw van nieuwe instellingen van gezondheidszorg en de daarmee verband houdende kosten trokken de aandacht van de overheid en in het begin van de jaren zeventig nam de roep om een beheers-*instrumentarium* toe. In de Structuurnota werd de noodzaak tot het plannen van gezondheidszorgvoorzieningen benadrukt en met de in 1979 (in gewijzigde vorm) in werking getreden WZV kreeg de overheid, als uitkomst van de dialoog op het formele niveau, een wettelijk *instrument* in handen om de doelstellingen (waaronder een doelmatige en goed gespreide GGZ, onder gelijktijdige beheersing van de kosten) te bereiken. (Met behulp van de WZV dienen voor de verschillende sectoren van de gezondheidszorg provinciale ontwerpplannen te worden opgesteld. Om de opstelling van deze plannen mogelijk te maken, is een richtlijnenstelsel ontwikkeld dat de planopstellers *voorschrijft* op welke wijze de administratieve behoefte aan voorzieningen bepaald moet worden).

De drie noordelijke provincies namen, na ontvangst van de zogeheten aanwijzing, in het begin van de jaren tachtig de ontwikkeling van ontwerpplannen, betrekking hebbend op de categorie psychiatrische ziekenhuizen, ter hand.

Al tijdens de opstelling van deze plannen bleek dat de *zorgaanbieders* zich niet konden verenigen met een aantal beleidsuitgangspunten en verschillende instrumentele aspecten. Ook de *provincies* bleken over een aantal aspecten verschillend te denken; met name over de rol van de Drentse APZ-en voor Friesland voor de langere termijn bestonden principiële verschillen van inzicht. Dat gaf aanleiding tot een groot aantal interacties en dus tot een "bovenprovinciale *dynamiek*".

Het planningsproces leidde daarom niet tot de noodzakelijke interprovinciale afstemming en dat betekende dat de ontwerpplannen door de staatssecretaris niet ongewijzigd konden worden vastgesteld. In verband daarmee adviseerde het CvZ *formeel* over te gaan tot gedeeltelijke vaststelling. Voor de "minder goed geslaagde planonderdelen" zou een nieuwe aanwijzing moeten worden gegeven. Het College koos voor die benadering omdat in het *informele circuit* duidelijk was geworden dat het bereiken van overeenstemming uiteindelijk toch tot de mogelijkheden zou behoren. De staatssecretaris week echter van zowel de ontwerpplannen als de adviezen van het CvZ af en besloot tot publikatie van de vaststellingsbesluiten voor de sector geestelijke gezondheidszorg voor de drie noordelijke provincies. De *zorgaanbieders* uitten vrijwel onmiddellijk na de publikatie daarvan forse kritiek. Deze bleek onder meer betrekking te hebben op de noodzaak APZ-patiënten over te plaatsen naar

beschermende woonvormen, op de mate waarin klinische capaciteit zou moeten worden opgeofferd ten behoeve van de komst van deeltijdplaatsen, op het tempo waarin de veranderingen zouden moeten worden doorgevoerd, op de rol van de algemene ziekenhuizen (in het bijzonder van de PAAZ-en) bij de komst van MFE-en, etcetera. De Drentse APZ-en maakten, daarin gesteund door de provincie Drenthe en de ziektekostenverzekeraar DNO, voorts bezwaar tegen de komst van een zelfstandig nieuw APZ in zuidoost-Friesland. De oprichting van een aantal MFE-en (als produkt van *de professionele ontwikkelingen* binnen de GGZ) zou in hun visie evengoed een bijdrage aan de door het rijk bepleite herspreiding van APZ-voorzieningen kunnen leveren. Impliciet werd ook op de planningsrichtlijnen, die door de provincies gelet op de geldende spelregels wel gebruikt moesten worden, kritiek geleverd. Er werd een groot aantal Raad van State-procedures gestart, waarmee de zorgaanbieders te kennen gaven zich niet naar de slachtbank te willen laten voeren en te streven naar *countervailing power*.

De staatssecretaris raakte van de *dynamiek* in het veld niet onder de indruk en motiveerde zijn opstelling in het zogeheten ambtsbericht onder meer met de uitspraak dat de minister gewoon het laatste woord heeft. De rijksoverheid koos met gebruikmaking van het wettelijk *instrument* voor een *machtsspel*. Intussen besloten de APZ Licht en Kracht en het PZF tot het indienen van een aanvraag voor een verklaring voor de oprichting van een "APZ-dependance" in zuidoost-Friesland. Enerzijds gebeurde dat om de dreigende afkalving van voorzieningen op de bestaande lokaties te compenseren, anderzijds om in een *onderhandelingspositie* met de overheid te komen. De overheid vroeg advies aan de daartoe, in het kader van de WZV, functionerende organen. Daarmee werd de *formele* weg bewandeld. Nadat het merendeel van de adviesorganen de voorkeur bleek te geven aan het initiatief van Licht en Kracht, achtte de overheid het, al dan niet op grond van contacten in het *informele circuit* (in afwijking van de gebruikelijke gang van zaken) wenselijk een *institutionele dialoog* te starten, er vanuit gaande dat op die wijze alsnog zaken met de instellingen gedaan zouden kunnen worden. Deze raakten echter door de argumenten van de overheid niet overtuigd, probeerden in het *informele circuit* alsnog de schade te beperken en drongen ook in tweede instantie aan op de realisering van een aantal MFE-en. De overheid besloot echter daaraan niet toe te geven en voerde vanuit haar vermeende *machtspositie* de druk op de betrokken instellingen op.

De ingediende aanvragen voor een verklaring ten behoeve van een APZ-dependance bleken een *wapen* in handen van het bedreigde APZ Licht en Kracht te zijn en op basis daarvan werden in het "*semi-formele circuit*", dat wil zeggen naast de formele benadering waarvoor werd gekozen door het indienen van de genoemde beroepschriften, onderhandelingen gestart. Dat leidde, ondanks de verslechterende *financieel-economische omstandigheden*, tot de bereidheid van de overheid een aantal compenserende toezeggingen te doen. De opbouw van nieuwe capaciteit en de reductie van bestaande werden ontkoppeld en er werden afspraken gemaakt over de vervanging van bestaande faciliteiten. Omdat daarmee de ergste *dreiging* werd weggenomen, toonde Licht en Kracht zich bereid het *pressiemiddel* "aanvraag zuidoost-Friesland" in te trekken. Intussen ging de overheid ook elders in de noordelijke provincies over tot het afgeven van verklaringen voor nieuwbouwprojecten, soms in

afwijking van het *formele* beleid. De overheid bleek voorts *niet bij machte* een daling van de exploitatiekosten, die in de ontwerpplannen mogelijk werd geoordeeld, af te dwingen. Kortom de *hindermacht* van de zorgaanbieders bleek door zorgvuldig te opereren in het formele en het informele circuit effectief.

9.4 Samenvatting en conclusies ten aanzien van hoofdstuk 9

Samengevat kan, met betrekking tot de proceskant, worden *geconcludeerd* dat de verschillende actoren bij de opstelling van de ontwerpplannen en de vaststelling daarvan allen vanuit verschillende invalshoeken hun eigen inzet hebben bepaald, de zetten zonder veel overleg met de overige actoren hebben uitgevoerd en zich in de diverse arena's hebben begeven ter bereiking van "eigen doelstellingen". Toen het spel min of meer gespeeld was, dat wil zeggen na de vaststelling van de ontwerpplannen door de staatssecretaris, sloten de instellingen de rijen en kozen voor een samenspel.

Ook wanneer deze actoren nu, dus jaren na afloop van het spel, een oordeel over hun eigen bijdrage geven, komen zij tot de conclusie dat zij het spel goed hebben gespeeld en dat zij in de meeste gevallen een betere kijk op de werkelijkheid hadden dan anderen. Een van de actoren, de rijksoverheid, start vervolgens, gegeven de tussenstand van het WZV-spel, met de uitvoering van een beleid dat nog niet definitief is vastgesteld en wijkt daarbij op onderdelen af van de eigen beleidsopties. Al dan niet onder druk van de verwachte veranderingen van de wet- en regelgeving, laat de overheid een aantal zaken voor wat die zijn. Dat geldt niet voor de komst van het APZ in Heerenveen, waarvan al in een vroegtijdig stadium op ambtelijk niveau de noodzaak werd bepleit. Wanneer de verklaring van behoefte voor dit APZ eenmaal is afgegeven laat de rijksoverheid echter de uitvoering over aan het krachtenspel in de regio.

10 Beleidseffecten

10.1 Inleiding

In het voorgaande heb ik duidelijk gemaakt dat de vaststellingsbesluiten aanleiding hebben gegeven tot het starten van een groot aantal Raad van State-procedures. Op het moment van afsluiting van deze studie, dat wil zeggen bijna zes jaar na publicatie, zijn de beroepsschriften door de Raad van State wel in behandeling genomen, maar zijn er nog geen uitspraken gedaan. Dat hoeft echter niet te betekenen dat er sedert het publiceren van de vaststellingsbesluiten niets is veranderd.

In het vorige hoofdstuk wees ik er al op dat er sprake is van twee parallelle processen: enerzijds de *vaststelling* van het beleid en anderzijds de *uitvoering* daarvan. In dit hoofdstuk zal ik inzicht geven in de stand van zaken, zoals die ultimo 1992 met betrekking tot de categoriale psychiatrische ziekenhuizen en de APZ-en bestond. Ik kom daarmee toe aan het derde element van de door Bressers en Hoogerwerf gegeven definitie met betrekking tot de beleidsevaluatie: de *effecten* van het beleid.

Om deze effecten in kaart te brengen heb ik gebruik gemaakt van gegevens, die ik bij deze instellingen specifiek met het oog daarop heb verzameld. Voor deze verzameling heb ik vooraf een vragenlijst aan de instellingen gezonden, terwijl ik voorts mijn indrukken van de gevoerde gesprekken heb vastgelegd. De gekozen werkwijze maakt het mogelijk de verwachtingen uit de vaststellingsbesluiten (al dan niet gebaseerd op de ontwerpplannen van de provincies) te vergelijken met de werkelijkheid, zoals die uiteindelijk tot stand is gekomen, dan wel binnen afzienbare tijd zal komen²⁴¹.

In paragraaf 10.2 schets ik eerst de *kwantitatieve* effecten door in te gaan op de stand van zaken aangaande de erkende capaciteiten van de instellingen in de drie noordelijke provincies en het aantal werkelijk bezette bedden/plaatsen. Ook de poliklinische activiteiten zal ik aanstippen. Voorts wijd ik een aantal opmerkingen aan de betekenis van de vaststellingsbesluiten voor het al of niet doorvoeren van nieuwbouwplannen, die door de desbetreffende ziekenhuizen werden opgesteld. Tenslotte geef ik de ontwikkeling van de exploitatiekosten weer.

In 10.3 bespreek ik een aantal *specifieke ontwikkelingen*. Ik ga in dat verband in op de vraag of een "bed nog een bed is" en besteed voorts enige aandacht aan een aantal samenwerkingsaspecten, waarvan de contouren bij afsluiting van deze studie duidelijk begonnen te worden. Ik doe dat om duidelijk te maken dat de kwantitatieve analyses correctie behoeven in verband met de beschreven ontwikkelingen.

In 10.4 zal ik de *kwalitatieve* effecten vergelijken met de beoogde uitkomsten van de

vaststellingsbesluiten. Ik bedoel daarmee niet de kwaliteit van de geleverde zorg, maar de wijze waarop door het veld invulling wordt gegeven aan de spreiding van de voorzieningen en aan de mate waarin instellingen bereid zijn geweest mee te werken aan het herschikken van capaciteiten, bijvoorbeeld door het verminderen van APZ-bedden ten behoeve van de deeltijdplaatsen in algemene ziekenhuizen. In 10.5 tenslotte breng ik een aantal (mogelijk onbedoelde) *neveneffecten* in kaart. Het gaat dan vooral om de kostenontwikkelingen, de gevolgen van een verminderend draagvlak voor de bestaande instellingen en de activiteiten, die door die instellingen worden ontwikkeld om deze neveneffecten te ontlopen dan wel te compenseren.

10.2 Kwantitatieve effecten

10.2.1 Ontwikkeling erkende capaciteiten en bezettingsgraad

In de vaststellingsbesluiten wordt tot uitdrukking gebracht dat het aantal APZ-bedden in de provincies Groningen en Drenthe al tijdens de eerste planperiode drastisch moet worden verminderd. Tegelijkertijd moet het aantal deeltijdplaatsen en het aantal plaatsen in beschermende woonvormen juist worden uitgebreid. In Friesland daarentegen moet het aantal APZ-bedden toenemen om de achterstand, die door de daling in de aangrenzende provincies ontstaat, weg te werken.

Eind 1987 bedroeg het aantal *erkende bedden* in de provincies Groningen, Friesland en Drenthe in totaal 2.518. Ultimo 1992 was dit aantal gedaald tot 2.502.

Dat impliceert een teruggang met 0,6%. Het aantal *bezette bedden* bleef in dezelfde periode echter constant (2.364 in 1987 en 2.363 in 1992). Het bezettingspercentage nam derhalve toe, en wel met 0,5%.

Het aantal *erkende deeltijdplaatsen* lag eind 1987 op 144 en was ultimo 1992 toegenomen tot 184, een stijging dus met 27,7%. Het *feitelijk gebruik* van deze voorzieningen is echter aanzienlijk sterker gestegen, omdat instellingen in een aantal gevallen productie-afspraken boven de 100% wisten te maken.

Ook de *poliklinische productie* vertoont in de periode 1987-1992 een spectaculaire stijging. In 1987 was er sprake van 54.226 poliklinische contacten en in 1992 van 77.250. Bij het beoordelen van dit laatste aantal moet in aanmerking worden genomen dat tot en met het jaar 1991 Licht en Kracht-medewerkers de polikliniektaken in de PAAZ van het ziekenhuis Nij Smellinghe in Drachten uitoefenden. De polikliniekproductie van dit ziekenhuis vormde tot 1-1-1992 dan ook een onderdeel van de Licht en Kracht-productie. Sedert genoemde datum beperken de poliklinische activiteiten van Licht en Kracht zich tot de stad Assen. Voor een goed beeld van de totale poliklinische productie over 1992 moeten dus ook de contacten van Nij Smellinghe in het overzicht worden verwerkt. De (gecorrigeerde) poliklinische productie komt aldus uit op 82.500. De stijging ten opzichte van 1987 bedraagt derhalve 52,1%.

Voor de *categoriale* instellingen is het beeld vergelijkbaar; een stabiel aantal bedden in de kinder- en jeugdpsychiatrie en in de verslavingszorg en een polikliniekproductie, die in 1992 bijna op het dubbele van die uit 1987 lag.

Vastgesteld kan dus worden dat 5,5 jaar na de publikatie van de vaststellingsbe-

sluiten het aantal erkende bedden nauwelijks en het aantal bezette helemaal niet is gewijzigd. Het aantal erkende deeltijdplaatsen is wel beduidend gestegen en ten aanzien van het gebruik van deze voorzieningen kan zelfs van een spectaculaire groei worden gesproken. Datzelfde kan worden gesteld met betrekking tot de poliklinische activiteiten van de APZ-en.

Anders gezegd: *De APZ-en zijn meer ambulante en semimuraal gaan werken, zonder dat dat heeft geleid tot een vermindering van de klinische inspanningen.* Mutatis mutandis kan ten aanzien van de categoriale voorzieningen dezelfde ontwikkeling worden vastgesteld. De gestegen zorgvraag is daarmee vooral in het semimurale en ambulante circuit opgevangen.

10.2.2 Gerealiseerde en op stapel staande bouwprogramma's

Toen de vaststellingsbesluiten in 1987 werden gepubliceerd, werd door het management van de instellingen in de drie noordelijke provincies – in afwachting van meer duidelijkheid – gevreesd dat (op basis van een uitspraak van de Raad van State) geen nieuwe verklaringen en/of vergunningen voor bouwwerkzaamheden zouden worden afgegeven. De ingediende beroepsschriften zouden wel eens in meerdere opzichten een opschortende werking kunnen hebben, zo werd verondersteld.

In deel II heb ik al tot uitdrukking gebracht dat Licht en Kracht met WVC een aantal afspraken heeft gemaakt, dat heeft geleid tot het intrekken van de aanvraag voor een APZ-dependance in zuidoost-Friesland. Sedertdien is op grond van de gemaakte afspraken door WVC een relatief groot aantal *verklaringen van behoefte* aan deze instelling afgegeven. Dat was voor beide actoren van belang, omdat daardoor een belangrijke blokkade in het realiseren van het door het ministerie zozeer gewenste tweede APZ in Friesland werd weggenomen, terwijl Licht en Kracht aldus in de gelegenheid werd gesteld een aantal verouderde gebouwen alsnog te vervangen.

Alleen al voor het APZ-gedeelte (dus los van de bouwwerkzaamheden van het verpleeghuis de Vierackers) ontving Licht en Kracht verklaringen voor de volgende nieuw- en verbouwwerkzaamheden:

- Inmiddels gerealiseerd:
 - bouw dienstencentrum (keuken, magazijn en restaurant);
 - vervanging bestaand paviljoen door huurwoningen op het terrein;
 - bouw Forensisch Psychiatrische Kliniek op de hoofdlocatie;
- In aanbouw per ultimo 1993:
 - bouw van een multi-functioneel gebouw voor de huisvesting polikliniek Licht en Kracht, de Ruyterstee en de Riagg Drenthe;
- In voorbereiding per ultimo 1993:
 - bouw therapiegebouw ter vervanging semi-permanente voorzieningen;
 - bouw van een “MFE-deel” te Emmen, samen met het Scheperziekenhuis te Emmen, de Riagg Drenthe en het APZ Beileroord;
 - renovatie bestaand paviljoen.

De kosten van dit bouwprogramma bedragen ruim f 75.000.000,-⁽¹⁾.

Elders in de noordelijke provincies is er geen aanleiding tot het sluiten van een dergelijke deal geweest. Toch leek het mij interessant globaal na te gaan in welke mate de plannen van de directies van de APZ-en en CPZ-en om over te gaan tot verbetering van de outillage, in negatieve zin door de vaststellingsbesluiten zijn beïnvloed. Op grond van de verstrekte informatie ben ik tot de conclusie gekomen dat ook elders in de regio wel degelijk verklaringen voor omvangrijke bouwwerkzaamheden zijn afgegeven, dan wel binnen afzienbare tijd kunnen worden verwacht. Ik heb mij bij de grove raming van de investeringskosten beperkt tot de "normale WZV-aanvragen". Ik heb dus geen rekening gehouden met de veranderingen, die met gebruikmaking van de zogeheten Verkorte Procedure zijn/worden doorgevoerd. Voor de goede orde wijs ik er op dat de hierna te noemen bouwwerkzaamheden voor een deel al zijn uitgevoerd, dat voor een ander deel verklaringen van behoefte zijn afgegeven, terwijl tenslotte voor een gedeelte een schatting is gemaakt van de haalbaarheid van de overige plannen en de financiële gevolgen daarvan.

Zo heeft Drennoord op de hoofdlocatie inmiddels een aantal ingrijpende bouwkundige verbeteringen doorgevoerd en andere aanpassingen voorbereid. Voorts werd in principe overeenstemming bereikt over het overplaatsen (van Zuidlaren naar Groningen) van een aanzienlijk groter aantal bedden dan aanvankelijk overeengekomen was. De voorbereidingen zijn op het moment van afronding van deze studie nog niet voltooid, maar op grond van de huidige inzichten mag worden verondersteld dat de kosten van de verbeteringen en de verplaatsing van een gedeelte van de capaciteit "tenminste enige tientallen miljoenen gulden" zullen bedragen⁽²⁾.

Groot Bronswijk heeft gekozen voor een omvangrijk deconcentratieproces. In de grotere centra van het verzorgingsgebied, zijnde Winschoten, Stadskanaal en Delfzijl, zullen nieuwe voorzieningen tot stand worden gebracht, onder gelijktijdige reductie van het aantal bedden/plaatsen op de huidige hoofdlocatie. De daarmee gepaard gaande investeringskosten zullen de komende jaren een bedrag van f 15.000.000,- tot f 20.000.000,- belopen.

Het PZF heeft inmiddels een begin gemaakt met het verbeteren van de outillage, verdeeld over de beide lokaties in Franeker. Het masterplan voorziet tevens in het totstandbrengen van voorzieningen in Leeuwarden en Sneek. De kosten voor de inmiddels gerealiseerde aanpassingen bedragen circa f 10.000.000,-. Bij uitvoering van de plannen, zoals deze zijn vastgelegd in het masterplan, moet voor de middellange termijn nog eens rekening worden gehouden met een investeringsprogramma in de orde van grootte van f 15.000.000,- tot f 20.000.000,-.

Beileroord is, evenals Licht en Kracht, betrokken bij de voorbereidingen voor de MFE te Emmen en heeft voorts plannen in een vergevorderd stadium voor de bouw

¹ In het eerder behandelde ambtsbericht van WVC wordt – overigens naar mijn mening ten onrechte – gesteld dat er van kapitaalvernietiging bij een aanzienlijke vermindering van het aantal erkende Licht en Kracht-bedden geen sprake is. Volgens WVC valt een deel van de outillage van Licht en Kracht als verouderd aan te merken en blijft de kapitaalvernietiging binnen aanvaardbare grenzen.

Dit argument kan zeker na voltooiing van de bouwwerkzaamheden niet staande worden gehouden.

² Bij de raming van de investeringskosten is er rekening mee gehouden dat de verklaring van behoefte voor het verplaatsen van 70 bedden naar de stad Groningen inmiddels is afgegeven.

van een geronto-psychiatrische afdeling in Beilen. Voorts zal binnen afzienbare tijd een begin worden gemaakt met het renoveren van de keuken van dit APZ³. Rekening houdend met de recent doorgevoerde bouwkundige veranderingen komen de totale investeringskosten voor dit APZ voor de door mij in aanmerking genomen termijn uit op f 15.000.000,-. Al met al is/wordt voor een totaalbedrag van (ruim genomen) f 145.000.000,- tot f 165.000.000,- in de verbetering van de noordelijke APZ-en geïnvesteerd⁴.

De bouwwerkzaamheden, uitgevoerd binnen de CPZ-en steken daarbij in absolute zin, in verband met het beperkte aantal bedden, nogal bescheiden af. In 't Ruige Veld is een aantal substantiële veranderingen tot stand gekomen, in de verslavingskliniek Nieuw Hoog Hullen is voornamelijk gebruik gemaakt van de mogelijkheden van de Verkorte Procedure en de plannen van De Ruyterstee hebben vooral betrekking op de bouw van de polikliniek in het door Licht en Kracht te realiseren "Poli/Riagg-gebouw". De (benaderde) investeringskosten voor deze instellingen bedragen circa f 5.000.000,-

10.2.3 Ontwikkeling exploitatiekosten

Ik roep in herinnering dat volgens de opstellers van de ontwerpplannen voor de provincies Groningen en Drenthe, de exploitatiekosten van de APZ-en *zeer aanzienlijk zouden kunnen dalen*.

In het Gronings ontwerpplan wordt, zoals ik heb laten zien, tot 1990 uitgegaan van een vermindering van de exploitatiekosten met 25%, die tot het jaar 2000 oploopt tot maar liefst 43%. Drenthe zou door vermindering van de exploitatiekosten volgens het ontwerpplan kunnen voldoen aan de financiële randvoorwaarden, zoals die door WVC in de aanwijzing zijn genoemd en Friesland zou de financiële "groeimogelijkheden", verband houdend met de bestaande capaciteitstekorten, niet nodig hebben. Er is dus sprake van een groot optimisme ten aanzien van de ontwikkeling van de exploitatiekosten. Het is interessant kennis te nemen van de werkelijke groei van de exploitatiekosten in de jaren liggend tussen de vaststellingsbesluiten en de afsluiting van deze studie. Voordat ik deze op een rij zet, herhaal ik nog eens dat het in de periode 1987-1992 niet is gelukt de capaciteiten van de klinisch psychiatrische voorzieningen terug te dringen. Het ligt dan ook alleen al op grond daarvan voor de hand te veronderstellen dat de exploitatiekosten op zijn minst (in guldens van 1987 uitgedrukt) gelijk zijn gebleven. Uit een volgende overzicht kan worden afgeleid dat er sprake is van een (beperkte) groei⁵.

³ Denkbaar is dat met het oog op de realisering hiervan gebruik zal worden gemaakt van de mogelijkheden van de Verkorte Procedure.

⁴ Exclusief de FPK van Licht en Kracht resteert altijd nog een investeringsbedrag van f 105.000.000,- tot f 125.000.000,-, ofwel gemiddeld van circa f 41.000,- tot f 53.000,- per bed.

⁵ Bij de beoordeling van het cijfermateriaal moet er rekening mee worden gehouden dat in de exploitatiekosten de rente- en afschrijvingskosten begrepen zijn. De totstandkoming van nieuwe voorzieningen heeft vanzelfsprekend aanleiding gegeven tot een stijging van de kosten.

Schema 6: Ontwikkeling exploitatiekosten

Jaarlijkse exploitatiekosten (x f 1.000)			
	1987:	1992:	toename in procenten
Dennenoord	f 48.945	f 61.948	26,6%
Groot Bronswijk	- 33.376	- 37.448	12,2%
PZF	- 42.444	- 54.175	27,6%
Licht en Kracht	- 49.409	- 58.503	18,4%
Beileroord	- 28.645	- 37.000	29,2%
Nieuw Hoog Hullen	- 8.333	- 10.906	30,9%
De Ruyterstee	- 11.077	- 13.678	23,4%
't Ruige Veld	- 5.670	- 8.028	41,6%
Totaal APZ-en en CPZ-en	f 227.718	f 281.689	23,7%

Zoals uit bovenstaand schema kan worden afgeleid bedraagt de *stijging* van de exploitatiekosten van de geëquëteerde instellingen over de periode 1987-1992 23,7%. In de dezelfde periode is het BNP met circa 28% gestegen, waarvan circa 14% ten gevolge van de volumegroei. De totale kostenontwikkeling en de volumegroei van de noordelijke APZ-en en CPZ-en zijn dus maar in geringe mate achtergebleven bij de groei van het BNP. Van een spectaculaire *daling* van de kosten, zoals verwacht bij de opstelling van tenminste twee van de ontwerpplannen is echter niets terecht gekomen.

Samengevat kan met betrekking tot de kwantitatieve effecten van het overheidsbeleid worden geconcludeerd dat de klinische capaciteiten van de instellingen niet zijn verminderd en dat de semi-murale voorzieningen in omvang zijn toegenomen. Voorts is er voor aanzienlijke bedragen geïnvesteerd in nieuwbouwprojecten. Dat zal naar verwachting ook de komende jaren het geval zijn. Tenslotte kan worden vastgesteld dat de exploitatiekosten zijn gestegen, terwijl juist rekening was gehouden met een aanzienlijke teruggang daarvan. In kwantitatieve zin sporen de uitkomsten van het overheidsbeleid met betrekking tot de klinisch psychiatrische voorzieningen dan ook niet bepaald met de *overspannen verwachtingen*, die in de aanwijzingen en de ontwerpplannen werden neergelegd.

10.3 Specifieke ontwikkelingen

Bij de beoordeling van de onder 10.2 genoemde kwantitatieve aspecten, moet er rekening mee worden gehouden dat de kwantitatieve uitkomsten kunnen worden verduidelijkt. Ik meen dat een zekere correctie van dat beeld op zijn plaats is.

Het is min of meer gebruikelijk bij de beoordeling van de kwantitatieve en kwalitatieve gang van zaken de aandacht te concentreren op de op dat moment gebruikelijke, en daardoor vertrouwde, begrippen. In die benadering geldt: "een ziekenhuis is

een ziekenhuis en een bed is een bed". In deel I heb ik al aangegeven dat het APZ duidelijk aan het veranderen is. Instellingen geven er in toenemende mate de voorkeur aan patiënten zo normaal mogelijk te huisvesten. De paviljoens van vroeger worden, als het maar even kan, vervangen door woningen of andere meer aangepaste woonvormen. Afhankelijk van de mogelijkheden van de desbetreffende patiëntenpopulatie wordt de nieuwe, aangepaste, huisvesting op of buiten het ziekenhuisterrein gebouwd. Dat geldt al geruime tijd voor "socio-woningen" en de discussie over de mogelijkheid om diverse andere (klinische) doelgroepen buiten de hoofdlocatie te huisvesten wordt vrijwel overal gevoerd. De verschijningsvorm van het APZ wijzigt dus.

Hetzelfde is het geval met de mate waarin en de intensiteit waarmee van de voorzieningen van het APZ gebruik wordt gemaakt. Het is al lang niet meer zo dat een klinische patiënt 7 x 24 uur gebruik maakt van het bed dat hem/haar door het APZ ter beschikking wordt gesteld. Voor patiënten wordt, in de vorm van maatwerk, een behandelprogramma opgesteld, onder meer bestaande uit de componenten: psychotherapie, psycho-farmaca, onderdelen uit het arbeids-, bezigheids- en creatieve therapie-aanbod. Van toenemende betekenis worden in dit verband de pogingen patiënten uit deze traditionele patiëntenrol te halen. Polstra (1991) heeft onderzoek verricht naar de betekenis van de als zodanig aangeduide intramurale werkplekken in een APZ. Voor (vaak langdurig opgenomen) patiënten, die aan de te stellen eisen voldoen, wordt de mogelijkheid geboden deel te nemen aan een specifiek ontwikkeld programma. De werknemersrol wordt in dat kader op verschillende manieren nagebootst: de intake is vergelijkbaar met een sollicitatieprocedure, de activiteiten worden binnen de overeengekomen werktijden ontplooid en voor de geleverde prestaties wordt een geringe vergoeding betaald. De "werknemer/patiënt" neemt voorts deel aan het werkoverleg en kan ook anderszins een bijdrage leveren aan het beïnvloeden en verbeteren van de situatie. Het onderzoek toont aan dat het deelnemen aan een dergelijk werkproject een positieve invloed heeft op het welbevinden van de patiënt²⁴².

Wiersma en Schene (1992) stellen in hun eerder genoemde publikatie vast dat patiënten in een opname-vervangende dagbehandeling gemiddeld tevreden tot zeer tevreden zijn over de opvang en de geboden hulp. Voorts is uit het onderzoek gebleken dat deze opname-vervangende dagbehandeling een even gunstige invloed op het ziektebeloop heeft als behandeling in een klinische setting. Op langere termijn is met betrekking tot sommige aspecten van het sociaal functioneren sprake van een gunstig verschil ten opzichte van de klinische behandeling²⁴³. In het verlengde van deze opname-vervangende dagbehandeling worden in bepaalde delen van het land vormen van intensieve psychiatrische thuiszorg ontwikkeld.

Ook deze behandelvorm is bedoeld als vervanging van een klinische opname. De uitkomsten van deze experimenten zijn nog niet geëvalueerd, maar aan te nemen valt dat ook deze thuiszorg-activiteiten de komende tijd zullen worden geïntensiveerd. Deze voorbeelden tonen in de eerste plaats aan dat het moderne APZ zich terdege inspant een bijdrage te leveren aan het verbeteren van de GGZ. Er is nadrukkelijk sprake van een "ambulantiserings- en normaliseringsproces". Toch komen deze veranderingen in statistisch opzicht onvoldoende tot uiting. Alles wat niet ambulant of

semimuraal is, wordt als klinisch gekwalificeerd en als zodanig vastgelegd. Een patiënt in opname-vervangende dagbehandeling volgt een heel ander programma, dan een patiënt die, hoe dan ook, enige tijd klinisch moet worden behandeld; een patiënt, die deelneemt aan een arbeidsrehabilitatieproces kan niet worden vergeleken met een "echte" long-stay patiënt. Toch wordt in de beschreven voorbeelden "behandeld op een bed". Dat is niet zozeer het geval omdat dat bed niet kan worden gemist, maar hangt samen met de wijze waarop de APZ-en worden gefinancierd. Het bed is in die situaties vooral een budgetparameter en niet een therapeuticum. In de kwantitatieve overzichten wordt hiermee vrijwel geen rekening gehouden. Bewindslieden en beleidsambtenaren, die geen oog hebben voor de kort beschreven ontwikkelingen, die door de APZ-en, veelal in hechte samenwerking met andere GGZ-partners, worden geïnitieerd kunnen zich op het standpunt (blijven) stellen dat de GGZ niet in beweging is te krijgen. Dat verklaart waarom de staatssecretaris, zoals blijkt uit het concept van de Nota GGZ, meent dat op een aantal gebieden binnen de GGZ meer stimulering nodig is en zich voorneemt ter verwezenlijking van de beleidsvoornemens *alle thans aanwezige beleidsinstrumenten* te moeten inzetten²⁴⁴.

10.4 Kwalitatieve effecten

In het voorgaande heb ik al duidelijk gemaakt dat de instrumenten behorend bij de wet- en regelgeving van de overheid door het veld als weinig realistisch zijn ervaren. Voorts is, vermoedelijk in rechtstreeks verband daarmee, gebleken dat het aantal bedden in de psychiatrische ziekenhuizen niet is verminderd. Ook de exploitatiekosten zijn, ondanks de optimistische verwachtingen dienaangaande, niet teruggelopen. In deze paragraaf wil ik inzicht geven in de meer *kwalitatieve* uitkomsten van het gevoerde beleid. Ik doe dat ook nu weer door eerst een vergelijking te maken tussen de bepalingen van de vaststellingsbesluiten en de werkelijke uitkomsten. Ter voorkoming van misverstanden wijs ik er op dat het vervolg van deze paragraaf zowel over de APZ-en als over de PAAZ-en handelt. In beide gevallen gaat het weliswaar om klinisch psychiatrische voorzieningen, maar de functie van deze voorzieningen verschilt op onderdelen.

Terugkijkend naar het vaststellingsbesluit voor Groningen, valt het op dat Dennoord geen voorzieningen in Hoogezand mag oprichten en Groot Bronswijk grote terughoudendheid moet betrachten bij het totstandbrengen van nieuwe voorzieningen in Winschoten, Delfzijl en Stadskanaal. Aan het Diakonessenhuis te Groningen dient een PAAZ met 24 bedden te worden verbonden. In Friesland moet een tweede APZ worden opgericht met een capaciteit van 180 bedden en 24 deeltijdplaatsen en dat betekent onder meer het einde van de functie van de Drentse APZ-en voor dat deel van Friesland. Het oprichten van MFE-en door het PZF en Licht en Kracht in Sneek, Heerenveen en Drachten wordt niet goedgekeurd. De PAAZ-ontwikkeling in Heerenveen moet worden afgeremd, terwijl deze in Drachten juist zal worden bevorderd, onder meer door verhoging van het aantal voorgestelde deeltijdplaatsen van 8 naar 24.

In Drenthe mag het aantal PAAZ-bedden in de algemene ziekenhuizen niet worden verminderd, aangezien het Scheperziekenhuis in Emmen voorbereidingen moet treffen voor de oprichting van een MFE, zonder dat daaraan door één van de APZ-en een bijdrage wordt geleverd. Het Scheperziekenhuis dient tevens te kunnen beschikken over 16 deeltijdplaatsen ten behoeve van deze MFE. Voorts moet aan het Diaconessenhuis te Meppel een afdeling voor deeltijdbehandeling met 8 stoelen worden verbonden. Omdat in de provincie Drenthe geen ruimte is voor twee zelfstandige APZ-en worden Beileroord en Licht en Kracht in planmatig opzicht als één APZ beschouwd.

De opvattingen van de rijksoverheid met betrekking tot de gewenste ontwikkelingen in Groningen vinden wij in de plannen van de instellingen niet terug. Dennesoord heeft de voornemens om een deel van de capaciteit naar Hoogezand over te brengen weliswaar nog niet tot uitvoering gebracht, maar er wordt hard gewerkt aan het voorbereiden van voorzieningen in deze gemeente. Groot Bronswijk heeft een begin gemaakt met de deconcentratie van bedden/plaatsen naar Winschoten, Stadskanaal en Delfzijl en zal die activiteiten de komende jaren intensiveren en de PAAZ van het Diaconessenhuis is er (nog?) niet gekomen.

Ook in Friesland komen afwijkingen ten opzichte van de overheidsplannen voor. Het Friese PZF richt zich inmiddels in belangrijke mate op Leeuwarden en heeft gevorderde plannen, *in afwijking van de vaststellingsbesluiten*, substantiële onderdelen van het APZ naar de hoofdstad van Friesland over te brengen. De plannen van het psychiatrisch ziekenhuis zuidoost-Friesland worden geleidelijk duidelijk. Deze voorzien in de bouw van 204 bedden/(deeltijd)plaatsen in Heerenveen en Drachten, op basis van de volgende verdeling:

Schema 7: Opzet APZ zuidoost-Friesland

Voorzieningen	Drachten	Heerenveen
acuut/oudencircuit	36 bedden	28 bedden
continue circuit		60 bedden (in woningen)
– trainingswoningen		24 bedden *)
– case management/crisisunit		36 bedden *)
ouderencircuit (in verpleeghuis)		20 bedden

* worden niet als bedden gerealiseerd, maar komen tot stand als opnamevervangende dagbehandelingsplaatsen.

De bedden in Drachten worden met de PAAZ van het algemeen ziekenhuis gecombineerd tot een MFE met 60 bedden en 24 deeltijdplaatsen. In Heerenveen komen slechts 88 “echte APZ-bedden” tot stand, de overige voorzieningen zijn “opnamevervangend” dan wel worden in een verpleeghuis gerealiseerd.

Ook de afwijkingen in Drenthe ten opzichte van de plannen zijn markant. De Drentse APZ-en Beileroord en Licht en Kracht participeren beide in de MFE-vorming te Emmen. Nadat het Scheperziekenhuis het voortouw had genomen sloot eerst Beileroord aan, waarna kort daarna ook Licht en Kracht bereid bleek een bijdrage aan

de MFE-vorming te leveren. De MFE zal bestaan uit 58 bedden en 24 deeltijdplaatsen. Deze deeltijdplaatsen worden echter niet door het Scheperziekenhuis “ingebracht”, zoals in het vaststellingsbesluit is vastgelegd, maar door de beide APZ-en; Beileroord verplaatst 8 deeltijdplaatsen naar Emmen en Licht en Kracht 16. De deeltijdplaatsen in Meppel zijn nog niet tot stand gebracht, omdat de APZ-en daartegen met succes hebben geprotesteerd.

Ook de situatie in het *categoriale* circuit kan op dit ogenblik als “relatief stabiel” worden gekwalificeerd. De vaststellingsbesluiten voorzien weliswaar in een aantal ingrijpende veranderingen, maar de realisering daarvan lijkt nog ver weg.

Uiteraard moet nog blijken of alle plannen die hiervoor kort zijn genoemd ten uitvoer zullen worden gebracht, maar de besprekingen verlopen naar het oordeel van het management van de betreffende instellingen zodanig dat er aanleiding is te veronderstellen dat op belangrijke onderdelen van de inhoud van de vaststellingsbesluiten zal worden afgeweken.

Samengevat kan ook in kwalitatief opzicht worden *geconcludeerd* dat de wijzigingen ten opzichte van de provinciale ontwerpplannen, waartoe door de staatssecretaris werd besloten maar in zeer beperkte mate zijn gerealiseerd.

In de provincie Groningen wordt gewoon uitvoering gegeven aan de plannen van de APZ-en en in Drenthe is dat eveneens het geval. In Friesland is een begin gemaakt met de voorbereidingen voor een nieuw APZ dat op verschillende lokaties zal functioneren. Dit APZ vertoont, zeker in Drachten, een aantal MFE-kenmerken. Anders gezegd: het beleid van de rijksoverheid heeft weinig tot niets opgeleverd; de spreiding van de voorzieningen, zoals die bij afsluiting van deze studie tot stand lijkt te komen spoort op belangrijke onderdelen met de opvattingen uit het veld. Dat is zelfs in Friesland het geval, zij het dat het nieuw te bouwen “multi-locatie APZ” niet wordt geëxploiteerd door enerzijds het PZF en anderzijds Licht en Kracht, maar vooralsnog door een zelfstandige rechtspersoon. Het veld lijkt dus in belangrijke mate de “loop der dingen” te hebben bepaald.

10.5 Neveneffecten

Op het moment dat de vaststellingsbesluiten door de toenmalige staatssecretaris bekend werden gemaakt, ontstond vooral in de provincies Groningen en Drenthe onrust. Alleen al in Drenthe zouden tijdens de eerste planperiode maar liefst 378 APZ-bedden moeten verdwijnen. Dat zou tot een aanzienlijke vermindering van het draagvlak leiden en daardoor zouden naar de vaste overtuiging van de APZ-directies de met veel zorg opgebouwde “*kwalitatieve extra's*” worden afgebroken.

Zo werd door de directie van Licht en Kracht in de reeds genoemde nota “Licht en Kracht op weg naar partiële Deconcentratie” aangetoond dat het bouwen van een dependance tot aanzienlijk lagere investerings- en exploitatiekosten zou leiden dan de oprichting van een zelfstandig (klein) psychiatrisch ziekenhuis. De cijferingen tonen aan dat *partiële* deconcentratie onder bepaalde omstandigheden inderdaad leidt tot interessante financiële voordelen. De bouw van MFE-achtige dependances

maakt een logische aansluiting van de diverse behandelmilieus op de hoofdlocatie en de nevenlocaties mogelijk, handhaaft het draagvlak en is – zoals gezegd – in tweeërlei opzicht goedkoper dan het bouwen van een klein APZ, waarvan de realisering mogelijk wordt gemaakt door het verminderen van de omvang van bestaande APZ-en.

De discussie over het oprichten van dergelijke dependances wordt moeizaam gevoerd, althans op plaatsen waar WVC op andere gronden al voor een min of meer zelfstandig nieuw APZ heeft gekozen. Dat is gebleken bij de oprichting van het APZ ten behoeve van zuidoost-Friesland en met betrekking tot de voorzieningen elders in het land (Het Gooi, Almere, Gouda, etcetera) lijkt zich een soortgelijke discussie te ontwikkelen.

Daar waar WVC met nadruk in de Nieuwe Nota van 1984 de realisering van MFE-en bepleit en dit pleidooi in het concept van de “opvolger” van deze nota nog eens herhaalt, wijst het departement tegelijkertijd andere vormen van dependance-vorming af.

De APZ-en in het noorden van het land hebben, zoals al werd opgemerkt, in de beschreven ontwikkelingen aanleiding gezien te beoordelen op welke wijze het draagvlak na een vermindering van de capaciteit toch weer kan worden versterkt. Dat heeft in Groningen geleid tot de ondertekening van een intentieverklaring, die zal moeten leiden tot de oprichting van een “GGZ-holding”, omvattende de APZ-en Dennenoord en Groot Bronswijk, de PUK van het Academisch Ziekenhuis Groningen, de Riagg Groningen en de RIBW Groningen. In Friesland is na een langdurige voorbereiding door de betrokken instellingen eveneens de bereidheid tot vergaande samenwerking uitgesproken. Het samenwerkingsverband zal, op grond van de huidige inzichten, het PZF, de Riagg Friesland, de RIBW-Friesland én het nieuw te bouwen APZ in zuidoost-Friesland omvatten. In Drenthe hebben de APZ-en Beileroord en Licht en Kracht in 1992 een intentieverklaring ondertekend, waarin een als zodanig aangeduid “ernstig voornemen tot fusie” wordt uitgesproken. Bij het afsluiten van deze studie is duidelijk dat de fusievorming meer problemen oplevert dan aanvankelijk was voorzien⁶. Toch ligt het, mede in verband met de opstelling van de Riagg Drenthe, in de rede te veronderstellen dat ook in deze provincie op de een of andere wijze de samenwerking de komende jaren zal worden geïntensiveerd. De beschreven ontwikkelingen geven aanleiding tot enige aanvullende bespiegelingen. In de eerste plaats valt het op dat bij realisering van de voornemens in Groningen een GGZ-organisatie ontstaat, waarvan de door WVC gehanteerde bovengrens aanzienlijk wordt overschreden. Wanneer het aantal bedden en deeltijdplaatsen worden samengeteld komen wij tot een totaal van ruim 1.200 behandelplaatsen. Voorts moet in dat verband de omvang van de polikliniek van Dennenoord worden genoemd, die mede door de verplaatsing van een deel van de activiteiten naar de stad Groningen, de laatste jaren een spectaculaire groei heeft doorgemaakt. Ook het verzorgingsgebied van deze Groningse GGZ-holding is de aandacht waard. Het APZ Dennenoord functioneert niet alleen voor Groningen (op basis van de opvattingen

⁶ Bij het ter perse gaan van deze studie is duidelijk dat de beoogde fusie tussen beide APZ-en op korte termijn niet zal worden gerealiseerd.

van de provinciale politici), maar vervult ook een rol voor de vier noord-Drentse gemeenten Roden, Peize, Eelde/Paterswolde en Zuidlaren. De Riagg Groningen is werkzaam voor de provincie Groningen en de PUK voor de noordelijke provincies. Er is alle aanleiding te veronderstellen dat de discussie over het verzorgingsgebied van de "totale holding" nog wel enige aandacht zal vragen.

In Friesland ontstaat een organisatie met circa 800 APZ-bedden/plaatsen. Daar moet de capaciteit van de RIBW-Friesland nog worden bijgeteld. Ook deze ontwikkeling kan als bijzonder worden gekwalificeerd, al was het maar omdat het nieuw op te richten APZ in zuidoost-Friesland in principe aansluiting zoekt bij de bestaande GGZ-voorzieningen, terwijl WVC alles in het werk heeft gesteld de exploitatie van dit ziekenhuis in handen te leggen van een zelfstandige rechtspersoon. Het verzorgingsgebied van het Friese samenwerkingsverband levert op zich niet zo veel onduidelijkheid op. Het gebied valt binnen de provinciegrenzen en de genoemde instellingen werken alle uitsluitend voor de hele provincie of een afgebakend deel daarvan.

Ingewikkelder wordt het in Drenthe. Zoals gezegd staat nog niet vast dat de ook door WVC gewenste fusie, al dan niet op termijn, tussen de "overblijvende Drentse APZ-en" doorgang vindt. Bij het afsluiten van deze studie leken de betrokken partijen, inclusief de Riagg-Drenthe en de RIBW-Drenthe overtuigd van de noodzaak tot samenwerking. Het doen van voorspellingen over de uiteindelijke uitkomst is echter om een aantal redenen een riskante zaak. Ook wanneer er uiteindelijk wel aanvaardbare samenwerkingsvormen ontstaan, blijft de positie van de Drentse GGZ een opmerkelijke. Het aantal APZ-bedden/plaatsen ligt op ongeveer 1.000, overtreft in de uitgangssituatie dat van de provincie Friesland en blijft maar in geringe mate achter bij het aantal van de provincie Groningen. Drenthe is echter, gerekend naar het aantal inwoners, de kleinste van de drie noordelijke provincies. Voorts moet er rekening mee worden gehouden dat de eerder genoemde noord-Drentse gemeenten niet tot het verzorgingsgebied van de APZ-en en wel tot dat van de Riagg-Drenthe worden gerekend. Daarbij moet worden bedacht dat in Drenthe de laatste jaren zeer aanzienlijke bedragen zijn geïnvesteerd in de verbetering van de outillage. Voorts kan worden gesteld dat door de voorbeeldige projectmatige samenwerking tussen de Drentse GGZ-instellingen (het substitutieproject Drenthe, de start van de psychiatrische thuiszorg rond het moment van afsluiting van deze studie) en tussen bijvoorbeeld Licht en Kracht en de PUK, regelmatig met succes vernieuwingen in de GGZ konden worden gestimuleerd. Deze mogelijkheden dreigen aanzienlijk te verminderen wanneer alsnog zou worden besloten tot het reduceren van de capaciteiten van de Drentse APZ-en (met als gevolg een zeer aanzienlijke kapitaalvernietiging) of wanneer de supra-regionale functie van de PUK door de komst van de Groningse holding aan betekenis inboet.

Samengevat kan met betrekking tot de neveneffecten van de beschreven ontwikkelingen worden gesteld dat de bouw van zelfstandige APZ-en meer kost dan de oprichting van dependances. Voorts moet worden geconstateerd dat door het verminderen van de capaciteit van de bestaande instellingen een zodanige vermindering van het draagvlak wordt gevreesd dat de al jaren bestaande "kwalitatieve extra's"

voor een deel verloren dreigen te gaan. Om dat te voorkomen streven de GGZ-organisaties in de drie noordelijke provincies naar een verbreding van datzelfde draagvlak en zoeken zij de samenwerking. Dat leidt tot grote GGZ-conglomeraten, die de maximale omvang van de APZ-en, zoals genoemd in de richtlijnen ex artikel 3 WZV aanzienlijk overschrijden. Hieruit blijkt dat de instellingen van schaalvergroting eerder gunstige dan negatieve effecten verwachten. Er is ook geen aanleiding aan te nemen dat dat ten onrechte is, al heeft Buitendam gewaarschuwd voor de problemen die bij het sturen van omvangrijke organisaties kunnen ontstaan. Het is dan ook wenselijk aan dat aspect aandacht aan te (blijven) schenken. Wanneer de instellingen er echter in slagen daarvoor passende oplossingen te vinden kan de clustering van GGZ-activiteiten leiden tot een naadloze aansluiting van zorgsystemen. Het is wel van belang de kleinschaligheid van het leefmilieu te bewaren door aandacht te schenken aan de groeps grootte. Wanneer alles volgens plan verloopt fungeert de nieuw te vormen Groningse GGZ-holding voor Groningen, de nieuw te vormen Friese GGZ-holding voor Friesland, terwijl voor de al dan niet fuserende Drentse instellingen maar een deel van de provincie Drenthe resteert. De zelfstandigheid van het nieuwe APZ in Friesland zal vermoedelijk van korte duur zijn, voor de Drentse instellingen dreigt een aanzienlijke kapitaalvernietiging en de innovatieve samenwerking tussen de Drentse GGZ en de PUK wordt, zonder aanvullende afspraken, bedreigd.

De GGZ-situatie in de drie noordelijke provincies zal de komende tijd dus fundamenteel veranderen. Het overgrote deel van deze veranderingen komt tot stand door het feit dat de instellingen elkaar hebben weten te vinden. Aan te nemen valt dat deze bereidheid samenhangt met de opstelling van de landelijke overheid, zoals uit het voorgaande in voldoende mate is gebleken.

De *formele* bijdrage van de overheid aan de herstructurering in het noorden des lands beperkt zich echter tot de oprichting van het tweede APZ in Friesland, een GGZ-voorziening die voor de korte termijn door niemand werd gewenst en waarvan het nut voor de lange termijn door de meesten werd betwijfeld.

10.6 Samenvatting en conclusies ten aanzien van hoofdstuk 10

De rijksoverheid is er, ondanks een minitieuw uitgewerkt planningssysteem, met behulp van de WZV niet in geslaagd het aantal bedden/plaatsen in psychiatrische ziekenhuizen te verminderen. Het is evenmin mogelijk gebleken de exploitatiekosten terug te dringen. De outillage van de APZ-en is echter, door het afgeven van verklaringen van behoefte voor soms omvangrijke investeringsprogramma's, aanzienlijk verbeterd en zal binnenkort verder verbeteren. Wanneer de overheid nu alsnog tot een vermindering van bestaande APZ-capaciteiten besluit, leidt dat – meer dan ooit – tot substantiële kapitaalvernietiging. De voorzieningen, die de komende jaren in de drie noordelijke provincies ten behoeve van de GGZ beschikbaar zullen zijn, wijken niet alleen in kwantitatieve zin af van de opvattingen die door de staatssecretaris in de vaststellingsbesluiten werden verwoord. Ook de aard, de omvang en de situering van deze voorzieningen vertoont uiteindelijk meer overeen-

komsten met de opvattingen van het veld dan met de inhoud van de vaststellingsbesluiten.

De opstelling van de overheid lijkt verband te houden met de (onjuist gebleken) veronderstelling dat er in afgelopen periode binnen de GGZ niets is veranderd. Een oppervlakkige beoordeling van het cijfermateriaal lijkt in eerste instantie de overheidsopvatting te bevestigen. Het aantal bedden is nauwelijks gewijzigd en dat lijkt het vermoeden dat APZ-en zijn blijven functioneren als totale instituties te wettigen. In werkelijkheid is er echter wel degelijk sprake van belangwekkende veranderingen. Steeds meer wordt er voor gekozen beschikbare bedden juist niet te gebruiken. Opnamevervangende dagbehandeling, psychiatrische thuiszorg en andere opnamevervangende strategieën beperken het gebruik van het bed. Zolang er echter geen budgetparameters zijn ontwikkeld die deze ontwikkelingen in kaart brengen kan het misverstand “dat een bed nu eenmaal een bed is” blijven voortbestaan⁷.

Voor het vernieuwen van de GGZ moeten de instellingen zelf de nodige middelen zien te verwerven. Tijdelijke subsidies buiten beschouwing gelaten, moeten deze binnen de reguliere exploitatie worden vrijgemaakt. Dat is voor grote APZ-en als regel eenvoudiger dan voor kleine. Een vermindering van de capaciteit van de instellingen leidt tot bugettaire krimp en betekent op die wijze een regelrechte aantasting voor het voortbestaan van de kwalitatieve extra's. Op die manier wordt tevens een aanslag gepleegd op bestaande “innovatieve milieus” en dat is uiteindelijk niet in het belang van de GGZ.

Onder druk van de omstandigheden hebben de bestaande instellingen er voor gekozen de krachten te bundelen, teneinde op die wijze een afkalving van de kwaliteit van zorg te voorkomen. Dat leidt in Groningen en Friesland vermoedelijk tot de vorming van GGZ-holdings, die de maximum-grenzen, die door WVC worden gehanteerd, aanzienlijk overschrijden (het tweede APZ in Friesland, dat hoe dan ook zelfstandig zou moeten functioneren, zal naar het zich laat aanzien aansluiting bij de Friese holding zoeken en dat is een opmerkelijke ontwikkeling).

Ook in Drenthe zal op de een of andere wijze de samenwerking tussen de instellingen vermoedelijk wel worden geïntensiveerd, al lijkt het er op het moment van afsluiting van deze studie op dat de voorgenomen fusie tussen de APZ-en Beileroord en Licht en Kracht op korte termijn geen doorgang zal vinden.

⁷ Wanneer de overheid resultaten wil zien van het door haar zelf gepropageerde beleid is het wenselijk dergelijke parameters te ontwerpen. Dat levert in elk geval een beter beeld van de werkelijkheid op.

11 Slotbeschouwing

11.1 Inleiding

In paragraaf 1.5 heb ik de probleemstelling van mijn onderzoek als volgt geformuleerd:

“Is de Wet Ziekenhuisvoorzieningen een doeltreffend instrument voor het realiseren van een doelmatig stelsel van, evenwichtig gespreide, klinisch psychiatrische voorzieningen en wat zijn van het gebruik van dit instrument de (neven)effecten?”.

Deze probleemstelling heb ik ontleed in de volgende onderzoeksvragen, die in de vorige hoofdstukken geheel of gedeeltelijk, impliciet of expliciet, werden beantwoord:

- Wat is een doelmatige GGZ en levert de WZV daaraan een bijdrage?;
- Wat is evenwichtige spreiding en kan die met behulp van de WZV worden bereikt?;
- Wat zijn de opvattingen in het veld inzake de beleidsinhoud en de instrumentele aspecten van de WZV?;
- Wat zijn de kwalitatieve effecten van het gebruik van de WZV?;
- Wat zijn de kwantitatieve effecten van het gebruik van de WZV?;
- Wat zijn de neveneffecten van het gebruik van de WZV?;
- Wat moet het oordeel over de doeltreffendheid van de WZV zijn in het kader van de probleemstelling?

11.2 Wat is een doelmatige GGZ en levert de WZV daaraan een bijdrage?

Voor de beantwoording van die vraag heb ik eerst in hoofdstuk 3 een beeld geschetst van het overheidsbeleid inzake de GGZ. Dat was nodig om antwoord te kunnen geven op de vraag wat onder een doelmatige GGZ moet worden verstaan. Daarvan is sprake wanneer de zorg:

- aansluit op de zorgvraag;
- goed bereikbaar is;
- aan de stellen kwaliteitseisen voldoet;
- de continuïteit waarborgt;

- wordt geboden door instellingen die groot genoeg zijn om een gedifferentieerd pakket van voorzieningen te kunnen bieden en toch op een menselijke schaal functioneren.

Voorts is het van belang te vermelden dat in toenemende mate de aandacht van overheden en anderen zich richt op de rechten van de patiënt. Uit mijn analyse is gebleken dat de mate waarin het zorgaanbod aansluit op de zorgvraag niet met behulp van de WZV wordt gestuurd. Ten aanzien van de bereikbaarheid kan worden genoteerd dat deze kan verbeteren door een herspreiding van de APZ-en en/of de oprichting van MFE-en. Initiatieven daartoe kunnen echter niet door de overheid worden ontwikkeld. De overheid kan hooguit de initiatieven van de instellingen voor gezondheidszorg beoordelen op de bijdrage die aan de oplossing van de eventuele spreidingsproblematiek wordt geleverd. Er is echter sprake van een afhankelijkheid van het particulier initiatief. De discussie over kwaliteitsverbetering wordt op grote schaal gevoerd, ook door de overheid. Wat onder een aanvaardbare kwaliteit wordt verstaan en hoe die moet worden bereikt, wordt minder duidelijk. Voor de continuïteit van zorg is de samenhang tussen de verschillende zorgsystemen van essentiële betekenis. Om die te bereiken is samenwerking tussen de GGZ-instellingen een absolute voorwaarde. De bereidheid om die samenwerking te zoeken is de laatste jaren aanmerkelijk toegenomen, al dan niet door de faciliterende werking van de RIGG. In bepaalde delen van het land is zelfs sprake van een fusiegolf, niet alleen tussen intramurale instellingen, maar ook tussen intra- en extramuraal. De overheid heeft op die processen echter nauwelijks invloed en de WZV is daarbij zonder betekenis. De WZV is niet tot stand gebracht met het oog op een verbetering van de rechten van de patiënt; ik zal daarom aan dat aspect voorbijgaan. Wel van belang is de vraag naar de optimale grootte van APZ-en. De opvattingen van de overheid wisselen nogal eens. Nu eens geldt een grens x, dan weer een grens y. De onderbouwing voor die grensverleggende opvattingen ontbreekt echter. Anderen hebben wel getracht passende antwoorden te geven. Ik kom daarop nog terug.

Gelet op het vorenstaande kan worden geconcludeerd dat met gebruikmaking van de WZV niet of nauwelijks een actieve bijdrage aan de verbetering van de 'doelmatigheid' van de GGZ kan worden geleverd.

11.3 Wat is een evenwichtige spreiding en kan die met behulp van de WZV worden bereikt?

Naar een definitie van het begrip evenwichtige spreiding wordt bij het bestuderen van onder meer de stukken van de overheid vergeefs gezocht. Op een aantal plaatsen wordt de noodzaak van het verbeteren van de spreiding bepleit en soms vormt de gebrekkige spreiding de aanleiding tot het formuleren van nieuwe beleidsuitgangspunten, maar wat evenwichtig is en hoe het evenwicht kan worden bereikt blijft voor een deel gissen. Dat betekent natuurlijk niet dat over de mogelijkheden de spreiding te verbeteren, niets kan worden gezegd. Wanneer de reistijden voor bezoekers, pa-

tiënten en (outreaching werkende) medewerkers afnemen, dan wel op een eenvoudiger wijze de samenwerking met andere GGZ-instellingen kan worden bevorderd, kan van een verbetering van de spreiding van de GGZ-voorzieningen worden gesproken. Dat kan bijvoorbeeld door het verkleinen van de bestaande APZ-en en door de oprichting van nieuwe, kleinere, psychiatrische ziekenhuizen. Dat is ook zeer wel mogelijk door het totstandbrengen van MFE-en, die van nature al beperkt van omvang zijn en alleen kunnen worden gerealiseerd, wanneer die in een bevolkingskern tot stand komen en de samenwerking contractueel is geregeld. De WZV is in dit verband hoogstens van “reactieve betekenis”. Eerst moeten de instellingen plannen ontwikkelen en – afhankelijk van de uitkomsten van de beoordeling daarvan – pas daarna kan eventueel een bijdrage aan de spreidingsproblematiek worden geleverd.

Op deze plaats wil ik wijzen op de *paradoxe situatie* die aan het eind van de door mij onderzochte periode is ontstaan. De overheid acht een evenwichtige spreiding van de klinisch psychiatrische voorzieningen van belang, maar laat na aan te geven wat daaronder moet worden verstaan. Het instrument WZV blijkt voorts nauwelijks effectief te kunnen worden gebruikt voor het realiseren van die betere spreiding. Desondanks zijn en worden er door het veld, om uiteenlopende redenen, initiatieven ontwikkeld die, na goedkeuring door de overheid, leiden tot een herspreiding van de klinisch psychiatrische voorzieningen.

Daardoor komen ook in de eerder als zodanig aangeduide witte vlekken-gebieden GGZ-voorzieningen tot stand, vaak ook nog in samenwerking met de andere GGZ-partners. Zonder dat door de overheid gebruik wordt gemaakt van een *effectief instrument* voor het bereiken van *min of meer en passant geformuleerde doelen* is er desondanks ten opzichte van de bestaande situatie sprake van verbeteringen, al dan niet ten gevolge van de zelfsturing van het veld.

Gelet op het voorgaande kan worden geconcludeerd dat het antwoord op de vraag wat een ‘evenwichtige spreiding’ van GGZ-voorzieningen precies is, niet kan worden gegeven. Wel kan worden vastgesteld dat aan het verbeteren daarvan met behulp van het instrument WZV maar een beperkte bijdrage kan worden geleverd. Desondanks blijkt het mogelijk de spreiding te verbeteren.

11.4 Wat zijn de opvattingen in het veld inzake de beleidsinhoud en de instrumentele aspecten van de WZV?

De actoren in het veld lijken in te stemmen met de opvattingen die een doelmatige GGZ moeten opleveren. Ook de aanbieders van zorg richten zich in toenemende mate op de hulpvraag, een goede bereikbaarheid, kwaliteitsverbetering en continuïteit van zorg. Op onderdelen bestaat dus overeenstemming over de beleidsinhoud. Ook lijken de instellingen en de overheid niet principieel verschillend te denken over de noodzaak de kosten te beheersen. De indruk, die bij herhaling door de overheid wordt gewekt dat de kosten uit de hand zijn gelopen en dat dat te wijten valt aan het uitvoeren van te veel verrichtingen door en het voorschrijfgedrag van de

behandelaars, mogelijk gemaakt door een tolerant management, is niet in overeenstemming met de feiten en heeft dan ook aanleiding gegeven tot irritaties in het veld. De beleidsuitvoering, meer in het bijzonder de totstandkoming van ontwerpplannen en vaststellingsbesluiten betreffende, is in het veld op forse weerstanden gestuit. Dat hangt nauw samen met het feit dat de planningsrichtlijnen ex artikel 3 WZV al jaren als te krap worden ervaren, terwijl ook de wisselende opvattingen over de optimale schaalgrootte van APZ-en niet worden gedeeld. Door de instellingsdirecties wordt het beleid van de overheid sowieso als APZ-onvriendelijk beoordeeld, terwijl juist de laatste jaren vanuit diezelfde APZ-en belangrijke zorgvernieuwingen zijn doorgevoerd.

Gelet op het vorenstaande kan worden geconcludeerd dat het veld de beleidsinhoud op hoofdlijnen wel onderschrijft, maar de daarvan afgeleide subdoelstellingen en het instrumentarium afwijst.

11.5 Wat zijn de kwalitatieve effecten van het gebruik van de WZV?

Het opstellen van de ontwerpplannen in de noordelijke provincies heeft jaren gevergd. Sedert de opstelling van de vaststellingsbesluiten is, op het moment van afsluiting van deze studie, ook al weer een periode van zes jaar verstreken. Wanneer wij de werkelijkheid van nu vergelijken met de plannen van toen, moet worden vastgesteld dat het de overheid maar zeer ten dele is gelukt de ontwikkelingen in een richting te sturen die overeenkomt met de uitspraken uit de vaststellingsbesluiten. Zo is bijvoorbeeld de PAAZ in de stad Groningen er niet gekomen, komt er een MFE in Emmen waarin zowel door Licht en Kracht als Beileroord wordt geparticipeerd, is van een substantiële substitutie van APZ-bedden door plaatsen in andere zorgvormen maar weinig terecht gekomen, etcetera. Wel is het gelukt de oprichting van een tweede APZ in Friesland mogelijk te maken. Daartoe moesten echter op grote schaal compenserende maatregelen worden getroffen.

Zonder alle plannen die door WVC zijn gepubliceerd op deze plaats nog eens te vergelijken met de uitkomsten in de praktijk, kan – in elk geval met betrekking tot de gang van zaken in de drie noordelijke provincies – worden geconcludeerd dat de overheid er niet in is geslaagd de ontwikkelingen in kwalitatieve zin in de gewenste richting bij te buigen.

11.6 Wat zijn de kwantitatieve effecten van het gebruik van de WZV?

Uit de studie is duidelijk geworden dat het aantal bedden in de APZ-en in de provincies Groningen, Friesland en Drenthe niet of nauwelijks is verminderd, terwijl zeer aanzienlijke reductieprogramma's in het vooruitzicht waren gesteld. Deze stabilisering is des te opmerkelijker omdat in de jaren na de publikatie van de vaststellingsbesluiten het aantal deeltijdplaatsen en plaatsen in RIBW-en wel degelijk is

toegenomen en er ook sprake is geweest van een aanmerkelijke stijging van het aantal poliklinische contacten. In rechtstreeks verband daarmee zijn ook de exploitatiekosten, ondanks de optimistische verwachtingen van zowel de rijksoverheid als de provincie niet gedaald. Voorts valt het op dat er op grote schaal verklaringen voor nieuwbouwprojecten zijn afgegeven, terwijl de zorgaanbieders na de publikatie van de vaststellingsbesluiten dienaangaande aanvankelijk een aanzienlijke stagnatie hebben gevreesd.

Het vorenstaande leidt tot de conclusie dat de WZV-procedures in de drie noordelijke provincies in kwantitatief opzicht weinig effect hebben gesorteerd.

11.7 Wat zijn de neveneffecten van het gebruik van de WZV?

Voor het in stand houden van specifieke extra's is een zeker draagvlak nodig. Een opleiding tot psychiater bijvoorbeeld vraagt om een aantal redenen zo'n draagvlak. Er moet voldoende gelegenheid zijn kennis te nemen van de verschillende ziektebeelden en de bijbehorende behandelstrategieën en er moet voldoende geld voor vrijgemaakt kunnen worden. Datzelfde geldt voor het exploiteren van specifieke (arbeidsintensieve) behandelmilieus en voor het instandhouden van een "infrastructuur" voor onderzoeks- en opleidingsfaciliteiten. Om een dreigende reductie van capaciteiten, en dus van budget en draagvlak te compenseren, hebben instellingen de rijen gesloten en gezocht naar vormen van intensieve samenwerking. Naar verwachting zal in elk geval in de drie noordelijke provincies de samenwerking worden geïntensiveerd, teneinde draagvlakvermindering te voorkomen en de countervailing power te versterken. Dat leidt tot GGZ-conglomeraten, die de maximumgrenzen, die bij herhaling in de desbetreffende nota's zijn genoemd, aanzienlijk overschrijden. Tegelijkertijd moet worden vastgesteld dat door het zoeken van deze vormen van samenwerking ook een bijdrage wordt geleverd aan één van de overheidsdoelstellingen, te weten het verbeteren van de samenhang casu quo de continuïteit van zorg. Deze uitkomst is echter "toevallig van aard", aangezien de instellingen deze samenwerking niet hebben gezocht om invulling te geven aan dit overheidsstreven, maar zich juist hebben willen verweren tegen de gevolgen van het overheidsbeleid.

Concluderend kan worden vastgesteld dat het streven van de overheid, gericht op het verminderen van de buitenschaal, zo dat al succesvol zou blijken te zijn, wordt gecompenseerd door de wens van zorgaanbieders de samenwerking uit te bouwen en juridisch te funderen. Dat leidt niet alleen tot de vorming van grote GGZ-organisaties, maar ook tot een verbetering van de samenhang; op die wijze wordt dus, zij het langs een omweg, alsnog één van de overheidsdoelstellingen bereikt.

11.8 Wat moet het oordeel zijn over de effectiviteit van de WZV in het kader van de probleemstelling?

Het antwoord op de vraag naar de effectiviteit van de WZV ter bevordering van een doelmatige en goed gespreide GGZ, kan nu zonder veel problemen worden gegeven. Kort gezegd: De WZV is niet effectief. Dat heeft onder meer te maken met de omslachtige planningsmethodiek, de doorlooptijd van het planningsproces en de kritiek op de richtlijnen. Dat hangt echter ook samen met de doeltreffendheid van de scenario's van de actoren in het veld. In dat kader zijn de machtsverhoudingen van betekenis. Gelet op de uitkomsten van het WZV-spel, zoals dat in de noordelijke provincies is gespeeld, moet de conclusie zijn dat het veld het verloop in belangrijke mate heeft bepaald, maar niet op alle onderdelen heeft kunnen winnen. De overheid heeft wel op een aantal terreinen gescoord, maar moest daarvoor op ruime schaal compenserende toezeggingen doen.

Ik concludeer op grond van het vorenstaande dat de WZV geen effectief instrument is voor het bereiken van een doelmatige en goed gespreide GGZ en dat er geen sprake is geweest van het bereiken van de bedoelde effecten. Tegelijkertijd moet juist wel een aantal onbedoelde neveneffecten worden geregistreerd.

11.9 Conclusie

Ik rond mijn beschouwingen af met een overall-oordeel.

De overheid wenst te komen tot een doelmatige en goed gespreide GGZ, tegen aanvaardbare kosten. Voor het beïnvloeden van de kosten staan de WTG en het stelsel van ziektekostenverzekering ter beschikking. Voor het bevorderen van een doelmatig aanbod en de spreiding van voorzieningen is de WZV van belang. De WZV voorziet in de opstelling van ontwerpplannen voor een bepaalde regio, betrekking hebbend op een bepaalde categorie gezondheidszorgvoorzieningen. Voor deze categorieën is een stelsel van planningsrichtlijnen ontwikkeld, ook voor de GGZ. Deze zijn door het veld als weinig realistisch ervaren en dat heeft geleid tot een gebrek aan bereidheid het WZV-spel mee te spelen.

Meer specifiek stel ik vast dat er op het gebied van de klinisch psychiatrische voorzieningen in de drie noordelijke provincies nagenoeg geen resultaten zijn bereikt. Na veel discussie en op grond van door de rijksoverheid gedane (compenserende) toezeggingen konden aan het begin van de jaren negentig de voorbereidingen worden gestart voor de bouw van een tweede APZ in Friesland, een APZ dat aanvankelijk uitsluitend door de rijksoverheid van belang werd geacht. Dit APZ vormt het alternatief van de rijksoverheid voor de door de provincies en de betrokken instellingen voorgestelde MFE-en in het zuiden van Friesland, ondanks het feit dat juist in APZ-loze gebieden door de overheid de oprichting van MFE-en werd en wordt bepleit. Het nieuwe APZ diende naar het oordeel van de overheid, hoe dan ook, te worden geëxploiteerd door een zelfstandige rechtspersoon. Nu de contouren

van dat APZ duidelijk beginnen te worden moet worden vastgesteld dat deze organisatie wel degelijk MFE-achtige kenmerken vertoont en dat de zelfstandigheid mogelijk al snel zal worden opgegeven door de aansluiting bij de Friese GGZ-holding.

Maarse (1990) heeft macht gedefinieerd als het vermogen om het gedrag van anderen te beïnvloeden met de eigen doeleinden van de machthebber²⁴⁵. Honingh (1985) heeft er op gewezen dat het beleid effectiever is naarmate de relatieve macht van de voorstanders groter is dan de relatieve macht van de tegenstanders²⁴⁶. De uitkomsten van het WZV-spel wijken duidelijk af van de overheidsopvattingen. Dat geeft aanleiding te veronderstellen dat het veld heeft gewonnen. Naar mijn mening is er echter een spel gespeeld zonder echte winnaars. De vraag wie verloren heeft kan pas worden beantwoord wanneer duidelijk is geworden of de Raad van State alsnog tot een uitspraak komt, dan wel wanneer de discussie over de verdere aanpassingen in de GGZ in het noorden van het land tot meer duidelijkheid heeft geleid.

11.10 Tenslotte

In deze studie heb ik duidelijk gemaakt op welke wijze de overheid het beschikbare instrumentarium gebruikt om het aanbod van de klinisch psychiatrische voorzieningen te reguleren en wat daarvan de effecten zijn. Zoals ik in hoofdstuk 1 al heb aangeduid, betreft de conclusie vooral de gang van zaken aangaande de drie noordelijke provincies. Deze situatie is afwijkend van de rest van het land. Vrijwel nergens bestaat een soortgelijke combinatie van dunbevolkte gebieden en een administratief “teveel” aan psychiatriebedden.

Het generaliseren van de uitkomsten van deze studie is dan ook niet zo eenvoudig, vermoedelijk zelfs onmogelijk. Toch meen ik te mogen veronderstellen dat het, door mij als zodanig aangeduide, WZV-spel ook elders in het land vergelijkbare uitkomsten had kunnen opleveren, wanneer althans de actoren hetzelfde zettenrepertoire zouden hebben benut. Wanneer

- in een op zich belangwekkend stuk als de Nieuwe Nota onder meer wordt gesteld dat de staatssecretaris “geen gefixeerd en voor het hele land geldend eindmodel voor ogen staat” (3.3.3, Nieuwe Nota) en hij desondanks geen rekening houdt met de, eerder zo genoemde, regionale eigenaardigheden;
 - uit de richtlijnen ex artikel 3 blijkt dat het planningsproces inhoudt dat moet worden beoordeeld of er effecten zijn bereikt en/of de uitgangspunten nog juist zijn (4.2.7) en de overheid vervolgens alle feed-backsignalen negeert;
 - de oprichting van MFE-en overal in het land wordt bepleit, behalve juist in Friesland (6.3.2);
 - de overheid tenslotte de opvattingen uit het veld niet serieus neemt
- komt er van mooie plannen weinig terecht.

Ik meen te mogen stellen dat de effecten van het gebruik van een instrument zoals de WZV in belangrijke mate worden bepaald door de relatieve machtsposities van de

betrokken actoren en de maatschappelijke dynamiek, zoals bedoeld in het conceptueel kader. De dynamiek wordt in wisselende mate gestuurd en blijkt voor een deel autonoom te worden bepaald (denk in dit verband aan de ontwikkeling van de vraag naar GGZ-voorzieningen, die in belangrijke mate samenhangt met demografische en andere niet te beïnvloeden factoren).

De overheid beschikt weliswaar over een zekere macht, maar die is onvoldoende om de beoogde resultaten te bereiken. De overheid moet daarom naar mijn mening ook elders in het land, zonder medewerking van het veld, niet in staat worden geacht de doelmatigheid van de GGZ met behulp van de WZV te verbeteren of de voorzieningen te herspreiden.

Dat betekent niet dat de overheid de ontwikkelingen dan maar op zijn beloop moet laten. Wanneer zij er voor kiest het aanbod van gezondheidszorgvoorzieningen te reguleren moet een planningsregiem worden ontwikkeld. Het is echter de mate van detaillering die de uiteindelijke uitkomsten bepaalt. Wanneer de planning verwantschap vertoont met een volledig uitgewerkt spoorboekje dat de zelfsturing in het veld beperkt, zullen de veldactoren de overheid als tegenstander beschouwen. Krijgen de planningsregels daarentegen het karakter van een leidraad en wordt voorts een zekere bandbreedte overeengekomen dan zal, wanneer de instellingen hun activiteiten binnen deze bandbreedte ontwikkelen en daarvoor worden beloofd, dat de samenwerking tussen de overheid en de actoren uit het veld stimuleren.

Noten

- 1 Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur. *Richtlijnen ex artikel 3 van de Wet Ziekenhuisvoorzieningen*. 2e gewijzigde druk, Staatsuitgeverij, 's Gravenhage, 1983, pp. 9.
- 2 Krol, H.J.E., Passchier, J., *Evaluatie planproces Wet Ziekenhuisvoorzieningen*, Nationaal Ziekenhuisinstituut, Utrecht, 1986, pp. 43-46.
- 3 Staatscourant, *Plannen instellingen Geestelijke Gezondheidszorg*, 28 juli 1987.
- 4 Bressers, J.Th.A., Ringeling, A.B., *Beleidsinstrumenten in drie arena's: Beleidsvorming, uitvoering en doorwerking*. In: *Beleidswetenschap*, 3e jaargang, Nr.1, 1989, pp. 5-7.
- 5 Hartog, F., *Economische stelsels*, Wolters-Noordhoff, Groningen, 1970, pp. 18.
- 6^e Doel, J. van der. *Konvergentie en evolutie*, van Gorcum, Assen/Maastricht, 1971, pp. 32
- 6^e Gooijer, W.J. de, *Beheersing van technologische Vernieuwing*, Samson uitgeverij, Alphen aan den Rijn, 1976, pp. 37
- 7 Gooijer, W.J. de, *Beheersing van technologische Vernieuwing*, Samson uitgeverij, Alphen aan den Rijn, 1976, pp. 37.
- 8 Hoogerwerf, A., *Beleid, processen en effecten*. In: Hoogerwerf, A. et al., *Overheidsbeleid, een inleiding in de beleidswetenschap*, Samson uitgeverij, Alphen aan den Rijn, 1989, pp. 25.
- 9 Bressers, J.Th.A., Klok, P.J., *De inhoud van het beleid*. In: Hoogerwerf, A. et al., *Overheidsbeleid, een inleiding in de beleidswetenschap*, Samson uitgeverij, Alphen aan den Rijn, 1989, pp. 57.
- 10 Deze indeling wordt uitvoerig beschreven in Hartog, F., *Overheid en Economisch Leven*, Samson uitgeverij, Alphen aan den Rijn, 1965, in de hoofdstukken 5-8.
- 11 Gooijer, W.J. de, *Beheersing van technologische vernieuwing*, Samson uitgeverij, Alphen aan den Rijn, 1976, pp. 38
- 12 Geurts, J.L.A., *Omkijken naar de toekomst*, Samson H.D. Tjeenk Willink, Alphen aan den Rijn, 1993, pp. 5 t/m 13.
- 13 Cornelis, A., *Logica van het gevoel*, Stichting Essence, Amsterdam/Brussel/Middelburg, 1993, pp. 171.
- 14 Hellemans, S., Schepers, R., *De ontwikkeling van corporatieve verzorgingsstaten in België en Nederland*, Sociologische Gids, jaargang 39, 1992, nr.5, pp. 346-364.
- 15 Gooijer, W.J. de, *Beheersing van technologische Vernieuwing*, Samson uitgeverij, Alphen aan den Rijn, 1976, pp. 40.
- 16 Zuthem, H.J. van, *Inleiding in de economische sociologie*, Amsterdam, 1973, pp. 88.
- 17 Pen, J., *Harmonie en conflict*, Amsterdam, 1966, pp. 5
- 18 Hoogerwerf, A., *Een inleiding in de beleidswetenschap*, Samson H.D. Tjeenk Willink, Alphen aan den Rijn, 1989, pp. 47.
- 19 Swaan, A. de, *De mens is de mens een zorg*, Meulenhoff, Amsterdam, 1982, pp. 32.
- 20 Jong, M.J. de, Schoonhoven, R. van, *Afscheid van de zorgeloze verzorgingsstaat*, Spectrum/Aula, Utrecht, 1992, pp. 187 en 188.
- 21 Jong, M.J. de, Schoonhoven, R. van, *Afscheid van de zorgeloze verzorgingsstaat*, Spectrum/Aula, Utrecht, 1992, pp. 198
- 22 Roscam Abbing, E.W., *Een visie vanuit de overheid*, Inleiding voor de Interacademiale Werkgroep Ziekenhuiswetenschappen, *De relatie tussen overheid en particulier initiatief*, Uitgeverij De Tijdstroom, Lochem-Gent, 1987, pp. 62.

- 23 Wolff, L.J. de. *Tussen Corporatisme en Etatisme* (In: De Prijs voor gezondheidszorg). In: Gooijer, W.J. de. *Ziekenhuismanagement als afstemmings- en structureringsprobleem*. Van Gorcum, Assen/Maastricht, 1988, pp. 13.
- 24 Gooijer, W.J. de. *Ziekenhuismanagement als afstemmings- en structureringsprobleem*. Van Gorcum, Assen/Maastricht, 1988, pp. 5-18
- 25 Roo, A.A. de. *De zorgsector als bedrijfstak in wording*. Tilburg University Press, Tilburg, 1993, pp. 17-24.
- 26 Ommen, M. van. *Tussen professionele autonomie en wederzijdse aanpassing*. Drukkerij van Denderen, Groningen, 1988, pp. 7.
- 27 Verkaar, E.A.M.J.V.. *Strategisch gedrag van kategoriale patiëntenorganisaties*. Proefschrift, Rotterdam, 1991, pp. 11 en 19.
- 28 Grinten, T.E.D. van der, Vos, P.. *Geestelijke gezondheidszorg; structuur en functioneren*, in: *Handboek Structuur en Financiering Gezondheidszorg*. Tijdstroom uitgeverij, Utrecht, 1993, bijlage 2
- 29 Commissie Strategische Heroriëntatie Gezondheidszorg. *Gezondheidszorg in Tel*. Nationaal Ziekenhuisinstituut, Utrecht, 1993, pp. 117-124.
- 30 Ommen, M. van. *Tussen professionele autonomie en wederzijdse aanpassing*. Drukkerij van Denderen, Groningen, 1988, pp. 7 e.v.
- 31 Grinten, T.E.D. van der. *De vorming van de ambulante geestelijke gezondheidszorg: Een historisch beleidsonderzoek*. Uitgeverij Ambo B.V., Baarn, 1987, pp. 25 e.v.
- 32 Poel, E. van der, Romme, M.A.J., Trimpos, K., Wilk, H. van der. *Het psychiatrisch ziekenhuis in discussie; verslag van de Moratoriumgroep nieuwbouw APZ-en*, uitgave van de initiatiefgroep Moratorium bouw psychiatrische ziekenhuizen, maart 1985.
- 33 Wit, J. de. *Hoe provinciaal is de GGZ? Formele en informele betrokkenheid van de provinciale overheden bij de geestelijke gezondheidszorg van 1884 tot 1991*, NcGv-reeks 91-6. Utrecht, 1991, pp. 5.
- 34 Ommen, M. van. *Tussen professionele autonomie en wederzijdse aanpassing*. Drukkerij van Denderen, Groningen, 1988, pp. 71-90.
- 35 Grinten, T.E.D. van der. *De vorming van de ambulante geestelijke gezondheidszorg: Een historisch beleidsonderzoek*. Uitgeverij Ambo B.V., Baarn, 1987, pp. 117 e.v.
- 36 Wit, J. de. *Hoe provinciaal is de GGZ? Formele en informele betrokkenheid van de provinciale overheden bij de geestelijke gezondheidszorg van 1884 tot 1891*, NcGv-reeks 91-6. Utrecht, 1991, pp. 19-25.
- 37 Andel, H. van. *De geestelijke gezondheidszorg (intramuraal)*. In: Boot, J.M., Jurg, E., *Gezondheidszorg (In)stelling*. Uitgeversmaatschappij De Tijdstroom, Lochem-Gent, 1988, pp. 34.
- 38 Staatssecretaris van Volksgezondheid en Milieuhygiëne. *Structuurnota Gezondheidszorg*. Tweede Kamer der Staten-Generaal, zitting 1973-1974, nr. 13012. 's Gravenhage, 1974, pp. 5-7.
- 39 Staatssecretaris van Volksgezondheid en Milieuhygiëne. *Structuurnota Gezondheidszorg*. Tweede Kamer der Staten-Generaal, zitting 1973-1974, nr. 13012. 's Gravenhage, 1974, pp. 10-12 en pp. 23.
- 40 Staatssecretaris van WVC. *Nota 2000; over de ontwikkeling van gezondheidsbeleid: feiten, beschouwingen en beleidsvoornemens*. Tweede Kamer der Staten-Generaal, vergaderjaar 1985-1996, nr. 19500, 's Gravenhage, 1986, pp. 13.
- 41 Ministerie van WVC. *Werken aan zorgvernieuwing: actieprogramma voor het beleid voor de zorgsector in de jaren '90*. Tweede Kamer der Staten-Generaal, nr. 413.907. 's Gravenhage, 1990, pp. 3.
- 42 Ministerie van WVC. *Werken aan zorgvernieuwing: actieprogramma voor het beleid voor de zorgsector in de jaren '90*. Tweede Kamer der Staten-Generaal, nr. 413.907. 's Gravenhage, 1990, pp. 16.
- 43 Londen, J. van. *Toespraak ter gelegenheid van de uitreiking van de ereprijs NFGV aan R. Giel*. Amsterdam, 29 november 1991.
- 44 Baakman, N.A.A.. *Kritiek van het openbaar bestuur, besluitvorming over de bouw van ziekenhuizen in Nederland tussen 1960 en 1985*. Thesis Publishers, Amsterdam, 1990, pp. 80-85.
- 45 Honingh, M.. *Doeltreffend beleid*. Van Gorcum, Assen/Maastricht, 1985, pp. 155 e.v.
- 46 Maarse J.A.M. en Mur-Veeman, I.M.. *Verantwoording*. In: Maarse, J.A.M. en Mur-Veeman, I.M., *Beleid en beheer in de gezondheidszorg*. van Gorcum, Assen/Maastricht, 1990, pp. 2-4.

- 47 Grünwald, C.A., *De groei van de gezondheidszorg*, In: Maarse, J.A.M., Mur-Veeman, I.M., *Beleid en beheer in de gezondheidszorg*, van Gorcum, Assen/Maastricht, 1990, pp. 29-33.
- 48 Groot, J.J.F. de, Jongerius-De Gier, G.M.C.A., *Overheidsbeleid en aanbod van voorzieningen*, In: Maarse, J.A.M., Mur-Veeman, I.M., *Beleid en beheer in de gezondheidszorg*, Van Gorcum, Assen/Maastricht, 1990, pp. 95
- 49 Gooijer, W.J. de, *Ziekenhuismanagement als Afstemmings- en Structureringsprobleem; historie en perspectief*, Van Gorcum, Assen/Maastricht, 1988.
- 50^a Centrale Raad voor de Volksgezondheid, *Advies inzake de gewenste ontwikkeling van de voorzieningen voor geestelijke gezondheidszorg*, 's Gravenhage, 1970, pp. 172-175.
- 50^b Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, *Nota geestelijke volksgezondheid 1970-1971*, Tweede Kamer der Staten-Generaal, 's Gravenhage, zitting 1970-1971, nr. 11059.
- 51 College voor ziekenhuisvoorzieningen, *Rapport van de werkgroep Korte Termijn*, oktober 1973.
- 52 Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, *Nota geestelijke gezondheidszorg 1973-1974 (nadere nota over enkele aspecten van de geestelijke volksgezondheid)*, Tweede Kamer der Staten-Generaal, 's Gravenhage, zitting 1973-1974, nr. 11059.
- 53 Departement van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, *Notitie betreffende het psychiatriebeleid*, Tweede Kamer der Staten-Generaal, vergaderjaar 1977-1978, nr. 14.800, 's Gravenhage, februari 1978, pp. 13.
- 54 Werkgroep huisvesting psychiatrie, *Rapport over de uitvoering van fase 2, planningsaspecten*, 's Gravenhage, 1979.
- 55 Ministerie van WVC, *Nota geestelijke volksgezondheid*, Tweede Kamer der Staten-Generaal, 's Gravenhage, vergaderjaar 1983-1984, nr. 18463, 1984.
- 56 Poel, E. van der, Romme, M.A.J., Trimbos, K., Wilk, H. van der, *Het psychiatrisch ziekenhuis in discussie: verslag van de moratoriumgroep nieuwbouw APZ-en*, uitgave van de initiatiefgroep Moratorium bouw psychiatrische ziekenhuizen, maart 1985.
- 57 Nationale Raad voor de Volksgezondheid, *Advies Multifunctionele Eenheden*, Zoetermeer, december 1985.
- 58 Staatssecretaris van WVC, *Nota 2000: over de ontwikkelingen van gezondheidsbeleid: feiten, beschouwingen en beleidsvoornemens*, Tweede Kamer der Staten-Generaal, vergaderjaar 1985-1996, nr.19500, 's Gravenhage, april 1986.
- 59 Nationale Raad voor de Volksgezondheid, *Advies samenwerking tussen extramurale en intramurale geestelijke gezondheidszorg*, Zoetermeer, november 1987.
- 60 Nationale Raad voor de Volksgezondheid, *Advies functies van de GGZ*, publikatie 7/89 4141-34, Zoetermeer, maart 1989, pp. 26-27.
- 61 Nationale Raad voor de Volksgezondheid, *Advies functies van de GGZ*, publikatie 7/89 4141-34, Zoetermeer, maart 1989, pp. 35-36.
- 62 Stuurgroep Toekomstscenario's Gezondheidszorg, *Zorgen voor geestelijke gezondheid in de toekomst: toekomstscenario's geestelijke volksgezondheid en geestelijke gezondheidszorg 1990-2010*, Bohn, Scheltema en Holkema, Utrecht/ Antwerpen, 1990, pp. 32.
- 63 Nationale Raad voor de Volksgezondheid/College voor Ziekenhuisvoorzieningen, *Concept Rapport Multi Functionele Eenheden 1984-1990, Stand van Zaken*, Zoetermeer, maart 1991, pp. 27.
- 64 Grinten, T.E.D. van der, *De vorming van de ambulante geestelijke gezondheidszorg: een historisch beleidsonderzoek*, Ambo B.V., Baarn, 1987, pp. 32 e.a.
- 65 Mijs, A.A., *Het ontstaan van de RIAGG's in Amsterdam*, Swets en Zeitlinger B.V., Lisse, 1987, pp. 12-21 en pp. 50 e.v.
- 66 Ministerie van WVC, *Nota Geestelijke Volksgezondheid*, Tweede Kamer der Staten-Generaal, vergaderjaar 1983-1984, nr. 18463, 's Gravenhage, 1984, pp. 22-26.
- 67^a Ministerie van WVC, *Nota geestelijke volksgezondheid*, Tweede Kamer der Staten Generaal, 's Gravenhage, vergaderjaar 1983-1984, nr. 18463, 1984.
- 67^b Ministerie van WVC, *Financieel Overzicht Zorg (FOZ) 1991*, Tweede Kamer der Staten-Generaal, vergaderjaar 1990-1991, nr. 21812, 's Gravenhage, september 1990, pp. 68.
- 68 Imkamp, M.A., *Beschermende woonvormen in Drenthe, een inventarisatie*, Instituut voor Sociaal-Medische Wetenschappen, Interfaculteit Bedrijfskunde, Rijksuniversiteit Groningen, 1984, pp. 76.
- 69 Ministerie van WVC, *Nota Geestelijke Volksgezondheid*, Tweede Kamer der Staten-Generaal, vergaderjaar 1983-1984, nr. 18463, 's Gravenhage, 1984, pp. 78-80.

- 70 Grinten, T.E.D. van der, *Integratie en differentiatie in de geestelijke gezondheidszorg; het moeilijke evenwicht*. In: Gersons, B.P.R. et al., *In het spoor van Kees Trimbos*, van Loghnum Slaterus, Deventer, 1990, pp. 65-73.
- 71 Wiersma, D., Schene, A. (red.), *Opnamevervangende dagbehandeling in de psychiatrie: onderzoek naar haalbaarheid en effecten van de substitutieprojecten in Drenthe en Utrecht*, NeGv 92-2, Utrecht, 1992.
- 72 Poelijoe N.W., *Opnamevervangende dagbehandeling op open psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen*, dissertatie Rijksuniversiteit Utrecht, 1992.
- 73 Groot, J.J.F. de, Jongerius-de Gier, G.M.C.A., *Overheidsbeleid en aanbod van voorzieningen*. In: Maarse, J.A.M., Mur-Veeman, I.M., *Beleid en beheer in de gezondheidszorg*, Van Gorcum, Assen/Maastricht, 1990, pp. 95-97.
- 74 Londen, J. van, *De gezondheidszorg en het intramurale systeem*. In: Boot, J.M., Jurg, E., *Gezondheidszorg (In)stelling*, Uitgeverij De Tijdstroom, Lochem-Gent, 1988, pp. 276-278.
- 75 Algemene Rekenkamer, *Instrumenten en doelbereiking kostenbeheersing gezondheidszorg: een inventarisatie*, Brief aan de Tweede Kamer der Staten-Generaal, vergaderjaar 1986-1987, nr. 19794 1 en 2, 's Gravenhage, november 1986, pp. 29-31.
- 76 Grünwald, C.A., *Beheersing van de gezondheidszorg*, Vuga Uitgeverij B.V., 's Gravenhage, 1987, pp. 77.
- 77 Krol, H.J.E., Passchier, J., *Evaluatie planproces Wet Ziekenhuisvoorzieningen*, Nationaal Ziekenhuisinstituut, uitgave 86.480, Utrecht, 1986, pp. 99-100.
- 78 Honingh, M., *Doeltreffend beleid*, Van Gorcum, Assen/Maastricht, 1985, pp. 158.
- 79 Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, directie planning en bouw, *Richtlijnen ex artikel 3 Wet Ziekenhuisvoorzieningen*, Staatsuitgeverij, 's Gravenhage, besluit 25 mei 1981, Vgz/PB.P/249.096, pp. 9-10.
- 80 Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, directie planning en bouw, *Richtlijnen ex artikel 3 Wet Ziekenhuisvoorzieningen*, Staatsuitgeverij, 's Gravenhage, besluit 25 mei 1981, Vgz/PB.P/249.096, pp. 11.
- 81 Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, directie planning en bouw, *Richtlijnen ex artikel 3 Wet Ziekenhuisvoorzieningen*, Staatsuitgeverij, 's Gravenhage, besluit 25 mei 1981, Vgz/PB.P/249.096, pp. 13.
- 82 Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, directie planning en bouw, *Richtlijnen ex artikel 3 Wet Ziekenhuisvoorzieningen*, Staatsuitgeverij, 's Gravenhage, besluit 25 mei 1981, Vgz/PB.P/249.096, pp. 43 e.v.
- 83 Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, directie planning en bouw, *Richtlijnen ex artikel 3 Wet Ziekenhuisvoorzieningen*, Staatsuitgeverij, 's Gravenhage, besluit 25 mei 1981, Vgz/PB.P/249.096, pp. 89-94.
- 84 Ministerie van WVC, directoraat van de volksgezondheid, directie planning en bouw, *Richtlijnen ex artikel 3 Wet Ziekenhuisvoorzieningen*, Staatsuitgeverij, 's Gravenhage, besluit 30 september 1983, Vgz, PB/P/ABA nr. 172.220.
- 85 Ministerie van WVC, directoraat van de volksgezondheid, directie planning en bouw, *Richtlijnen ex artikel 3 Wet Ziekenhuisvoorzieningen*, Staatsuitgeverij, 's Gravenhage, besluit 5 juli 1986, Vgz/PB/P/ABA, nr. 9739, pp. 6-7, respectievelijk pp. 19.
- 86 Ministerie van WVC, directie geestelijke gezondheidszorg en beroepen, *Richtlijnen ex artikel 3 Wet Ziekenhuisvoorzieningen*, Staatsuitgeverij, 's Gravenhage, besluit 9 april 1991, DGVgz/GGB/HSO nr. 10439, pp. 6.
- 87 Krol, H.J.E. en J. Passchier, *Evaluatie planproces Wet Ziekenhuisvoorzieningen*, Nationaal Ziekenhuisinstituut, 86.480, Utrecht, 1986, pp. 180.
- 88 Wit, J. de, *Hoe provinciaal is de GGZ? Formele en informele betrokkenheid van de provinciale overheden bij de GGZ 1884-1991*, NeGv reeks 91-6, Utrecht, 1991, pp. 63-64.
- 89 Algemene Rekenkamer, *Planning en bouw ziekenhuisvoorzieningen*, SDU Uitgeverij, Tweede Kamer der Staten-Generaal, vergaderjaar 1989-1990, 21674, nummers 1 en 2, 's Gravenhage, 1990, pp. 15.
- 90 Algemene Rekenkamer, *Planning en bouw ziekenhuisvoorzieningen*, SDU Uitgeverij, Tweede Kamer der Staten-Generaal, vergaderjaar 1989-1990, 21674, nummers 1 en 2, 's Gravenhage, 1990, pp. 54-55.

- 91 Staatssecretaris van WVC, *Reactie op bevindingen Algemene Rekenkamer. Planning en bouw van ziekenhuisvoorzieningen*. SDU Uitgeverij, Tweede Kamer der Staten-Generaal, vergaderjaar 1989-1990, 21674, nummers 1 en 2, 's Gravenhage, 1990, pp. 56.
- 92 Wit, de J., *Hoe provinciaal is de GGZ? Formele en informele betrokkenheid van de provinciale overheden bij de GGZ 1884-1991*, NcGv reeks 91-6, Utrecht, 1991, pp. 27-30.
- 93 Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, *aantekeningen (in telegramstijl) van het werkbezoek van de minister aan de provincie Friesland* op 10 en 11 maart 1982, pp. 2.
- 94 Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, *verslag werkbezoek van de minister aan de provincies Drenthe en Groningen* op 13 en 14 april 1982, pp. 1-2.
- 95 Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, *aantekeningen van het overleg van de directeur planning en bouw met gedeputeerden van de provincies Groningen, Friesland en Drenthe* te Assen op 17 juni 1985, pp. 1-2.
- 96 Provincie Drenthe, *Schrijven aan Provinciale Staten van Friesland*, nr. 27154/7.685, 5 juli 1985, pp. 1-4 en 7.
- 97 Provincie Friesland, *Schrijven aan Provinciale Staten van Drenthe*, nr. 13178, 13 augustus 1985, pp. 2.
- 98 Provincie Friesland, *Schrijven aan Provinciale Staten van Drenthe*, nr. 13178, 13 augustus 1985, pp. 3-4 en 7.
- 99 Bijlsma, K., *Opeenstapeling van misverstanden rond spreiding psychiatrische zorg* In: Nieuwsblad van het Noorden, 14 augustus 1985.
- 100 Memo van de directeur planning en bouw van WVC van 13 september 1985, gericht aan de staatssecretaris van WVC, respectievelijk de ambtelijke notitie, gedateerd 5 september 1985.
- 101 NIPO, *Interprovinciale lange termijnvisie Psychiatrie Noorden des Lands*, juli 1982.
- 102 Ministerie van WVC, *Aanwijzing ontwerpplan hoofdgroep psychiatrische ziekenhuizen gezondheidsregio Groningen-Drenthe*, gezonden aan Provinciale Staten van Groningen, 13 april 1983, nummer 105632, DG Vgz/PB/P/ABA.
- 103 Psychiatrisch Ziekenhuis Dennenoord, *Reactie op het voorontwerpplan Psychiatrische Ziekenhuizen Provincie Groningen*, gezonden aan Gedeputeerde Staten van de Provincie Groningen, de dato 28 februari 1985.
- 104 Provincie Groningen, *Ontwerpplan Psychiatrische Ziekenhuizen Provincie Groningen*, juni 1985.
- 105 College voor Ziekenhuisvoorzieningen, *Advies inzake het ontwerpplan Psychiatrische Ziekenhuizen Groningen*, gezonden aan de Staatssecretaris van WVC, 10 november 1986, nr. 306.779.
- 106 Provincie Friesland, *Ontwerpplan psychiatrische voorzieningen voor de gezondheidsregio Friesland*, verzonden aan de minister van WVC, 18 juni 1986, nr. BW86/13817.
- 107 College voor Ziekenhuisvoorzieningen, *Advies inzake het ontwerpplan Psychiatrische Ziekenhuizen Friesland*, verzonden aan de Staatssecretaris van WVC de dato 10 november 1986, nr. 11620.
- 108 Provinciaal bestuur van Drenthe, *Psychiatrie-Plan voor Drenthe: voorontwerp voor de psychiatrische ziekenhuizen 1985-1995*, mei 1985, respectievelijk *ontwerpplan voor de psychiatrische ziekenhuizen 1985-1995*, februari 1986.
- 109 College voor Ziekenhuisvoorzieningen, *Advies inzake het ontwerpplan Psychiatrische Ziekenhuizen Drenthe*, gezonden aan de Staatssecretaris van WVC, 10 november 1986, nr. 7174.
- 110 Staatstoezicht op de Volksgezondheid, Geneseskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid voor Groningen, Friesland en Drenthe, *schrijven aan de Directeur-Generaal voor de volksgezondheid, Ministerie van WVC*, 3 december 1986, 2526/86JE/CH.
- 111 Provincie Drenthe, *Schrijven met betrekking tot de Vaststelling ontwerpplan Psychiatrie Drenthe*, gezonden aan de directeur planning en bouw, 25 maart 1987, kenmerk DG Vgz/PB/P/PsZwOv/ps.
- 112 Licht en Kracht, *de psychiatrie in noord Nederland in het algemeen en in Licht en Kracht in het bijzonder*, schrijven gericht aan de directeur Planning en Bouw van WVC, de dato 15 april 1987, kenmerk HB/Ps.
- 113 Staatscourant, *Vaststelling plannen instellingen voor geestelijke gezondheidszorg*, 28 juli 1987.
- 114 Staatscourant, *Vaststelling plannen instellingen voor geestelijke gezondheidszorg*, 28 juli 1987.
- 115 Staatscourant, *Vaststelling plannen instellingen voor geestelijke gezondheidszorg*, 28 juli 1987.
- 116 Provincie Drenthe, *Beroepsschrift Provincie Drenthe tegen de vaststellingsbesluiten van WVC*, gericht aan de Voorzitter van de Afdeling voor geschillen van bestuur van de Raad van State, Assen, 8 oktober 1987, nummer 41/33/13.209.

- 117 De Brauw en Westbroek, advocaten en notarissen, *aanvullend beroepsschrift inzake vaststellingsbesluiten*, ingediend namens de Vereniging tot Christelijke verzorging van Geestes- en Zenuwzieken (waartoe Drennoord behoort), gericht aan Hare Majesteit de Koningin, door tussenkomst van de afdeling geschillen van bestuur van de Raad van State, 's Gravenhage, 19 januari 1988, referentie 058p15/02.
- 118 APZ Groot Bronswijk, *beroepsschrift APZ Groot Bronswijk inzake vaststellingsbesluiten*, Wageningen, 8 oktober 1987, referentie PLMS/jjrs/ D-209/87.
- 119 Van der Molen en Terpstra, advocaten, *beroepsschrift inzake vaststellingsbesluiten*, ingediend namens de Stichting Dienstverlening De Open Ankh (waartoe Licht & Kracht behoort), gericht aan de Raad van State, Assen, 25 augustus 1987, referentie 31138-udm/rjk.
- 120 Derks en Partners, advocaten, *beroepsschrift inzake vaststellingsbesluiten, ingediend namens Beileroord*, gericht aan de Voorzitter van de Afdeling geschillen van bestuur van de Raad van State, Utrecht, 1 oktober 1987, referentie 116202/O/MV.
- 121 De Brauw en Westbroek, advocaten en notarissen, *beroepsschrift inzake de vaststellingsbesluiten*, ingediend namens de Professor Hart de Ruyterstichting (die de Ruyterstee exploiteert), gericht aan Hare Majesteit de Koningin etcetera, 's Gravenhage, 1 februari 1988, referentie 058p09/06.
- 122 Lucas Ziekenhuis Winschoten, *Beroepsschrift Lucas Ziekenhuis Winschoten tegen de vaststellingsplannen van WVC*, gericht aan H.M. de Koningin t.a.v. de Raad van State, Winschoten, 8 oktober 1987, referentie D-203/87.
- 123 De Lage Kamp, *Beroepsschrift De Lage Kamp tegen de vaststellingsbesluiten*. Peize, 25 augustus 1987.
- 124 De Brauw en Westbroek, advocaten en notarissen, *beroepsschriften inzake de vaststellingsbesluiten*, ingediend namens het ziekenfonds DNO, gericht aan Hare Majesteit, etcetera, 's Gravenhage, 22 januari 1988, referentie 058P08/05/mc.
- 125 College voor Ziekenhuisvoorzieningen, *Jaarverslag 1986*, Utrecht, 1987.
- 126 College voor Ziekenhuisvoorzieningen, *Jaarverslag 1987*, Utrecht, 1988.
- 127 College voor Ziekenhuisvoorzieningen, *Jaarverslag 1988*, Utrecht, 1989.
- 128 College voor Ziekenhuisvoorzieningen, *Jaarverslag 1989*, Utrecht, 1990.
- 129 Ministerie van WVC, *Ambtsbericht inzake de beroepen tegen de besluiten tot vaststelling van de plannen voor de geestelijke gezondheidszorg voor Drenthe, Groningen en Friesland*, Rijswijk, 7 maart 1989, kenmerk PB/GGZ/P-312138.
- 130 De Open Ankh, A.P.Z. Friesland, Soesterberg, 12 november 1987, nr. 2743/Za/YP.
- 131 Bijker, H.G., *De financiële gevolgen van deconcentratie in de GGZ*, Assen, 4 december 1987.
- 132 Ministerie van WVC, *Adviesaanvraag verklaring m.b.t. oprichting eerste fase A.P.Z. in zuidoost-Friesland. Projectcodenummer: C.014.01.1.87.N.I.*, Rijswijk, 5 januari 1988, kenmerk DG Vgz/PB/P/Ps.Zw.Ov.fps 709364.
- 133 De Open Ankh, *Adviesaanvraag verklaring m.b.t. oprichting eerste fase A.P.Z. in zuidoost-Friesland, Projectcodenummer: C.014.01.1.87.N.I.*, Soesterberg, 5 februari 1988, nr. 343/HV/HR.
- 134 Gemeente Smalingerland, A.P.Z.-vestiging zuidoost-Friesland, Drachten, 8 februari 1988, kenmerk 40435-III/Vog/RAC.
- 135 Licht en Kracht, *interne rapportage van het overleg tussen planning en bouw van WVC en de sectie psychiatrie van de NZR*, 24 februari 1988.
- 136 APZ Licht & Kracht, *Licht & Kracht op weg naar partiële deconcentratie*, Assen, maart 1988.
- 137 PZF Franeker, *Aanvraag voor een WZV-verklaring voor een gefaseerd te bouwen APZ met 180 bedden en 24 deeltijdplaatsen*, 4 maart 1988.
- 138 Ziekenfonds Drenthe/Noord-Overijssel, *Aanvraag oprichting van een A.P.Z. in Z.O. Friesland door Licht & Kracht*, Meppel, 18 mei 1988, code O&T/BD/HR 0956.
- 139 Overleg WVC, De Open Ankh en Licht & Kracht, *intern verslag*, 22 juni 1988.
- 140 College voor Ziekenhuisvoorzieningen, *Heerenveen-A.P.Z. i.o. oprichting van een psychiatrische voorziening te Heerenveen met in eerste fase 80 klinische en 24 deeltijdplaatsen vanuit A.P.Z. Licht en Kracht te Assen*, Utrecht, 7 november 1988, nr. 709364.
- 141 APZ Licht & Kracht, *Oprichting A.P.Z. in zuidoost-Friesland*, Assen, 16 november 1988, kenmerk HB/LN/88.632.
- 142 APZ Licht & Kracht, *Oprichting A.P.Z. zuidoost-Friesland*, Assen, 27 december 1988, kenmerk HB/HL/88.701.

- 143 Gemeente Assen. *Positie Licht en Kracht*, Assen, 16 januari 1989, nr. 89010446.
- 144 Provincie Drenthe. *Adviesaanvragen verklaring m.b.t. oprichting (eerste fase) A.P.Z. in zuidoost-Friesland*. Projectcodenummer: C.014.01.1.87.N.1, alsmede C.059.02.1.88.N.1. Assen, 10 februari 1989, nr. 5/18/88-5.965.
- 145 Provincie Friesland. *Adviesaanvragen verklaring m.b.t. oprichting (eerste fase) A.P.Z. in zuidoost-Friesland*. Projectcodenummer: C.014.01.1.87.N.1., alsmede C.059.02.1.88.N.1. Leeuwarden, 17 maart 1989, kenmerk BW88-1532.
- 146 APZ Licht & Kracht. *Advies provincie Friesland m.b.t. oprichting A.P.Z. in zuidoost-Friesland*. Projectcodenummer: C.014.01.1.87.N.1., alsmede C.059.02.1.88.N.1. Assen, 7 april 1989, kenmerk HB/PS/89.175.
- 147 PZF Franeker. *Uitgangspunten ten behoeve van GGZ-ontwikkeling Friesland*, Franeker, 18 april 1989.
- 148 APZ Licht & Kracht. *Notitie "noordelijke psychiatrie: waar en voor wie?"*. Assen, 20 april 1989, kenmerk HB/LN/89.198.
- 149 RIGG Drenthe. *Cijfermatige beschouwing t.a.v. de ontwikkeling van de (intramurale) GGZ in noord-Nederland*. Assen, 2 juni 1989.
- 150 Licht en Kracht. *Uitgangspunten t.b.v. vervolgesprek over GGZ-ontwikkelingen Friesland*. Assen, 10 mei 1989, D 89.015.
- 151 PZF Franeker. *GGZ-ontwikkelingen in zuidoost-Friesland, in het bijzonder met betrekking tot het tweede APZ*. Franeker, 6 juni 1989.
- 152 Licht en Kracht. *Verslag van de bespreking op het provinciehuis te Leeuwarden op 12 juni 1989*. Assen, 13 juni 1989.
- 153 Bijker, H.G.. *De G.G.Z.-ontwikkelingen in zuidoost-Friesland (hoe nu verder?)*. Assen, 14 juni 1989, kenmerk D.90.024.
- 154 De Open Ankh. *GGZ-voorzieningen in zuidoost-Friesland*. Soesterberg, 29 juni 1989, nr. 1307/vB/AG.
- 155 Provincie Drenthe. *Stand van zaken en verdere aanpak realisering APZ-voorzieningen in zuidoost-Friesland*. Assen, 10 juli 1989.
- 156 Provincie Drenthe. *Overleg met WVC over psychiatrie noorden des lands/APZ-en, Rijswijk*. Assen, 13 juli 1989.
- 157 APZ Licht & Kracht. *zuidoost-Friesland*. Assen, 17 juli 1989, kenmerk HB/LN/89.329.
- 158 APZ Licht & Kracht. *Standpunt Licht en Kracht/De Open Ankh m.b.t. de totstandkoming van een tweede APZ in zuidoost-Friesland*. Assen, 18 juli 1989, kenmerk HB/LN/89.334.
- 159 Licht en Kracht. *Verslag bespreking "ontwikkelingen zuidoost-Friesland"*. Assen, 27 juli 1989, kenmerk HB/PS/89.351.
- 160 Ministerie van WVC. *Oprichting tweede APZ in Friesland*. Projectcodenummers: C.014.01.0.87.N.1 en C.059.02.01.88.N.1. Rijswijk, 14 augustus 1989, kenmerk PB/GGZ/P-316149.
- 161 Bestuur PZF Franeker. *Oprichting tweede APZ Friesland*. Projectcodenummers: C.014.01.1.87.N.1 en C.059.02.1.88.N.1. Franeker, 6 september 1989, kenmerk CJW/ck/.
- 162 Provincie Drenthe. *Oprichting tweede APZ in Friesland*. Assen, 18 september 1989, nr. 37/31/89-11.845.
- 163 PZF Franeker. *Oprichting van het 2e APZ in Friesland*. Franeker, 20 september 1989, kenmerk Best./CK/321.
- 164 De Open Ankh en Licht & Kracht. *Oprichting tweede APZ in Friesland*. Projectnummer: C.014.01.0.87.N.1 en C.059.02.1.88.N.1. Soesterberg, 21 september 1989, kenmerk HB/LN/89.422.
- 165 Provincie Drenthe. *Telefoonnotitie "Tweede APZ in Friesland"*. Assen, 28 september 1989.
- 166 Provincie Friesland. *Voorstel m.b.t. de oprichting van een tweede APZ in Friesland*. Leeuwarden, 11 oktober 1989, kenmerk BW89-57696.
- 167 Licht en Kracht. *Planning psychiatrievoorzieningen noorden des lands (tussenstand oktober 1989)*. Assen, 16 oktober 1989, kenmerk D.89.042.
- 168 APZ Licht & Kracht en APZ Beileoord. *Verslag van de bespreking d.d. 31-10-1989 gevoerd op het ministerie van WVC*. Assen, 2 november 1989, kenmerk D.89.047.

- 169 Leeuwarder Courant, *SIGG krijgt fiat voor tweede psychiatrisch ziekenhuis*, Leeuwarden, 22 november 1989.
- 170 Bijker, H.G., *Notitie m.b.t. de realisering van het tweede APZ in zuidoost-Friesland*, Assen, 28 november 1989, kenmerk D.89.052.
- 171 Ministerie van WVC, *Oprichting psychiatrische voorziening zuidoost-Friesland*, Rijswijk, 27 november 1989, kenmerk DG Vgz/PB/GGZ/P-318514.
- 172 Ministerie van WVC, *Concept voor de Stichting Samenwerkende Instellingen Geestelijke Gezondheidszorg*, Rijswijk, 27 november 1989.
- 173 Provincie Drenthe, *Concept reactie brief ministerie van WVC*, 27 november 1989, Assen, 27 november 1989.
- 174 APZ Beileroord, *Concept reactie op de brief van het ministerie van WVC*, 27 november 1989, Beilen, 29 november 1989.
- 175 Ministerie van WVC, *Oprichting psychiatrische voorziening in zuidoost-Friesland*, Rijswijk, 15 december 1989, kenmerk DG Vgz/PB/GGZ/P-318862.
- 176 Licht en Kracht, *Reactie op de brief van het ministerie van WVC*, 29 november 1989, Assen, 10 januari 1990, kenmerk HB/LN/90.028.
- 177 SIGG, *Oprichting APZ zuidoost-Friesland*, Leeuwarden, 19 januari 1990, referentie SJ/mt/022.
- 178 De Open Ankh, *Oprichting psychiatrische voorzieningen zuidoost-Friesland*, Soesterberg, 19 januari 1990, kenmerk p58/HV/YP.
- 179 APZ Licht & Kracht, *Oprichting APZ zuidoost-Friesland*, Assen, 26 februari 1990, kenmerk HB/HL/90.124.
- 180 APZ Beileroord, *Antwoordbrief aan het SIGG*, Beilen, 1 maart 1990, kenmerk JO/rs.
- 181 APZ Licht & Kracht, *De toekomst van Licht en Kracht in een (uitsluitend) Drents perspectief*, Assen, maart 1990.
- 182 APZ Licht & Kracht, *Oprichting APZ zuidoost-Friesland*, Assen, 19 april 1990, kenmerk HB/LN/90.195.
- 183 De Open Ankh, *Reactie De Open Ankh op brief van Licht en Kracht aan de SIGG, d.d. 19 april 1990*, Soesterberg, 23 april 1990, kenmerk 580/Y/AG.
- 184 De Open Ankh, *Oprichting APZ in zuidoost-Friesland*, Soesterberg, 4 mei 1990, kenmerk 641/Nh/Vi.
- 185 APZ Licht & Kracht, *Afreden voorzitter Raad van Toezicht*, Assen, 11 mei 1990, kenmerk HB/PS/90.254.
- 186 Licht & Kracht, *Gezamenlijke vergadering Bestuur/Raad van Toezicht*, Assen, 14 mei 1990, kenmerk HB/PS/90.248.
- 187 De Open Ankh, *Persoonlijk schrijven aan de directeur Planning en Bouw van WVC*, Soesterberg, 6 juni 1990, nr. 769/vB/AG.
- 188 SIGG, *Brief aan de directies van APZ Licht en Kracht en APZ Beileroord*, Leeuwarden, 20 juni 1990, kenmerk SJ/GG/do34.
- 189 Licht & Kracht, *Scenario VI; Licht en Kracht/De Open Ankh "Nu en later"*, Assen, juli 1990.
- 190 De Open Ankh, *Brief aan de staatssecretaris van WVC*, Soesterberg, 6 juli 1990, 919/HB/vB/AG.
- 191 De Open Ankh, *Oprichting tweede APZ in zuidoost-Friesland*, Soesterberg, 11 januari 1991, nr. 52/HB/vB/AG.
- 192 Ministerie van WVC, *Ontwikkelingen Licht & Kracht*, Rijswijk, 6 februari 1991, kenmerk DG Vgz/GGB/ZZT nr. 328458.
- 193 De Open Ankh, *APZ zuidoost-Friesland*, Soesterberg, 23 april 1991, nr. 558/HB/vB/AG.
- 194 Bressers, J.Th.A., Hoogerwerf, A., *Inleiding tot de beleidsevaluatie*. In: Blommestein, H.J., Bressers, J.Th.A., Hoogerwerf, A., *Handboek beleidsevaluatie, een multidisciplinaire benadering*, Samson uitgeverij, Alphen aan den Rijn, 1984, pp. 21.
- 195 Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, *Financieel Overzicht Gezondheidszorg 1983*, Staatsuitgeverij, 's Gravenhage 1982, pp. 4.
- 196 Ministerie van WVC, *Financieel Overzicht Zorg 1993*, SDU/UITgeverij, 's Gravenhage 1992, pp. 7.
- 197 Ministerie van WVC, *Financieel Overzicht Zorg 1993*, SDU/UITgeverij, 's Gravenhage, 1992, pp. 11.

- 198 Grünwald, C.A., *Beheersing van de gezondheidszorg*, Vuga uitgeverij B.V., 's Gravenhage, 1987, pp. 34.
- 199 Commissie Keuzen in de Zorg, *Kiezen en delen, advies en hoofdzaken*, Albini, 's Gravenhage 1991, pp 9-10.
- 200 Ministerie van WVC, *Financieel Overzicht Zorg 1993*, SDU uitgeverij, 's Gravenhage, 1992, pp. 47.
- 201 Ministerie van WVC, *Financieel Overzicht Gezondheidszorg*, SDU uitgeverij, 's Gravenhage, 1992, pp. 99-101.
- 202 GHIGV, *Jaarverslag 1985*, Rijswijk, mei 1986, pp. 106.
- 203 GHIGV, *Jaarverslag 1986*, Rijswijk, mei 1987, pp. 9.
- 204 GHIGV, *Jaarverslag 1987*, Rijswijk, mei 1988, pp. 16.
- 205 GHIGV, *Jaarverslag 1988*, Rijswijk, mei 1989, pp. 49.
- 206 GHIGV, *Jaarverslag 1989*, Rijswijk, mei 1990, pp. 53.
- 207 Giel, R., Horn, G.H.M.M. ten en Brook F.G., *Planners kunnen zorgcijfers gebruiken voor integratie GGZ-voorzieningen*, in: Het Ziekenhuis, nr. 18, 22 september 1982.
- 208 Rietveld, A.A., *Overheid en GGZ: een merkwaardige verbintenis*, in: Het Ziekenhuis, nr. 23/24, 22 december 1988.
- 209 Brook, F.G., Horn, G.H.M.M. ten en Sytema, S., *Beddentekort verwacht voor ouderen in de psychiatrie*, in: Het Ziekenhuis, nr. 19, 26 oktober 1989.
- 210 Horn, G.H.M.M. ten, Brook, F.G., Giel, R. en Sytema, S., *Beddenorm voor psychiatrische voorzieningen: projectie en werkelijkheid*, in: Het Ziekenhuis, nr. 19, 26 oktober 1989.
- 211 Ministerie van WVC, *Concept-Nota GGZ*, Rijswijk, 8 december 1992, pp. 8 respectievelijk pp. 51.
- 212 Buitendam, A., *Schaalvarianten van organisatie*, Inleiding gehouden tijdens de bedrijfssociologische studiedagen over "Organiseren op schaal, verkenningen tussen groot en klein", Nijmegen, 13-14 mei 1982.
- 213 Sociaal en Cultureel Planbureau, *School en Schaal, Cahier 1990/nr.81*, Rijswijk, december 1990, pp. 231.
- 214 Heuwekemeijer, P.C., *Tussenrapport inzake de aanpassing aan de nieuwe structuur van het orkestbestel in Nederland van het Noordelijke Filharmonisch Orkest*, Groningen, 21 augustus 1984 en Heuwekemeijer, P.C., *Rapport inzake een nieuwe orkestvoorziening voor het noorden des lands*, Groningen, 22 juli 1988.
- Nota bene: zie voor meer informatie ook: Smit, S., en Berg, H.O. van den., *Symfonieorkesten in Nederland*, "Bezetenheid in dienstverband", 1980.
- 215 Krapels, J., *Openbaar besturen pragmatisch-analytisch benaderd*, Leiden, 12 april 1992, pp. 68-69.
- 216 Schoep, H.F., *Wegen naar Rome, Over de omvang van zwakzinnigeninrichtingen*, NZI, Utrecht, 1989, 89.634, pp. 22-27.
- 217 Bijker, H.G., *De prijs van vernieuwing in de psychiatrie*, Inleiding voor de Interacademiale Werkgroep Ziekenhuiswetenschappen, *De relatie tussen overheid en particulier initiatief*, uitgeverij De Tijdstroom, Lochem-Gent, 1987, pp. 77 e.v.
- 218 Können, E.E., *Schaalproblemen op het vlak van de planning, een vergelijking tussen algemene en psychiatrische ziekenhuizen*, artikel VUGA-reeks (1987).
- 219 Haen, F. de, *Verschillend verdeeld, een vergelijking van de kosten per patiëntencategorie tussen psychiatrische ziekenhuizen*, NZI, Utrecht, 1988, 88.566, pp. 17-27.
- 220 Gooijer, W.J. de, *Vernieuwingsdrang en schaalomvang*, Acta Hospitalia, 1987/1, pp. 16-17 respectievelijk 20.
- 221 College voor Ziekenhuisvoorzieningen, *Schaaleffecten bij APZ-en*, Utrecht, 1989, nr. 0314-89, pp. 49-54.
- 222 Crevelt, E.R.E. van, *Geestelijke gezondheidszorg in deconcentratie, "een APZ in wording"*, PRIME, 1990.
- Van Crevelt beschrijft in dit opstel zijn ervaringen als directeur, ad interim, bij de voorbereidingen van dit nieuwe APZ.
- 223 GHIGV, *jaarverslag 1986*, Rijswijk, mei 1987, pp. 20.
- 224 Andel, H.van, *Over de optimale grootte van een psychiatrisch ziekenhuis*, concept voor een artikel, 2 mei 1983.

- 225 Horn, G.H.M.M. ten, Sebens, B., *Bezoek aan patiënten gaat gepaard met reisperielen*, Het Ziekenhuis nr. 10, 1980, pp. 158-161.
- 226 Schoep, H.J., *Wegen naar Rome, Over de omvang van zwakzinnigeninrichtingen*, NZI, Utrecht, 1989, nr. 89.634, pp. 46.
- 227 Wolf, J., *Oude bekenden van de psychiatrie, Een onderzoek naar een sociaal-psychiatrische hulpverleningspraktijk*, Stichting Welzijns Publikaties, Utrecht, 1990, ISBN 90 666 5054 0, pp. 81, respectievelijk 246-247.
- 228 Horn, G.H.M.M. ten, *Nazorg geeft kopzorg, Een onderzoek met een register voor de geestelijke gezondheidszorg*, Groningen, 1982, pp. 99 respectievelijk 155-162.
- 229 Wolf, J., *Oude bekenden van de psychiatrie, Een onderzoek naar een sociaal-psychiatrische hulpverleningspraktijk*, Stichting Welzijnspublicaties, Utrecht, 1990, pp. 223-227.
- 230 Haen, F. de, Algra, J., *Harmonisering van GGZ-regio's, Interimrapport*, NZI, Utrecht, 1990, pp. 17-24.
- 231 Ministerie van VVC, *concept-nota GGZ*, Rijswijk, 8 december 1992, pp. 51-52.
- 232 Slooff, C.J., Verhoeven, W.M.A. (red.), *Opstellen over ontwikkelingen in en rond de verblijfspsychiatrie*, Reed Healthcare Communications, Leiderdorp, 1992.
- 233 Centraal Bureau voor de Statistiek, *Statistisch jaarboek 1993*, SDU/uitgeverij, CBS-publikaties, 's Gravenhage, 1993, pp. 52 respectievelijk pp. 29.
- 234 Gooijer W.J. de, *Het FOGM als sturingsinstrument?* In: Hagen, J.H., Lapré, R.M., Wermer, F.J.M., *De financieel-economische begrenzing van de gezondheidszorg*, Congresverslag, Uitgeverij De Tijdstroom, Lochem-Gent, 1987, pp. 75.
- 235 Sporre, G.L., *Ambtelijke invloed (v)erkend, De verhouding tussen politiek bestuur en ambtelijke organisaties nader beschouwd*, Zwolle, 1988, pp. 21.
- 236 Bressers, J.Th.A., *Analyse en evaluatie van de beleidshoud*. In: Blommestein, H.J., Bressers, J.Th.A., Hoogerwerf, A., *Handboek beleidsevaluatie, een multidisciplinaire benadering*, Samsom Uitgeverij, Alphen aan den Rijn, 1984, pp.60.
- 237 Maarse, J.A.M., Moen, J., *Instrumenten van beleid*. In: *Beleidswetenschap 1991/2*, pp. 133-143.
- 238 Baakman, N.A.A., *Kritiek van het openbaar bestuur, besluitvorming over de bouw van ziekenhuizen in Nederland tussen 1960 en 1985*, Thesis Publishers, Amsterdam, 1990, pp. 41-43.
- 239 Sporre, G.L., *Ambtelijke invloed (v)erkend, De verhouding tussen politiek bestuur en ambtelijke organisaties nader beschouwd*, Zwolle, 1988, pp. 106-108.
- 240 Cox, F.G.A.M., *Ontwerpplan Wer Ziekenhuisvoorzieningen, Stagevervangende opdracht studie bestuurswetenschappen*, Rijksuniversiteit Groningen, februari 1992, pp. 30-31.
- 241 Aan de directies van de APZ-en en de CPZ-en in de drie noordelijke provincies heb ik de volgende vragen ter beoordeling voorgelegd:
- a welke ontwikkelingen hebben zich m.b.t. de erkende capaciteit voorgedaan ten aanzien van:
 - a.1 het aantal klinische plaatsen;
 - a.2 het aantal deeltijdplaatsen;
 - b welke ontwikkelingen hebben zich m.b.t. de benutting van de capaciteit sedert 1987 voorgedaan ten aanzien van:
 - b.1 de gemiddelde bezetting van het aantal klinische plaatsen;
 - b.2 de gemiddelde bezetting van het aantal deeltijdplaatsen;
 - b.3 de polikliniekproductie;
 - c welke substantiële bouwkundige veranderingen hebben zich sedert 1987 voltrokken c.q. zullen binnenkort worden gerealiseerd en wat zijn daarvan de globale stichtingskosten;
 - d welke bouwkundige veranderingen hebben in directe samenhang met de vaststellingsbesluiten geen doorgang gevonden;
 - e welke maatregelen hebt u sedert 1987 getroffen om de spreiding van uw voorzieningen te verbeteren c.q. de substitutie te bevorderen;
 - f hoe hebben de exploitatiekosten zich in de periode 1987-1992 ontwikkeld;
 - g verwacht u dat de vaststellingsbesluiten u de komende tijd bij de uitvoering van uw instellingsbeleid zullen hinderen; zo ja, op welke wijze;
 - h welke ontwikkelingen acht u voorts vermeldenswaard.

- 242 Polstra, L., *Van patiënt naar werknemer, Evaluatie van Intramurale Werkprojecten van het APZ Licht en Kracht te Assen*, Andragogisch Instituut Rijksuniversiteit Groningen, 1991, 123-129.
- 243 Wiersma, D., Schene, A. (red.), *Opname-vervangende dagbehandeling in de psychiatrie. Onderzoek naar haalbaarheid en effecten van de substitutieprojecten in Drenthe en Utrecht*, Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid, Utrecht, maart 1992, pp. 38-43.
- 244 Ministerie van WVC, *Concept-Nota GGZ*, Rijswijk, 8 december 1992, pp. 4
- 245 Maarse, J.A.M., *Politieke besluitvorming in de gezondheidszorg*, in: Maarse, J.A.M. en Mur-Vecman, I.M., *Beleid en beheer in de gezondheidszorg*, Van Gorcum, Assen/Maastricht, 1990, pp. 210-211
- 246 Honing, M., *Doeltreffend beleid*, Van Gorcum, Assen/Maastricht, 1985, pp. 32.

Bibliografie

- Algemene Rekenkamer. Instrumenten en doelbereiking kostenbeheersing gezondheidszorg, een inventarisatie. 's Gravenhage, 1986, nr. 19794
- Algemene Rekenkamer. Planning en bouw ziekenhuisvoorzieningen. 's Gravenhage, 1990, 21674 nummers 1 en 2
- Andel, H. van. Over de optimale grootte van een psychiatrisch ziekenhuis, 1983
- Andel, H. van. De geestelijke gezondheidszorg (intramuraal), in: Boot, J.M., Jurg, E., Gezondheidszorg (in)stelling, Lochem-Gent, 1988
- Arentsen, M.J., Lulofs, K.R.D., Het bepalen van overheidsbeleid, in: Hoogerwerf, A. et al., Overheidsbeleid, een inleiding in de beleidswetenschap, Alphen aan den Rijn, 1989
- Baakman, N.A.A., Kritiek van het openbaar bestuur, besluitvorming over de bouw van ziekenhuizen in Nederland tussen 1960 en 1985, Amsterdam, 1990
- Blommestein, H.J., Bressers, J.Th.A., Hoogerwerf, A., Handboek beleidsevaluatie, een multidisciplinaire benadering, Alphen aan den Rijn, 1984
- Boot, J.M., Jurg, E., Gezondheidszorg (In)stelling, Lochem-Gent, 1988
- Bressers, J.Th.A., Analyse en evaluatie van de beleidsinhoud, in: Blommestein, H.J., Bressers, J.Th.A., Hoogerwerf, A., Handboek beleidsevaluatie: een multidisciplinaire benadering, Alphen aan den Rijn, 1984
- Bressers, J.Th.A., Analyse en evaluatie van de beleidseffecten, in: Blommestein, H.J., Bressers, J.Th.A., Hoogerwerf, A., Handboek beleidsevaluatie: een multidisciplinaire benadering, Alphen aan den Rijn, 1984
- Bressers, J.Th.A., Hoogerwerf, A., Inleiding tot de beleidsevaluatie, in: Blommestein, H.J., Bressers, J.Th.A., Hoogerwerf, A., Handboek beleidsevaluatie: een multidisciplinaire benadering, Alphen aan den Rijn, 1984
- Bressers, J.Th.A., Ringeling, A.B., Beleidsinstrumenten in drie arena's: beleidsvorming, uitvoering en doorwerking, Beleidswetenschap nr.1, 1989
- Bressers, J.Th.A., Beleidsevaluatie en beleidseffecten, in: Hoogerwerf, A. et al., Overheidsbeleid, een inleiding in de beleidswetenschap, Alphen aan den Rijn, 1989
- Bressers, J.Th.A., Klok, P.J., De inhoud van het beleid, in: Hoogerwerf, A. et al., Overheidsbeleid, een inleiding in de beleidswetenschap, Alphen aan den Rijn, 1989
- Brook, F.G., Horn, G.H.M.M. ten en Sytema, S., Beddentekort verwacht voor ouderen in de psychiatrie, Utrecht, 1989
- Bruine, M. de, Schut, F.T., Overheidsbeleid en ziektekostenverzekering, in: Maarse, J.A.M., Mur-Vee-man, I.M., Beleid en beheer in de gezondheidszorg, Assen/Maastricht, 1990
- Buitendam, A., Schaalvarianten van organisatie, Inleiding gehouden tijdens de bedrijfs-sociologische studiedagen over Organiseren op schaal, verkenningen tussen groot en klein, Nijmegen, 1982
- Bijker, H.G., De prijs van vernieuwing in de psychiatrie, Inleiding voor de Interacademiale Werkgroep Ziekenhuiswetenschappen, De relatie tussen overheid en particulier initiatief, Utrecht, 1987
- Bijker, H.G., De financiële gevolgen van deconcentratie in de GGZ, Assen, 1987
- Bijker, H.G., De GGZ-ontwikkelingen in zuidoost-Friesland; hoe nu verder?, Assen, 1989.
- Centrale Raad voor de Volksgezondheid, Advies inzake de gewenste ontwikkeling van de voorzieningen voor geestelijke gezondheidszorg in Nederland, uitgebracht aan de Staatssecretaris van Sociale Zaken en Volksgezondheid, 's Gravenhage, 1970

- Centraal Bureau voor de Statistiek, Statistisch Jaarboek 1992, 's Gravenhage, 1993
- College voor Ziekenhuisvoorzieningen, Advies van de Werkgroep Korte Termijn, Utrecht, 1973
- College voor Ziekenhuisvoorzieningen, Advies inzake het ontwerpplan Psychiatrische Ziekenhuizen Drenthe, 1986, nr. 7174
- College voor Ziekenhuisvoorzieningen, Advies inzake het ontwerpplan Psychiatrische Ziekenhuizen Friesland, 1986, nr. 11620
- College voor Ziekenhuisvoorzieningen, Advies inzake het ontwerpplan Psychiatrische Ziekenhuizen Groningen, 1986, nr. 306.779
- College voor Ziekenhuisvoorzieningen, jaarverslag 1986, Utrecht, 1987
- College voor Ziekenhuisvoorzieningen, jaarverslag 1987, Utrecht, 1988
- College voor Ziekenhuisvoorzieningen, Schaafeffecten bij APZ-en, Utrecht, 1988
- College voor Ziekenhuisvoorzieningen, jaarverslag 1988, Utrecht, 1989
- College voor Ziekenhuisvoorzieningen, jaarverslag 1989, Utrecht, 1990
- Commissie Keuzen in de Zorg, Kiezen en delen, advies in hoofdzaken, 's Gravenhage, november 1991
- Commissie Strategische Heroriëntatie Gezondheidszorg, Gezondheidszorg in Tel, Utrecht, 1993
- Cornelis, A., Logica van het gevoel, Amsterdam/Brussel/Middelburg, 1993
- Cox, F.G.A.M., Ontwerpplan Wet Ziekenhuisvoorzieningen, Stagevervangende opdracht studie bestuurs-wetenschappen, Groningen, 1992
- Crevelt, E.R.E. van., Geestelijke gezondheidszorg in deconcentratie, een APZ in wording, 1990
- Departement van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, Notitie betreffende het psychiatriebeleid, 's Gravenhage, 1978
- Directie planning en bouw, Intern memo aan de staatssecretaris van WVC, inclusief ambtelijke notitie, Leidschendam, 1985
- Doel, J. van den, Konvergentie en evolutie, Assen, 1971
- Doelen, van der F.J.E., Klok, P.J., Beleidsinstrumenten, in: Hoogerwerf, A. et al., Overheidsbeleid, een inleiding in de beleidswetenschap, Alphen aan den Rijn, 1989
- Gersons, B.P.R. et al., In het spoor van Kees Trimbos, Deventer, 1990
- Geurts, J.L.A., Omkijken naar de toekomst, Alphen aan den Rijn, 1993
- GHIGH, jaarverslag 1985, Rijswijk, 1986
- GHIGV, jaarverslag 1986, Rijswijk, 1987
- GHIGH, jaarverslag 1987, Rijswijk, 1988
- GHIGV, jaarverslag 1988, Rijswijk, 1989
- GHIGV, jaarverslag 1989, Rijswijk, 1990
- Giel, R., Horn, G.H.M.M. ten, Brook, F.G., Planners kunnen zorgcijfers gebruiken voor integratie GGZ-voorzieningen, Utrecht, 1982
- Goffman, E., Totale instituties, Rotterdam, 1975
- Gooijer, W.J. de, Beheersing van technologische Vernieuwing, Alphen aan den Rijn, 1976
- Gooijer, W.J. de, Vernieuwingsdrang en Schaalomvang, Acta Hospitalia, Leuven, 1987
- Gooijer, W.J. de, Het FOGM als sturingsinstrument?, In: Hagen, J.H., Lapré, R.M., Werner, F.J.M., De finacieel-economische begrenzing van de gezondheidszorg, Lochem-Gent, 1987
- Gooijer, W.J. de, Ziekenhuismanagement als afstemmings- en structureringsprobleem: historie en perspectief, Assen/Maastricht 1988
- Grinten, T.E.D. van der, De vorming van de ambulante geestelijke gezondheidszorg: Een historisch beleidsonderzoek, Baarn, 1987
- Grinten, T.E.D. van der, Integratie en differentiatie in de geestelijke gezondheidszorg: het moeilijk evenwicht, in: Gersons, B.P.R. et al. In het Spoor van Kees Trimbos, Deventer, 1990
- Grinten, T.E.D. van der, Vos, P., Geestelijke gezondheidszorg: structuur en functioneren, in: Handboek Structuur en Financiering Gezondheidszorg, 's Gravenhage, 1987
- Groot, J.J.F. de, Jongerius-De Gier, G.M.C.A., Overheidsbeleid en aanbod van voorzieningen, in: Maarse, J.A.M., Mur-Veeman, I.M., Beleid en beheer in de gezondheidszorg, Assen/Maastricht 1990
- Grünwald, C.A., Beheersing van de gezondheidszorg, 's Gravenhage, 1987
- Grünwald, C.A., De groei van de gezondheidszorg, in: Maarse, J.A.M., Mur-Veeman, I.M., Beleid en beheer in de gezondheidszorg, Assen/Maastricht, 1990
- Haen, F. de, Verschillend verdeeld, een vergelijking van de kosten per patiëntencategorie tussen psychiatrische ziekenhuizen, Utrecht, 1988

- Haen, F. de, Algra, J., Harmonisering van GGZ-regio's, Utrecht, 1990
- Hartog, F., Overheid en economisch leven, Alphen aan den Rijn, 1965
- Hartog, Economische stelsels, Wolters-Noordhoff, Groningen, 1970
- Heeuwekemeijer, P.C. Tussenrapport inzake de aanpassing aan de nieuwe structuur van het orkestbestel in Nederland van het Noordelijk Filharmonisch Orkest, Groningen, 1984
- Heeuwekemeijer, P.C., Rapport inzake een nieuwe orkestenvoorziening voor het noorden des lands, Groningen, 1988
- Hellemans, S., Schepers, R., De ontwikkeling van corporatieve verzorgingsstaten in België en Nederland, 1992.
- Honingh, M., Doeltreffend beleid, Assen/Maastricht, 1985
- Hoogerwerf, A. et al., Overheidsbeleid, een inleiding in de beleidswetenschap, Alphen aan den Rijn, 1989
- Hoogerwerf, A., Problemen en beleid, in: Hoogerwerf, A. et al., Overheidsbeleid, een inleiding in de beleidswetenschap, Alphen aan den Rijn, 1989
- Hoogerwerf, A., Beleid, processen en effecten, in: Hoogerwerf, A. et al., Overheidsbeleid, een inleiding in de beleidswetenschap, Alphen aan den Rijn, 1989
- Horn, ten G.H.M.M., Sebens, B., Bezoek aan patiënten gaat gepaard met reisperikelen, Utrecht, 1980
- Horn, ten G.H.M.M., Nazorg geeft kopzorg, een onderzoek met een register voor de geestelijke volksgezondheid, Groningen, 1982
- Horn, ten G.H.M.M., Continuïteit en kwaliteit van hulpverlening: Centrale begrippen in de Nieuwe Nota, in: Maandblad voor Geestelijke Volksgezondheid, november 1985
- Horn, G.H.M.M. ten, Brook, F.G., Giel, R., Sytema, S., Beddentekort verwacht voor ouderen in de psychiatrie, Utrecht, 1989
- Horn, G.H.M.M. ten, Brook, F.G., Giel, R., Sytema, S., Beddenorm voor psychiatrische voorzieningen: projectie en werkelijkheid, Utrecht, 1989
- Imkamp, M.A., Beschermende woonvormen in Drenthe, een inventarisatie, Instituut voor Sociaal-Medische Wetenschappen, Interfaculteit bedrijfskunde, Groningen, 1984
- Jong, M.J. de, Schoonhoven, R. van, Afscheid van de zorgeloze verzorgingsstaat, Utrecht, 1992
- Können, E.E., Schaalproblemen op het vlak van de planning, een vergelijking tussen algemene en psychiatrische ziekenhuizen, 's Gravenhage, 1987
- Krapels, J., Openbaar besturen pragmatisch-analytisch benaderd, Leiden, 1992
- Krol, H.J.E., Passchier, J., Evaluatie planproces Wet Ziekenhuisvoorzieningen, Utrecht, 1986
- Leeuw, F.L., Beleidstheorieën, veronderstellingen achter beleid, in: Hoogerwerf, A. et al., Overheidsbeleid, een inleiding in de beleidswetenschap, Alphen aan den Rijn, 1989
- Londen, J. van, De gezondheidszorg en het intramurale systeem, in: Boot, J.M., Jurg, E., Gezondheidszorg (In)stelling, Lochem-Gent, 1988
- Londen, J. van, Toespraak ter gelegenheid van de uitreiking van de ereprijs NFGV aan R. Giel, 29 november 1991
- Maarse, J.A.M., De uitvoering van het overheidsbeleid, in: Hoogerwerf, A. et al., Overheidsbeleid, een inleiding in de beleidswetenschap, Alphen aan den Rijn, 1989
- Maarse, J.A.M., Mur-Veeman, I.M., Beleid en beheer in de gezondheidszorg, Assen/Maastricht, 1990
- Maarse, J.A.M., Mur-Veeman, Verantwoording, in: Maarse, J.A.M., Mur-Veeman, Beleid en beheer in de gezondheidszorg, Assen/Maastricht, 1990
- Maarse, J.A.M., Moen, J., Instrumenten van beleid: De doorwerking vanuit een organisatie-theoretisch perspectief, in: Beleidswetenschap 1991/2
- Made, J.H. van der, Mierlo, J.G.A. van, Het particulier initiatief in de gezondheidszorg, in: Maarse, J.A.M., Mur-Veeman, I.M., Beleid en beheer in de gezondheidszorg, Assen/Maastricht, 1990
- Meijer, A.W.M., Instellingen en strategisch beleid, in: Maarse, J.A.M., Mur-Veeman, I.M., Beleid en beheer in de gezondheidszorg, Assen/Maastricht, 1990
- Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, Nota Geestelijke Volksgezondheid 1970-1971, 's Gravenhage, 1971
- Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, Nota Geestelijke Volksgezondheid 1973-1974, 's Gravenhage, 1974
- Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, Richtlijnen ex artikel 3 WZV, 's Gravenhage, 1981
- Ministerie van WVC, Richtlijnen ex artikel 3 WZV, 's Gravenhage, 1983
- Ministerie van WVC, Nota Geestelijke Volksgezondheid, 's Gravenhage, 1984

- Ministerie van WVC, Aanwijzing ontwerpplan hoofdgroep psychiatrische ziekenhuizen gezondheidsregio Groningen/Drenthe, 1985
- Ministerie van WVC, Nota 2000, over de ontwikkeling van gezondheidsbeleid: feiten, beschouwingen en beleidsvoornemens, 's Gravenhage, 1986
- Ministerie van WVC, Richtlijnen ex artikel 3 WZV, 's Gravenhage, 1986
- Ministerie van WVC, Ambtsbericht inzake de beroepen tegen de besluiten tot vaststelling van de plannen voor de geestelijke gezondheidszorg voor Drenthe, Groningen en Friesland, Rijswijk, 1989
- Ministerie van WVC, Ontwerp Kerndocument gezondheidsbeleid voor de jaren 1990-1995, (Doelgericht veranderen), 's Gravenhage, 1989
- Ministerie van WVC, Werken aan zorgvernieuwing, actieprogramma voor het beleid voor de zorgsector in de jaren '90, 's Gravenhage, 1990
- Ministerie van WVC, Financieel Overzicht Zorg 1991, 's Gravenhage, 1990
- Ministerie van WVC, Richtlijnen ex artikel 3 WZV, 's Gravenhage, 1991
- Ministerie van WVC, Financieel Overzicht Zorg 1993, 's Gravenhage, 1992
- Ministerie van WVC, concept nota-GGZ, Rijswijk, 1992
- Montfort, A.P.W.P. van, Besluitvormingsprocessen in de gezondheidszorg, Inleiding voor de Interacademiale Werkgroep Ziekenhuiswetenschappen, De relatie tussen overheid en particulier initiatief, Utrecht, 1987
- Mijs, A.A., Het ontstaan van de RIAGG's in Amsterdam, Lisse, 1987
- Nationale Raad voor de Volksgezondheid, Advies Multifunctionele Eenheden, Zoetermeer, 1985
- Nationale Raad voor de Volksgezondheid, Advies samenwerking tussen extramurale en intramurale geestelijke gezondheidszorg, Zoetermeer, 1987
- Nationale Raad voor de Volksgezondheid, Advies functies in de GGZ, deel I, publikatie 7/89 4141-34, Zoetermeer, 1989
- Nationale Raad voor de Volksgezondheid, Advies functies in de GGZ, deel II, publikatie 32/89, Zoetermeer, 1989
- Nationale Raad voor de Volksgezondheid/College voor Ziekenhuisvoorzieningen, Concept Rapport Multi Functionele Eenheden 1984-1990, Stand van zaken, Zoetermeer, 1991
- Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid, Invitational Conference, Utrecht, 1984
- NIPO, Interprovinciale lange termijnvisie Psychiatrie noorden des lands, juli, 1982
- Offerhaus, R. et al, Onder één dak; verslag van het symposium over regionale psychiatrische centra als Multi Functionele Eenheden in Rotterdam, Rotterdam, 1985
- Ommen, M. van, Tussen professionele autonomie en wederzijdse aanpassing, Groningen, 1988
- Pen, J, Harmonie en conflict, Amsterdam, 1966
- Poel, E. van der, Romme, M., Trimbos, K., Wilk, H. van der, Het psychiatrisch ziekenhuis in discussie; verslag van de Moratoriumgroep nieuwbouw APZ-en, uitgave van de initiatiefgroep Moratorium Bouw Psychiatrische Ziekenhuizen, maart 1985
- Poelijoe, N.W., Opnamevervangende dagbehandeling op open psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen, dissertatie, Utrecht, 1992
- Polstra, L., Van patiënt naar werknemer, Evaluatie van intramurale werkplekken van het APZ Licht en Kracht te Assen, Groningen, 1991
- Provincie Drenthe, Psychiatric-Plan voor Drenthe: ontwerp voor de psychiatrische ziekenhuizen 1985-1995, 1985
- Provincie Friesland, Ontwerpplan psychiatrische voorzieningen voor de gezondheidsregio Friesland, 1986
- Provincie Groningen, Ontwerpplan Psychiatrische Ziekenhuizen Provincie Groningen, 1985
- Rietveld, A.A., Overheid en GGZ: een merkwaardige verbintenis, Utrecht, 1988
- Roo, A.A. de, De zorgsector als bedrijfstak in wording, Tilburg, 1993
- Roscam Abbing, E.W., Een visie vanuit de overheid, Inleiding voor de Interacademiale Werkgroep Ziekenhuiswetenschappen, De relatie tussen overheid en particulier initiatief, Utrecht, 1987
- Schoep, H.F., Wegen naar Rome, Over de omvang van zwakzinnigeninrichtingen, Utrecht, 1989
- Slooff, C.J., Verhoeven, W.M.A. (red.), Opstellen over ontwikkelingen in en rond de verblijfspsychiatrie, Leiderdorp, 1992
- Smits, S., Berg, H.O. van den., Symfonieorkesten in Nederland, Bezetenheid in dienstverband, 1980
- Sociaal en Cultureel Planbureau, School en Schaal, Cahier 1990/81, Rijswijk, 1990
- Sporre, G.L., Ambtelijke invloed (v)erkend, Zwolle, 1988

- Staatssecretaris van Volksgezondheid en Milieuhygiëne. Structuurnota Gezondheidszorg. 's Gravenhage, 1974
- Staatscourant, Vaststelling plannen instellingen voor geestelijke gezondheidszorg, 28 juli 1987
- Staatstoezicht op de Volksgezondheid, geneeskundige inspectie voor de geestelijke volksgezondheid in Groningen, Friesland en Drenthe, advies/schrijven aan de Directeur-Generaal voor de Volksgezondheid, 1986, nr. 2526/86JE/CH
- Stuurgroep Toekomstscenario's Gezondheidszorg, Zorgen voor geestelijke gezondheid in de toekomst: toekomstscenario's geestelijke volksgezondheid en geestelijke gezondheidszorg 1990-2010, Utrecht/Antwerpen, 1990
- Swaan, A. de, De mens is de mens een zorg, Amsterdam, 1982
- Verkaar, E.A.M.J.V., Strategisch gedrag van kategoriale patiëntenorganisaties, Proefschrift, Rotterdam, 1991
- Vos, L.M. de., Overheidsbeleid en prijsvorming in de gezondheidszorg, in: Maarse, J.A.M., Mur-Vee-man, I.M., Beleid en beheer in de gezondheidszorg, Assen/Maastricht, 1990
- Vught, F.A. van, Methodologische aspecten van beleidsevaluatie, in: Blommestein, H.J., Bressers, J. Th. A. en Hoogerwerf A., Handboek beleidsevaluatie, een multidisciplinaire benadering, Alphen aan den Rijn, 1984
- Werkgroep Huisvesting Psychiatric, Rapport over de uitvoering van fase 2, planningsaspecten, 's Gravenhage, 1979
- Wiersma, D., Schenc, A. (red.), Opnamevervangende dagbehandeling in de psychiatrie; onderzoek naar de haalbaarheid en effecten van de substitutieprojecten in Drenthe en Utrecht, Utrecht, 1992
- Wit, J. de, Hoe provinciaal is de GGZ? Formele en informele betrokkenheid van de provinciale overheden bij de geestelijke gezondheidszorg van 1884 tot 1991, Utrecht, 1991
- Wolf, J., Oude bekenden van de psychiatrie, een onderzoek naar een sociaal psychiatrische hulpverleningspraktijk, Utrecht, 1992
- Zuthem, H.J. van, Inleiding in de economische Sociologie, Amsterdam, 1973

Samenvatting

De overheid stelt zich ten doel te voorzien in de behoefte aan een goede gezondheidszorg tegen aanvaardbare kosten. Daartoe staat een beperkt instrumentarium ter beschikking, onder meer steunend op de pijlers tariefstelling en planning. De toegankelijkheid tot de voorzieningen kan worden beïnvloed door daartoe strekkende bepalingen in het verzekeringsstelsel op te nemen. Voor het beïnvloeden van de prijzen staat de Wet Tarieven Gezondheidszorg ter beschikking. De planning van het aanbod biedt eveneens mogelijkheden de (kosten)ontwikkelingen te beheersen. Voor het plannen van de voorzieningen is de Wet Ziekenhuistarieven (WZV) van eminent belang.

Sedert 1 september 1979 is de WZV in gewijzigde vorm van kracht. Deze wet beoogt een doelmatig stelsel van ziekenhuisvoorzieningen en een evenwichtige spreiding over het land tot stand te brengen met behulp van planning van de voorbereidingen en regulering van de bouw. De minister geeft op basis van de wetsbepalingen aanwijzingen aan de provinciale besturen voor de opstelling van een ontwerpplan, betrekking hebbend op een bepaalde regio, een bepaalde categorie ziekenhuisvoorzieningen en geldend voor een aangegeven tijdvak. Met gebruikmaking van de richtlijnen ex artikel 3 van de WZV dienen de provincies de normatieve behoefte aan gezondheidszorgvoorzieningen te bepalen. Voorts behoort een bouwkundige inventarisatie van de voorzieningen in de ontwerpplannen te worden opgenomen.

De studie is bedoeld om inzicht te verkrijgen in de doeltreffendheid van de WZV, aangaande de doelmatigheid en spreiding van de geestelijke gezondheidszorg.

De probleemstelling luidt dan ook als volgt: *“Is de Wet Ziekenhuisvoorzieningen een doeltreffend instrument voor het realiseren van een doelmatig stelsel van evenwichtig gespreide klinisch psychiatrische voorzieningen en wat zijn van het gebruik van dit instrument de (neven)effecten”?*

Deze probleemstelling wordt eerst vertaald in een aantal concrete vragen, te weten:

- wat is een doelmatige geestelijke gezondheidszorg (GGZ)?;
- wat is een evenwichtige spreiding?

Ter beantwoording van deze vragen wordt in deel I van de studie inzicht verschaft in het overheidsbeleid in het algemeen en het beleid inzake de GGZ in het bijzonder. Daartoe worden onder meer de inhoud van nota's van diverse staatssecretarissen, adviesorganen van het ministerie en onderzoeksbureaus besproken. Ook uit deze

stukken blijkt dat de overheid niet uitsluitend is geïnteresseerd in de zorg als zodanig, maar in toenemende mate ook de kosten van de gezondheidszorg wenst te beheersen. Geconcludeerd wordt dat er sprake is van een doelmatige GGZ wanneer de zorg wordt afgestemd op de zorgvraag, goed bereikbaar (en toegankelijk) is, voldoet aan de te stellen kwaliteitseisen, de continuïteit waarborgt en wordt geboden door instellingen die groot genoeg zijn om een gedifferentieerd pakket van voorzieningen te kunnen bieden en klein genoeg om op menselijke schaal te functioneren. Naar het antwoord op de vraag wat de overheid onder een evenwichtige spreiding verstaat wordt in de studie wel gezocht, maar passende antwoorden worden niet gevonden.

In deel II staat de casuïstiek met betrekking tot de planning van de klinisch psychiatrische voorzieningen in de drie noordelijke provincies centraal. Eerst wordt de uitgangssituatie besproken, die als bijzonder kan worden gekwalificeerd. In het dun bevolkte noorden van het land functioneren sedert jaar en dag vijf Algemeen Psychiatrische Ziekenhuizen (APZ-en), die gezamenlijk beschikken over een klinische capaciteit, die de normatieve beddenaantallen aanzienlijk overtreft. Voorts wordt duidelijk gemaakt dat de spreiding van de bestaande APZ-en te wensen overlaait. Aansluitend wordt de "startnota" behandeld, die werd opgesteld door de besturen van de provincies Groningen, Friesland en Drenthe. Deze nota geeft de gemeenschappelijke uitgangspunten van de provincies betreffende de spreiding van APZ-en weer. Daaruit blijkt dat de provinciale overheden van oordeel zijn dat het aantal APZ-en niet moet worden gewijzigd, dat de situering in de verzorgingsgebieden moet worden verbeterd en dat er voor de APZ-en een voldoende groot draagvlak moet worden gecreëerd, dat het mogelijk maakt een gedifferentieerde zorg tegen redelijke kosten te bieden. Aansluitend worden de ontwerpplannen per provincie besproken. In dat kader wordt tevens aandacht geschonken aan de opvattingen van de staatssecretaris van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur (WVC), zoals neergelegd in de aanwijzingen, terwijl voorts het oordeel van het College voor Ziekenhuisvoorzieningen (CvZ), een belangrijk adviesorgaan van de staatssecretaris, in de overwegingen wordt betrokken. De ontwerpplannen worden op onderdelen vergeleken en blijken in inhoudelijk opzicht in redelijke mate overeen te stemmen. Dat geldt ook voor de voorgestelde planmatige gevolgen, met name voor de korte termijn. Anders ligt dat met betrekking tot de langere termijn. Daar waar de provincie Drenthe er van uit gaat dat het APZ Licht en Kracht over een aantal jaren vanuit Assen grotendeels naar zuidoost-Friesland zal worden verplaatst, maakt de provincie Friesland duidelijk dat uiteindelijk alle GGZ-voorzieningen binnen de provinciegrenzen zullen moeten liggen en zo mogelijk door Friese organisaties dienen te worden geëxploiteerd.

De staatssecretaris wordt dus geconfronteerd met verschillende visies van de provincies, mede omdat er onvoldoende sprake is geweest van interprovinciale toetsing. Tegen het advies van het CvZ, dat heeft voorgesteld delen van de ontwerpplannen vast te stellen en voor de overige onderdelen een nieuwe aanwijzing te geven, stelt de staatssecretaris de plannen naar eigen inzichten vast. In deze vaststellingsbesluiten wordt op een groot aantal onderdelen afgeweken van de ontwerpplannen. Samengevat gaat het om de volgende maatregelen: De capaciteit van vrijwel alle

instellingen zal drastisch moeten worden ingekrompen. Voor elk bed in een beschermende woonvorm en voor elke deeltijdplaats moet een APZ-bed worden ingeleverd en het initiatief voor de oprichting van Multi Functionele Eenheden (MFE-en) wordt bij de algemene ziekenhuizen gelegd. Voorts wordt de oprichting van een nieuw APZ in zuidoost-Friesland noodzakelijk geacht, waardoor het verzorgingsgebied van Licht en Kracht aanzienlijk dreigt te worden gereduceerd. Om de daarmee verband houdende negatieve effecten te compenseren zal de staatssecretaris voor planningsdoeleinden de Drentse APZ-en Licht en Kracht en Beilerwaard als één beschouwen (Dennenoord, dat eveneens in Drenthe is gesitueerd wordt in die visie als een Gronings APZ aangemerkt). Hij is van oordeel dat de problemen binnen redelijke grenzen kunnen blijven wanneer deze APZ-en besluiten te fuseren.

Als reactie op de vaststellingsbesluiten besluit een groot aantal instellingen en instanties (in 1987) een Raad van State-procedure te starten, teneinde de verwachte schade te beperken. Op het moment van afsluiting van deze studie heeft de Raad van State nog steeds geen uitspraak gedaan. Wel heeft het ministerie van WVC ter voorbereiding op een eventuele zitting een ambtsbericht opgesteld, waarin door de opstellers tot uitdrukking wordt gebracht dat de provincies hun huiswerk slecht hebben gemaakt en dat uiteindelijk de minister het voor het zeggen heeft.

Intussen heeft een tweetal initiatiefnemers, te weten eerst het APZ Licht en Kracht en later ook het Psychiatrisch Ziekenhuis Franeker (PZF, welk APZ de aanvraag in een later stadium heeft overgedragen aan de Stichting Samenwerkende Instellingen voor Geestelijke Gezondheidszorg) op grond van de inhoud van de vaststellingsbesluiten een aanvraag voor een (niet zelfstandig) APZ in Heerenveen ingediend. Het merendeel van de adviesorganen van de staatssecretaris is van oordeel dat de voorkeur moet worden gegeven aan het initiatief van Licht en Kracht. Op het moment dat de afgifte van een zogeheten verklaring van behoefte aan Licht en Kracht wordt verwacht, besluit de staatssecretaris echter dat een zelfstandige rechtspersoon de verantwoordelijkheid voor beheer en exploitatie van deze nieuw op te richten voorziening moet gaan dragen. Vanaf dat moment is er sprake van een ingewikkeld onderhandelingstraject, waarin vooral het ministerie van WVC en Licht en Kracht een rol vervullen. Het afgeven van een verklaring aan een nieuwe rechtspersoon wordt namelijk belemmerd door de Licht en Kracht-aanvraag. WVC toont zich, na taai onderhandelen van beide kanten, bereid de opbouw van nieuwe APZ-capaciteit en de reductie van bestaande capaciteiten te ontkoppelen, teneinde op die wijze bestaande instellingen de gelegenheid te geven in alle rust orde op zaken te stellen. Voorts wordt Licht en Kracht toestemming verleend voor een aanmerkelijke verbetering van de bestaande outillage. Aan het eind van de onderhandelingen besluit het Assense APZ in overleg met de Open Ankh (het werkverband waarvan de instelling deel uitmaakt) de aanvraag in te trekken. Onmiddellijk daarna wordt de verklaring aan de inmiddels opgerichte Friese rechtspersoon afgegeven.

In het derde deel van de studie wordt het overheidsbeleid geanalyseerd en geëvalueerd. Daarbij wordt aandacht geschonken aan de inhoud, de processen en de effecten van het beleid.

Eerst wordt aangetoond dat de kostenstijgingen het management van de instellingen niet kunnen worden aangerekend. Vervolgens blijkt dat de richtlijnen ex artikel 3

WZV niet realistisch kunnen worden genoemd en daarom in het veld geen steun vinden. Voorts wordt stilgestaan bij de voor- en nadelen van schaalvergroting in het algemeen en die in de GGZ in het bijzonder. Daaruit blijkt dat de overheid ten onrechte de als zodanig aangeduide buitenschaal als maatstaf hanteert, terwijl juist elementen als groeps grootte “de menselijkheid van de schaal” bepalen. Aansluitend wordt uiteengezet dat voor het verbeteren van de doelmatigheid en de spreiding van de GGZ-voorzieningen het “instrument WZV” gebrekkig functioneert, terwijl ook de eventuele overige overheidsdoelen met gebruikmaking van het beschikbare instrumentarium maar in geringe mate kunnen worden bereikt. Kortom, het instrumentarium is niet effectief.

In het derde deel wordt tevens kort uiteengezet hoe het “rasterwerk van horizontale en verticale relaties, dat ontstaat na de toewijzing van beslissingstaken aan organen en personen” er uit ziet en op welke wijze het WZV-spel door de betrokken actoren is gespeeld. De vraag wie nu uiteindelijk de beslissingen forceert kan niet eenduidig worden beantwoord. Er is sprake van een groot aantal deelbeslissingen die nu eens door de ene actor en dan weer door de andere worden genomen. In dit afsluitende deel van de studie wordt tevens de werkelijke gang van zaken in de noordelijke provincies vergeleken met de inhoud van de ontwerpplannen en de bepalingen van de vaststellingsbesluiten. Uit de beschouwingen blijkt dat er geen sprake is geweest van volgtijdelijke processen (eerst de plannen definitief vaststellen en vervolgens met de uitvoering beginnen), maar van parallelle ontwikkelingen. Aangetoond wordt dat, in tegenstelling tot de verwachtingen zoals neergelegd in de ontwerpplannen, de beschikbare capaciteiten van de APZ-en nauwelijks zijn gewijzigd, de exploitatiekosten zich trendmatig hebben ontwikkeld en de outillage vrijwel overal is verbeterd dan wel zal worden verbeterd. Plannen die de instellingen, voor een deel al voorafgaande aan de opstelling van de ontwerpplannen van de provincie, hadden ontwikkeld en vervolgens hebben verfijnd, worden – zij het met een zekere vertraging – alsnog uitgevoerd.

Een uitzondering daarop wordt gevormd door het tweede APZ in Friesland. Om te bereiken dat deze voorziening (die overigens qua verschijningsvorm nauwe verwantschap vertoont met de door Licht en Kracht en het PZF bepleite MFE-en) er in de loop van de negentiger jaren komt, heeft de overheid echter nogal wat concessies moeten doen.

Uit eerder onderzoek is gebleken dat het beleid effectiever is naarmate de relatieve macht van de voorstanders groter is dan de relatieve macht van de tegenstanders. Het veld heeft zich tegen het overheidsbeleid gekeerd en met succes een aantal ontwikkelingen weten tegen te houden of op zijn minst aanzienlijk weten te vertragen. Dat betekent dat de ontwikkelingen uiteindelijk in overwegende mate door het veld, dus door de tegenstanders van het beleid, zijn bepaald. Toch heeft het spel geen echte winnaars opgeleverd. De instellingen verkeren in onzekerheid over de effecten op termijn en de overheid heeft slechts op een enkel onderdeel, waarvoor wel een aanzienlijke prijs moest worden betaald, een zekere voortgang bewerkstelligd.

Summary

The efficiency and policy-effectiveness regarding the distribution of psychiatric hospital-beds by means of the Wet Ziekenhuisvoorzieningen

Summary of the study: “De doelmatigheid en effectiviteit van het spreidings-beleid inzake de klinisch psychiatrische voorzieningen met behulp van de Wet Ziekenhuisvoorzieningen”.

The government aims at providing for the need for a sound health care system against acceptable costs. For that purpose it disposes of a limited set of instruments which is, among other things, based on the cornerstones tariff-fixation and planning. The accessibility of the facilities can be limited by including specific regulations in the health-insurance system. To influence prices the “Wet Tarieven Gezondheidszorg” (Health Care Tariffs Act) can be applied. The supply planning also offers opportunities to control (cost) developments. For the planning of facilities the “Wet Ziekenhuisvoorzieningen” (WZV) (Hospital Facilities Act) is of crucial importance. Since 1 September 1979 the WZV has been in force, though in revised form. This act aims at establishing an efficient system of hospital facilities and a well-balanced distribution over the country by planning construction preparations and regulating construction activities. On the basis of the provisions of the act the Minister gives directions to the provincial executives as to the drawing-up of a design plan with relation to a specific region and to a specific category of hospital facilities, and valid for a given period of time. By applying the directives of article 3 of the WZV the provincial executives should determine the normative need for health care facilities. Moreover, an architectural inventory of the facilities should be included in the design plans.

The study intends to gain a clear insight into the effectiveness of the WZV with respect to the efficiency and distribution of mental health care facilities.

The problem is therefore defined as follows: *“Is the Hospital Facilities Act an effective instrument for the realisation of an efficient system of – evenly distributed – clinical psychiatric facilities and what are the (side) effects of the use of this instrument?”*

This problem definition is first translated into a number of concrete questions, viz.:

- what is an efficient mental health care (GGZ)?;
- what is an evenly balanced distribution?

To be able to answer these questions the first part of this study expounds not only the government policy in general but also the policy regarding the mental health care (GGZ) in particular. For that purpose the contents of notes issued by the various Parliamentary Undersecretaries, by advisory bodies to the Ministry, and by research institutes are discussed. Also from these documents it appears that the government is not solely interested in health care as such, but also increasingly wishes to control the costs of the health care. It is concluded that an efficient GGZ will have been established when the care is tuned to its demand, is within easy reach and accessible, meets the specific quality requirements, safeguards continuity, is based on the rights of the patient and is provided by institutions large enough to provide a differentiated set of provisions and small enough to function on a human scale. Although the study has looked for an answer to the question as to what the government understands by a well-balanced distribution of hospital facilities, it has not found any fitting answers. In the second part the casuistry with relation to the planning of the clinical psychiatric facilities in the three northern Dutch provinces is focused on. First, the starting-situation is discussed, which can be described as 'special'. In the thinly populated north of the country five "Algemeen Psychiatrische Ziekenhuizen" (APZs)(General Psychiatric Hospitals) have been operative for many years, together commanding a clinical capacity considerably exceeding the normative numbers of beds. Moreover, it is demonstrated that the distribution of the existing APZs leaves much to be desired. Thereupon, the 'starting note' is discussed which was drawn up by the provincial executives of the provinces of Groningen, Friesland and Drenthe. This note reflects the common starting-points of the provinces regarding the distribution of APZs. From this it appears that the provincial authorities are of the opinion that the number of APZs should not be changed; that their siting in the health service districts should be improved and that a sufficiently large basis should be created for the APZs to enable the provision of a differentiated health care against reasonable costs. Thereupon, the design plans are discussed for each province separately. In that context attention is also paid to the views of the Parliamentary Undersecretary of "Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur" (WVC)(Well-being, Health and Culture) as laid down in his directives, while the opinion of the "College voor Ziekenhuisvoorzieningen" (CvZ)(Board on Hospital Facilities), an important advisory board to the Undersecretary, has also been accounted for in the considerations. The design plans are compared for each of their sections and, as regards their contents, appear to be in reasonable conformity. That also applies to the results as proposed in the planning, particularly for the short term. The situation for the longer term is different however. Whereas the province of Drenthe assumes that the APZ "Licht en Kracht" will largely be moved from Assen to southeast Friesland after a number of years, the province of Friesland states that eventually all GGZ-facilities be situated within the provincial borders and, where possible, be run by Frisian organisations. The Undersecretary is thus faced with conflicting provincial views, also owing to the fact that there has been insufficient interprovincial consultation on the subject. Contrary to the advice of the CvZ, suggesting him to finalise parts of the design plans and to give a new directive for the remaining parts, the Undersecretary finalises the plans according to his own views. These finalising decisions deviate from the design

plans with respect to a great many elements. In short, the following measures are concerned here: The capacity of practically all institutions shall be drastically reduced. For each bed in a so-called community residence and for each place in a day hospital one APZ-bed must be relinquished. The initiative for the establishment of Multi-Functional Units (MFEs) has become the responsibility of the general hospitals. In addition, the erection of a new APZ in southeast Friesland is considered necessary, which threatens to substantially cut down the health service district now covered by "Licht en Kracht". To compensate for the attendant negative effects the Undersecretary will regard the two Drenthe APZs "Licht en Kracht" and "Beileeroord" as one with respect to the planning objectives (in this vision "Dennenoord", which is also situated in Drenthe, is considered a Groningen APZ). He is of the opinion that the problems can be kept within reasonable bounds when these APZs decide to merge.

In response to the finalising decisions a large number of institutions and bodies decided (in 1987) to start a 'State Council' procedure in order to limit the expected damage. At the moment that this study was completed, the State Council had not yet passed judgment. Yet, in preparation of a possible session the Ministry of WVC has drawn up an official statement expressing that the provinces have done their homework improperly and that eventually the Minister can have his own way.

Meanwhile two of the initiators, viz. at first the APZ "Licht en Kracht" and later the Psychiatric Hospital "Franeker" (PZF, which at a later stage handed over the application to the Foundation of Co-operating Institutions for Mental Health Care) have filed an application for a (not independent) APZ in Heerenveen on the basis of the purport of the finalising decisions. The majority of the advisory bodies to the Undersecretary finds that the initiative of "Licht en Kracht" should be preferred. However, at the very moment that the award of a so-called 'statement of need' to "Licht en Kracht" is expected, the Undersecretary decides that an independent legal person shall carry the responsibility for the management and operation of this newly to be erected facility. That moment marks the beginning of a complicated process of negotiations, in which particularly the Ministry of WVC and "Licht en Kracht" play a role.

The award of a statement to a new legal person is namely impeded by the "Licht en Kracht" application. After tough negotiating from both sides the Ministry of WVC expresses its willingness to disconnect the erection of new APZ-capacity and the reduction of existing capacities, in order to thus enable the existing institutions to settle their affairs calmly. Furthermore, "Licht en Kracht" is granted permission for a substantial improvement of its existing buildings and equipment. At the end of the negotiations the Assen APZ decides to relinquish the application, this in consultation with the "Open Ankh" (the working combination the institution is part of). Immediately after this, the statement is awarded to the meanwhile founded Frisian legal person.

In the third part of the study the government policy is analysed and evaluated. Besides, attention is paid to the purport, the processes and the effects of this policy. Firstly it is demonstrated that the management of the institutions cannot be held responsible for the rise in costs. It further appears that the directives of article 3 of

the WZV cannot be called realistic and do therefore not find support in the field. Next, the advantages and disadvantages of scaling up in general and that in the GGZ in particular are dealt with. From that it is apparent that the government wrongly uses the (as such defined) outer-scale as a criterion, whereas particularly elements such as group size determine “the humanity” of the scale. Thereupon, it is set forth that the “WZV instrument” performs badly with regard to the distribution of the facilities, whereas also the other government objectives can be met only to a small extent when utilising the available set of instruments. In short, the set of instruments is not effective.

In the third part of this study it is also set forth what “the lattice-work of horizontal and vertical relations which arises after the award of discretionary authorities to bodies and persons” looks like and in what way the WZV-game has been played by the actors involved. The question who eventually forces the decisions cannot be answered unequivocally. Here a great number of secondary decisions are involved which are taken at one time by the one actor, at another time by the other.

In this concluding part of the study the actual course of events in the northern provinces is also compared with the content of the design plans and the provisions of the finalising decisions. From these observations it is apparent that no successive processes (i.e. finalising the plans first and then starting their execution) were involved but rather parallel developments. It is demonstrated that, in contrast with the expectations as laid down in the design plans, the available capacities of the APZs have hardly been changed, the operational costs have developed according to trend and that the buildings and equipment have improved or will be improved virtually everywhere. Plans which the institutions had developed partially prior to the drawing-up of the provincial design plans, and which they have thereupon refined, are still – though with some delay – being realised.

An exception to this is formed by the second APZ in Friesland. However, in order to achieve that this facility (which by the way is in its manifestation closely akin to the MFEs advocated by “Licht en Kracht” and the PZF) will be realised in the course of the nineties, the government has been forced to make rather a lot of concessions.

From earlier studies it has appeared that policies are more effective according as the relative strength of their supporters is greater than that of their opponents. The field has turned against the government policies and has successfully managed to halt or at least delay a number of developments. This means that in the end the developments have predominantly been determined by the field and therefore by the opponents of these policies. Yet, the game has not yielded any real winners. The institutions are uncertain of the long-term effects and the government has only here

Curriculum Vitae

Henk Bijker, geboren op 3 december 1943 te Enschede, behaalde aan het Gemeentelijk Lyceum in die plaats het diploma H.B.S.B. In de avonduren volgde hij eerst de opleiding bedrijfsorganisatie van de Hogere Textielschool te Enschede en aansluitend de opleiding Hogere Interne Bedrijfsorganisatie te Leiden.

Vervolgens sloot hij de studie voor de akte M.O. Staatshuishoudkunde en Statistiek succesvol af. Na te zijn overgestapt van de Twentse Textielindustrie naar de gezondheidszorg, volgde hij bij Prof. Dr J.B. Stolte de cursus Ziekenhuisbeleid.

Hij startte zijn loopbaan in 1963 bij het textielbedrijf Blydenstein-Willink te Enschede, waar hij onder meer werkzaam was als medewerker op de afdeling bedrijfsorganisatie en als directiesecretaris. Vanaf 1970 tot 1973 was hij hoofd organisatie en efficiency bij het textielbedrijf Gebr. van Heek/Schuttersveld te Enschede.

In 1973 volgde zijn overstap naar het psycho-geriatrisch verpleeghuis Bruggerbosch te Enschede, waar hij ruim een jaar later werd benoemd tot economisch directeur. In 1979 volgde zijn benoeming tot directeur algemene zaken, tevens bouwdirecteur van het Twents Psychiatrisch Ziekenhuis, eveneens te Enschede.

Sedert 1 mei 1987 vervult hij de functie van algemeen directeur van het psychiatrisch centrum Licht en Kracht te Assen, waartoe ook het psycho-geriatrisch verpleeghuis de Vierackers behoort.

Henk Bijker heeft, met name in de gezondheidszorg, een aantal bestuursfuncties vervuld en is ook nu nog bestuurlijk bij een aantal ontwikkelingen betrokken. Zo was hij onder meer secretaris van de Federatie van Verpleeghuizen in de regio Twente, penningmeester van de Twentse Akademie voor Gezondheidszorg en voorzitter van de RIGG-Twente. Ook maakte hij deel uit van het bestuur van de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuseconomen, van de Tarievencommissie Psychiatrie (en als zodanig ook van het Technisch Overleg van het COTG) en van het College voor Arbeidszaken van de Nationale Ziekenhuisraad.

Momenteel is hij onder andere lid van het bestuur van de Nederlandse Zorgfederatie, de Nederlandse Vereniging voor Geestelijke Gezondheidszorg, het dagelijks bestuur van de RIGG-Drenthe en het dagelijks bestuur van RINO-Noord.

