

DE VORMING VAN DE  
AMBULANTE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG

Foto omslag: De Nederlandse Vereniging voor Geestelijke Volksgezondheid, genomen tijdens de oprichtingsbijeenkomst op 5 april 1930 op de binnenplaats van Paviljoen III van het Wilhelmina Gasthuis, Amsterdam.

Enkele personen: eerste rij, zesde van links K.H. Bouman; eerste rij achtste van links F.S. Meijers; eerste rij, uiterst links E.C. Lekkerkerker; derde rij, achtste van rechts J.H. Pameyer, met links achter hem A. Querido.

ISBN 90 263 0795 0

Copyright © 1987 by Uitgeverij Ambo bv, Baarn

Ontwerp omslag Harm Meijer

Amboboeken worden uitgegeven door

Uitgeverij Ambo bv, Baarn

Verspreiding voor België

Uitgeverij Westland nv, Schoten

2.87-742

Niets uit deze uitgave mag worden vervoelvoudigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze ook zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

No part of this book may be reproduced in any form, by print, photoprint, microfilm or any other means without written permission from the publisher.

DE VORMING VAN DE  
AMBULANTE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG  
EEN HISTORISCH BELEIDSONDERZOEK

HISTORY OF THE COMMUNITY MENTAL HEALTH CENTRES IN  
THE NETHERLANDS  
A POLICY ANALYSIS

**PROEFSCHRIFT**  
TER VERKRIJGING VAN DE GRAAD VAN  
DOCTOR IN DE GENEESKUNDE  
AAN DE ERASMUS UNIVERSITEIT ROTTERDAM  
OP GEZAG VAN DE RECTOR MAGNIFICUS  
PROF. DR. A. H. G. RINNOOY KAN  
EN VOLGENS BESLUIT VAN HET COLLEGE VAN DEKANEN  
DE OPENBARE VERDEDIGING ZAL PLAATSVINDEN OP  
WOENSDAG 11 FEBRUARI 1987 OM 15.45 UUR

DOOR

**TOM EUGÈNE DANIËL VAN DER GRINTEN**

GEBOREN TE VENLO

AMBO/BAARN  
1987

PROMOTIECOMMISSIE

PROMOTOR: PROF. DR. C. J. B. J. TRIMBOS  
OVERIGE LEDEN: PROF. DR. J. TH. M. BANK  
PROF. DR. R. M. LAPRÉ  
PROF. DR. W. J. SCHUDEL



# Inhoud

- Onderwerp en opzet van de studie 15
- a. De Regionale Instelling voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg 15
- b. Het spoor terug 17
- c. Doel en vraagstelling 19
- d. Methode 20
- e. Opzet van het boek 21

## Deel I. De periode 1916-1940

- 1. Het algemene kader 25
  - a. Armenzorg, gezondheidszorg en het ziekenfonds 25
  - b. De terughoudende overheid 27
  - c. Districtsgezondheidsdiensten 29
  - d. Beginnend particulier initiatief 31
  - e. De verzuiling 32
  - f. Het verzuilde particulier initiatief in de gezondheidszorg 33
- 2. Van opsluiting naar hulp in de vrije maatschappij 36
  - a. Krankzinnigenzorg en armenzorg 36
    - 1. De eerste Krankzinnigenwet, 1841 36
    - 2. De tweede Krankzinnigenwet, 1884 38
    - 3. De koppeling van Krankzinnigenwet aan Armenwet 39
    - 4. Toenemende asylering, plaatsgebrek en financiële zorgen 40
  - b. Patronaten en gezinsverpleging 41
  - c. Maatschappelijk werk bij zenuwlijders en krankzinnigheid 42
  - d. Behartiging van de maatschappelijke belangen van zenuw- en zielszieken 43
  - e. Het Consultatiebureau voor Zenuw- en Zielszieken 45
  - f. De landelijke coördinatie van de voor- en nazorg mislukt 46
  - g. De buitendienst van de psychiatrische inrichting 48
  - h. Los van de inrichting georganiseerde voor- en nazorg 50
    - 1. De gemeentelijke voor- en nazorgdienst 50
    - 2. Provinciale initiatieven 53
- 3. Aandacht voor het geestelijk bedreigde kind 57
  - a. De context 57
  - b. Het eerste Medisch Opvoedkundig Bureau 59

- c. De prijs van de pretentie 62
    - 1. Kritiek op opzet en werkwijze 62
    - 2. Gebrek aan financiën 62
    - 3. Gebrek aan geschoolde krachten 64
  - d. Het tweede bureau en de dreigende stagnatie 65
  - e. Blijk van erkenning: subsidie uit het Prophylaxefonds 65
  - f. Bescherming van het concept: het beleid van de Nederlandse Vereniging van Medisch Opvoedkundige Bureaus 67
- 4. Pastoraal werk en gezinszorg 70
    - a. Het katholieke Bureau voor Huwelijksvoorlichting 70
    - b. Het protestants-christelijke Bureau voor Levens- en Gezinsmoeilijkheden 71
  - 5. Ambulante psychotherapie als sociale voorziening 73
  - 6. Het specifieke kader 75
    - a. De beweging voor geestelijke volksgezondheid 75
    - b. Introductie in Nederland 76
    - c. Het begin van de verzuiling in de geestelijke gezondheidszorg: de confessionele verenigingen 78
      - 1. Het wetenschappelijk forum: de Nederlandse Vereniging voor Geestelijke Volksgezondheid 79
      - 2. Een uitvalsbasis voor katholieke actie: de Rooms-Katholieke Charitatieve Vereniging voor Geestelijke Volksgezondheid 81
      - 3. Centra voor bezinning: de protestantse verenigingen voor geestelijke volksgezondheid 84
  - 7. Van geestelijke volksgezondheid naar geestelijke gezondheidszorg: de plannen 86
    - a. Het uitgangspunt 86
    - b. Inschakeling van het kruiswerk 87
    - c. Een Consultatiebureau voor Geestelijke Volksgezondheid 88
      - 1. Opzet en taak 88
      - 2. Een bureau los van de inrichting 89
      - 3. Een eigen plaats binnen het kruiswerk 90
  - 8. Ontbrekende voorwaarden, lauwe reacties en regelrecht verzet 92
    - a. Ontbrekende voorwaarden in protestantse kring 92
    - b. Weinig animo in algemene kring 93
    - c. Verzet van de katholieke gestichtspsihiatrie 94
    - d. Oplopende spanningen tussen gezondheidszorg en krankzinnigenzorg 97
  - 9. De barrières geslecht 101
    - a. De Nationale Federatie voor de Geestelijke Volksgezondheid 101
    - b. Het Consultatiebureau voor Geestelijke Volksgezondheid 102
      - 1. Districtsconsultatiebureaus in Noord-Brabant 102
      - 2. Consultatiebureaus in Gelderland en Limburg 105

10. Bescheiden beleid: de subsidiepolitiek van de Nationale Federatie voor de Geestelijke Volksgezondheid 107
  - a. Consolidering en legitimering 107
  - b. Nadere bepaling van de geestelijke gezondheidszorg: externe differentiatie 108
  - c. Verschillen binnen de geestelijke gezondheidszorg: interne differentiatie 111
  - d. Samenhang in de geestelijke gezondheidszorg 112

## Deel II. De periode 1940-1952

1. Het algemene kader 117
  - a. Regeling van het ziekenfondsbestel 117
  - b. Het ordeningsdebat 118
  - c. Overheid en particuliere sector: een poging tot verzoening 120
  - d. Voorrang voor het verzuilde particulier initiatief: het katholieke offensief 121
  - e. De berg baart een muis: ontknoping van het ordeningsdebat 123
  - f. De gesubsidieerde particuliere werkzaamheid 124
    1. Centraliserende krachten 124
    2. Het Praeventiefonds 125
    3. Een basis voor beleid 126
2. Het specifieke kader 127
  - a. Van ideaal naar institutie: de reorganisatie van de Nationale Federatie voor de Geestelijke Volksgezondheid 128
    1. Het voorspel 128
    2. De heimelijke voorbereiding in de Kleine Commissie 129
    3. Reorganisatie van de Federatie 132
    4. Van mental hygiene naar mental health 133
    5. Blijvende betrokkenheid bij de ambulante werksoorten 136
  - b. De verzuilde verenigingen voor geestelijke volksgezondheid 137
    1. Weinig beweging in protestantse kring 137
    2. De oprichting van de katholieke Centrale Vereniging voor Geestelijke Volksgezondheid 138
  - c. Toetreding van Rijk en Praeventiefonds 139
    1. De voorbereidingen 139
    2. Subsidie en inspectie 140
    3. Praeventiefonds en geestelijke gezondheidszorg 141
3. Een wet voor de geestelijke volksgezondheid als kroon op het werk 143
  - a. Vernieuwing van de Federatie als eerste aanleiding 143
  - b. Herziening van de Krankzinnigenwet als tweede aanleiding 144
  - c. Het voorstel voor een Wet op de Geestelijke Volksgezondheid van A. Querido 146
    1. Het consultatiebureau als knooppunt van geestelijke gezondheidszorg 146

2. De praktijk getoetst 146
  3. Opzet van de wet 148
  - d. Het ontwerp voor een Wet op de Zorg voor de Geestelijke Volksgezondheid van J. Kat 149
    1. Een aparte structuur voor de gehele geestelijke gezondheidszorg 149
    2. Interne integratie van ambulante werksoorten: het Streekconsultatiebureau voor de Geestelijke Volksgezondheid 150
  - e. Het reorganisatieadvies van de Nationale Federatie voor de Geestelijke Volksgezondheid 154
  - f. Ontvangst van de orderingsvoorstellen 155
    1. Niet alleen maar instemming 155
    2. Te weinig ruimte voor het verzuilde particulier initiatief 156
    3. Verwerping van de interne integratie van ambulante werksoorten 159
    4. Bezwaren tegen de uitzonderingspositie 161
  - g. De neergang in het orderingsstreven 162
    1. De Commissie tot voorbereiding van een Wet op de Geestelijke Volksgezondheid 162
    2. Inkrimping van de werkingssfeer 163
    3. Geen Wet op de Geestelijke Volksgezondheid 166
    4. De Reorganisatiecommissie voor de Geestelijke Volksgezondheid 168
  - h. Terug bij af 170
4. De ontwikkeling van de Sociaal Psychiatrische Dienst 171
    - a. Eenheid in verscheidenheid 171
    - b. Aantal, omvang en kosten van de psychiatrische voor- en nazorgdiensten 172
    - c. De organisatorische verwijdering tussen voor- en nazorg en psychiatrische inrichting 174
      1. Algemeen overzicht 174
      2. Inrichtingen die doorgingen met hun buitendienst 175
      3. Het einde van de buitendienst van Maasoord 176
      4. Structurele factoren 178
      5. Voorwaarden voor een horizontale relatie 180
    - d. Gebrekkige condities voor de spilfunctie van de voor- en nazorgdienst 180
      1. Ontbrekende machtsmiddelen 180
      2. De frustraties 181
      3. Consequenties van vrijblijvendheid 182
    - e. De verzelfstandiging van de voor- en nazorg ten opzichte van het kruiswerk 183
    - f. Van nazorg naar voorzorg naar sociale psychiater 184
  5. De opmars van het Medisch Opvoedkundig Bureau 186
    - a. Het moeilijke begin 186
    - b. Beheersen, reguleren, mobiliseren en kapitaliseren: het beleid van de Nederlandse Federatie van Medisch Opvoedkundige Bureaus 186
      1. Greep op de opleiding 186
      2. Regulering van de bureaus 187
      3. Mobilisering van financiers 191

4. Kapitalisering van het concept: de Richtlijnen 198
- c. Absorptie en reproductie: de ombouw van de katholieke consultatiebureaus tot katholieke Medisch Opvoedkundige Bureaus 202
  1. Voorwaarden en uitgangspunten voor katholieke actie 202
  2. Het Centrum Katholieke Medisch Opvoedkundige Bureaus 204
  3. Bepaling van opzet en werkwijze van het katholieke Medisch Opvoedkundig Bureau 205
  4. Feitelijke ombouw en opbouw 207
- d. Het resultaat 208
6. Een gevaar voor de geestelijke volksgezondheid? Strijd om toelating van het Bureau voor Levens- en Gezinsmoeilijkheden 210
  - a. Geestelijke gezondheidszorg voor volwassenen 210
  - b. Een belofte voor de geestelijke volksgezondheid: de adviezen van de Gezondheidsraad en de Nationale Federatie voor de Geestelijke Volksgezondheid, 1941-1945 211
    1. De Commissie inzake de psychische invloed der tegenwoordige tijdsomstandigheden 211
    2. Het eerste memorandum inzake de Bureaus voor Levens- en Gezinsmoeilijkheden, 1941 212
    3. Stagnerend beleid 215
  - c. Initiatieven tijdens de oorlog 215
  - d. Een hernieuwde belofte: de beleidsvorming 1945-1948 217
    1. Het Reorganisatieadvies van de Nationale Federatie voor de Geestelijke Volksgezondheid, 1945 217
    2. Het tweede memorandum, 1946 218
  - e. Uitbreiding van de hulpverlening na de bevrijding 220
  - f. De Katholieke Nationale Commissie voor Huwelijksvoorlichting 222
  - g. Crisis en doorbraak: de landelijke beleidsvorming 1948-1952 223
    1. Het derde memorandum, 15 maart 1949 223
    2. De eerste confrontatie, 1949 224
    3. Het vierde memorandum, 2 december 1949 225
    4. De aanval van A. Querido 226
    5. De aanval afgeslagen 226
    6. De tweede confrontatie, 1950 228
    7. Het vijfde memorandum, 12 november 1951 229
    8. De derde confrontatie, 1951 230
    9. Het sluitstuk: de subsidieregeling van het Praeventiefonds, 1952 232
  - h. Expansie en dominantie van de katholieke bureaus 233
  - i. Verschuivende identiteit van de geestelijke gezondheidszorg 236
7. Ambulante psychotherapie tussen wal en schip 237
  - a. Passen op de plaats 237
  - b. Pogingen tot aansluiting bij het ziekenfonds 238
  - c. Tegenwerpingen 240
  - d. De slag verloren 241
8. Drie generaties instellingen voor ambulante geestelijke gezondheidszorg 242

- a. De eerste generatie: de vooroorlogse provinciale instellingen 242
- b. De tweede generatie: de naoorlogse provinciale instellingen 242
- c. Het begin van de derde generatie: de Hervormde Stichting in Amsterdam 245
  - 1. De verovering van Amsterdam 245
  - 2. Prikkel voor hervormde actie 246
  - 3. Naar een hervormde ambulante geestelijke gezondheidszorg: het eerste plan, 1945 248
  - 4. Het Bureau voor Levens- en Gezinsmoeilijkheden als spil 250
  - 5. Principiële en tactische argumenten 251
  - 6. Het tweede plan, 1946 253
  - 7. Het eerste offensief, 1946-1947 257
  - 8. Het derde plan, 1947 259
  - 9. Het tweede offensief, 1947 260
  - 10. De Hervormde Stichting voor Geestelijke Volksgezondheid voor Amsterdam en Omgeving, 19 januari 1948 262
- d. Overname van het initiatief: de katholieke stichting in Amsterdam 263
  - 1. Verschillende achtergrond, zelfde uitkomst 263
  - 2. De Katholieke Stichting voor Geestelijke Volksgezondheid voor Amsterdam en Omgeving, 27 december 1950 265
- e. Integratie en differentiatie 266

### **Deel III. De periode 1952-1964**

- 1. De landelijke bovenbouw 271
- 2. De lijnen komen weer bij elkaar: het Katholiek Nationaal Bureau voor Geestelijke Gezondheidszorg 273
- 3. De weg naar de RIAGG 276

Samenvatting en slotbeschouwing 279

Gebruikte afkortingen 285

Geraadpleegde archieven 286

Noten 288

Literatuur 315

Personenregister 327

Zakenregister 329

Dankwoord 335

# Onderwerp en opzet van de studie

## a. De Regionale Instelling voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg

Op 1 januari 1982 werd een belangrijke fase in de vorming van de ambulante geestelijke gezondheidszorg in Nederland afgesloten. Op die datum werd namelijk de Regionale Instelling voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg (RIAGG) in de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten opgenomen, waardoor het verstrekkingenpakket van de sociale ziektekostenverzekering werd uitgebreid met:

- sociaal-psychiatrische hulp, waaronder acute psychiatrie, crisisinterventie, opnamebeoordeling en opnamebemiddeling, ambulante behandeling, begeleiding en advisering;
- psychotherapeutische hulp, systeembehandeling en andere therapieën;
- consultatie en dienstverlening, in het bijzonder aan beroepsbeoefenaren en instellingen in de eerste lijnszorg;
- preventie, gericht op psychosociale risicogroepen.<sup>1</sup>

De RIAGG-verstrekking was nieuw, maar de inhoud was dat niet.

Sociaal-psychiatrische hulp ten behoeve van geestelijk gestoorde volwassenen en kinderen werd sinds jaar en dag verleend door Sociaal Psychiatrische Diensten; Medisch Opvoedkundige Bureaus legden zich al tientallen jaren toe op psychotherapeutische en psychosociale hulp, consultatie en preventie ten behoeve van psychisch bedreigde kinderen en hun directe sociale omgeving; Bureaus voor Levens- en Gezinsvragen deden hetzelfde voor volwassenen, terwijl de Instituten voor Multidisciplinaire Psychotherapie zich toededen op gespecialiseerde en zo nodig intensieve ambulante psychotherapeutische behandeling van volwassenen.

De verschillende werksoorten opereerden allemaal met teams, waarvan het kleinste gemene veelvoud werd gevormd door al of niet psychotherapeutisch geschoolde psychiaters, psychologen en maatschappelijk werkers.

Deze ambulante geestelijke gezondheidszorg veranderde niet met het van kracht worden van de RIAGG-verstrekking. Wat veranderde was dat de hele Nederlandse bevolking in beginsel een gelijke toegang kreeg tot – en door de betaling van AWBZ-premie ook recht had op – een zelfde pakket ambulante geestelijke gezondheidszorg. Om dit te garanderen vond een herordening plaats van het bestaande veld. Nederland is sinds 1 januari 1982 ingedeeld in 59 aaneengesloten regio's van circa 150.000 tot 300.000 inwoners, in elk waarvan een RIAGG verantwoordelijk is voor de verstrekking van ambulante geestelijke gezondheidszorg aan de bevolking.<sup>2</sup>

De vier werksoorten en de in totaal ruim 200 instellingen die daartoe behoorden, waaronder een aantal gemeentelijke diensten, verdwenen van het toneel; hun mankracht en middelen werden overgeheveld naar de 59 RIAGG's, waarover de boedel vervolgens opnieuw werd verdeeld. Die verdeling kwam er in de meeste RIAGG's op

neer, dat er teams werden gevormd: voor volwassenen en voor ouderen, waarin de voormalige medewerkers van de Sociaal Psychiatrische Diensten en de Bureaus voor Levens- en Gezinsvragen werden ondergebracht, voor jeugdigen, uit de Medisch Opvoedkundige Bureaus en de jeugdpsychiatrische afdelingen, en soms ook voor psychogeriatric, uit de Sociaal Psychiatrische Diensten, voor psychotherapie, uit de Instituten voor Multidisciplinaire Psychotherapie, en voor preventie en consultatie, veelal uit de Bureaus voor Levens- en Gezinsvragen.

Met medewerkers werd binnen de RIAGG's geschoven om tot een goede opbouw van de teams te komen en er werd geschoven met de capaciteiten tussen de RIAGG's om een evenwichtige spreiding van de hulp over het land te krijgen – dit alles met het oog op de creatie van één specialistisch verwijzadres voor ambulante geestelijke gezondheidszorg per regio, dat tevens als spil zou kunnen functioneren in de patiëntenstroom naar en van de eerste lijn enerzijds en het psychiatrisch ziekenhuis anderzijds.<sup>3</sup>

Al dit geregeld en geschuif leverde een ambulante geestelijke gezondheidszorg op, die in verschillende opzichten uitzonderlijk is, niet alleen in de Nederlandse gezondheidszorg, maar ook in internationaal perspectief.

1. De ambulante geestelijke gezondheidszorg lijkt, meer dan welke andere sector in de gezondheidszorg ook, te beantwoorden aan de ordeningsprincipes, die sinds het verschijnen van de Structuurnota Gezondheidszorg in 1974 gehanteerd worden: de *regionalisering* en *echelonnering*, oftewel de indeling van het land in gebieden (regio's) met ieder een overzichtelijk en samenhangend stelsel van voorzieningen, en de integratie van voorheen onafhankelijk van elkaar werkende voorzieningen in twee of drie lijnen (echelons) met een opklimmende graad van specialisatie en intensiteit van de geboden hulp.

De ambulante geestelijke gezondheidszorg is de eerste en voorsnogenige sector in de gezondheidszorg waarvoor de regionalisatie en integratie van uiteenlopende werksoorten, particuliere instellingen en overheidsdiensten zo drastisch is toegepast.<sup>4</sup>

2. Voldoet de RIAGG als geen andere voorziening aan de geldende ordeningsprincipes, qua opzet en werkwijze wijkt ze sterk af van het gangbare beeld. De RIAGG biedt onderzoek, advies, voorlichting, maatschappelijke begeleiding en ambulante behandeling en dat voor een scala van problemen zowel bij volwassenen als bij kinderen, van levens- en gezinsvragen, opvoedingsmoeilijkheden en psychisch lijden tot ernstige geestelijke stoornissen.

Deze verregaande mengeling van preventie en curatie, van een gerichtheid variërend van in beginsel gezonde tot ernstig zieke mensen, kinderen en volwassenen – dit komt, wellicht met uitzondering van de huisarts, elders in de gezondheidszorg niet voor. Daar zijn de taken en doelgroepen veel meer gescheiden.<sup>5</sup> De RIAGG is bovendien een vreemde eend in de bijt van de gezondheidszorg door de grote vertegenwoordiging van gedragswetenschappelijke en sociaal gerichte beroepsbeoefenaren in de multidisciplinair samengestelde staf, waar in teamverband gewerkt wordt zonder een duidelijk medisch-psychiatrische (eind)verantwoordelijkheid.<sup>6</sup>

3. De positie en opzet van de RIAGG blijkt ook bij internationale vergelijking een uitzonderlijke te zijn. Twee verschillen springen daarbij vooral in het oog.

Allereerst de plaatsing van de psychiatrische voor- en nazorg in instellingen, die organisatorisch volledig los staan van de voorzieningen ten behoeve waarvan ze geacht worden een spilfunctie te vervullen: de klinische en poliklinische hulp enerzijds



en de eerste lijnszorg anderzijds. Het feit dat de RIAGG niet over (poli-)klinische faciliteiten beschikt, onderscheidt haar zelfs van het ogenschijnlijk zo vergelijkbare Amerikaanse *Community Mental Health Center*.

In de tweede plaats blijkt nergens anders een zo sterke vermenging te hebben plaatsgevonden van psychiatrische voor- en nazorg met psychosociale en gespecialiseerde psychotherapeutische hulp.<sup>7</sup>

4. Tenslotte blijkt het om een belangrijke voorziening te gaan, afgaande op de middelen die voor de RIAGG beschikbaar worden gesteld, het aantal mensen dat in de RIAGG werkzaam is en het aantal cliënten dat er gebruik van maakt. In 1984 kregen de RIAGG's 378 miljoen gulden uit de verzekeringskas – dit was bijna 9% van de totale uitgaven voor de geestelijke gezondheidszorg –, ze beschikten over ruim 3.600 bezette arbeidsplaatsen en eind van dat jaar waren er in totaal zo'n 120.000 cliëntsystemen van circa 2 personen gemiddeld bij de RIAGG's in behandeling.<sup>8</sup>

Nog sprekender voor het maatschappelijk belang dat kennelijk aan deze voorziening wordt gehecht, is de financiële groei die de RIAGG als een van de zeer weinige in de gezondheidszorg nog mag doormaken.<sup>9</sup>

## **b. Het spoor terug**

Formeel ontstond op 1 januari 1982 de ambulante geestelijke gezondheidszorg in Nederland als een wettelijk omschreven, in het hele land verkrijgbare voorziening. In feite blijkt deze regeling het eindpunt te zijn van een langgerekt beleidsvormingsproces, waarin de Nederlandse Vereniging voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg, het toenmalige ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne en de verzekeringsorganen op het terrein van de gezondheidszorg, in het bijzonder de Ziekenfondsraad, gedurende de laatste tien jaar de hoofdrol speelden. Gezamenlijk overwonnen zij de interne weerstanden van de Instituten voor Multidisciplinaire Psychotherapie en de gemeentelijke Sociaal Psychiatrische Diensten tegen de RIAGG-vorming, evenals het externe verzet van de kant van de zelfstandig gevestigde psychiaters en de psychiatrische inrichtingen.<sup>10</sup>

De resultaten van dit beleidsvormingsproces zijn in omgekeerde volgorde zichtbaar in het RIAGG-advies dat de Ziekenfondsraad in 1981 uitbracht, diverse nota's van de Nederlandse Vereniging voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg, de Structuurnota Gezondheidszorg uit 1974 met een kernpassage over de RIAGG en de eerste RIAGG-nota die het Directoraat-Generaal voor de Volksgezondheid in 1973 produceerde.

Hoe relevant en interessant dit beleidsproces op zich ook is, toch werd hiermee de ambulante geestelijke gezondheidszorg met haar eigen typische kenmerken niet gevormd. Het beleidsproces in deze tien jaar is eerder te beschouwen als de laatste fase van een ontwikkeling, waarin de kenmerken van de RIAGG geleidelijk uitgekristalliseerd zijn. Dat wordt meteen al duidelijk als we ons realiseren dat de eerste specimina van de werksoorten waaruit de RIAGG later is samengesteld, lang geleden zijn opgericht: in mei 1940 ging het eerste Instituut voor Multidisciplinaire Psychotherapie (toen nog Instituut voor Medische Psychologie geheten) van start; vier jaar eerder werd een voorloper van het Bureau voor Levens- en Gezinsvragen opgericht; in 1928

het eerste Medisch Opvoedkundige Bureau en de voorlopers van de Sociaal Psychiatische Dienst zijn vanaf 1916 aan te treffen.

Dit is echter niet het enige. Ook het idee van een bundeling van juist deze werksoorten in zelfstandige, regionale instellingen blijkt van veel oudere datum te zijn dan algemeen wordt aangenomen. In de gangbare historische beschouwingen wordt voor dit idee meestal verwezen naar het plan dat het Katholiek Nationaal Bureau voor Geestelijke Gezondheidszorg in 1964 lanceerde.<sup>11</sup> Het zou echter een misverstand zijn te menen dat hier ook het begin van het denken over de ambulante geestelijke gezondheidszorg in regionale instellingen ligt; een misverstand dat overigens door het Katholiek Nationaal Bureau zelf in de hand is gewerkt, omdat in de nota waarin het plan was opgenomen geen enkele verwijzing naar eerdere denkbeelden of praktijkvoorbeelden is opgenomen.<sup>12</sup> En die waren er wel degelijk, zij het dat daarbij nog niet gesproken werd over *ambulante* geestelijke gezondheidszorg. Die aanduiding kwam pas na het verschijnen van de nota van het Katholiek Nationaal Bureau in zwang. Daarvoor werden de ambulante werksoorten veelal samengevat onder de noemer *geestelijke volksgezondheid* of *geestelijke gezondheidszorg* zonder meer; de aanduiding geestelijke gezondheidszorg werd gehanteerd ter onderscheiding van de maatschappelijke (lichamelijke) gezondheidszorg, zoals geleverd door het kruiswerk.

In de jaren vijftig en zestig functioneerden al diverse stichtingen voor stedelijke gebieden, regio's en provincies waarin meerdere werksoorten gebundeld waren.<sup>13</sup> Enkele daarvan combineerden zelfs al een Sociaal Psychiatische Dienst, een Medisch Opvoedkundig Bureau, een Bureau voor Levens- en Gezinsvragen en een voorziening voor ambulante psychotherapie.

Een combinatie van deze vier treffen we voor het eerst aan in de Hervormde Stichting voor Geestelijke Volksgezondheid voor Amsterdam en Omgeving, die in 1948 werd opgericht.<sup>14</sup> Deze stichting wordt door sommigen dan ook wel als de eerste RIAGG aangemerkt.<sup>15</sup>

Waar kwam het idee achter deze stichting vandaan? Wel, de inspiratie voor dit model blijkt weer sterk beïnvloed te zijn door denkbeelden die in 1945, in het kader van de wederopbouw, door de Nationale Federatie voor de Geestelijke Volksgezondheid waren ontwikkeld.<sup>16</sup> Dit gold in het bijzonder voor een plan voor de oprichting van zogenaamde Streekconsultatiebureaus voor de Geestelijke Volksgezondheid, waarin de psychiatrische voor- en nazorg (toen nog met de sociaal-pedagogische zorg), een Medisch Opvoedkundig Bureau en een Bureau voor Levens- en Gezinsvragen ondergebracht moesten worden.<sup>17</sup>

Ook dit plan kwam niet plotseling uit de lucht vallen. Het borduurde voort op het idee van het zogenaamde Consultatiebureau voor Geestelijke Volksgezondheid, dat al voor de oorlog was bedacht en toegepast.<sup>18</sup> De grondslagen voor dit idee tenslotte zijn weer terug te vinden in de gedachtenvorming over de geestelijke volksgezondheid, die in het midden van de jaren twintig in Nederland begon.<sup>19</sup> Dan houdt het spoor op. Verder schoffelen in de geschiedenis levert geen aanknopingspunten meer op. We zijn hiermee kennelijk aangeland bij het begin van de ambulante geestelijke gezondheidszorg in Nederland.

### c. Doel en vraagstelling

Ondanks de zevenmijlslaarzen waarmee hier het spoor terug is gevolgd, geeft dit overzicht toch al een indruk van de historische dimensie van de RIAGG-vorming: een proces dat ruim 50 jaar in beslag heeft genomen.

Weliswaar weten we het een en ander over dit proces uit algemene historische overzichten,<sup>20</sup> onderzoek en (auto)biografische teksten over de geschiedenis van de Sociaal Psychiatrische Dienst,<sup>21</sup> het Medisch Opvoedkundig Bureau<sup>22</sup> en het Instituut voor Multidisciplinaire Psychotherapie,<sup>23</sup> maar een samenhangend beeld van het ontstaan van de ambulante geestelijke gezondheidszorg is er nog niet. Hierin probeert deze studie te voorzien.

Het algemene doel van dit onderzoek wordt dan ook als volgt omschreven: het verwerven van een historisch gefundeerd inzicht in de achtergronden van de huidige functie en structuur van de ambulante geestelijke gezondheidszorg in Nederland. Dat wil dus zeggen in de achtergronden van: de voor de ambulante geestelijke gezondheidszorg zo typische mengeling van preventie en curatie; de combinatie van de zorg voor geestelijk gezonden en zieken, volwassenen en kinderen; de multidisciplinaire werkwijze met haar sterk gedragswetenschappelijke en sociale inslag; de concentratie van de ambulante hulp in een regio in één instituut; de scherpe scheiding tussen de psychiatrische voor- en nazorg en de klinische zorg enerzijds en de eerste lijnhulpverlening anderzijds, en tenslotte de spilfunctie die aan de regionale instelling is toegekend.

We beschikken inmiddels over enkele aanwijzingen, waar we om dit inzicht te verkrijgen in ieder geval zullen moeten zoeken.

Uit de korte excursie naar het verleden is al op te maken dat de ambulante geestelijke gezondheidszorg zoals deze zich in de RIAGG manifesteert, geen recent ontwerp is van de Ziekenfondsraad, de rijksoverheid of de Nederlandse Vereniging voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg.

Deze indruk wordt niet weersproken door reeds verricht beleidsonderzoek. Hieruit komt naar voren, dat de periode 1964-1982, dat wil dus zeggen nadat door het Katholiek Nationaal Bureau voor Geestelijke Gezondheidszorg het organisatieplan voor de ambulante geestelijke gezondheidszorg was gelanceerd, vooral is gebruikt om het daarin vervatte hulpverleningsconcept verder uit te werken en de invoering in het hele land te bewerkstelligen. Kenmerkend voor dit beleid is dat het niet primair gericht was op de inhoud van de zorg, maar op de vorm; niet op innovatie, maar op implementatie.<sup>24</sup>

Deze kennis leidt tot een nadere uitwerking van de vraagstelling:

wat heeft zich tot het midden van de jaren zestig op het terrein van de geestelijke volksgezondheid en geestelijke gezondheidszorg precies afgespeeld en welke betekenis had dit voor de totstandkoming van de ambulante geestelijke gezondheidszorg zoals we die nu kennen? Het gaat hierbij om drie aspecten:

- de *ideeën*, die er over de geestelijke volksgezondheid en geestelijke gezondheidszorg in deze periode zijn ontwikkeld;
- de vorming van de *vier werksoorten*, die later in de RIAGG zijn opgegaan;
- de *verbindingen*, die er tussen deze werksoorten in deze periode zijn gelegd.

#### d. Methode

Gepoogd wordt in deze studie inzicht in de achtergronden van de huidige functie en structuur van de ambulante geestelijke gezondheidszorg in Nederland te verwerven, door middel van een historisch beleidsonderzoek: het onderzoek naar de bijdragen van personen, particuliere organisaties, adviesorganen en overheidsinstanties, die door hun verantwoordelijkheden of maatschappelijke positie direct of indirect gericht waren op de inhoud en de vormgeving van de ambulante geestelijke gezondheidszorg.

Deze bijdragen worden geplaatst in de bredere maatschappelijke context van de bestudeerde periode, om vervolgens de invloed van deze context op het gevoerde beleid en op de inhoud en vormgeving van de ambulante geestelijke gezondheidszorg na te gaan.

Met deze aanpak schaaft deze studie zich in de rij van beleidsstudies, die er op het terrein van de welzijnszorg en gezondheidszorg al eerder ondernomen zijn.<sup>25</sup> In deze rij neemt deze studie overigens wel een aparte plaats in door:

- het tijdsperspectief, dat ruimer is dan de meeste van deze beleidsstudies en de periode vanaf de Eerste Wereldoorlog tot het midden van de jaren zestig omvat;
- de grote aandacht in de analyse voor andere actoren dan de overheid alleen;
- de gedetailleerde reconstructie van juist de niet-publieke beleidsprocessen.

Voor dit onderzoek is allereerst gebruik gemaakt van in beginsel openbare bronnen: boeken, artikelen, jaarverslagen, nota's en overige beleidsstukken van instellingen, particuliere organisaties en semi-overheidsinstanties en beleidsstukken van gemeentelijke, provinciale en landelijke overheden.

Waar nodig en mogelijk is vervolgens doorgedrongen naar in beginsel niet-openbare bronnen: vergaderstukken, interne nota's, aantekeningen en correspondentie van personen, instellingen, particuliere organisaties, (semi-)overheidsinstanties en commissies.

(De archieven die zijn geraadpleegd, staan opgesomd op blz. 286).

Gepreken zijn gevoerd met enkele betrokkenen bij het onderwerp, terwijl aan hen ook delen van het manuscript voor commentaar zijn voorgelegd. De voorgeschiedenis van de RIAGG-vorming wordt in deze studie in detail bestudeerd tot het begin van de jaren vijftig. Van de mensen, die juist de voorgeschiedenis mede bepaald hebben, zijn inmiddels de meesten al overleden.

Ten behoeve van dit onderzoek is tenslotte een uitgebreide inventarisatie gemaakt van de ontwikkeling van afzonderlijke Sociaal Psychiatrische Diensten, Medisch Opvoedkundige Bureaus, Bureaus voor Levens- en Gezinsvragen, instituten voor ambulante psychotherapie en geïntegreerde instellingen voor geestelijke volksgezondheid in de periode 1940-1952. Deze inventarisatie is als achtergrondstudie apart uitgegeven.<sup>26</sup> In dit boek wordt op verschillende plaatsen van deze inventarisatie gebruik gemaakt. Waar dat gebeurt, wordt naar deze achtergrondstudie verwezen. De studie bestaat uit verschillende componenten. De basis is de beschrijving. In de beschrijving is al een belangrijk deel interpretatie verwerkt, en aan het eind van iedere tijdperiode wordt een evaluatie van het gebeurde gemaakt en een verklaring voor een aantal van de belangrijkste processen gegeven. De verklaring heeft in het bijzonder betrekking op de maatschappelijke achtergrond, waartegen de vorming

van de ambulante geestelijke gezondheidszorg tot stand kwam: enerzijds de eigenaardigheden van de Nederlandse maatschappelijke en politieke structuur (de positie van de overheid en het particulier initiatief en de financieringsmogelijkheden), anderzijds de ontwikkelingen in het culturele en sociale vlak, met name de verzui-ling.<sup>27</sup> Naarmate de geestelijke gezondheidszorg zich verder ontwikkelde, werd zij ook zelf steeds meer een verklarende factor in het eigen ontwikkelingsproces. Dit verband wordt eveneens onderzocht.

#### **e. Opzet van het boek**

De opzet van de studie wordt weerspiegeld in de opzet van het boek. Dat wil zeggen dat de meeste plaats is ingeruimd voor de beschrijving en analyse van de gebeurtenissen, die zich in het interbellum, tijdens de Tweede Wereldoorlog en gedurende de jaren van de wederopbouw hebben afgespeeld.

De grenzen van de te onderzoeken periode zijn gelegd bij 1916, het jaar waarin het eerste specimen van de oudste werksoort tot stand kwam: het Consultatiebureau voor Zenuw- en Zielszieken te Amsterdam, en 1964, het jaar waarin het organisatieplan voor de ambulante geestelijke gezondheidszorg van het Katholiek Nationaal Bureau voor Geestelijke Gezondheidszorg verscheen.

Deze periode wordt onderbroken in 1940, het jaar waarin Nederland bij de Tweede Wereldoorlog betrokken raakte en in 1952, het jaar waarin het Katholiek Nationaal Bureau voor Geestelijke Gezondheidszorg werd opgericht, als een landelijke beleids- en ondersteuningsstructuur, waarin de belangrijkste ingrediënten voor de verdere vorming van de ambulante geestelijke gezondheidszorg samenkwamen. Overigens zijn deze grenzen niet als een keurslijf gehanteerd. Voor een goed begrip van de ontwikkeling van sommige onderdelen wordt soms verder teruggegrepen, of vooruitgegrepen in de tijd.

Deel I van de studie bestrijkt de periode 1916-1940. Het begint met een schets van het algemene kader waarbinnen de geestelijke gezondheidszorg tot ontwikkeling kwam: de overgang van armenzorg naar gezondheidszorg, de opkomst van het particulier initiatief, de verzui-ling en de terughoudend reagerende overheid (I, 1). Dan volgt de beschrijving en analyse van het ontstaan van de eerste specimina van de vier werksoorten van de latere ambulante geestelijke gezondheidszorg (I, 2 tot en met 5).

Deze werksoorten raakten met elkaar verbonden in de beweging voor de geestelijke volksgezondheid, die in deze zelfde periode in Nederland voet aan de grond kreeg. Dit specifieke kader van de geestelijke volksgezondheid wordt eerst in kaart gebracht (I, 6), waarna de doorwerking hiervan in de geestelijke gezondheidszorg wordt onderzocht (I, 7 en 8).

De totstandkoming van een speciaal voor de samenwerking van de ambulante werksoorten opgerichte landelijke organisatie, de Nationale Federatie voor de Geestelijke Volksgezondheid, en een daadwerkelijke bundeling in Consultatiebureaus voor Geestelijke Volksgezondheid wordt dan onder de loep genomen (I, 9). Het eerste deel wordt afgesloten met een nadere analyse van het beleid, dat de Nationale Federatie voor de Geestelijke Volksgezondheid ten aanzien van de ambulante geestelijke gezondheidszorg begon te voeren (I, 10).

Deel II behandelt de periode 1940-1952. Het volgt grotendeels hetzelfde stramien als het eerste deel, al is de volgorde iets gewijzigd in verband met de onderlinge werking van de verschillende elementen.

Begonnen wordt wederom met de typering van het algemene kader voor de geestelijke gezondheidszorg waarin de typisch Nederlandse organisatie- en financieringsstructuur van de maatschappelijke dienstverlening en gezondheidszorg haar vorm kreeg (II, 1). Direct daarna volgt de bespreking van de totstandkoming van het specifieke kader der geestelijke volksgezondheid. Naast het particulier initiatief, de gemeenten en de provincies begon zich nu ook de rijksoverheid daadwerkelijk op dit specifieke terrein te manifesteren (II, 2). Uitgebreid wordt vervolgens stilgestaan bij de naoorlogse poging om tot een wettelijke ordening van werkzaamheden op het terrein van de geestelijke volksgezondheid te komen, met als kern de regeling van zoiets als een regionale instelling voor ambulante geestelijke gezondheidszorg (II, 3). Deze poging mislukte en de vier werksoorten ontwikkelden zich verder nogal los van elkaar (II, 4 tot en met 7). Toch kwam het hier en daar tot een bundeling van werksoorten, al was dat dan niet ten gevolge van een samenhangend landelijk beleid. Het idee was als het ware ondergedoken in allerlei verspreide initiatieven, waar het levend werd gehouden. Veel plaats is ingeruimd voor de beschrijving en analyse van deze wegbereiders voor de RIAGG (II, 8).

Deel III beslaat de periode 1952-1964. Na de mislukte ordeningspoging was het onderwerp van een samenhangende geestelijke gezondheidszorg vrijwel geheel van de landelijke agenda's verdwenen – om daar na enige tijd toch weer terug te keren, dankzij de inspanningen van het Katholiek Nationaal Bureau voor Geestelijke Gezondheidszorg. Over de landelijke beleids- en ondersteuningsstructuur, die het idee van een bundeling van werksoorten van de verspreide initiatiefnemers weer moest overnemen, handelt het eerste hoofdstuk van het derde deel (III, 1). Dan volgt een bespreking van de totstandkoming van het Katholiek Nationaal Bureau voor Geestelijke Gezondheidszorg (III, 2). Tenslotte wordt ingegaan op de inspanningen, die vanuit het Katholiek Nationaal Bureau voor Geestelijke Gezondheidszorg zijn ondernomen om tot regionale instellingen voor ambulante geestelijke gezondheidszorg te komen, uitmondend in het organisatieplan waarin de koers naar de latere RIAGG werd uitgezet (III, 3).

In een epiloog worden de belangrijkste bevindingen uit het onderzoek nog eens samengevat en tot uitgangspunt genomen van een beschouwing over enkele recente beleidsontwikkelingen rond de RIAGG.

DEEL I

De periode 1916-1940





## I. Het algemene kader

De vier werksoorten die in deze studie centraal staan – de Sociaal Psychiatrische Dienst, het Medisch Opvoedkundig Bureau, het Bureau voor Huwelijks- en Gezinsvragen en het Instituut voor Multidisciplinaire Psychotherapie –, hebben elk hun eigen achtergrond en achterland.

De Sociaal Psychiatrische Dienst ontstond als onderdeel van de krankzinnigenzorg, het Medisch Opvoedkundig Bureau was een produkt van de kinderbescherming, het Bureau voor Levens- en Gezinsvragen kwam voort uit de gezinszorg en de pastorale zorg, terwijl het Instituut voor Multidisciplinaire Psychotherapie tot stand kwam uit een confrontatie van poliklinische psychiatrie en psychoanalyse. Op de verschillen in achtergrond wordt nader ingegaan bij de bespreking van de respectieve werksoorten. In dit eerste hoofdstuk richten we ons op het algemene kader dat het verbindingspunt van deze vier werksoorten vormde: de gezondheidszorg. In de ontwikkeling van de gezondheidszorg komen al alle factoren naar voren waarvan we de doorwerking in de ambulante geestelijke gezondheidszorg willen bestuderen: de overgang van armenzorg naar gespecialiseerde (geestelijke) gezondheidszorg, de opkomst van het particulier initiatief, de verzuiling en de daarop inspelende overheid.

### a. Armenzorg, gezondheidszorg en het ziekenfonds

Gezondheidszorg werd tot het midden van de vorige eeuw opgevat als een bijzondere vorm van charitas en armenzorg. De *Armenwet* van 1854 gaf daar uitdrukking aan.<sup>1</sup> Krachtens deze wet was aan de gemeentebesturen de verplichting opgelegd om te zorgen voor genees-, heel- en verloskundige zorg voor ingezetenen, die on- of minvermogend waren.<sup>2</sup> De *Armenwet* gaf hiermee een wettelijke basis aan een inmiddels gegroeide praktijk: steun van overheidswege werd, ook voor gezondheidszorg, uitsluitend gegeven indien dit onvermijdelijk was – aanvankelijk betekende dit zelfs tot hoogstens het bedrag, dat strikt noodzakelijk was om de arme in leven te houden – en dan nog pas indien hulp van familie, kerkelijke of particuliere instellingen te kort schoot.<sup>3</sup>

De sinds het midden van de vorige eeuw doorzettende industrialisering, verstedelijking en modernisering van de samenleving en de daarmee gepaard gaande toeneming van de individuele en collectieve welvaart, brak deze verbinding tussen armenzorg en gezondheidszorg weer geleidelijk af. Gezondheid en gezondheidszorg vertegenwoordigden een groeiend praktisch, humanitair en economisch belang voor de individuele burger, voor de aanbieders van gezondheidszorg, het bedrijfsleven en tenslotte ook voor de samenleving als geheel.<sup>4</sup> Dit belang balde zich samen in het ziekenfondsstelsel, dat zich in de periode tussen 1850 en 1940 in Nederland ontwikkelde.

Ziekenfondsen werden aanvankelijk nog opgericht bij wijze van liefdadigheid, door de gegoede burgerij of met commerciële oogmerken door een ondernemer (de voorlopers van de latere verzekeringsbedrijven), maar in de tweede helft van de negentiende eeuw ging de ontwikkeling meer en meer in de richting van coöperatieve ziekenfondsen, waarbij hetzij de verzekerden zelf het initiatief tot de oprichting namen, hetzij de dokter.<sup>5</sup>

De fondsen groeiden in aantal en grootte. Een toenemend aantal mensen sloot zich aan bij een fonds. Het werd onder de arbeidende bevolking gewoonte om een deel van het wekelijkse inkomen opzij te leggen voor de bestrijding van eventuele dokters- en apothekerskosten. Rond de eeuwwisseling was dat al 10% van de Nederlandse bevolking en aan het begin van de Tweede Wereldoorlog betaalde bijna de helft van de Nederlandse bevolking de doktersrekening via de ziekenfondspremie.<sup>6</sup> Rond de eeuwwisseling bleek dit stelsel het vanzelfsprekende uitgangspunt te zijn voor de inspanningen van de rijksoverheid, toen deze werd aangesproken op de plicht de geneeskundige verzorging van de burgers te garanderen. Voor een verbreding tot de gehele bevolking kleefden er aan het gegroeide ziekenfondsstelsel echter nog talrijke tekortkomingen: het stelsel was bijzonder versnipperd, rond de eeuwwisseling bestonden er ruim 600 fondsen; alhoewel het aantal verzekerden gestaag toenam, was toch een groot deel van de bevolking nog niet bij een fonds aangesloten; de fondsen beschikten over onvoldoende reserves om de kosten van bijvoorbeeld een ernstige epidemie te kunnen opvangen; de wijze waarop fondsen hun verplichtingen nakwamen, liet vaak te wensen over; de verzekerde hulp verschilde van fonds tot fonds en sloot bovendien niet aan bij nieuwe mogelijkheden en behoeften, zoals specialistische hulp en ziekenhuisverpleging. Het overheidsbeleid richtte zich op het opheffen van deze tekortkomingen en niet op het introduceren van iets totaal nieuws.<sup>7</sup>

In 1905 werd een eerste wetsontwerp ingediend, inhoudende het voorstel zowel het recht op geneeskundige behandeling als het recht op een geldelijke uitkering bij ziekte te combineren in een verplichte verzekering. Diverse fondsen combineerden deze twee risico's overigens ook al in de praktijk. Met name vanuit de kring der artsen bestond hiertegen echter bezwaar. Men was bang dat de medische behandeling de sluitpost zou vormen van de verzekering, die in het regeringsvoorstel immers ook de inkomensderving door ziekte moest opvangen. De artsen vreesden neerwaartse druk op de hoogte van hun beloning en de duur en omvang van de noodzakelijk geachte medische behandeling. Het ontwerp werd ingetrokken.

Hetzelfde lot trof een min of meer identiek ontwerp, dat twee jaar later werd ingediend. Daarop volgde in 1910 de indiening van de *Ziektewet*, die alléén een regeling voor een uitkering bij ziekte bevatte: de geneeskundige verzorging was er niet meer in opgenomen. Deze *Ziektewet* werd in 1913 aangenomen, maar trad vanwege onenigheid over de vraag wie haar moest uitvoeren pas in 1930 in werking.<sup>8</sup>

De *Ziektewet* bevatte echter toch nog een bescheiden overblijfsel van de veel verder strekkende plannen tot koppeling van de uitkering en de ziektekostenverzekering. Iets van dit laatste keerde namelijk terug in het Prophylaxefonds, dat krachtens de *Ziektewet* werd ingesteld. Dit Prophylaxefonds kreeg de beschikking over een opslag van de ziektewetpremie, welk bedrag bestemd moest worden voor maatregelen, die ziekte van ingevolge de *Ziektewet* verzekerde personen konden voorkomen.<sup>9</sup>

Zoals we hierna nog zullen zien, vervulde het Prophylaxefonds een sleutelrol in het ontstaan van de geestelijke gezondheidszorg en de bundeling van de verschillende werksoorten onder deze noemer.

De kwestie van de ziektekostenverzekering bleef na de parlementaire behandeling van de Ziektewet voorlopig liggen, totdat het politieke klimaat na de Eerste Wereldoorlog het weer mogelijk maakte een nieuwe poging te ondernemen om het vraagstuk van de geneeskundige verzorging van de minder bedeelden op te lossen.

De katholieke minister Aalberse diende daartoe in 1920 het Ontwerp tot Regeling der Ziekenverzorging in, gericht op een vergroting van de doelmatigheid van de vrijwillige ziekenfondsverzekering door een stelsel van erkenningen, garanties van verstrekkingen, overheidstoezicht en steun door middel van rijkssubsidies. De essentie van het ontwerp, dat dus aan het vrijwillige karakter van de verzekering vasthield, betrof zowel de uitbreiding van het aantal verstrekkingen tot onder andere specialistische hulp, ziekenhuisverpleging en wijkverpleging, alsook een jaarlijkse rijksbijdrage aan de fondsen.

Dit ontwerp vond zowel bij de artsen als bij de ziekenfondsen een warm onthaal. Dat was niet zo vreemd. De ziekenfondsen zagen zich door dit wetsvoorstel erkend als ziektekostenverzekeraars, waarvan bovendien de kosten gedeeltelijk ook nog door de overheid werden gedragen. Anderzijds hadden de artsen alle reden tot tevredenheid, omdat de toespitsing van de verzekering op de uitgaven voor gezondheidszorg, te zamen met de rijkssubsidiëring, volledig tegemoet kwam aan hun financiële wensen.

Een jaar na indiening van het wetsontwerp haalde de inmiddels ingetreden economische crisis echter weer een streep door alle verwachtingen. Aan subsidiëring van het ziekenfondswezen ten laste van de schatkist viel voorlopig niet meer te denken. Nadat de financiële paragraaf uit het wetsontwerp was geschrapt, had dit voor de betrokken partijen veel van zijn aantrekkelijkheid verloren en het wetsontwerp werd uiteindelijk in 1937 weer ingetrokken.<sup>10</sup>

Ondanks de omvang van het ziekenfondsstelsel bleef de gezondheidszorg voor veel mensen daardoor toch nog een zaak van armenzorg. Minder gesitueerden waren gedwongen om bij omvangrijkere uitgaven voor medische behandeling, ziekenhuisopname of andere vormen van gezondheidszorg een beroep te doen op de gemeentelijke bijstand of de particuliere liefdadigheid, dan wel af te zien van deze zorg.

## **b. De terughoudende overheid**

De overheid stelde zich uiteindelijk niet alleen terughoudend op waar het de verstrekking en financiering van geneeskundige hulp betrof, hetzelfde gold voor haar bemoeienissen met de inhoud en de organisatie van de gezondheidszorg, alhoewel de maatschappelijke ontwikkelingen sinds het midden van de vorige eeuw de rijksoverheid wel dwongen om verder te gaan dan de simpele gelijkstelling van armenzorg en gezondheidszorg.

Wat er aan overheidsbemoeienis was met de gezondheidszorg, was aanvankelijk voornamelijk een zaak van de gemeenten. Tot het midden van de vorige eeuw probeerden zij de kwaliteit van de zorg enigszins te garanderen door regelingen te stellen

voor de beroepsuitoefening. In 1865 betrad ook het Rijk het terrein van de gezondheidszorg met wetgeving die de kwaliteit betrof, de *Wet op de Uitoefening der Geneeskunst*.<sup>11</sup> Daarnaast gingen Rijk, gemeenten en later ook de provincies zich in toenemende mate bezighouden met de organisatie en financiering van de gezondheidszorg. Ten dele gebeurde dit door zelf activiteiten op het vlak van de uitvoering ter hand te nemen – dit gold met name voor de gemeenten –, ten dele door het stimuleren, coördineren, controleren en financieren van andermans inspanningen. Deze beleidslijn werd ook gehanteerd binnen het overheidsapparaat zelf, waar het Rijk de gemeenten tot de uitvoering van gezondheidszorgtaken trachtte te bewegen. Het laatste kreeg allereerst zijn neerslag in de *Gemeentewet* van 1851, waarin het Rijk de gemeenten opdroeg om zorg te dragen voor de volksgezondheid ter plaatse. Krachtens deze wet werd aan de gemeenteraad de bevoegdheid gegeven tot het scheppen van eigen voorzieningen en het maken van verordeningen, 'die in het belang der openbare orde, zedelijkheid en gezondheid worden vereist'.<sup>12</sup> Met uitzondering van enkele grote steden maakten de gemeenten echter nauwelijks gebruik van deze mogelijkheid.

Een volledig inadequate reactie van de gemeenten op enkele epidemieën bracht de liberale minister Thorbecke ertoe om in te stemmen met een *Wet op het Geneeskundig Staatstoezicht*, die in 1865 werd uitgevaardigd en krachtens welke een aantal rijksinspecteurs werd aangesteld. Zij kregen onder andere tot taak onderzoek te doen naar de toestand van de volksgezondheid om op basis daarvan de gemeentebesturen te adviseren. Ze hadden nadrukkelijk niet de bevoegdheid om maatregelen aan de gemeente voor te schrijven of af te dwingen. Men hield vast aan de bestaande staatsrechtelijke verhoudingen tussen gemeente en Rijk en hoopte voldoende te hebben aan een stimulerend optreden van het inspectieapparaat.<sup>13</sup>

Die hoop bleek ijdel. De inspecteurs, alert reagerend op de dreiging van de grote negentiende-eeuwse epidemieën – cholera, pokken, buiktyfus –, raakten diep teleurgesteld over het gebrek aan medewerking van de gemeentebesturen; die piekerden er in het algemeen niet over om hun bemoeienis met de gezondheidszorg buiten de grenzen van de armenzorg te gaan uitbreiden.<sup>14</sup> Voor de bestrijding van besmettelijke ziekten greep de rijksoverheid daarop naar een mogelijkheid, die in de *Wet op het Geneeskundig Staatstoezicht* was opengelaten. Indien de gemeenten te kort zouden schieten of de problemen niet bleken aan te kunnen, kon het centrale gezag ingrijpen door de betreffende zaak via een aparte wet te regelen.<sup>15</sup> In 1872 werd de *Besmettelijke Ziektenwet* aangenomen, die de gemeentebesturen verplichtte verordeningen te maken voor de onderwerpen die in de wet waren omschreven.<sup>16</sup> Hiermee was de grondslag gelegd voor het latere stelsel van de gezondheidszorg: een zekere centrale leiding en controle enerzijds en een gedecentraliseerde uitvoering anderzijds.<sup>17</sup>

In de praktijk kwam ook van deze taakverdeling echter nog bijzonder weinig terecht. De *Besmettelijke Ziektenwet* werd door de gemeenten niet of nauwelijks nageleefd. Zij voelden zich bepaald niet verantwoordelijk voor de hun opgelegde taak en zij weigerden dan ook om hier voldoende middelen voor vrij te maken. De toenemende druk van de centrale overheid op de gemeenten leidde meer tot een controverse over gemeentelijke zelfstandigheid dan over gemeentelijke gezondheidszorg.<sup>18</sup>

Vanuit de centrale overheid werd daarom gezocht naar een zodanige herziening van de *Wet op het Geneeskundig Staatstoezicht*, dat meer centrale leiding, meer bevoegdhe-

den voor het Staatstoezicht, betere plaatselijke voorlichting en, vooral, meer plaatselijke activiteiten op het terrein van de volksgezondheid het gevolg zouden zijn.<sup>19</sup> Krachtens de *Gezondheidswet* van 1901 werd een Gezondheidsraad ingesteld die de overheid moest adviseren. Aanvankelijk werd aan deze raad ook de leiding van de inspectie toevertrouwd, maar dit werd in 1919 krachtens een herziene Gezondheidswet weer teruggedraaid, nadat een jaar eerder de eerste directeur-generaal van de Volksgezondheid was aangesteld bij het eveneens in 1918 ingestelde departement van Arbeid.

Deze directeur-generaal kreeg de leiding over de afdeling Volksgezondheid, die van het departement van Binnenlandse Zaken naar het nieuwe departement was overgeheveld, inclusief het Staatstoezicht op de Volksgezondheid.<sup>20</sup>

Gezondheidsraad, directeur-generaal van de Volksgezondheid, inspectie, Prophylaxefonds – zij zouden in de periode 1920-1940 op landelijk niveau de belangrijkste (semi-)overheidsorganen op het terrein van de gezondheidszorg gaan vormen.

### c. Districtsgezondheidsdiensten

Behalve in een versterking van het landelijke apparaat voorzag de Gezondheidswet van 1901 ook in een nieuwe poging om de gemeentelijke activiteit te prikkelen: de instelling door de rijksoverheid van plaatselijke gezondheidscommissies met adviserende en controlerende taken ten aanzien van het gemeentelijke doen en laten op het terrein van de volksgezondheid.

De gemeenten verzetten zich heftig tegen deze pottekijkers van de centrale overheid.<sup>21</sup> Van de in dezelfde wet opengelaten mogelijkheid dat gemeenten zelf gezondheidsdiensten konden oprichten, werd echter wel gebruik gemaakt, als eerste door de gemeente Amsterdam. In 1901 werd hier een gemeentelijke gezondheidsdienst, later de *gemeentelijke geneeskundige en gezondheidsdienst* (GG en GD), opgezet onder leiding van de arts L. Heyermans. Andere gemeenten volgden dit Amsterdamse voorbeeld.<sup>22</sup>

Het waren deze gemeentelijke gezondheidsdiensten, die de rijksoverheid vervolgens weer inspireerden tot het voorstel om de gezondheidscommissies te laten vervallen en in de plaats daarvan tot de instelling van gezondheidsdiensten te komen.

In 1920, in hetzelfde jaar waarin minister Aalberse met zijn wetsontwerp voor de regeling van het ziekenfondsstelsel kwam, lanceerde hij ook een Wetsontwerp tot het Instellen van Gezondheidsdiensten. Het hele land zou krachtens dit wetsontwerp in een aantal gezondheidsdistricten moeten worden verdeeld, in elk waarvan een gezondheidsdienst zou moeten gaan functioneren, in te richten door de gemeente(n). Als taak van de dienst werd aangegeven: het onderzoek naar de staat der volksgezondheid en het uitvoeren van maatregelen ter bevordering van de volksgezondheid. De diensten kregen dus niet alleen een adviserende, maar ook een uitvoerende taak. De kosten zouden voor de ene helft door het Rijk en voor de andere helft door de gemeente(n) moeten worden gedragen.<sup>23</sup>

Net als de voorgestelde regeling van het ziekenfondswezen kwam dit wetsontwerp echter in het moeras van de onopgeloste vragen en de veranderende maatschappelijke verhoudingen terecht: welke taken moest de gezondheidsdienst precies vervullen?

Hoe moest de gemeentelijke samenwerking geregeld worden? Welke inbreng had de rijksoverheid? Moesten het eigenlijk wel gemeentelijke diensten worden? Lag hier niet een taak voor particuliere organisaties?

In een wassende stroom van artikelen, adviezen en voordrachten werd op deze en andere vragen ingegaan, zonder dat een bevredigend antwoord gevonden werd.<sup>24</sup> In 1921 was al een gewijzigd ontwerp van wet ingediend, maar daarna volgden nog jaren van discussie, totdat het ontwerp in 1933 ten lange leste werd afgevoerd, overigens zonder ooit in parlementaire behandeling te zijn geweest.

Het hoofdmotief voor de intrekking van het wetsontwerp was bezuiniging. Invoering van gezondheidsdiensten zou veel gaan kosten, hetgeen in dat tijdsgewricht niet verantwoord werd geacht.<sup>25</sup> Dit argument kon echter des te gemakkelijker gehanteerd worden, omdat ook verwezen kon worden naar de opkomst van particuliere organisaties, die in de dertien jaar dat het wetsontwerp ter discussie stond, in aantal en omvang waren gegroeid en inmiddels vrijwel alle terreinen bestreken waarop de gezondheidsdiensten een taak was toebedeeld. Of ze het ook beter deden dan overheidsinstanties was de vraag, maar in ieder geval waren ze goedkoper (het personeel in particuliere organisaties verdiende over het algemeen minder dan personeel in overheidsdienst); zo nodig kon er sturing worden gegeven via de subsidiëring en bovendien waren de particuliere organisaties zelf steeds gretiger geworden in het vervullen van taken op het gebied van de volksgezondheid.<sup>26</sup>

De aanwezigheid van deze organisaties en hun ambities verschaften met andere woorden aan de overheid de materiële basis voor een politieke afweging: moest men doorgaan met het koersen op alleen maar overheidsdiensten, of kon (ook) gebruik worden gemaakt van het particulier initiatief? In de loop van het debat werd de overstap naar de tweede mogelijkheid gemaakt; en dat gebeurde zeker niet alleen op basis van een rationele keuze uit evenwaardige alternatieven.

De particuliere initiatieven op het terrein van de volksgezondheid waren voor een belangrijk deel ingebed in de zuilen, de maatschappelijke integratie- en segregatiekaders waarin bevolkingsgroepen van één levensbeschouwelijke stroming, hun maatschappelijke organisaties en hun politieke leiders met elkaar verbonden waren.<sup>27</sup>

Dit verzuilde bondgenootschap verleende aan de particuliere initiatieven op het terrein van de volksgezondheid een zodanig politiek gewicht, dat intrekking van het wetsontwerp zeker ook werd ingegeven door het motief politieke conflicten te voorkomen.<sup>28</sup>

De intrekking van het wetsontwerp inzake de gezondheidsdiensten markeerde zo doende ook in de gezondheidszorg de overgang naar de verzuilde ordening, die dit deelterrein van het maatschappelijk leven steeds meer was gaan beheersen. De fundamenteën van deze ordening waren in de voorafgaande jaren al gelegd: twee aanvankelijk te onderscheiden, maar gaandeweg volledig met elkaar versmeltende elementen zijn daarvoor bepalend geweest: de traditie van *charitas* en burgerlijke werkzaamheid enerzijds en de behoefte aan levensbeschouwelijke profilering anderzijds.

#### d. Beginnend particulier initiatief

De particuliere aanpak op het terrein van de volksgezondheid kreeg sinds het eind van de vorige eeuw een eigen gestalte door de geleidelijke totstandkoming en groei van de uit de bevolking voortkomende kruisverenigingen. Levensbeschouwelijke profilering stond daarbij aanvankelijk niet voorop. Het was de geneeskundige inspecteur in Noord-Holland, die, zoekend naar alternatieven voor de falende gemeentelijke zorg, zich eind vorige eeuw in arren moede tot de plaatselijke bevolking wendde. Hij organiseerde plaatselijke cholera-commissies voor de ziekenverpleging ten huize van patiënten. De preventie van epidemische ziekten, het voeren van propaganda voor verbetering van de drinkwatervoorziening stond echter ook al op het actieprogramma, spoedig gevolgd door de opleiding van verpleegsters.<sup>29</sup>

Rond de eeuwwisseling ontstond hieruit de provinciale vereniging het Noord-Hollandse Groene Kruis en andere provincies volgden dit voorbeeld. In 1911 kwam de landelijke overkoepeling van al deze verenigingen, de *Algemene Nederlandse Vereniging Het Groene Kruis*, tot stand.

Vergelijkbare initiatieven werden vervolgens vanuit rooms-katholieke hoek ondernomen. Plaatselijke en provinciale organisaties werden opgezet, aanvankelijk alleen voor ziekenverpleging, maar daarna gaandeweg uitgebreid tot tuberculosebestrijding, verzorging van kraamvrouwen en zuigelingen, en het leveren van verplegingsmateriaal. De provinciale verenigingen sloten zich in 1923 aaneen in de *Rooms-Katholieke Nationale Federatie Het Wit-Gele Kruis*.

In protestants-christelijke kring bestond een traditie van verpleging en verzorging van armen en zieken in de diaconessenhuizen, die sinds het midden van de vorige eeuw werden gesticht. Van daaruit werd in verschillende plaatsen ook de wijkverpleging ter hand genomen en de opleiding van verpleegkundigen verzorgd. Relatief laat heeft deze wijkverpleging zich verzelfstandigd in plaatselijke verenigingen. Pas in 1938 organiseerde men zich in de Bond van Protestants-Christelijke Verenigingen voor Wijkverpleging in Nederland, waarvan de naam in 1946 werd gewijzigd in *Protestants-Christelijke Landelijke Vereniging Het Oranje-Groene Kruis*.<sup>30</sup>

Het waren de kruisverenigingen, die model stonden voor het particulier initiatief op het terrein van de volksgezondheid. Voortgekomen uit de bevolking en steunend op een groeiend ledenbestand – 3% van de bevolking was in 1910 lid van een kruisvereniging, in 1940 was dit al 36%<sup>31</sup> – richtten deze volksverenigingen zich op de uitvoering van maatschappelijke gezondheidszorg, waaronder de geestelijke gezondheidszorg, daartoe in staat gesteld, niet door financiële bijdragen van enkele welgestelden in het kader van de liefdadigheid, maar door de contributies van leden. Allerlei varianten van particulier initiatief ontwikkelden zich naast de kruisverenigingen op het terrein van de volksgezondheid, maar als hoofdkenmerk gold toch steeds: een uit de bevolking voortgekomen initiatief gericht op de volksgezondheid, dat in beginsel financieel gedragen werd door particuliere bijdragen.

## e. De verzuiling

Het bondgenootschap van kerken, sociale organisaties en politieke partijen in onderscheiden levensbeschouwelijke blokken is geen uniek Nederlands verschijnsel geweest. Wel uitzonderlijk was de intensiteit, die dit verschijnsel in de periode 1920-1960 in Nederland aannam: het politieke systeem werd in die jaren overheerst door de confessionele partijvorming, de maatschappij raakte verdeeld in protestantse en katholieke blokken van ongeveer gelijk gewicht met een min of meer afgedwongen algemeen blok als restcategorie; deze verdeling werkte ook door in het staatsapparaat. Het was de combinatie van deze drie elementen die de verzuiling in Nederland het karakter van een compleet maatschappelijk stelsel gaf.<sup>32</sup>

De protestanten en katholieken hadden deze positie in de periode 1870-1920 bevochten op het toenmalige liberale establishment.

Aangrijpingspunt en testcase vormde de schoolstrijd die in de tweede helft van de vorige eeuw ontstond, nadat de rijksoverheid het openbaar onderwijs als preferabel naar voren had geschoven. Na tientallen jaren van strijd werd de controverse in 1917 beslecht met de principiële erkenning in de Grondwet van de gelijkwaardigheid van het openbare en het hoofdzakelijk door protestanten en katholieken georganiseerde bijzondere onderwijs. Aan deze erkenning was ook een financiële gelijkberechtiging verbonden: een evenredige verdeling van overheidssubsidies voor het onderwijs over de algemene en de bijzondere scholen.<sup>33</sup>

Zoals gezegd was de scholenkwestie onderdeel van een veel bredere maatschappelijke en politieke profilering van de confessionele groeperingen. Vanaf het einde van de vorige eeuw kreeg deze profilering steeds duidelijker gestalte in eigen werkgevers- en werknemersverbanden, eigen media, eigen voorzieningen voor cultuur, sport, maatschappelijk werk en gezondheidszorg – een verzuiling van het maatschappelijke leven, die na de principiële erkenning in 1917 met staatssteun vervolmaakt kon worden.

De politieke component van deze profilering kreeg terzelfder tijd zijn beslag. Na de invoering van het algemeen kiesrecht in 1917 werd bij de verkiezingen van 1918 meteen de liberale hegemonie in de landspolitiek opgeheven. De confessionele partijen maakten in de daarop volgende kabinetten de dienst uit.<sup>34</sup>

Intrigerend is de vraag, wat de confessionele groeperingen en hun leiders bezielde om zich zo sterk te willen manifesteren in het sociale en politieke leven, na de aanvankelijke afwijzing van de liberale idealen en moderniseringstendenzen in staat en samenleving.

Zelf motiveerden ze hun handelwijze met emancipatorische doelstellingen en argumenten om een gecontroleerde aansluiting bij de maatschappelijke ontwikkelingen te verkrijgen.

Het emancipatiestreven kwam naar voren in het verzet van de orthodoxe calvinisten (de 'kleine luyden') tegen de dominantie van de liberale burgerij en het vrijzinnig protestantisme en in het katholieke streven naar gelijkberechtiging in vergelijking met het protestantse en liberale deel der natie. Onder voortdurende verwijzing naar dit emancipatiemotief, het 'inhalen van de achterstand', werd vanaf 1920 met name de katholieke zuil opgebouwd en uitgebouwd tot de meest omvattende en best georganiseerde.<sup>35</sup>



Daarnaast stond het streven van de confessionele groeperingen om de moderne maatschappelijke en politieke ontwikkelingen op te vangen, waar mogelijk met behoud van de eigen christelijke waarden. De confessionele politieke partijen en sociale organisaties waren de instrumenten bij uitstek voor dit absorptieproces. Deze partijen en organisaties vormden een intermediaire laag tussen de staat en de eigen bevolkingsgroep, via welke invloeden van buiten en boven gefilterd en vertaald konden worden. In protestantse kring werd dit streven gefundeerd met het principe van de *soevereiniteit in eigen kring*: met overheidssteun, maar zonder staatsinterventie, dienen de confessionele groeperingen mee te werken aan de opbouw van de samenleving. In katholieke kring werd het complement van dit principe geformuleerd in de corporatistische staatsopvatting en het daarin verder uitgewerkte *subsidiariteitsbeginsel*: de uitvoering van de sociale taken dient, tenzij het staatsbelang zich daartegen verzet, met financiële steun van de overheid overgelaten te worden aan daarvoor in aanmerking komende groeperingen van de bevolking.<sup>36</sup>

Een duidelijke verbinding tussen particulier initiatief en levensbeschouwelijke signatuur was er aanvankelijk niet, maar vanaf de jaren twintig raakten deze twee steeds meer met elkaar verknoot. De invloed van de confessionele groeperingen in dit stelsel was zo groot, dat ook het particulier initiatief uitgaande van een algemene en ongedeelde benadering zich nog slechts in verzuilde vorm kon manifesteren. Wilde het voor overheidssubsidie in aanmerking komen, dan moest het zich in deze ordening voegen als 'neutrale' of 'niet-confessionele zuil'.<sup>37</sup>

De zuilen fungeerden als integratiekaders voor de verschillende levensbeschouwelijke groeperingen en als segregatiekaders tussen deze groeperingen; het stelsel tendeerde naar isolement binnen de zuil en concurrentie tussen de zuilen.<sup>38</sup> Dit schiep een typisch bestuurlijk probleem, nl. de zorg voor een minimum aan samenhang waar het zaken van algemeen belang betrof.

De oplossing die in 1917 voor de beslechting van de schoolstrijd was gevonden, had tevens de basis gelegd voor de oplossing van dit algemene probleem. Het bestuurlijke model dat hieruit te voorschijn kwam, had als kenmerk dat het sociale isolement van de zuilen aan de toppen werd gerelativeerd door het organiseren van overkoepelende contacten van de elites van de respectieve zuilen: scheiding aan de basis en samenwerking aan de top. In de overkoepelende contacten kon dan gezocht worden naar pragmatische oplossingen voor ideologische en principiële verschillen. Het belangrijkste instrument om deze verschillen weg te werken werd gevormd door de evenredige verdeling over de verschillende zuilen van de door de overheid beschikbaar gestelde financiële middelen.<sup>39</sup>

#### **f. Het verzuilde particulier initiatief in de gezondheidszorg**

Al direct bij de oprichting in 1875 was door de overheid de kruisvereniging in Noord-Holland ingeschakeld voor de uitvoering van de Besmettelijke Ziektenwet.<sup>40</sup> De logische volgende stap was financiële overheidssteun voor deze inzet. De eerste rijkssubsidie op het terrein van de volksgezondheid dateert uit 1904: een subsidie voor de tuberculosebestrijding.

Zo drukte de regering haar verantwoordelijkheid uit voor wat toentertijd nog een

ernstige volksziekte was,<sup>41</sup> maar van nog meer betekenis was de aanvaarding die hieruit sprak van een maatschappelijke verantwoordelijkheid van particuliere organisaties voor de uitvoering van algemene volksgezondheidstaken.

Het idee van volledige overheidsuitvoering werd daarna steeds verder losgelaten en zo ontstond het systeem, waarin de uitvoering van de zorg in hoofdzaak door particuliere organisaties geschiedt en waarin de overheidstaak primair bestaat uit steun door het instrument van de subsidie en het leveren van toezicht door middel van de inspectie.<sup>42</sup>

Aanvankelijk voelden de particuliere organisaties zich echter nog onzeker over de vraag, of ze wel in staat zouden zijn een dergelijke rol in de gezondheidszorg te spelen. In 1919 werd vanuit het kruiswerk bijvoorbeeld nog de gedachte geopperd om de wijkverpleging maar over te dragen aan de gemeenten;<sup>43</sup> in eerste instantie werden de particuliere organisaties in de discussie over de gezondheidsdiensten ook in het defensief gedrongen.<sup>44</sup> Het wetsvoorstel voor een door de overheid in te richten gezondheidsdienst mobiliseerde in de jaren twintig en dertig echter een tegenreactie, nu van de verzuilde particuliere organisaties: 'De voorstanders van overheidszorg hadden hun tegenspelers gevonden en daarmee was de grondslag gelegd voor een duidelijker naar buiten treden van de zich steeds verder, op basis van zelfwerkzaamheid, ontplooiende gezondheidszorg'.<sup>45</sup>

Deze meer offensieve houding was ingegeven door de particuliere organisaties op confessionele grondslag die geen genoegen meer namen met het zich ontwikkelende subsidiebeleid van de overheid. Het aanvaarden van subsidie betekende weliswaar financiële steun voor de eigen activiteiten, maar de wijze waarop deze steun werd verleend leverde geen enkele verdere maatschappelijke erkenning en daarbij behorende rechten op. Om ook deze rechten zeker te stellen werd door de verzuilde particuliere organisaties steeds nadrukkelijker gepleit voor een wettelijke erkenning van hun inbreng in de gezondheidszorg.

Dat zou hun een positie opleveren, die goed zou passen bij de in confessionele kring inmiddels ontwikkelde corporatieve maatschappijopvatting. Tegenover enerzijds het klassiek-liberaal beginsel van de individuele verantwoordelijkheid en anderzijds het socialistische beginsel van de gemeenschapsverantwoordelijkheid, werd in de corporatieve benadering uitgegaan van het individu, het gezin, de organisaties van het particulier initiatief en de staat als naast elkaar staande samenhangende elementen in één natuurlijke orde.<sup>46</sup> In deze opvatting zouden de particuliere organisaties, gesteund door de overheid, een essentiële bijdrage moeten leveren aan de ontwikkeling, uitvoering en coördinatie van de inspanningen op het terrein van de volksgezondheid.

De aanvankelijke behoefte in confessionele kring aan staatsonthouding, ten einde ruimte te krijgen voor de eigen ontwikkeling, verschoof daardoor steeds meer in de richting van de behoefte aan steun van de zijde van de staat: niet slechts een overheid die passief en aanvullend optrad wanneer het particulier initiatief in gebreke bleef, maar een overheid die actief de zelfwerkzaamheid en zelfordening van de particuliere sector stimuleerde en steunde.

Het waren deze kwesties, die na de intrekking van het wetsontwerp inzake de gezondheidsdiensten in 1933 het debat binnen en buiten het parlement over de ordening van de gezondheidszorg in Nederland beheersten. Men bleef daarbij echter worstelen

met de vraag, waar nu het evenwicht moest liggen tussen overheid en particuliere sector en in hoeverre er publiekrechtelijke bevoegdheden aan particuliere organisaties op het terrein van de gezondheidszorg toegekend moesten worden.<sup>47</sup>

Een gemengde commissie van overheid en particuliere sector onder voorzitterschap van de geneeskundig hoofdinspecteur, R.N.M. Eykel, kwam in 1939 met een antwoord in een uitgewerkt ontwerp van wet voor de bevordering der volksgezondheid. Daarin had inderdaad een gemengde verantwoordelijkheid van overheid en particulier initiatief haar neerslag gevonden in een publiekrechtelijke constructie voor de gezondheidszorg.<sup>48</sup> Tot een feitelijke regeling leidde ook dit voorstel echter niet. De oorlog kwam tussenbeide en daarna was het tijd voor nieuwe voorstellen.

Vooralsnog bleef de gezondheidszorg dus wat ze was: een conglomeraat van uitvoerende, besturende, inspecterende en financierende organisaties en instanties, die zonder veel samenhang door en langs elkaar heen werkten in een verzuild stelsel, dat ingekaderd was door enkele algemene wetten (Gemeentewet, Armenwet), bijzondere wetten (Gezondheidswet, Besmettelijke Ziektenwet), de wettelijke regeling van de kwaliteit van het (para-)medisch handelen en verder een reeks verordeningen en subsidieregelingen.

## 2. Van opsluiting naar hulp in de vrije maatschappij

De oudste van de vier in deze studie onderzochte werksoorten is de Sociaal Psychiatrische Dienst. Er loopt een min of meer rechte lijn van de nog te bespreken gezinsverpleging en patronaten, die in de vorige eeuw ontstonden, naar de Consultatiebureaus voor Zenuw- en Zielszieken, die in de eerste decennia van deze eeuw werden gesticht, de buitendiensten van de psychiatrische inrichtingen die daarop volgden en tenslotte de los van de inrichtingen opgezette psychiatrische voor- en nazorgdiensten.

Al deze bureaus waren geworteld in de krankzinnigenzorg en het stempel dat deze zorg op de opzet, organisatie en financiering van de bureaus drukte bleef nog tientallen jaren herkenbaar. Voorafgaand aan de bespreking van de totstandkoming van de verschillende bureaus, volgt hierna daarom allereerst een korte aanduiding van enkele relevante aspecten van de krankzinnigenzorg.

### a. Krankzinnigenzorg en armenzorg<sup>1</sup>

#### 1. De eerste Krankzinnigenwet, 1841

Tot ongeveer het midden van de vorige eeuw werden krankzinnigen niet beschouwd als patiënten die verzorgd en behandeld moesten worden, maar als mensen met gevaarlijke neigingen, tegen wie de maatschappij zich zo goed mogelijk had te beschermen. Hiervoor kwam maar één maatregel in aanmerking: opsluiten. Met dat doel waren in de loop der tijd dolhuizen, opberghuizen voor landlopers en gekken, en andere bewaarplaatsen ontstaan. Onder invloed van een tweetal ontwikkelingen kwam in deze benadering van de krankzinnige verandering.

In de eerste plaats duldde de uit de Franse tijd te voorschijn komende rechtsstaat niet meer, dat een burger zomaar kon worden opgesloten. Voor zover de bescherming van de maatschappij tegen de krankzinnige niet gemist kon worden, diende een rechter daartoe de machtiging te verlenen. In de tweede plaats kwam er een ontwikkeling in de medische wetenschap op gang, die het mogelijk maakte de krankzinnige te benaderen als een zieke en de krankzinnigheid als een ziekte, een proces met een in beginsel te achterhalen oorzaak, een voorspelbaar verloop en een mogelijkheid tot behandeling.

Beide ontwikkelingen sloegen neer in de 'Wet houdende bepalingen omtrent de gestichten voor krankzinnigen en de wijze hunner opneming in en ontslag uit dezelve', kortweg de Krankzinnigenwet. Deze werd in 1841 van kracht. Het primaire oogmerk van de wet was de regeling van de opsluiting van de krankzinnige. Daarnaast was geprobeerd om in deze wet, voor zover mogelijk, ook nieuwe medisch-

hygiënische inzichten tot uitdrukking te laten komen. Deze combinatie van oogmerken werd uitgewerkt in twee soorten bepalingen:

1. burgerlijk-rechtelijke bepalingen, die gericht waren tégen de krankzinnige, ter bescherming van de maatschappij tegen bepaalde uitingen van krankzinnigheid, en vóór de krankzinnige, ter bescherming van zijn individuele rechten;

2. administratief-rechtelijke bepalingen, die gericht waren op een verhoging van de kwaliteit van de verpleging en op een vergroting van de verplegingscapaciteit.

De kern van de Krankzinnigenwet lag bij de burgerlijk-rechtelijke bepalingen. In het kader van deze studie zijn de bepalingen gericht op de kwaliteit en de ruimte echter van meer belang.

Die bepalingen hadden allereerst betrekking op de instelling van een Staatstoezicht op de gestichten. Dit Staatstoezicht kreeg de mogelijkheid om inrichtingen die niet voldeden aan de gangbare medisch-hygiënische maatstaven voor te dragen voor sluiting. De bevoegdheid van de rijksoverheid om tot sluiting over te gaan was eveneens in de wet gegeven. Met deze wettelijke mogelijkheden werd de kwaliteitsverhoging van de verpleging en de strijd tegen de inferieure bewaarplaatsen ter hand genomen. Dit resulteerde in een belangrijke verbetering in het lot van de opgenomen geesteszieken. In de tweede plaats was er in de Krankzinnigenwet bepaald dat, al naar gelang de behoefte, nieuwe gestichten geschapen, respectievelijk bestaande gestichten uitgebreid dienden te worden ter voorziening van de behoefte in voldoende plaatsen.

De verantwoordelijkheid hiervoor werd niet bij de gemeenten gelegd, maar in navolging van de Franse wetgeving op dit terrein (waarin aan de 'Departements' de zorg voor de verpleging van krankzinnigen was opgedragen) bij de provinciale overheid. Overeenkomstig de geldende staatsrechtelijke verhoudingen gebeurde dit niet in dwingende termen. Bepaald was bijvoorbeeld dat, indien er in een provincie géén of onvoldoende gestichten aanwezig waren, het desbetreffende provinciebestuur niet gedwongen was alsnog de oprichting ter hand te nemen. Het provinciebestuur kon ook overeenkomsten sluiten met gestichten die in andere provincies gevestigd waren.

Kon hiermee het probleem van de kwaliteit vrij adequaat tegemoet worden getreden – verschillende inrichtingen werden op kwaliteitsgronden gesloten, terwijl in andere de verpleegomstandigheden verbeterden door de aanstelling van meer en deskundiger personeel –, het plaatsgebrek werd hiermee allerminst opgelost.

Er traden, mede door de werking van de Krankzinnigenwet zelf, effecten op die tot een overbevolking van de gestichten leidden. De verpleging werd beter, waardoor er meer naar het gesticht verwezen werd. De bewaarplaatsen werden opgeruimd, met als gevolg een overloop naar de gestichten. Doordat in de Krankzinnigenwet niet het maximaal aantal plaatsen van een gesticht was aangegeven, konden de gestichten opnieuw gemakkelijk volgestouwd worden. Tenslotte was het niet duidelijk, uit welke middelen nieuwbouw gefinancierd moest worden en wie de verpleging van behoeftige krankzinnigen – de overgrote meerderheid – uiteindelijk diende te betalen.

De Krankzinnigenwet bood geen oplossingen voor deze problemen. De overheid kon wel overgaan tot sluiting, maar wat dan? Ze beschikte in feite niet over andere middelen dan overredingskracht om de oprichting van nieuwe gestichten te stimuleren.

## *2. De tweede Krankzinnigenwet, 1884*

Op de problemen werd in 1884 gereageerd met een herziening van de Krankzinnigenwet. Daarin werd de inspectie nader geregeld en werden stringenter bepalingen op het punt van de plaatsruimte, evenals ten aanzien van de betaling van de verpleegkosten, toegevoegd.

De wet bepaalde nu, dat alle inspecteurs arts moesten zijn en dat hun bemoeienis zich ook kon uitstrekken over krankzinnigen verblijvend buiten de gestichten; het werd een Staatstoezicht op Krankzinnigen en Krankzinnigengestichten.

Desondanks weerspiegelde zich in de aparte plaats van dit Staatstoezicht naast de Inspectie op de Volksgezondheid nog steeds het feit dat het hier primair ging om een zaak van openbare orde.

Dit verschil in gerichtheid van de beide inspecties werd nog eens extra geaccentueerd, toen de Inspectie op de Volksgezondheid in 1919 werd overgeheveld naar het ministerie van Arbeid, waar het onder de leiding van de directeur-generaal van de Volksgezondheid kwam te staan, terwijl het Staatstoezicht op het Krankzinnigenwezen bij het ministerie van Binnenlandse Zaken achterbleef. Deze excentrische positie van het Staatstoezicht ten opzichte van de gezondheidszorg gaf ook weinig ruimte aan de inspecteurs om zich daadwerkelijk met de buiten-gestichtelijke zorg bezig te houden, al waren ze daar door de wet van 1884 wel toe gerechtigd.

In de wet van 1884 was de provinciale overheid nog nadrukkelijker aangewezen als de instantie, die voor voldoende verpleegruimte voor haar geestelijk gestoorde inwoners diende te zorgen. Klonk hierin de erfenis van de Franse wetgeving nog duidelijker door dan in de eerste Krankzinnigenwet, de wijze waarop de provincie deze verantwoordelijkheid mocht invullen, bleef geheel toegesneden op de Nederlandse omstandigheden. De provinciale besturen werden ook nu niet verplicht om zelf de oprichting en instandhouding van gestichten ter hand te nemen. Dat mochten ze uitbesteden aan andere provinciebesturen, particuliere gestichten en gemeentelijke inrichtingen in de eigen provincie of elders in het land.

De praktijk was hier dan ook naar. Met uitzondering van Noord-Holland lieten de provinciebesturen de oprichting en instandhouding van inrichtingen over aan anderen, waarbij ze overigens wel hielpen door tegen gunstige voorwaarden investeringsgelden te lenen, de kosten van niet bezette plaatsen te vergoeden en subsidies voor de verpleegkosten te verstrekken. Initiatiefnemers uit de burgerij, religieuze gemeenschappen en levensbeschouwelijk geïnspireerde groeperingen pakten de door de overheid toegeworpen handschoen met voortvarendheid op. In 1884 bestonden er 16 psychiatrische inrichtingen die onder het Staatstoezicht vielen. In de jaren daarna tot de Tweede Wereldoorlog werden 33 nieuwe psychiatrische inrichtingen opgericht, waarvan er overigens in die periode weer 6 opgeheven werden, zodat er in 1940 in totaal 43 inrichtingen onder het Staatstoezicht vielen. Hiervan gingen er 3 uit van de gemeentelijke overheid, 2 van de provinciale overheid en 2 van de rijksoverheid. De overige 36 inrichtingen waren particuliere organisaties op protestantse, katholieke of algemene grondslag. Na de oorlog verdwenen er nog eens 3 inrichtingen en kwamen er 4 bij.<sup>2</sup> De vestiging van de psychiatrische inrichtingen vond dus vóór de Tweede Wereldoorlog plaats. Overigens waren slechts 35 van de in totaal 43 inrichtingen in 1940 van noemenswaardige betekenis.<sup>3</sup>

### *3. De koppeling van Krankzinnigenwet aan Armenwet*

In de Krankzinnigenwet van 1884 waren ook de betalingsvoorwaarden voor verpleging in de psychiatrische inrichting beter geregeld. Alhoewel de wettelijke eis om te zorgen voor voldoende verpleegruimte ook financiële consequenties voor de provincies meebracht, werd het toch onbillijk gevonden dat zij alleen zouden moeten opdraaien voor de kosten die hieraan verbonden waren. Het was ten aanzien van juist dit aspect, dat toch weer aansluiting werd gezocht bij de toentertijd gangbare opvatting omtrent de status van de overheid, die primair verantwoordelijk was voor de zorg van behoeftige ingezetenen. Dit was, zoals we in het eerste hoofdstuk zagen, de gemeente. Als financieringsbron voor de gemeentelijke ondersteuning van de krankzinnigenzorg werd de Armenwet aangewezen.

In de Krankzinnigenwet van 1884 werd daartoe een expliciete verwijzing naar de Armenwet opgenomen,<sup>4</sup> terwijl in de Armenwet een bepaling werd opgenomen die inhield dat de betaling voor de opname van behoeftigen in een krankzinnigengesticht verhaald kon worden op de gemeente van herkomst.<sup>5</sup>

Naast de financiering van de zorg was er nog een andere reden waarom de verbinding van de Krankzinnigenwet met de Armenwet voor de hand lag. Ook de Armenwet was immers in beginsel een instrument van bescherming van de openbare orde. In de Memorie van Toelichting op het ontwerp van de herziening van de Armenwet in 1870 was dit nog eens duidelijk onderstreept: hulpverlening door het burgerlijk armenbestuur dient niet liefdadigheid doch politiezorg als grondslag te hebben.<sup>6</sup>

Door de in dit opzicht gelijke gerichtheid van de twee wetten – voorkoming van maatschappelijke wanorde en bescherming van de samenleving tegen de uitwassen van individueel gedrag – kon een onderlinge verwijzing des te gemakkelijker plaatsvinden. Hiermee zijn we gestoten op de oorsprong van de nu zo typisch aandoende kostenregeling die tot ver in de twintigste eeuw heeft gegolden voor de verpleging van geesteszieken. De kostenregeling was in essentie gebaseerd op de opvatting, dat plaatsing van de geesteszieke in een inrichting niets van doen had met een medische behandeling, maar met een politimaatregel, een maatregel van orde tot bescherming van de bevolking tegen gevaarlijke of storende elementen, analoog aan de wijze waarop men zich tegen misdadigers beschermde. Juist het accent op de bescherming van de bevolking impliceerde, dat de kosten ook door de gemeenschap gedragen dienden te worden. Het ziekenfonds, de dominante financieringsstructuur voor de individuele medische verzorging, kwam hiervoor niet in aanmerking.<sup>7</sup>

Het gevolg hiervan was, dat het stigma van armenzorg lang op de krankzinnigenzorg bleef rusten en eveneens dat de gemeenten veruit de belangrijkste financiers van de psychiatrische inrichtingen werden. In 1909 werd al ruim 75% van de inrichtingsbevolking verpleegd voor rekening van een gemeente, die dat overigens voor een gering deel weer kon verhalen op de patiënten (eigen bijdrage), terwijl ook de provincies in toenemende mate bijspongen met steun aan de gemeenten ter verlichting van deze uitgaven. Ongeveer 18% van de kosten kwam voor rekening van de familie van de opgenomen of andere daarbij betrokkenen. De laatste 7% kwam voor rekening van de rijksoverheid. In de jaren daarna verschoof deze verhouding steeds verder ten nadele van de gemeenten. In 1931 werd ruim 80% van de inrichtingsbevolking verpleegd voor rekening van een gemeente, ongeveer 13% kwam voor rekening van

de familie en anderen, terwijl de overige 7% voor rekening van de rijksoverheid kwam.<sup>8</sup>

#### 4. Toenemende asylering, plaatsgebrek en financiële zorgen

De met de Krankzinnigenwet van 1884 getroffen maatregelen ter voorziening in voldoende verpleegfaciliteiten en de betaling van de verpleegkosten vormden een sterke stimulans voor de groei van de inrichtingen in aantal en omvang. Deze groei voorzag duidelijk in een behoefte, getuige de toeneming van het aantal mensen dat opgenomen werd.

Overzicht accres gestichtsbevolking 1849-1903.

Jaren	Bestand op 1 januari in de psychiatrische inrichtingen*	Aantal op 10.000 inwoners (asyleringscoëfficiënt)
1849	1.187	3,9
1859	2.070	6,3
1869	3.375	9,4
1879	4.216	10,5
1889	6.079	13,5
1899	8.139	15,9
1903	8.959	16,7

\* inclusief gezinsverpleging  
(Bron: Kraus, 1933, 2.)

Het aanbod aan patiënten was echter veel groter dan de ruimte die beschikbaar kwam en plaatsgebrek bleef een buitengewoon nijpend probleem, zozeer dat wetswijziging weer noodzakelijk werd. Nu echter niet om de inspectie, provinciebesturen, gestichtsbesturen of gemeenten met nog meer verantwoordelijkheden te belasten, maar om de belemmeringen die er in de Krankzinnigenwet zelf bleken te zitten, op te ruimen.

De Krankzinnigenwet kende namelijk alleen de opneming en verpleging in daartoe aangewezen inrichtingen via een machtiging of een inbewaringstelling. Opneming en behandeling van geesteszieken zonder deze maatregelen was verboden. Daardoor was de Krankzinnigenwet geen stimulans, maar een hinderpaal voor het gebruik van andere inmiddels tot ontwikkeling gekomen verplegings- en behandelingsmogelijkheden, zowel binnen als buiten de psychiatrische inrichtingen, waaronder gezinsverpleging en behandeling in psychiatrische universiteitsklinieken.

In 1904 werd daartoe de wet aangepast. In een zgn. 'aangewezen inrichting' konden sindsdien geesteszieken zonder krankzinnigenverklaring, maar verder wel gebruik makend van de betalingsregeling van de Krankzinnigenwet, opgenomen en behandeld worden. Deze vorm van verpleging en behandeling van geesteszieken ontwikkelde zich sinds 1916, toen de eerste aangewezen inrichting in werking trad, als de meest gangbare intramurale psychiatrische hulp.



Als men al het idee had gehad dat met het systeem van de aangewezen inrichting het plaatsgebrek zou kunnen worden opgeheven, dan was men bedrogen uitgekomen. De bevolking der krankzinnigengestichten vertoonde ook na 1904 een bijna ononderbroken toeneming, ook in verhouding tot de groei van de totale bevolking.

Overzicht accres gestichtsbevolking 1908-1928.

Jaren	Bestand op 1 januari in de psychiatrische inrichtingen*	Aantal op 10.000 inwoners (asyleringscoëfficiënt)
1908	10.388	18,0
1913	13.488	22,0
1918	15.564	23,9
1923	17.327	24,3
1928	20.144	26,4

\* inclusief gezinsverpleging  
(Bron: Kraus, 1933, 2.)

Plaatsgebrek én stijgende verpleegkosten bleven een bron van continue zorg. Te zamen met twee andere factoren vormden zij de achtergrond en de context van een reeks initiatieven, die sinds het midden van de vorige eeuw werden ondernomen om tot alternatieven voor de verpleging in het krankzinnigengesticht te komen. Samengevat waren deze factoren:

- het plaatsgebrek in de inrichtingen dat, ondanks uitbreiding van de verpleegcapaciteit, tot het eind van de jaren dertig van deze eeuw een probleem bleef voor de gestichtsbesturen, de inspectie en de verantwoordelijke overheden;
- de jaarlijks groeiende financiële last van de post 'armlastige krankzinnigen', die voor tal van gemeenten en provincies buitensporig groot werd, zeker in de crisisjaren tussen de twee wereldoorlogen;
- de twijfel aan de noodzaak en het nut van de opname en het verdere verblijf in de inrichting voor patiënten, die met een gerichte behandeling en begeleiding ook daarbuiten opgevangen zouden kunnen worden;
- humanitaire bezwaren tegen de steeds massaler wordende opsluiting van hulpbehoevenden.

## b. Patronaten en gezinsverpleging

Sinds het midden van vorige eeuw werd er door het Staatstoezicht op het Krankzinnigenwezen voor geijverd om, in navolging van de *patronages* in Parijs, tehuizen te stichten voor het tijdelijk verblijf van ontslagen gestichtspatiënten.

Het idee werd voor het eerst toegepast door het gesticht te Dordrecht. In 1854 werd hier een patronaat gesticht, dat zich toelagde op de geldelijke ondersteuning van ontslagen patiënten en op hulp bij het herstel van maatschappelijke contacten. Voor dit laatste werd een beroep gedaan op vrijwilligers uit de burgerij. Dit initiatief kreeg

navolging in Delft (1860), Leiden (1860), Amsterdam (1861 en 1863), Franeker (1861) en Utrecht (1862). Diverse patronaten gingen naderhand door geldgebrek en teleurstellende ervaringen weer teloor. Enkele bleven voortbestaan tot na de Tweede Wereldoorlog en verloren daarna definitief hun ondersteuningsfunctie. De steun werd overgenomen door de overheid. Andere bleven weliswaar formeel voortbestaan, maar veranderden van karakter door omschakeling naar een psychiatrisch geleid consultatiebureau voor geesteszieken. De latere Sociaal Psychiatrische Dienst 'Het Friesche Patronaat' ontleende bijvoorbeeld aan deze geschiedenis zijn naam.<sup>9</sup> De gezinsverpleging was de volgende loot aan de stam van de inrichting en deze functioneert, in tegenstelling tot het patronaat, tot op de dag van vandaag. Geïnspireerd door de bloeiende gezinsverpleging in het Belgische plaatsje Gheel, waar ook Nederlandse patiënten naar toe werden gestuurd, begon de psychiatrische inrichting Veldwijk in 1886 met de toepassing van deze verzorgingswijze. Enkele andere inrichtingen volgden dit voorbeeld. De plaatsing van patiënten in gezinnen, die in Nederland, anders dan in België, onder de directe verantwoordelijkheid van de inrichtingen geschiedde, was een succes. De zorg boekte goede resultaten, was goedkoop en schiep mogelijkheden voor verlichting van het nijpend plaatsgebrek. Voor de gemeenten was de gezinsverpleging een dusdanig aantrekkelijk alternatief voor de duurdere gestichtsverpleging, dat de wijziging van de Krankzinnigenwet in 1904 tevens werd aangegrepen om, via een parallelle wijziging van de Armenwet, de betaling van de gezinsverpleging zeker te stellen. Desondanks bleef de gezinsverpleging maar een bescheiden branche. Het was een bewerkelijke methode, die bovendien steeds meer in de schaduw kwam te staan van de meer gespecialiseerde alternatieven die er voor de gestichtsverpleging ontstonden. Ook de schaarste aan gastgezinnen speelde een rol, een schaarste die samenhang met het toenemen van de welvaart. De noodzaak verdween om vanwege financiële redenen patiënten in het gezin op te nemen, terwijl bovendien de mogelijkheden afnamen, naarmate men meer als kerngezin ging leven.<sup>10</sup>

### **c. Maatschappelijk werk bij zenuwlijders en krankzinnigheid**

De patronaten en de gezinsverpleging gingen uit van de gestichten en waren bedoeld voor de nazorg van de eigen patiënten die redelijk zelfstandig konden functioneren. Daarmee boden deze voorzieningen geen soelaas voor het ellendige lot, waarin veel geestelijk onvolwaardigen en niet (te) genezen geesteszieken verkeerden, niet alleen binnen maar ook buiten de inrichting. Het zoeken naar een acceptabele opvang van deze categorie hulpbehoevenden was het uitgangspunt van diverse initiatieven, die alle gemeen hadden dat ze een wezenlijk alternatief probeerden te bieden voor het verblijf in de psychiatrische inrichting. Meer dan in iets anders werd dit gesymboliseerd in de benaming van deze initiatieven: *hulp in de vrije maatschappij*, de tegenhanger van de met onvrijwilligheid, dwang en uitzichtloosheid geïdentificeerde opneming in het krankzinnigengesticht.

Het waren de inspecteurs op het krankzinnigenwezen J.H. Schuurmans Stekhoven en W.M. van der Scheer, die in 1917 hieraan vorm gaven door de oprichting van de *Vereniging Maatschappelijk Werk bij Zenuwlijders en Krankzinnigheid*.

Dit maatschappelijk werk bestond uit twee typen voorzieningen. Voortgaande op het idee van de patronaten riep de vereniging in 19 gemeenten afdelingen in het leven, die zorgden voor materiële en morele steun aan hulpbehoevenden die verbleven in de vrije maatschappij. Deze organisaties bemiddelden tevens bij het zoeken naar aangepast werk en gezinsverpleging, wanneer de natuurlijke verzorgers – meestal de eigen familie – hiertoe niet in staat waren. In drie gevallen ontwikkelden deze afdelingen zich tot een zelfstandige rechtspersoon: de (latere) Vereniging Dr. Schroeder van der Kolk in Den Haag, de Wilhelminastichting in Apeldoorn en de Spaarnestichting in Haarlem. De eerste twee exploiteerden zelf een werkinrichting.

In de tweede plaats kocht de vereniging in verschillende delen van het land grote landgoederen op, met het doel daarop kolonies te vestigen waarin maatschappelijk onvolwaardigen en geestelijk hulpbehoevenden, alsook de rustige gestichtspatiënten zouden kunnen worden gehuisvest en tewerkgesteld. Daaraan lag de opvatting ten grondslag, dat op een eenvoudige en weinig kostbare wijze verzorging zou kunnen plaatsvinden, terwijl de betrokkenen door de verwachte arbeidsprestatie hun herstel zouden bespoedigen en tevens in de kosten van hun verzorging zouden bijdragen. Begin jaren twintig was er één kolonie tot stand gekomen. De vereniging had voor deze werkzaamheden een forse rijkssubsidie weten te bemachtigen, die werd aangewend voor de materiële steunverlening aan hulpbehoevenden via de afdelingen en voor de aankoop en exploitatie van de landgoederen en werkinrichtingen.

Toen de overheid zich begin jaren twintig in verband met bezuinigingen gedwongen zag om de financiële steun stop te zetten, kwam de vereniging in grote moeilijkheden. De landgoederen, de kolonie en de afdelingen konden niet zonder deze steun geëxploiteerd worden, mede vanwege het uitblijven van de verwachte stroom van patiënten. Het gevolg was dat de vereniging in 1924 weer geliquideerd moest worden, echter niet dan nadat het achterliggende idee en een deel van de boedel was zeker gesteld.<sup>11</sup>

#### **d. Behartiging van de maatschappelijke belangen van zenuw- en zielszieken**

In 1916 werd bij de GG en GD van Amsterdam de psychiater F. S. Meijers aangesteld als psychiatrisch-neurologisch adviseur ten behoeve van de toenemende (financiële) bemoeienis van de gemeente met krankzinnigen en maatschappelijk ongeschikten.<sup>12</sup> Drie jaar later volgde bij de dienst de instelling van een afdeling Geestes- en Zenuwzieken met Meijers aan het hoofd. De kern van deze afdeling werd gevormd door een *Consultatiebureau voor Zenuw- en Zielszieken*, waar Meijers in 1917 mee was gestart. Net als de in datzelfde jaar opgerichte Vereniging Maatschappelijk Werk, trad Meijers hiermee in het voetspoor van het patronaatswerk: een los van de inrichting staande organisatie, gericht op materiële steun en begeleiding van hulpbehoevenden bij het zich staande houden in de maatschappij. Hij voegde daar echter een nieuwe dimensie aan toe: een sociaal-psychiatrische benadering, waarin de sociale inzichten werden gecombineerd met de klinisch-psychiatrische deskundigheid.

Deze inzichten en deskundigheid werden aangewend in het dagelijkse spreekuur dat Meijers hield, de huisbezoeken die hij en de onder zijn leiding werkende verpleegkundige aflegde, de adviezen aan patiënten en hun familie, de bemiddeling bij het zoeken naar aangepast werk en naar behandeling door een zelfstandig gevestigd psychiater of

de polikliniek van de psychiatrische universiteitskliniek, en de voorbereiding van de opname in en het ontslag uit de inrichting.<sup>13</sup> Daarmee was de eerste voorloper van de latere Sociaal Psychiatrische Dienst gecreëerd.

Zijn ervaringen met dit consultatiebureau doordrongen Meijers zozeer van het belang van de mengeling van psychiatrie en sociale arbeid, dat hij veel particuliere energie ging steken – hij had slechts een halve aanstelling bij de gemeente – in de landelijke verbreiding van deze benaderingswijze. Zoekend naar een passend vehikel hiervoor stoot hij op de in liquidatie verkerende Vereniging Maatschappelijk Werk bij Zenuwlijders en Krankzinnigheid. Meijers ontfermde zich over de failliete boedel en bouwde deze om tot een landelijke organisatie ter behartiging van de maatschappelijke belangen van zenuw- en zielszieken, met als belangrijke doelstelling: het stimuleren van consultatiebureaus voor zenuw- en zielszieken, overeenkomstig het model dat hij in Amsterdam beproefde.

Al op 8 mei 1924 kon de nieuwe organisatie, de *Centrale Vereniging ter Behartiging der Maatschappelijke Belangen van Zenuw- en Zielszieken* (verder te noemen: de Centrale Vereniging) onder Meijers voorzitterschap van start gaan. Voor het bestuur had hij onder andere weten te interesseren zijn voormalige collega-medewerker op Paviljoen III van het Wilhelmina Gasthuis K.H. Bouman, sinds 1916 hoogleraar psychiatrie en neurologie aan de Universiteit van Amsterdam, W.H. Cox, geneesheer-directeur van de gestichten van de Willem Arntsz Stichting, de katholieke psychiater C.T. Kortenhorst, als psychiater werkzaam bij de psychiatrische inrichting Voorburg te Vught, en de pioniers van de forensische psychiatrie S. van Mesdag en W.P.J. Pompe.<sup>14</sup> Omringd door deze zwaargewichten zag Meijers toch kans om gedurende de 25 jaar dat zijn voorzitterschap duurde een zeer sterk persoonlijk stempel op de Centrale Vereniging te drukken: 'hij was praktisch voorzitter, secretaris, penningmeester en bestuur in één persoon. Ik ben zelf bestuurslid geweest, dus ik spreek uit ervaring', aldus Pompe in een terugblik.<sup>15</sup>

De nieuwe vereniging had zich wijselijk ontdaan van de voor haar voorganger zo fatale financiële banden met de verschillende activiteiten. Als federatie van zelfstandige instellingen onderhield ze slechts een landelijk bureau voor informatie en advies in Amsterdam en verschaft ze voor zover mogelijk aan de lidinstellingen en patiënten financiële steun uit de contributies, bijdragen van het Rijk en provincies en giften van inrichtingen, patronaten en fondsen.<sup>16</sup>

Een uitzondering hierop vormde de werkinrichting die door de Centrale Vereniging gedurende een aantal jaren in Amsterdam werd onderhouden; een typisch voorbeeld van Meijers ondernemerschap. Hij gebruikte zijn kersverse particuliere vereniging om er in Amsterdam een voorziening mee te treffen, die in Den Haag en Apeldoorn al tot stand was gekomen en waarvan hij als gemeenteambtenaar het grote belang was gaan inzien: de werkinrichting als onmisbaar complement voor een geslaagde maatschappelijke opvang van hulpbehoevenden. Onder de vleugels van de Centrale Vereniging en de persoonlijke leiding van Meijers ontwikkelde dit instituut zich zodanig, dat het in 1934 zelfstandig verder kon gaan als Stichting Arbeidsinrichtingen voor Geestelijk Onvolwaardigen te Amsterdam.<sup>17</sup>

Een vergelijkbaar ondernemerschap ontwikkelde Meijers ten aanzien van de wijk-verpleegkundigen en de reclassering van geestelijk onvolwaardigen in de vrije maatschappij.

De bijscholing van wijkverpleegkundigen nam de Centrale Vereniging al meteen bij haar oprichting ter hand, ten einde hun enige kennis bij te brengen van zenuw- en zielsziekten. Cursussen werden in verschillende plaatsen in het land gehouden door psychiaters die hiertoe waren aangezocht. Die cursussen organiseerde de Centrale Vereniging niet alleen met het oog op een betere zelfstandige beroepsuitoefening, maar ook als investering in bruikbare hulpkrachten bij het werk van de op te richten consultatiebureaus en het opsporen van geesteszieken in de maatschappij. Deze cursussen ondervonden echter niet allerwege instemming. Met name gestichtsartsen, die betrokken waren bij de officiële opleiding voor het examen krankzinnigenverpleging, uitgaande van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie en Neurologie, verzetten zich tegen de eenvoudige opzet, die ze schadelijk achtten voor hun eigen opleiding. Zij vonden dat de Centrale Vereniging hiermee moest stoppen, een verzoek dat echter pas werd ingewilligd, nadat de Centrale Vereniging de organisatie van de cursus had overgedragen aan de kruisvereniging waarmee ze al die tijd al nauw had samengewerkt: de Algemene Nederlandse Vereniging Het Groene Kruis. Nadat ook de andere kruisverenigingen en zelfs enkele scholen voor maatschappelijk werk met dergelijke cursussen waren begonnen, nam de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie en Neurologie het initiatief uiteindelijk over. In 1937 startte onder haar verantwoordelijkheid eveneens bij de Algemene Nederlandse Vereniging Het Groene Kruis de nascholingscursus speciaal gericht op het voor- en nazorgwerk. Dit was het begin van de latere opleiding tot sociaal-psychiatrisch verpleegkundige.<sup>18</sup> Op het terrein van de reclassering toonde de Centrale Vereniging zich dermate actief, dat ze in 1929 officieel door de minister van Justitie belast werd met het maatschappelijke toezicht op geestelijk onvolwaardigen, o.a. in het kader van de enkele jaren daarvoor van kracht geworden psychopatenwetten. Dit toezicht hield in, dat onder leiding en begeleiding van de Centrale Vereniging psychiaters in den lande ter beschikking van de regering gestelde geestelijk gestoorde of delinquenten met een voorwaardelijke veroordeling onder hun hoede kregen.<sup>19</sup> Naast deze indrukwekkende reeks van activiteiten, gericht op de behartiging van de maatschappelijke belangen van zenuw- en zielszieken, was er dan ook nog de taak waar het aanvankelijk vooral om te doen was geweest: de verbreiding van het idee van een consultatiebureau voor zenuw- en zielszieken. Met niet minder ondernemerschap dan hij op andere terreinen had getoond, nam Meijers ook de uitvoering hiervan ter hand.

### **e. Het Consultatiebureau voor Zenuw- en Zielszieken**

Door de Centrale Vereniging werden meteen na de oprichting in 1924 plaatselijke psychiaters aangezocht om volgens het door Meijers in Amsterdam beproefde model consultatiebureaus op te zetten. Verschillende psychiaters namen deze uitdaging aan; de stichtingen die uit de erfenis van de geliquideerde vereniging waren overgebleven, richtten eveneens consultatiebureaus op (Den Haag, Apeldoorn, Haarlem); elders kwamen aparte plaatselijke verenigingen ter behartiging van de maatschappelijke belangen der zenuw- en zielszieken tot stand (Assen, Rotterdam), terwijl in andere plaatsen consultatiebureaus werden opgezet en aangehaakt bij een patronaat,

een gemeentelijke dienst of een psychiatrische inrichting. Eind jaren twintig waren er op deze wijze 16 consultatiebureaus tot stand gekomen,<sup>20</sup> een aantal dat tot het eind van de jaren dertig onveranderd bleef.<sup>21</sup>

Meijers zelf bekommerde zich niet erg om de organisatie van deze bureaus, als er maar een psychiater en verpleegkundige aan verbonden waren. Hij was een pragmaticus die het belangrijker vond dat er zo snel mogelijk wat gedaan kon worden voor allen, die 'in de meest algemene zin invalide' waren, zonder onderscheid naar kinderen, volwassenen en ouden van dagen.<sup>22</sup> Wachten op een uitgekristalliseerd hulpverleningsconcept vond hij tijdverspilling. Zelf drukte hij dit zo uit: 'Men doet goed, bij de organisatie van een nieuwe dienst niet te veel het principiële en algemene voorop te stellen, omdat de praktische uitvoering onafwijsbaar dwingt, dat men rekening houdt met plaatselijke toestanden, zo zal wat hier onuitvoerbaar en ondoeltreffend is, elders tot uitvoering komen, omdat er geen keuze mogelijk is'.<sup>23</sup> Het gevolg van dit beleid was dat de consultatiebureaus wel verschilden in organisatie, maar toch overeenkwamen in hun eenvoudige en goedkope opzet: een psychiater-leider die voor enkele uren per week beschikbaar was, met een verpleegkundige als assistent; beiden hadden als regel hun hoofdtak elders en waren daardoor in staat hun hulp gratis te verlenen.<sup>24</sup>

In deze opzet lag ook de zwakte van het Consultatiebureau voor Zenuw- en Zielszieken. Weliswaar had Meijers met de inschakeling van de psychiater en de verpleegkundige een essentiële stap naar de sociale psychiatrie gezet, maar de veelal beperkte beschikbaarheid en scholing van deze beroepsbeoefenaren maakte de bureaus ongeschikt om te voldoen aan de groeiende behoefte aan een meer gespecialiseerde psychiatrische voor- en nazorg.

Bovendien bleef het consultatiebureau door de mogelijkheid van materiële ondersteuning sterk geassocieerd met armenzorg.<sup>25</sup> Dit werd zichtbaar in het gebruik dat potentiële verwijzers van dit bureau maakten. Herhaalde malen werden de inrichtingen er via circulaire van de Centrale Vereniging op geattendeerd, dat ontslagen patiënten voor nazorg naar de consultatiebureaus verwezen konden worden, maar dat gebeurde niet.<sup>26</sup> Veel inrichtingen gaven de voorkeur aan eigen psychiatrische voor- en nazorgdiensten, die geen functie (meer) vervulden in de materiële ondersteuning van patiënten. Dat werd overgelaten aan patronaten en gemeentelijke sociale diensten.

Hetzelfde was het geval met de psychiatrische voor- en nazorg die gemeentelijke geneeskundige en gezondheidsdiensten in de grote steden en daarbuiten hun particuliere tegenvoeters, de kruisverenigingen, gingen opzetten. Enkele consultatiebureaus voor zenuw- en zielszieken werden in deze zin omgebouwd, maar de meeste verloren naast de meer gespecialiseerde voorzieningen toch weer hun functie.<sup>27</sup>

## **f. De landelijke coördinatie van de voor- en nazorg mislukt**

Toen de Centrale Vereniging in 1924 werd opgericht, had ze vrijwel de alleenheerschappij op het gebied van de sociale psychiatrie. Dit legde een vanzelfsprekende opdracht bij de vereniging voor de ontginning van dit werkgebied. Met het talrijker worden van de organisaties die zich het lot van de geestelijk onvolwaardigen en

onvolkomen genezen geesteszieken in de vrije maatschappij aantrokken, verdween echter die alleenheerschappij en daarmee kwam ook de centrale rol van de Centrale Vereniging onder druk te staan. Meijers heeft zich al die jaren ingespannen om dit proces van versnippering te keren. Waar mogelijk participeerde hij als vertegenwoordiger van het sociaal-psychiatrische werkterrein in commissies, raden en besturen, en niet aflatend waren zijn pogingen om de vereniging de landelijke coördinatie te laten vervullen van de voor- en nazorgactiviteiten.

Aanvankelijk had Meijers nog de hoop, dat de Consultatiebureaus voor Zenuw- en Zielszieken zouden kunnen uitgroeien tot plaatselijke afdelingen van de vereniging. Deze plaatselijke afdelingen zouden zich dan te zamen met andere initiatieven op dit terrein provinciaal kunnen bundelen, zodat iedere provincie een vereniging voor hulp aan geesteszieken zou hebben: 'Indien eenmaal dit toekomstbeeld werkelijkheid zal zijn geworden, zal de Centrale Vereniging in haar tegenwoordige vorm nog alleszins reden van bestaan hebben. Wel zal zij dan moeten worden hervormd, maar een band tussen al die toekomstige provinciale zelfstandige afdelingen, zal zeker in het algemeen belang van het zo samengestelde en moeizame werk nuttig en nodig blijven en die band kan dan in een Algemene Centrale Vereniging belichaamd worden'.<sup>28</sup>

Toen dit niet lukte, probeerde hij de verschillende initiatieven onder de vlag van de Centrale Vereniging als een 'algemeen orgaan voor de praktijk der sociale psychiatrie' met elkaar te verbinden.<sup>29</sup>

Als leider van het consultatiebureau, uitgaande van de geneeskundige dienst van de gemeente Amsterdam, en tegelijkertijd initiatiefnemer van verschillende particuliere ondernemingen, personifieerde Meijers in zichzelf deze verbinding op een wel heel pregnante wijze. Dit uitzonderlijke voorbeeld was echter onvoldoende om al die verschillende organisaties van overheid en particulier initiatief, met hun eigen professionele ontwikkeling en behoefte aan (levensbeschouwelijke) identiteit, op één noemer te krijgen. Om dit probleem te ondervangen werd als een min of meer vrijblijvende vorm van lidmaatschap de status van 'aangesloten instelling' geïntroduceerd. Diverse instellingen uit met name de confessionele hoek waren zelfs hiervan niet gediend en weigerden zich aan te sluiten.<sup>30</sup>

De status van 'aangesloten instelling' gebruikte Meijers in arren moede dan maar om in ieder geval de jaarverslagen van instellingen die verder niets van doen hadden met de Centrale Vereniging in het algemene jaarverslag van de vereniging op te nemen, voor zover ze daar geen bezwaar tegen maakten: 'Zodoende kan dit Algemeen Verslag wellicht in de toekomst een centraal orgaan vormen voor de praktijk der voor- en nazorg van geestelijke hulpbehoevenden in Nederland'.<sup>31</sup>

Tenslotte trachtte de Centrale Vereniging, min of meer op de valreep, zich in het inmiddels verzuilde veld te profileren als vertegenwoordiger van de algemene, neutrale zuil.<sup>32</sup> Op deze titel participeerde de Centrale Vereniging nog in provinciale commissies in Zuid-Holland, Gelderland, Overijssel en Utrecht.<sup>33</sup> De profilering als zuil kwam echter te laat. Het bestuurlijke primaat van de neutrale zuil op dit werkterrein was inmiddels al overgegaan naar de Algemene Nederlandse Vereniging Het Groene Kruis.<sup>34</sup>

Het ontbreken van een dwingend kader voor de verschillende initiatieven op het terrein van de voor- en nazorg – het gevolg van de impasse waar de ordening van de

gezondheidszorg sinds de indiening van het wetsontwerp inzake de gezondheidsdiensten in terecht was gekomen –, kon de Centrale Vereniging, noch enige andere organisatie opvangen. De Centrale Vereniging verdween, met de terugval van de Consultatiebureaus voor Zenuw- en Zielszieken, in de jaren veertig helemaal uit het veld van de voor- en nazorg om zich verder vooral toe te leggen op de reclasseringsarbeid.<sup>35</sup>

### **g. De buitendienst van de psychiatrische inrichting**

Dat de psychiatrische inrichtingen zo weinig gebruik maakten van de Consultatiebureaus voor Zenuw- en Zielszieken kwam niet zozeer door een gebrek aan interesse in de nazorg van hun ontslagen gestichtspatiënten, als wel door de eenvoudige opzet van die bureaus. Toenemend plaatsgebrek en hoger wordende kosten prikkelden de interesse in die nazorg en Meijers had met zijn consultatiebureau een aansprekend model hiervoor aangereikt: een door een psychiater geleide en met verpleegkundige hulpkrachten uitgevoerde maatschappelijke begeleiding.

Het punt was, dat de inrichtingen zelf over zo'n bureau wensten te beschikken, toegesneden op de eigen (levensbeschouwelijke) identiteit en gespecialiseerder van opzet – een wens die gehonoreerd werd door de betrokken overheden, in de verwachting dat dit een verlichting in de verpleegkosten op zou leveren.

De in 1898 opgerichte *Vereniging Centraal Israëlitisch Krankzinnigengesticht*, die in 1909 de psychiatrische inrichting het Apeldoornsche Bosch had gesticht, opende de rij. Dankzij de voortvarende aanpak van de toenmalige geneesheer-directeur J. Kat startte deze vereniging in 1920 in Amsterdam een buitendienst, gemodelleerd naar Meijers' consultatiebureau, ten behoeve van de Amsterdamse patiënten die in het Apeldoornsche Bosch verpleegd werden: het Consultatiebureau voor Joodse Zenuw- en Zielszieken.<sup>36</sup> Andere inrichtingen volgden dit voorbeeld, maar het baanbrekende initiatief op dit gebied werd in Rotterdam genomen door de gemeentelijke psychiatrische inrichting Maasoord, het huidige Delta Ziekenhuis.

In tegenstelling tot andere gemeentelijke inrichtingen (Delft, Leiden, Den Haag) was Maasoord alléén bestemd voor patiënten uit de eigen stad. Deze afgebakende regionale functie betekende niet alleen dat Maasoord kon volstaan met één buitendienst, ze schiep ook de mogelijkheid om deze dienst geconcentreerder en daardoor gespecialiseerder op te zetten dan de eenvoudige consultatiebureaus die voor een heterogene en verspreide patiëntenpopulatie moesten functioneren.

Het was de toenmalige geneesheer-directeur van Maasoord, J.H. Pameyer, die deze mogelijkheid uitbuite.<sup>37</sup> Hij had zich voor deze gespecialiseerde opzet georiënteerd in Duitsland, het toentertijd gebruikelijke referentieland voor de Nederlandse psychiatrie. Daar was hij gestoten op het werk van de sociaal-geneeskundige Kolb, die al in 1908 een buitendienst van de psychiatrische inrichting te Erlangen had gesticht, waarin van meet af aan door gespecialiseerde artsen en verpleegkundigen op systematische wijze gewerkt werd aan de opvang en verdere behandeling van uit de inrichting ontslagen psychiatrische patiënten.

Deze buitendienst had overtuigend bewezen, dat het mogelijk was ontslag te bespoedigen, waarschijnlijke (her)opnemingen te voorkomen en kostenbesparingen te rea-



liseren. Aangepast aan de plaatselijke omstandigheden ging dit model van de buitendienst in 1926 in Rotterdam van start. En spoedig daarna kon Pameyer al bogen op dezelfde frappante resultaten als zijn Duitse collega: voor talrijke patiënten was vroegtijdig ontslag mogelijk, nu zij in de maatschappij sociaal-psychiatrische begeleiding ontvingen naast de complementaire voorzieningen van het patronaat, de werkinrichting en dergelijke. Daar bleef het echter niet bij. Er werden ook steeds meer patiënten aangemeld bij de buitendienst, die nooit opgenomen waren geweest en die door de gerichte hulp ook uit de inrichting gehouden konden worden. Daarmee was de psychiatrische voor- en nazorg in Nederland geboren.<sup>38</sup>

De Rotterdamse buitendienst werd, afgemeten naar aantallen ontslagen en voor op-neming behoevende patiënten, al gedurende de eerste jaren een eclatant succes. Pameyer zelf maakte eerst nog als geneesheer-directeur van Maasoord en sinds 1930 als inspecteur voor het krankzinnigenwezen voor Noord- en Zuid-Holland<sup>39</sup> in woord en geschrift propaganda voor deze opzet en organisatievorm van de psychiatrische voor- en nazorg.<sup>40</sup> Het gevolg was dat andere inrichtingen probeerden tot een overeenkomstige opzet van hun buitendienst te komen. Aan het eind van de jaren twintig was dat al min of meer gelukt met de buitendienst van het Apeldoornsche Bosch, van het Krankzinnigengesticht te Franeker, de Willem Arntsz Stichting in Utrecht en de psychiatrische inrichting Voorburg te Vught, terwijl andere inrichtingen hiermee bezig waren.<sup>41</sup>

In 1933 beschikten 12 van de toen in totaal 34 belangrijkste inrichtingen over een vrij volledig georganiseerde nazorg, bij 3 gestichten was deze in voorbereiding, 2 gestichten hadden een gedeeltelijke nazorg en 3 andere hadden een incidentele voorziening.<sup>42</sup> Begin 1936 hadden van de inmiddels 35 belangrijkste inrichtingen 15 al een vrij volledige nazorgdienst, die in totaal op ongeveer 30 plaatsen spreekuur hield, 5 gestichten hadden bescheiden opgezette buitendiensten en in 3 inrichtingen waren buitendiensten in voorbereiding.<sup>43</sup>

Daarna stabiliseerde de situatie zich, althans gemeten naar aantallen buitendiensten en spreekuren. Begin 1940 hadden van deze 35 inrichtingen er 14 een buitendienst, die gezamenlijk op ongeveer 30 plaatsen spreekuren hielden.<sup>44</sup>

De stabilisering van het aantal buitendiensten in de tweede helft van de jaren dertig werd niet veroorzaakt door een verflauwde belangstelling voor de psychiatrische voor- en nazorg, al liep het plaatsgebrek in de inrichtingen geleidelijk terug, noch lag daar kritiek op de inhoud van die zorg aan ten grondslag. Het model dat Pameyer voor Maasoord had ontwikkeld, werd allerwegen als adequaat en voldoende gespecialiseerd erkend en de financiers waren er in hun bezuinigingsdrift bovenop gedoken, zozeer zelfs dat het Staatstoezicht zich al in 1932 geroepen voelde om wat relativerender te worden: 'de ervaring elders, waar de zorg voor geesteszieken in de maatschappij langer bestaat, heeft geleerd dat, hoe zegenrijk dit instituut ook werkt, van ene enorme kostenbesparing niet gesproken kan worden'.<sup>45</sup>

Toch deed dit het enthousiasme niet afnemen. Probleem was echter dat het model vrijwel nergens anders op de Rotterdamse manier toepasbaar was, dat wil zeggen, opgezet en uitgevoerd door één psychiatrische inrichting. In de Krankzinnigenwet van 1884 was weliswaar nog een voorzichtige poging ondernomen om te komen tot een provinciale organisatie van de psychiatrische inrichtingen – artikel 11 was een verre echo van de Franse wetgeving, die het gestichtswezen rayongewijze regelde

–, maar de psychiatrische inrichtingen in Nederland hielden zich hier over het algemeen niet aan. Met name de levensbeschouwelijk georiënteerde inrichtingen behielden zich het recht voor om patiënten uit het hele land te kunnen opnemen en slechts een klein aantal inrichtingen betrof zijn patiënten geheel uit het gebied gelegen rond de inrichting.<sup>46</sup>

Het feit dat de overgrote meerderheid der inrichtingen hun patiënten uit allerlei delen van het land betrokken, maakte de gespecialiseerde en intensieve nazorg vanuit de inrichtingen erg moeilijk en voorzorg vrijwel onmogelijk. Zelfs Pameyer moest dit tot zijn spijt erkennen: 'Dat een regeling, waarbij alle voor- en nazorg voor geesteszieken uitgaat van de psychiatrische inrichtingen in ons vaderland niet uitvoerbaar is, moet ik overigens erkennen'.<sup>47</sup> Aangezien psychiatrische voor- en nazorg nauwelijks anders kan functioneren dan per stad of regio, werd men als het ware gedwongen om daar waar de inrichtingen geen regionale functie vervulden, los van de inrichting staande voor- en nazorgdiensten op te zetten.

Hierin nam de gemeente Amsterdam weer het initiatief van Rotterdam over, gevolgd door enkele andere grote steden, terwijl ook de provinciebesturen zich niet onbetuigd lieten.

## **h. Los van de inrichting georganiseerde voor- en nazorg**

### *1. De gemeentelijke voor- en nazorgdienst*

Weliswaar droeg Amsterdam net als andere gemeenten het merendeel van de financiële lasten van de gestichtsverpleging van haar ingezetenen, maar de belasting hiervan voor de hoofdstad was absoluut en relatief beduidend hoger dan voor welke andere gemeente ook. Amsterdam had de twijfelachtige eer te beschikken over de hoogste en snelst stijgende asyleringscoëfficiënt en de omvangrijkste gemiddelde uitgaven voor de inrichtingsverpleging.

De verslechtering van de economie in de crisisjaren na de Eerste Wereldoorlog vergrootte in het algemeen de druk op de gemeentelijke armenzorg en toen het Rijk in 1924 ook nog eens de al geringe subsidie per opgenomen patiënt aan de gemeente Amsterdam geheel stopzette en de provincie Noord-Holland in 1926 de subsidie op de verpleegprijs drastisch verminderde, besloot men maatregelen ten aanzien van de verpleging van geesteszieken te nemen.<sup>48</sup>

Die maatregelen werden voorbereid door een *Commissie van onderzoek inzake de verpleging en verzorging van zenuwzieken, krankzinnigen en maatschappelijk ongeschikten vanwege de gemeente Amsterdam*, waarin naast voorzitter L. Heyermans, directeur van de dienst, de hoogleraar in de sociologie en criminologie W. A. Bongers en verder Bouman, Meijers en Van der Scheer zitting hadden. De laatste vanwege het feit dat hij geneesheer-directeur van de provinciale inrichting te Santpoort was, een functie die hij na zijn inspecteurschap sinds 1919 vervulde; tijdens de werkzaamheden van de commissie werd hij overigens benoemd tot hoogleraar psychiatrie in Groningen.

De commissie werd op 23 juli 1926 geïnstalleerd met een opdracht, waarin nog eens nadrukkelijk op de financiële achtergrond werd gewezen: 'De sterke stijging der

uitgaven die ten laste der gemeente Amsterdam komen ter zake van de verpleging van zenuwzieken, krankzinnigen en maatschappelijk ongeschikten, was de aanleiding dat Burgemeester en Wethouders (...) een commissie instelden welke tot taak kreeg de oorzaken dezer snelle stijging na te gaan en alle met deze materie samenhangende vraagstukken te bestuderen' – zo luidde de aanhef van het rapport dat de commissie op 26 september 1930 aanbood.<sup>49</sup>

Men had die vier jaar besteed aan een zeer grondige aanpak van het probleem. Allerlei deskundigen waren geraadpleegd, bezoeken waren gebracht aan tientallen inrichtingen in binnen- en buitenland (voornamelijk Duitsland) en de informatie hieruit werd doorgesproken in maar liefst 83 bijeenkomsten. Het resultaat was een indrukwekkend rapport van bijna 200 pagina's, waarin na een uitputtende analyse van het probleem suggesties voor een oplossing werden voorgedragen.

In de analyse trachtte men een verklaring te vinden voor de verontrustende omvang en groei van de asylering der Amsterdamse ingezetenen. Aanwijzingen dat Amsterdammers meer of ernstiger ziek waren dan andere Nederlanders kon men niet vinden en men concludeerde dat de grote stad nu eenmaal haar eigen problematiek heeft, die beter en vroeger herkend werd en spoediger tot opnemings leidt dan elders, mede vanwege de ruimere aanwezigheid van mogelijkheden daartoe. De omvang en de soort van de aangeboden problematiek werd dus min of meer als een gegeven beschouwd; daar was op zichzelf niet veel aan te doen. Een vermindering van het aantal opnemingen en verkorting van de verpleegduur werden daarom vooral gezocht in het ontwikkelen van alternatieven. Eén alternatief was het inmiddels in Rotterdam beproefde systeem van de psychiatrische voor- en nazorg.

Op dit punt aangeland moest de commissie zich buigen over het probleem, dat Amsterdam niet over een eigen psychiatrische inrichting beschikte en dat strikte overname van het Rotterdamse systeem een veelheid van buitendiensten zou inhouden. Begin 1930 werden patiënten voor rekening van Amsterdam in maar liefst 39 verschillende psychiatrische inrichtingen en verpleeghuizen verspreid over het hele land opgenomen.<sup>50</sup>

Het idee van de buitendiensten werd geopperd, maar meteen weer verworpen: 'er zou toch een te grote versnippering van krachten ontstaan, indien alle gestichten een eigen buitendienst te Amsterdam zouden hebben. Deze diensten zouden immers geheel los van elkander gaan werken, hetgeen tot ingewikkelde en moeilijke verhoudingen zou leiden en onnodig duur worden'.<sup>51</sup> Bovendien zouden deze buitendiensten nooit in staat zijn om ieder voor zich in het complexe sociale netwerk van Amsterdam door te dringen.<sup>52</sup> De commissie reikte vervolgens oplossingen aan om in Amsterdam toch tot invoering van het Rotterdamse systeem te kunnen komen.

Allereerst kwam ze met het weinig realistische voorstel, dat Amsterdam alsnog een eigen psychiatrische inrichting zou opzetten, waarvan dan de voor- en nazorgdienst uit kon gaan.

Zekerheidshalve werd daarnaast ook een meer praktisch voorstel gedaan, namelijk om het aantal inrichtingen waarin Amsterdamse patiënten werden opgenomen, drastisch te beperken, zodat ook de voor- en nazorg adequater georganiseerd zou kunnen worden. De voorkeur werd hierbij uitgesproken voor de provinciale inrichting te Santpoort.<sup>53</sup> Tenslotte kwam dan het voorstel om de gemeentelijke afdeling voor Geestes- en Zenuwzieken en het daaronder ressorterende consultatiebureau om te

bouwen tot een goed geoutilleerde gemeentelijke voor- en nazorgdienst. Omdat de gemeente geen invloed kon krijgen op het ontslag van patiënten – dat bleef de bevoegdheid van de inrichtingen –, moest deze dienst zich vooral toeleggen op het voorkomen van onnodige en dure opnemingen, gebruik makend van de formele bevoegdheden van de gemeente om daarop controle uit te oefenen.

Met dit laatste sloot de commissie aan bij het plan dat Heyermans al in 1919 met de afdeling voor Geestes- en Zenuwzieken had voorgehad, maar dat door het part-time dienstverband van Meijers (hij wilde geen volledig dienstverband), niet geëffectueerd kon worden: het vervullen van een functie van opnamebeoordeling en niet alleen van opnamebemiddeling, zoals Meijers die vervulde. Het systeem van opnamebeoordeling had Heyermans al veel eerder ingevoerd bij de GG en GD. Personen die in het kader van de Armenwet onder de zorg van de gemeente vielen, werden alleen met toestemming van de gemeente toegelaten voor een opname in een algemeen ziekenhuis. Later kreeg de GG en GD deze beoordelende bevoegdheid ook voor de opname van Amsterdamse ziekenfondsleden toegewezen.<sup>54</sup>

Analoog hieraan zou ook de psychiatrische opname geregeld moeten worden, aldus het advies van de commissie. Dat hield onder andere de noodzaak in van een continue bereikbaarheid van de psychiater van de dienst, een systematische sociaal-psychiatrische anamnese van alle aangemelde patiënten, een centraal patiëntenregister en een effectiever zoeken naar alternatieven voor niet-spoedeisende gevallen.<sup>55</sup> Zo zou de afdeling de spil in het netwerk van voorzieningen kunnen vormen<sup>56</sup> en een voorbeeld kunnen zijn van wat toen al genoemd werd een 'moderne sociale psychiatrie'.<sup>57</sup>

Het gemeentebestuur nam deze aanbevelingen over en besloot als eerste maatregel de staf van de afdeling voor Geestes- en Zenuwzieken te versterken. In 1931 werd hiertoe A. Querido aangetrokken,<sup>58</sup> die Meijers in 1934 opvolgde als hoofd van de afdeling en het consultatiebureau vervolgens uitbouwde tot een goed geëquipeerde voor- en nazorgdienst. De voorzorg, dat financieel voor Amsterdam zo vitale onderdeel van de dienst, gaf Querido vorm in het ook internationaal bekend geworden systeem van de *acute psychiatrie*.

Dit systeem behelsde een samenhangend pakket van eerste opvang, zo nodig medicamenteuze behandeling (verder reikten de bevoegdheden van de dienst niet), opnamebeoordeling en tenslotte zo nodig opnamebemiddeling. Elke patiënt voor wie opname werd aangevraagd, werd thuis bezocht door een psychiater, soms samen met een verpleegster; bij elk bezoek werd nagegaan welke oorzakelijke momenten er lagen in de sociale situatie en de relationele problemen. Vervolgens werd nagegaan of er geen alternatief was voor de opname. Pas als dit niets opleverde, werd opname geïndiceerd.<sup>59</sup>

Evenals Pameyer kon ook Querido al na korte tijd bogen op eclatante successen. Terwijl de asyleringscoëfficiënt in het hele land bleef stijgen, daalde deze in Amsterdam sinds 1934. Deze daling vond plaats ondanks het langzaam afnemende plaatsgebrek en een toenemend aantal ontslagen.<sup>60</sup>

Na Amsterdam volgden andere grote steden in de loop van de jaren dertig met de opbouw van een analoge voor- en nazorgdienst (Leiden, Den Haag, Haarlem). Deze gemeentelijke diensten ontwikkelden weliswaar allemaal eigen varianten van de voor- en nazorg, maar in essentie weken ze niet af van het model zoals dat in Amster-

dam gestalte had gekregen: een los van de inrichting staande voor- en nazorg die, bekleed met het gezag van de overheid en de macht van de financier, een spilfunctie kon vervullen tussen inrichting en vrije maatschappij.

## 2. Provinciale initiatieven

Niet alleen de grote steden droegen de groeiende financiële lasten van de gestichtsverpleging. Ook kleinere gemeenten werden hiermee geconfronteerd. Al waren hun uitgaven veel geringer, belangstelling voor een verlichting daarvan bestond er in de crisistijd wel. Allemaal een eigen voor-en nazorgdienst was uiteraard niet zinvol, daarvoor waren de patiëntenaantallen veel te gering, maar medewerking aan een dienst die een groter areaal zou bestrijken, behoorde wel tot de mogelijkheden.

In deze mogelijkheden raakten ook de provinciebesturen geïnteresseerd. Weliswaar rustte de grootste financiële last op de schouders van de gemeenten, maar ook de provincies waren er in de loop van de tijd toe overgegaan een bijdrage voor de verpleegkosten te verschaffen.<sup>61</sup> Verschillende grondslagen werden voor deze steun gehanteerd – een percentage van de verpleegprijs, een bedrag per patiënt per jaar, of een gehele of gedeeltelijke bijpassing van het exploitatietekort –, maar voor de meeste provincies resulteerde dit in aanzienlijke bedragen, zoals onderstaande tabel laat zien.

Overzicht uitgaven van provincies in 1937 voor de verpleging in krankzinnigengestichten absoluut en per patiënt per jaar.

Provincie	Totaal	Per patiënt
Groningen	164.841,90	169,07
Friesland	185.613,—	175,—
Drenthe	46.384,73	125,—
Overijssel	299.558,70	290,—
Gelderland	650.000,—	296,54
Utrecht	329.590,80	254,30
Noord-Holland	704.450,36*	niet te berekenen
Zuid-Holland	1.294.802,79	195,15
Zeeland	44.197,73	74,40
Noord-Brabant	301.061,29	160,90
Limburg	96.896,90	niet te berekenen

\* Dit bedrag betreft waarschijnlijk alleen de exploitatietekorten van de eigen provinciale ziekenhuizen.

(Bron: NFGV, Rapport 1940, 44-45.)

Deze bedragen overtroffen ruimschoots de provinciale vergoeding aan de gestichten voor leegstaande plaatsen, zodat het ook voor de provincies financieel interessant was geworden om voorzieningen te treffen, die opnemingen konden voorkomen of bekorten. Daarvoor diende ook hier de psychiatrische voor- en nazorg zich aan.

Probleem was echter de vormgeving. Een provinciale voor- en nazorgdienst als overheidsinstelling lag niet voor de hand. Met uitzondering van Noord-Holland

beschikten de provincies niet over eigen psychiatrische inrichtingen, zodat de toepassing van het Rotterdamse model onmogelijk was. Evenmin bestonden er provinciale gezondheidsdiensten, waardoor ook het Amsterdamse model afviel.

Door de provinciale overheden werd daarom gekozen voor het inmiddels vaker beproefde recept: het stimuleren en subsidiëren van andermans inzet. Daarmee was het probleem van de vormgeving echter nog niet opgelost. Aanhaking van de voor- en nazorg bij de psychiatrische inrichtingen, de ogenschijnlijk logische plaats, was vanwege het ontbreken van een regionale organisatie van het inrichtingswezen in Nederland weinig zinvol.

Zo kwam men tot de organisatie van voor- en nazorgdiensten die districtsgewijze werden opgezet met behulp van de particuliere tegenhanger van de overheidsgezondheidsdienst: de kruisvereniging.

Vanuit deze achtergrond kwamen er in de loop van de jaren dertig in Zuid-Holland, Noord-Brabant, Gelderland en Limburg provinciale organisaties voor de voor- en nazorg tot stand, terwijl in Noord-Holland een iets andere variant werd beproefd. Een wettelijke basis voor de provinciale bemoeienis met de voor- en nazorg bestond er niet, maar het bezuinigingsperspectief was voldoende om in die economisch moeilijke jaren alternatieven voor de dure gestichtsverpleging met beide handen aan te grijpen.

Dit betekende dan ook werkelijk substitutie. Psychiatrische voor- en nazorgdiensten werden als alternatief voor de inrichtingsverpleging gesubsidieerd door de provincies, onder gelijktijdige vermindering van de subsidiëring van de kosten van de verpleging van krankzinnigen.

Nadat Pameyer tot het Staatstoezicht op het Krankzinnigenwezen was toegetreden met als werkgebied de provincies Zuid- en Noord-Holland, ging hij op niet aflatende wijze ijveren voor de totstandkoming van provinciale organisaties voor de voor- en nazorg. Hij richtte zijn aandacht daarbij vooral op Zuid-Holland. De objectieve noodzaak daarvan vond hij in de omvang van de provinciale bijdragen in de verpleegkosten. Het voorgaande overzicht laat zien dat Zuid-Holland ruim op kop liep met een bedrag van bijna 1,3 miljoen gulden. Dat dit bedrag zo hoog was, kwam niet door opvallend hoge verpleegkosten, maar door het hoge aantal opnemingen. Dat blijkt uit het bedrag per patiënt en het wordt bevestigd uit andere gegevens: Zuid-Holland had het grootste aantal opgenomenen van alle provincies.<sup>62</sup> Dat maakte het zoeken naar alternatieven zeker in deze provincie relevant.

In 1928 was de toenmalige geneesheer bij het provinciale ziekenhuis te Santpoort en de latere geneesheer-directeur van het Sint Joris Gasthuis te Delft, W. Beyerman, al met het idee gekomen om, eveneens in navolging van enkele aansprekende Duitse voorbeelden, buitendiensten buiten de grote steden op te zetten onder leiding van en op kosten van de provincie.<sup>63</sup> Dit idee kwam toen te vroeg. Provincies waren financieel nog niet geïnteresseerd. Beyerman nam daarom begin jaren dertig zelf het initiatief om te zamen met de Zuid-Hollandse Algemene Vereniging Het Groene Kruis en met behulp van de Centrale Vereniging een voor- en nazorgdienst voor geestelijk gestoorde volwassenen op te richten voor een zelf gecreëerd district Delft.<sup>64</sup> Deze voor- en nazorgdienst ging in 1933 van start met twee nazorgartsen verbonden aan de inrichting, die patiënten bezochten in dit district. Hun reiskosten werden vergoed door het plaatselijke patronaat. Het Zuid-Hollandse Groene Kruis zorgde voor de

inschakeling van de huisartsen en de wijkzuster, de wijkzuster – daartoe getraind door het Sint Joris Gasthuis – nam de verzorging van de patiënten voor haar rekening en het Zuid-Hollandse Groene Kruis stelde hiervoor een bescheiden bedrag beschikbaar.<sup>65</sup>

Hiermee had Beyerman laten zien dat een districtsgewijze organisatie mogelijk was en samen met Pameyer probeerde hij vervolgens Provinciale Staten van Zuid-Holland van het belang hiervan te overtuigen. Dit resulteerde in een commissie die in 1934 door het provinciebestuur werd geïnstalleerd met de opdracht voorstellen te ontwikkelen voor de organisatie van de voor- en nazorg van krankzinnigen in de gehele provincie. Evenals toentertijd in Rotterdam en Amsterdam was ook nu weer het uitdrukkelijke doel 'tot een vermindering van de verpleegkosten van krankzinnigen te komen door voorkoming van opneming en bespoediging van ontslag waar zulks verantwoord is'.

Het kostte de commissie daarna nog twee jaar om met een voorstel te komen om buiten de grote steden, waar de gemeentelijke diensten inmiddels actief waren, de provincie in te delen in 5 districten, in elk waarvan een voor- en nazorgdienst opgericht zou moeten worden. Deze districtsbureaus zouden in het leven geroepen moeten worden door bestaande organisaties, bij voorkeur de kruisverenigingen, in verband met hun districtsgewijze opzet en de medewerking van de wijkzusters. Ook zou op deze wijze recht gedaan kunnen worden aan de inmiddels ook op dit terrein noodzakelijk geachte inbreng van de drie levensbeschouwelijke stromingen. De psychiaters zouden geleverd kunnen worden door de verschillende inrichtingen. Een provinciale begeleidingscommissie, samengesteld uit vertegenwoordigers van de verschillende belanghebbenden, completeerde het geheel.

Op enkele ondergeschikte punten na werden deze voorstellen door het provinciebestuur overgenomen en in 1937 werd de *Provinciale Commissie van Toezicht en Advies voor de voor- en nazorg voor krankzinnigen in Zuid-Holland* opgericht en gingen de voor- en nazorgdiensten in de 5 districten van start. Deze 5 diensten, die door de respectieve kruisverenigingen in stand werden gehouden – ze stonden niet in een ondergeschikte positie ten opzichte van de provinciale commissie –, vervulden vooralsnog overigens een bescheiden functie. Het aantal patiënten waarover zich in 1940 de zorg uitstreekte bedroeg 750 en het bedrag dat de kruisverenigingen daarvoor ontvingen was f 7.000,-.

Dit was maar een klein deel van de totale subsidie van f 60.000,- die in dat jaar via de provinciale commissie aan voor- en nazorgactiviteiten in de provincie werd uitgekeerd. Het grootste deel van het bedrag ging naar de gemeentelijke diensten van Rotterdam, Den Haag en Leiden, en naar de werkinrichtingen in de twee eerstgenoemde steden. Van deze subsidie nam de provincie 50% voor haar rekening en de andere helft werd gedragen door de belanghebbende gemeenten, de betrokken kruisverenigingen en inrichtingen en het Prophylaxefonds.<sup>66</sup>

Ook in andere provincies werden met behulp van provinciale subsidies door de kruisverenigingen districts voor- en nazorgdiensten opgezet. In Noord-Brabant waren deze diensten in 1936 tot stand gekomen, Gelderland volgde in 1938 en Limburg in 1939.

In Noord-Holland kwam in 1939 een andere variant tot stand. Het provinciebestuur was hier uiteindelijk niet geïnteresseerd in de voor- en nazorg. Aan het eind van de

jaren dertig liep, mede door de succesvolle arbeid van de Amsterdamse voor- en nazorgdienst, het gebruik van de provinciale verplegingscapaciteit enigszins terug. Het provinciebestuur had er in die situatie geen belang bij de opnemingen in de drie inrichtingen die het toen exploiteerde nog verder te beperken en daarmee de leegstand te vergroten.

De Vereniging van Nederlandse Gemeenten, afdeling Noord-Holland nam daarop het initiatief om een organisatie voor psychiatrische voor- en nazorg buiten de grote steden op te zetten. De kosten hiervan werden in hoofdzaak gedragen door 73 participerende gemeenten, die 2½ cent per inwoner per jaar bijdroegen, naast bijdragen van de drie kruisverenigingen die bij de organisatie betrokken werden, en een subsidie van het Prophylaxefonds.

Nog in een ander opzicht week de organisatie in Noord-Holland af van de opzet in de andere provincies. De uitvoering van de zorg was niet in handen gelegd van de kruisverenigingen, maar van een aparte, daarvoor door de Vereniging van Nederlandse Gemeenten opgerichte stichting, waarin de kruisverenigingen overigens wel bestuurlijk participeerden. Deze stichting nam zelf wijkzusters in dienst, die in 3 districten werkten met psychiaters van de psychiatrische inrichtingen.<sup>67</sup>

Eind jaren dertig waren zodoende al in 5 provincies voor- en nazorgdiensten werkzaam, die in meerdere of mindere mate los van de inrichtingen waren opgezet. In diverse andere provincies – Utrecht, Drenthe, Groningen, Overijssel – verkeerden plannen in een vergevorderd stadium.<sup>68</sup>



### 3. Aandacht voor het geestelijk bedreigde kind

#### a. De context

In 1928 werd in Amsterdam het eerste Medisch Opvoedkundig Bureau in Nederland opgericht, toen overigens nog Consultatiebureau voor Moeilijke Kinderen geheten, gevolgd door initiatieven in andere plaatsen. Eind jaren dertig functioneerden er 7 Medisch Opvoedkundig Bureaus in respectievelijk Amsterdam, Den Haag, Rotterdam, Utrecht, Leiden, Haarlem en Zaandam.

Het Medisch Opvoedkundig Bureau was een bijzonder vreemde eend in de bijt van de toenmalige hulp voor kinderen en jeugdigen. Het had een Amerikaanse achtergrond, was gericht op het neurotisch (licht)gestoorde en geestelijk bedreigde kind en zijn primaire milieu, beschikte over een multidisciplinaire staf die onderzoek, advies en behandeling combineerde met een werkwijze waarin geen formele hiërarchische relatie meer was aangebracht.<sup>1</sup>

Dit week allemaal volledig af van wat men toentertijd op dit gebied gewend was in de zorg voor geestelijk defecte jeugdigen zoals die geboden werd door de zwakzinnigenzorg: de Consultatiebureaus voor Zenuw- en Zielszieken en psychiatrische voor- en nazorgdiensten (die hun zorg soms ook uitstrekten tot geestelijk gestoorde kinderen); de gezondheidszorg voor kleuters en jeugdigen van kruisverenigingen, schoolartsen, kinderartsen en een enkele kinderpsychiatrische polikliniek; en de kinderbescherming waar men zich bekommerde om het lot van criminele en precriminele kinderen.

De *zwakzinnigenzorg* in Nederland was, net als de vooroorlogse psychiatrie, volledig op de Duitstalige landen georiënteerd en dat hield in: zorg voor het geestelijk gehandicapte en moeilijkheden opleverende kind door middel van opvoedkundige maatregelen. De samenwerking van arts en pedagoog-onderwijzer stond hierin centraal, gesymboliseerd in de term die voor deze benadering ook in Nederland werd gehanteerd: *heilpedagogiek*.<sup>2</sup>

In Duitsland was de belangstelling hiervoor in de eerste decennia van deze eeuw zelfs uitgegroeid tot een 'Heilpädagogische Bewegung' die zich niet alleen richtte op het zwaargestoorde, maar ook op het lichtgestoorde en anderszins moeilijkheden opleverende kind.

Een scala van voorzieningen was het resultaat: voor observatie, onderzoek en zo mogelijk behandeling van het kind ('Erziehungsberatungsstellen'), voor consultatie aan de ouders ('Behandlungsberatungsstellen') en voor aangepast onderwijs ('Lehrberatungsstellen').<sup>3</sup> In Nederland kreeg deze zorg, naast de internaten en arbeidsinrichtingen waar zwakzinnigen terecht konden, gestalte in aangepast onderwijs, voor- en nazorgdiensten rond dit onderwijs en een tweetal pedologische instituten voor klinische observatie van geestelijk abnormale kinderen in Amsterdam en Nijmegen.

De voor- en nazorg rond het Buitengewoon Lager Onderwijs heeft zich in Nederland langs dezelfde lijnen ontwikkeld als de psychiatrische voor- en nazorg. Begonnen met de nazorg van de oud-leerlingen, ging men zich steeds meer toeleggen op het medisch-pedagogisch onderzoek in verband met de plaatsing in het aangepaste onderwijs, de voorzorg. Psychiaters en psychologen werden hiervoor ingeschakeld, maar het zwaartepunt bleef toch liggen bij de pedagogische advisering en begeleiding die in hoofdzaak berustte bij (oud-)onderwijzers, pedagogen, maatschappelijk werkers of verpleegkundigen. In 1915 begon de Rotterdamse protestants-christelijke vereniging 'Zoekt het Verlorene' met deze voorloper van de sociaal-pedagogische dienst, aangehaakt bij de eveneens door deze vereniging in stand gehouden dagschool voor psychopathische jongeren.<sup>4</sup> De gerichtheid op de maatschappelijke opvang en begeleiding van geestelijk defecten, de betrokkenheid van de psychiater daarbij en het gemeenschapsgerichte karakter – de hulp was gratis –, maakte dat ook Consultatiebureaus voor Zenuw- en Zielsziken, psychiatrische voor- en nazorgdiensten in de grote steden en provinciale diensten uitgaande van de kruisverenigingen (Zuid-Holland, Brabant) de voor- en nazorg voor het buitengewoon lager onderwijs onder hun hoede namen.<sup>5</sup>

De *algemene gezondheidszorg voor kinderen en jeugdigen* was sinds het einde van de vorige eeuw door de kruisverenigingen ter hand genomen, vanaf het begin van deze eeuw werden schoolartsen aangesteld en terzelfder tijd begonnen kinderartsen zich met door hen opgezette consultatiebureaus eveneens op dit terrein te begeven.

Deze zorg verschilde van de bijzondere zorg voor de geestelijk defecte kinderen door de gerichtheid op medisch-hygiënische maatregelen ter bevordering van de ontwikkeling van het gezonde kind, maar de opzet en werkwijze week toch niet zo veel van die bijzondere zorg af: eenvoudig onderzoek door de medicus en verdere begeleiding door de verpleegkundige, uitgaande van gratis toegankelijke consultatiebureaus. Was nader onderzoek of behandeling nodig, dan kon sinds 1919 doorverwezen worden naar kinderpsychiatrische poliklinieken in enkele universiteitssteden, naar kinderartsen, van wie sommigen zich voorzien hadden van de medewerking van een psycholoog, of naar de twee pedologische instituten.<sup>6</sup>

In het kader van de *kinderbescherming* tenslotte was weer een geheel andere soort van zorg voor kinderen en jeugdigen tot ontwikkeling gekomen. Hier spanden de particuliere Pro Juventute-verenigingen, de gemengde voogdijraden (overheid en particulier initiatief), kinderpollitie en kinderrechtters zich in om onaangepast gedrag van kinderen te corrigeren, dan wel in te grijpen in een voor het kind schadelijke omgeving.

Deze inspanningen hadden sinds 1901 een eigen wettelijke basis gevonden in de drie zgn. Kinderwetten, die in 1905 in werking traden. Deze wetten regelden de behandeling in plaats van straf voor jeugdige wetsovertreders (de 'Strafrechtelijke kindernet'), de bescherming en opvoeding van de verwaarloosde en misdadige jeugd, inclusief een subsidiemogelijkheid voor particuliere verenigingen werkzaam op dit terrein (de 'Kinderbeginselwet') en de mogelijkheid van ontheffing van, en ontzetting uit de ouderlijke macht, waarbij de voogdij over het kind kon worden overgedragen aan voogdijverenigingen (de 'Burgerlijke kindernet').

In 1921 volgde een wet op grond waarvan de kinderrechtter en het instituut der gezinsvoogdij hun intrede deden. Deze wet regelde de inperking van de ouderlijke macht en de ondertoezichtstelling van het gezin.<sup>7</sup>

Dit was het veld van hulpverlening, waarin het Medisch Opvoedkundig Bureau eind jaren twintig zijn intrede deed.

## **b. Het eerste Medisch Opvoedkundig Bureau**

Het begin van het Medisch Opvoedkundig Bureau in Nederland lag niet bij de gezondheidszorg, noch bij de krankzinnigenzorg, maar bij de kinderbescherming. De Kinderwetten waren de uitdrukking geweest van het groeiende besef van een publieke verantwoordelijkheid voor het bedreigde of reeds ontspoorde kind, anders dan door middel van straf of opsluiting. Deze wetten en de daarop volgende maatregelen stimuleerden op hun beurt weer de belangstelling, niet alleen voor de begeleiding en opvoeding van kind en gezin, maar ook voor de mogelijkheden om ontsporing van de jeugd te voorkomen.

Het was in deze sfeer, dat de algemeen secretaris van het Nederlandsch Genootschap tot Zedelijke Verbetering der Gevangenen, mr. dr. N. Muller, geattendeerd werd op de ervaringen die de juriste E.C. Lekkerkerker in Amerika had opgedaan met de *Child Guidance Clinics*.<sup>8</sup> Deze bureaus voor psychiatrisch en psychologisch onderzoek en behandeling van moeilijke kinderen, predelinquente kinderen en kinderen die reeds met het justitiële apparaat in aanraking waren geweest (medio jaren twintig functioneerden er al enkele honderden), bleken frappante resultaten te boeken in de preventie van onaangepast gedrag. Lekkerkerker was toevallig op deze bureaus gestoten tijdens haar studiereis in verband met de voorbereidingen van een studie over de hervormingen in het Amerikaanse vrouwengevangeniswezen.<sup>9</sup>

Muller stimuleerde Lekkerkerker om haar ervaringen op schrift te stellen en aan te bieden aan het *Maandblad voor Berechting en Reclassering*. Ze verschenen in drie afleveringen in 1926 en 1927.<sup>10</sup> In de inleiding op deze serie zette de redactie de bedoeling van de publikatie uiteen in het kennelijke besef dat deze nouveauté uit Amerika wel niet meteen zou aanslaan: 'Wij vragen de volle aandacht van onze lezers, omdat wij geneigd zijn te denken, dat ook voor ons land de eerste verdere stap in de kinderreclassering zal moeten liggen in de richting thans door Amerika aangegeven en die overeenkomst vertoont met verschillende enigszins soortgelijke pogingen die in Europa beginnen gedaan te worden. (...) Voor het ogenblik vragen wij alleen twee dingen. Laat niemand zeggen 'het komt uit Amerika, dus het zal wel humbug zijn'. Onderzoekt en ziet wat er voor goeds inzit. En laat ook niemand zeggen 'nu willen zij werkelijk weer alles gaan psychiatriseren'. Want dat is het niet waarom het gaat, maar wel om nauwkeuriger kennis en inzicht in het menselijk handelen'.<sup>11</sup>

In die kennis en dat inzicht was men inderdaad geïnteresseerd, getuige het feit dat de artikelen, aangevuld met enkele andere stukken, ook nog in een aparte bundel door het Genootschap werden uitgegeven en verspreid.<sup>12</sup> Bovendien bracht het Genootschap begin 1927 een zestigtal belangstellenden bij elkaar – artsen, psychiaters, hoogleraren pedagogiek, medewerkers van de consultatiebureaus voor geesteszieken en mensen uit de kring van Pro Juventute, observatiehuizen, voogdij-instellingen, kinderpolitie en andere kinderbeschermingsorganen – om te bespreken op welke wijze dergelijke bureaus ook in ons land zouden kunnen worden opgericht.

Allereerst werd een commissie van voorbereiding ingesteld, onder voorzitterschap van de hoogleraar pedagogiek J.H. Gunning en met Lekkerkerker als secretaris. Ook de voorzitter van de Centrale Vereniging Meijers ontbrak niet in deze commissie. Daarnaast stimuleerde het Genootschap ook een nieuw bezoek van een aantal deskundigen aan de Verenigde Staten om concrete gegevens te verzamelen voor de opzet van een consultatiebureau in Nederland. Het Rockefeller Memorial Fund stelde hiervoor een studiebeurs beschikbaar en uit de talrijke sollicitanten voor deze beurs werd de psychiater P.H.C. Tibout gekozen. Te zamen met een tweetal maatschappelijk werkers, onder wie J.C.G. de Ranitz, die op eigen kosten meereisde, vertrok zij in 1927 naar de Verenigde Staten.

Het werd tijdens de verdere voorbereidingen van het plan al spoedig duidelijk dat het Genootschap, noch een andere organisatie op het gebied van de kinderbescherming, de drager van het initiatief kon blijven. De nieuwe voorziening was immers niet alleen voor criminele, maar ook voor anderszins moeilijke kinderen bedoeld.

Daarop schoof de ondernemende Meijers zijn Centrale Vereniging naar voren als het voor de hand liggende maatschappelijke steunpunt. Hij stelde de vorming van een pedagogische afdeling binnen zijn vereniging voor. Dat vonden de andere leden van de voorbereidingscommissie echter niet zo'n goed idee, omdat het publiek en de ouders van moeilijke kinderen afgeschrikt zouden kunnen worden door het uitgesproken psychiatrische stempel van de Centrale Vereniging en de pathologische gevallen waar deze bemoeienis mee had.

Het afvalen van de Centrale Vereniging als landelijk steunpunt voor het nieuwe initiatief maakte de zaak er niet eenvoudiger op. Het kon niet gerekend worden tot de kinderbescherming en evenmin was het een variant op het Consultatiebureau voor Zenuw- en Zielszieken. Wat was het dan wel?

Met de preventieve oriëntatie en het in beginsel gratis aanbod van de hulp schaarden de initiatiefnemers zich weliswaar aan de kant van de voorzieningen voor de volksgezondheid zoals het kruiswerk, maar daar hielden de overeenkomsten met deze sector wel zo ongeveer op. De vermenging van voorlichting, advies en behandeling in één voorziening was ongebruikelijk – men was veelal of op preventie of op curatie gericht –, terwijl de multidisciplinaire aanpak, dat wil zeggen dat de arts niet op voorhand de baas was, een eventuele aansluiting bij de volksgezondheid al helemaal illusoir maakte. Tenslotte kon het initiatief evenmin tot de maatschappelijke zorg gerekend worden, want daarvoor was het uiteindelijk toch te medisch georiënteerd en te specialistisch opgezet.

Voor de voorbereidingscommissie zat er kortom niets anders op dan voor de beoogde voorziening een aparte landelijke ondersteuningsstructuur op te richten, een vereniging met bureaus als leden.

Uit de ervaringen met de Centrale Vereniging en haar voorganger werd overgenomen, dat de leden financieel volledig zelfstandig zouden moeten zijn. Anders dan de Centrale Vereniging wilde men echter een veel strakkere regeling treffen om de uniformiteit in opzet en kwaliteit van de aangesloten bureaus zo goed mogelijk te handhaven; het ging immers om de introductie en verbreiding van een type bureau, dat moest beantwoorden aan het voorbeeld van de Amerikaanse *Child Guidance Clinic*. De voorbereidingscommissie werkte daarop een plan uit voor een vereniging van reeds bestaande bureaus, die na het doorlopen van een erkenningsprocedure lid zouden

kunnen worden. In de discussies met enkele potentiële gegadigden bleek echter dat de opvattingen over de vereisten waaraan een bureau zou moeten voldoen, ook in de voorbereidingscommissie nog bijzonder vaag en uiteenlopend waren. Toen na het bekend worden van de plannen begin 1927 ook nog eens allerlei bureaus contact begonnen te zoeken met het verzoek om erkenning, stapte de voorbereidingscommissie af van deze haars inziens toch heilloze weg. Ze zette koers naar de oprichting van een Vereniging ter Bevordering van de Oprichting en Instandhouding van Consultatiebureaus voor Moeilijke Kinderen die met één, in Amsterdam op te zetten, bureau zou kunnen starten. Daarmee was de greep op de introductie en verdere verspreiding van het Amerikaanse voorbeeld maximaal.

In de statuten van de nieuwe vereniging werd de bepaling opgenomen, dat plaatselijke of gewestelijke afdelingen van de vereniging konden worden opgericht volgens regels nader vast te stellen bij huishoudelijk reglement.<sup>13</sup> In het huishoudelijk reglement werd vervolgens de oprichting en inrichting van deze afdelingen gebonden aan de goedkeuring van het bestuur van de landelijke vereniging.<sup>14</sup> Daarin was onder andere de bepaling opgenomen: 'Door de afdelingen kunnen consultatiebureaus worden opgericht of bestaande instellingen van dien aard, uitgaande van andere organisaties, worden gesteund na voorafgaande goedkeuring door het bestuur van de vereniging. Voor de benoeming van personeel der consultatiebureaus is de goedkeuring van het bestuur vereist'.<sup>15</sup>

Op deze manier kreeg het initiatief vorm in de *Nederlandse Vereniging ter Bevordering van Consultatiebureaus voor Moeilijke Kinderen* (verder te noemen: de Nederlandse Vereniging van MOB's, vanaf 1938: de Nederlandse Federatie van MOB's), die op 14 mei 1927 werd opgericht. De kern van het bestuur werd gevormd door Gunning als voorzitter, Meijers als vice-voorzitter en Lekkerkerker als secretaris.<sup>16</sup>

In 1928 werd vervolgens de eerste afdeling van de landelijke vereniging opgericht, de Amsterdamse Vereniging ter Bevordering van Consultatiebureaus voor Moeilijke Kinderen, die op haar beurt najaar 1928 het eerste Medisch Opvoedkundig Bureau opzette.<sup>17</sup>

De opbouw van dit Amsterdamse bureau was gedurende de eerste maanden in handen van de inmiddels met een opleiding tot 'psychiatric social worker' uit Amerika teruggekeerde De Ranitz. Pas later voegde Tibout zich bij haar, na eerst nog een studiereis naar onder andere Wenen ondernomen te hebben, waar zij zich verder op de hoogte had gesteld van de ontwikkelingen die zich op het terrein van de 'Heilpädagogik' hadden voorgedaan. Ze liet zich daar met name inspireren door de oud-onderwijzer August Aichhorn, die bij zijn inspanningen om psychische stoornissen en emotionele verwaarlozing van het kind op te sporen en te bestrijden, de nieuwe psychoanalytische inzichten had verbonden met de oudere heilpedagogische benaderingswijze.

Gewapend met deze kennis oefende Tibout een grote invloed uit op de nadere invulling van het Medisch Opvoedkundig Bureau in Amsterdam. Inzichten uit de verschillende deelgebieden van de psychiatrie, psychologie, pedagogie en kindergeneeskunde werden toegepast en het resultaat was de mengeling van Amerikaanse vorm en Europese inhoud, die uitgroeide tot het *Medisch Opvoedkundig Bureau* dat sindsdien in essentie niet meer veranderde: in een samenhangend onderzoek naar sociale factoren en lichamelijke, psychologische en psychiatrische gesteldheid werd

door een team, bestaande uit psychiater, psychologisch geschoold maatschappelijk werker en later kinderarts en psycholoog, gezocht naar oorzaken van het gestoorde kinderlijke gedrag, op basis waarvan geadviseerd werd en zo nodig behandeld door de psychiater (psychotherapie) en de maatschappelijk werker (milieubehandeling).<sup>18</sup>

### c. De prijs van de pretentie

Zoals gezegd weken de gerichtheid, opzet en werkwijze van het Medisch Opvoedkundig Bureau volledig af van de toenmalige voorzieningen voor kinderen en jeugdigen en daarmee oogstten de initiatiefnemers niet alleen maar applaus.

#### 1. *Kritiek op opzet en werkwijze*

In de eerste plaats was er de kritiek die onvermijdelijk volgde op de pretenties waarmee men zich gepresenteerd had.<sup>19</sup> Van de zijde van de in diezelfde periode opkomende kinderpsychiatrie keek men met gemengde gevoelens naar de behandelingsfilosofie die aan het bureau ten grondslag lag. De moeilijke gevallen behoefden een veel intensievere behandeling dan het bureau ooit zou kunnen bieden, zo was het commentaar uit deze hoek.

Lijnrecht hiertegenover stond het teleurgestelde commentaar van aanpalende organisaties op de huns inziens veel te specialistische en tijdrovende werkwijze. Er werd naar het Amsterdamse bureau meteen al flink verwezen door kinderartsen, schoolartsen, Pro Juventute-verenigingen, kinderpolitie en andere instanties – behoefte aan het bureau was er dus wel –, maar toen al na enkele maanden het fenomeen van de 'wachtlíst' geïntroduceerd moest worden, deed dat bij de verwijzers toch twijfels ontstaan over de werkwijze. Moest die niet eenvoudiger zijn, waardoor in kortere tijd meer gevallen afgehandeld zouden kunnen worden, was de vraag die gesteld werd. Gedurende de hele vooroorlogse periode werden de bureaus met dit commentaar van beide zijden geconfronteerd.<sup>20</sup>

#### 2. *Gebrek aan financiën*

Veel ernstiger dan de kritiek was de financiële situatie. Het Medisch Opvoedkundig Bureau was door de initiatiefnemers niet bedoeld voor de *happy few*, maar voor het minder draagkrachtige deel van de bevolking, waar de grootste behoefte aan de voorziening werd verondersteld. De consequentie hiervan was dat de kosten voor deze hulp slechts in beperkte mate door de gebruikers zelf gedragen zouden kunnen worden. In dit opzicht was het bureau dus vergelijkbaar met de in beginsel gratis toegankelijke Consultatiebureaus voor Zenuw- en Zielszieken en de psychiatrische voor- en nazorgdiensten. Maar wie moest voor de kosten van het Medisch Opvoedkundig Bureau opdraaien?

De Nederlandse Vereniging van MOB's was een niet-verzuilde particuliere organisatie zonder eigen middelen. Ze ontving geen inkomsten uit contributies, zoals bijvoorbeeld de kruisverenigingen, en evenmin kon ze, eveneens zoals de kruisverenigingen, terugvallen op de grotere infrastructuur van een verzuild verband.

Subsidies van gemeente en provincie leek het ogenschijnlijk voor de hand liggende alternatief, gezien de steun uit deze hoek voor de consultatiebureaus van het kruiswerk, de krankzinnigenzorg en de zwakzinnigenzorg.

Er waren echter geen dwingende redenen voor deze overheden om het Medisch Opvoedkundig Bureau te gaan steunen. Wettelijke verplichtingen die dat aantrekkelijk maakten, zoals bij de krankzinnigenzorg, ontbraken hier geheel. Voor de subsidiëring van het Medisch Opvoedkundig Bureau waren evenmin overtuigende bezuinigingsargumenten te bedenken, afgezien van de algemene stelling dat preventie van stoornissen op jeugdige leeftijd een later beroep op zorg zou kunnen voorkomen. Dit werd dan ook nadrukkelijk door de initiatiefnemers bij de gemeentelijke en provinciale overheid naar voren gebracht, maar dat vermocht hen in de crisistijd toch niet te overtuigen. Integendeel, de terughoudendheid bij de potentiële financiers leek aanvankelijk juist groter te worden door het besef, dat met dit bureau geen bestaande, maar een nieuwe categorie hulpbehoevendenden werd aangetrokken door een vorm van zorg, die vergeleken met de toentertijd bekende consultatiebureaus buitengewoon kostbaar was.<sup>21</sup> Bleven over de ziekenfondsen en de rijksoverheid.

De gerechtvaardigheid van ziekenfondsvergoeding voor de hulp van het Medisch Opvoedkundig Bureau werd door de Nederlandse Vereniging van MOB's beargumenteerd op grond van het feit, dat de overgrote meerderheid van de cliëntèle lid van een ziekenfonds was en de hulp van het bureau, anders dan de andere consultatiebureaus, ook behandeling omvatte die met een beetje goede wil als specialistische medische hulp was te omschrijven.

Hierin lag voor de vereniging ook een belangrijke reden om vast te houden aan het vragen van een eigen bijdrage van de cliëntèle. Weliswaar kon deze bijdrage voor de financiering niet gemist worden en werd er ook een therapeutisch doel mee gediend – men verwachtte een grotere betrokkenheid van de ouders om actief mee naar een oplossing te zoeken –, maar minstens zo belangrijk was het bewijs dat met deze heffing geleverd werd, dat de hulpverlening van het bureau het karakter had van een behandeling, waarvan de betaling in principe geheel of gedeeltelijk door het ziekenfonds kon worden overgenomen.

De ziekenfondsen waren over het algemeen echter niet gevoelig voor deze pleidooien. Ze associeerden het Medisch Opvoedkundig Bureau sterk met de pedagogische adviesbureaus, en die vielen volledig buiten de gezondheidszorg. In een enkel geval wilde een ziekenfonds hulp van het Medisch Opvoedkundig Bureau wel als gezondheidszorg zien, maar dan toch als een consultatiebureau waar niet behandeling, maar preventie van geestelijke stoornissen centraal stond, een voorziening die bovendien op een nogal ongebruikelijke en in ieder geval erg kostbare wijze werd uitgevoerd.

Om haar argumenten kracht bij te zetten besloot de vereniging om het verwarring wekkende woord 'consultatiebureau' uit de naamgeving te schrappen en te vervangen door een aanduiding die meer het medische en behandelaspect zou moeten benadrukken. Het 'Consultatiebureau voor Moeilijke Kinderen' werd in 1937 in de verenigingsstatuten officieel omgedoopt tot 'Medisch Opvoedkundig Bureau', een naam die overigens incidenteel al veel eerder werd gehanteerd. Enig verband met een inhoudelijke verandering van het bureau was er niet en ook dit nominale middel in de strijd om erkenning vermocht de ziekenfondsen niet te vermurwen. Van aansluiting bij het ziekenfondsbestel was geen sprake.<sup>22</sup>

De rijksoverheid bood wél enig financieel soelaas voor het Medisch Opvoedkundig Bureau, op grond van het belang dat ze – in het kader van de kindbescherming – had bij goede adviezen over onaangepaste kinderen. Het ministerie van Justitie verschaftte een vergoeding per onderzoek, dat het Medisch Opvoedkundig Bureau in dit verband deed in opdracht van de kinderrechter, voogdijraad en andere. Aangezien het om een nauwelijks kostendekkend bedrag per onderzoek ging, kon het bureau als zodanig met al zijn andere activiteiten hiermee natuurlijk niet in stand gehouden worden.

Op welke andere titel de rijksoverheid bij moest springen, was echter evenmin duidelijk. Dezelfde overwegingen als bij de andere overheden speelden ook hier, met als paradoxaal element dat de benadrukking van het behandelaspect voor de ziekenfondsen een rijkssubsidie als consultatiebureau weer bemoeilijkte.<sup>23</sup>

De consequentie van dit alles was dat het Medisch Opvoedkundig Bureau vooral snog bleef aangewezen op de persoonlijke inzet van de stafleden, zonder dat daar een adequate vergoeding tegenover stond, op giften uit binnen- en buitenland (Amerika en Engeland), persoonlijke giften, bijdragen van cliënten en de vergoeding van het ministerie van Justitie.<sup>24</sup>

### 3. Gebrek aan geschoolde krachten

Een ernstige handicap voor het Medisch Opvoedkundig Bureau was niet alleen het ontbreken van enige financiële armslag, maar ook het tekort aan geschoolde krachten. In dit werk geïnteresseerde psychiaters waren schaars en bovendien waren zij op de universiteit niet vanzelfsprekend geschoold in psychotherapie. Konden zij zich daarin bekwamen bij privaat-docenten of via de psychoanalytische verenigingen, voor de sleutelfiguur van het bureau, de maatschappelijk werkster, ontbrak deze mogelijkheid geheel.

Maatschappelijk werksters deden sinds het eind van de jaren twintig weliswaar hun intrede in het psychiatrische veld, maar hun taak beperkte zich tot het wijzigen van uiterlijke milieufactoren: hulp bij het verkrijgen van werk, materiële steun, een betere woning, plaatsing van kinderen in een tehuis en dergelijke. Met de psychologische factoren bemoeiden zij zich niet. Hun functie ten opzichte van de psychiater was een ondergeschikte en uitvoerende. Cursussen die hen wegwijs maakten in de psychiatrie veranderden deze positie niet wezenlijk.

In het Medisch Opvoedkundig Bureau had de sociaal werkster, in navolging van de Amerikaanse *Child Guidance Clinic*, daarnaast nog een andere taak. Zij kreeg als werkgebied het milieu toegewezen dat de meeste invloed op het kind uitoefende: het gezin. Met behulp van psychiatrische en psychologische inzichten diende zij, naast de psychiater, haar deel van het milieuonderzoek en de milieubehandeling te bewerken, met een methodische benadering van het kind en gezin waar later de term *casework* voor werd gehanteerd.<sup>25</sup> Dit onderscheidde de psychiatrisch sociaal werkster van haar beroepsgenoten, die er alleen een 'intuïtieve en meer actief beredderende wijze van werken' op nahielden.

Zowel aan de Nederlandse scholen voor maatschappelijk werk als bij de formele verpleegkundigenopleidingen – waar maatschappelijk werksters overigens geen toegang toe hadden – was deze methodiek in de jaren voor de Tweede Wereldoorlog volledig onbekend, laat staan dat ze er een opleiding voor konden verzorgen.



Initiatiefnemers die wilden voldoen aan de eisen van de Nederlandse Vereniging van MOB's, en geïnteresseerde maatschappelijk werksters waren in deze situatie gedwongen hun heil elders te zoeken, eerst in Amerika en later ook in Engeland.<sup>26</sup> Het is duidelijk dat deze situatie nauwelijks mogelijkheden bood voor een krachtige verbreiding van het Medisch Opvoedkundig Bureau in Nederland.

#### **d. Het tweede bureau en de dreigende stagnatie**

Na de totstandkoming van het Amsterdamse bureau in 1928 wilde de Nederlandse Vereniging van MOB's met de oprichting van nieuwe Medisch Opvoedkundige Bureaus wachten tot er voldoende ervaring was opgedaan om initiatiefnemers in andere plaatsen een hanteerbaar voorbeeld aan te kunnen bieden.<sup>27</sup> Deze eveneens aan de Amerikaanse praktijk ontleende procedure om te beginnen met een *demonstration project* werd echter gefrustreerd, omdat tegen de verwachting in overheidssteun uitbleef. De demonstratie was gegeven, maar die ontlokte niet het enthousiasme waarop gerekend was.

Het financiële argument en daarmee samenhangend de onmogelijkheid om de noodzakelijke opleiding van de maatschappelijk werkster in het buitenland te verkrijgen, werden de belangrijkste redenen tot uitstel van nieuwe initiatieven. Pogingen in Utrecht en Groningen liepen vast en het duurde nog vier jaar voordat in Den Haag een tweede Medisch Opvoedkundig Bureau onder auspiciën van de landelijke vereniging kon worden opgericht.

De aanzet voor dit Haagse bureau kwam net als in Amsterdam uit de justitiële hoek. Hier was het de toenmalige aspirant-inspectrice bij de Haagse kinderoplichting, N. Ongerboer, die het initiatief nam. Zij had net als de initiatiefneemsters van het eerste uur eerst een pelgrimage naar Amerika ondernomen om daar de *Child Guidance Clinics* te bezoeken en een opleiding tot 'psychiatric social worker' te volgen.

Teruggekomen in Nederland lukte het haar om zoveel financiële medewerking te verwerven, dat in 1932 de *Haagse Vereniging tot Bevordering van Consultatiebureaus voor Moeilijke Kinderen* kon worden opgericht als tweede plaatselijke afdeling van de Nederlandse Vereniging van MOB's, met een bureau gemodelleerd naar het Amsterdamse voorbeeld.<sup>28</sup>

Met veel moeite waren op deze wijze in vijf jaar tijd twee Medisch Opvoedkundige Bureaus tot stand gekomen. Dit teleurstellende resultaat, gevoegd bij de buitengewoon slechte financiële vooruitzichten, maakte dat in 1931-1932 niet alleen werd overwogen om te stoppen met het bevorderen van nieuwe initiatieven, maar zelfs om de landelijke vereniging op te heffen.<sup>29</sup> Dit voornemen werd niet uitgevoerd, omdat in diezelfde periode toch wat licht aan de financiële horizon begon te gloren.

#### **e. Blijk van erkenning: subsidie uit het Prophylaxefonds**

Het Medisch Opvoedkundig Bureau viel in de gangbare organisatie- en financieringskaders tussen de wal en het schip. Weliswaar waren in het concept zoals dat in het Amsterdamse bureau gestalte had gekregen, inzichten uit bestaande gebieden

verwerkt, maar het resultaat paste nergens meer in. Dat was al gebleken bij de weigering om op te gaan in de Centrale Vereniging. Om elk misverstand hierover uit te sluiten was direct na oprichting van de Nederlandse Vereniging van MOB's in een voorlichtingsfolder nog eens nadrukkelijk het verschil met de Centrale Vereniging uiteengezet: de Nederlandse Vereniging van MOB's 'heeft de preventie van psychische stoornissen leidend tot onmaatschappelijkheid ten doel', terwijl de Centrale Vereniging 'de maatschappelijk aanpassing van reeds psychisch minderwaardigen beoogt'.<sup>30</sup>

Sindsdien werd de profilering ten opzichte van de Consultatiebureaus voor Zenuwen en Zielszieken (en later de psychiatrische voor- en nazorg) alleen maar aangescherpt: de psychiatrische voor- en nazorg, primair gericht op de geestelijk gestoorde volwassene, medisch-psychiatrisch georiënteerd, eenvoudig van opzet, gericht op onderzoek en advies en begeleiding, maar niet op behandeling; het Medisch Opvoedkundig Bureau, primair gericht op het bedreigde, maar in beginsel gezonde kind, multidisciplinair opgezet, gericht op onderzoek, advies én behandeling.<sup>31</sup>

Deze profilering werd des te nadrukkelijker, toen er uitzicht kwam op een juist op deze typische karakteristieken van het Medisch Opvoedkundig Bureau toegesneden maatschappelijk ankerpunt: *de geestelijke volksgezondheid*. Dit, eveneens aan het Amerikaanse voorbeeld ontleende, idee begon in dezelfde periode dat het Medisch Opvoedkundig Bureau zijn intrede deed, vaste grond in Nederland onder de voeten te krijgen. Over de introductie van de geestelijke volksgezondheid en de rol die Bouman daarbij speelde, komen we nog uitgebreid te spreken, omdat hier het begin blijkt te liggen van het latere samengaan van de verschillende ambulante werksoorten op het terrein van de geestelijke gezondheidszorg (zie I, 6).

Om het eerste blijk van maatschappelijke erkenning van het Medisch Opvoedkundig Bureau goed te kunnen begrijpen, moet er op deze plaats al kort op worden ingegaan. Dit betreft in het bijzonder de aandacht in het kader van de geestelijke volksgezondheid voor de *preventie* van geestesziekten. Het opsporen van schadelijke oorzaken in en buiten het individu en het bestrijden ervan, voor zover mogelijk met de beschikbare inzichten uit de psychiatrie, psychologie, sociologie, pedagogie en zo nodig andere vakgebieden: dat was de boodschap van de geestelijke volksgezondheid. De rijksoverheid werd door de particuliere organisaties en de Gezondheidsraad begin jaren dertig uitgenodigd om de geestelijke volksgezondheid daadwerkelijk als onderdeel van de volksgezondheid te erkennen. Dit betekende in de toenmalige verhoudingen dat ervoor gepleit werd om geestelijke volksgezondheid als onderwerp van overheidsbemoedigen aan te wijzen, om vervolgens het particulier initiatief op dit gebied met rijkssubsidie te kunnen gaan steunen.

Hoewel de betekenis van het Medisch Opvoedkundig Bureau voor dit nieuwe arbeidsterrein wel werd onderkend,<sup>32</sup> schonk de Nederlandse Vereniging van MOB's, door haar naar binnen gerichte beleid, aanvankelijk weinig aandacht aan de geestelijke volksgezondheid.<sup>33</sup> De overeenkomsten in gerichtheid tussen dit nieuwe arbeidsterrein en het Medisch Opvoedkundig Bureau waren echter dermate evident, dat de betrokkenen bij het Medisch Opvoedkundig Bureau alras gingen beseffen dat hier een unieke kans lag voor een maatschappelijke verankering van hun initiatief. Ze begonnen zich in te zetten om een zo groot mogelijk deel van een eventuele rijkssubsidie voor geestelijke volksgezondheid in de wacht te slepen.

De deplorabele financiële toestand van de schatkist en de vele onduidelijkheden en meningsverschillen die er toch over de precieze invulling van dit werkterrein bleken te bestaan, maakten echter dat de rijksoverheid er niet in stapte. Het belang van de geestelijke volksgezondheid was inmiddels echter wel zover doorgedrongen, dat enigerlei landelijke financiële steun noodzakelijk werd geacht. De basis hiervoor werd uiteindelijk gevonden in het Prophylaxefonds.

Het Medisch Opvoedkundig Bureau werd inderdaad als belangrijke, zij het niet als enige werksoort op het gebied van de geestelijke volksgezondheid aangemerkt, hetgeen tot uiting kwam in een subsidie die vanaf 1935 uit het Prophylaxefonds ontvangen werd; gemiddeld zo'n f 8.000,- per jaar.

Nog in 1935 werden drie nieuwe Medisch Opvoedkundige Bureaus ingericht: in Rotterdam, Utrecht en Leiden. Daarna volgde de inrichting van een bureau in Haarlem, waar Lekkerkerker, na daarvoor de opleiding in Londen gevolgd te hebben, werd aangesteld als psychiatrisch sociaal werkster. In 1936 werd dit bureau toegelaten als zesde afdeling van de landelijke vereniging. In 1939 volgde in Zaandam tenslotte het zevende bureau, dat mede dankzij de actieve rol van de psychiater Th. Hart de Ruyter tot stand was gekomen.<sup>34</sup>

Al was de subsidie van het Prophylaxefonds zeker niet kostendekkend, het betekende toch een substantiële steun: het bedrag groeide uit tot 22% van de totale kosten van de gezamenlijke bureaus aan het eind van de jaren dertig.<sup>35</sup> Bovendien hield deze subsidie een erkenning in van het algemene belang dat aan deze bureaus gehecht werd, hetgeen voor een aantal gemeenten en zelfs enkele ziekenfondsen weer aanleiding was om het werk met een bescheiden bijdrage te steunen.<sup>36</sup>

Dit alles had tot gevolg dat het aantal bureaus tot zeven kon uitgroeien, met behulp van bijdragen die in 1939 in totaal ongeveer f 37.000,- beliepen. Daarvan kon een staf in stand gehouden worden van in totaal 15 part-time psychiaters en 7 kinderartsen, en daarnaast 10 in meerderheid full-time psychiatrisch geschoolde maatschappelijk werksters en nog eens 4 in opleiding. Zij bereikten gezamenlijk in dat jaar ongeveer 700 nieuwe gevallen.<sup>37</sup>

#### **f. Bescherming van het concept: het beleid van de Nederlandse Vereniging van Medisch Opvoedkundige Bureaus**

Overzien we nog eens de vooroorlogse ontwikkeling van de Medisch Opvoedkundige Bureaus, dan valt de geïsoleerde positie op van waaruit ze hun weg moesten zien te vinden: een vreemde eend in de bijt van de kinder- en jeugdzorg, met een in de psychiatrie nog volslagen onbekende multidisciplinaire en teamgerichte aanpak, zonder adequate opleidingsmogelijkheden voor de psychiatrische scholing van de maatschappelijk werkster en gedurende de eerste jaren zonder noemenswaardige financiële steun van de overheid. Dat de bureaus zich in deze eerste jaren toch hebben kunnen handhaven, was, afgezien van de belangeloze medewerking, voor een belangrijk deel te danken aan de financiële steun uit Amerika en Engeland. Die betrof niet alleen de vergoedingen voor het maken van oriëntatiereizen en het volgen van opleidingen, maar soms zelfs ook de directe financiering van de exploitatielasten.<sup>38</sup> Deze financiële steun bevestigde echter ook de beeldvorming dat het hier om een

Angelsaksisch importprodukt ging en dat was in de voor de Tweede Wereldoorlog sterk op de Duitstalige landen georiënteerde psychiatrie geen aanbeveling. Al deze factoren resulteerden in een ten dele zelf gekozen isolement van het Medisch Opvoedkundig Bureau. Dit isolement lijkt op zijn beurt weer de belangrijkste factor voor de opvallende continuïteit van het oorspronkelijke initiatief: men kon zich, min of meer afgeschermd van andere invloeden, blijven richten op de uitwerking en verfijning van het oorspronkelijke concept. De landelijke vereniging speelde hierbij een essentiële rol.

Gestart in 1927 met het doel de oprichting van Medisch Opvoedkundige Bureaus te bevorderen, zorgde de Nederlandse Vereniging van MOB's in 1928 voor de totstandkoming van het Amsterdamse bureau, om vervolgens de opzet en werkwijze van dit bureau consequent te gebruiken als referentiekader voor nieuwe initiatieven. Het beleid dat de vereniging voerde, was erop gericht dit concept zuiver te houden. Andere doelstellingen waren hieraan ondergeschikt gemaakt: het ondersteunen van bestaande bureaus, het stimuleren van de totstandkoming van nieuwe bureaus, het verwerven van maatschappelijke erkenning en daadwerkelijke steun.

Met deze doelstellingen had de vereniging het zich niet gemakkelijk gemaakt. Dat kwam niet alleen door de moeilijkheden bij de realisatie, maar ook vanwege de spanning die er tussen deze doelstellingen onderling bleek op te treden, zoals:

- Welke nieuwe wetenschappelijke en praktische inzichten betekenden een daadwerkelijke verbetering en welke een aantasting van het oorspronkelijke concept?
- Hoe was uitbreiding van bestaande en totstandkoming van nieuwe bureaus mogelijk overeenkomstig het concept, als de daarvoor noodzakelijke krachten ontbraken?
- Wie ging er voor als er een geschoolde kracht beschikbaar kwam, het bestaande bureau of de initiatiefnemer van een nieuw bureau?
- Hoever moest men gaan in het aanprijzen van het bureau bij (potentiële) financiers, zonder het concept geweld aan te doen?

Deze afwegingsvraagstukken zorgden voor veel studie en discussie binnen de vereniging. Per saldo koos men voor een voorzichtige en orthodoxe koers. Weliswaar werd de volledig centralistische structuur van de vereniging en de vrijwel absolute hegemonie van het Amsterdamse bureau losgelaten – in 1937 werd de vereniging omgezet in een landelijke federatie van zelfstandige organisaties, zodat er meer vrijheid voor een eigen koers van de afzonderlijke bureaus ontstond –, maar aan het meest tastbare element van het oorspronkelijke concept, de samenstelling en werkwijze van de staf, werd onverkort vastgehouden.

Om dit ook na de reorganisatie te garanderen, werden in 1938 officiële verenigingsnormen van kracht, waarin de essentie van het Medisch Opvoedkundig Bureau nog eens werd omschreven: een zelfstandige rechtspersoon met een gespecialiseerde staf van psychiater, kinderarts en psychiatrisch sociaal werkster, die in teamverband het kind en zijn directe omgeving onderzoeken, adviezen verstrekken en zo nodig psychotherapeutische behandeling en milieubehandeling geven.<sup>39</sup> Verzoeken om toelating van nieuwe bureaus werden door het verenigingsbestuur aan de Normen getoetst, terwijl deze beoordeling niet ophield als het bureau eenmaal lid was geworden.

Uit het feit dat door het tekort aan geschoolde krachten, in het bijzonder aan psychiatrisch sociaal werksters, maar weinig bureaus aan de Normen konden voldoen, trok

de vereniging twee consequenties. Allereerst werd het stimuleren van nieuwe bureaus op een zacht pitje gezet. Niet geprobeerd werd om in zo kort mogelijke tijd zoveel mogelijk bureaus te doen oprichten. Het toelatingsbeleid voor nieuwe leden was van dit beleid het sluitstuk. In de tweede plaats had de vereniging, bij gebrek aan andere mogelijkheden, eerst bemiddeld bij het volgen van buitenlandse opleidingen en vervolgens in 1938 zelf de opleiding tot psychiatrisch sociaal werkster ter hand genomen.<sup>40</sup>

Met behulp van dit (passieve) toelatingsbeleid en het (actieve) opleidingsbeleid was de vereniging in staat de verbreiding van de Medisch Opvoedkundige Bureaus zodanig te reguleren, dat de oorspronkelijke opzet en werkwijze beschermd werden in een toentertijd bepaald niet stimulerende omgeving. Het was dankzij deze opstelling dat een benadering wortel kon schieten, die later zo'n enorme invloed op de gehele ambulante geestelijke gezondheidszorg zou gaan hebben.

## 4. Pastoraal werk en gezinszorg

In de jaren voor de Tweede Wereldoorlog werd een reeks sociale voorzieningen getroffen door gemeentelijke overheden, kerkelijke en particuliere organisaties voor mensen die individueel, in het gezin, in hun werk of in de grotere gemeenschap in moeilijkheden waren geraakt of dreigden te geraken.

Voorals het gezin was een belangrijk aangrijpingspunt voor de inspanningen van kerkelijke en particuliere organisaties. Deze basisgemeenschap van de samenleving werd aangetast door de industrialisatie, de verstedelijking, de erosie van de religieuze banden en het veranderend normbesef. De hiermee gepaard gaande desintegratie van gezinnen, nog eens verscherpt door de economische crisis van de vooroorlogse jaren lokten allerlei initiatieven uit: op het individuele gezin afgestemde maatregelen tot herstel van de onderlinge verhoudingen en aanpassing van het gezin en zijn milieu (sociale gezinszorg), huishoudelijke hulp (gezinsverzorging), hulp aan ongehuwde moeders en hun kinderen (ongehuwde moederzorg) en maatregelen ter bestrijding van prostitutie, geslachtsziekten en andere uitwassen van bijzonder seksueel gedrag (zedelijkheidszorg).<sup>1</sup>

In deze context ontwikkelden zich twee initiatieven waarvan de lijnen naar het latere Bureau voor Levens- en Gezinsvragen kunnen worden doorgetrokken: het katholieke Bureau voor Huwelijksvoorlichting en het protestants-christelijke Bureau voor Levens- en Gezinsmoeilijkheden.

### a. Het katholieke Bureau voor Huwelijksvoorlichting

De katholieke Bureaus voor Huwelijksvoorlichting waren het rooms-katholieke antwoord op de opvallende groei van de adviesbureaus van de Nieuw-Malthusiaanse Bond, de latere Nederlandse Vereniging voor Sexuele Hervorming.

Sinds de jaren twintig richtte deze bond consultatiebureaus op, die technische voorlichting verschaften over geboortenregeling zonder daarbij in te gaan op maatschappelijke of religieuze normen hieromtrent. Blijkens de grote toeloop, ook van katholieken, voldeden deze bureaus aan een grote behoefte. Als een directe reactie hierop ontstonden de katholieke Bureaus voor Huwelijksvoorlichting.<sup>2</sup>

Voor de jaren dertig was de katholieke huwelijkspolitiek simpelweg een afwijzing van alles wat met geboortenbeperking te maken had. Het devies was: onthouding vóór het huwelijk en géén onthouding tijdens het huwelijk. Gezien de grote nood op dit terrein, ook onder katholieken, kon deze lijn echter niet volgehouden worden. In het begin van de jaren dertig introduceerde de katholieke arts J.N.J. Smulders daarom de periodieke onthouding als een voor rooms-katholieke echtparen wellicht aanvaardbare methode van geboortenbeperking.

Daar waren de meningen echter over verdeeld. Kon dat zomaar? Was dit geen vorm van pseudo-neomalthusianisme? De discussie mondde uit in de conclusie dat een beperkte toepassing van de periodieke onthouding in bijzondere gevallen door het kerkelijk gezag toelaatbaar werd geacht, maar dat daartoe – en daarnaast – in elk geval een goede katholieke voorlichting en vorming van (potentiële) echtelieden noodzakelijk was.<sup>3</sup> Aan de Rooms-Katholieke Artsenvereniging werd vervolgens opgedragen om met nadere voorstellen voor deze voorlichting te komen. In 1934 ging een commissie onder voorzitterschap van de katholieke inspecteur voor de Volksgezondheid L.A. Veeger aan de slag.

Zoals toentertijd gebruikelijk, staken ook zij hun licht op in Duitsland. Ze kwamen terug met de daar al langer functionerende katholieke 'Eheberatungsstellen'. Dit katholieke bureau voor huwelijksvoorlichting vormde de hoeksteen van een ambitieus plan waar de commissie in 1935 mee kwam: plaatselijke bureaus voor huwelijksvoorlichting onder verantwoordelijkheid van een Nationale Commissie, samengesteld uit een moraaltheoloog, een psycholoog, een psychiater, een gynaecoloog, een hygiënist, een dermatoloog, een huisarts en een vertegenwoordiger van het Wit-Gele Kruis, en beschikkend over een centraal bureau onder leiding van een geneesheer, die volledig voor dit werk vrijgesteld zou moeten worden.

Dit plan werd als veel te voortvarend door het kerkelijk gezag van de hand gewezen. Naast de inhoudelijke bedenkingen speelden hierbij overigens ook de hoge kosten die aan de exploitatie van het geheel vast zouden zitten, een rol.

Op aandringen van verontruste artsen die bleven wijzen op de gang van katholieken naar de bureaus van de Nieuw-Malthusiaanse Bond, waar ze onvermijdelijk met alle door de Kerk verboden voorbehoedsmiddelen in contact zouden komen, werden daarop plaatselijke initiatieven genomen.

De eerste katholieke Bureaus voor Huwelijksvoorlichting werden in 1936 met instemming van de bisschop van Den Bosch opgezet in Eindhoven, Helmond en Den Bosch. Daarna volgden andere bisdommen met bureaus in Groningen, Arnhem, Deventer, Hengelo, Oldenzaal, Hilversum, Utrecht en Amersfoort, dertien in totaal. Aan al deze bureaus was tenminste één priester en één katholieke medicus, meestal een huisarts verbonden. De priester werd aangewezen en benoemd door de bisschop, de medewerking van de arts was pro Deo.<sup>4</sup>

De katholieke Bureaus voor Huwelijksvoorlichting vervulden vóór alles een functie in het in stand houden van de katholieke huwelijksmoraal. Zij waren in de eerste plaats gericht op een vorm van bijzondere zielzorg; ze moesten hulp bieden in die gevallen, waarin de gewone zielzorg niet toereikend of niet doeltreffend was. Dat gebeurde met 'verloofdencursussen', 'verdiepingscursussen', 'huwelijksadviezen' en dergelijke.<sup>5</sup>

## **b. Het protestants-christelijke Bureau voor Levens- en Gezinsmoeilikheden**

Ook in kringen van protestantse kerkgenootschappen bestond verontrusting over de demoralisering van gezinnen, maar anders dan in katholieke kring leidde dit niet tot inspanningen die primair de handhaving van de huwelijksmoraal ten doel hadden. Hier leidde het toenemend aantal echtscheidingen en gezinsontwrichtingen in de

jaren dertig tot een initiatief waaraan normatieve oogmerken weliswaar niet ontbraken, maar waar andere motieven op de voorgrond stonden: het zo goed mogelijk adviseren en helpen van mensen die in moeilijkheden verkeerden.

Met dit doel werd door protestants-christelijke organisaties in Rotterdam in 1935 gestart met de organisatie van spreekuren voor huwelijks- en gezinsmoeilijkheden. Predikanten, artsen (onder wie een psychiater), pedagogen, juristen en maatschappelijk werkers hielden belangeloos spreekuur op gezette tijden op een daarvoor aangewezen adres. De kosten van dit bureau werden bestreden door de initiatiefnemers, terwijl een bescheiden bijdrage uit het Prophylaxefonds werd verkregen. Ook werd aan cliënten die dat konden betalen, een vergoeding gevraagd.

De spreekuren bleken in een duidelijke behoefte te voorzien. De toeloop was groot. Voor een grote verscheidenheid van problemen werd raad gevraagd, van intieme huwelijks- en opvoedingsmoeilijkheden tot steun- en huurkwesaties. Tijdens het spreekuur probeerde men zo goed mogelijk een oplossing voor het aangeboden probleem te vinden: lukte dit niet, dan werd de cliënt doorverwezen. Daarmee kreeg het bureau ook een belangrijke verwijsfunctie.<sup>6</sup>

Het was dit bureau dat als directe voorloper van het Bureau voor Levens- en Gezinsvragen kan worden beschouwd, zoals in het volgende deel van dit onderzoek zal blijken.



## 5. Ambulante psychotherapie als sociale voorziening

Naast de gestichtspsihiatrie en de natuurwetenschappelijk georiënteerde universitaire psychiatrie in Nederland voegde zich aan het begin van deze eeuw een nieuwe theorie en methode om gestoorde menselijke gedragingen te begrijpen en te behandelen, de psychoanalyse. Aanvankelijk was het maar een klein clubje artsen dat zich op de toepassing van deze door Sigmund Freud ontwikkelde methode ging toeleggen voor het behandelen van neurosen bij volwassenen. Hun beroepspraktijk beperkte zich vooralsnog tot een zeer kleine kring van welgestelden die al op een of andere manier met de psychoanalytische methode bekend waren en geschikt voor behandeling werden bevonden.

Het zelfstandige aanbod van dergelijke behandelingen bleef aanvankelijk ook zo beperkt door de weerstanden van medisch-psychiatrische zijde, door tegenstellingen die binnen de psychoanalytische kring zelf ontstonden en door de afwijzing door de protestantse kerken en de katholieke kerk van deze methode. Geloofsgenoten werd afgeraden, zo niet verboden om het voor de zielzorg zo bedreigende psychoanalytische denkkader toe te passen of te ondergaan.<sup>1</sup>

Dankzij de inspanningen van de Leidse hoogleraar in de psychiatrie en neurologie G. Jelgersma was de psychoanalyse tot de universitaire opleiding doorgedrongen, maar toen hij in 1930 werd opgevolgd door de katholieke psychiater E.A.D.E. Carp, verdween dit universitaire pied-à-terre weer. Afgezien van enkele privaattoelichten bleef de psychoanalyse een specialisme waarin psychiaters zich slechts buiten het universitaire programma om konden bekwamen.<sup>2</sup>

Inmiddels profiteerden echter niet alleen meer enkele welgestelden van de psychoanalytische inzichten. Het Medisch Opvoedkundig Bureau had de weg gebaad naar een brede toepassing, al beperkte die zich nog in hoofdzaak tot het onderzoek en de behandeling van het neurotisch gestoorde kind. Daarnaast begon men naar mogelijkheden te zoeken om psychotherapeutische methoden ten goede te laten komen aan de (veronderstelde) grote groep van neurotisch gestoorde volwassenen. Met name Bouman speelde hierbij een belangrijke rol. Alhoewel hijzelf de psychoanalyse niet actief beoefende, raakte Bouman na zijn aantreden als hoogleraar in 1916 al snel overtuigd van het belang van de psychoanalytische denkbeelden. Niet alleen stimuleerde hij zijn studenten om zich in deze richting te bekwamen, hij spande zich ook buiten het universitaire verband in om psychotherapie voor het minder draagkrachtige deel van de bevolking bereikbaar te maken; dit laatste als uiting van Boumans grote interesse in en inzet voor de geestelijke volksgezondheid.<sup>3</sup>

Met zijn pogingen om in Amsterdam, zoals in enkele buitenlandse steden, tot een psychotherapeutisch behandelinstituut te komen stuitte Bouman echter op een aantal barrières. Die waren minstens zo groot als de belemmeringen die de initiatiefnemers van het Medisch Opvoedkundig Bureau hadden ontmoet.

Met het idee van een psychotherapeutisch instituut moest niet alleen opgebokst worden tegen de kritiek uit de traditioneel medisch-psychiatrische hoek, maar ook tegen de weerstanden van kerkelijke en levensbeschouwelijk georiënteerde groeperingen. Weliswaar waren er analytisch geschoolde artsen beschikbaar, maar die bestreden elkaar in onderling verschillende stromingen. En tenslotte was er dan nog het gebrek aan geld, dat noodzakelijk was om tot een werkelijk sociale voorziening te komen, dat wil zeggen een in beginsel gratis toegankelijke hulp.

Als autoriteit op het gebied van de geestelijke volksgezondheid (zie paragraaf 6.b en 6.c van dit deel) en met het gezag van zijn hoogleraarschap was Bouman in staat om de eerste twee barrières te nemen. Hij legde, net als bij het Medisch Opvoedkundig Bureau, de essentie van het psychotherapeutisch instituut bij de preventieve functie en wist daarmee het belang voor de volksgezondheid te beargumenteren. De Amsterdamse GG en GD (lees: Querido) raakte, nadat het Medisch Opvoedkundig Bureau inmiddels al enige gemeentelijke steun ontving, inderdaad geïnteresseerd in een voorziening waarmee tijdig en op de juiste manier ingegrepen zou kunnen worden bij neurotische stoornissen van volwassenen, zodat verergering en daardoor een mogelijk beroep op duurdere voorzieningen voorkomen zou kunnen worden. Uitvoering van dit plan strandde echter op geldgebrek.

Toen kwam de oorlogsdreiging en daaraan konden nieuwe argumenten worden ontleend. Direct na de mobilisatie in 1939 ontwierp Bouman te zamen met zijn chef de clinique H.G. van der Waals en de privatdocent neuroseleer aan de Universiteit van Amsterdam J.H. van der Hoop, die ook voorzitter van de Nederlandse Vereniging van MOB's was, het plan om in geval van luchtaanvallen met kortdurende psychotherapeutische hulp klaar te staan voor decompenserende mensen.

De gemeente had inmiddels een aparte begrotingspost voor deze mogelijke calamiteit ingesteld. De voorzieningen waar men mee klaar stond, beperkten zich overigens niet tot een ambulatorium voor psychotherapie, maar omvatten ook een psychiatrische hulpdienst voor de GG en GD en een voorziening voor klinische psychotherapie. Direct na de capitulatie werden de twee laatstgenoemde voorzieningen weer buiten werking gesteld; ze bleken niet nodig, omdat Amsterdam niet was gebombardeerd. Met steun van de GG en GD kon het ambulatorium echter verder gaan, als psychotherapeutisch behandelinstituut voor de Amsterdamse bevolking. Al op 15 mei 1940 werd de stichting *Instituut voor Medische Psychologie* opgericht onder leiding van Van der Waals en Van der Hoop, terwijl Bouman in het curatorium van het instituut zitting nam.<sup>4</sup> Nog vier andere psychiaters konden voor halve dagen aan het instituut verbonden worden, dankzij de subsidie van de gemeente Amsterdam. Het geld daarvoor werd weer gehaald uit het niet gebruikte luchtbeschermingsfonds, een begrotingsartikel dat pas na de oorlog werd opgeheven.

Evenals dat voor het Medisch Opvoedkundig Bureau gold, was de honorering van de medewerkers in vergelijking met de particuliere praktijk of de polikliniek echter zeer bescheiden, reden waarom ook hier – en met dezelfde argumenten – een bijdrage naar draagkracht van de cliënten werd gevraagd.<sup>5</sup>

Zo was het Bouman en de zijnen uiteindelijk gelukt om de ambulante psychotherapie als sociale voorziening in Amsterdam te introduceren.

## 6. Het specifieke kader

### a. De beweging voor geestelijke volksgezondheid

Na drie jaar verpleging in verschillende psychiatrische klinieken en krankzinnigengestichten publiceerde de welgestelde Amerikaan Clifford W. Beers in 1908 zijn autobiografie *A Mind that Found Itself*. Het was een vlammende aanklacht tegen de mensonwaardige omstandigheden in de Amerikaanse psychiatrische inrichtingen. Beers schreef dit boek niet alleen om deze misstanden aan de kaak te stellen, hij gebruikte het tevens als startschot voor een hervormingscampagne, waar hij zich vervolgens volledig voor inzette.

Zijn streven was gericht op de verbetering van het krankzinnigenwezen in de meest uitgebreide zin: door ontmanteling van de massale en overvolle inrichtingen en de bouw van moderne inrichtingen en poliklinieken, door de opleiding van verplegend personeel, door verbetering in de behandeling en verzorging en door herziening van de Krankzinnigenwet.

Beers zocht voor deze campagne steun bij de officiële psychiatrie en die vond hij bij de directeur van het New York State Psychiatric Institute, Adolf Meyer. Meyer voegde aan de campagne van Beers bovendien nog iets toe: het streven om geestesziekten te voorkomen door de oorzaken ervan, in en buiten het individu, op te sporen en waar mogelijk te bestrijden. Deze twee oogmerken – een betere bejegening van geesteszieken en de preventie van geestesziekten – werden samen onder de ene vlag van de *mental hygiene* gebracht, een term die door Meyer als overkoepelend begrip voor de campagne was geïntroduceerd.

Nog in hetzelfde jaar waarin het boek van Beers verscheen, richtten Beers en Meyer in New York de *Society for Mental Hygiene* op als basis voor hun verdere acties. Beers' bewogen pleidooien voor een betere bejegening van de psychiatrische patiënt appelleerden sterk aan de traditionele Amerikaanse rechtvaardigheidsgevoelens, terwijl de preventieve doelstelling van Meyer de creativiteit prikkelden van collega-psychiaters en van psychologen, pedagogen, biologen, sociologen en anderen die zich door de doelstellingen aangesproken voelden. In verschillende Amerikaanse staten werden verenigingen opgericht, in 1917 gevolgd door de oprichting van het overkoepelende *National Committee for Mental Hygiene*.<sup>1</sup>

Beers en Meyer bleken een beweging te hebben ontketend, de *Mental Hygiene Movement*, die niet alleen in Amerika, maar in vrijwel alle westerse landen weerklink vond. Een rol hierbij speelde ongetwijfeld de belangstelling die er na de Eerste Wereldoorlog allereerst bestond voor mogelijkheden om een nieuwe catastrofe te voorkomen. Men stond open voor iedere maatregel die verdere verwording en ontarding van de samenleving zou kunnen tegengaan.

De Mental Hygiene Movement leek met haar preventieve oogmerken ook hier een

belofte in te houden, een belofte van herstel en behoud van de geestelijke volkskracht.<sup>2</sup> Zo vormde de beweging al snel een kader, waarin wetenschappelijke en praktisch gerichte werkzaamheden van zeer uiteenlopende signatuur met elkaar in één verband gebracht konden worden.

## **b. Introductie in Nederland**

Ook in Nederland kreeg de beweging voor geestelijke volksgezondheid voet aan de grond, al duurde dat enige tijd. In 1913, drie jaar voor zijn hoogleraarsbenoeming, was K.H. Bouman tijdens een reis in de Verenigde Staten al met de Mental Hygiene Movement geconfronteerd.<sup>3</sup>

Het elan van deze beweging en de denkbeelden die in dat kader ontwikkeld werden, maakten diepe indruk op hem. Zij lieten Bouman daarna niet meer los en motiveerden hem om ook in Nederland initiatieven op dit terrein te ontplooien.<sup>4</sup> In 1924 leidde dat tot daadwerkelijke stappen.

Te zamen met enkele bevriende psychiaters – Meijers, Van der Scheer en Cox – stelde hij een stuk op dat, met de bedoeling om te komen tot de oprichting van een Nederlandse Vereniging voor Geestelijke Volksgezondheid, werd voorgelegd aan psychiaters, pedagogen, criminologen en anderen die werkzaam waren binnen en buiten de psychiatrie. Voor zover is na te gaan is dit het eerste in bredere kring verspreide stuk, waarin het werkterrein voor de geestelijke volksgezondheid in Nederland wordt omschreven. Het volgt hierna in zijn geheel.

'De geestelijke hygiëne hier te lande heeft als sociaal-geneeskundige wetenschap nog geen zelfstandig karakter verkregen, ondanks de vele invloeden, die heden ten dage het geestelijk welzijn zowel van het individu als van de massa bedreigen. Wellicht is dit te wijten aan het minder concrete, dat de omschrijving 'geestelijk' aan het begrip hygiëne bijbrengt. Het valt ook niet te ontkennen, dat vergeleken bij de lichamelijke hygiëne, hier de biologische kennis van twijfelachtige waarde is en zeker niet voldoende mag heten, om het aanzijn te geven aan een systeem van voorschriften en maatregelen, geschikt voor de praktijk van het leven. Hoe dit dan ook zijn moge, desondanks stelt de samenleving vragen van geestelijk hygiënisch karakter aan wier beantwoording niet meer te ontkomen is. Daarnaast moge men bedenken, dat zowel zenuwartsen als psychologen, pedagogen en sociologen, door een ervaring van vele jaren, over een reeks feiten beschikken die dienstbaar gemaakt kan worden ter oplossing van problemen, die geheel binnen het kader van het begrip 'Geestelijke-hygiëne' vallen.

Het mag als bekend worden verondersteld, dat in Amerika voor enige jaren belangstellende neurologen en psychiaters met biologen, psychologen en sociologen, zich verenigd hebben in een: 'National Committee for Mental Hygiene', en dat ook in vele andere landen van Europa soortgelijke organisaties zijn ontstaan welke meestal met de naam van: 'Ligue d'Hygiène Mentale' worden aangeduid.

Wij zijn overtuigd dat ook hier te lande de behoefte aan samenwerking, op het naar alle zijden zo wijd vertakte gebied der geestelijke hygiënische belangen, moet worden gevoeld. Ook hier zullen velen wensen samen te gaan tot oplossing van dezelfde problemen die, gelijk de lichamelijke hygiëne, tot doel hebben: voorkomen, genezen en beschermen.

Waar het begrip 'geestelijke hygiëne' wellicht voor velen nieuw is en zeker geen duidelijk afgebakend terrein van bemoeiingen inhoudt, hebben wij gemeend enige grote lijnen te moeten trekken ter nadere oriëntatie en groepering.

Allereerst scheen het ons wenselijk te onderscheiden 3 grote afdelingen of secties:

1. Sectie voor Erfelijkheidsleer en Eugenetica.
2. Sectie welke omvat de problemen voor Geestelijk Normalen.
3. Sectie welke omvat de problemen voor Geestelijk Abnormalen.

Het arbeidsveld der 1e Sectie is even duidelijk als scherp begrensd, minder is dat het geval met dat der 2e en 3e Sectie. Waar het betreft de geestelijk hygiënische maatregelen bij normalen, betreft men het gebied der prophylaxe en komt naar voren de fundamentele betekenis der ontwikkelingsfasen als de jeugd, de puberteitsperiode en de volle wasdom. Bij de beide eerstgenoemden ziet men vraagstukken voor de geest oprijzen, die liggen op het gebied van de opvoeding in school en in het gezin en van het seksuele leven. Vervolgens nadert men problemen als beroepskeuze en beroepsgeschiktheid en daardoor het gebied der experimentele pedologie. Tenslotte denkt men aan invloeden van kunst, spel en sport. Bij hen die de volle wasdom bereikt hebben, zullen zich daarnaast ook vragen voordoen, liggend op het terrein van het geslachtsleven, het huwelijk, het alcoholisme enz.

Wat de 3e Sectie betreft, die der geestelijk abnormalen, hier zal men komen op het gebied der psychologisch-psychiatrische en dat der sociale therapie. Ook hier dunkt ons een indeling in jongeren en ouderen het meest bruikbare. Bij de eersten staan ons voor ogen, de intellectueel defecten, de groep der psychopaten, de criminelen en de uitgesproken zieken als epileptici en andere. Bij de ouderen betreft het zenuw- en zielszieken naast blijvend geestelijk defecten en invaliden. Die 3e Sectie zal zich toespitsen in therapeutische richting.

Hier zijn op haar plaats problemen als: zwakzinnigenzorg, psychopatenzorg met haar organen als consultatiebureaus, observatiehuizen. Vervolgens trekt dat gebied tot zich de bestudering der verpleeginrichtingen in hun medische en sociale betekenis, het maatschappelijk werk en wat al niet meer.

Met het bovenstaande beogen wij alleen een grove schets te geven, van wat in het algemeen het arbeidsveld der geestelijke hygiëne omvat. Een principe menen wij hierbij voorlopig te moeten stellen. Het geheel zal naar onze overtuiging met wetenschappelijke methoden moeten worden bewerkt. Te dien opzichte dient de geestelijke hygiëne zich te spiegelen aan haar oudere zuster de lichamelijke hygiëne. Daarnaast zijn wij van mening dat bij de opzet, niet veel moet worden gedifferentieerd en gefixeerd, maar dat aan de toekomst moet worden overgelaten, een vrije ontwikkeling en een volgen van wegen die de praktijk van het leven aanwijst'.<sup>5</sup>

Weliswaar werd het door Bouman en zijn collega's aan 'de wegen die de praktijk van het leven aanwijst' overgelaten hoe de invulling van het arbeidsterrein der geestelijke volksgezondheid in Nederland verder plaats zou vinden, toch bleven zij zelf daarbij zeer betrokken.<sup>6</sup>

Bouman zelf heeft zich, ook na de lancering van dit zo richtinggevende document, steeds weer ingezet om vooral het belang van een wetenschappelijke aanpak te benadrukken. Het stellen van de wetenschappelijke eis betekende voor hem overigens niet dat het streven van de geestelijke volksgezondheid maar wat lager gesteld moest worden of het arbeidsterrein ingekrompen. Hij verdedigde met vuur het verrijkende perspectief dat de geestelijke volksgezondheid aan de tot dan toe gebruikelijke psychiatrische behandeling en begeleiding van reeds gestoorden toevoegde: de preventie van psychische stoornissen.

Op bijna eufore wijze bracht hij dit in 1938 nog eens onder woorden in zijn bijdrage over de psychische hygiëne in een vooroorlogs standaardwerk over de preventieve geneeskunde: 'Uit het aanvankelijk beperkte ontwerp van de 'Mental Hygiene Movement' verbetering te brengen in de verplegingsmogelijkheden der zieken, ontwikkelt zich een positieve opzet: onze gemeenschap te verrijken met in geestelijk opzicht nuttige en waardevolle individuen, het instandhouden, eventueel kweken, van volkskracht. Daarmee wordt een hoogstbelangrijk maatschappelijk streven uitermate gediend,' zo betoogde Bouman.<sup>7</sup>

Dit maatschappelijk streven lichtte hij aan het eind van zijn uiteenzetting nog verder toe: 'Zo is de psychische hygiëne een deel van wat men pleegt samen te vatten onder de naam: rassenhygiëne, d.w.z. de leer der voorwaarden, waaronder het 'genus' mens tot hoogste volmaking en optimale uiting van zijn beste eigenschappen kan

geraken. De psychische hygiëne bestrijkt in dit grote gebied het psychische leven in volle omvang. Verhoging van geestelijke volkskracht, het instandhouden van de beste psychische elementen onzer gemeenschap, het scheppen van voorwaarden, waaronder geestelijke en morele waarden tot ontwikkeling kunnen komen, het streven naar het verkrijgen van de aan hun omgeving zo goed mogelijk aangepaste persoonlijkheidstypen, is het doel, dat de psychische hygiëne zich stelt ten bate van mens en maatschappij'.<sup>8</sup>

Voor Bouman was deze, nu zo omineuze, maar toen zo verheven opdracht van de geestelijke volksgezondheid een extra reden om zo wetenschappelijk mogelijk te werk te gaan. Hij was zich zeer bewust van het gevaar dat de preventieve doelstellingen liepen op het uiteindelijk toch glibberige en onbepaalde terrein van de geestelijke volksgezondheid. In nauwelijks bedekte termen waarschuwde Bouman later voor het gevaar van charlatanerie, pastorale benaderingen en goedwillend amateurisme, waar de combinatie van preventie en geestelijke volksgezondheid bijna toe uitnodigde. Daartegen probeerde Bouman al in 1924 een dam op te werpen door de geestelijke volksgezondheid als onderdeel van de algemene volksgezondheid te bestempelen. De discipline van de medische wetenschap zou zodoende borg kunnen staan voor een verantwoorde aanpak, aldus de gedachtengang die Bouman later nog vaak herhaalde.<sup>9</sup>

Aan deze inpassing van de geestelijke volksgezondheid in het grotere geheel van de volksgezondheid kleefde echter wel een moeilijkheid, waarop in de beginselverklaring alleen maar werd gezinspeeld: het feit dat naast de medicus-psychiater allerlei andere beroepsbeoefenaren van academisch niveau een essentiële bijdrage zouden moeten leveren. Diende de medicus in alle gevallen de baas te zijn? Moest dat altijd een psychiater zijn?

Bouman beantwoordde deze vragen uiteindelijk positief, al was hij niet blind voor de moeilijkheid die daar onvermijdelijk op volgde: dat het werkteerrein van de geestelijke volksgezondheid zo uitgebreid en heterogeen van aard was, dat dit onmogelijk door de psychiater alléén bediend zou kunnen worden – zelfs niet met de grondige sociaal-psychiatrische opleiding waar Bouman voor pleitte.<sup>10</sup> Om de hiërarchie wat te verdoezelen introduceerde Bouman de gelijkschakelende term *psychohygiënist*. Daarmee duidde hij al diegenen aan die zich beroepsmatig op het terrein van de geestelijke volksgezondheid begaven, inclusief de psychiater.<sup>11</sup>

### **c. Het begin van de verzuiling in de geestelijke gezondheidszorg: de confessionele verenigingen**

Bouman en de zijnen hadden in hun beginselverklaring van 1924 een afbakening gegeven van het nieuwe werkteerrein van de geestelijke volksgezondheid. Als een onderdeel van de algemene volksgezondheid, en daarbinnen onder leiding van de psychiater en met behulp van de inzichten uit verschillende andere disciplines, zou samenhangende aandacht geschonken moet worden aan:

- drie probleemgroepen: erfelijk gestoorden, op latere leeftijd gestoorden en psychisch bedreigden;
- twee leeftijdscategorieën: jongeren en volwassenen;

- twee categorieën oorzaken: endogene factoren en exogene factoren, waaronder psychische invloeden en milieu-invloeden;
- drie typen aanpak: ingrijpen bij de oorzaken, behandeling van reeds gestoorden en bescherming en begeleiding van de ongeneeslijken.

Een Nederlandse Vereniging voor Geestelijke Volksgezondheid zou het organisatorische verband voor deze werkzaamheden moeten scheppen.

Hoewel het belang van het initiatief door de meeste aangeschrevenen werd ingezien, waren er ook bezwaren. Die richtten zich voor een belangrijk deel precies op datgene waar Bouman zo aan hechtte: de wetenschappelijke aanpak. Levensbeschouwelijk georiënteerde organisaties onderschreven weliswaar de preventieve doelstellingen, maar zij vonden dat de wetenschap niet het laatste woord mocht hebben, zeker niet bij wat in het document 'de problemen bij de geestelijk normalen' werd genoemd. De theologische benadering van opvoedingsproblemen, problemen op het gebied van het geslachtsleven, het huwelijk en dergelijke mocht niet volledig door wetenschappelijke methoden terzijde worden geschoven, aldus het commentaar van de protestantse organisaties. Zij weigerden op deze grond deel te nemen aan een algemene Nederlandse vereniging.

In katholieke kring leefde deze beduchtheid minder, simpelweg omdat men hier nog zeer bevreemd tegenover het hele idee van de geestelijke volksgezondheid stond. Het initiatief van Bouman en de zijnen leidde ertoe, dat de katholieke organisaties als het ware geattendeerd werden op de mogelijkheid om zelf initiatieven op dit terrein te gaan ontplooiën. De voorstellen waren kortom zo bedreigend, respectievelijk aansprekend voor de verschillende levensbeschouwelijk georiënteerde gemeenschappen, dat bundeling onder één algemene, wetenschappelijke noemer uitgesloten was.<sup>12</sup>

### *1. Het wetenschappelijk forum: de Nederlandse Vereniging voor Geestelijke Volksgezondheid*

Het plan van Bouman om één krachtige landelijke vereniging voor de geestelijke volksgezondheid te creëren liep vast op levensbeschouwelijke weerstanden en de zich ook op dit terrein manifesterende verzuiling. Weliswaar vond op 31 mei 1924 nog zoiets als een oprichtingsvergadering plaats, waar Bouman als voorzitter en Meijers als secretaris werden aangewezen, maar daarna werd van het initiatief naar buiten toe weinig meer vernomen.

De betrokkenen van het eerste uur legden zich onder leiding van Bouman in de daarop volgende jaren toe op het organiseren van studiebijeenkomsten voor een kleine kring van genodigden, waaronder psychiaters, pedagogen, onderwijzers, criminologen en sociologen, totdat men in 1930 min of meer gedwongen werd om het verenigingsverband te formaliseren. In dat jaar werd namelijk in Washington het eerste internationale congres voor de geestelijke volksgezondheid door Beers en de zijnen georganiseerd, ten behoeve waarvan de Nederlandse afvaardiging een officiële status nodig had. Op 5 april 1930 werd hiervoor de *Nederlandse Vereniging voor Geestelijke Volksgezondheid* heropgericht, wederom met Bouman als voorzitter en Meijers als secretaris.<sup>13</sup>

Ook nu weer stond de wetenschappelijke grondslag centraal, plus het doel om alles wat zich op het terrein van de geestelijke volksgezondheid aan praktische werkzaamheden manifesteerde te coördineren.<sup>14</sup> Bouman zelf verwoordde deze doelstelling tijdens de

officiële oprichtingsvergadering met een treffende typering van het inmiddels al klassieke Nederlandse organisatieprobleem: 'Wij hebben in de loop der laatste jaren ervaren, dat in ons land alle elementen om te komen tot een nationale vereniging aanwezig zijn en dat ons land in geen enkel opzicht achter staat bij andere landen. Wat ons ontbreekt is de synthese van deze elementen. Er is behoefte aan een band tussen de afzonderlijk werkende groepen, een band die wij ons voorlopig als een federatieve voorstellen, zodat het zelfstandig karakter der groepen zal worden bewaard'.<sup>15</sup>

Ondanks de nadruk op het federatieve karakter kwam er ook nu weer niets van terecht. Niet meer dan 9 organisaties werden in de daarop volgende jaren lid van de vereniging, waarin bovendien de levensbeschouwelijk georiënteerde organisaties ontbraken.<sup>16</sup> Ook in de afvaardiging naar het wereldcongres ontbraken vertegenwoordigers uit deze hoek.<sup>17</sup>

De Nederlandse Vereniging ontwikkelde zich via het persoonlijke ledenbestand wel als het gezaghebbende forum voor de reflectie op wetenschap en praktijk van de geestelijke volksgezondheid. Op het hoogtepunt waren er zo'n 250 mensen van uiteenlopende disciplines lid van de vereniging, die op de algemene ledenvergaderingen, in studiegroepen en door middel van publikaties het arbeidsterrein verder in kaart brachten en bestudeerden.<sup>18</sup>

Via haar werkzaamheden gaf de Nederlandse Vereniging aan het arbeidsterrein toch een zekere, zij het slechts theoretische ordening, waaraan de verschillende betrokkenen (overheid, particuliere organisaties) zich vervolgens spiegelde. Haar belangrijkste bijdrage in dit verband was de uitgave in 1936 van een *Gids voor Geestelijke Volksgezondheid in Nederland*. In deze Gids stonden alle activiteiten opgesomd die toentertijd werden ondernomen voor iedereen die geestelijk ziek, onvolwaardig, bedreigd en hulpbehoevend was: de zorg voor krankzinnigen binnen en buiten de inrichting, de zwakzinnigenzorg, de hulp aan geestelijk invaliden, de hulp voor niet-krankzinnigen (onder wie alcoholisten, toevalligers, psychopaten, moeilijk opvoedbare kinderen), alsook voor zintuiglijk defecten (doven, stommen, blinden). De Gids was voorbereid door een studiegroep onder voorzitterschap van Meijers, terwijl ook Kortenhorst er een bijdrage aan leverde.<sup>19</sup>

Overeenkomstig de wetenschappelijke doelstelling was ook nu weer gepoogd dit geheel in een conceptueel kader te vangen, waarvoor werd teruggegrepen naar de beginselverklaring uit 1924. Nog nadrukkelijker dan in 1924 werd nu echter het karakteristieke van de geestelijke volksgezondheid, de preventie, naar voren geschoven: 'Wie zegt hygiëne zegt prophylaxe', zo werd het orderingsbeginsel kort en bondig geformuleerd.<sup>20</sup> Vervolgens werd op basis hiervan de geestelijke volksgezondheid ingedeeld in drie gebieden:

1. de prophylaxe van geestelijke afwijkingen
2. de prophylaxe van maatschappelijke onvolwaardigheid bij geestelijke afwijkingen
3. de prophylaxe van stoornissen in wisselwerking tussen de normale persoonlijkheid en de omgeving.<sup>21</sup>

Door deze interpretatie van het begrip geestelijke volksgezondheid werd nog eens een principiële argumentatie gegeven voor het onder één noemer brengen van twee verschillende soorten activiteiten: activiteiten gericht op in beginsel gezonde mensen en activiteiten gericht op geestelijk gestoorde, zowel jongeren als volwassenen.



Het bindmiddel tussen deze twee werd gevormd door een ruime interpretatie van het prophylaxebegrip. Daaronder werd niet alleen de preventie van geestelijke afwijkingen en psychische stoornissen begrepen, maar ook de zorg voor reeds gestoorden, ter voorkoming van erger, respectievelijk van (verder) maatschappelijk dysfunctioneren.

Dit bindmiddel gaf aan het totaal van activiteiten ook het medische accent. Het ging immers om het voorkomen van (verergering van) ziekten, en dat was het terrein van de medicus. De conclusie was dan ook dat de verantwoordelijkheid voor de werkzaamheden in dit veld uiteindelijk bij de medicus-psychiater diende te liggen, weliswaar 'niet de psychiater, uitsluitend klinicus, al blijve de kliniek hier van fundamentele betekenis, maar van de specialist, die vertrouwd is met psychologie en pedagogie'.<sup>22</sup>

Het lukte echter ook toen niet om een verdere inhoudelijke typering van het werkveld te geven, getuige het feit dat men in het midden liet welke kwaliteitseisen er gesteld zouden moeten aan de andere beroepsbeoefenaren. Door het ontbreken van adequate criteria op dit gebied zou het stellen van dergelijke eisen weinig zinvol zijn, zo werd betoogd.

Nog explicieter dan in de teksten van Bouman zelf klonk in de Gids echter de bezorgdheid door, dat de geestelijke volksgezondheid een te dankbaar aanknopingspunt bood voor initiatieven die verder weinig van doen hadden met de in de Gids bepleite wetenschappelijke aanpak: 'De uitgebreidheid van (dit) arbeidsveld (...) zal tot gevolg hebben, dat personen van de meest uiteenlopende ontwikkeling en deskundigheid zich geroepen achten op het gebied der geestelijke hygiëne werkzaam te zijn en dat naast psychiaters, ook psychologen en pedagogen en wellicht nog vele anderen, zo al niet als leiders en voorgangers, maar dan toch als zelfstandige arbeiders het terrein der Geestelijke Volksgezondheid met succes menen te kunnen ontginnen'.<sup>23</sup> Nogal machteloos klonk de waarschuwing: 'Dat hierin een gevaar schuilt, moge niet onvermeld blijven'.<sup>24</sup>

De voorgestelde ordening van de werkzaamheden op het terrein van de geestelijke volksgezondheid was kortom nog steeds gebaseerd op globale theoretische en ideologische inzichten enerzijds en praktisch-organisatorische uitgangspunten anderzijds. Een duidelijk idee over de precieze inhoud van dit werkkerrein had men nog niet.

## *2. Een uitvalsbasis voor katholieke actie: de Rooms-Katholieke Charitatieve Vereniging voor Geestelijke Volksgezondheid*

De beginselverklaring van Bouman en de zijnen over de geestelijke volksgezondheid was in katholieke kring niet onopgemerkt gebleven. Daar leidden de voorstellen niet tot diepgaande discussies over de vraag hoever de wetenschap zich mocht of kon uitstrekken bij het opsporen en verhelpen van psychische stoornissen en het opvangen en begeleiden van gestoorden en bedreigden, zij prikkelden veeleer de emancipatorische sentimenten in deze kring.

Het was de katholieke zenuwarts C.T. Kortenhorst, sinds 1915 als psychiater werkzaam in de psychiatrische inrichting Voorburg te Vught, die de geestelijke volksgezondheid in de katholieke gemeenschap introduceerde.<sup>25</sup> Kortenhorst was via Bou-

man en Meijers met de beweging voor de geestelijke volksgezondheid in aanraking gekomen. Het contact met deze twee was al in 1907 gelegd, tijdens zijn opleiding tot psychiater aan de Universiteit van Amsterdam, waar Bouman en Meijers – beiden aan de psychiatrische universiteitskliniek verbonden – hem inwijdden in de ontlukkende denkbeelden van de sociale psychiatrie, psychologie en psychoanalyse: 'Zowel Meijers als Bouman hebben op mijn verdere leven hun stempel gedrukt in de richting der psycho-hygiëne'.<sup>26</sup>

Alhoewel hun wegen zich daarna scheidden, werd het contact niet verbroken. Kortenhorst trad in 1927 toe tot het bestuur van de Centrale Vereniging<sup>27</sup> en werd in 1930 lid van de Nederlandse Vereniging voor Geestelijke Volksgezondheid.<sup>28</sup>

Kortenhorst was er rotsvast van overtuigd dat het elan en de denkbeelden van de beweging voor geestelijke volksgezondheid ook zouden kunnen aanslaan in katholieke kring. Zijn inspanningen waren daar sinds het midden van de jaren twintig op gericht. Hij begon met het uitdragen en vertalen van de beweging naar het katholieke achterland en mobiliseerde steun voor een specifiek voor dit terrein op te richten landelijke katholieke organisatie.

Kortenhorst volgde Bouman in de benadrukking van de preventieve betekenis van de geestelijke volksgezondheid. Het katholieke volksdeel zou kunnen profiteren van 'het streven om de inzichten der zielkunde en psychiatrie toe te passen op het individu, het huisgezin, de school, de beroepskeuze, de industrie en het openbare leven ter voorkoming van een afwijkende persoonlijkheid, sociale achterlijkheid, misdaad, geestesziekte en zelfmoord', zoals hij het later nog eens verwoordde.<sup>29</sup> En eveneens pleitte Kortenhorst voor een gespecialiseerde aanpak, die hij afzette tegen de toentertijd gangbare *charitas*. Om de aansluiting met het katholieke achterland niet te verliezen introduceerde hij het begrip *preventieve charitas*: 'De *Charitas* lenigde liever in de eerste plaats de noden, dan dat zij zich bezig hield haar oorzaken op te sporen. Zij schreef die noden eerder toe aan persoonlijke tekortkomingen, dan dat zij deze herkende als een produkt van verschillende factoren, voortspruitend uit de persoonsontwikkeling in verband met diens milieu in de ruimste zin, welke de geestelijke volksgezondheid nu door preventieve maatregelen wil keren. Zo komt de *Charitas* in nieuwe banen en ontwikkelt zich tot een preventieve *charitas*'.<sup>30</sup>

In een voordracht op de oprichtingsvergadering van de Nederlandse Vereniging voor Geestelijke Volksgezondheid op 5 april 1930 zette Kortenhorst niet zonder enige trots uiteen hoe de geestelijke volksgezondheid in katholieke kring al wortel had geschoten. Hij vertelde dat hij, om de kansen op een concrete toepassing van de door hem gepropageerde 'preventieve *charitas*' zo groot mogelijk te maken, het idee van een volledig zelfstandige organisatie voor geestelijke volksgezondheid, zoals die in sommige andere landen inmiddels tot stand was gekomen, had verworpen. De invloed op allerlei deelterreinen van het maatschappelijke leven – en daar was het toch om begonnen – zou dan veel te gering blijven. Kortenhorst had handig gebruik gemaakt van het verzuilde kader door allerlei katholieke verenigingen die al werkzaam waren op deelterreinen van het maatschappelijk leven, met behoud van hun eigen zelfstandigheid samen te brengen in een mantelvereniging en onderling te verbinden door een centrale organisatie, waarin psychiaters, psychologen en andere deskundigen zitting zouden hebben.<sup>31</sup>

Overeenkomstig de uitgangspunten van de beginselverklaring over de geestelijke

volksgezondheid uit 1924 rubriceerde Kortenhorst de praktische werkzaamheden in 4 groepen:

1. het buitengewoon onderwijs (ten behoeve van achterlijke en zwakzinnige kinderen, doofstomme, blinde en lichamelijk gebrekkige kinderen);
2. observatiehuizen, opvoedingsinrichtingen, kinderbescherming en dergelijke (ten behoeve van verwaarloosde en delinquente kinderen);
3. reclassering, alcoholistenzorg, meisjesbescherming, moederschapszorg (misdadigers, alcoholisten, landlopers, prostituées, ongehuwde moeders);
4. inrichtingswezen en zenuwartsen (ten behoeve van idioten, epileptici, geesteszieken, zenuwzieken en psychopaten).

De bijdrage vanuit het perspectief van de geestelijke volksgezondheid voor deze groeperingen zou dan moeten bestaan uit voorlichting, propaganda en het verlenen van steun bij preventieve maatregelen voor geestesziekten en bij maatregelen ter bescherming, behandeling, opvoeding en nazorg van geestelijk misdeelden.<sup>32</sup>

Hiermee had Kortenhorst een programma voor maatschappelijke actie ontwikkeld, waarmee hij de boer was opgegaan. Allereerst had hij steun gezocht bij de politieke, religieuze en wetenschappelijke leiders in katholieke kring. Op zijn initiatief was hieruit in 1927 onder leiding van de toenmalige katholieke minister-president en oprichter van het katholieke Groene Kruis in Limburg, Ch.J.M. Ruys de Beerenbrouck, een comité gevormd dat de mogelijkheden van een katholieke vereniging onderzocht.<sup>33</sup>

Kortenhorsts inspanningen vonden op 10 juni 1930 hun bekroning in de oprichting, drie maanden na de Nederlandse Vereniging, van de *Rooms-Katholieke Charitatieve Vereniging voor Geestelijke Volksgezondheid* (verder te noemen: de Charitatieve Vereniging). Deze vereniging, conform de bedoelingen opgezet als een koepelorganisatie van katholieke stichtingen, congregaties en verenigingen werkzaam op de vier eerder genoemde deelgebieden, legde zich toe op het geven van voorlichting over geestelijke volksgezondheid, het maken van propaganda en het steunen van initiatieven op het terrein van de concrete zorg.<sup>34</sup> Eerste voorzitter was de katholieke politicus en toenmalige voorzitter van de Tweede Kamer en latere minister van Justitie mr. M.J.R. van Schaik. De wetenschappelijke inbreng in het bestuur kwam van de hoogleraren Carp, Hoogveld, Pompe, Roels en Rutten, terwijl Kortenhorst zelf het secretaris-penningmeesterschap vervulde. Dat deed hij 18 jaar op een manier die hij van Meijers had afgekeken: de Charitatieve Vereniging was Kortenhorsts vereniging.<sup>35</sup>

Na de oprichting won de Charitatieve Vereniging snel aan betekenis. In 1934 telde ze ruim 40 leden,<sup>36</sup> eind 1937 waren dit er al meer dan 50.<sup>37</sup> De werkzaamheden van de Charitatieve Vereniging werden niet alleen bekostigd uit de contributies van de leden, maar ook uit financiële bijdragen van persoonlijke begunstigers die als tegenprestatie daarvoor de publikaties van de Charitatieve Vereniging gratis ontvingen. Dit laatste bleek een goede greep te zijn geweest. In 1931 waren er nog slechts 28 begunstigers, maar eind 1935 waren dit er al 240, medio 1938 bijna 500<sup>38</sup> en eind 1939 had hun aantal de duizend overschreden.<sup>39</sup>

De Charitatieve Vereniging bleek voor de rooms-katholieke geestelijkheid een uitstekend kanaal om haar opvattingen en denkbeelden te verspreiden. Tientallen, meest populaire geschriften werden vervaardigd, die ten doel hadden de katholieke

bevolkingsgroep en de katholieke organisaties in te wijden in de betekenis van de geestelijke volksgezondheid. In 1940 waren er al 43 brochures verschenen.<sup>40</sup> Alhoewel de moralistische toon ook in Kortenhorsts geschriften zeker niet ontbrak, leek het bij hem toch primair te gaan om de toepassing van de denkbeelden van de beweging voor de geestelijke volksgezondheid.<sup>41</sup> Hij bepleitte vanaf de aanvang een openheid van de katholieke kerk om op terreinen waar tot dan toe alleen de geestelijkheid functioneerde, ook de psychiater en de psycholoog toe te laten. Zij konden door hun diepere inzicht in de geestelijke afwijkingen bij de overigens gezonde mens een effectievere bijdrage leveren aan de opheffing van die afwijkingen en de nadelige gevolgen daarvan voor de betrokkene en zijn milieu, aldus zijn opvatting.<sup>42</sup> Dat daarvan een gunstig effect verwacht mocht worden op de handhaving van de katholieke normen, achtte Kortenhorst niet meer dan een aantrekkelijke bijkomstigheid.<sup>43</sup> Voor de geestelijkheid stond dit laatste uiteraard wel voorop, maar het is opvallend dat noch deze geestelijkheid, noch Kortenhorst zich, althans voor de Tweede Wereldoorlog, bewust schenen te zijn van de tegenstrijdigheid die op kon treden tussen wat op wetenschappelijke gronden geestelijk gezond kon worden geacht en de levensbeschouwelijke normen hieromtrent.<sup>44</sup> Deze eenvoudige en positieve voorstelling van zaken kon waarschijnlijk mede zo lang volgehouden worden door het maatschappelijke isolement van het katholieke volksdeel. Dat vergemakkelijkte op zich weer de introductie van de geestelijke gezondheidszorg. Het emancipatiestreven was als motief voldoende, gespitst als men was op het inhalen van de achterstand op de andersdenkenden.<sup>45</sup>

### *3. Centra voor bezinning: de protestantse verenigingen voor geestelijke volksgezondheid*

In tegenstelling tot de katholieke kring leidden de denkbeelden van geestelijke volksgezondheid nauwelijks tot enige actie in protestantse kring. De weerstanden in deze kring tegen de wetenschappelijke benadering van psychische problemen waren aanvankelijk groot en dat leidde voornamelijk tot fundamentele en kritische discussies.<sup>46</sup>

Pas nadat de Charitatieve Vereniging was opgericht, zelfs als directe reactie daarop,<sup>47</sup> werden er vergelijkbare initiatieven in protestantse kring ondernomen. Het initiatief tot de oprichting van de Nederlandse Hervormde Vereniging voor Geestelijke Volksgezondheid werd genomen door de psychiater-theoloog Joh. van der Spek, met steun van de Federatie van Diaconieën in de Nederlands Hervormde Kerk.<sup>48</sup> Het initiatief tot de oprichting van de Vereniging voor Geestelijke Volksgezondheid op Gereformeerde Grondslag werd genomen door de Vereniging van Christelijke Psychiaters en gesteund door de Calvinistische Juristenvereniging.

Nadat aanvankelijk nog sprake was geweest van de oprichting van één protestantse vereniging, zochten beide stromingen toch hun eigen weg. Niet alleen de behoefte aan bezinning op vraagstukken van geestelijke volksgezondheid in eigen kring was daar debet aan, ook het uitzicht op een landelijke subsidie uit het Prophylaxefonds voor de geestelijke volksgezondheid stimuleerde het profileren van de eigen positie. De *Nederlandse Hervormde Vereniging voor Geestelijke Volksgezondheid* werd in 1933 opgericht met de protestantse politicus en latere minister van Sociale Zaken

J.R. Slotemaker de Bruïne als voorzitter (directeur-generaal van de Volksgezondheid L. Lietaert Peerbolte verving hem in 1933 enige tijd) en Joh. van der Spek als secretaris-vice-voorzitter, en de *Vereniging voor Geestelijke Volksgezondheid op Gereformeerde Grondslag* ging met de protestantse politicus J. Donner als voorzitter en A. Hutter, geneesheer-directeur van het Christelijk Sanatorium voor Zenuwlijders te Zeist, als secretaris in 1934 aan de slag.<sup>49</sup>

Deze beide verenigingen richtten zich op de bestudering van vraagstukken van geestelijke volksgezondheid en organiseerden daartoe lezingen, gaven voorlichting en verzorgden publikaties, maar dat nam niet zo'n hoge vlucht als de werkzaamheden van hun katholieke tegenhanger.<sup>50</sup>

## 7. Van geestelijke volksgezondheid naar geestelijke gezondheidszorg: de plannen

### a. Het uitgangspunt

Aan de benadering van Bouman van het arbeidsterrein van de geestelijke volksgezondheid en de daarop volgende invulling door de landelijke verenigingen lag een algemene theoretische notie over de bestaande hulpverlening ten grondslag. Een op het eerste gezicht buitengewoon heterogene groep van beroepsbeoefenaren en instellingen bleek op basis van de nieuwe principes der geestelijke volksgezondheid toch iets met elkaar van doen te hebben; een theoretisch inzicht dat resulteerde in een praktische verbinding van verschillende werkzaamheden.

In de verenigingen werden de principes van de geestelijke volksgezondheid doorgesproken, ervaringen uitgewisseld en voorlichtings- en propagandacampagnes op touw gezet ter verdere verbreiding van de nieuwe denkbeelden. Dit leverde weliswaar in het veld een grotere gevoeligheid op voor de geestelijke volksgezondheid, maar geen eenheid in aanpak. Dat was ook niet mogelijk via al die verspreide voorzieningen, gebonden als ze waren aan hun eigen historische en organisatorische achterland, hun eigen taakstelling, kwaliteitseisen en financiële armslag.

Als logisch vervolg op de theoretische aanduiding van het nieuwe arbeidsterrein van de geestelijke volksgezondheid ontstond daarop de behoefte aan explicieter hierop toegesneden organisaties.

Bouman had ook hiervoor principieel de weg gewezen door de geestelijke volksgezondheid zo nadrukkelijk als onderdeel van de algemene volksgezondheid te bestempelen, een opvatting die sindsdien van vele kanten en in allerlei toonaarden werd herhaald en bevestigd.

In 1929 hield Kortenhorst al een pleidooi om de geestelijke volksgezondheid als aandachtsgebied toe te voegen aan de afdeling Volksgezondheid, toen nog onderdeel van het departement van Arbeid, Handel en Nijverheid, naast de daaronder reeds vallende overheidsbemoeienis met besmettelijke ziekten, de hygiëne van het kind, de tuberculosebestrijding, de geslachtsziektebestrijding en de drankbestrijding.<sup>1</sup>

De voorzitter van de Gezondheidsraad, H.M. Josephus Jitta, sprak zich een jaar later in dezelfde zin hierover uit: 'tussen de psychische en de somatische verzorging van het volk is elke scherpe scheiding van grond ontbloot'. Dit zei hij aan het slot van een betoog, als antwoord op de retorische vraag of het niet tijd werd om alles wat tot de volksgezondheid behoorde, inclusief de geestelijke volksgezondheid, ook daadwerkelijk samen te voegen. Hij was daarbij vooral geïnteresseerd in de overheidsbemoeienis en dat bracht ook hem tot het voorstel de afdeling Volksgezondheid en het daaronder vallende inspectieapparaat voor de geestelijke volksgezondheid in te schakelen. De inspectie op het krankzinnigenwezen zou volgens hem om deze zelfde reden eveneens naar de afdeling Volksgezondheid overgebracht moeten worden, een

overigens reeds langer levende wens.<sup>2</sup>

De hoofdinspecteur voor de Volksgezondheid, Eykel, sprak zich in dezelfde geest uit,<sup>3</sup> anderen volgden hem en de inspecteur voor de Volksgezondheid in Gelderland en Limburg, L. A. Veeger, kon dan ook in 1933 constateren: 'Waarover ook verschil van mening moge heersen, dat de lichamelijke en geestelijke volksgezondheid onafscheidelijk aan elkaar verbonden zijn, is nu toch langzamerhand gemeengoed geworden'.<sup>4</sup>

Met zijn constatering gaf Veeger tevens een aanduiding van de plaats waar de praktische werkzaamheden ten behoeve van de geestelijke volksgezondheid, de geestelijke gezondheidszorg, thuishoorden: naast de lichamelijke gezondheidszorg, als onderdeel van de preventieve of sociale gezondheidszorg. Dit terrein van de zorg was inmiddels ingenomen door de gemeentelijke gezondheidsdiensten en de kruisverenigingen en men zocht daar dan ook naar mogelijkheden tot inpassing van de geestelijke gezondheidszorg. Een krachtig pleidooi van Meijers om, beginnende in Amsterdam, 'gemeentelijke geestelijk hygiënische diensten' tot centra van deze geestelijke gezondheidszorg te maken, vond in de zich verzuilende samenleving nauwelijks gehoor.<sup>5</sup>

De gemeentelijke diensten vielen af, niet alleen door het oprukkende particuliere initiatief, dat een expansie van de overheidsdiensten op dit terrein tegenging, maar eveneens onder invloed van de confessionele organisaties, die vonden dat op het terrein van de preventie van geestelijke stoornissen waar opvoeding, huwelijk, geslachtsleven en andere geloofsgevoelige zaken aan de orde waren, geen taak was weggelegd voor een overheidsorganisatie.<sup>6</sup>

Of dit nu was wat Bouman voor ogen had gestaan, valt te betwijfelen, maar zijn pleidooi voor onderbrenging van de geestelijke volksgezondheid bij de algemene volksgezondheid had in de toenmalige verhoudingen onvermijdelijk de richting gewezen naar het zich verzuild ontwikkelende kruiswerk. De katholieke organisaties liepen hier vooraan, daartoe aangespoord door de Charitatieve Vereniging, en dat betekende in feite: Kortenhorst.

## **b. Inschakeling van het kruiswerk**

De Charitatieve Vereniging fungeerde sinds haar oprichting in 1930 in de eerste plaats als verbreider van de denkbeelden van de geestelijke volksgezondheid onder katholieken. Daarnaast had ze echter nog een tweede doelstelling: 'steun verlenen aan iedere arbeid tot preventie van geestesziekte en voor bescherming, behandeling, opvoeding en nazorg van geestelijk misdeelden'.<sup>7</sup>

Geïnspireerd door het werk van Meijers zocht Kortenhorst naar praktische aangrijpingspunten voor deze arbeid. Zoals Meijers de wijkverpleging van het algemene Groene Kruis ten behoeve van de zenuw- en zielszieken mobiliseerde, zo richtte Kortenhorst zich met hetzelfde oogmerk tot de organisaties van het katholieke Wit-Gele Kruis. Hij begon zijn zendingsarbeid bij de bakermat van het Wit-Gele Kruis, de Bredase Federatie Het Wit-Gele Kruis, waar de actieve huisarts Chr. Mol, tevens hoofdredacteur van het sinds 1930 verschijnende tijdschrift *Katholieke Gezondheidszorg*, de voorzittershamer hanteerde.

Uitgaande van de stelling dat de behartiging der geestelijke volksgezondheid onderdeel diende te vormen van de sociale gezondheidszorg, had Kortenhorst de Bredase federatie al in april 1930 tijdens een vergadering het belang van de inschakeling van de gezinszorg voor de geestelijke gezondheidszorg voorgehouden. Zuigelingen-, kleuter- en jeugdzorg zijn niet alleen van belang voor het lichamelijk, maar ook voor het geestelijke welzijn, doordat deze zorg bedreigingen van een psychisch defect milieu of een ontwricht gezinsverband kan opsporen en wellicht voorkomen, zo betoogde Kortenhorst. Hij schetste een weids perspectief waarin de hulpkrachten van het Wit-Gele Kruis de inzichten van de gezondheidsleer voor lichaam én geest onder het volk zouden brengen: 'Van de wijkverpleegster als maatschappelijk werkster gaat een machtige invloed uit op de huisgezinnen van het Katholieke volksdeel. Het vertrouwen genietend en met gezag bekleed kunnen zij de denkbeelden der geestelijke volksgezondheid verspreiden, ook in tijden van rampspoed, wanneer neerdrukende krachten van werkloosheid en bestaansonzekerheid sommige volksgroepen tot neerslachtigheid brengen'.<sup>8</sup>

Dit appel sprak de ambitieuze Mol erg aan en het paste uitstekend in de greep die de katholieke geestelijkheid op het gezinsleven wilde houden. Het gevolg was dat de Bredase federatie nog in 1930 de geestelijke volksgezondheid in haar programma opnam. Aanvankelijk hield dit overigens niet meer in dan de instelling van een commissie voor de geestelijke volksgezondheid en het geven van enige bijscholing op dit gebied voor de wijkverpleegkundigen.

Ook de Provinciale Noord-Brabantse Bond Het Wit-Gele Kruis stelde daarna een commissie voor de geestelijke volksgezondheid in en bonden in andere provincies volgden dit voorbeeld.

Allerwegen werd deze uitbreiding van het takenpakket van de katholieke kruisorganisaties toegejuicht,<sup>9</sup> met als voorlopig hoogtepunt de tweede lustrumviering van de Nationale Federatie Het Wit-Gele Kruis in juni 1933. Deze viering was geheel en al aan de verdere introductie van dit nieuwe werkt terrein in de katholieke kruisorganisatie gewijd. Nu de bevordering der kinderhygiëne en de bestrijding van de tuberculose met succes waren aangepakt, diende zich precies op tijd als nieuw actieterrein de geestelijke volksgezondheid aan.<sup>10</sup>

### **c. Een Consultatiebureau voor Geestelijke Volksgezondheid**

#### *1. Opzet en taak*

Kortenhorst liet het niet bij zijn beroep op de wijkverpleging om aan de tweede doelstelling van de Charitatieve Vereniging – het steunen van activiteiten gericht op de preventie van geestesziekten en de opvang en begeleiding van geesteszieken – uitvoering te geven.

Hij was uiteindelijk vooral geïnteresseerd in een specifieke organisatie voor de geestelijke gezondheidszorg, waarin de verschillende activiteiten op uitvoeringsniveau zouden kunnen worden ondergebracht.

Ook hierin had Meijers hem met de Consultatiebureaus voor Zenuw- en Zielszieken de weg gewezen. Maar wat Meijers niet gelukt was, namelijk de integratie van het



consultatiebureau voor moeilijke kinderen met dat voor geestelijk gestoorde volwassenen, lukte Kortenhorst uiteindelijk wel. Allereerst ontwikkelde Kortenhorst een plan voor een districtsconsultatiebureau voor de geestelijke volksgezondheid met aparte afdelingen voor volwassenen en kinderen. Hij deed hiervoor een beroep op de katholieke kruisorganisatie. Belangstelling voor de geestelijke volksgezondheid had hij hier inmiddels gewekt en met de bijna 500 plaatselijke en provinciale afdelingen en 250.000 persoonlijke leden medio 1933<sup>11</sup> was het Wit-Gele Kruis veruit de belangrijkste katholieke infrastructuur voor de gezondheidszorg, en daarmee ook het voor de hand liggende draagvlak voor de geestelijke gezondheidszorg.

Kortenhorst had al in 1927-1928 zijn eerste ideeën over een netwerk van consultatiebureaus voor geestelijke volksgezondheid gevormd,<sup>12</sup> ideeën die hij in de jaren daarna bij verschillende gelegenheden naar voren bracht.<sup>13</sup> Voor het Nationale Gezondheidscongres in Amsterdam presenteerde hij in 1932 een nader uitgewerkt plan,<sup>14</sup> dat hij vervolgens weer verfijnde<sup>15</sup> en dat daarna door Veeger en de Provinciale Noord-Brabantse Bond Het Wit-Gele Kruis werd opgepakt en uitgewerkt tot het voorstel dat in 1935 zijn definitieve vorm kreeg: Districtsconsultatiebureaus voor Geestelijke Volksgezondheid uitgaande van de kruisvereniging, onder leiding van een psychiater, functionerend als het centrum van de werkzaamheden op het terrein van de geestelijke gezondheidszorg in een aangewezen regio.<sup>16</sup>

De voorgestane opzet en taak van het bureau behelsde het volgende:

'Het centrum der praktische werkzaamheid op het gebied der geestelijke volksgezondheid is het Consultatiebureau voor Geestelijke Volksgezondheid, ingesteld en onder beheer van de Provinciale Commissie van Geestelijke Volksgezondheid, onderafdeling van de Provinciale Bond van het Wit-Gele Kruis. (...) Het Consultatiebureau geeft cursussen en adviezen en werkt samen met alle bij de Charitatieve Vereniging aangesloten verenigingen, als ook met andere officiële lichamen en particuliere organisaties (...).

De nazorg der geesteszieken geschiedt door middel van de wijkverpleegster ter plaatse, in overleg met het gesticht en in samenwerking met de districts-psychiater van het Consultatiebureau voor Geestelijke Volksgezondheid. (...)

De sociaal-pedagoog evenals de leden en wijkverpleegster der plaatselijke commissies kunnen de in gezinsverpleging zijnde kinderen der kinderbescherming controleren en zijn ten platte lande met de nazorg der misdeelde kinderen van het buitengewoon lager onderwijs belast.'<sup>17</sup>

## *2. Een bureau los van de inrichting*

Nadat hij aanvankelijk nog uitging van een samenwerkingsverband van consultatiebureau en buitendienst, was Kortenhorst tot het inzicht gekomen dat plaatsing van de buitendienst in het consultatiebureau veel beter was. Al in 1928 was dit inzicht bij hem gerijpt uit zijn gestichtservaring, zijn contacten met de reclassering (Kortenhorst was hoofdbestuurder van de Katholieke Reclasseringsvereniging) en de literatuur over de nazorg, zoals hij zelf aangaf. Hij deed hiervan verslag in een voordracht voor de Rooms-Katholieke Artsenvereniging, met als conclusie: 'Buiten het gesticht is in iedere gemeente een plaatselijke organisatie noodzakelijk die hulp en steun verleent'. Daar zou ook het werk van de buitendienst onder moeten vallen, aldus Kortenhorst.<sup>18</sup>

Op 19 april 1933 werkte hij deze stelling voor het forum van de Provinciale Bond Het Wit-Gele Kruis in Noord-Holland verder uit. Voor het doelmatigheidsargument kon hij zich nu ook beroepen op het rapport van de Amsterdamse commissie van onderzoek, waar we in hoofdstuk 2, h. 1 aandacht aan hebben besteed. Hij paste de argumentatie uit dit rapport toe op de situatie in Brabant, aan welke provincie hij allereerst dacht voor de realisatie van zijn ideeën. Is het niet geld verspillen als alle zeven gestichten in Brabant er ook zeven afzonderlijke nazorgartsen op na moeten houden en zou het niet veel doelmatiger zijn als er één, of wellicht twee psychiaters via het organisatorische verband van het Wit-Gele Kruis de gehele provincie bestrijken? – zo hield hij zijn gehoor voor.<sup>19</sup>

Aan deze overweging voegde hij andere argumenten toe: naar analogie van de tuberculoseprophylaxe zou niet het krankzinnigengesticht, maar het Districtsconsultatiebureau voor Geestelijke Volksgezondheid, onder leiding van de psychiater, het middelpunt der praktische werkzaamheden moeten zijn. 'De geestelijke volksgezondheid moet men bezien vanuit het bredere standpunt der sociale gezondheidszorg en niet van het bijzondere standpunt der gestichtopsychiatrie. Het districtconsultatiebureau is het centrale punt der uitvoering om de geestelijke volksgezondheid in de maatschappij te bevorderen. Niet het krankzinnigengesticht, ook niet het internaat voor zwakzinnigen, ook niet het opvoedingsgesticht der kinderbescherming, of het sanatorium voor drankzuchtigen zijn de aangewezen organen, die door nazorg de geestelijke volksgezondheid in de maatschappij brengen (...). Het districtconsultatiebureau is het samenbindende centrum, dat met de verschillende verpleeginrichtingen samenwerkt'.<sup>20</sup>

Tenslotte bracht Kortenhorst ook nog de huiver van de bevolking in stelling voor een bureau dat zou uitgaan van een krankzinnigengesticht, en wees hij op het belang van het krankzinnigengesticht om via het minder bedreigende consultatiebureau in contact te kunnen komen met de maatschappij.<sup>21</sup>

Deze voordracht van Kortenhorst werd in het juninummer van *Katholieke Gezondheidszorg* gepubliceerd, in welk blad hij de argumenten voor een los van de inrichting staand consultatiebureau later nog verder uitwerkte.<sup>22</sup>

### 3. Een eigen plaats binnen het kruiswerk

Al bleef Kortenhorst gedurende al de jaren dat hij voor de Charitatieve Vereniging actief was, aan een gesticht verbonden – van 1915 tot 1932 bij Voorburg te Vught en vanaf 1932 tot aan zijn pensionering bij de psychiatrische inrichting Reinier van Arkel te Den Bosch<sup>23</sup> – zijn mentale afstand tot de inrichting werd groter, naarmate hij meer naar het kruiswerk toe groeide; een proces van onthechting en binding, met de geestelijke volksgezondheid als agens.

Zijn binding aan het kruiswerk bleek echter maar betrekkelijk. Vanaf de aanvang stelde Kortenhorst zich op het standpunt dat wat hij zag als het eigene der geestelijke gezondheidszorg, ook organisatorisch herkenbaar moest blijven. Dit had tot gevolg dat, hoe meer het Wit-Gele Kruis zich de geestelijke gezondheidszorg eigen ging maken, des te nadrukkelijker Kortenhorst trachtte voorzieningen te treffen voor de bescherming van het gespecialiseerde karakter hiervan.

Dit gold niet alleen voor de voor- en nazorg van geestelijk gestoorde volwassenen,

waar de leiding van de psychiater evident was, maar ook voor de preventie van stoornissen en de zorg voor het geestelijk gestoorde en bedreigde kind, waar dit veel minder vanzelfsprekend was.

Aanvankelijk leefde bij Kortenhorst zelfs het idee dat het Amsterdamse Medisch Opvoedkundig Bureau ten voorbeeld kon staan voor de invulling van de kinderzorg van het Districtsconsultatiebureau voor Geestelijke Volksgezondheid. Al in 1931 had hij dit idee geopperd.<sup>24</sup> Duidelijk was echter dat uitvoering hiervan geen schijn van kans maakte, alleen al vanwege het ontbreken van voldoende geschoold kader, een probleem waar ook de Nederlandse Vereniging van MOB's mee worstelde.

Kwam voor de kinderafdeling van het consultatiebureau uiteindelijk dus een veel eenvoudiger opzet uit de bus, Kortenhorst achtte ook hiervoor een zo groot mogelijke specialisatie van belang, nu niet ten opzichte van de inrichting, maar ten opzichte van de overige werkzaamheden van de kruisvereniging.

Om dit te garanderen schoof Kortenhorst, waar dat maar mogelijk was, de Charitatieve Vereniging naar voren als bewaker en coördinator van de werkzaamheden van het consultatiebureau voor geestelijke volksgezondheid.<sup>25</sup> Daarbij werd steeds duidelijker dat het hem primair te doen was om de inschakeling van het kruiswerk als een organisatorische en financiële hulpstructuur; met de inhoudelijke kant van het werk moest de kruisvereniging zich liefst maar zo weinig mogelijk bemoeien. Dit werd door hem daarna nog herhaaldelijk benadrukt: 'Onderscheiden organisaties zijn bij de geestelijke hygiëne betrokken. Geen enkele mag derhalve het monopolie voor haar zelf opeisen. Ook de Kruisverenigingen niet, al is het juist dat de Consultatiebureaus voor Geestelijke Volksgezondheid onder psychiatrische leiding, als centraal punt ter uitvoering, toebedeeld zijn aan de organisatie van het Wit-Gele Kruis'.<sup>26</sup>

Het Wit-Gele Kruis wilde echter niet alleen uitvoerend, maar ook inhoudelijk en beleidsmatig bij de geestelijke volksgezondheid betrokken blijven. Dit leidde tot flink getouwtrek over de invulling van de samenwerking, dat uitmondde in uitgebreide en ondoorzichtige reglementen voor de participatie van de Charitatieve Vereniging in de leiding en organisatie van het Consultatiebureau voor Geestelijke Volksgezondheid.<sup>27</sup> Deze uiteindelijk toch wel gespannen verhouding tussen de Charitatieve Vereniging en het Wit-Gele Kruis bracht Mol tot de fijnzinnige typering van een 'mariage de raison'.<sup>28</sup> Kon door dit verstandshuwelijk in 1936 het plan van Districtsconsultatiebureaus voor Geestelijke Volksgezondheid uiteindelijk ten uitvoer worden gebracht, de verdere voorbereiding was allerminst soepel verlopen.

De animo bij de andere zuilen voor een dergelijke opzet van de geestelijke gezondheidszorg bleek gering, hetgeen vanwege het principe van de verdelende rechtvaardigheid problemen opleverde bij het verkrijgen van overheidssubsidies. Bovendien wilden de psychiatrische inrichtingen, gesteund door de Inspectie voor het Krankzinnigenwezen, zich niet zonder slag of stoot van het terrein van de voor- en nazorg laten verdrijven. Tenslotte gingen er in kringen van de algemene volksgezondheid stemmen op om die psychiatrische voor- en nazorg ook maar bij de inrichtingen te laten.

## 8. Ontbrekende voorwaarden, lauwe reacties en regelrecht verzet

### a. Ontbrekende voorwaarden in protestantse kring

Activiteiten op het terrein van de geestelijke gezondheidszorg zoals die door de Charitatieve Vereniging in samenwerking met het Wit-Gele Kruis werden ontplooid, kwamen in protestantse kring niet voor.

De Nederlandse Hervormde Vereniging voor Geestelijke Volksgezondheid en de Vereniging voor Geestelijke Volksgezondheid op Gereformeerde Grondslag legden zich voornamelijk toe op bezinning.<sup>1</sup> Zeker speelden de met de specifieke levenbeschouwingen samenhangende verschillen in oriëntatie op de geestelijke volksgezondheid hierbij een rol. Zo leek men op het landelijke niveau in protestantse kring veel meer geïnteresseerd te zijn in de fundamentele vraagstukken dan in de concrete zorg voor de geestelijke volksgezondheid.<sup>2</sup> Daarnaast werkten echter ook meer structurele factoren dit verschil tussen katholieken en protestanten in de hand.

Allereerst was er natuurlijk het ontbreken van een protestantse kruisorganisatie of een daarmee vergelijkbare protestantse infrastructuur voor de opbouw van een geestelijke gezondheidszorg buiten de de inrichtingen. Pas in 1938 werd de Bond van Protestants-Christelijke Verenigingen voor Wijkverpleging in Nederland opgericht, die in 1946 overging in de Protestants-Christelijke Landelijke Vereniging Het Oranje-Groene Kruis. De diaconieën kwamen als alternatief wel ter sprake, maar nauwelijks in aanmerking.<sup>3</sup>

In de tweede plaats bestonden er ook aan het begin van de jaren dertig al twee krachtige landelijke protestantse organisaties op het terrein van het inrichtingswezen. Dit in tegenstelling tot de situatie in katholieke kring, waar de inrichtingen uitgingen van congregaties en plaatselijke notabelen, die sinds 1927 slechts waren verbonden in een landelijk besturenoverleg.<sup>4</sup>

In 1884, hetzelfde jaar dat de nieuwe Krankzinnigenwet van kracht werd, werd de landelijke gereformeerde *Vereniging tot Christelijke Verzorging van Geestes- en Zenuwzieken in Nederland* opgericht, als centraal punt van waaruit de oprichting en instandhouding van psychiatrische inrichtingen en sanatoria op gereformeerde grondslag ter hand werd genomen. In totaal 6 inrichtingen werden door deze vereniging gesticht, de laatste in 1928.<sup>5</sup> Daarna volgde in 1927, na een protestantse richtingenstrijd waar Joh. van der Spek een belangrijke rol in speelde,<sup>6</sup> de oprichting van de landelijke *Vereniging Nederlandse Hervormde Stichtingen voor Zenuw- en Geesteszieken*, die als tegenhanger van de gereformeerde vereniging 5 inrichtingen stichtte.<sup>7</sup> Waar in katholieke kring de Charitatieve Vereniging en het Wit-Gele Kruis elkaar gevonden hadden voor de opbouw van een geestelijke gezondheidszorg in de vrije maatschappij, beheersten de gereformeerde en hervormde inrichtingsorganisaties praktisch de maatschappelijke ruimte voor protestantse initiatieven op het terrein van

de geestelijke gezondheidszorg. Door de aanwezigheid van deze krachtige organisaties konden de hervormde en gereformeerde verenigingen voor geestelijke volksgezondheid ook niet veel anders doen dan zich bezighouden met studie en voorlichting; over vanzelfsprekende partners op het terrein van de buitengestichtelijke geestelijke gezondheidszorg beschikten ze immers niet.

Deze situatie werd overigens door de betrokkenen zelf betreurd, zoals blijkt uit de verzuchtingen van Joh. van der Spek, voorzitter van de Vereniging Nederlandse Hervormde Stichtingen voor Zenuw- en Geesteszieken en inmiddels ook van de Nederlandse Hervormde Vereniging voor Geestelijke Volksgezondheid. Op het moment dat de geestelijke gezondheidszorg al sterk in het katholieke kruiswerk verankerd was, sprak hij in zijn tweede hoedanigheid de Hervormde Vereniging voor Geestelijke Volksgezondheid streng toe: 'En met zekere jaloersheid zien wij op naar onze zuster-organisatie [de Charitatieve Vereniging], welke zo onmiddellijk allen tot zich trok die bij haar behoorden. Beschamend voorbeeld voor die Nederlands Hervormden, die krachtens hun belijdenis in de Nederlandse Hervormde Vereniging voor Geestelijke Volksgezondheid hun taak moesten zien!'

Hij vergoelijkte dit enigszins: 'Helaas hebben wij geen eigen Kruisvereniging, maar praktisch is het nu eenmaal zo, dat in veel gemeenten in de plaatselijke Groene Kruis verenigingen het Nederlands Hervormde element ruim vertegenwoordigd is.' Dan herhaalt hij echter nog eens: 'Ook nu kan weer met een jaloers oog gezien worden naar deze machtige rooms-katholieke organisatie, die niet alleen, gelijk ik daar straks reeds schreef onmiddellijk de vooraanstaande mannen in de wetenschap, op politiek terrein, en in het kerkelijk leven bereid vond in haar bestuur zitting te nemen, door voordrachten leiding te geven, maar die ook allerlei reeds aanwezige verenigingen paraat vond en ter beschikking, om van hun diensten gebruik te maken. (...) De rooms-katholieken zijn paraat.' En na dit alles kan zijn conclusie niet meer verbazen: 'Dit alles overwegende voelen wij slechts weer schrijnend de achterstand onzer Nederlands Hervormde volksgroep. Deze in te halen zij ons doel.'<sup>8</sup>

Deze onversneden verzuilde competitieretoriek bleek echter niet bij machte de hiervoor aangeduide culturele en structurele belemmeringen in de protestantse kring te boven te komen; het inhalen van die achterstand lukte niet.

## **b. Weinig animo in algemene kring**

In enkele opzichten leek de situatie in de algemene kring meer op de omstandigheden in de katholieke dan in de protestantse zuil. Er bestond evenmin een met de protestantse verenigingen vergelijkbare landelijke organisatie van algemene psychiatrische inrichtingen, terwijl er wel een met het Wit-Gele Kruis vergelijkbare kruisorganisatie aanwezig was, het algemene Groene Kruis.

Een verschilpunt was echter dat in deze kring de Centrale Vereniging opereerde met het stichten en steunen van Consultatiebureaus voor Zenuw- en Zielszieken en met het pogen om buitendiensten, psychiatrische voor- en nazorgdiensten en andere voorzieningen op het terrein van de geestelijke volksgezondheid te coördineren. Deze omstandigheden bepaalden in de jaren dertig de speelruimte voor de geestelijke gezondheidszorg in het kader van deze kruisvereniging.

Er bestond bij Meijers en zijn Centrale Vereniging weinig behoefte om, afgezien van de scholing en inschakeling van de wijkverpleegkundigen, het Groene Kruis sterk te gaan stimuleren om zelfstandige initiatieven op het terrein van de geestelijke gezondheidszorg te ontplooien. Daar waren immers de consultatiebureaus aangesloten bij de Centrale Vereniging al voor.

Hiertegenover stond de druk die op de algemene kruisorganisatie uitging van de plannen van de katholieke kruisvereniging. Niet alleen prikkelden deze plannen de verzuilde competitiestrijd, ze brachten ook de provinciale overheden die onder katholieke invloed stonden ertoe om het in katholieke kring gepropageerde model van geestelijke gezondheidszorg tot uitgangspunt van subsidiëring te nemen. Het principe van de verdelende rechtvaardigheid leidde er vervolgens toe dat in de zuidelijke en middenprovincies ook de andere kruisorganisaties onder druk werden gezet om hieraan mee te doen.

Afgezien van enkele positieve pleidooien in de eigen gelederen,<sup>9</sup> verzette de algemene kruisvereniging zich in de jaren dertig hier nogal fel tegen. De plannen van Kortenhorst voor de oprichting door de kruisverenigingen van aparte Consultatiebureaus voor Geestelijke Volksgezondheid werden aanvankelijk zelfs radicaal afgewezen, als veel te omvattend en te zeer vermengd met de handhaving van religieuze en levensbeschouwelijke waarden. Het Groene Kruis was zeer beducht voor deze rol en achtte het model Kortenhorst bovendien ook overbodig, gezien de reeds aanwezige consultatiebureaus en de buitendiensten van psychiatrische inrichtingen, en tenslotte ook onwenselijk, gezien de geringe scholing van de verpleegkundigen.<sup>10</sup>

Bij de algemene kruisvereniging bestond er, kortom, geen enkele behoefte om het kader te vormen voor het type geestelijke gezondheidszorg waar de katholieke kruisvereniging onder aanvoering van Kortenhorst en Mol naar toe koerste. In een reeks van voordrachten en artikelen werd dit standpunt uitgedragen en beargumenteerd.<sup>11</sup> Aanvankelijk werden slechts landelijke en provinciale commissies voor de geestelijke volksgezondheid ingesteld, voorlichting en cursussen verzorgd en wijkverpleegkundigen ingeschakeld voor de eerste opvang, begeleiding en dergelijke. Onder druk van de verzuiling stapte men echter van deze terughoudende opstelling af en schoorvoetend en tegenstribbelend raakte in de loop van de jaren dertig ook het Groene Kruis meer betrokken bij de organisatie van Consultatiebureaus voor Geestelijke Volksgezondheid.<sup>12</sup>

### **c. Verzet van de katholieke gestichtspsychiatrie**

Kortenhorsts streven naar eenheid van organisatie voor de praktische werkzaamheden op het terrein van de geestelijke volksgezondheid stootte niet slechts op de afwezigheid, respectievelijk terughoudendheid van de kruisverenigingen in de belendende zuilen, ook de katholieke psychiatrische inrichtingen stonden bepaald niet te trappelen om hieraan mee te doen.

Naarmate het tot hen doordrong dat realisering van het idee onvermijdelijk zou leiden tot een loslaten van de mogelijkheden om zelf de nazorg en voorzorg van hun patiënten te organiseren, groeide ook hun verzet. Veel aangrijpingspunten hadden ze daarvoor echter niet. Slechts twee katholieke inrichtingen beschikten begin jaren dertig

over een buitendienst (Voorburg te Vught en Sint Anna in Venray), terwijl er geen krachtige landelijke organisatie van katholieke inrichtingen bestond, die het op zou kunnen nemen tegen de katholieke kruisvereniging.

Vanaf de aanvang was al duidelijk dat Kortenhorst op weinig steun hoefde te rekenen van de kant van de inrichtingspsychiatrie. Op zijn brief van 26 april 1927 aan de inspecteur voor het Krankzinnigenwezen, H.J. Lubberman,<sup>13</sup> met het verzoek om medewerking bij de oprichting van een katholieke vereniging voor de geestelijke volksgezondheid, ontving Kortenhorst per ommegaande het antwoord, dat er meer behoefte bestond aan een vereniging van katholieke gestichten; daar moest hij zijn energie maar op richten.<sup>14</sup> Die vereniging werd in de loop van 1927 inderdaad opgericht: de *Vereniging van Rooms-Katholieke Gestichten en Inrichtingen voor Krankzinnigen en Zwakzinnigen*. Deze boog zich meteen ook over Kortenhorsts voorstel voor een centraal bureau voor de geestelijke volksgezondheid en plaatselijke consultatiebureaus met eigen hulpkrachten. Het oordeel daarover was volledig afwijzend: te vaag, megalomaan en bovendien hoorde de voor- en nazorg bij de gestichten thuis.<sup>15</sup>

De *Vereniging van Rooms-Katholieke Gestichtsartsen*, een onderafdeling van de R.K. Artsenvereniging, zat evenmin op Kortenhorsts initiatieven te wachten. De tekst van een uiteenzetting van zijn plannen voor deze vereniging werd door de secretaris doorgestuurd naar Lubberman met een veelzeggend briefje: 'Hierbij zend ik u de voordracht die dokter Kortenhorst op de vergadering der r.k. Gestichtsartsen dato 3 november 1928 heeft voorgelezen; het heeft niet veel om het lijf'.<sup>16</sup>

In het *R.K. Artsenblad* werd vervolgens ook in niet mis te verstane bewoordingen aandacht aan Kortenhorsts inspanningen besteed: 'Een zwakke poging is, naar ik vernam, al eens gewaagd van katholieke zijde door dokter Kortenhorst uit Vught, om door het stichten van consultatiebureaus over het gehele land tot een soort buitendienst te geraken, maar deze poging is, voor zover mij bekend, nog niet geslaagd'.<sup>17</sup> Naar buiten toe werd Kortenhorst kortom niet serieus genomen, binnen de gestichtspsychiatrie werden zijn *démarches* met toenemende zorg gadegeslagen.

Het effect van deze afwijzende reacties was niet dat Kortenhorst zijn pogingen opgaf. Integendeel. Hij zocht met nog meer kracht naar andere steunpunten, bij katholieke politici, de clerus, de Katholieke Universiteit van Nijmegen (waar al in januari 1928 een bijeenkomst had plaatsgevonden met de hoogleraren pedagogie en strafrecht), de Katholieke Reclasseringsvereniging en, vooral, het Wit-Gele Kruis.<sup>18</sup> Met behulp hiervan kon hij in 1930 zijn katholieke Charitatieve Vereniging voor Geestelijke Volksgezondheid oprichten, waarin ook de katholieke gestichtsartsen voor alle zekerheid maar vertegenwoordigd waren.

Kortenhorst had in zijn vereniging machtige katholieke bondgenoten weten te mobiliseren om, nu buiten de gestichten en gestichtsartsen om, tot de realisatie van zijn plannen voor een netwerk van Consultatiebureaus voor Geestelijke Volksgezondheid te komen. Daar tartte hij de katholieke gestichten mee.

De bom barstte al op de tweede ledenvergadering van de Charitatieve Vereniging, toen Kortenhorst de juistheid betwistte van het besluit van de Vereniging van Katholieke Gestichten en Inrichtingen om los van de Charitatieve Vereniging een commissie voor de organisatie van de voor- en nazorg in te stellen. De reactie van de gestichtsartsen hierop was furieus. In een brief aan het bestuur van de Charitatieve

Vereniging, in afschrift verzonden aan het Staatstoezicht op het Krankzinnigenwezen, werd de schijn van de harmonieuze zuil hardhandig doorgeprikt. Wij wensen niet doodgedrukt te worden in de quasi-echtelijke armen der Charitatieve Vereniging, zo liet een aantal inrichtingsdirecteuren weten, waarna ze Kortenhorst persoonlijk op de korrel namen.

Eerst werd zijn werk nog eens gekleineerd: 'Ook de werkwijze van de Charitatieve Vereniging die zich tot nu toe in hoofdzaak bepaalt tot het rondzenden van enkele, door de secretaris met ijver herhaalde geschriftjes, waarin allerminst de mening van onze vereniging is vervat, kan ons maar weinig bekoren en zal ook buiten de vereniging maar matig succes kunnen boeken'.<sup>19</sup> Erg zeker was men over dit laatste kennelijk niet, getuige het vervolg van de aanval: 'De secretaris, de promotor der Charitatieve genoemd, kan, hoewel psychiater, in geen enkel opzicht als vertegenwoordiger der rooms-katholieke psychiaters beschouwd worden, wier vertrouwensman hij in gene dele is'. 'En juist omdat het voor de buitenwereld die schijn heeft, achten wij ons tot dit woord van protest gedwongen. Wij hebben geen vertrouwen in de persoon van de secretaris-penningmeester en kunnen dit ook niet hebben. Samenwerking met hem achten wij op alle wijze onmogelijk en uitgesloten'.<sup>20</sup>

En alsof dit nog niet genoeg was, werd ook nog een boekje opengedaan over zijn karaktereigenschappen en 'de wanverhouding die er bestaat tussen diens werkelijke prestaties in zijn engere werkring en de schijn naar buiten, door hem zelf gewekt'.<sup>21</sup> Deze brief maakt volkomen helder waar de controverse over ging. Niet over de persoon van Kortenhorst, maar over de visie op het belang van de inrichtingen bij de voor- en nazorg. Hun voorbereidingen voor een eigen organisatie voor de voor- en nazorg en hun weigering om mee te werken aan de opzet van een bureau voor de geestelijke volksgezondheid culmineerden in een uitstotingsritueel, dat iedere verdere argumentatie overbodig maakte.

Voor zover dat nog nodig was, werd Kortenhorst hierdoor nog verder in de armen van anderen gedreven, in het bijzonder het Wit-Gele Kruis. Het Wit-Gele Kruis liet Kortenhorst na deze aanval niet vallen, al maakte dit zijn positie hier niet sterker.<sup>22</sup> Belangrijker was dat de kruisvereniging niet bereid was om het nieuw verworven arbeidsterrein van de geestelijke volksgezondheid weer in te doen schrompelen tot enkel de zorg voor misdeelde en moeilijke kinderen, een suggestie die later ter oplossing van de controverse wel werd aangereikt.<sup>23</sup>

In oktober 1932, toen de Vereniging van Katholieke Gestichten en Inrichtingen nog aan het studeren was op een eigen organisatie van de voor- en nazorg, had inspecteur Veeger, die nauwe verbinding met het Wit-Gele Kruis onderhield,<sup>24</sup> een op de inzichten van Kortenhorst geënt voorstel aan Gedeputeerde Staten van Noord-Brabant voorgelegd. In dit voorstel was ook de overheveling opgenomen van de buitendienst van Voorburg naar de nieuw op te zetten provinciale organisatie voor de geestelijke volksgezondheid. Voorburg tekende hier direct protest tegen aan en eiste tenminste het benoemingsrecht van de psychiater-leider van het consultatiebureau op.<sup>25</sup>

In december van datzelfde jaar werd bovendien het tegenrapport van de Vereniging van Katholieke Gestichten en Inrichtingen uitgebracht, met een voorstel voor een centrale buitendienst van de katholieke gestichten, een landelijke Katholieke Sociaal Psychiatrische Dienst, met een eigen psychiater en sociale werksters. Waarschijnlijk om tactische redenen werd ter realisering hiervan in het rapport op zo spoedig moge-



lijke samenwerking met de Charitatieve Vereniging aangedrongen.<sup>26</sup> Eveneens in december 1932 hield H.C.M. Jansen, de leider van de buitendienst van Voorburg, een uiteenzetting voor de Provinciale Noord-Brabantse Bond Het Wit-Gele Kruis over het belang van de buitendienst van Voorburg. Hij repte hierbij op geen enkele wijze over een eventuele overheveling. Hij benadrukte slechts het belang van samenwerking tussen zijn buitendienst en het kruiswerk.<sup>27</sup>

Dit offensief van de katholieke gestichten en gestichtsartsen had geen ander doel dan een daadwerkelijke combinatie van de voor- en nazorg van volwassenen en de zorg voor geestelijk gestoorde en bedreigde kinderen te voorkomen.

Het offensief was des te gevaarlijker voor het nog zo broze eenheidsstreven van de beweging voor geestelijke volksgezondheid, omdat men in de kringen van de algemene volksgezondheid niet ongevoelig bleek voor de tegenwerpingen. Het Consultatiebureau voor Geestelijke Volksgezondheid zoals voorgesteld door Kortenhorst, was uiteindelijk toch wel een erg vreemde eend in de bijt van het kruiswerk. Die aparte positie kwam tot uiting in de professionele eisen die aan dit bureau gesteld werden, en het idee dat de leiding in handen moest komen te liggen van een psychiater en niet van de meer vertrouwde huisarts of kinderarts. Deze twijfel in de wereld van de algemene volksgezondheid, aangewakkerd vanuit de krankzinnigenzorg, kreeg vervolgens nog een extra impuls door de competentieproblemen die er tussen de twee betrokken inspecties bleken te bestaan.

#### **d. Oplopende spanningen tussen gezondheidszorg en krankzinnigenzorg**

Dat de geestelijke volksgezondheid tot de algemene volksgezondheid gerekend moest worden, waarmee ze in principe onderwerp van staatszorg moest zijn, daarover bestond sinds de twee landelijke verenigingen waren opgericht en Josephus Jitta zijn principiële uiteenzetting had gegeven, nauwelijks verschil van mening. Des te meer hoofdbrekens kostte het om hieruit de noodzakelijke consequenties te trekken. De meningen liepen zeer uiteen: de voortvarenden pleitten voor een aparte wettelijke regeling die het hele arbeidsterrein van de geestelijke volksgezondheid zou omvatten, de voorzichtigen wilden eerst maar eens met een beperkte rijkssubsidie beginnen.

Tot de voortvarenden behoorden de ook op het terrein van het consultatiebureauwезen actieve geneesheer-directeur van de joodse psychiatrische inrichting het Apeldoornsche Bosch, Kat, en de eigenzinnige inspecteur voor het Krankzinnigenwezen, Schuurmans Stekhoven. Aangestoken door de nieuwe denkbeelden van de beweging kwamen zij in 1930 met het idee voor een wet tot regeling van de staatsbemoedienis met de geestelijke volksgezondheid. Dit op het eerste gezicht wat uit de toon vallende pleidooi uit de hoek van de krankzinnigenzorg was niet zo vreemd, omdat het niet alleen was ingegeven door de behoefte om via de wet het belang van de geestelijke volksgezondheid te bevorderen. Zij zagen hierin ook een kans om de in hun ogen volkomen verouderde Krankzinnigenwet nu eindelijk eens te vervangen.<sup>28</sup>

Alhoewel zijn kritiek op de Krankzinnigenwet in het algemeen werd gedeeld, vertolkte Schuurmans Stekhoven hiermee, zoals naderhand bleek, toch allerm minst het standpunt van het Staatstoezicht op het Krankzinnigenwezen.<sup>29</sup>

Tot de voorzichtigen behoorden de meeste geneeskundige inspecteurs, de directeur-generaal van de Volksgezondheid, Lietaert Peerbolte, Kortenhorst en de particuliere organisaties op het terrein van de geestelijke volksgezondheid. 'Onderwerp van staatszorg' betekende voor hen vooralsnog: rijkssubsidie voor de particuliere werkzaamheid onder toezicht van het inspectieapparaat.<sup>30</sup>

Doordenkend op de tweede lijn stootte men echter ook op moeilijkheden. Welke voorzieningen moesten eigenlijk in dat heterogene arbeidsterrein op de titel van geestelijke volksgezondheid gesubsidieerd worden? Wie moest het toezicht daarover voeren: de Inspectie op de Volksgezondheid en/of het Staatstoezicht op het Krankzinnigenwezen? – knellende vragen waar men vooralsnog niet uitkwam. Gevoegd bij de onwennigheid ten aanzien van dit nieuwe arbeidsterrein, de weerstanden daartegen en de slechte economische situatie, waarin de neiging van de rijksoverheid om zich financieel te binden aan welk nieuw arbeidsterrein dan ook buitengewoon gering was, waren de kansen op rijkssubsidie praktisch nihil.

Een alternatief bleek echter voorhanden in het net tot stand gekomen Prophylaxefonds. Al was dit fonds formeel geen overheidsinstantie en richtte het zich in het bijzonder op de werknemers onder de bevolking, materieel fungeerde het vrijwel geheel als verlengstuk van de rijksoverheid, zoals naar voren kwam uit de doelstellingen van het fonds, de samenstelling van het bestuur (dat onder voorzitterschap stond van de directeur-generaal, terwijl ook de voorzitter van de Gezondheidsraad er zitting in had) en uit de werkwijze, waarbij in de subsidiëring zoveel mogelijk rekening gehouden werd met het overheidsbeleid.<sup>31</sup> Het Prophylaxefonds functioneerde aldus voornamelijk als financiële hulpstructuur voor de rijksoverheid om voorzieningen die formeel (nog) niet tot onderwerp van staatszorg waren gemaakt, toch te kunnen bevorderen. Nadat duidelijk was geworden dat steun via de rijksbegroting geen haalbare kaart was, onderzocht men de mogelijkheid van subsidiëring van werkzaamheden op het gebied van de geestelijke volksgezondheid door het Prophylaxefonds.

Naast Lietaert Peerbolte en Josephus Jitta boog ook de katholieke politicus L.G. Kortenhorst, de broer van de secretaris van de Charitatieve Vereniging, zich als bestuurslid van het fonds over deze vraag.<sup>32</sup> Zijn stem zal zeer waarschijnlijk tot het besluit hebben bijgedragen om, naast de reumatiekbestrijding en de rachitisbestrijding, in principe ook geld 'ter bevordering van de mentale hygiëne (...) en wel in de eerste plaats door het oprichten van consultatiebureaus' uit het Prophylaxefonds beschikbaar te stellen.

Ter uitvoering van dit besluit, dat in december 1931 door het fondsbestuur genomen werd, greep men naar de inmiddels met succes bij de tuberculosebestrijding toegepaste strategie: instelling van een landelijke federatie van particuliere organisaties werkzaam op het terrein van de geestelijke volksgezondheid (overheidsdiensten waren van de subsidie uitgesloten), die moest bepalen waaraan het geld besteed zou worden. Het Prophylaxefondsbestuur zou zijn bemoeienis verder beperken tot een formele goedkeuring van een door de federatie opgesteld bestedingsplan.<sup>33</sup>

Het was tijdens de verdere uitwerking van het principebesluit van het bestuur van het Prophylaxefonds, dat het hier en daar al levende verzet tegen de voorgestelde ordening van de geestelijke gezondheidszorg in elkaar begon te grijpen.

Waar ging het om? Kortenhorst en de katholieke kruisvereniging koersten af op een Consultatiebureau voor Geestelijke Volksgezondheid als eenheid van organisatie, in

het bijzonder voor de psychiatrische voor- en nazorg en de geestelijke kinderygiëne. Dit consultatiebureau werd gepresenteerd als een volksgezondheidsvoorziening, hetgeen ook een volksgezondheidsregie impliceerde. Op het particuliere, uitvoerende niveau betekende dit: onderbrengen bij de kruisorganisatie. Op het overheidsniveau betekende dit: subsidiëren op titel van volksgezondheid en dus toezicht door de Inspectie op de Volksgezondheid.

Het verzet hiertegen kwam van verschillende kanten, namelijk van:

- *krankzinnigengestichten*, die de zeggenschap over de voor- en nazorg niet kwijt wensten te raken aan zoiets vaags als de geestelijke volksgezondheid, zeker niet zonder garanties van een door hen gecontroleerde psychiatrische leiding;
- *kruisverenigingen*, die bij nader inzien terugschrokken voor dit ver buiten hun vertrouwde gezichtskring liggende zorgterrein;
- het *Staatstoezicht op het Krankzinnigenwezen*, dat weinig voelde voor het uit handen geven van de voor- en nazorg aan de Inspectie op de Volksgezondheid;
- de *Inspectie op de Volksgezondheid* tenslotte, die moeite bleek te hebben met het binnenhalen van het psychiatrische element.<sup>34</sup>

Een uitweg uit deze tegenstellingen werd in de loop van 1933 aangereikt met een compromis dat dodelijk was, niet alleen voor het streven van Kortenhorst, maar ook voor dat van Bouman en alle anderen, die zich inspanden om tot het organisatorische complement van de basisprincipes van de beweging voor geestelijke volksgezondheid te komen.

Dit compromis kwam uit de koker van de geneeskundige inspectie en was ontleend aan de argumentatie, die inspecteur Veeger had gebruikt in zijn pleidooi tijdens de Wit-Gele Kruisdag in juni 1933, om tot Districtsconsultatiebureaus voor Geestelijke Volksgezondheid te komen.

Hij had daarbij sterk de nadruk gelegd op de geestelijke hygiëne van het kind, niet om de volwassenen terzijde te schuiven, maar om de psychiatrische inrichtingen de pas af te snijden, die met hun buitendiensten eveneens een gooi naar dit werkterrein deden.<sup>35</sup> Deze strategie werd nu doorgetrokken in een even simpel als effectief voorstel, dat via de huisorganen van zowel het Wit-Gele Kruis als het Groene Kruis werd verspreid: Onderscheid een 'psychiatrische richting' en een 'sociaal-hygiënische richting' in de beweging voor geestelijke volksgezondheid; leg het zwaartepunt van de eerste richting bij de psychiatrische voor- en nazorg van de geestelijk gestoorde volwassenen en van de tweede bij de arbeid voor het moeilijke kind of het kind met lichtere defecten; laat de voor- en nazorg uitgaan van de gestichten, onder leiding van een psychiater, en leg de arbeid voor het kind bij het kruiswerk onder leiding van een kinderarts; noem alleen de zorg voor het bedreigde of licht gestoorde kind geestelijke gezondheidszorg en alle problemen zijn uit de wereld – zo werd de uitweg uit de dreigende impasse gezocht. Ten overvloede werd daar nog aan toegevoegd dat de psychiatrische voor- en nazorg eigenlijk niet het etiket geestelijke volksgezondheid verdiende: 'Dit is geen Geestelijke Volksgezondheid, die een veel meer uitgesproken prophylactisch karakter behoort te dragen en als elke prophylactische maatregel ten opzichte van de ziekte zoveel mogelijk bij het kind zijn eerste aangrijpingspunt behoort te vinden'.<sup>36</sup>

Het Staatstoezicht op het Krankzinnigenwezen stemde hier geheel mee in. Het achtte zich toch wel de eerst aangewezen wanneer de voor- en nazorg verdergaande aan-

dacht van de rijksoverheid zou krijgen. Dit Staatstoezicht had al in 1932 aan zijn bewindsman, de minister van Binnenlandse Zaken, laten weten 'dat onze inspectie het aangewezen orgaan is om de oprichting en het instandhouden van consultatiebureaus voor geesteszieken te bevorderen'. Daar tegenover zag men er 'geen bezwaar in, dat de inspectie van de volksgezondheid hare bemoeiingen uitstrekt tot de (...) bureaus voor moeilijke kinderen en jeugdigen...'<sup>37</sup> Ook door het Staatstoezicht op het Krankzinnigenwezen werd hieraan de draai gegeven: geestelijke gezondheidszorg is eigenlijk alleen geestelijke gezondheidszorg voor het kind.<sup>38</sup>

Deze kwestie leidde in 1932 tot Kamervragen,<sup>39</sup> haalde de krant<sup>40</sup> en vormde ten slotte de inzet van het gesprek dat Lietaert Peerbolte, in zijn hoedanigheid van voorzitter van het Prophylaxefondsbestuur, uiteindelijk op 6 november 1933 arrangeerde om tot de aanwending van de Prophylaxefondssubsidie voor de geestelijke volksgezondheid te komen, overeenkomstig de principebeslissing van 1931.<sup>41</sup>

Tijdens deze bespreking werd het compromis dat door de geneeskundige inspectie was voorgesteld, in verschillende toonaarden herhaald en veelal onderschreven: geestelijke gezondheidszorg is preventie en deze hoort haar aangrijpingspunt bij het bedreigde kind te hebben. Kortenhorst en Mol hielden zich enigszins op de vlakte, maar Bouman, daarin bijgevallen door Meijers, verzette zich heftig tegen deze interpretatie. Met zijn onweersproken gezag op dit specifieke terrein beweerde Bouman dat het werk ten aanzien van kinderen, hoewel belangrijk, niet het enige deel van de geestelijke volksgezondheid was. Hij adstrueerde dit overigens niet met de voor- en nazorgactiviteiten voor volwassenen, maar met de eugenetiek en de bestrijding van het alcoholisme, zaken die toentertijd sterk in de belangstelling stonden.<sup>42</sup>

Bouman ontmaskerde daarbij onbarmhartig de gelegenheidsargumentatie die de overheidsinstanties hanteerden voor hun voorkeur voor het kind: 'Bouman begrijpt echter wel, hoe het komt dat de voorzitter zich hiertoe moet beperken: omdat de geestelijke volksgezondheid over twee departementen is verdeeld en de voorzitter ambtshalve niet verder kan gaan dan de grenzen die zijn departement toelaten'.<sup>43</sup>

Bouman reikte voor dit probleem echter tevens de oplossing aan. De overheidsorganisatie mocht dan aan deze zijns inziens verwerpelijke verkokering lijden, daar hoefden de particuliere organisaties zich toch niets van aan te trekken? De op te richten federatie kon toch zonder problemen de verschillende gebieden der geestelijke volksgezondheid bestrijken?<sup>44</sup> Daarmee bleek Bouman de opening te hebben geboden om de door hem bepleitte samenhang in de geestelijke gezondheidszorg niet helemaal verloren te laten gaan, al zag hij verder niet veel in de voorgestelde districtsconsultatiebureaus.

Lietaert Peerbolte had kennelijk op Boumans pleidooi zitten wachten, want hij nam het idee direct over. Hij stuurde de vergadering uiteen met de opdracht om spoedig tot de bedoelde federatie te komen, zodat de subsidiëring uit het Prophylaxefonds zou kunnen starten. Als bevestiging van de beslissing dat de zorg voor volwassenen erbij hoorde, werd de Centrale Vereniging, tegen de zin van sommige van de aanwezigen, er verder nadrukkelijk bij betrokken.<sup>45</sup>

## 9. De barrières geslecht

### a. De Nationale Federatie voor de Geestelijke Volksgezondheid

Het duurde nog een half jaar voor de verschillende organisaties en instanties op de lijn zaten waar de vergadering van 6 november 1933 op uit was gekomen. Op 25 april 1934 was het dan zover: de *Nationale Federatie voor de Geestelijke Volksgezondheid* (NFGV) werd opgericht ter verdeling van de subsidie voor de geestelijke volksgezondheid uit het Prophylaxefonds.<sup>1</sup>

Al waren de statutaire mogelijkheden van de Federatie ruimer geformuleerd, de verdeling van subsidiegelden vormde gedurende de jaren voor de oorlog het belangrijkste middel ter realisering van de statutaire doelstelling: het bevorderen van de samenwerking en verbeteringen op het gebied van de geestelijke volksgezondheid.<sup>2</sup>

De statuten gaven niet veel houvast voor de afbakening van het werkkerrein, waarop naar de statutair opgelegde samenwerking en verbetering gestreefd moest worden: alle particuliere organisaties die zich geheel of voor een belangrijk deel richtten op het terrein van de geestelijke volksgezondheid, waren welkom.<sup>3</sup>

De samenstelling van het ledenbestand weerspiegelde echter hoe over dat terrein gedacht werd: de vier landelijke verenigingen voor de geestelijke volksgezondheid – de gereformeerde vereniging was, na de mislukte poging om tot één protestantse organisatie te komen, op de valreep opgericht om de subsidie voor de gereformeerden niet verloren te laten gaan<sup>4</sup> – de algemene en de katholieke kruisvereniging, het Centraal Israëlitisch Krankzinnigengesticht als representant van het joodse consultatiebureau, het katholieke Paedologisch Instituut in verband met het daaraan verbonden consultatiebureau, de Nederlandse Vereniging van MOB's en de Centrale Vereniging.<sup>5</sup>

Uit deze leden werd in 1934 het eerste bestuur gekozen: dominee J. Beyerman, secretaris-generaal van de Algemene Nederlandse Vereniging Het Groene Kruis, werd voorzitter, Lekkerkerker secretaris, Meijers penningmeester en Kortenhorst en Joh. van der Spek leden.<sup>6</sup>

Weerspiegelde de afwezigheid van de psychiatrische inrichtingen in de NFGV al de benadering van het werkkerrein van de geestelijke volksgezondheid, in het bestedingsplan voor de verdeling van de Prophylaxefondssubsidie werd dit nog duidelijk.

In het bestedingsplan, nog in 1934 vervaardigd, werd de consequentie getrokken uit de samenstelling van de Federatie: 'de Federatie (zal zich), hoewel zij theoretisch de gehele geestelijke volksgezondheid tot haar arbeidsterrein heeft, toch in de eerst volgende jaren in hoofdzaak concentreren (...) op het werk ten behoeve van geestelijk misdeelde of bedreigde personen *buiten de gestichten*. (...)

Dit geestelijk-hygiënisch werk buiten de gestichten is voor het doel der Federatie praktisch te verdelen in:

1. maatregelen ten behoeve van de geestelijk zwaargestoorden, wier defect praktisch niet voor herstel of vergaande verbetering vatbaar is (...) en ten aanzien van wie deze maatregelen dus overwegend de strekking hebben (...) zich zo goed mogelijk in de maatschappij staande houden;

2. maatregelen ten behoeve van personen, in de eerste plaats kinderen, wier psychische moeilijkheden van dien aard zijn, dat door medische behandeling een oplossing of althans vergaande maatschappelijke aanpassing kan worden bereikt'.<sup>7</sup>

Vervolgens werd vastgesteld dat als centrum van dit werk beschouwd moesten worden: de Consultatiebureaus voor Zenuw- en Zielszieken en de Consultatiebureaus voor Moeilijke Kinderen. Hieraan zou de subsidie van het Prophylaxefonds ten goede moeten komen, als 'objecten welke het meest onmiddellijk de geestelijke volksgezondheid dienen'.<sup>8</sup>

Er werden tijdens de verdere besprekingen nog wat amenderingen op het bestedingsplan aangebracht, maar de essentie werd niet aangetast. Het werd in november 1934 goedgekeurd en vervolgens ook daadwerkelijk door het NFGV gehanteerd ter verdeling van de subsidie.<sup>9</sup>

Hoewel in het werkplan wel een duidelijke voorkeur voor de geestelijke gezondheidszorg voor kinderen was aan te treffen – de benoeming van Lekkerkerker als secretaris was daarvan eveneens een uitdrukking – was de keuze voor twee op zichzelf totaal verschillende werksoorten als kern van één geestelijke gezondheidszorg met de totstandkoming van de NFGV en het daarop volgende bestedingsplan een feit. Met allerlei reducties, compromissen en pragmatische oplossingen was de weg die Bouman tien jaar eerder had aangewezen in de NFGV tot een voorlopig eindpunt gekomen. Een belangrijke kwestie had men bij de vorming van de NFGV echter laten rusten. Weliswaar werden de werkzaamheden van consultatiebureaus ten behoeve van de ernstiger en de lichter gestoorde volwassenen en kinderen als kern van de geestelijke gezondheidszorg aangemerkt, maar men had in het midden gelaten in hoeverre deze zorg in de praktijk ook daadwerkelijk samenhang kon of moest vertonen.

Uitsluitel over dit laatste leverden wel de inspanningen van Kortenhorst en het Wit-Gele Kruis om tot een Consultatiebureau voor Geestelijke Volksgezondheid te komen. Het is tijd om daar nu op terug te komen.

## **b. Het Consultatiebureau voor Geestelijke Volksgezondheid**

### *1. Districtsconsultatiebureaus in Noord-Brabant*

Daartoe uitgenodigd door de Provinciale Noord-Brabantse Bond Het Wit-Gele Kruis en de inspecteur der Volksgezondheid in de zuidelijke provincies, met op de achtergrond de Charitatieve Vereniging en een stimulerende directeur-generaal van de Volksgezondheid, namen Gedeputeerde Staten van Noord-Brabant in 1933 het besluit om een *Provinciale Commissie voor Geestelijke Volksgezondheid in Noord-Brabant* in te stellen, onder voorzitterschap van Chr. Mol. De bedoeling was dat deze commissie overeenkomstig de eerder uiteengezette plannen een provinciale dienst voor de geestelijke volksgezondheid op zou richten, waarvan de uitvoering zou worden opgedragen aan de Provinciale Noord-Brabantse Bond Het Wit-Gele Kruis.<sup>10</sup>

De kruisorganisatie was al akkoord, maar 'Voorburg' nog niet. Dat was wel van belang. De buitendienst van Voorburg, een inmiddels bloeiende psychiatrische voor- en nazorgdienst met consultatiebureaus op vier verschillende plaatsen in de provincie,<sup>11</sup> moest immers onderdeel van de nieuwe organisatie worden.

Zoals we eerder constateerden, was het provinciebestuur al in 1932 over de overheveling geadviseerd door de inspecteur voor de Volksgezondheid. De wenselijkheid van de overheveling van de buitendienst naar de nieuw op te zetten organisatie voor de geestelijke volksgezondheid werd door het provinciebestuur gedeeld, niet alleen, en misschien zelfs niet in de eerste plaats, omdat dit onderdeel van de geestelijke gezondheidszorg principieel bij de kruisvereniging zou horen, maar omdat een dergelijke overheveling kostenbesparend zou werken.<sup>12</sup> De adviseurs hadden het provinciebestuur tot die overtuiging gebracht met de inmiddels bekende argumentatie: psychiatrische voor- en nazorg voorkomt opnemingen en bespoedigt ontslag; het is ondoelmatig als elke inrichting dit op eigen houtje gaat opzetten; tref voor de organisatie daarom een aparte voorziening; wat ligt meer voor de hand dan om hiervoor het reeds goed uitgeruste kruiswerk in te schakelen.<sup>13</sup>

Om deze overheveling van de buitendienst af te dwingen had het provinciebestuur het inmiddels eveneens bekende machtsmiddel in handen: een vermindering in de provinciale subsidie van de verpleegkosten.

In 1934 werd Voorburg officieel door het provinciebestuur van dit beleidsvoornemen in kennis gesteld. Nadrukkelijk gesteund door het Staatstoezicht op het Krankzinnigenwezen tekende Voorburg wederom protest tegen het voornemen aan. De argumentatie over de kostenbesparing werd betwist en de noodzaak van een blijvende betrokkenheid van de inrichting bij de voor- en nazorg werd sterk benadrukt.<sup>14</sup>

Het provinciebestuur wilde echter niet meer op de principebeslissing van de overheveling terugkomen. Onder druk van de minister van Binnenlandse Zaken, door het Staatstoezicht ingeschakeld, moest op het punt van de betrokkenheid van Voorburg echter wel toegegeven worden, 'teneinde te voorkomen dat het werk van voor- en nazorg voor krankzinnigen zoals dat voorspoedig was gegroeid in de tijd dat deze zorg werd behartigd door de buitendienst van Voorburg, in zijn ontwikkeling zou worden belemmerd of misschien zelfs zou inkrimpen door ander werk voor de geestelijke volksgezondheid'.<sup>15</sup>

Afgesproken werd dat de geneesheer-directeur van Voorburg ambtshalve zitting zou nemen in de Provinciale Commissie voor Geestelijke Volksgezondheid en zou fungeren als directe chef van de leider van de spreekuren voor volwassenen. De benoeming van deze leider werd afhankelijk gesteld van het advies van de geneesheer-directeur van Voorburg en daarnaast van zowel de Inspectie voor de Volksgezondheid als die voor het Krankzinnigenwezen; de minister van Binnenlandse Zaken zou tenslotte zijn goedkeuring moeten verlenen aan de reglementen en instructies van de provinciale dienst, voordat ze van kracht werden.<sup>16</sup>

Op deze basis ging op 1 juli 1936 de *Provinciale Dienst voor de Geestelijke Volksgezondheid in Noord-Brabant* van start, met behulp van een jaarlijkse provinciale subsidie van f 16.000,-, die voor 70% werd verkregen uit een vermindering van de provinciale bijdrage voor de verpleegkosten van krankzinnigen. Daarnaast werd ook subsidie uit het Prophylaxefonds ontvangen.<sup>17</sup>

De provincie werd ingedeeld in 7 districten, in elk waarvan een Districtsconsultatie-

bureau voor Geestelijke Volksgezondheid werd opgezet met een bureau voor volwassenen en een bureau voor kinderen. Het geheel begon onder de part-time psychiatrische leiding van W.J.F. Nuyens, die daarnaast in dienst was van de psychiatrische inrichting Sint Anna te Venray. De voormalige leider van de buitendienst, H.C.M. Jansen, bleef achter bij Voorburg.

Op deze manier kon de voor- en nazorg van volwassenen niet alleen worden voortgezet, maar zelfs – versterkt met verpleegkundigen van het Wit-Gele Kruis – van vier naar zeven districten worden uitgebreid.<sup>18</sup> Voor de geneesheer-directeur van Voorburg waren dit resultaat en de voorwaarden waaronder de dienst functioneerde, redenen om er uiteindelijk toch erg tevreden mee te zijn, zoals hij al in oktober 1936 liet weten.<sup>19</sup>

Het bureau voor kinderen begon zeer bescheiden. Na verloop van tijd konden weliswaar drie psychologen-pedagogen worden aangesteld, naast een apart voor dit werk vrijgestelde verpleegkundige, maar van het oorspronkelijke idee om zoiets als Medisch Opvoedkundige Bureaus op te zetten kwam vooralsnog niets terecht. De hoofdmoot van het werk betrof keuringen, adviezen en maatschappelijke begeleiding in verband met (vermoede) zwakzinnigheid van kinderen.

Van behandeling was nauwelijks sprake.<sup>20</sup> Men kan derhalve met meer recht spreken van bureaus voor zwakzinnige kinderen dan van bureaus voor moeilijke kinderen', aldus de constatering van een van de psychologen van het eerste uur in een terugblik over de eerste vijf jaar.<sup>21</sup>

Iets anders dan deze in vergelijking met het Medisch Opvoedkundig Bureau eenvoudige opzet was ook niet goed denkbaar geweest, gezien het verschil in plaats en daardoor ook in aanwezigheid van sociale voorzieningen. Het Medisch Opvoedkundig Bureau kwam tot ontwikkeling in de grote stad, dat wil zeggen in een gebied waar al een netwerk van voorzieningen aanwezig was dat (mede) gericht was op kinderen en jeugdigen: universitaire poliklinieken, gemeentelijke diensten, schoolartsen, voor- en nazorgwerk en consultatiebureaus voor zwakzinnige kinderen, bureaus voor beroepskeuze, Pro Juventute-verenigingen, kinderpolitie e.d.

Hoe anders was de situatie in de provincie. Hier waren medische en sociale voorzieningen veel minder ontwikkeld: de consultatiebureaus die hier ontstonden, moesten nog alle problemen opvangen. Zij konden er niet aan denken om de intensieve onderzoeks- en behandelmethode als hoofddoel te nemen, dan wel scherp te selecteren naar probleemcategorieën. Omdat er geen andere voorzieningen waren, moesten deze bureaus wel open staan voor zwakzinnige kinderen, een categorie die de gespecialiseerde Medisch Opvoedkundige Bureaus vanaf de aanvang hadden uitgesloten.<sup>22</sup>

Ondanks de eenvoudige opzet was in dit districtsconsultatiebureau toch de eenheid in organisatie van de geestelijke gezondheidszorg aan te treffen, waar Kortenhorst sinds het midden van de jaren twintig zo voor geijverd had: een regionaal netwerk van specifieke bureaus, onder leiding van een sociaal-psychiater en gebruik makend van gedragswetenschappelijke en sociale werkers, dat openstond voor zowel zwaar gestoorden als licht defecten, voor zowel volwassenen als kinderen, die terecht konden op aparte spreekuren.

Nadat op landelijk niveau, in het kader van de Prophylaxefondssubsidie, twee werksoorten als kern van de geestelijke gezondheidszorg waren aangewezen, was aldus



op het regionale niveau, althans in één provincie, de daadwerkelijke integratie van deze twee tot stand gekomen. Hoe primitief ook, qua vorm en bedoeling was hiermee de eerste directe voorloper van de latere regionale instelling voor ambulante geestelijke gezondheidszorg gecreëerd, een voorbeeld dat nog voor de oorlog een gebrekkige navolging kreeg in twee andere provincies.

## 2. Consultatiebureaus in Gelderland en Limburg

In navolging van de provincie Brabant stelde het provinciebestuur van Gelderland in 1938 een *Provinciale Gelderse Commissie van Samenwerking tot Bevordering van de Geestelijke Volksgezondheid* in, bedoeld als provinciale ondersteuningsstructuur voor de ontwikkeling van een netwerk van Consultatiebureaus voor Geestelijke Volksgezondheid met spreekuren voor volwassenen waaraan, dankzij de inspanningen van het katholieke Wit-Gele Kruis, ook spreekuren voor kinderen verbonden konden worden. Ook hier was het belangrijkste motief van de provincie financieel van aard. Door een regeling van de voor- en nazorg kon een bezuiniging van de verpleegkosten worden verantwoord en net als in Brabant werden de consultatiebureaus ondersteund met een provinciale subsidie waarvan het geld kwam uit een tweelingbesluit: wat via de Commissie van Samenwerking naar de consultatiebureaus ging, f 20.000,- per jaar, werd afgehaald van de provinciale bijdrage in de krankzinnigenverpleging.<sup>23</sup>

De situatie was in Gelderland echter veel minder overzichtelijk dan in Brabant. Daar was al een voor- en nazorgdienst werkzaam die, zij het na enige strubbelingen, overgeplant kon worden naar één kruisvereniging die de hele provincie bestreek. Dit laatste was het gevolg van de monoculturele opbouw van de provincie. Het bestuur en de maatschappelijke voorzieningen waren in deze provincie vrijwel geheel in handen van de katholieke zuil. Weliswaar nam ook het Algemene Groene Kruis in Brabant deel aan de Provinciale Dienst voor Geestelijke Volksgezondheid om deze een breed, alle zuilen omvattend karakter te geven, dat nodig was voor de overheids-subsidie, maar materieel stelde deze deelname niets voor.<sup>24</sup> In Gelderland ontbrak een vergelijkbare provinciaal werkende buitendienst van een inrichting, terwijl de drie zuilen naast en soms zelfs tégen elkaar opereerden.

Dit betekende dat de Commissie in Gelderland niet meer kon zijn dan een federatieve samenwerking op bestuurlijk niveau van verder zelfstandig werkende organisaties. Van de provinciale subsidie voor de geestelijke volksgezondheid kregen de algemene, de protestantse en de katholieke zuil ieder een derde deel; daarmee moesten ze de bedoelde consultatiebureaus in stand zien te houden. Maakte dit een adequate opzet al moeilijk, vrijwel onmogelijk werd het, nadat het provinciebestuur onder invloed van de Provinciale Gelderse Bond Het Wit-Gele Kruis een voorkeur voor uitvoering door de kruisverenigingen had uitgesproken. Dit ondanks het feit dat er nog geen goed geëquiperde protestantse kruisvereniging in Gelderland functioneerde, terwijl het algemene Groene Kruis er helemaal niet happig op was om deze taak op zich te nemen. Het gevolg was dat alleen de katholieke kruisvereniging er iets van terechtbracht en dat de andere groeperingen moesten terugvallen op de buitendiensten van de protestantse en algemene inrichtingen, terwijl ook de algemene Wilhelminastichting, aangesloten bij de Centrale Vereniging werd ingeschakeld.<sup>25</sup>

Om dezelfde redenen als in Brabant was de situatie in Limburg weer gunstiger voor het opzetten van een provinciale organisatie voor de geestelijke volksgezondheid. Een Provinciale Commissie voor de Geestelijke Volksgezondheid in Limburg werd ingesteld en ook hier ging het provinciebestuur ertoe over om jaarlijks een bedrag, verkregen uit een tweeledig besluit, ter beschikking te stellen aan de katholieke provinciale kruisvereniging (hier was dat het Limburgse Groene Kruis), voor de instandhouding van Districtsconsultatiebureaus voor Geestelijke Volksgezondheid. In 1939 werd hier voor het eerst een bedrag van f 10.000,- voor vrijgemaakt.

De sinds 1936 vanuit de rooms-katholieke psychiatrische inrichtingen Sint Servatius (voor mannen) en Sint Anna (voor vrouwen) te Venray onderhouden buitendienst met spreekuren in Venray, Venlo, Maastricht, Heerlen en Roermond, werd in 1940 overgeheveld naar de katholieke provinciale kruisvereniging en omgezet in consultatiebureaus volgens het Brabantse model. Consultatiebureaus voor Geestelijke Volksgezondheid werden in bovengenoemde plaatsen, minus Venray, geopend, met gescheiden spreekuren voor psychiatrische voor- en nazorg en voor moeilijke kinderen. Voor de psychiatrische voor- en nazorg werden twee aparte verpleegsters bij de kruisvereniging aangesteld. Ook hier bleef vooralsnog de medische leiding in handen van de psychiaters verbonden aan de psychiatrische inrichtingen in Venray; voor een gedeelte van hun tijd werden ze voor het consultatiebureauwerk vrijgesteld.<sup>26</sup>

## 10. Bescheiden beleid: de subsidiepolitiek van de Nationale Federatie voor de Geestelijke Volksgezondheid

### a. Consolidering en legitimering

De vorming van de NFGV in 1934 was de institutionele uitdrukking van keuzen die in de daaraan voorafgaande periode waren gemaakt:

- het primaat voor de opbouw van de geestelijke gezondheidszorg was bij het particulier initiatief gelegd, daartoe financieel gesteund door het Prophylaxefonds;
- het verzuilde organisatiepatroon op dit werkterrein werd bevestigd in de federatieve samenwerking aan de top en de gescheiden uitvoering aan de basis;
- het werkterrein van de geestelijke gezondheidszorg was ingeperkt tot de zorg in de vrije maatschappij;
- daarbinnen was gekozen voor consultatiebureaus voor volwassenen en voor kinderen.

Deze vier elementen gaven de ruimte en de richting aan voor het beleid, dat de NFGV na haar oprichting ging voeren bij het verdelen van de Prophylaxefondssubsidie, een bedrag van gemiddeld f 25.000,— per jaar.<sup>1</sup>

Het bestuur van het Prophylaxefonds nam weliswaar ieder jaar een beslissing over de hoogte van het bedrag, maar het bemoeide zich verder nauwelijks met de concrete aanwending: de NFGV mocht zelf subsidiecriteria ontwikkelen.<sup>2</sup> Daarmee kreeg de Federatie een verdelende verantwoordelijkheid toegeschoven, waar zij bij nader inzien toch voor terugschrok.

De verschillen van inzicht die er bleken te bestaan over de gewenste ontwikkeling van de geestelijke gezondheidszorg, de ongelijke positie van de leden en de daarmee samenhangende extra grote behoefte aan soevereiniteit in eigen kring, maakten het voeren van een subsidiepolitiek niet gemakkelijk. De ruimte voor een eigen beleid van de NFGV werd daarbij nog verder beperkt door het vetorecht dat aan de leden was toegekend.<sup>3</sup> De NFGV was hierdoor veroordeeld tot een politiek van non-interventie in het beleid van de aangesloten instellingen en tot het nogal passief doorsluizen van de Prophylaxefondssubsidie. Belast met een coördinerende en geldverdelende opdracht, zonder dat voor de uitvoering daarvan voldoende beleidsinstrumenten beschikbaar waren, poogde het bestuur van de Federatie herhaaldelijk om weer onder deze verantwoordelijkheid uit te komen door aan het bestuur van het Prophylaxefonds nadere aanwijzingen te vragen over de verdeling van de gelden. Daar ging het Prophylaxefondsbestuur echter niet op in.<sup>4</sup>

Omdat het bedrag van de subsidie ten enenmale onvoldoende was om alle initiatieven te steunen, ontkwam de Federatie er toch niet aan om zelf enige richtlijnen te ontwikkelen. Dit mondde uit in een beleidsvoering op drie onderdelen.

1. Men zocht voor consultatiebureaus naar typische kenmerken op grond waarvan ze al of niet tot de geestelijke gezondheidszorg gerekend konden worden. Duidelijk

moest immers worden wie wel en wie niet een beroep op de subsidie kon doen. Dit leidde tot een verdere *externe differentiatie* van de geestelijke gezondheidszorg in het totale hulpverleningsveld; om subsidie-technische redenen werd het verschil tussen de geestelijke gezondheidszorg en de overige hulpverlening geaccentueerd.

2. Het zo omschreven werkteerrein van de geestelijke gezondheidszorg was allerm minst homogeen. De verschillen werden zelfs geaccentueerd om de toedeling van meer of minder geld naar de onderscheiden bureaus te kunnen motiveren. Dit leidde tot een *interne differentiatie* van werksoorten binnen het grotere geheel van de geestelijke gezondheidszorg.

3. Men kon zich echter evenmin aan de statutaire opdracht onttrekken om ook de samenwerking binnen de geestelijke gezondheidszorg te bevorderen. Dit leidde tot voorstellen voor een *samenhangende organisatie* van de geestelijke gezondheidszorg op provinciaal en regionaal niveau.

Het was een bescheiden beleid dat op deze drie onderdelen gevoerd werd. Gedwongen tot het maken van afwegingen, maar geremd in de mogelijkheden daartoe, kon de Federatie niet veel anders dan terugvallen op het enige houvast dat ze had: de keuzen die bij de vorming van de NFGV waren gemaakt.

Door de geringe armslag om daar wat aan toe te voegen kreeg het beleid van de Federatie onvermijdelijk een sterk consoliderend karakter. Maar dat niet alleen. Naarmate de inconsistenties in de oorspronkelijke keuzen duidelijker naar voren kwamen, maar niet werden herroepen, moesten de inspanningen ter legitimering daarvan worden opgevoerd.

Bescheiden of niet, verdedigbaar of niet, deze beleidsvorming plaveide de weg naar de ambulante geestelijke gezondheidszorg, zoals uit het navolgende zal blijken.

## **b. Nadere bepaling van de geestelijke gezondheidszorg: externe differentiatie**

Er ontwikkelde zich een procedure waarbij de aangesloten verenigingen activiteiten die in hun kring werden ondernomen of voorbereid, ter subsidiëring aanboden aan de NFGV. Het bestuur verzamelde deze aanvragen en legde ze, voorzien van een advies, in een jaarlijks verdelingsplan voor aan de ledenvergadering, de Vereniging van Afgevaardigden, die daarop een beslissing nam.

Was door de beperkte ledenkring hiermee al een zekere selectie toegepast, via de aangesloten verenigingen bleken toch nog zeer verschillende consultatiebureaus een aanvraag te kunnen doen: niet alleen de Consultatiebureaus voor Zenuw- en Zielszieken, de consultatiebureaus uitgaande van de kruisverenigingen en de Medisch Opvoedkundige Bureaus, maar ook buitendiensten, psychiatrische poliklinieken, pedagogische adviesbureaus, consultatiebureaus tegen alcoholisme, consultatiebureaus geleid door kinderartsen, Bureaus voor Levens- en Gezinsmoeilijkheden en andere.<sup>5</sup> Als eerste en belangrijkste kwaliteitseis werd daarop gesteld dat het consultatiebureau onder psychiatrische leiding diende te staan.<sup>6</sup> Het tekort aan psychiaters maakte deze eis echter meer tot een nastrevenswaardig ideaal dan een direct in de praktijk te vertalen kwaliteitskenmerk.

Voor veel voorzieningen lukte het nog wel om tot een formele eindverantwoordelijkheid van een psychiater te komen, maar praktische betekenis had dit zelden. De

pragmaticus Meijers vond deze eis dan ook onzin: 'Men stelt nu als criterium: psychiatrische leiding, is dat niet kunstmatig? Zijn conclusie is dat het beter is voorlopig nog maar wat aan te zieken en het geld zo eerlijk mogelijk te verdelen, daar wij nog niet voldoende exacte gegevens hebben om precieze maatstaven te kunnen vaststellen'.<sup>7</sup>

Dit vonden de anderen wel wat erg ver gaan, zeker voor de voor- en nazorgbureaus. Voorgesteld werd om de eis te versoepelen en verder uit te gaan van medische leiding, met een geregelde, niet slechts consultatieve psychiatrische medewerking.<sup>8</sup> Door zodoende in het midden te laten of een psychiater de leiding had, werd een belangrijke opening gecreëerd voor de Medisch Opvoedkundige Bureaus en andere, eenvoudigere consultatiebureaus voor kinderen. Ook een kinderarts of huisarts kon daardoor erkend de leiding hebben.<sup>9</sup>

Een illustratie van de toepassing van dit criterium was de behandeling van een subsidieaanvraag voor een nieuwe voorziening die via de gereformeerde vereniging was binnengekomen: het Consultatiebureau voor Levens- en Gezinsmoeilijkheden in Rotterdam. Dit bureau werd zeker van belang geacht voor de geestelijke volksgezondheid, maar men zat met de vraag op welke titel dat in de subsidie tot uitdrukking kon komen. 'Verschillende bestuursleden zijn van oordeel, dat voor de te subsidiëren werkzaamheden aan de eis van medische leiding moet worden vastgehouden, daar anders het hek van de dam is en de suggestie wordt geopperd in de bedoelde consultatiebureaus de psychiatrisch geleide werkzaamheden te scheiden van de andere, zodat zij afzonderlijk kunnen worden gesubsidieerd'.<sup>10</sup> Aldus geschiedde en een bedrag van f 250,- werd op deze basis toegekend.<sup>11</sup> Daarmee was, aanvankelijk alleen nog op een puur formele manier, het Bureau voor Levens- en Gezinsmoeilijkheden als nieuwe loot aan de stam van de geestelijke gezondheidszorg geënt.

Naast de eisen omtrent de medisch-psychiatrische inbreng was inmiddels ook de wenselijkheid van een geregelde medewerking van de sociaal werkster geaccepteerd. Evenals de mogelijkheid dat anderen dan de psychiater de leiding konden hebben, was dit een succesje voor de vertegenwoordigers van de consultatiebureaus voor kinderen in de NFGV.<sup>12</sup>

Als secretaris van de Federatie ondernam Lekkerkerker daarna een poging om aan de hand van deze criteria tot een samenvattende omschrijving van het Consultatiebureau voor Geestelijke Volksgezondheid te komen: Consultatiebureaus voor Geestelijke Volksgezondheid zijn instellingen welke sociaal-psychiatrische arbeid verrichten in het belang van hen, die geestelijk ziek of hulpbehoevend zijn of dat dreigen te worden, werkend onder een medische leiding en met een geregelde, niet slechts-consultatieve psychiatrische medewerking, en geregelde medewerking van een sociaal werkster die in ieder geval sociale, zo mogelijk ook enige psychiatrische scholing en ervaring heeft.<sup>13</sup> De term 'sociaal-psychiatrische arbeid' had Lekkerkerker ingevoerd om de hele (poli-)klinische sector buiten te sluiten, de 'medische leiding' moest het terrein van de maatschappelijke zorg buiten de deur houden, terwijl de 'psychiatrische medewerking' de door (kinder-)artsen geleide consultatiebureaus apart zette.<sup>14</sup>

Onder deze omschrijving werden vervolgens drie verschillende typen voorzieningen gebracht.

1. Het eerste type omvatte de bureaus voor volwassenen, alle van het consultatiebureautype, dat wil zeggen dat zij zich, behalve tot onderzoek en diagnose – voor zover

nodig –, bepaalden tot het verlenen van sociaal-psychiatrische hulp, zoals adviezen aan de patiënt en zijn omgeving en eventuele verdere maatschappelijke bemoeiingen; ze pasten geen psychotherapeutische behandeling toe.

2. Het tweede type was de groep consultatiebureaus voor kinderen. Deze werden weer onderscheiden in: (a) de op de zogenaamde moeilijke kinderen gespecialiseerde Medisch Opvoedkundige Bureaus met de vaste medewerking van een psychiater, psychiatrisch sociaal werkster en kinderarts, werkend met een arsenaal van onderzoeks- en behandelingsvormen voor kind en gezin en (b) andere consultatiebureaus voor kinderen, voornamelijk uitgaande van de kruisverenigingen, die een eenvoudiger opzet hadden.

3. Als derde type werd het Bureau voor Levens- en Gezinsmoeilijkheden opgevoerd, dat functioneerde met medewerking van een psychiater.

Deze drie typen voorzieningen werden niet slechts als 'Consultatiebureau voor Geestelijke Volksgezondheid' aangemerkt, ook werd aangegeven dat deze aanduiding alléén voor deze drie typen gehanteerd mocht worden.<sup>15</sup>

Hiermee had Lekkerkerker een overzichtelijke indeling gegeven van de geestelijke gezondheidszorg op basis van de uitgangspunten, die bij de vorming van de NFGV in 1934 waren gehanteerd. Deze omschrijving benaderde de drie voorzieningen als in beginsel gelijkwaardige werksoorten van geestelijke gezondheidszorg. Op deze manier omschreven konden ze verder op elkaar betrokken worden in het kader van een geestelijk gezondheidszorgbeleid en kon een claim op overheidssubsidie voor deze drie (en dus geen andere) werksoorten op de titel van geestelijke volksgezondheid worden beargumenteerd – en dat was waar het uiteindelijk om begonnen was.

Lekkerkerker had deze exercitie gepleegd als rapporteur van een commissie onder voorzitterschap van Meijers die in 1938 door het bestuur van de NFGV was ingesteld met de opdracht om nadere voorstellen te doen voor de verdeling van de Prophylaxefondssubsidie.<sup>16</sup> De werkzaamheden waren nogal uit de hand gelopen, omdat de aandacht gaandeweg verschoven was van de financiering naar de organisatie van de geestelijke gezondheidszorg. Of zoals Lekkerkerker het in een brief aan de voorzitter verwoordde: 'Eigenlijk was het zo, dat wij, beginnende met het engere uitgangspunt der financiering, er toe geleid werden ons te verdiepen in de organisatie, en meer en meer zagen hoe chaotisch dat nog is en hoe wenselijk het zou zijn dat eens nader onder ogen te zien en te ordenen (...). Het is zeer aantrekkelijk – en persoonlijk voel ik daar ook veel voor – om een systematisch plan te ontwerpen, zoals de geestelijke gezondheidszorg behoorde te zijn georganiseerd, maar ik meende, dat het wenselijk was eerst uiteen te zetten, hoe de zaak thans is, en dat de materie nog niet voldoende is uitgekristalliseerd om althans binnen het kader der Federatie, een organisatieplan te ontwerpen, dat kans zou hebben door een grote meerderheid te worden aanvaard'.<sup>17</sup>

Om 'uiteen te zetten hoe de zaak thans is' had Lekkerkerker 70 bladzijden nodig in het rapport dat de commissie met een eigen korte aanbeveling in april 1940 aan het bestuur en de leden aanbood.<sup>18</sup> De aanbevelingen van de commissie, we komen er hierna nog op terug, werden door de NFGV met enkele kanttekeningen overgenomen.<sup>19</sup> Het overzicht dat Lekkerkerker van de geestelijke gezondheidszorg had gemaakt, werd slechts voor kennisgeving aangenomen, waarbij Meijers liet doorschermen er wel de nodige vragen bij te hebben.<sup>20</sup>

Overigens had Lekkerkerker zelf in haar toelichting bij het overzicht op kernachtige wijze het dilemma geschetst waar de NFGV met haar verantwoordelijkheid voor de geestelijke gezondheidszorg voor stond. Nadat ze had betoogd, dat ook andere voorzieningen dan de drie door haar genoemde typen van grote betekenis konden zijn voor de geestelijke volksgezondheid, was haar enig overgebleven argument om toch aan deze drie vast te houden: 'het is nu eenmaal noodzakelijk bepaalde grenzen te trekken op het zo onbepaalde en onbegrensde gebied der geestelijke hygiëne'.<sup>21</sup> Hier werd niet alleen het afbrokkelende fundament van de in 1934 gemaakte keuzen zichtbaar, het argument gaf in al zijn simpelheid ook uitdrukking aan de spanningsverhouding tussen geestelijke volksgezondheid en geestelijke gezondheidszorg, die met principiële argumenten niet oplosbaar was. Theoretische overwegingen vormden slechts één factor naast argumenten van haalbaarheid, zich aandienende mogelijkheden entoevallig aanwezige voorzieningen, die gezamenlijk het Consultatiebureau voor Geestelijke Volksgezondheid als werk-eenheid voor de geestelijke gezondheidszorg tot resultante hadden.

### **c. Verschillen binnen de geestelijke gezondheidszorg: interne differentiatie**

De praktische omlijnning van de geestelijke gezondheidszorg ten behoeve van de Prophylaxefondssubsidie gaf nog niet aan hoe de subsidie daarbinnen over de diverse bureaus verdeeld moest worden. Dat dit geen gemakkelijke opgave zou worden, was al duidelijk geworden uit het gekibbel dat aan de oprichting van de Federatie vooraf was gegaan. Toch was het niet de tegenstelling tussen de volwassenenzorg en de kinderzorg die het beleid bepaalde. Tussen beide bestonden nog wel spanningen, maar ze werden overschaduwd door een andere tegenstelling: de tegenstelling tussen de Medisch Opvoedkundige Bureaus en de overige consultatiebureaus. De Nederlandse Vereniging van MOB's aan de ene kant en de Nationale Federatie Het Wit-Gele Kruis aan de andere kant beheersten dit debat, waarin zij elkaars vermeende voorkeursrechten betwistten op de subsidie voor respectievelijk het Medisch Opvoedkundig Bureau en het Consultatiebureau voor Geestelijke Volksgezondheid.<sup>22</sup>

De kruisvereniging zat hierbij in een comfortabele positie. Met haar consultatiebureaus sloot ze aan bij het toentertijd vertrouwde consultatiebureautype, dat was ingebed in het grotere verband van de provinciale particuliere organisatie, die bovendien als natuurlijke bondgenoot een provinciale overheid achter zich had, die dankzij de bezuinigingsprikkel uitgegroeid was tot de belangrijkste subsidiërende overheid voor het terrein van de geestelijke gezondheidszorg. Daartegenover stond de Nederlandse Vereniging van MOB's, die een concept moest verdedigen dat nergens bij aansloot, waarvoor geen natuurlijke bondgenoten waren en dat de aangesloten bureaus vrijwel geen financieel voordeel bood.

Een poging om, onder verwijzing naar de subsidie die Consultatiebureaus voor Geestelijke Volksgezondheid ontvingen, ook provinciale subsidie voor het Medisch Opvoedkundig Bureau te verwerven, was mede vanwege de absolute weigering van de Nederlandse Vereniging van MOB's om de bij hen aangesloten bureaus te laten meezuigen in de toenmalige hoofdstroom van de provinciale organisatie van de geestelijke gezondheidszorg, op niets uitgelopen.<sup>23</sup>

Toch konden de Medisch Opvoedkundige Bureaus zich niet volledig afwenden van die hoofdstroom. De enige weg die open stond om een substantieel groter deel dan de andere partners uit de Prophylaxefondssubsidie te verwerven was namelijk een indirecte provinciale financiering: de kruisverenigingen kunnen voor hun consultatiebureaus al beschikken over provinciale subsidies voor geestelijke volksgezondheid, de Medisch Opvoedkundige Bureaus niet; geef nu meer Prophylaxefondssubsidie aan de laatste en vang dat op met een groter beroep van de eerste op de provincie – zo was het voorstel van de Nederlandse Vereniging van MOB's.

De Nationale Federatie Het Wit-Gele Kruis was hier echter mordicus tegen.<sup>24</sup> Het gevolg was dat zich in de afgedwongen samenspraak in het kader van de NFGV en verscholen achter allerlei technische uiteenzettingen over de subsidie, een debat over het wezen van de geestelijke gezondheidszorg ontspon.

De vertegenwoordigers van het Medisch Opvoedkundig Bureau verdedigden in dit debat het belang van de gespecialiseerde multidisciplinaire aanpak, óók ten behoeve van de volwassenenzorg, terwijl de kruisvereniging met alle sympathie en morele steun de doorwerking hiervan in de subsidiëring blokkeerde. Een meerderheid van het NFGV-bestuur steunde gaandeweg de voorgestelde uitzonderingspositie van de Medisch Opvoedkundige Bureaus, maar door de portefeuillekwestie te stellen wist de Nationale Federatie Het Wit-Gele Kruis effectivering hiervan te voorkomen.<sup>25</sup> Het gevolg van dit alles was dat in het kader van de NFGV aanvankelijk niet de overeenkomsten, maar de verschillen tussen de onderscheiden typen voorzieningen op het terrein van de geestelijke gezondheidszorg werden geaccentueerd.

Een compromis kon gesloten worden in de vorm van de erkenning van het belang van het Medisch Opvoedkundig Bureau als een gespecialiseerde grootstedelijke voorziening, terwijl het consultatiebureau zijn betekenis voor het platteland en de provincie had. Dit compromis vormde de opstap voor het standpunt dat de NFGV tenslotte innam over de samenhang binnen de geestelijke gezondheidszorg.

#### **d. Samenhang in de geestelijke gezondheidszorg**

Begin 1940 sprak de NFGV zich uit over de wenselijke samenhang binnen de geestelijke gezondheidszorg. Dit gebeurde aan de hand van de aanbevelingen, die de reeds eerder besproken commissie had opgesteld en die door de ledenvergadering met uitzondering van enkele ondergeschikte punten waren overgenomen.<sup>26</sup> Deze aanbevelingen sloten volledig aan bij de inmiddels in enkele provincies tot stand gekomen organisatie van de geestelijke gezondheidszorg. Het advies luidde als volgt.

'1. De geestelijke gezondheidszorg behoort te worden gezien als een organisatorische eenheid.

2. Het is het meest doelmatig de organisatie en coördinatie der geestelijke gezondheidszorg provinciaal te regelen.

3. Dit is het best te bereiken door middel van provinciale commissies voor de geestelijke gezondheidszorg, welke zodanig moeten zijn samengesteld, dat het werk in al zijn geledingen: voorzorg, zorg en nazorg voor volwassenen én kinderen en de grootste godsdienstige groepen er in vertegenwoordigd zijn.



4. De Provinciale Commissie tracht, met hulp van provinciale en andere subsidies, welke haar ter beschikking staan, de geestelijke gezondheidszorg in haar gebied op zo algemeen en doeltreffend mogelijke wijze te ontwikkelen. De provinciale commissie ontvangt en verdeelt de subsidies onder de consultatiebureaus en andere instellingen op haar terrein, welke voldoen aan de door de provinciale commissie gestelde eisen en in het provinciale plan zijn opgenomen.

5. De Nationale Federatie voor de Geestelijke Volksgezondheid tracht deze provinciale ordening te bevorderen:

a. waar een Provinciale Commissie bestaat, die het terrein volledig vertegenwoordigt, het prophylaxefondssubsidie voor de consultatiebureaus en cursussen in deze provincie die uitgaan van of ressorteren onder de ledeninstellingen der Federatie, alleen toe te kennen, voorzover zij in het provinciale plan van deze commissie zijn opgenomen (...).

b. in provincies, waar nog geen of geen volledige Provinciale Commissie bestaat, de oprichting hiervan te bevorderen'.<sup>27</sup>

Hier liet de Federatie het echter niet bij. Ook over de organisatie van de hulpverlening sprak ze zich uit: 'Het verdient aanbeveling de provincie te verdelen in districten, met in elk een of meer consultatiebureaus – met althans afzonderlijke zittingen voor volwassenen en voor kinderen als kernen – met inachtneming van de structuur der bevolking in godsdienstig opzicht en de reeds bestaande psychiatrische en sociale voorzieningen (...) Overigens zou aan de Kruisverenigingen de behartiging van deze tak der geestelijke gezondheidszorg kunnen worden toevertrouwd'.<sup>28</sup>

Alhoewel in verband met de inmiddels ingetreden oorlogsomstandigheden verder niet meer op deze aanbevelingen werd ingegaan,<sup>29</sup> was hierin uiteindelijk dan toch de verbinding tot stand gekomen tussen de landelijke beleidsvoering en de praktijk van de geestelijke gezondheidszorg, zoals die zich in Noord-Brabant, Gelderland en Limburg begon af te tekenen.



## DEEL II

De periode 1940-1952



## 1. Het algemene kader

In het conglomeraat van uitvoerende, besturende, inspecterende en financierende organisaties en instanties van de gezondheidszorg had ook de geestelijke gezondheidszorg zich in de jaren dertig een plaatsje verworven. De gezondheidszorg vormde het algemene kader waarbinnen verschillende werksoorten elk vanuit een eigen achtergrond bij elkaar betrokken raakten in het verband van de geestelijke volksgezondheid. Met twee onopgeloste kwesties in de gezondheidszorg ging Nederland de Tweede Wereldoorlog in. Er was nog steeds geen wettelijke sociale ziektekostenverzekering die de burgers een minimum aan geneeskundige zorg garandeerde, en evenmin was er een doelmatige structuur voor de gezondheidszorg.

Toen Nederland de oorlog uitkwam, bleek de eerste kwestie te zijn opgelost. Over de tweede waren de meningen zo mogelijk nog verdeelder dan daarvoor. Het debat over de ordening van de gezondheidszorg ging verder, in de luwte waarvan zich een praktijk ontwikkelde van een toenemende particuliere werkzaamheid, gesteund door een navenant groeiende overheidssubsidie.

Aan de totstandkoming van dit maatschappelijke decor, waarin de geestelijke gezondheidszorg bleef figureren, wordt in dit hoofdstuk aandacht besteed.

### a. Regeling van het ziekenfondsbestel

Onder druk van de Duitsers werd in 1941 het *Ziekenfondsbesluit* door de secretaris-generaal van het departement van Sociale Zaken afgekondigd. Daarmee werd de wettelijk verplichte ziekenfondsverzekering in Nederland geïntroduceerd. Krachtens dit Ziekenfondsbesluit werden werknemers onder een bepaalde loongrens verplicht tot het deelnemen aan de ziekenfondsverzekering. De verzekerden kregen daarmee recht op verstrekkingen, welke rechten niet langer door de ziekenfondsen, maar door de overheid werden vastgesteld, terwijl ook het toezicht op de ziekenfondsen werd gelegd bij de landelijke overheid.<sup>1</sup>

De vergoeding voor geneeskundige behandeling werd krachtens het Ziekenfondsbesluit belangrijk uitgebreid. Niet alleen hulp door de huisarts en specialisten en de kosten van geneesmiddelen werden vergoed, ook een aantal dagen verpleging in het ziekenhuis werd nu betaald, alsmede een tegemoetkoming in de kosten van de verpleging in een sanatorium voor tuberculoselidiers.<sup>2</sup>

Hoewel er direct na de oorlog sprake van was om het Ziekenfondsbesluit weer buiten werking te stellen, bleek handhaving toch aantrekkelijker. Men voelde er uiteindelijk weinig voor om, nu er dan toch een regeling was gekomen, waarvoor bovendien gebruik was gemaakt van een nog voor de oorlog vervaardigd ontwerp, weer helemaal opnieuw met de discussie hierover te beginnen.

Het besluit werd van enkele Duitse smetten ontdaan en verder ingevoerd. De belangrijkste aanpassing was de overdracht van de taak van de Regeringscommissaris belast met het toezicht op de ziekenfondsen naar een publiekrechtelijk college met verordende bevoegdheden, de Ziekenfondsraad.

Voor het overige werd het Ziekenfondsbesluit gehandhaafd en aangevuld met uitvoeringsbesluiten, beschikkingen en circulaire.<sup>3</sup> In 1964 werd het Ziekenfondsbesluit vervangen door de Ziekenfondswet, die echter nauwelijks méér was dan een bevestiging en codificatie van wat op basis van het Ziekenfondsbesluit was gegroeid.<sup>4</sup>

Met het Ziekenfondsbesluit was op deze wijze niet alleen de grondslag van de wettelijke sociale ziektekostenverzekering in Nederland gelegd, het bepaalde tot op grote hoogte ook de richting waarin de organisatie van de gezondheidszorg zich verder ontwikkelde. Eén structurelement was door het Ziekenfondsbesluit immers een gegeven geworden, de financiering van een belangrijk deel van de gezondheidszorg. De andere elementen werden als het ware hieromheen gebouwd: regulering van de inrichtingsbouw en de prijspolitieke maatregelen in het kader van de sociaal-economische politiek, de wetgeving gericht op de kwaliteit van de zorg en de pseudo-wetgeving via de subsidiebesluiten voor het terrein dat niet door het ziekenfonds gedekt werd. Door het Ziekenfondsbesluit werd de weg naar een ordening van de gezondheidszorg als één geheel, een weg die al de nodige obstakels bevatte, volledig geblokkeerd.

Vooral de scheiding tussen *curatie* en *preventie* die met het Ziekenfondsbesluit was aangebracht, trok een diep spoor in de gezondheidszorg. De ontwikkelingen in de vooroorlogse periode tendeerden weliswaar al naar een dergelijke splitsing, maar de verhouding tussen curatie en preventie lag toen nog enigszins open.

Door het Ziekenfondsbesluit werd definitief gekozen voor een verzekeringsconstructie die alléén gericht was op het opvangen van individuele risico's van kosten verbonden aan de behandeling van ziekten (curatie), en niet voor een stelsel, mede gericht op het voorkomen van ziekten, dan wel het bevorderen van de gezondheid (preventie).

## **b. Het orderingsdebat**

In 1920 begonnen met het idee dat de uitvoering van de gezondheidszorg primair een gemeentelijke aangelegenheid diende te zijn, ontstond al gauw het besef dat een gemengde verantwoordelijkheid van gemeente en particuliere organisaties aantrekkelijker was. Deze gemengde verantwoordelijkheid kreeg men in de jaren twintig en dertig echter niet in balans, omdat er een langzame, maar continue verschuiving optrad: eerst pure overheidszorg, dan medeverantwoordelijkheid van de particuliere sector, vervolgens gelijkwaardigheid van beide sectoren en tenslotte zelfs een claim op het primaat van de particuliere sector. Het orderingsdebat speelde zich tussen deze twee uitersten af.

Afgezien van een enkele propagandist van het primaat van de overheid in de organisatie van de gezondheidszorg<sup>5</sup> werd er sinds het rapport dat de Commissie Eykel in 1939 had geschreven, vooral voortgeborduurd op de voorstellen die uitgingen van

een combinatie van overheid en particuliere sector.<sup>6</sup> Daarbij werd de zaak nog verder gecompliceerd, omdat er niet alleen een oplossing moest worden gevonden voor evenwicht in deze combinatie, maar ook voor de levensbeschouwelijke differentiatie binnen het particuliere veld als gevolg van de verzuiling die steeds verder in de gezondheidszorg begon door te dringen. Afgaande op de grote bedrijvigheid in die kring leefde deze behoefte aan verzuiling met name bij de katholieke organisaties. Al in 1940 bracht een commissie van de katholieke Artsenvereniging onder voorzitterschap van J.A.J. Barnhoorn, sinds 1929 geneesheer-directeur van de psychiatrische inrichting Sint Willibrord te Heiloo, een rapport uit met voorstellen voor een corporatieve organisatie van de gezondheidszorg, waarbij de gebundelde particuliere organisaties met publiekrechtelijke bevoegdheden bekleed zouden worden, terwijl de taak van de overheid beperkt zou blijven tot een toezichthoudende.<sup>7</sup> Een jaar later kwam Mol, inmiddels bijna doorgedrongen tot het voorzitterschap van de Provinciale Noord-Brabantse Bond Het Wit-Gele Kruis,<sup>8</sup> met een uiteenzetting over de ordening van de gezondheidszorg, geënt op zijn ervaringen in Noord-Brabant.<sup>9</sup> Dit plan werkte hij direct na de oorlog verder uit.<sup>10</sup>

Tegenover deze voorstellen, die steeds verder wegdreven van een ordening via districtsgezondheidsdiensten onder overheidsregie, stond een plan dat door de regering in ballingschap in Londen was voorbereid en dat weer volledig hiernaartoe terugkeerde. Geïnspireerd door de ideeën van William Beveridge, op basis waarvan de Engelse National Health Service werd opgebouwd, werd direct na de bevrijding het plan gelanceerd om het land in 16 à 18 districten in te delen, waarin de gezondheidszorg uitgevoerd zou worden door of onder leiding van districtsgezondheidsdiensten. Dit zouden bij voorkeur overheidsdiensten moeten zijn. De financiering zou dienen te geschieden door middel van een algemene volksverzekering voor geneeskundige voorzieningen.<sup>11</sup> Het voorstel kreeg echter, ondanks de hervormingsgerichte sfeer direct na de oorlog, geen warm onthaal. De constructie van de overheidsdiensten waarin de gehele gezondheidszorg – preventie zowel als curatie – ondergebracht zou worden, het idee van een volksverzekering terwijl er nu net een regeling voor het ziekenfondsstelsel was, en het vrijwel volledig terzijde schuiven van particuliere organisaties, riepen felle reacties op. Particuliere organisaties en medische beroepsbeoefenaren zezen het plan als 'on-Nederlands' van de hand,<sup>12</sup> een oordeel dat werd gedeeld door de sociaal-democratische afgevaardigden in de Tweede Kamer en het gezamenlijke bedrijfsleven in de Stichting van de Arbeid.<sup>13</sup>

De noodzaak tot ordening van de gezondheidszorg was hiermee uiteraard niet verdwenen en men viel daarom terug op het bekende recept. Door de sociaal-democratische minister van Sociale Zaken, W. Drees, werd in 1945 een commissie ingesteld om over de coördinatie van de gezondheidszorg van advies te dienen. Deze *Centrale Commissie voor de Volksgezondheid* (verder: de Centrale Commissie) was daartoe gemengd samengesteld uit vertegenwoordigers van particuliere organisaties, waaronder de Nationale Federatie voor de Geestelijke Volksgezondheid, de gemeentelijke en centrale overheid, het ziekenfondswezen en onafhankelijke deskundigen.<sup>14</sup> In grote beslotenheid probeerde de Centrale Commissie uit het orderingsvraagstuk te komen. Daarvoor werd de tijd genomen; men kwam pas in 1948 naar buiten met een voorontwerp van een wet, dat bovendien alleen nog maar vertrouwelijk aan enkele betrokkenen werd voorgelegd.<sup>15</sup>

Buiten de Centrale Commissie woedde het orderingsdebat echter onverminderd voort.<sup>16</sup> Twee bijdragen sprongen daaruit naar voren: een poging in 1946 van de geneeskundig hoofdinspecteur om de tegenstellingen tussen voorstanders van overheidsuitvoering en voorstanders van het particulier initiatief te overbruggen, en een rapport dat vanuit katholieke hoek in 1950 werd gepubliceerd met een pleidooi om het primaat van de particuliere sector wettelijk te verankeren.

Samen met het plan uit 1945 van de regering in ballingschap vormden zij een drieluik waarin de gang van het debat goed wordt weerspiegeld.<sup>17</sup> Nog even was teruggegrepen naar het primaat van de overheid (1945), vervolgens werd gezocht naar het evenwicht tussen overheid en particuliere sector (1946), om tenslotte bij het primaat van de laatste terecht te komen (1950). De geestelijke gezondheidszorg figureerde niet slecht in alle drie deze voorstellen, zoals uit het navolgende nog zal blijken. Deze voorstellen inspireerden ook tot het ontwerpen van specifieke plannen voor de geestelijke gezondheidszorg.

Vooraf de poging van de hoofdinspecteur in 1946 en de katholieke bijdrage in 1950 vormden hierbij een belangrijke leidraad, voldoende reden om allereerst aan deze initiatieven aandacht te besteden.

### c. Overheid en particuliere sector: een poging tot verzoening

In het voetspoor van zijn voorganger Eykel, die hij in 1939 als geneeskundig hoofdinspecteur was opgevolgd, formeerde C. Banning in 1946 een gemengde commissie (verder: de Commissie Banning). Hij probeerde hiermee niet alleen een brug te slaan tussen overheid en particuliere organisaties, maar ook tussen de particuliere organisaties onderling. De particuliere sector was inmiddels namelijk uitgegroeid tot niet minder dan een chaos. Als de particuliere organisaties dan zo nodig een prominente rol wilden spelen naast de overheid, dienden ze zich onderling ook doelmatig te groeperen, aldus de gedachtengang in de opdracht waarmee men aan de slag ging.<sup>18</sup> De commissie beperkte zich, evenmin overigens als de andere deelnemers aan het orderingsdebat, niet tot het uitvoerend niveau van de gezondheidszorg. Voorstellen werden ontwikkeld voor een aparte maatschappelijke *kolom van de gezondheidszorg*, dat wil zeggen voor het bestuur en de leiding op landelijk niveau, het provinciale of regionale niveau en het daaronder liggende niveau van de uitvoering van de zorg.

Die kolom steunde in de voorstellen die de Commissie Banning in 1946 naar buiten bracht, nog wel volledig op de gezondheidsdiensten. Voorgesteld werd om Districtsgezondheidsdiensten in het leven te roepen – in totaal zo'n 20 – onder leiding van een door de rijksoverheid te benoemen directeur. Daarnaast zouden er even zoveel Districtsraden voor de Volksgezondheid moeten komen waarin dan de particuliere organisaties, in het bijzonder kruisverenigingen, en de gemeentelijke overheid samenkamen.

De invloed van de Districtsraad op de Districtsgezondheidsdienst was geregeld door het voordrachtrecht dat aan deze raad was toegekend voor de benoeming van de directeur van de dienst, maar de leiding van de gezondheidsdienst zou in handen dienen te liggen van een centrale overheidsdienst, te formeren uit een samenvoeging



van de bestaande departementale beleidsafdelingen en het inspectieapparaat. Bij de opstelling van richtlijnen, plannen e.d. zou de centrale dienst moeten samenwerken met een in te stellen Centrale Raad voor de Volksgezondheid, een overleg- en adviesorgaan waarin de landelijke toppen van het particulier initiatief, de organisaties van beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg en de gemeentelijke overheden elkaar zouden kunnen treffen.<sup>19</sup>

Alleen de niet op confessionele basis opgezette beroepsorganisatie van de medische stand, de latere Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering van de Geneeskunst, zag wat in het plan van de commissie,<sup>20</sup> maar verder was niemand er gelukkig mee.

Doorslaggevend was dat de voorstellen niet beantwoordden aan de zich steeds duidelijker manifesterende behoefte van de levensbeschouwelijk georiënteerde organisaties, de katholieke voorop, om een dominante rol zowel in de uitvoering als in de leiding van de gezondheidszorg te spelen.<sup>21</sup> Het compromis van de Commissie Banning werd van de hand gewezen, ondanks het feit dat Mol en De Vreeze eraan hadden meegewerkt.<sup>22</sup>

De afwijzing was het gevolg van het steeds meer doordringende besef dat de verzuilde ordening van de gezondheidszorg, waarvoor vooral van katholieke zijde krachtig gestreden werd, niet in een districtsstelsel te realiseren was. Denkbaar was nog wel een inbreng van de gezamenlijke particuliere organisaties in de districtsgezondheidsdiensten, maar niet van de in zuilen verdeelde particuliere sector. Om deze reden diende in de opvatting van de confessionele organisaties het idee van de districtsgezondheidsdienst dus te verdwijnen. Daarop richtten zich de pijlen van met name het katholieke Wit-Gele Kruis.

#### **d. Voorrang voor het verzuilde particulier initiatief: het katholieke offensief**

Al snel na de oorlog was duidelijk geworden dat een gezondheidszorg onder volledige overheidsregie in Nederland geen kans maakte. De Duitse bezetting was er niet in geslaagd om de reeds voor de oorlog in gang gezette verschuiving in de verhouding tussen overheid en particulier initiatief in de gezondheidszorg om te buigen. Evenmin lukte het de in 1945 naar buiten tredende hervormingsbewegingen als de Nederlandse Volksbeweging en de katholieke doorbraakbeweging om de verzuiling een halt toe te roepen. De Tweede Wereldoorlog was, ondanks alles, te zeer een losstaande periode geweest om in het grondpatroon van de Nederlandse samenleving verandering teweeg te brengen.

De verzuiling nestelde zich definitief in de gezondheidszorg, vooral dankzij de inspanningen van de katholieke organisaties die zelf hun *démarches* steeds nadrukkelijker verantwoordden met een verwijzing naar een in te halen achterstand.<sup>23</sup>

De naoorlogse dreiging van overheidsregie was in 1947-1948 dan wel afgewend, een formele erkenning van de positie van het verzuilde particulier initiatief in de gezondheidszorg was er nog steeds niet. Dit was een dankbaar actiepoint voor het verzuilde emancipatorische elan in katholieke kring. In publikaties,<sup>24</sup> op congressen<sup>25</sup> voor het politieke forum van de Tweede Kamer<sup>26</sup> stelden katholieke voorlieden zich de retorische vraag wat een betere uitdrukking van de maatschappelijke erkenning van de

waarde van het verzuilde particulier initiatief kon zijn dan een wettelijke regeling waarin dat verankerd was.

Het naar buiten treden van de Centrale Commissie in 1948 met haar voorontwerp van wet, waarin nog steeds werd uitgegaan van districtsgezondheidsdiensten als punt van samenkomst van overheid en particuliere sector, was het aangrijpingspunt voor een katholiek antwoord.<sup>27</sup> Door de Nationale Federatie Het Wit-Gele Kruis werd hiervoor het *Katholieke Centrum voor Staatskundige Vorming* ingeschakeld, een orgaan dat in 1945 was opgericht als dam tegen de doorbraakbeweging van progressieve krachten in de eigen katholieke kring.<sup>28</sup>

In 1950 verscheen het rapport van een commissie ingesteld door het Katholieke Centrum voor Staatskundige Vorming, getiteld *Grondslagen voor een wettelijke regeling van de gezondheidszorg*. Het was inderdaad een hoogtepunt in het streven naar erkenning van de verzuilde ordening van de gezondheidszorg. De grondslagen van de corporatistische maatschappijopvatting werden nog eens samengevat als uitgangspunten voor de relaties tussen de particuliere organisatie en de overheid op het terrein van de gezondheidszorg: de samenleving is een gemeenschap waarin 'het individu, het gezin, de vrije gemeenschappen en de staat – die allen deel uitmaken van de naar Gods bestel gegeven maatschappelijke ordening – ieder voor zich een specifiek bepaalde functie hebben. Tussen deze delen bestaat een bepaalde verhouding, die niet een rangorde, maar een functieverdeling inhoudt'.<sup>29</sup>

Het particulier initiatief, in het rapport de 'vrije gemeenschappen' genoemd, werd als een niet ter discussie staand gegeven in deze natuurlijke orde aangemerkt met een, aan de levensbeschouwing ontleende, meerwaarde boven de overheidsinbreng. De organisaties van het particulier initiatief werden gezien als een natuurlijk onderdeel van de gemeenschap, geplaatst tussen het individu en het gezin enerzijds en de overheid anderzijds.<sup>30</sup>

Waar de Commissie Banning nog uitging van een natuurlijke samenhang van gemeentelijke overheid en particuliere sector, beide door hun nabijheid tot de bevolking tegenover de landelijke overheid staande, werd op basis van het corporatistische uitgangspunt nu de indeling verdedigd: particuliere sector versus het totaal van rijksoverheid, provinciale én gemeentelijke overheid. Deze overheid had, aldus het rapport, in beginsel alleen een wetgevende, verordenende, stimulerende, ondersteunende, toezichthoudende, maar géén uitvoerende functie te vervullen. Als logische en uiterste consequentie van deze benadering werd de overheveling van de uitvoerende gemeentelijke overheidsdiensten op het terrein van de volksgezondheid inclusief de daarbij behorende financiën naar de particuliere sector bepleit.<sup>31</sup>

De beschouwingen in het rapport mondden uit in het voorstel om te komen tot een Gezondheidswet waarin zonder terughoudendheid het primaat van het particulier initiatief zou worden erkend: 'Wil de wetgeving (...) bevrediging vinden dan moet zij een standpunt durven bepalen en niet streven naar een compromis (...). De Commissie meent dat de maatschappelijke organisaties, gezien haar staat van dienst en haar verankering in het volksleven, van de wetgever vertrouwen mogen vragen. Zij kunnen nog veel meer doen, dan zij deden, mits zij daartoe in staat gesteld worden'.<sup>32</sup>

In de bepleite wet zou derhalve vastgelegd moeten worden, dat bij de uitvoering van de zorg het particulier initiatief de voorrang zou genieten, waarbij de aanspraken op publieke middelen moesten worden erkend.<sup>33</sup>

Wat betreft de leiding van de werkzaamheden op dit terrein werd tenslotte voorgesteld om niet alleen een Centrale Raad voor de Volksgezondheid, maar ook Provinciale Raden voor de Volksgezondheid van en voor het particulier initiatief in te stellen.<sup>34</sup> Deze raden zouden uitsluitend het bevorderen van overleg en samenwerking tussen de particuliere organisaties onderling en de advisering van de overheid tot taak moeten hebben. De overheid werd ook hieruit geweerd. Vertegenwoordigers uit het ambtelijk apparaat zouden alleen als waarnemers of adviseurs aan deze raden mogen deelnemen. Een gemengd orgaan waarin overheid en particuliere organisaties op voet van gelijkheid zouden samenwerken, werd afgewezen, niet zozeer vanwege een staatsrechtelijk onjuist geachte vermenging van verantwoordelijkheden, maar vooral vanwege de weerstanden tegen overheidsinmenging in wat als de eigen particuliere sfeer werd gezien. Een dergelijke invloed zou ook de positieve werking van de raad kunnen aantasten, zo werd betoogd. Naarmate de betrokken instellingen de raden meer zouden kunnen zien als hun eigen vertrouwensorganen, zouden ze zich immers ook met meer overtuiging aan de leiding daarvan houden, aldus de redenering in het rapport.<sup>35</sup> Via een achterdeur probeerde men bovendien ook een publiekrechtelijke sturingsfunctie voor de raden naar binnen te smokkelen. Voorgesteld werd namelijk dat de overheid aan de subsidiëring van instellingen een erkenning door de raden zou verbinden. Zonder formele bevoegdheden zouden deze laatste dan toch een sturende functie in de inrichting van de gezondheidszorg kunnen spelen, aldus de gedachten-gang.<sup>36</sup>

De voorgestelde functie in de financiering kon des te gemakkelijker verdedigd worden, omdat via het Ziekenfondsbesluit het veld inmiddels verkaveld was; een verkaveling die door de katholieke organisaties allerm minst werd betreurd, zelfs niet de uitsluiting van het ziekenfonds als mogelijke financieringsbron voor het kruiswerk en andere onderdelen van de maatschappelijke gezondheidszorg.

Na een mislukte poging voor de oorlog om zich meester te maken van het katholieke ziekenfondswezen<sup>37</sup> gebruikte het Wit-Gele Kruis nu de tweedeling tussen curatie en preventie om de eigen positie in het veld van de gezondheidszorg te profileren en te verstevigen. De curatie was het terrein van de gespecialiseerde gezondheidszorg, dat onderworpen was aan de strakke regelingen van het ziekenfondsbestel. De kruisverenigingen konden daarnaast de preventie claimen, waar ze zich niets gelegen hoefden te laten liggen aan deze regulering. Ze waren hier baas in eigen huis, waarvan ze de inrichting in samenspraak met de subsidiërende overheid konden bepalen.<sup>38</sup>

Zo was de cirkel gesloten. De overheid was grotendeels de gezondheidszorg uit gewerkt en binnen de gezondheidszorg waren de medische behandelingen en (poli-) klinische voorzieningen zodanig apart gezet, dat er tenslotte bijna vanzelf een groot gebied overbleef waar de kruisverenigingen en aanverwante organisaties het voor het zeggen hadden.

#### **e. De berg baart een muis: ontknoping van het orderingsdebat**

Het rapport van het Katholiek Centrum voor Staatskundige Vorming verscheen in 1950, hetzelfde jaar waarin ook de Centrale Commissie voor de Volksgezondheid haar laatste voorontwerp van wet aan het departement van Sociale Zaken aanbood.<sup>39</sup>

Met hun rapport hadden de katholieke organisaties zich als het ware gewapend voor het verdere debat over de organisatie van de gezondheidszorg, een debat dat zich, zoveel was wel duidelijk, langzaam naar een afronding bewoog. In het debat, dat sinds de jaren twintig gevoerd werd en waarin steeds opnieuw werd gezocht naar een modus voor het samengaan van overheid en particuliere organisaties, werd door dit rapport een uiterste positie ingenomen. Wat bepleit werd, was een stelsel met vrijwel autonoom werkende particuliere organisaties, binnen een daarop afgestemd wettelijk en financieel kader.

Deze extreme positie moest in de daaropvolgende jaren weliswaar op onderdelen worden prijsgegeven, maar toch bevatte hij alle ingrediënten die op het verdere verloop van het debat en het sluitstuk daarvan – de Gezondheidswet van 1956 – een beslissend stempel drukten. De vermaledijde Districtsgezondheidsdiensten waren, ook al vanwege staatsrechtelijke complicaties, afgevoerd, terwijl het verder alleen nog ging over de instelling van een Centrale Raad voor de Volksgezondheid met adviserende, stimulerende, coördinerende maar géén uitvoerende bevoegdheden.<sup>40</sup> Zoekend naar een compromis was men als het ware steeds een stapje hoger in de kolom van de gezondheidszorg opgeschoven en uiteindelijk weer uitgekomen bij de klassieke organisatiestructuur van de verzuilde samenleving: samenwerking aan de top en gescheiden uitvoering aan de basis. Overheidsrichtlijnen voor de organisatie van die uitvoering werden niet meer gegeven.

Het in 1953 ingediende wetsontwerp handelde vrijwel alleen nog over de raden. Het zorgde in de daarop volgende drie jaar durende parlementaire behandeling nog voor voldoende gespreksstof over de taak en samenstelling van de raden. Ondanks de pleidooien van Mol, die inmiddels als lid van de Katholieke Volkspartij tot de Tweede Kamer was doorgedrongen, moest alleen de claim op het particuliere monopolie in de samenstelling worden prijsgegeven.<sup>41</sup> De Gezondheidswet die in 1956 tot stand kwam, leverde een *Centrale Raad voor de Volksgezondheid* en *Provinciale Raden voor de Volksgezondheid* op.<sup>42</sup>

Voor degenen die een heldere en doelmatige structuur nastreefden, was dit een crime,<sup>43</sup> voor de vertegenwoordigers van het verzuilde particuliere initiatief viel ermee te leven, ondanks het feit dat de door hen zo begeerde wettelijke erkenning was uitgebleven. De inmiddels gegroeide praktijk bood hun voldoende kansen om hun doelstellingen te realiseren. Een wettelijke ordening was hiervoor uiteindelijk niet meer nodig.

## **f. De gesubsidieerde particuliere werkzaamheid**

### *1. Centraliserende krachten*

In de luwte van al het getwist over de ordening van de gezondheidszorg ging de praktijk door op de reeds voor de oorlog ingeslagen weg. Naast de (inter-)gemeentelijke diensten kreeg de particuliere sector een steeds belangrijker maatschappelijke verantwoordelijkheid toebedeeld bij de groeiende vraag naar gezondheidszorg. De uitdrukking hiervan vormde de overheidssubsidie, niet meer als tijdelijke steun, maar als duurzame financieringsbron.

Alle drie de overheidsniveaus – gemeenten, provincies en Rijk – werden gemobiliseerd als onderling complementaire financiers van het uitdijende geheel van activiteiten en voorzieningen in de particuliere sfeer. Ten gevolge van de staatsrechtelijke verhoudingen en van het beroep op met name de rijksoverheid om garant te staan voor de gezondheidszorg van haar burgers, groeide het Rijk na de oorlog snel uit tot verreweg de belangrijkste subsidiënt. Dit sloot aan op de centraliserende tendensen in de particuliere sector als effect van de verzuiling, en dat bevestigde op zijn beurt weer de positie van het Rijk als natuurlijke bondgenoot: overheden zochten partners op hun niveau om over de financieringsvoorwaarden te kunnen overleggen, terwijl de particuliere organisaties er alle belang bij hadden om zo nauw mogelijk betrokken te zijn bij het beleid dat met behulp van de subsidie gevoerd werd; dit dwarde het overleg naar boven.

Van de ruim 20 miljoen gulden aan subsidies voor de gezondheidszorg in 1953 nam het Rijk bijvoorbeeld al 58% voor zijn rekening, de gemeenten 31% en de provincies 11%. Deze verhouding verschoof daarna nog meer in de richting van het Rijk.<sup>44</sup>

## *2. Het Praeventiefonds*

Naast het Rijk manifesteerde zich sinds 1 september 1950 nog een andere belangrijke landelijk subsidiënt in de gezondheidszorg: het Praeventiefonds, dat in de plaats kwam van het Prophylaxefonds. Het nieuwe fonds werd niet meer gevoed uit de Ziektewet zoals zijn voorganger, maar uit de ziekenfondskas. In 1950 werd al meteen een bedrag van 4 miljoen gulden uit het vereveningsfonds van de ziekenfondsverzekering (later werd dit het Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten) in het Praeventiefonds gestort, ten behoeve van 'het nemen of bevorderen van maatregelen welke strekken om ziekte te voorkomen of de gezondheid te bevorderen'.<sup>45</sup> Niet alleen werd op deze wijze een deel van de ziekenfondspremie alsnog aangewend voor preventie, de wijze waarop dit gebeurde vormde nog eens een bevestiging van de splitsing die met het Ziekenfondsbesluit was aangebracht.

De Wet op het Praeventiefonds hief de splitsing tussen curatie en preventie immers niet op. Deze wet betekende niet anders dan een definitieve erkenning dat preventie in de hoofdverzekering niet thuishoorde. Dit had Mol al in 1948 duidelijk gemaakt door voor te stellen om uit de ziekenfondskas een landelijk fonds te vormen waaruit, vergelijkbaar met het Prophylaxefonds, bedragen aan de landelijke kruisverenigingen beschikbaar gesteld zouden worden die ze vervolgens naar eigen goeddunken zouden kunnen aanwenden.<sup>46</sup> Zo zou nog een graantje van de premie-inkomsten meegepikt kunnen worden door de kruisverenigingen en aanverwante organisaties. In de Memorie van Toelichting op het wetsontwerp voor het Praeventiefonds werd dit als volgt aangegeven: het is de taak van de ziekenfondsen om het verlenen van een zo goed mogelijke curatieve zorg aan een zeer grote groep van de bevolking mogelijk te maken. Degenen, aan wier belangstelling en werkzaamheid de behartiging van gezondheidsbelangen door middel van de ziekenfondsvereniging is toevertrouwd, zijn zich echter gaan afvragen, of het niet gewenst is dat ook van de zijden van het ziekenfondswezen steun wordt verleend aan instellingen, welke zich het nemen van preventieve geneeskundige maatregelen ten doel stellen.<sup>47</sup>

Het antwoord was bevestigend, mede op grond van de onvermijdelijke financiële

overwegingen: het op deze wijze bevorderen van de gezondheidstoestand zou op den duur de uitgaven voor curatieve doeleinden kunnen verminderen.<sup>48</sup>

Al was het bestuur van het Praeventiefonds dan geen rijksoverheid in strikte zin, het functioneerde de facto wel als zodanig. Het was, evenals het Prophylaxefonds en later de Ziekenfondsraad, bekleed met publiekrechtelijke bevoegdheden, terwijl er een sterke personele binding tussen bestuur en Rijk bestond: de geneeskundig hoofdinspecteur werd in 1950 door de minister van Sociale Zaken benoemd als voorzitter, terwijl de directeur-generaal en de geneeskundig inspecteurs eveneens lid van het bestuur waren.<sup>49</sup>

Evenals het Rijk fungeerde het Praeventiefonds niet alleen als startsubsiënt. Het legde zich aanvankelijk vooral toe op het steunen van particuliere voorzieningen, die (nog) niet door het Rijk werden gesubsidieerd, maar al snel werd het fonds vooral een complementaire financieringsbron, die gebruikt werd om fluctuaties in de begrotingsruimte van het Rijk op te vangen.<sup>50</sup>

### *3. Een basis voor beleid*

Met de (financiële) groei van de gezondheidszorg raakten overheid en particuliere sector, alle discussies hierover ten spijt, steeds meer met elkaar verknoopt. Het oude model van overdracht van overheidsmiddelen aan de particuliere organisaties ter aanwending naar eigen inzicht moest worden verlaten. Daarvoor in de plaats ontstond er een rechtstreekse band tussen gesubsidieerde instellingen en subsidiërende overheid, die over de subsidievoorwaarden overleg pleegde met de overkoepelende particuliere organisaties. Daarmee werd een tussenweg bewandeld tussen enerzijds het oorspronkelijke principe van het ultimum remedium en anderzijds de overname door de overheid van de particuliere werkzaamheid.

Voor al in de landelijke subsidieregelingen is deze tussenweg aan te treffen: géén subsidie voor de volle honderd procent, maar voor een lager, maar dan wel betrekkelijk vast percentage. Voor de instellingen leverde dit zowel grotere zekerheid als niet al te grote afhankelijkheid van de overheid op. Voor de overheid schiep het de mogelijkheid om aan de uitkering voorwaarden te verbinden inzake de opzet, de kwaliteit van de zorg (opleidingseisen), de organisatie (toegankelijkheid), de medefinanciering door anderen (koppelsubsidies) e.d. De particuliere organisaties hoefden geen annexatie door de overheid te duchten, terwijl deze laatste toch een zekere mate van zeggenschap kon krijgen over het werk waarvoor zij zich via de subsidie mede aansprakelijk stelde.<sup>51</sup>

De overheid kon op deze basis een beïnvloedingsbeleid voeren, zonder daar zelf een organisatie voor op te hoeven bouwen. Wat de afzonderlijke instellingen door de subsidievoorwaarden aan beleidsvrijheid moesten inleveren, konden ze terughalen in het gezamenlijk overleg dat met de financier over die voorwaarden gevoerd werd. Deze beleidsstructuur werd na de oorlog in snel tempo ingevoerd; de veranderingen bestonden sindsdien voornamelijk in het langzaam maar zeker inkrimpen van de vrijheid van de particuliere werkzaamheid door de steeds stringenter voorwaarden die bij de financiering werden gesteld.<sup>52</sup>

## 2. Het specifieke kader

De beweging voor geestelijke gezondheid had begin jaren dertig haar neerslag in de algemene Nederlandse Vereniging voor Geestelijke Volksgezondheid en de drie levenbeschouwelijk georiënteerde verenigingen, terwijl een bedrag uit het Prophylaxefonds was vrijgemaakt, met de verdeling waarvan de Nationale Federatie voor de Geestelijke Volksgezondheid was belast.

In deze gremia werden de inzichten van de beweging voor de geestelijke volksgezondheid bestudeerd, verwerkt en doorgegeven. Het grote publiek werd geïnformeerd door voordrachten en publikaties, kruisorganisaties werden opgeroepen om specifieke voorzieningen voor geestelijke volksgezondheid te treffen en overheden opgeroepen om hiervoor geld beschikbaar te stellen.

Dit institutionele samenspel bleek in de loop van de jaren dertig steeds duidelijkere tekortkomingen te vertonen. Dit gold met name voor de NFGV. Statutaire mogelijkheden om de samenwerking in de geestelijke gezondheidszorg te bevorderen waren er genoeg, maar die werden, op de verdeling van de subsidie na, nauwelijks benut. De meeste partners in de Federatie, de katholieke organisaties voorop, hadden geen enkele behoefte aan een krachtige Federatie: 'de Federatie is er niet om verenigingen principieel tot elkaar te brengen', zo boorde monseigneur C.F. Verhoeven, gedekt door het statutaire vetorecht op beslissingen van de Federatie, namens de katholieke organisaties een ontluikend optimisme bij de secretaris de grond in.<sup>1</sup>

E. Lekkerkerker was hier met haar ordeningspogingen al in 1935 op vastgelopen, maar bleef desondanks ijveren voor meer ruimte voor een eigen Federatiebeleid. Zij trof hierbij de in 1934 nieuw aangetreden directeur-generaal van de Volksgezondheid, de econoom C. van den Berg aan haar zijde.<sup>2</sup> Daarnaast speelde ook de kritiek van Bouman haar in de kaart. Bouman had met zijn inbreng in de voorbereidende besprekingen voor de Federatie weliswaar het pad daar naartoe geëffend, maar over het resultaat was hij nauwelijks te spreken. Zijn ideaal van een de gehele geestelijke volksgezondheid in al haar facetten omvattende vereniging was in de beperkte taak- en samenstelling van de Federatie bij lange na niet gerealiseerd.

De oorlogsjaren boden deze drie – Lekkerkerker, Van den Berg en Bouman – een unieke gelegenheid om de Federatie naar hun inzichten te reorganiseren, een kans die zij met beide handen aangrepen. Dit leidde na de oorlog ook weer tot nieuwe activiteiten in katholieke kring, hetgeen resulteerde in een reorganisatie van de Charitatieve Vereniging. Direct na de oorlog werd bovendien de financiële afzijdigheid van de rijksoverheid op het terrein van de geestelijke volksgezondheid opgeheven, terwijl tenslotte het Praeventiefonds in 1950 meteen met een fors bedrag voor de geestelijke gezondheidszorg over de brug kwam.

In dit hoofdstuk worden deze veranderingen in het specifieke kader van de geestelijke volksgezondheid onder de loep genomen.

## **a. Van ideaal naar institutie: de reorganisatie van de Nationale Federatie voor de Geestelijke Volksgezondheid**

### *1. Het voorspel*

De Nederlandse Vereniging voor Geestelijke Volksgezondheid was weliswaar lid van de NFGV, maar Bouman zelf had de grootste moeite met de beperking van de reikwijdte van de geestelijke volksgezondheid tot het terrein van de consultatiebureaus en de beperkte taakstelling van het verdelen van de Prophylaxefondssubsidie. Als werkterrein diende zijns inziens het hele gebied te gelden, zoals dat door de Nederlandse Vereniging voor Geestelijke Volksgezondheid bestreken werd. Dat werkterrein zou bovendien ook informierend, opiniërend en innoverend bediend moeten worden, zo vond hij. Er bleef volgens Bouman derhalve behoefte bestaan aan een krachtige, dit gehele gebied omvattende landelijke organisatie, die geëquipeerd zou zijn om informatie, ondersteuning en advies te leveren op basis van de nieuwste wetenschappelijke inzichten.

Bouman greep de tekortkomingen van de NFGV aan om wederom te proberen via zijn Nederlandse Vereniging voor Geestelijke Volksgezondheid tot een bundeling van krachten te komen. In een vergadering van het bestuur van de Nederlandse Vereniging in augustus 1940 werd deze zaak besproken, maar alweer bleek dat realisering van het ideaal van Bouman weinig kans zou maken, en wel om dezelfde redenen als waarom dat tien jaar eerder ook niet was gelukt: in de gegroeide Nederlandse verhoudingen, met de belangrijke positie van het verzuilde particulier initiatief, was geen plaats voor een centrale organisatie alleen op basis van deskundigheid.<sup>3</sup>

Boumans actie had echter wel tot gevolg dat men zich in de NFGV serieus ging beraaden over de opheffing van de eerder gesignaleerde tekortkomingen van de Federatie. De basis hiervoor was al gelegd in de brede statutaire taakstelling die de NFGV in 1934 had meegekregen, maar die toen niet ten uitvoer was gebracht. Daar stond men in 1940 meer open voor, getuige de conclusie van de vergadering van afgevaardigden in november 1940:

- het werkterrein van de NFGV is te zeer beperkt tot instellingen en werkzaamheden, die in aanmerking komen voor subsidie uit het Prophylaxefonds;
- in het bestuur zit te weinig deskundigheid en te veel vertegenwoordiging op levensbeschouwelijke basis;
- de NFGV kan mede daardoor niet functioneren als gezaghebbend adviesorgaan aan de overheid.<sup>4</sup>

Nog in diezelfde vergadering werd besloten om als eerste stap op weg naar een hervorming van de Federatie het bestuur uit te breiden met een tweetal psychiatrisch deskundigen, Bouman en de katholieke psychiater Carp, terwijl de directeur-generaal van de Volksgezondheid het voorzitterschap op zich nam. Zo werd in één klap zowel de deskundigheid van de Federatie vergroot als de band met de overheid nauwer aangehaald.<sup>5</sup>

Met zijn toetreding tot het bestuur legde Bouman, na 15 jaar vruchteloos pogen om de Nederlandse Vereniging voor Geestelijke Volksgezondheid een leidende rol te doen spelen, zich definitief neer bij het kennelijke gegeven van de Nederlandse verzuilde verhoudingen. Dat deed hij echter niet dan nadat hij zich verzekerd had van de



instemming van de andere bestuursleden met een grondige reorganisatie van de NFGV. Hij ontpopte zich als de drijvende kracht achter de daaropvolgende ombouw van de Federatie, vanaf 1940 als bestuurslid en sinds 1942 zelfs als voorzitter.<sup>6</sup> Daarmee was de rol van de Nederlandse Vereniging voor Geestelijke Volksgezondheid definitief uitgespeeld.<sup>7</sup>

## *2. De heimelijke voorbereiding in de Kleine Commissie*

In dezelfde vergadering van afgevaardigden van de NFGV waarin tot een uitbreiding van het bestuur was besloten, werd meteen een commissie ingesteld die met voorstellen moest komen voor de oplossing van wat als het belangrijkste knelpunt werd gezien: de te geringe functie die de Federatie voor het terrein der geestelijke volksgezondheid vervulde.<sup>8</sup> Het voorstel waar de commissie mee kwam – begin met congressen te organiseren – werd door het bestuur overgenomen,<sup>9</sup> maar in verband met de pogingen van de Duitsers om greep te krijgen op de NFGV werden de verdere besprekingen over een reorganisatie van de NFGV van de agenda afgevoerd en daarbuiten vervolgens weer voortgezet door de zogenaamde Kleine Commissie.

Bestuur en afgevaardigden van de NFGV kwamen gedurende de verdere oorlogsjaren overigens nog wel enkele malen bij elkaar voor de verdeling van het jaarlijks steeds kleiner wordende bedrag uit het Prophylaxefonds, dat ten behoeve van de geestelijke volksgezondheid werd verstrekt.<sup>10</sup>

Als Kleine Commissie hadden zichzelf in november 1943 geïnstalleerd: Van den Berg als voorzitter, Lekkerkerker als secretaris en Bouman als gewoon lid. Daarnaast namen gedurende de eerste maanden ook twee andere bestuursleden aan de besprekingen deel: A. Hutter, de psychiater-directeur van de Christelijke Sanatoria te Zeist, die namens de gereformeerde vereniging in de NFGV zitting had, en de vertegenwoordiger van het katholieke Wit-Gele Kruis, rector C.J.A. Venings. Medio 1944 moesten Hutter en Venings echter weer afhaken in verband met transportproblemen.<sup>11</sup>

Het was gezien de oorlogsomstandigheden en de dreiging van een overname van de Federatie door de Duitsers begrijpelijk, dat de Kleine Commissie de reorganisatie van de Federatie plaatste in het perspectief van de opbouw die na het toen al verwachte einde van de oorlog nodig zou zijn. Dit werd expliciet gemaakt in een memorandum dat de secretaris onder de titel 'De geestelijke Volksgezondheid na de oorlog' vervaardigde en waarin op drie vragen werd ingegaan: 'Wat zal er na de oorlog op het gebied der geestelijke volksgezondheid te doen zijn? Welke taak zal de Nationale Federatie voor de Geestelijke Volksgezondheid daarin hebben te vervullen? Hoe zal de Federatie dan moeten worden opgezet?'<sup>12</sup>

Ter beantwoording van de eerste vraag werd gewezen op de te verwachten economische, sociale en morele ontwrichting, die wel zou moeten leiden tot een sterke toename van de behoefte aan informatie en scholing over geestelijke volksgezondheidsaspecten en aan voorzieningen op het terrein van de geestelijke volksgezondheid. Ten aanzien van deze voorzieningen werd in het memorandum in het bijzonder gewezen op de Medisch Opvoedkundige Bureaus en de Bureaus voor Levens- en Gezinsmoeilijkheden. Daar werden nu ook voorzieningen voor geestelijke hygiëne in het bedrijf aan toegevoegd. Gezamenlijk zouden deze een bijdrage kunnen leveren

aan respectievelijk de opvang en behandeling van de ontspoorde jeugd, het herstel van ontwrichte gezinssituaties en de wederopbouw van het bedrijfsleven.

Tegelijkertijd werd echter vastgesteld dat deze voorzieningen tot dan toe nog zeer inefficiënt functioneerden. Ook nu weer werd van de nood een deugd gemaakt: vanwege de te verwachten financiële nood na de oorlog zou de doelmatigheid vergroot moeten worden en daarvoor was meer eenheid en coördinatie in de organisatie- en financieringsstructuur van de voorzieningen op dit terrein vereist. Dit bracht Lekkerkerker weer bij haar pleidooien in het financieringsrapport van 1940, die toen echter niet op instemming konden rekenen.<sup>13</sup>

Hier lag dan de kans om de oorspronkelijke statutaire taakstelling van de Federatie te realiseren, zo werd in het memorandum betoogd als antwoord op de tweede vraag. Het perspectief werd geschetst van een federatie, die als het centrale orgaan van de particuliere organisaties werkzaam op het terrein van de geestelijke volksgezondheid richting en leiding zou gaan geven aan de verdere ontwikkelingen in dit veld. Niet alleen door het verzamelen en toegankelijk maken van informatie en documentatie, het organiseren van congressen, het opstellen van rapporten en adviezen, en het fungeren als gesprekspartner voor de overheid, maar ook door het ontvangen en verdelen van subsidies over de verschillende voorzieningen.<sup>14</sup>

De Federatie zou ter uitvoering van deze taken over een eigen bureau moeten kunnen beschikken, terwijl een onafhankelijker positie ten opzichte van de lidorganisaties noodzakelijk was (opheffing van recht van veto), aldus werd de derde vraag naar de naoorlogse opzet van de Federatie beantwoord.<sup>15</sup>

In haar memorandum wees Lekkerkerker expliciet op een belangrijke consequentie van een uitbreiding van de taak van de Federatie op het punt van de verdeling van subsidies: een nauwere associatie van de federatie met de rijksoverheid, was het niet in formele, dan toch in materiële zin. Lekkerkerker zelf koos hierin de overheidskant. Zij pleitte ervoor om de Federatie te belasten met het opstellen en toepassen van gemeenschappelijke richtlijnen en kwaliteitscriteria waaraan voorzieningen voor geestelijke volksgezondheid zouden hebben te voldoen. De verdeling van alle landelijke subsidies over de voorzieningen, ook als die uit andere bron dan het Prophylaxefonds zouden komen (Rijk), zou via de Federatie moeten lopen. Dit zou inhouden dat aan de Federatie inspecterende bevoegdheden toegekend zouden moeten worden.<sup>16</sup>

Hiermee zouden volgens Lekkerkerker de obstakels, die het de Federatie in de vooroorlogse jaren onmogelijk hadden gemaakt om tot een substantieel beleid ten aanzien van de consultatiebureaus te komen, weggenomen worden.

De overige leden van de Kleine Commissie maakten een andere keuze dan Lekkerkerker in het memorandum. Het idee om de Federatie uit te doen groeien tot een semi-overheidsorganisatie met normerende, verdelende en inspecterende bevoegdheden werd verworpen op praktische en op principiële gronden.

De praktische motieven hielden verband met de voorgestane uitbreiding van het werkterrein van de Federatie. In het memorandum was de rol van de Federatie wat betreft de voorzieningen nog beperkt tot de Medisch Opvoedkundige Bureaus, Bureaus voor Levens- en Gezinsmoeilijkheden en voorzieningen voor geestelijke hygiëne in het bedrijf. Tijdens de daarop volgende besprekingen in de Kleine Commissie werden daar door Bouman allerlei andere voorzieningen aan toegevoegd, in feite alles wat in de Gids betreffende de Geestelijke Volksgezondheid stond opgesomd, aange-

vuld met de sindsdien tot stand gekomen Instituten voor Ambulante Psychotherapie, beroepskeuzebureaus en bureaus voor psychotechnisch onderzoek van volwassenen.<sup>17</sup> Het werd praktisch uitgesloten geacht dat de NFGV voor al deze voorzieningen een normerende, verdelende en inspecterende taak zou kunnen vervullen.

Echter ook op principiële gronden was men van opvatting dat deze taak een zaak van de rijksoverheid en niet van een particuliere organisatie als de NFGV zou dienen te zijn. Ging men ervan uit dat niet de rijksoverheid, maar instanties als het Prophylaxefonds subsidies verstrekten, dan was de in het memorandum gevolgde gedachten-gang nog wel verdedigbaar, aldus de reactie in de Kleine Commissie. Men vond echter dat de rijksoverheid haar verantwoordelijkheid voor de geestelijke volksgezondheid zou moeten uitdrukken door zelf een substantiële subsidie voor dit werkkterrein beschikbaar te stellen in plaats van dit over te laten aan het Prophylaxefonds. Dit zou dan per definitie ook de inspectietaak bij de overheid leggen.

De Kleine Commissie koos daarom definitief voor een NFGV als een organisatie van het gezamenlijke particuliere initiatief, die innoverende, informerende, adviserende en vertegenwoordigende taken zou moeten vervullen. De betrokkenheid bij de verdeling van subsidies zou daarbij niet weg hoeven te vallen, maar in plaats van zelf verdeler te zijn, zou de Federatie daarover alleen moeten adviseren om wat nu als hoofdtaak van de Federatie werd gezien, niet in gevaar te brengen.<sup>18</sup>

Nadat de Kleine Commissie op deze wijze het perspectief voor de herrijzenis van de federatie na de oorlog had vastgesteld, boog men zich over twee te verwachten problemen.

- Was er, gezien de gevoeligheden waarop men voor de Tweede Wereldoorlog al herhaaldelijk gestoten was, wel instemming te verwachten voor de nieuwe opzet die noodzakelijkerwijze gepaard zou gaan met een zelfstandigere rol van de Federatie?
- Was de samenstelling van de Federatie en daarmee het maatschappelijk draagvlak voor de verschillende activiteiten niet veel te beperkt?

Het eerste probleem kon voor een belangrijk deel worden opgelost door gebruik te maken van de verwarde en 'open' situatie rond het einde van de oorlog. Er werden door de Kleine Commissie snel enkele stappen ten behoeve van de reorganisatie gezet in de periode dat regulier overleg in het kader van de NFGV nog nauwelijks mogelijk was. Men gokte daarbij op de bereidheid van de betrokkenen om daar achteraf mee in te stemmen, gezien de toentertijd algemeen heersende sfeer van hervormingsgezindheid en saamhorigheid.<sup>19</sup>

Zo waren door de Kleine Commissie al de voorbereidingen getroffen voor de inrichting van een eigen bureau van de Federatie. Op 1 september 1944 was al de principebeslissing genomen om Lekkerkerker voor twee derde van de tijd aan te stellen als ambtelijk secretaris van de Federatie. Haar volledige aanstelling op 1 september 1945 en de aanstelling van een administratieve kracht was daarna nog slechts een formaliteit.<sup>20</sup>

Na de beëindigen van de oorlog werd nadrukkelijk niet geprobeerd om zo snel mogelijk een vergadering van het bestuur of de raad van afgevaardigden te beleggen. In plaats daarvan werd in juli 1945 door de overgebleven leden van de Kleine Commissie (Lekkerkerker, Van den Berg en Bouman) een schrijven gericht zowel aan de bestuursleden als aan de lidinstellingen van de Federatie. In deze brieven werden het bestuur en de leden formeel op de hoogte gesteld van het bestaan en de werkzaamhe-

den van de Kleine Commissie en van de inmiddels gezette stappen. Daarmee werden het bestuur en de lidinstellingen dus min of meer voor voldongen feiten geplaatst. In de brief aan de bestuursleden werd voorgesteld om de drie ondertekenaars van de brief voorlopig te benoemen tot Dagelijks Bestuur dat de spoedeisende zaken zou kunnen behartigen: 'Het zal u duidelijk zijn, dat juist thans, nu de dingen zich in zulk een snel tempo ontwikkelen en van allerlei zijden plannen worden beraamd, vlug handelen vaak gewenst is en niet steeds het overleg met elders wonende bestuursleden kan worden afgewacht'.<sup>21</sup>

### *3. Reorganisatie van de Federatie*

Bij de brief aan de lidinstellingen van juli 1945 was een panklaar voorstel tot statutenwijziging en een huishoudelijk reglement gevoegd. Het belangrijkste onderdeel van deze statutenwijziging was, naast het voorstel tot schrappen van het veto-artikel, de slotsom van de Kleine Commissie ten aanzien van het tweede probleem dat ze op haar weg naar een reorganisatie was tegengekomen: de samenstelling van de Federatie. De conclusie was dat het ledenbestand van de Federatie uitgebreid zou dienen te worden tot 'alle belangrijke instellingen op het gebied der geestelijke volksgezondheid'. Dit voorstel werd gepresenteerd als logische consequentie van de in 1940 door de vergadering van afgevaardigden geformuleerde kritiek op de oorspronkelijke, als te beperkt beoordeelde opzet van de Federatie.<sup>22</sup>

Op 23 augustus 1945 vond de eerste naoorlogse bestuursvergadering van de NFGV plaats – de vorige vergadering was gehouden op 27 november 1943 – waarop, naast de weer voltallige Kleine Commissie, alleen Joh. van der Spek aanwezig was. De aanwezigen keurden formeel de stappen van de Kleine Commissie goed en besloten tot het bijeenroepen van een vergadering van afgevaardigden, waarop het voorstel tot statutenwijziging kon worden behandeld. Deze vergadering vond plaats op 13 oktober 1945.

Dat de Kleine Commissie er zich van bewust was dat ze gebruik had gemaakt van het naoorlogse interregnum werd openhartig toegegeven door Bouman in zijn openingsrede op deze vergadering: 'De onmogelijkheid van contact met de andere bestuursleden leidde tot een enigermate dictatoriaal optreden van de zijde der Kleine Commissie, dat u, gezien de omstandigheden wel zal willen verontschuldigen'.<sup>23</sup> Dit laatste werd door de aanwezigen stilzwijgend gedaan; er kwam althans geen protest.

Alleen het voorstel tot schrappen van het veto-artikel zorgde voor zoveel oppositie, dat een volgende vergadering nodig was om hieruit te komen met een compromis: bij principiële bezwaren van een van de leden kan een besluit gedurende enkele weken opgeschort worden. Daarmee was de weg naar de reorganisatie geëffend.<sup>24</sup> Op 11 december 1945 viel de definitieve beslissing en de reorganisatie en daarbij behorende statutenwijziging was een feit.<sup>25</sup>

Het ledenbestand kon vervolgens worden uitgebreid overeenkomstig de brede benadering van het werkterrein door de Kleine Commissie, die zich op haar beurt weer had laten leiden door de Gids van 1936 en de sindsdien tot stand gekomen nieuwe voorzieningen op het terrein van de geestelijke volksgezondheid.<sup>26</sup>

Begin 1946 bestond de federatie al uit 32 leden,<sup>27</sup> een aantal dat eind 1952 was uitgegroeid tot 44.<sup>28</sup> Zowel ambulante als klinische voorzieningen waren, naast de

landelijke organisaties voor geestelijke volksgezondheid en organisaties van beroepsbeoefenaren, in de federatie vertegenwoordigd: inrichtingen en instellingen voor krankzinnigen en zwakzinnigen, de psychiatrische voor- en nazorg (die overigens indirect vertegenwoordigd waren, omdat er geen landelijke organisaties meer voor bestonden), de Medisch Opvoedkundige Bureaus en daarmee verwante instellingen, de twee pedologische instituten, de twee Instituten voor Ambulante Psychotherapie, het Bureau voor Levens- en Gezinsmoeilijkheden in Rotterdam en de medische consultatiebureaus voor alcoholisme, terwijl er ook een plaatsje was ingeruimd voor instellingen voor geestelijke volksgezondheid, die meerdere ambulante werksoorten omvatten, in welke hoedanigheid de Noord-Hollandse Stichting voor Geestelijke Volksgezondheid en de Hervormde Stichting voor Geestelijke Volksgezondheid voor Amsterdam en Omgeving in de Federatie participeerden.<sup>29</sup>

Deze brede samenstelling van de NFGV verschafte het draagvlak voor de verbreding en verdieping van het takenpakket van de Federatie. Naast de (advisering over de) verdeling van subsidies kwam de externe vertegenwoordiging van de Federatie in commissies en raden. In 1945 werd het eerste officiële advies aan de rijksoverheid uitgebracht. Het *Maandblad voor de Geestelijke Volksgezondheid* begon in 1946 aan zijn eerste jaargang. Het eerste nationale congres gewijd aan de geestelijke volksgezondheid werd door de Federatie in 1947 georganiseerd en in 1948 werd medewerking gegeven aan het grote internationale congres te Londen, waar de World Federation for Mental Health werd opgericht. De Federatie begon in 1948 met een bibliotheek en documentatiedienst, in 1949 gevolgd door een filmdienst. In 1949 vond tenslotte ook de publikatie plaats van de tweede, nu door de Federatie vervaardigde Gids voor de Geestelijke Volksgezondheid in Nederland.

In 1950 was de reorganisatie van de Federatie dus voltooid, niet alleen in formele zin (er vond geen statutenwijziging meer plaats), maar ook in materiële zin. Het aantal leden nam weliswaar nog toe, evenals de omvang van de werkzaamheden, maar het karakter van de Federatie en de aard van de werkzaamheden onderging geen noemenswaardige veranderingen meer.<sup>30</sup>

De gehele ontwikkeling van de NFGV nog eens overziende, kan worden vastgesteld dat de vorming in 1934 de institutionele uitdrukking was van een *naar binnen gerichte beweging*; een proces van verbijzondering van geestelijke gezondheidszorg in het totaal van de activiteiten op het gebied van de volksgezondheid, gevolgd door een verdere betrokkenheid van een beperkt aantal voorzieningen voor geestelijke gezondheidszorg op elkaar.

De reorganisatie van de Federatie in 1945 was de uitdrukking van een *naar buiten gerichte beweging*; de beperkte opzet van de Federatie werd opgebroken, in een poging om alles wat met geestelijke volksgezondheid van doen had te omvatten en te bedienen met een breed pakket van informerende, opiniërende, ondersteunende en adviserende activiteiten onder gezamenlijke verantwoordelijkheid van liefst alle betrokken particuliere organisaties.

#### 4. Van mental hygiene naar mental health

Zoals de totstandkoming van de Nederlandse Vereniging voor Geestelijke Volksgezondheid in 1930 de uitdrukking was van de uit Amerika overgewaaide beweging

voor geestelijke volksgezondheid, zo weerspiegelde zich in de naoorlogse NFGV de veranderende denkbeelden van de beweging voor geestelijke volksgezondheid die, evenals in 1930, op een internationale manifestatie werden bevestigd.

Na de grootse ouverture in Washington in 1930, waar de inzichten van de Amerikaanse Mental Hygiene Movement werden doorgegeven via het daartoe opgerichte International Committee for Mental Hygiene, en een tweede congres te Parijs in 1937 dat niet zo veel nieuws bracht, werd dit derde internationale congres wederom een indrukwekkende manifestatie van de beweging. In de zomer van 1948 kwamen ruim 2000 mensen uit 50 verschillende landen, waaronder Nederland, in Londen bijeen om ervaringen uit te wisselen en nieuwe wegen in te slaan.<sup>31</sup> Die ervaringen waren van tweeërlei aard.

Allereerst ging het om de nieuwe psychiatrische, psychologische en sociologische inzichten die de oorlogperiode had opgeleverd, in het bijzonder met betrekking tot het in stand houden van een goed moreel in het leger en de pogingen om de soldaten opnieuw strijdwaardig te maken. Direct na de oorlog werden deze inzichten ook toegepast bij de rehabilitatie van de soldaten en het opvangen van de moeilijkheden, die ontstonden bij het opnieuw ingroeien in de burgermaatschappij. Zouden deze inzichten ook niet in de geestelijke gezondheidszorg toepassing verdienen, zo vroeg men zich af.

In de tweede plaats was er het trauma van de oorlog dat alle congresgangers met elkaar deelden. Dat leverde een allesoverheersende vraag op: wanneer wij door onze deskundigheid het moreel in het leger kunnen verbeteren, kunnen wij dan niet ook, op deskundige wijze voortbouwende op wat wij uit de psychotherapeutische behandeling van individuen weten, het moreel van de burgermaatschappij verbeteren en een bijdrage leveren om een catastrofe als een wereldoorlog in de toekomst te voorkomen?<sup>32</sup>

Overeenkomstig de multidisciplinaire traditie van de beweging zette een keur van deskundigen uit psychiatrie, psychologie, sociologie, maatschappelijk werk, filosofie en theologie zich aan de nadere bestudering van deze vragen. Dit resulteerde in een document, *Mental Health and World Citizenship*, dat op het congres als richtsnoer voor de verdere inspanningen werd aangenomen. Staande het congres werd hiervoor tevens een nieuwe organisatie opgericht ter vervanging van het International Committee: de World Federation for Mental Health.

Met de totstandkoming van de World Federation for Mental Health was de term 'mental health' formeel in de plaats gekomen van de term 'mental hygiene', die tot dat moment de naam van de internationale organisatie gesierd had. Deze naamsverandering symboliseerde een belangrijke koerswijziging van de oorspronkelijke beweging. Uitgangspunt van de beweging was nu niet alleen meer het streven naar het voorkomen of opheffen van psychiatrische ziekten en het zo goed mogelijk opvangen, begeleiden en behandelen van geestelijk gestoorde, maar ook het streven naar een toestand van geestelijke gezondheid van alle burgers. Geestelijke gezondheid werd daarbij omschreven in termen van ontplooiingskansen van het individu in fysiek, intellectueel en emotioneel opzicht. Een toestand van geestelijke volksgezondheid achtte men bereikt, indien er zodanige condities waren geschapen, dat er een optimale ontplooiing van het individu mogelijk was, voor zover nog verenigbaar met de ontplooiing van andere individuen.<sup>33</sup>

In Nederland kwam voor deze benadering later de term positieve geestelijke gezondheidszorg in zwang. Het adjectief positieve moest hierbij aangeven, dat het niet ging om de beperkte, medisch georiënteerde *afwezigheid* van psychische stoornissen, maar om de *aanwezigheid* van gezondheid en welzijn.<sup>34</sup>

De verandering in terminologie van mental hygiene naar mental health was tevens uitdrukking van een in het kader van deze studie nog belangrijker verschuiving, die zich in de praktijk van de hulpverlening voltrok: de rol van de psychiater in de geestelijke gezondheidszorg. Ondanks de groeiende afhankelijkheid van andere professies was de psychiater voor de oorlog op dit werkterrein toch de leidinggevende figuur gebleven. Trouvailles van Bouman als de onnipotente 'psychohygiënist' konden dit niet verhullen.

Zowel uit het congresdocument<sup>35</sup> als tijdens de besprekingen<sup>36</sup> bleek hoezeer de multidisciplinaire benadering van de *Child Guidance Clinics* en de daarop geënte Medisch Opvoedkundige Bureaus inmiddels wortel hadden geschoten. Stelselmatig werd nu het inzicht verkondigd, dat slechts in het teamverband van verschillende deskundigen – psychiater, psycholoog, socioloog, pedagoog, sociaal werker – de problemen op het terrein van de geestelijke volksgezondheid adequaat benaderd konden worden.

De moderne geestelijke gezondheidszorg diende te bestaan uit samenhangende curatieve, preventieve en positieve inspanningen van een team van verschillende, onderling gelijkwaardige beroepsbeoefenaren – dat was de overtuiging waarmee men in 1948 weer uit elkaar ging.<sup>37</sup>

Deze internationale opvattingen en inzichten liepen volledig parallel met de koers die de Nationale Federatie voor de Geestelijke Volksgezondheid na de oorlog was ingeslagen. Dat was ook niet verwonderlijk, omdat de Nederlandse inbreng op de Londense conferentie, door de NFGV georganiseerd was: liefst 80 Nederlanders konden daardoor aan de manifestatie deelnemen.<sup>38</sup> Daarmee vormde Nederland, na de Verenigde Staten en het gastland Engeland, de grootste delegatie.<sup>39</sup> Ook de kwalitatieve inbreng in het programma was aanzienlijk.<sup>40</sup>

Omgekeerd straalde het na de oorlog evidente gezag van de Angelsaksisch geïnspireerde beweging voor geestelijke volksgezondheid nu ook af op de Nederlandse Federatie.<sup>41</sup> Aan de neiging om alles te omvatten dat maar iets met de geestelijke volksgezondheid van doen had, kon nu met des te meer maatschappelijke instemming toegegeven worden. Dit weerspiegelde zich niet alleen in breed opgezette voorlichtingsactiviteiten<sup>42</sup> en de behandeling van de meest uiteenlopende onderwerpen in het *Maandblad voor de Geestelijke Volksgezondheid*,<sup>43</sup> maar ook in de verflauwde belangstelling om de geestelijke gezondheidszorg opnieuw in een principeel keurslijf te persen.

Dit laatste werd op een treffende manier geïllustreerd door de Gids voor de Geestelijke Volksgezondheid die in 1949 werd uitgebracht, midden in de overgangsperiode van de medische naar de meer gedragswetenschappelijke en sociaal georiënteerde geestelijke gezondheidszorg. Net als haar voorganger uit 1936 vormde deze Gids een wapenschouw van alle hulpverleningsmogelijkheden, die op het terrein van de geestelijke volksgezondheid beschikbaar waren. Deze tweede Gids volgde praktisch nog dezelfde indeling van probleemgebieden en werksoorten van de eerste Gids, maar nu was er zelfs geen poging meer ondernomen om het verbindende kader voor deze

voorzieningen te schetsen. Veelzeggend is de omdraaiing waarmee dit door de redactie gemotiveerd werd: niet vooraf moet bepaald worden wat geestelijke gezondheidszorg is, maar achteraf zal wel blijken wat zich als zodanig heeft uitgekristalliseerd.<sup>44</sup>

##### *5. Blijvende betrokkenheid bij de ambulante werksoorten*

Vanaf de reorganisatie in 1945 omvatte de Federatie het gehele terrein van de geestelijke volksgezondheid, zoals dat tot op dat moment alleen door Bouman en zijn Nederlandse Vereniging voor Geestelijke Volksgezondheid was gedaan. Toch is het opvallend dat in de verslagen van de Kleine Commissie, noch in de stukken van het bestuur of de vergadering van afgevaardigden in verband met de reorganisatie van de Federatie een gefundeerd idee is aan te treffen over het wezen, de grenzen of de inhoudelijke samenhang van de werkzaamheden op het terrein van de geestelijke volksgezondheid die de Federatie moest omvatten. Ook aan een poging om, na de reorganisatie, tot een groepering van de leden in kleinere verbanden te komen lag geen gefundeerd idee over hun onderlinge samenhang ten grondslag. In de loop van 1946 vond namelijk een indeling in vijf secties plaats, alleen omdat het nodig werd geacht de leden 'op een of andere wijze te groeperen, opdat instellingen, welke verwant werk beogen, in de Federatie beter haar gedachten en strevingen tot uiting kunnen brengen en er gemakkelijker georganiseerd contact en samenwerking mogelijk zal zijn, dan wanneer zij alle los en zonder verband naast elkaar zouden blijven'.<sup>45</sup>

Slechts twee van deze secties functioneerden enigszins:

- de sectie geestelijke hygiëne van het kind (waaronder de Medisch Opvoedkundige Bureaus en daarmee verwante instellingen waren gegroepeerd) en
- de sectie geestelijke hygiëne van de volwassene (met de Bureaus voor Levens- en Gezinsmoeilijkheden, de psychotherapeutische instituten, de instellingen voor alcoholismebestrijding en de voorzieningen voor zedelijke volksgezondheid).

De andere drie secties (voor respectievelijk de geestelijke gezondheidszorg in het algemeen, de verpleging en voor- en nazorg van zenuw- en geesteszieken, het onderwijs en de zorg ten aanzien van zwakzinnigen en psychopaten) kwamen nauwelijks van de grond. Voor al deze secties gold dat ze organisaties bij elkaar probeerden te brengen, die of praktisch niets met elkaar van doen hadden, of behoefte hadden aan een veel gericht overleg. Het gevolg was dat eind jaren veertig deze sectie-indeling weer werd opgeheven.<sup>46</sup>

De behoefte aan gericht overleg in het kader van de Federatie bestond vooral binnen de secties voor de geestelijke hygiëne van de volwassene en het kind. De reden hiervoor was simpel: de noodzaak van overleg in verband met het beschikbaar komen van rijkssubsidie. Naast de bureaus voor alcoholismebestrijding betrof dit de Bureaus voor Levens- en Gezinsmoeilijkheden en de Medisch Opvoedkundige Bureaus.

Tot 1950 was de NFGV namelijk nog belast met de feitelijke verdeling van een deel van de Prophylaxefondssubsidie over de Bureaus voor Levens- en Gezinsmoeilijkheden. Daarna werd in het kader van de NFGV de advisering georganiseerd over de aanwending van de Praeventiefonds- en de rijkssubsidie voor deze bureaus, voor de Medisch Opvoedkundige Bureaus en daarmee verwante instellingen.<sup>47</sup>



Hierin manifesteerde zich uiteindelijk toch de oorspronkelijke gerichtheid van de Federatie op de ambulante werksoorten. Het logische verband met de samenstelling van de Federatie was verdwenen, de preoccupatie met de Consultatiebureaus voor Geestelijke Volksgezondheid was weggezaakt tussen de andere taken van de Federatie, maar de externe differentiatie van deze gezamenlijke ambulante werksoorten in het totaal van de hulpverlening was niet verdwenen. Deze externe differentiatie werd nu weerspiegeld in de subsidiëring van de geestelijke volksgezondheid door het Rijk, het Prophylaxe- en Praeventiefonds, die met een vertraging van zo'n tien jaar de benadering van de oorspronkelijke NFGV hadden overgenomen. Omdat zij op hun beurt het overleg met de gezamenlijke particuliere organisaties nodig hadden voor het overleg over de nadere invulling en de voorwaarden voor hun subsidies, verdween de Federatie niet van het beleidstoneel.

Ondanks haar verknooptheid met het steeds vagere en meer omvattende gebied van de geestelijke *volksgezondheid* bleef de betrokkenheid van de NFGV bij de beleidsvorming van de geestelijke *gezondheidszorg* dus primair gericht op de oorspronkelijke en beperkte uitleg hiervan: de ambulante geestelijke gezondheidszorg.

## **b. De verzuilde verenigingen voor geestelijke volksgezondheid**

### *1. Weinig beweging in protestantse kring*

De protestantse landelijke verenigingen voor de geestelijke volksgezondheid hadden zich vanaf hun oprichting voornamelijk toegelegd op de bezinning op vraagstukken van geestelijke volksgezondheid; in die keuze bleek maar moeilijk verandering aan te brengen.

Dezelfde factoren die de vooroorlogse poging van Joh. van der Spek tot een actievere betrokkenheid van deze verenigingen bij de geestelijke gezondheidszorg deden stranden, speelden ook nu weer een rol: tegenstellingen tussen de verschillende stromingen binnen de protestantse gemeenschap, de gedecentraliseerde structuur van de kerkgenootschappen, de geneigdheid om voor de geestelijke gezondheidszorg op plaatselijk niveau samen te werken met anderen, de aanwezigheid van krachtige landelijke verenigingen van psychiatrische inrichtingen, het ontbreken van een infrastructuur voor maatschappelijke gezondheidszorg bij de kerkelijke kaders. Weliswaar werd de Nederlandse Hervormde Vereniging voor Geestelijke Volksgezondheid in 1949 omgezet in een stichting waarin ook het landelijk diaconaat van de Nederlandse Hervormde Kerk werd betrokken, maar veel meer dan een papieren organisatie werd deze stichting in de daarop volgende jaren niet.<sup>48</sup>

De Vereniging voor Geestelijke Volksgezondheid op Gereformeerde Grondslag veranderde al helemaal niet, in structuur noch in doelstelling. Ze bleef gericht op bezinning en op vertegenwoordiging van het gereformeerde element in andere organisaties, waaronder de Nationale Federatie voor de Geestelijke Volksgezondheid. Van contact met de landelijke Hervormde Vereniging en later de Nederlandse Hervormde Stichting voor Geestelijke Volksgezondheid was in die jaren evenmin sprake.<sup>49</sup>

## 2. De oprichting van de katholieke Centrale Vereniging voor Geestelijke Volksgezondheid

De katholieke Charitatieve Vereniging werd na de oorlog grondig gereorganiseerd. Het vertrek van Kortenhorst in 1948 werd aangegrepen om een opzet te creëren, waarmee nog meer dan voorheen leiding kon worden gegeven aan de meningsvorming in katholieke kring. De naam werd veranderd in *katholieke Centrale Vereniging voor Geestelijke Volksgezondheid* (verder: de katholieke Centrale Vereniging) en het bestuur werd vernieuwd. De Utrechtse hoogleraar psychologie F.J.J. Buytendijk werd voorzitter en het secretariaat ging over naar De Vreeze, waarmee niet alleen de band met het Wit-Gele Kruis, maar ook die met de katholieke Artsenvereniging intact bleef; De Vreeze was secretaris van beide verenigingen.<sup>50</sup>

De katholieke Centrale Vereniging bleef ook na de reorganisatie een vereniging van katholieke organisaties werkzaam op het gebied van de gezondheidszorg en het sociaal en charitatief werk, met daarnaast een grote kring van donateurs. Eind 1948 waren er 61 organisaties lid van de katholieke Centrale Vereniging, terwijl er ruim 1400 begunstigers waren. Het aantal begunstigers nam in de daarop volgende jaren nog sterk toe; eind 1956 was het al bijna verdubbeld.<sup>51</sup>

De katholieke Centrale Vereniging legde zich evenals de Charitatieve Vereniging toe op de meningsvorming en voorlichting over geestelijke volksgezondheid door het houden van voordrachten en het verspreiden van brochures. In het eerste naoorlogse verslag werd deze doelstelling nog eens onder woorden gebracht: 'Thans, zoals bij de oprichting in 1930, wil de vereniging een centrum zijn, dat zich tot taak stelt op de grondslag van de katholieke levensbeschouwing de vraagstukken, die zich op het terrein van de geestelijke volksgezondheid voordoen, te bestuderen, voorlichting te geven, belangstelling en initiatieven te wekken en in nauw contact met de uitvoerende instellingen hun werk te steunen'.<sup>52</sup>

Wat veranderde, waren de middelen om deze doelstelling te realiseren. Daar werd nu ook het organiseren van studiedagen aan toegevoegd – aanvankelijk alleen nog voor artsen, psychologen en moraaltheologen, maar later ook voor andere beroepsbeoefenaren. Onderwerpen als het vraagstuk van de masturbatie, de verhouding van man en vrouw in het huwelijk en de psychoanalyse werden in die eerste jaren behandeld.<sup>53</sup> Op grond hiervan en van de voordrachten, brochures en vooral de conferenties ontwikkelde de katholieke Centrale Vereniging zich tot een gezaghebbend opiniërend forum in de katholieke gemeenschap.<sup>54</sup>

Wat daarnaast ook veranderde, was de directe bemoeienis van de vereniging met de hulpverlening, in het bijzonder de Consultatiebureaus voor Geestelijke Volksgezondheid. De rol die de Charitatieve Vereniging voor de oorlog had gespeeld bij de oprichting en instandhouding van Consultatiebureaus voor Geestelijke Volksgezondheid keerde in de katholieke Centrale Vereniging niet meer terug.

Dit terugtreden van de katholieke Centrale Vereniging, mogelijk gemaakt door het vertrek van Kortenhorst, was gedeeltelijk het gevolg van een vernieuwde taakverdeling tussen de vereniging enerzijds en de Nationale Federatie Het Wit-Gele Kruis anderzijds. Van meer betekenis was echter de geleidelijke totstandkoming van aparte landelijke verbanden van katholieke voorzieningen voor geestelijke gezondheidszorg, bij de totstandkoming waarvan de katholieke Centrale Vereniging zelf een zeer

actieve rol speelde. In feite was deze vereniging de belangrijkste uitvalsbasis voor de verdere structurering van de katholieke geestelijke gezondheidszorg. Vanuit de katholieke Centrale Vereniging werden initiatieven ondernomen om naast een katholieke Nationale Commissie voor de Huwelijksvoorlichting (1948) specifiek op de geestelijke gezondheidszorg gerichte katholieke beleids- en ondersteuningsstructuren te scheppen; hieruit ontstond eerst het Centrum Katholieke Medisch-Opvoedkundige Bureaus (1949) en tenslotte het Katholiek Nationaal Bureau voor Geestelijke Gezondheidszorg (1952).<sup>55</sup>

### c. Toetreding van Rijk en Praeventiefonds

#### 1. De voorbereidingen

Hoewel de geestelijke volksgezondheid in beginsel tot de zorg van de overheid werd gerekend, was daar vóór de oorlog geen andere vorm aan gegeven dan een stimulerende houding van de directeur-generaal van de Volksgezondheid, een min of meer vrijblijvende adviesrol van de inspecteurs op de Volksgezondheid en een bescheiden subsidie uit het Prophylaxefonds. De druk op de rijksoverheid om zich nadrukkelijker op dit terrein te gaan manifesteren, was voor de oorlog al toegenomen. Effect had dit nog niet gehad. Ook hier werkten de oorlogsjaren echter als stimulerende periode. Zoals we eerder constateerden, was de kwestie van de overheidssubsidie in de Kleine Commissie van de NFGV door de directeur-generaal van de Volksgezondheid ter sprake gebracht. Van den Berg raakte in de loop van de besprekingen steeds meer overtuigd van de noodzaak van directe overheidsparticipatie op het terrein van de geestelijke volksgezondheid en hij mobiliseerde de Federatie op zijn beurt om het Rijk ook werkelijk zover te krijgen.

Door zijn bemiddeling werd in augustus 1945 een formele adviesaanvraag van de minister van Sociale Zaken verkregen waarin aan de NFGV 'een grondig advies (werd) gevraagd over de maatregelen die in de eerstkomende tijd in ons land moeten worden genomen ter bevordering van de geestelijke gezondheid en meer in het bijzonder omtrent de taak, die de overheid daarbij heeft te vervullen'.<sup>56</sup> Evenals dat met de reorganisatie van de NFGV gebeurd was, werd met dit advies haast gemaakt, ten einde zoveel mogelijk te profiteren van de veranderingsgezindheid direct na de oorlog en de kansen die daarin aanwezig waren om ook de organisatie van de rijksoverheid aan te passen. 'We moeten het ijzer smeden als het heet is en dat is nu het geval', zo betoogde Van den Berg vol vuur in het bestuur van de Federatie.<sup>57</sup> Hij voegde daar een uiteenzetting aan toe over de veranderingen in de overheidsorganisatie waaraan behoefte bestond en die zijns inziens, als aanbevelingen van de NFGV, ook werkelijk kans van slagen zouden hebben.

In de eerste plaats schoof hij de al decennia lang bepleite *overheveling van het krankzinnigenwezen* van het ministerie van Binnenlandse Zaken naar dat van Sociale Zaken nog eens naar voren. In de tweede plaats achtte hij de tijd rijp om de bemoeienis van de rijksoverheid met de geestelijke volksgezondheid tot uitdrukking te brengen in een van het ministerie van Sociale Zaken uitgaande *subsidie*, op basis waarvan ook met vrucht een formele taakstelling van de Rijksinspectie op het terrein van de gees-

telijke volksgezondheid bepleit zou kunnen worden. Tenslotte suggereerde Van den Berg dat een *interdepartementale* commissie voor de geestelijke volksgezondheid voorgesteld zou kunnen worden.<sup>58</sup>

Deze drie suggesties van Van den Berg werden vervolgens alle verwerkt in het advies van de NFGV dat in december 1945 door de vergadering van afgevaardigden, toen nog in de oude samenstelling, kon worden opgesteld. Het werd nog voor de jaarwisseling officieel aan de minister van Sociale Zaken uitgebracht.<sup>59</sup>

De meest direct op de geestelijke gezondheidszorg toegespitste aanbeveling betrof het voorstel tot subsidiëring, gekoppeld aan de aanstelling van een inspecteur voor de Geestelijke Volksgezondheid. De noodzaak van een aparte inspecteur werd beargumenteerd door erop te wijzen dat ook na de overheveling van het krankzinnigenwezen naar Sociale Zaken nog een leemte zou blijven bestaan tussen het Staatstoezicht op het Krankzinnigenwezen enerzijds en de Inspectie op de Volksgezondheid anderzijds. Tussen deze twee terreinen was immers een soort niemandsland ontstaan, waarin zich allerlei 'buitengestichtelijke voorzieningen voor de behandeling en voorkoming van psychische stoornissen' hadden ontwikkeld, zonder enige leiding, toezicht of steun van de rijksoverheid. Hieronder werden onder andere de voor- en nazorgdiensten, de Medisch Opvoedkundige Bureaus, de Bureaus voor Levens- en Gezinsmoeilijkheden en het Instituut voor Medische Psychologie begrepen.<sup>60</sup>

Daarnaast wees de NFGV het Rijk op de mogelijkheden om beleid te gaan voeren via de subsidie, al waren daarnaast ook andere middelen nodig. Er zou, aldus de Federatie, al veel kunnen worden bereikt indien 'het Rijk zijn verantwoordelijkheid ten aanzien van de geestelijke gezondheidszorg voor het Nederlandsche volk erkent en financiële steun daarvoor verleent, maar dan ook zich het recht toekent de nodige voorwaarden te stellen en regelingen te treffen voor een doeltreffende organisatie van dit werk'.<sup>61</sup> Doordat het Rijk subsidies voor dit terrein ter beschikking zou stellen, zou dus niet alleen meer financiële armslag worden verkregen, maar zouden ook meer mogelijkheden voor het Rijk ontstaan om eisen aan het werk te stellen en inspectietaken uit te voeren.

De rijksoverheid werd kortom officieel door de NFGV uitgenodigd om het terrein van de geestelijke gezondheidszorg daadwerkelijk te betreden, terwijl de NFGV zelf haar aanvankelijke pretenties op dit vlak liet varen.

Al deze maatregelen die in het advies van de NFGV waren voorgesteld, werden in de daarop volgende jaren geëffectueerd.

## *2. Subsidie en inspectie*

In 1946 stapte het Rijk het terrein van de geestelijke volksgezondheid binnen. Niet de geestelijke volksgezondheid zoals Bouman die propageerde en zoals die, mede dankzij zijn inspanningen, in 1945 in de NFGV was neergelegd, maar de geestelijke volksgezondheid zoals die tot aan de reorganisatie door de Federatie was behartigd. Het Rijk nam in feite de subsidiëring van de Consultatiebureaus voor Geestelijke Volksgezondheid, met uitzondering van de Bureaus voor Levens- en Gezinsmoeilijkheden, over van het Prophylaxefonds en de NFGV. De Prophylaxefondssubsidie verdween hiermee niet van het toneel, maar werd, naast een beperkte exploitatiesubsidie, verder alleen nog gebruikt voor het steunen van opleidingen.<sup>62</sup>

In 1946 werd een bedrag van f 150.000,- op de rijksbegroting uitgetrokken voor Consultatiebureaus voor Geestelijke Volksgezondheid voor volwassenen en voor kinderen.<sup>63</sup> Deze rijkssubsidie voor de geestelijke gezondheidszorg nam overigens maar een bescheiden plaats in op het totaal van de bijna 4,5 miljoen gulden die in 1946 door het Rijk voor de gezondheidszorg van gemeenten en particuliere sector werd uitgetrokken. In 1952 was dit laatste bedrag al meer dan verdubbeld, terwijl de subsidie voor de geestelijke volksgezondheid inmiddels f 425.000,- bedroeg.<sup>64</sup> Op 1 december 1946 werd, speciaal voor de geestelijke volksgezondheid, een inspecteur bij de Geneeskundige Hoofdinspectie aangesteld. Naast zijn algemene stimulerende taken werd hij belast met de advisering over en het toezicht op de verdeling van de rijkssubsidie. De afdeling Volksgezondheid van het ministerie (dat sinds 1950 Sociale Zaken en Volksgezondheid heette) beheerde formeel de begrotingspost, maar dat was in deze jaren voornamelijk een secretariële functie.<sup>65</sup> Als inspecteur voor de geestelijke volksgezondheid werd de katholieke psychiater P.A.F. van der Spek benoemd. Hij vervulde van 1946 tot 1954 deze functie.<sup>66</sup>

In 1947 volgde de overdracht van de bemoeienis met het krankzinnigenwezen van het ministerie van Binnenlandse Zaken naar het ministerie van Sociale Zaken.<sup>67</sup> Een basis voor een samenhangend overheidsbeleid van de consultatiebureaus en de inrichtingspsychiatrie schiep dit echter nog niet, omdat het Staatstoezicht op het Krankzinnigenwezen ook daarna nog lange tijd een geheel eigen, geïsoleerde positie ten opzichte van de andere inspecties innam. Het typische karakter van de krankzinnigenzorg en het vrijwel geheel ontbreken van een financiële relatie tussen deze tak van zorg en de rijksoverheid was hier debet aan.<sup>68</sup>

### *3. Praeventiefonds en geestelijke gezondheidszorg*

Na bijna 20 jaar trouwe dienst, waarvan 16 jaar met een jaarlijkse bijdrage aan de geestelijke volksgezondheid, werd het Prophylaxefonds in 1950 opgeheven en vervangen door het veel beter geëquipeerde Praeventiefonds.

In de Memorie van Toelichting bij de Wet op het Praeventiefonds was al aangekondigd dat 'Medisch Paedagogische Bureaus en andere instellingen op het gebied van de geestelijke volksgezondheid' in aanmerking konden komen voor subsidie uit het Praeventiefonds.<sup>69</sup>

Het fonds begon al meteen met een fiks bedrag voor deze instellingen, althans vergeleken met de Prophylaxefondssubsidie: in 1950 stelde het een bedrag van f 180.000,- voor de geestelijke volksgezondheid beschikbaar, in 1951 was dit ruim f 240.000,- en in 1952 was het al toegenomen tot f 300.000,-.

Evenals het Prophylaxefonds en in navolging van de rijkssubsidie richtte het Praeventiefonds zich met deze subsidie volledig op de ambulante sector: een overigens zeer bescheiden bijdrage voor de psychiatrische voor- en nazorg en het inmiddels toegevoegde Instituut voor Psychotherapie, en omvangrijker subsidies voor de Medisch Opvoedkundige Bureaus en de Bureaus voor Levens- en Gezinsmoeilijkheden. Het Praeventiefonds voegde daar op voorspraak van de NFGV nog het Consultatiebureau voor Alcoholisme aan toe als een tijdelijke ondersteuning, in afwachting van overname van de subsidie door het ministerie van Justitie.<sup>70</sup>

Daarmee waren in deze financieringsstructuur de vier latere werksoorten van ambulante geestelijke gezondheidszorg met elkaar verbonden. Hier komen we uitgebreid op terug.

### 3. Een wet voor de geestelijke volksgezondheid als kroon op het werk

#### a. Vernieuwing van de Federatie als eerste aanleiding

Niet alleen de regering-in-ballingschap boog zich tijdens de oorlog over de vraag hoe de gezondheidszorg in Nederland er na de oorlog uit zou moeten zien. Ook in Nederland zelf was men daar meer of minder ondergronds mee doende. Op het terrein van de geestelijke volksgezondheid gebeurde dat in de Kleine Commissie, die heimelijke ontmoeting van enkele personen uit het bestuur van de NFGV, waarmee we in het voorgaande al kennis hebben gemaakt.

De Kleine Commissie bezon zich niet alleen op de naoorlogse structuur van de NFGV en de rol die de rijksoverheid op het terrein van de geestelijke volksgezondheid had te spelen, men koesterde ook het idee dat het hele werkterrein zoals dat weerspiegeld zou worden in de nieuwe Federatie, geordend zou kunnen worden door een wet op de geestelijke volksgezondheid. Dat zou de kroon op het werk zijn van Boumans streven naar een werkelijk alles omvattend en samenhangend bouwwerk van de geestelijke volksgezondheid.<sup>1</sup>

In de eerste officiële bestuursvergadering van de NFGV na de oorlog werd ook hiervoor door de Kleine Commissie een plan ontvouwd. Besloten werd een beleidsplan te vervaardigen, waarin de knelpunten in de organisatie en financiering van de drie deelterreinen die in verband met de reorganisatie van de Federatie waren onderscheiden – geestelijk gestoorde volwassenen, bedreigde en ontregelde volwassenen, jeugd – zouden worden geïnventariseerd. Dit plan zou ook voorstellen voor de opheffing van die knelpunten moeten bevatten, uitmondend in een ontwerp voor een aparte wettelijke regeling voor de organisatie en financiering van al deze voorzieningen.

Met als argument dat een regulier functioneren van de Federatie in die eerste naoorlogse maanden nog niet mogelijk was, werd vervolgens een werkwijze voor de vervaardiging van dit beleidsplan gekozen, die het mogelijk maakte maximaal te profiteren van de beschikbare deskundigheid, met zo weinig mogelijk 'ruis' van groepsbelangen en verzuilde verdelingsproblemen. Een aantal deskundigen werd op persoonlijke titel uitgenodigd om preadviezen te vervaardigen over de verschillende onderwerpen, waarna de secretaris van de Federatie het geheel zou redigeren tot één rapport.<sup>2</sup>

De kansen werden inderdaad benut, getuige het tempo waarin gewerkt werd en de selectie van de in totaal 12 preadviseurs die op verzoek van het dagelijks bestuur van de Federatie aan het werk gingen: overheidsfunctionarissen en hoogleraren vormden daarin een meerderheid, terwijl vertegenwoordigers van verzuilde particuliere organisaties volledig ontbraken.<sup>3</sup>

Voor het opstellen van een preadvies over een te ontwerpen wet werd Querido uitgenodigd, niet zozeer vanwege zijn functie bij de Gemeentelijke Geneeskundige en

Gezondheidsdienst van de gemeente Amsterdam, maar als auteur van het omvangrijke werk *Krankzinnigenrecht*, dat in 1939, net voordat Nederland bij de Tweede Wereldoorlog betrokken raakte, was verschenen.<sup>4</sup> Op voorstel van Querido werd behalve hij, ook Kat hiervoor gevraagd. Als oud-geneesheer-directeur van de joodse psychiatrische inrichting het Apeldoornsche Bosch, medeoprichter van het Consultatiebureau voor Joodse Zenuw- en Zielszieken in Amsterdam en oud-voorzitter van de Apeldoornse Wilhelminastichting, die psychiatrische voor- en nazorg, werkbemiddeling en pedagogische adviezen combineerde,<sup>5</sup> was Kat goed geïnformeerd over de praktijk van dat deel van de geestelijke gezondheidszorg, waarin de NFGV in het bijzonder geïnteresseerd was. Bovendien had Kat al herhaalde malen voor een wettelijke ordening van de werkzaamheden der geestelijke volksgezondheid gepleit.<sup>6</sup> Querido leverde de grondgedachten voor een wettelijke regeling van de werkzaamheden op het terrein van de geestelijke volksgezondheid, Kat werkte deze verder uit in een ontwerp voor een wet.

Voordat we aandacht besteden aan het advies dat de NFGV uitbracht, moet eerst dieper worden ingegaan op de bijdragen van deze twee preadviseurs en de ideeën waarop hun voorstellen voor een wet op de geestelijke volksgezondheid waren gebaseerd. Daaruit zal namelijk duidelijk worden, dat deze ideeën veel verder reikten dan de initiatieven die voor en direct na de bevrijding vanuit de NFGV werden ondernomen.

In feite was het zo dat de NFGV de gelegenheid schiep om de al veel langer levende wens tot wijziging van de *Krankzinnigenwet* in het moderne en aansprekende jasje van de geestelijke volksgezondheid te steken en daardoor te profiteren van de algehele hervormingsgezinde sfeer rond het einde van de oorlog. Met name Querido greep deze gelegenheid dankbaar aan, al liet hij zich verder aan de NFGV weinig gelegen liggen. Zo publiceerde hij zijn opvattingen over een wettelijke regeling al voordat het advies van de NFGV verscheen,<sup>7</sup> en ging hij na het uitbrengen van dat advies op een heel eigen wijze verder, zoals we hierna nog zullen zien.

## **b. Herziening van de *Krankzinnigenwet* als tweede aanleiding**

Het compromis dat in de *Krankzinnigenwet* van 1884 gesloten was tussen de drie uitgangspunten van openbare orde, individuele rechtsbescherming en medisch-hygiënische belangen, leidde tot een resultaat waarmee uiteindelijk weinigen echt tevreden waren.

Vanuit het Staatstoezicht, de rechterlijke macht, de gestichtsbesturen en kringen van behandelaars kwamen steeds dringender klachten over het criminele stigma van opneming in een inrichting, de beknotting van de burgerlijke rechten van de opgenomen krankzinnigen, de omslachtigheid van de procedures en de overbodigheid van de rechterlijke bemoeienis met de opneming van het toenemend aantal krankzinnigen dat verpleging en behandeling, maar geen opsluiting behoefde.

Aan het laatstgenoemde bezwaar was weliswaar tegemoet gekomen door de wetswijziging van 1904 en enkele aanvullingen daarop in 1924 en 1929, waarmee de mogelijkheid van vrijwillige opneming in een zgn. 'aangewezen afdeling' van een psychiatrische inrichting of een andere instelling (psychiatrische kliniek, algemeen ziekenhuis) werd geschapen, maar de overige tekortkomingen bleven bestaan.



Die tekortkomingen kwamen erop neer, dat de wet enerzijds te weinig stimulansen bevatte voor een adequate bejegening en behandeling van geesteszieken, terwijl ze anderzijds wel allerlei belemmeringen hiervoor opwierp.

De pleidooien voor verandering van de Krankzinnigenwet richtten zich aanvankelijk hoofdzakelijk op betere regelingen voor krankzinnigen op weg naar of reeds verblijvend in de inrichting. Naarmate het aantal voorzieningen buiten de inrichting toenam (patronaten, werkinrichtingen, consultatiebureaus, psychiatrische voor- en nazorg), ging de belangstelling zich echter ook uitstrekken tot een wettelijke regeling van de behandeling en bejegening van de krankzinnigen in de maatschappij.<sup>8</sup> Deze belangstelling kreeg sinds het einde van de jaren twintig een krachtige stimulans door de beweging voor geestelijke volksgezondheid. Niet alleen pleitte de beweging voor een humanere bejegening van de geestelijk gestoorde en leverde ze argumenten voor andere voorzieningen dan de psychiatrische inrichting, de beweging voor geestelijke volksgezondheid leverde ook nieuwe aanknopingspunten op voor een aangepaste wettelijke regeling.

De institutionalisering van de geestelijke volksgezondheid rond 1930 werd terstond aangegrepen, onder andere door Kat en Schuurmans Stekhoven, om een wettelijke regeling van het hieronder geschaarde arbeidsterrein te bepleiten, niet zozeer vanuit een onmiddellijke behoefte aan een wettelijke ordening van dat nog zeer heterogene veld van voorzieningen, maar in de hoop dat hieraan nieuwe argumenten voor de al jaren bepleite hervorming van de Krankzinnigenwet ontleend zouden kunnen worden.<sup>9</sup>

Weliswaar leidden deze pleidooien niet tot tastbare resultaten – de aandacht van de overheid en de particuliere organisaties richtte zich voorsnog op het stimuleren van Consultatiebureaus voor Geestelijke Volksgezondheid, ten behoeve waarvan slechts een beperkte subsidie uit het Prophylaxefonds beschikbaar werd gesteld –, maar zij verlegden het zwaartepunt voor het denken over een nieuwe wettelijke regeling van de zorg voor geesteszieken toch wel van de inrichting naar de vrije maatschappij. Dit was gebeurd dankzij de beweging voor geestelijke volksgezondheid, de institutionele neerslag hiervan in de landelijke verenigingen en de hooggespannen verwachtingen over de betekenis van de Consultatiebureaus voor Geestelijke Volksgezondheid en andere voorzieningen in de vrije maatschappij. Querido trok hieruit de consequentie met zijn voorstel voor een wet, die regelingen zou bevatten voor de hele scala van werkzaamheden op dit arbeidsterrein en zich niet alleen zou beperken tot de opnemings, behandeling en verpleging in de psychiatrische inrichting.<sup>10</sup> Direct na de bevrijding bereikten deze inspanningen voor een wet voor de geestelijke volksgezondheid een hoogtepunt, meegesleept als men werd in het algemene klimaat van hervormings- en ordeningsdrift. Twee lijnen kwamen hierin bij elkaar: de behoefte in de boezem van de NFGV aan een wettelijk kader voor de naoorlogse opbouw van de geestelijke gezondheidszorg en de behoefte in de kringen van het krankzinnigenwezen aan een herziening van de krankzinnigenwet.

Het was Querido, die het startschot voor deze nieuwe ordeningspoging loste met een artikel in september 1945 in het *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde* onder de uitdagende titel: 'Een Wet op de Geestelijke Volksgezondheid... Nu'.<sup>11</sup> Zijn opvattingen hieromtrent werkte hij daarna in enkele voordrachten verder uit.<sup>12</sup>

### c. Het voorstel voor een Wet op de Geestelijke Volksgezondheid van A. Querido

Uitgangspunt voor Querido's pleidooi was de opvatting dat het nodig was te komen tot een eigen, herkenbare en op moderne leest geschoeide organisatie van de geestelijke gezondheidszorg, zowel klinisch als ambulant. Hij begon daarom met een korte uiteenzetting over hoe hij zich die organisatie voorstelde. Vervolgens vergeleek hij dit ideaalbeeld met de inmiddels gegroeide situatie op dit werkterrein, om daaruit tenslotte een aantal suggesties voor een wettelijke regeling af te leiden. Hierna volgt een samenvatting van Querido's betoog.

#### *1. Het consultatiebureau als knooppunt van geestelijke gezondheidszorg*

Querido schetste in vogelvlucht de inmiddels bekende ontwikkeling van de georganiseerde bemoeiingen met geesteszieken: van aanvankelijk alleen maar opsluiten en verzorgen in inrichtingen naar opvang en begeleiding in de maatschappij, onder druk van het plaatsgebrek in de inrichtingen en de noodzaak tot bezuiniging op de verpleegprijs.

Hij betoogde vervolgens dat deze beweging van geesteszieken terug naar de maatschappij inmiddels gevolgd was door een verandering in het psychiatrisch inzicht: 'De verhouding patiënt-maatschappij blijkt het kernpunt te zijn van iedere psychose, het aangrijpingspunt ook voor iedere therapie'. Dit betekende volgens hem weer dat het consultatiebureau en niet de inrichting de kern van de geestelijke gezondheidszorg diende te zijn, als 'knooppunten waar gesticht, patiënt en maatschappij elkaar ontmoeten en waar het eigenlijke geestelijk hygiënische werk in de maatschappij gebeurt'.<sup>13</sup>

Een nauwkeurige aanduiding van wat hij zich bij dit consultatiebureau voorstelde, gaf Querido niet, maar uit het vervolg van zijn betoog wordt duidelijk dat hem vooral de opzet van zijn eigen Amsterdamse dienst voor ogen stond. Een enkele andere bestaande dienst kon bij hem nog door de beugel, met name de buitendienst van Maasoord in Rotterdam, maar wat zich verder op dit terrein aan consultatiebureaus presenteerde, achtte hij absoluut onvoldoende; voor een betere equipering daarvan was onder andere de door hem voorgestelde wet nodig.

#### *2. De praktijk getoetst*

Querido's oordeel over de gegroeide praktijk was niet mals. Sprekend over de situatie waarin Nederland de oorlog inging, kwam hij tot de volgende algemene typering: 'Enkele grote voor- en nazorg organisaties die zich begonnen te vormen tot organen voor geestelijke hygiëne in hun gebied, daarnaast een chaos van kleinere en kleinst mogelijke bedrijfjes, die naar gelang van hun eigen inzicht en initiatief meehielpen, meemodderden of een meesterlijke inactiviteit ontwikkelden'.<sup>14</sup>

Vooral de bureaus op confessionele grondslag moesten het ontgelden, waarbij hij er geen twijfel over liet bestaan wat zijn mening was over de verzuiling als ordeningsprincipe. Terugkijkend naar de vooroorlogse jaren zag Querido 'deze bureaus nogal eens ontstaan uit confessionele naijver of erger nog: met persoonlijk gewin als drijfveer. Over de uitrusting en personeelsbezetting van dergelijke bureaus heeft men

zich het hoofd niet gebroken. Indien er maar een gestichtsarts of practiserend psychiater was, die er een paar uur in de maand aan wil besteden dan was de zaak wel in orde. Een opgeleide zuster voor maatschappelijk werk? Geen denken aan. (...) En terwijl de verdere equipering: adviesbureaus voor moeilijke kinderen en voor beroepskeus, daginternaat, plaatsingsbureau voor onvolwaardigen, waar een geestelijk hygiënische dienst niet buiten kan, natuurlijk geheel ontbreekt, is het nog treuriger dat het gemis ervan niet eens gevoeld wordt. Intussen zijn wij gedurende de laatste jaren voor de oorlog met een aantal stumperige consultatiebureaus opgescheept en er is geen reden, waarom wij niet lustig op dezen weg zullen voortgaan, als de centrale organen blijven ontbreken'.<sup>15</sup>

Deze schampere samenvatting van een probleem dat ook door anderen, maar dan in meer bedekte termen, werd gesignaleerd, mondde uit in de conclusie dat de centrale overheid onverwijld diende in te grijpen.

Ingrijpen van de overheid achtte Querido niet alleen geboden om de ondoelmatigheden in de gegroeide praktijk van de consultatiebureaus op te ruimen, maar ook om de andere tak van de geestelijke gezondheidszorg, het inrichtingswezen, beter te doen functioneren. De overheid diende de hand daarom allereerst in eigen boezem te steken, want zolang ze de volstrekt verouderde Krankzinnigenwet handhaafde, zou van die verbetering niets terecht kunnen komen, zo betoogde Querido.

Querido wees erop, dat de Krankzinnigenwet weliswaar ontdoken werd en voor een groot deel tot een formaliteit was geworden, maar het bleef desondanks een samenstel van stuitende bepalingen en hinderlijke ambtelijke rompslomp: 'Wil ik mijn zieke doen verplegen, dan moet ik eerst enige juridische hindernissen nemen, maar dan staat mij ook allerlei geweld ten dienste, hij wordt opgesloten, ontrecht, de justitie houdt een wakend oog op hem. Maar wil ik hem in de maatschappij leiden, moet ik zijn belang tegen hem zelf verdedigen, zie ik een a-sociaal zijn gezin te gronde richten, dreigt een zwakzinnige te huwen, dan sta ik machteloos'.<sup>16</sup>

Het was in het bijzonder ten aanzien dit aspect – de negatieve bijwerkingen van de Krankzinnigenwet en het ontbreken van wettelijke mogelijkheden om krankzinnigen in de maatschappij onder curatele te stellen –, dat Querido niet alleen kon putten uit zijn eigen, inmiddels rijke ervaring, maar ook uit zijn omvangrijke studie uit 1939.<sup>17</sup> Querido wees nog op een andere ondoelmatigheid die samenhang met de toepassing van de Krankzinnigenwet, namelijk de financiële regeling.

Deze regeling maakte dat met name door de kleinere gemeenten veel te weinig geld beschikbaar kon worden gesteld om maatregelen te treffen die opnemingszouden kunnen voorkomen. Werd de patiënt te lastig, dan was opnemings het vertrouwde middel, soms zelfs via een andere gemeente die dan voor de kosten op moest draaien. Tenslotte zette Querido het probleem van het door de oorlog ontredde gestichtswezen nog eens flink aan. Het zou volgens hem bijzonder moeilijk zijn om de gestichten op redelijke termijn weer op peil te krijgen. Alleen al daarom was bijzondere aandacht voor een betere opvang van de geesteszieke in de maatschappij noodzakelijk – waarmee hij putte uit argumenten die zo'n tien jaar eerder voor de totstandkoming van zijn gemeentelijke dienst zo vruchtbaar waren geweest.

### 3. Opzet van de wet

Ter opheffing van de drie genoemde knelpunten – de ondoelmatigheden in de organisatie van de consultatiebureaus en de inrichtingen, de inadequate financiering en de ontbrekende mogelijkheden voor een wettelijk toezicht buiten de inrichting –, bepleitte Querido de totstandkoming van een Wet op de Geestelijke Volksgezondheid. Deze wet zou drie afdelingen moeten bevatten.

Allereerst een *administratief-rechtelijke* afdeling voor in het hele land te vestigen Districtsraden voor de Geestelijke Volksgezondheid. Taak van de raad zou moeten zijn het regelen en coördineren van al hetgeen in het desbetreffende district aan voorzieningen voor geesteszieken, onvolwaardigen en geestelijk gebrekkigen functioneerde, in welk verband Querido de inrichtingen, de werkverschaffing, de beroepskeuzeadviesing, het geven van medisch-pedagogische adviezen en de voor- en nazorg expliciet noemde. Querido merkte hierbij kennelijk ter geruststelling van de particuliere sector op, dat het niet nodig was dat de districtsraden zelf deze activiteiten uit zouden voeren, maar hij sloot dat toch ook niet uit: 'Het spreekt vanzelf, dat de hierboven genoemde apparaten, waarover de Raad beschikt, geen organen van dien Raad behoeven te zijn. Hier kan gebruik gemaakt worden van reeds bestaande overheids- of particuliere instellingen'.<sup>18</sup>

In een voordracht voor de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie en Neurologie in december 1945 werkte hij het idee van een districtsgewijze organisatie van de geestelijke gezondheidszorg verder uit. Hij zag deze organisatie als alternatief voor de bestaande provinciale bemoeienis, die hij als ongewenst bestempelde. De in de Krankzinnigenwet geregelde provinciale betrokkenheid bij de gestichten – zorgen voor voldoende verpleeggelegenheid – was volgens Querido een langzamerhand onbruikbaar relict van de Franse wetgeving. Het uitgangspunt dat de mensen zo dicht mogelijk bij huis verpleegd moesten worden, achtte hij uitstekend, maar hij was van oordeel dat dit argument in Nederland voor de provincies reeds lang vervallen was, gezien de wijze waarop de provinciale besturen hun verplichting hadden ingevuld, onder andere door contracten met ver afgelegen gestichten te sluiten. 'Enig voordeel van deze provinciale regeling is niet te zien; wel nadeel in de vorm van gecompliceerde verhoudingen in de subsidiëring, botsing van tegenstrijdige belangen in de maatschappelijke voorzieningen en gebrek aan efficiëncy bij het bezetten der beschikbare plaatsen', aldus Querido.<sup>19</sup> De provinciale overheden hadden volgens hem hun kans voorbij laten gaan om hierin nog een rol te kunnen spelen, die taak moest nu maar overgedragen worden aan districtsraden. Een taak die Querido de districtsraden bovendien wilde laten vervullen, was de ondertoezichtstelling van volwassenen, naar analogie van het werk van de Voogdijraad.

De regeling van deze ondertoezichtstelling plaatste Querido in een tweede, *burgerlijk-rechtelijke* afdeling van de Wet op de Geestelijke Volksgezondheid. Hij besteedde hieraan de meeste aandacht, niet alleen omdat hier het alternatief voor de vigerende Krankzinnigenwet het meest duidelijk naar voren kwam, maar ook omdat de voorgestelde regeling diep ingreep in de burgerlijke vrijheden van de betrokkenen. Querido stelde namelijk voor om het instrumentarium van de ondertoezichtstelling niet te beperken tot geestelijk gestoorden in de tot dan toe gebruikelijke zin, maar het uit te breiden tot bijvoorbeeld alcoholisten, morfinisten, toevallijders, asociale

en onvolwaardigen die zelfbescherming nodig hadden, of tegen wie anderen beschermd moesten worden.<sup>20</sup>

Tenslotte zou in een *financiële* afdeling van de wet de financiering van de geestelijke gezondheidszorg geregeld moeten worden, via de instelling van een zogenaamd Algemeen Fonds, een fonds dat gevoed zou worden uit de bijdragen van gemeenten en provincies voor de verpleging en de voor- en nazorg, aangevuld met uitkeringen ten behoeve van de geestelijke gezondheidszorg van gemeenten, provincies, Rijk en eventuele anderen.<sup>21</sup>

Ook dit voorstel verduidelijkte Querido later nog enigszins. Het idee van een Algemeen Fonds, dat overigens al door de Amsterdamse Commissie van onderzoek tijdens haar internationale rondgang in België was opgepikt,<sup>22</sup> had als belangrijkste voordeel dat het de verzorging van geesteszieken aan de armenzorg zou onttrekken en dat de ondeskundige beoordeling van verzoeken tot opnemings, die in de praktijk veelal bepaald werd door financiële overwegingen, tot het verleden zou gaan behoren.

Querido stelde voor om de toedeling van de gelden uit het Algemeen Fonds aan de instellingen voor geestelijke gezondheidszorg alleen nog via de districtsraden te laten lopen, een onpartijdige en deskundige instantie. Querido bracht hier naderhand nog een belangrijke amendering op aan door te pleiten voor aansluiting bij het Ziekenfondsbesluit: 'Ik kan mij een regeling voorstellen, aansluitend bij het ziekenfonds, waarbij de eerste zes weken door het ziekenfonds betaald worden, onafhankelijk van het feit waar de opnemings plaats vindt. In aansluiting aan het eind van deze termijn heeft de controle plaats, waarna de kosten voor het algemeen fonds komen'.<sup>23</sup> Dit was een prelude op zijn latere pleidooien voor een op de bijzondere ziektekosten toegesneden financieringsregeling naast de Ziekenfondswet.<sup>24</sup>

#### **d. Het ontwerp voor een Wet op de Zorg voor de Geestelijke Volksgezondheid van J. Kat**

##### *1. Een aparte structuur voor de gehele geestelijke gezondheidszorg*

Had Querido zich vooralsnog beperkt tot het bepleiten van de noodzaak van een Wet op de Geestelijke Volksgezondheid, waarvan hij vervolgens slechts enkele hoofdlijnen schetste, Kat ging, zoals ook de bedoeling was, in zijn preadvies aan de NFGV veel verder.

Het ontwerp voor een Wet op de Zorg voor de Geestelijke Volksgezondheid dat hij aansluitend op Querido's artikel in het *Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg* bij de Federatie op tafel legde, bevatte een reeds volledig in wetstermen gegoten bouwplan voor het bestuur, de organisatie en de financiering van de geestelijke gezondheidszorg in Nederland.

Belangrijke elementen uit Querido's benadering waren daarin verwerkt, zoals het idee van een Algemeen Fonds, de Districtsraden voor de Geestelijke Volksgezondheid, de indeling van de geestelijke gezondheidszorg in twee hoofdgebieden (het inrichtingswezen en het gebied dat door de consultatiebureaus werd bestreken), de aanwijzing van de consultatiebureaus als sleutelvoorziening in de geestelijke gezondheidszorg en tenslotte de aparte regeling voor de ondertoezichtstelling.

Nieuw bij Kat was het bestuurlijk-organisatorische stelsel van een Nationale Raad voor de Geestelijke Volksgezondheid, Districtsraden en Streekraden voor de Geestelijke Volksgezondheid en een vergaand ingevuld ontwerp voor een Streekconsultatiebureau voor de Geestelijke Volksgezondheid.<sup>25</sup>

Op deze manier had Kat een vrijwel volledig eigen 'kolom' voor de geestelijke gezondheidszorg naast de algemene gezondheidszorg ontworpen, gekenmerkt door:

- *eenheid in organisatie*, in het bijzonder door de onderbrenging van (de coördinatie van) de voorzieningen in een Districtsconsultatiebureau, respectievelijk een Streekconsultatiebureau voor de Geestelijke Volksgezondheid;

- *eenheid in bestuur* door de creatie van een specifiek voor deze sector opgezette radenstructuur;

- *eenheid in financiering* door de kanalisering van de belangrijkste geldstromen via een Algemeen Fonds speciaal ten behoeve van de geestelijke gezondheidszorg.

Volledig los van de algemene gezondheidszorg stond deze structuur overigens niet. De Nationale Raad voor de Geestelijke Volksgezondheid zou te zamen met een Raad voor de Lichamelijke Gezondheid onder voorzitterschap van de directeur-generaal van de Volksgezondheid het hele veld van de gezondheidszorg moeten overkoepelen, terwijl de 5 à 6 districten voor de geestelijke volksgezondheid samen moesten vallen met districten voor de lichamelijke volksgezondheid.<sup>26</sup>

## *2. Interne integratie van ambulante werksoorten: het Streekconsultatiebureau voor de Geestelijke Volksgezondheid*

Hield Querido met zijn ordeningsvoorstel min of meer halt bij het districtsniveau, Kat drong dieper door en stelde voor de districten te verdelen in streken van een zodanige grootte en geografische, demografische en sociaal-culturele samenhang, dat iedere streek tenminste één volledig geoutilleerd Consultatiebureau voor de Geestelijke Volksgezondheid kon hebben.

Een Streekraad voor de Geestelijke Volksgezondheid zou, naast algemene taken van coördinatie, advies, onderzoek en voorlichting het beheer voeren over één of meer Streekconsultatiebureaus voor de Geestelijke Volksgezondheid, dan wel toezicht houden op een als zodanig door de Streekraad erkend bureau dat door een andere instantie werd gehouden.

Net als Querido wees Kat dit consultatiebureau en niet de inrichting als sleutelvoorziening voor de geestelijke gezondheidszorg aan. Querido putte zich daarna echter voornamelijk uit in het bekritisieren van de bestaande consultatiebureaus, uitmondend in het voorstel dat de in te stellen districtsraden met hun coördinerende en allocerende bevoegdheden maar moesten bepalen hoe die consultatiebureaus er precies uit zouden zien; een politiek verstandige terughoudendheid, zoals we hierna zullen zien.

Kat wilde dit echter niet overlaten aan de districts- en streekraden. De consequentie van de centrale plaats van het consultatiebureau in de geestelijke gezondheidszorg betekende voor hem, dat de wet zelf ook aanwijzingen hierover moest bevatten. Dat bracht hem tot het voorstel van één consultatiebureau per streek, het Streekconsultatiebureau voor de Geestelijke Volksgezondheid, waar de verantwoordelijkheid voor de uitvoering van de werkzaamheden op dit terrein zou zijn ondergebracht.

Als werkzaamheden van het Streekconsultatiebureau zag Kat: advisering aan de Streekraad over de geestelijke volksgezondheid in de streek; geestelijk-hygiënische raad, zorg en leiding voor volwassenen; medisch-pedagogische raadgeving en behandeling; nazorg van oud-leerlingen van het Buitengewoon Lager Onderwijs; toezicht op de werkinrichtingen; psychiatrisch schooltoezicht; toezicht op niet in inrichtingsverband verleende gezinsverpleging; het opstellen van psychiatrisch-deskundige rapporten in justitiële zaken; medewerking aan de uitvoering van de Kinderwetten en Psychopatenwetten; het onderhouden van contacten met de diverse instellingen van maatschappelijk hulpbetoon in de streek – kortom, de gecombineerde werkzaamheden van de toenmalige Consultatiebureaus voor Zenuw- en Zielszieken, voor- en nazorgdiensten, Medisch Opvoedkundige Bureaus en daarmee verwante instellingen en Bureaus voor Levens- en Gezinsmoeilijkheden.

Kat liet het niet bij deze opsomming van werkzaamheden. Hij vond dat in de wet ook de opzet van het Streekconsultatiebureau geregeld moest worden in de vorm van een aantal minimumvoorwaarden. Het is in de opsomming van deze minimumvoorwaarden, dat Kat de consequentie trok uit de voor de oorlog door de NFGV ingeslagen koers: na de externe differentiatie van een beperkt aantal ambulante werksoorten in het totaal van de hulpverlening volgde nu de interne integratie in een specifiek hiervoor ingerichte organisatie.

Een lang citaat moge deze bedoeling van interne integratie verduidelijken: 'Minimaal behoort het Streekconsultatiebureau aan de volgende eisen te voldoen. Het heeft tenminste vier afdelingen, welke ieder tenminste eenmaal per week zitting houden in de grootste gemeente der streek, namelijk:

- het bureau voor volwassen lijdens aan geestesziekte, geesteszwakte of geesteskwalen (zorg, voor- en nazorg);
- het Medisch Opvoedkundig Bureau;
- het nazorg-bureau voor oud-leerlingen van het Buitengewoon Lager Onderwijs;
- het Bureau voor Levensmoeilijkheden.

Leider van het bureau voor volwassenen is een psychiater, bijgestaan door een zuster voor maatschappelijk werk, in het bezit van diploma B;

Leider van het medisch-pedagogisch bureau is of een psychiater, voldoende bekwaam in kinderpsychiatrie en psychologie; mist hij deze bijzondere bevoegdheden, dan behoort hij te worden bijgestaan door een psycholoog, of een wetenschappelijk gevormd pedagoog, beiden voldoende psychiatrisch of kinderpsychiatrisch georiënteerd en bijgestaan door een psychiater;

De leider wordt in ieder geval bijgestaan door een zuster voor maatschappelijk werk, bijzonder voor deze taak opgeleid;

Leider van het bureau voor nazorg van het Buitengewoon Lager Onderwijs is een leerkracht bij het buitengewoon lager onderwijs in actieve dienst, of voorheen als zodanig werkzaam geweest; hij wordt bijgestaan door een zuster voor maatschappelijk werk in het bezit van het diploma B;

Leider van het bureau voor levensmoeilijkheden is een daartoe bekwame persoonlijkheid, bijgestaan door een maatschappelijk werkster'.<sup>27</sup>

Met de vereisten voor de stafsamenstelling sloot Kat aan bij de beleidslijnen die inmiddels door de NFGV voor de verdeling van de Prophylaxefondssubsidie waren ontwikkeld. Hij trok deze lijnen door in zijn voorstel om de directeur van het Streek-

consultatiebureau uit een van de leiders van de afdelingen te rekruteren, zonder daarbij te eisen dat dit per se de psychiater zou moeten zijn.

De kosten van het Streekconsultatiebureau tenslotte zouden gedekt moeten worden uit de bijdragen uit het Algemeen Fonds en uit inkomsten van particulieren en vergoedingen voor geleverde diensten van patiënten en instanties in wier opdracht onderzoek of behandeling zou plaatsvinden.<sup>28</sup>

In het *Maandblad voor de Geestelijke Volksgezondheid* gaf Kat enkele maanden later een uitvoerige samenvatting van zijn wetsvoorstel. Die gelegenheid nam hij te baat om alsnog te benadrukken dat, al naar gelang de plaatselijke omstandigheden en de beschikbaarheid van mankracht en middelen, het Streekconsultatiebureau een verschillende uitwerking zou kunnen krijgen. Zelfs levensbeschouwelijke groeperingen zouden daarbij aan hun trekken kunnen komen, zo betoogde hij, namelijk door bij de stafopbouw van de verschillende afdelingen van het bureau rekening te houden met de verschillende levensbeschouwelijke richtingen; een manier die eerder bij de Noord-Hollandse Stichting voor Geestelijke Volksgezondheid met succes was beproefd om de verzuilingsbehoefte op te vangen.<sup>29</sup>

Tenslotte filosofeerde Kat in zijn bijdrage aan het *Maandblad* nog wat door over het aantal streekconsultatiebureaus. Voor een bepaling daarvan ging hij uit van een inwonerstal dat hem nog dichter bij de latere RIAGG bracht: 'Wellicht zal één volledig uitgroeid consultatiebureau nodig zijn per 150.000 inwoners; dat zou grof-gerekend neerkomen op een 60-tal voor het hele land'.<sup>30</sup>

Kat bleek met zijn Streekconsultatiebureau voor de Geestelijke Volksgezondheid het basismodel van de latere RIAGG te hebben uitgetekend. Zijn Streekconsultatiebureau werd immers gekenmerkt door:

- een preventieve, curatieve en dienstverlenende gerichtheid;
- een taakstelling van advies, bemiddeling, coördinatie én ambulante behandeling;
- doelgroepen van geestelijk gestoorde en psychisch bedreigde, onderscheiden naar volwassenen en kinderen;
- een oriëntatie op de bevolking van een gebied en niet alleen op individuen dan wel een levensbeschouwelijke groep;
- een combinatie van de psychiatrische voor- en nazorg, het Medisch Opvoedkundig Bureau en het Bureau voor Levens- en Gezinsmoeilijkheden; dat de ambulante psychotherapie voor volwassenen door Kat niet in het Streekconsultatiebureau gepland was, was enkel het gevolg van het veronderstelde grotere draagvlak dat deze werksoort nodig had; hij had deze werksoort op het districtsniveau geplaatst;<sup>31</sup>
- een multidisciplinaire opbouw van de staf van psychiater, kinderpsychiater, psychiatrisch sociaal werkster, psychologisch geschoold maatschappelijk werkster, psycholoog, pedagoog;
- een organisatorische, bestuurlijke en financiële zelfstandigheid ten opzichte van andere voorzieningen;
- een regio-omvang van ca. 150.000 inwoners, zodat er 60 bureaus gesticht zouden moeten worden.

In deze uitwerking werd ook het verschil met Querido's voorstellen manifest. Querido betrok alleen de gestichtelijke zorg en de direct daarmee verbonden psychiatrische voor- en nazorg in zijn wettelijke regeling.



Kat verbreedde het werkingsgebied van zijn wet naar de andere voorzieningen die toentertijd eveneens tot de geestelijke gezondheidszorg werden gerekend, maar verder af stonden van de traditionele bemoeienis van de inrichtingen en de voor- en nazorgdiensten voor de volwassen geestelijk gestoorde.

Kat verplaatste daarmee het zwaartepunt van de *verticale relatie*: inrichting-voor- en nazorgdienst, naar een *horizontale relatie*: voor- en nazorgdienst met andere ambulante voorzieningen, waaronder het Medisch Opvoedkundig Bureau, het Bureau voor Levens- en Gezinsmoeilijkheden en, op een iets breder regionaal niveau, de ambulante psychotherapie.

De weg die was afgelegd van de Krankzinnigenwet tot het voorstel van Kat, kan als volgt in schema worden gebracht (waarbij de arcering het wettelijk geregelde gebied aangeeft).

1. *Geregeld door de Krankzinnigenwet:*

	Inrichting		
Medisch Opvoedkundig Bureau	Voor- en nazorg	Bureau voor Levens- en Gezinsmoeilijkheden	Ambulante instituuts- psychotherapie

2. *Geregeld door het wetsvoorstel van Querido:*

	Inrichting		
Medisch Opvoedkundig Bureau	Voor- en nazorg	Bureau voor Levens- en Gezinsmoeilijkheden	Ambulante instituuts- psychotherapie

3. *Geregeld door het wetsvoorstel van Kat:*

	Inrichting		
Medisch Opvoedkundig Bureau	Voor- en nazorg	Bureau voor Levens- en Gezinsmoeilijkheden	Ambulante instituuts- psychotherapie

In deze schematische voorstelling is duidelijk gemaakt dat zowel Querido als Kat uiteindelijk vasthielden aan de samenhang tussen de twee grote deelgebieden, de klinische en de ambulante sector. Met hun wetsvoorstellen probeerden ze deze deel-

gebieden niet te scheiden, maar te verbinden in een structuur voor de organisatie, het bestuur en de financiering van de klinische en ambulante geestelijke gezondheidszorg – al noemden men dat toen niet zo.

De regie van deze structuur, die door beiden aan de ambulante sector was toebedeeld, was niet gediend met een rigoureuze splitsing tussen de twee deelgebieden, maar juist met een sterkere band. Kat verbreedde alleen het ambulante deelgebied, maar hief de organisatorische band met de klinische sector niet op.

#### **e. Het reorganisatieadvies van de Nationale Federatie voor de Geestelijke Volksgezondheid**

Eind oktober 1945 werden de preadviezen in aanwezigheid van enkele auteurs in het bestuur van de NFGV doorgesproken. Querido's uiteenzetting zat hier overigens niet meer ter sprake; die was in september al gepubliceerd.<sup>32</sup>

Op één na werden de preadviezen door het bestuur aanvaard: met het preadvies van Kat had men grote moeite. Nog afgezien van de kritiek die er binnen het bestuur op de uitwerking van sommige onderdelen bestond, vond men het voorstel van Kat veel te gedetailleerd voor de fase van ontwikkeling waarin de geestelijke gezondheidszorg zich op dat moment bevond.

Uit de andere preadviezen kwam een overrompelend beeld van het uitdijende werkterrein van de geestelijke gezondheidszorg naar voren, uitmondend in pleidooien om ruim baan te scheppen voor de professionele ontwikkeling in de verschillende onderdelen. De onduidelijkheden rond de reikwijdte en de plaats van met name de geestelijke gezondheidszorg voor de jeugd nodigden al helemaal niet uit tot premature keuzen voor een of ander organisatorisch keurslijf. Anderzijds werd toch ook de noodzaak van een doelmatige organisatie- en financieringsstructuur voor de gehele gezondheidszorg onderstreept.<sup>33</sup> Men zat inmiddels weer met het vertrouwde dilemma.

Het was de directeur-generaal van de Volksgezondheid die hieruit geroutineerd de weg wees. Van den Berg hield een pleidooi om toch vooral niet met te gedetailleerde uitwerkingen te komen, omdat dat alleen maar controverses zou oproepen. Bovendien zou volgens hem vermeden moeten worden, 'dat met afwijzing van de bepaalde oplossing welke gegeven wordt, het hele rapport zou worden afgewezen'. Hij verwees in dit verband naar de drie maatregelen die uit de bespreking in de Kleine Commissie naar voren waren gekomen om het Rijk nauwer bij de geestelijke volksgezondheid te betrekken: de subsidie en inspectie, de overheveling van het krankzinnigenwezen naar het ministerie van Sociale Zaken en de instelling van een interdepartementale commissie.<sup>34</sup>

De waarschuwing van Van den Berg, dat deze aanbevelingen door Kats voorstel verzwakt zouden worden, werd ter harte genomen. Het orderingsvoorstel van Querido zou in zeer algemene termen in het advies verwerkt worden, echter niet de uitwerking die Kat daaraan gegeven had. Kat zelf probeerde het tij nog te keren door in de betreffende bestuursvergadering te wijzen op de voordelen die aan de concretisering van de plannen verbonden waren. Hij pleitte ervoor om zijn preadvies desnoods als bijlage op te nemen, maar ook dit vond geen genade bij het bestuur.<sup>35</sup>

Het advies dat in december 1945 aan de minister van Sociale Zaken werd uitgebracht, bevatte behalve de drie voorstellen voor maatregelen door de rijksoverheid ten aanzien van zichzelf te nemen, slechts de uitgebreide knelpuntenanalyses van de verschillende preadviseurs, die uitmondden in zeer algemeen gestelde aanbevelingen om te komen tot een doelmatige organisatie- en financieringsstructuur voor de gehele geestelijke gezondheidszorg.<sup>36</sup>

Weliswaar was door de preadviezen het inzicht in de bestaande structuur verdiept en waren er argumenten en ingrediënten bijeen gesprokkeld voor een betere ordening van de werkzaamheden op het terrein van de geestelijke gezondheidszorg, van de verwerking daarvan in een of ander structuurvoorstel werd dus afgezien. Niet de NFGV, maar een apart daarvoor bijeen te roepen commissie moest zich daar maar over buigen, waarbij de NFGV wel aangaf hoe ze zich die commissie voorstelde: een *Reorganisatiecommissie voor de Geestelijke Volksgezondheid*, in te stellen door de minister van Sociale Zaken, samen te stellen uit vertegenwoordigers van belanghebbende departementen, afgevaardigden van provinciale en gemeentelijke overheden, hogleraren en betrokkenen bij de verschillende inrichtingen en consultatiebureaus op het terrein van de geestelijke volksgezondheid. Deze commissie zou zowel de overheid als de particuliere organisaties van advies moeten dienen over de organisatie en financiering van de geestelijke gezondheidszorg – kortom, een verre echo van de door Kat voorgestelde Nationale Raad voor de Geestelijke Volksgezondheid.<sup>37</sup>

Door de gewenste ordening in het midden te laten, kon de NFGV haar advies van december 1945 ook betitelen met: *Maatregelen, welke in de eerstkomende tijd ter bevordering van de geestelijke volksgezondheid genomen moeten worden*.<sup>38</sup> Toch was men zich ervan bewust met de knelpuntenanalyses zoveel te hebben omgewoeld, dat dit korte tijdsperspectief niet al te serieus genomen moest worden. Of, zoals Bouman het als voorzitter van de NFGV bij de presentatie van het advies op het Nationale Volksgezondheidscongres in september 1946 formuleerde: 'De Nationale Federatie voor de Geestelijke Volksgezondheid heeft in een uitvoerig rapport aan de Minister van Sociale Zaken een plan tot herstel en vernieuwing uitgewerkt, dat méér is dan een 5-jaren plan, maar dat men beter een plan kan noemen, dat voor de hedendaagsche generatie kan gelden en dat over 25 à 30 jaren zijn voltooiing kan vinden'.<sup>39</sup>

Profetische woorden van Bouman, die waarschijnlijk mede waren ingegeven door het tumult dat inmiddels was uitgebroken over de visie van Querido, het advies van NFGV dat door Querido in het *Maandblad voor de Geestelijke Volksgezondheid* was samengevat en de uitgebreide samenvatting van het wetsontwerp van Kat in datzelfde *Maandblad*.

## **f. Ontvangst van de orderingsvoorstellen**

### *1. Niet alleen maar instemming*

Na ontvangst van het advies van de NFGV gaf de minister van Sociale Zaken het ter advisering aan de Gezondheidsraad en de Centrale Commissie voor de Volksgezondheid, de twee landelijke adviesorganen op het terrein van de volksgezondheid. Beide

instanties stelden zich, met enkele ondergeschikte kanttekeningen, op achter het advies van de NFGV en de daarin opgenomen aanbevelingen. Een zeer belangrijk rapport dat een goed overzicht van de toestand geeft en op overtuigende wijze de wensen voor de toekomst bepleit, zo vatte de Gezondheidsraad zijn instemming samen.<sup>40</sup>

Naast deze instemmende geluiden was er ook kritiek, in het bijzonder op die onderdelen van het advies, waarin nog iets van de orderingsvoorstellen van Querido en Kat doorklonk. Daarnaast moesten de wetsvoorstellen van Querido en vooral Kat het ontgelden.

De reactie uitte zich op verschillende manieren.

– Er kwam kritiek uit de kring van de levensbeschouwelijk georiënteerde organisaties op de ondergeschikte rol die hun was toebedeeld en op de negatie van de verzuijing als orderingsprincipe.

– Ter bescherming van het Medisch Opvoedkundig Bureau en het Bureau voor Levens- en Gezinsmoeilijkheden werd de voorgestelde interne integratie van deze bureaus met de psychiatrische voor- en nazorg in het Streekconsultatiebureau voor de Geestelijke Volksgezondheid afgewezen.

– Tenslotte werd gewezen op het gevaar van een te grote scheiding tussen de geestelijke gezondheidszorg en de overige gezondheidszorg dat aan een aparte wettelijke regeling voor de eerste zou kleven.

Aan deze ontvangst van de voorstellen wordt in het navolgende aandacht besteed.

## *2. Te weinig ruimte voor het verzuijde particulier initiatief*

De voorstellen voor een wettelijke regeling van de gezondheidszorg stuiten op forse weerstanden bij de confessioneel georiënteerde organisaties. Dit was ook niet verwonderlijk gezien de uitgangspunten die voor de herstructurering waren gekozen en de schampere wijze waarop deze met name door Querido waren geformuleerd. Dat Querido hiermee overigens wel erg ver was gegaan, mag blijken uit de openlijke terechtwijzing die hij van de gezaghebbende Pameyer voor het front van de ledenvergadering van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie en Neurologie moest incasseren: 'Dr. Querido heeft bij zijn kritiek op de bestaande toestand hier en elders krasse termen gebruikt. (...) Vooral heeft mij getroffen de wijze waarop hij zich heeft veroorloofd te spreken van de minder goede kwaliteiten van sommige consultatiebureaus en wat nog sterker is, van de eigenschappen van de leiding en de geneeskundigen van sommige inrichtingen voor geesteszieken. Uitdrukkingen als hier gebezigd ontsieren het betoog. Zij helpen niet aan de opbouw. Zij leiden niet tot een enthousiaste medewerking van alle zijden, die wij nu meer dan ooit behoeven'.<sup>41</sup> Die medewerking kwam dan ook niet.

Mr.dr. F.M. Havermans, geneesheer-directeur van de psychiatrische inrichting Sint Servatius te Venray, maakte zich tot tolk van de kritiek uit de rooms-katholieke hoek. Onder de veelzeggende titel 'De zogenaamde verouderde Krankzinnigenwet' trok Havermans in de afleveringen van september en oktober 1946 van het tijdschrift *Katholieke Gezondheidszorg* van leer tegen de hervormingsvoorstellen van Querido, de verwerking daarvan in het advies van de NFGV en de schets van Kat.<sup>42</sup> Tegenover deze hervormingsvoorstellen pleitte Havermans voor continuïteit en respectering

van de voor de oorlog gegroeide inzet van het verzuilde particuliere initiatief. 'Het behoort tot den geest van onzen tijd om felle critiek uit te oefenen op het verleden en grootse plannen op te werpen voor een betere toekomst. Menigeen van ons, en onder hen zeer zeker iedere door de oorlogshandelingen getroffen, zal weliswaar met weemoed terugdenken aan dien goeden tijd van voor 1940, maar enthousiaste hervormers blijven ons onverbiddelijk inprenten, dat dit de tijd van de 'wantoestanden' was, welke toestanden niet meer mogen terugkeren', aldus de aanhef van zijn verweer tegen de kritiek.<sup>43</sup>

Havermans bekritiseerde op zijn beurt de voorgestelde radenstructuur, het idee van een Algemeen Fonds en de opzet van het Streekconsultatiebureau. Hij verzette zich daarbij in het bijzonder tegen de zijns inziens veel te grote overheidsinvloed in deze organisatie- en financieringsstructuren.<sup>44</sup> Het ontbreken van de levensbeschouwelijke inbreng in het Streekconsultatiebureau achtte hij zeer ernstig:

'Men mag zich afvragen welke levensbeschouwing gepropageerd zal worden door het officieel erkende en dus door de Overheid in belangrijke mate gefinancierde Streekbureau. Dit geldt dus vooral in streken met een gemengde bevolking, dit is het grootste gedeelte van Nederland. In ieder geval krijgt niet iedere stichting in zo'n streek een eigen bureau, iets wat versnippering van krachten en verspilling van geld wordt genoemd. Maar een positieve oplossing wordt niet gegeven'.<sup>45</sup> Hij concludeerde: 'Coördinatie van het werk op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg is nuttig, maar zal steeds begrenzing vinden in de levensbeschouwingen'.<sup>46</sup> Havermans werkte deze kritiek daarna voor verschillende onderdelen nog verder uit.<sup>47</sup>

Ongeveer terzelfder tijd verscheen er een uitgebreide verdediging van de verzuilde ordening van de Consultatiebureaus voor Geestelijke Volksgezondheid van de hand van A.P.J. Meyknecht, directeur van het Katholiek Paedologisch Instituut te Nijmegen en leider van diverse consultatiebureaus voor de jeugd uitgaande van het Wit-Gele Kruis in Gelderland.<sup>48</sup>

Meyknecht hing deze verdediging op aan de ontwikkelingen in de grootste en in levensbeschouwelijk opzicht 'gemengde' provincie Gelderland, een provincie waar diverse consultatiebureaus en -bureautjes van verschillende levensbeschouwelijke signatuur naast elkaar werkzaam waren, sinds 1938 overkoepeld door de Provinciale Gelderse Commissie van Samenwerking ter bevordering van de Geestelijke Volksgezondheid. Deze commissie had in augustus 1946 een aparte commissie ingesteld om voorstellen te doen voor een verdergaande coördinatie van de voorzieningen voor geestelijke volksgezondheid in Gelderland. Zowel Meyknecht als Havermans waren lid van deze commissie.<sup>49</sup>

In november 1946, ruim voordat de commissie haar werkzaamheden had afgerond (hetgeen pas in september 1947 geschiedde) publiceerde Meyknecht al de katholieke opstelling in deze commissie, kennelijk om niet te laat te zijn in de orderingsdiscussie die op landelijk niveau woedde. Hij beargumenteerde de noodzaak van een drieling in katholieke, protestantse en algemene bureaus op grond van het extra gevoelige karakter van de vraagstukken van geestelijke volksgezondheid. De hulpverlening aan geestelijk gestoorde volwassenen en bedreigde kinderen kan zo diep ingrijpen in het leven van de persoon of zijn directe omgeving, dat alleen een geestesverwante hulpverlener hier toegang toe mag hebben. Dit biedt bovendien het voordeel van een vlotter contact van de hulpverlener met familieleden, school en sociale om-

geving, aldus Meyknecht. Op grond hiervan concludeerde Meyknecht dat het wegens de principiële levensbeschouwelijke verschillen moeilijk zou zijn om de katholieke, protestantse en algemene consultatiebureaus te combineren in één bureau, hetgeen direct na de oorlog in Gelderland wel werd voorgestaan. Hij benadrukte dat niet alleen in katholieke, maar ook in protestantse en algemene kring deze opvatting inmiddels gehuldigd werd.

Deze laatste stelling adstrueerde hij door op een nogal merkwaardige wijze mededeling te doen over de gang van zaken in de commissie. Meyknecht meldde dat tijdens de besprekingen in de commissie bleek, 'vooral dank zij een prettige sfeer van openhartigheid en van elkaar zoveel mogelijk willen begrijpen, dat de drie-deling unaniem als een noodzakelijke voorwaarde voor een goed functioneren van het werk der geestelijke volksgezondheid moest worden aanvaard. En dit standpunt werd zowel door de verschillende confessionele richtingen als door de niet-confessionele aangenomen, zodat (...) de voorzitter deze wenselijkheid aldus formuleerde, dat ze als uitgangspunt van de besprekingen moest worden aanvaard en dat ze allerminst als een concessie van een der partijen moest worden beschouwd, maar als een principiële eis, door elk der partijen gesteld'.<sup>50</sup>

Uit het feit dat Meyknecht zich geroepen voelde om zo nadrukkelijk te verklaren dat er door géén der partijen concessies waren gedaan bij de totstandkoming van dit uitgangspunt, kan vermoed worden dat dit uitgangspunt vooral onder de druk van de katholieke organisaties zo stringent is geformuleerd – en in het eindrapport is daar inderdaad een bevestiging van te vinden.<sup>51</sup>

Men kan zich vervolgens afvragen, waarom Meyknecht de voorzitter van de commissie in zijn artikel zo nadrukkelijk moest opvoeren – zonder overigens zijn naam te noemen – als degene die deze wenselijkheid verwoordde. Het antwoord daarop is niet moeilijk te raden: dit was niemand minder dan Kat!<sup>52</sup>

Zo kreeg de conclusie van Meyknecht nog meer gewicht. Immers, zelfs de opsteller van het ontwerp voor een Wet op de zorg voor de Geestelijke Volksgezondheid had een stap terug moeten doen en was het nu met de driedeling eens, of zoals Meyknecht stelde: 'Men kan het ook zo zeggen: Uniformiteit wordt klaarblijkelijk door niemand begeerd, driedeling is niet ideaal, maar praktisch noodzakelijk'.<sup>53</sup>

Met deze commentaren zetten Havermans en Meyknecht publiekelijk de tegenaanval van de zuilen in tegen de naoorlogse hervormingsvoorstellen op het terrein van de geestelijke gezondheidszorg. Tijdens het Nationale Congres voor de Geestelijke Volksgezondheid dat onder auspiciën van de NFGV in mei 1947 plaatsvond, klonk dit commentaar nog luider.<sup>54</sup> Ook critici uit protestantse hoek lieten zich niet onbetuigd;<sup>55</sup> het was mr. A. Bouman, leider van het Protestants Interkerkelijk Bureau voor Levens- en Gezinsmoeilijkheden te Amsterdam, die de veranderingen in het denken over de ordening van dit werkterrein het scherpst onder woorden bracht.

Sprekend over de driedeling in een rooms-katholieke, protestantse en algemene richting, stelde hij het volgende: 'Deze driedeling zal wellicht hen teleurstellen, die nog leven in de schone eenheidsdroom van het Nederlandse Volk die ons allen in de bezettingstijd zo heeft geïnspireerd. De ontwikkeling van de gang van zaken na de bevrijding heeft er de ogen wel voor geopend, dat die eenheid in de bezettingstijd juist mogelijk was, omdat men zich eendrachtig inzette tegen de gemeenschappelijke indringer, maar nu deze is afgedeeind, komen de oude groepscharaktertrekken weer

boven en ziet men weer de fundamentele principiële verschillen'.<sup>56</sup> Die verschillen waren volgens A. Bouman ook onontkoombaar: geestelijke volksgezondheid is een dermate gevoelige materie dat groepsbetrokkenheid noodzakelijk is, en met instemming citeerde hij de conclusie die Meyknecht al eerder getrokken had: 'driedeling is niet ideaal, maar praktisch noodzakelijk'.<sup>57</sup> Deze conclusie werd tijdens het Nationale Congres niet meer aangevochten.<sup>58</sup>

De pijlen van de levensbeschouwelijk geïnspireerde organisaties richtten zich dus op de huns inziens scheve verhouding tussen overheid en particuliere sector in de orderingsvoorstellen. Over de inhoud van de voorgestelde organisatie van de geestelijke gezondheidszorg sprak men zich nauwelijks uit. En wanneer dat eens gebeurde, bleek men het in hoge mate eens met een bundeling van werksoorten in zoiets als een Streekconsultatiebureau voor de Geestelijke Volksgezondheid.<sup>59</sup> Men accepteerde dergelijke bureaus, onder de voorwaarde dat men de vrijheid behield om ze zelf in te richten, zonder dwang of deelname van de overheid.

Bezwaren tegen een dergelijke bundeling leefden er overigens wel, maar die kwamen niet van het verzuilde particuliere initiatief. Het waren met name de protagonisten van het Medisch Opvoedkundig Bureau, die hier in het geweer kwamen.

### *3. Verwerping van de interne integratie van ambulante werksoorten*

Het ontwerp voor een Wet op de Zorg voor de Geestelijke Volksgezondheid van de hand van Kat was, zoals eerder uiteengezet, niet in het advies verwerkt dat de NFGV in december 1945 uitbracht, zelfs niet op de summiere wijze waarmee nog wel enkele van Querido's opvattingen waren doorgedrongen.

Een uitgebreide samenvatting van Kats ontwerp was het enige dat een half jaar later als een persoonlijke visie van Kat in het *Maandblad voor de Geestelijke Volksgezondheid* werd gepubliceerd.<sup>60</sup> Bij die gelegenheid werd weliswaar door de redactie meegedeeld, dat over de hoofdlijnen van dit wetsontwerp 'bij al degenen, die hierover denkbeelden naar voren brachten, een grote mate van overeenstemming aan te tonen is',<sup>61</sup> maar wie dat dan wel waren, werd er niet bij gezegd.

Daarentegen werd deze publikatie door Lekkerkerker aangegrepen om zeer forse kritiek op het ontwerp van Kat te leveren; kennelijk als verantwoording achteraf voor het feit dat het preadvies van Kat niet bij het advies van de NFGV was gevoegd.<sup>62</sup>

Kat bleek met het Streekconsultatiebureau een uitweg uit het dilemma te hebben gekozen, waar Lekkerkerker al sinds de oprichting van de NFGV mee had geworsteld, maar niet was uitgekomen.

Ten behoeve van de Prophylaxefondssubsidie waren een beperkt aantal werksoorten als Consultatiebureau voor Geestelijke Volksgezondheid aangewezen (de externe differentiatie), die vervolgens vanwege de grote onderlinge verschillen moeilijk inpasbaar bleken te zijn in één Consultatiebureau voor Geestelijke Volksgezondheid. Vooral het zich toen net ontwikkelende Medisch Opvoedkundig Bureau profileerde zich sterk om niet weggedrukt te worden door het reeds gevestigde Consultatiebureau voor Zenuw- en Zielszieken.

Vlak voor het uitbreken van de oorlog was de worsteling met dit dilemma nog eens uitgebreid geëtaleerd in het financieringsrapport van de NFGV. Daarin had Lekkerkerker de voor- en nazorg, het Medisch Opvoedkundig Bureau en inmiddels ook het

Bureau voor Levens- en Gezinsmoeilijkheden exclusief tot Consultatiebureau voor Geestelijke Volksgezondheid bestempeld, maar vervolgens de onderlinge verschillen sterk benadrukt (de interne differentiatie). Een brug met het in hetzelfde rapport gepropageerde Districtsconsultatiebureau voor de Geestelijke Volksgezondheid was niet geslagen.

Kat sloeg die brug direct na de oorlog wel, en dat kon hij ook doen, omdat zijn invalshoek niet de inhoud van de verschillende werksoorten was, maar de organisatie. Dat bracht hem bij zijn Streekconsultatiebureau. Door deze keuze voor de vorm, met voorbijgaan aan de inhoudelijke verschillen, negeerde hij precies die problemen, die Lekkerkerker verhinderd hadden om dezelfde stap te zetten: de bundeling van de eerder als Consultatiebureau voor Geestelijke Volksgezondheid aangewezen werksoorten in één specifieke organisatie voor de geestelijke volksgezondheid.

Na haar kritiek op het gebrek aan ordening en samenhang in de geestelijke gezondheidszorg vóór de oorlog, voelde Lekkerkerker zich nu geroepen om enkele positieve kanten van de onsamenhangendheid te benadrukken. Een opsomming van de verschillende werksoorten die door Kat voorbestemd waren om in het Streekconsultatiebureau ondergebracht te worden, mondde namelijk uit in de retorische vraag: 'Zijn zij waarlijk wel op doeltreffende wijze in één bureau te vatten? Mijns inziens leert de praktijk anders en is het niet slechts aan het chaotisch toeval te wijten, dat men de hier genoemde functies zelden in één bureau gecombineerd ziet'.<sup>63</sup>

Lekkerkerker wees op de verschillen in cliëntèle, opzet, gehanteerde methoden en daarbij behorende contacten, maar als belangrijkste argument voor het handhaven van de verscheidenheid greep zij weer terug naar de haar vertrouwde motivering, die al in 1927 bij de oprichting van de Nederlandse Federatie van MOB's was gehanteerd: het risico van de verkeerde beeldvorming bij verwijzers en publiek.

In 1946 verwoordde Lekkerkerker het aldus: 'De cliëntèle van elk dezer bureaus is totaal verschillend, zozeer zelfs, dat, wanneer de voor- en nazorgpatiënten een bepaald stempel op een bureau zetten, de categorieën van het Medisch Opvoedkundig Bureau en van de levensmoeilijkheden er om weg blijven. Immers al heel spoedig worden dan in de ogen van het publiek de bezoekers van zulk een bureau met geestelijk abnormalen geïdentificeerd, ook al komen zij voor moeilijkheden, welke niets met zwakzinnigheid of geestesziekte te maken hebben. Men kan verschillende spreekuren instellen voor de verschillende categorieën, men kan verschillende namen geven aan de bureaus – het stigma blijft aan het advies gehecht. Niet zonder reden hebben de Medisch Opvoedkundige Bureaus dan ook steeds zorgvuldig gezocht associaties met geestelijk abnormalen of criminelen te vermijden, en zij zullen dat in het belang van hun werk ook blijven doen, waar dat mogelijk is'.<sup>64</sup> Lekkerkerker wees er op dat het niet samenvallen van de werkgebieden van de verschillende werksoorten in de praktijk evenmin zonder reden was. Het samenpersen van de werksoorten in gebieden van circa 150.000 inwoners achtte ze in ieder geval onverantwoord, waarbij ze wederom vooral aan het Medisch Opvoedkundig Bureau en het daarmee in gerichtheid en opzet verwante Bureau voor Levens- en Gezinsmoeilijkheden dacht. Haar verzet tegen één en dezelfde leider voor al deze verschillende bureaus, waarvoor men naar haar overtuiging automatisch bij de psychiater van de voor- en nazorgdienst terecht zou komen, stoelde op dezelfde bezorgdheid.<sup>65</sup>



Lekkerkerker benadrukte vervolgens, dat de kindersprekuren van de bestaande Consultatiebureaus voor Geestelijke Volksgezondheid 'niet Medisch Opvoedkundige Bureaus zijn, doch voor- en nazorgbureaus voor kinderen, m.a.w. dat hier overwegend geestelijk abnormale kinderen komen en weinig normale 'moeilijke' kinderen'.<sup>66</sup> Aan deze constatering verbond ze de verwachting 'dat dus het medisch opvoedkundig werk zich hier slecht zal ontwikkelen'.<sup>67</sup>

Ze beriep zich ook hier op de publieke opinie: 'De door de publieke opinie getrokken grenslijn toch loopt vooral tussen de geestelijke abnormalen (voor- en nazorg, nazorg voor het Buitengewoon Lager Onderwijs) enerzijds en anderzijds die gevallen waar de moeilijkheden wel van psychischen aard zijn, doch de betrokkenen niet als geestelijk abnormaal aan te merken zijn'.<sup>68</sup> Dit bracht Lekkerkerker tot een andere bundeling binnen de geestelijke gezondheidszorg dan de eerder door de NFGV zelf gesuggerende en nu door Kat voorgestelde: de grotere affiniteit tussen 'moeilijke kinderen', en 'levensmoeilijkheden' maakt dat louter een combinatie van een Medisch Opvoedkundig Bureau met een Bureau voor Levens- en Gezinsmoeilijkheden eerder aangegeven is dan de combinatie van deze twee met de voor- en nazorg en de nazorg van het Buitengewoon Lager Onderwijs.<sup>69</sup> Voor de verbindingen tussen deze vier werksoorten achtte Lekkerkerker een provinciaal federatief verband in plaats van een streekbureau, en eventueel een streekplan ruim voldoende.<sup>70</sup>

Naast de verzuilde kritiek op het wetsontwerp maakte Lekkerkerker zich hiermee tot tolk van een professioneel geïnspireerde kritiek, die pleitte voor de zich aandienende nieuwe werksoorten op het terrein van de geestelijke volksgezondheid: het Medisch Opvoedkundig Bureau en in het kielzog daarvan het Bureau voor Levens- en Gezinsmoeilijkheden. Rem deze ontwikkeling niet af door vermenging met het stigmatiserende voor- en nazorgwerk, zeker niet als daar ook nog de zwakzinnigenzorg aan wordt toegevoegd, zo luidde haar boodschap.

Uitgedaagd door Kats wetsontwerp en gesteund door het toegenomen prestige van het Medisch Opvoedkundig Bureau had Lekkerkerker hiermee uiteindelijk dan toch gekozen voor een uitweg uit het eerder geschetste dilemma. Niet de scheiding tussen de zorg voor ouderen en kinderen diende bepalend te zijn voor het Consultatiebureau voor Geestelijke Volksgezondheid, de kwestie waarover bij de oprichting van de NFGV in 1934 nog zoveel te doen was geweest, maar de scheiding tussen de zorg voor psychisch bedreigde en neurotische normale mensen (kinderen en volwassenen) enerzijds, en de zwaarder en/of onherstelbaar geestelijk gestoorden anderzijds.

#### *4. Bezwaren tegen de uitzonderingspositie*

Naast de confessioneel en professioneel geïnspireerde kritiek wekten de orderingsvoorstellen van Querido, Kat en de NFGV ook nog de twijfel of een aparte structuur voor de organisatie, het bestuur en de financiering van de geestelijke gezondheidszorg eigenlijk wel zo wenselijk was. Bezorgdheid hierover klonk al door in het overigens positieve commentaar van de Centrale Commissie voor de Volksgezondheid,<sup>71</sup> maar de meest scherpe kritiek op dit punt kwam uit de eigen kring.

Uitgaande van de opvattingen van Bouman over de inpassing van de geestelijke volksgezondheid in het grotere geheel van de volksgezondheid en de inmiddels geaccepteerde onderbrenging van de krankzinnigenzorg in dit grotere verband, kwamen

er geluiden uit de psychiatrie die inhielden: vervang de bestaande uitzonderingspositie van deze tak van zorg nu niet door een andere, maar voeg de geestelijke gezondheidszorg waar mogelijk in de overige gezondheidszorg. Dat op deze wijze ook een vermenging van de inrichtingspsychiatrie en de psychiatrische voor- en nazorg met dat vooralsnog vage en on-medische geheel van Medisch Opvoedkundige Bureaus, Bureaus voor Levens- en Gezinsmoeilijkheden en dergelijke voorkomen zou kunnen worden, was hierbij, met name voor de betrokkenen bij de krankzinnigenzorg, een plezierige bijkomstigheid.

Dit commentaar werd uitgedragen en toegelicht bij verschillende gelegenheden en het resulteerde in een uitgedraaid ontwerp van wet, dat zich alleen nog maar richtte op de psychiatrisch-juridische benadering van de geestelijke gestoorde volwassenen in inrichting en maatschappij, zoals we hierna zullen zien.

## **g. De neergang in het orderingsstreven**

### *1. De Commissie tot voorbereiding van een Wet op de Geestelijke Volksgezondheid*

Tijdens de voorbereiding van het advies dat de NFGV in december 1945 uitbracht aan de minister van Sociale Zaken, was al duidelijk geworden dat de NFGV zich uiteindelijk terughoudend zou opstellen in het doen van uitspraken over een wettelijke regeling van de organisatie, het bestuur en de financiering van de werkzaamheden op het terrein van de geestelijke volksgezondheid.

Het federatieve karakter, de terugkerende verzuiling en de botsende ideeën over de precieze invulling van de gezondheidszorg maakten dat van de NFGV ten aanzien van dit aspect ook geen krachtige zelfstandige inbreng in de toekomst te verwachten was. Over de vraag of, en zo ja, wanneer de voorgestelde Reorganisatiecommissie ingesteld zou worden, of deze zich ook daadwerkelijk over een wettelijke regeling van deze sector zou gaan buigen en of deze commissie in staat zou zijn om met oplossingen te komen, tastte men toentertijd bovendien nog geheel in het duister.

Het was in deze omstandigheden dat Querido wederom initiatieven ontplooipte om op korte termijn toch tot een verdere uitwerking van zijn ideeën voor een Wet op de Geestelijke Volksgezondheid te komen. Alhoewel Querido zich zeker niet distantiëerde van de NFGV en haar advies – hij was het die in het *Maandblad voor de Geestelijke Volksgezondheid* de samenvatting van het advies van de NFGV schreef –, <sup>72</sup> gooide hij het nu over een andere boeg, door belangstelling voor een wet te kweken bij de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie en Neurologie.

Dit lijkt op het eerste gezicht een vreemde stap. Lag het ontwerpen van een concreet wetsvoorstel niet meer op de weg van de centrale overheid? En als er al initiatieven ontplooid moesten worden, waarom dan niet door een overkoepelende organisatie van het particulier initiatief, maar door een beroepsvereniging die zich tot dan toe vrijwel geheel afzijdig had gehouden van de discussie over de structurering van de geestelijke gezondheidszorg? <sup>73</sup>

Toch was wel aanleiding voor Querido's stap. Van de zijde van de rijksoverheid waren toentertijd zeker geen initiatieven op dit terrein te verwachten. De eerste zorg op dit terrein betrof de subsidiëring, de inspectie en de overheveling van het krank-

zinnigenwezen van het ministerie van Binnenlandse Zaken naar Sociale Zaken. Het was destijds bovendien niet ongebruikelijk, dat door organisaties buiten de overheid meer of minder uitgewerkte wetsvoorstellen voor de structurering van de volksgezondheid en de gezondheidszorg aan de overheid werden aangeboden. De pogingen van Querido pasten hier uitstekend in. Het aantrekkelijke van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie en Neurologie was bovendien dat het hier, net als bij de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst, geen verzuilde vereniging betrof. Dit schiep mogelijkheden om het vraagstuk van de structurering van de geestelijke gezondheidszorg vanuit de psychiatrische deskundigheid te benaderen, zonder de belasting van de opvattingen binnen en de tegenstellingen tussen de verzuilde particuliere organisaties en binnen het overheidsapparaat.

Dankzij Querido's inspanningen prijkte het voorstel voor een Wet op de Geestelijke Volksgezondheid op de agenda van de jaarvergadering van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie en Neurologie van 15 december 1945, die werd voorgezeten door G. Kraus, toentertijd eerste geneesheer-directeur van het provinciale psychiatrische ziekenhuis te Santpoort en in die hoedanigheid de belangrijkste partner van Querido's voor- en nazorgdienst.

Het onderwerp werd tijdens de vergadering ingeleid door Querido, terwijl Barnhoorn, inmiddels benoemd tot hoofd van de sectie Geestelijke Gezondheidszorg van de Geneeskundige Dienst van de Koninklijke Nederlandsche Landmacht en lid van de Commissie Banning, een voordracht hield over de plaats van de geestelijke gezondheidszorg in het reorganisatieplan waarmee hij in de Commissie Banning doende was. Bovendien behandelde Pameyer beide voordrachten in een coreferaat. Alle drie putten ze zich uit in het benadrukken van het belang van aandacht van de vereniging voor het vraagstuk van de wetgeving op het terrein van de geestelijke volksgezondheid, zodat de vergadering kon besluiten 'een nader onderzoek in te stellen naar de mogelijkheid om tot een wettelijke regeling van de geestelijke volksgezondheid te komen'. De vereniging stelde daarvoor een *Commissie tot voorbereiding van een Wet op de Geestelijke Volksgezondheid* in onder voorzitterschap van Kraus, met Querido als secretaris en onder anderen Barnhoorn en Pameyer als leden (verder: de Commissie Kraus).<sup>74</sup> Na enig geharrewar werd er bovendien toch nog een formele relatie met de NFGV gelegd,<sup>75</sup> zodat men in april 1946 met een breder maatschappelijk draagvlak welgemoed aan de arbeid kon beginnen.<sup>76</sup>

## 2. *Inkrimping van de werkingssfeer*

Op de agenda van de eerste bijeenkomst van de Commissie Kraus prijken de voorstellen van Querido en Kat als uitgangspunt voor de discussie over een wettelijke regeling, die haar werkingssfeer moest uitstrekken over de gehele geestelijke gezondheidszorg en alle facetten van die zorg. Dat betekende: de organisatie, het bestuur en de financiering van de geestelijke gezondheidszorg, en de ondertoezichtstelling en overige vrijheidsbeperkende maatregelen en waarborgen voor een adequate opvang en behandeling van de geestelijk gestoorde zowel binnen als buiten de inrichting.<sup>77</sup>

Tweeënehalf jaar later was van deze brede opzet niets meer over. De werkingssfeer van het wetsvoorstel waarmee de Commissie Kraus naar buiten kwam, was

ingekrompen tot het terrein dat door de inrichtingen en voor een klein deel door de voor- en nazorg bestreken werd, terwijl van dit terrein alleen nog maar enkele psychiatrisch juridische onderdelen geregeld werden. De rest van de geestelijke gezondheidszorg (dat wil zeggen de overige consultatiebureaus) en de organisatorische, bestuurlijke en financiële bepalingen waren uit het wetsvoorstel verdwenen. Deze inperkingen waren aangebracht na uitvoerige discussies in de commissie over twee vragen:

- was het wel zo verstandig om te proberen zowat alle voorzieningen voor geestelijke gezondheidszorg organisatorisch, bestuurlijk en financieel op één hoop te gooien en zo door middel van wetgeving af te zonderen van de overige gezondheidszorg?
- was wetgeving voor de regeling van al die verschillende aspecten wel het aangewezen middel en zou toch niet beter volstaan kunnen worden met het instrument van de subsidie en inspectie?

Barnhoorn en Pameyer, die deze vragen overigens al hadden opgeworpen tijdens de vergadering van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie en Neurologie in december 1945, waren ook de gangmakers van de verdere discussie hierover in de commissie. Barnhoorn bepleitte daarbij vurig de aansluiting bij het organisatorische en bestuurlijke kader dat de Commissie Banning ontwikkelde, terwijl Pameyer voor wat betreft de financiering pleitte voor aansluiting bij het ziekenfondsstelsel.

### *Organisatie en bestuur van de geestelijke gezondheidszorg*

Het was Barnhoorn die voor de Commissie Banning het concept had geleverd, hoe de geestelijke gezondheidszorg in het grotere geheel van de gezondheidszorg ingepast kon worden. Zijn voordracht voor de vergadering van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie en Neurologie op 15 december 1945 was daar voor het grootste deel al aan gewijd<sup>78</sup> en de toen ontvouwde gedachtengang was vrijwel in zijn geheel in het advies van de Commissie Banning aan te treffen.<sup>79</sup>

Barnhoorn propageerde dit onderdeel van het advies van de Commissie Banning ook in de Commissie Kraus, waar het niet alleen met instemming werd begroet, maar tevens werd aangegrepen om het verder buiten beschouwing te kunnen laten.<sup>80</sup>

De commissie schaarde zich volledig achter de stelling in het rapport van de Commissie Banning dat 'geestelijke gezondheid en lichamelijk welzijn dusdanig nauw met elkaar verbonden (zijn) dat het niet langer verantwoord is de geestelijke gezondheidszorg als een geheel op zichzelf staand gebied, min of meer als buitenbeentje, te beschouwen'.<sup>81</sup> Deze opvatting had haar neerslag gekregen in het voorstel een aparte afdeling voor de geestelijke volksgezondheid in de voorgestelde centrale dienst in te richten. Ook het idee om in elk van de 20 districtsgezondheidsdiensten een afdeling voor de geestelijke gezondheidszorg in te stellen onder leiding van een sociaal-psychiater was hierop gebaseerd. Deze psychiater zou het gehele werkterrein van de geestelijke gezondheidszorg in zijn district moeten leiden, gebruik makend van de reeds aanwezige voorzieningen van particuliere organisaties en gemeentelijke provinciale overheden en zelf pas inspringend wanneer deze te kort zouden schieten.<sup>82</sup>

De mogelijkheid dat de opvang, de begeleiding en behandeling van geestelijk gestoorden in inrichtingen en voor- en nazorgdiensten onder het toezicht van deze sociaal-psychiater zou kunnen vallen, was voldoende voor de Commissie Kraus om

af te zien van een eigen invulling van zoiets als een Districts- of Streekconsultatiebureau voor de Geestelijke Volksgezondheid.<sup>83</sup>

Toen het rapport van de Commissie Banning in de la bleek te zijn verdwenen, wilde de Commissie Kraus niet meer op haar schreden terugkeren. De hoop werd nu gevestigd op de Centrale Commissie voor de Volksgezondheid.<sup>84</sup>

Ook Querido was overgehaald, zoals hij nog eens in een memorandum onderstreepte: de organisatorische en bestuurlijke aspecten moeten door een algemene Wet op de organisatie van de Volksgezondheid geregeld worden en dit onderwerp hoort bij de Centrale Commissie voor de Volksgezondheid en niet bij de Commissie Kraus thuis.<sup>85</sup>

In de inleiding van het wetsontwerp waar de Commissie Kraus uiteindelijk mee naar buiten kwam, werd dit uitgangspunt nog eens heel nadrukkelijk geformuleerd: 'Iedere discriminatie zoals deze thans nog bestaat, moet in het nadeel der volksgezondheid geacht worden te zijn; zowel de wijze waarop de voorzieningen worden gefinancierd als waarop zij ter beschikking van de hulpzoekenden komen, behoort in beginsel voor alle zieken, van welke aard ook, gelijk te zijn'.<sup>86</sup>

#### *De financiering van de geestelijke gezondheidszorg*

De discussie over de vraag in hoeverre de financiering van de geestelijke gezondheidszorg een uitzonderingspositie ten opzichte van de overige gezondheidszorg moest innemen had een zelfde verloop.

Veel tijd werd aanvankelijk ingeruimd voor de uitwerking van het idee om een apart Algemeen Fonds voor de geestelijke gezondheidszorg in te stellen. Met name Pameyer had hier fundamentele bezwaren tegen. Hij had die al eerder geventileerd op de algemene ledenvergadering van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie en Neurologie: 'Wij streven ernaar dat de geestelijke gezondheidszorg zal worden beschouwd en behandeld als gelijkwaardig met de lichamelijke gezondheidszorg. Wij verfoeien iedere discriminatie. Laat er ons dan ook naar streven dat de kostenregelingen zoveel mogelijk met elkaar overeenstemmen. Dit geldt zowel voor de subsidiëring van de instellingen als voor de betaling van de verpleegkosten'.<sup>87</sup>

Pameyer werkte deze stelling in de Commissie Kraus verder uit. Net als Querido was hij van mening dat de Armenwet zo snel mogelijk als financieringskanaal voor de opnemings in een inrichting diende te verdwijnen. Hij verzette zich echter tegen de constructie van het Algemeen Fonds, omdat dat wederom een uitzonderingspositie voor de verpleging, behandeling en begeleiding van geesteszieken zou inhouden. Alleen voor diegenen voor wie langdurige of levenslange verpleging in een inrichting nodig was, zou een afzonderlijke financieringsregeling nodig kunnen zijn, waarvoor de kosten door gemeenten en Rijk gedragen zouden moeten worden. Voor het overige zou aansluiting gezocht moeten worden bij de reguliere financieringswijze van de verpleging en behandeling van lichamelijke zieken en dat was via het ziekenfonds, aldus Pameyer. Hij verwees daartoe naar het inmiddels bekrachtigde Ziekenfondsbesluit van 1941 en de beslissing krachtens dit besluit om de verpleging in ziekenhuizen en in sanatoria voor tuberculosebestrijding, zij het nog op beperkte schaal, in aanmerking voor vergoeding uit het ziekenfonds te laten komen. De ratio hiervoor lag in de veronderstelde curatieve werking van deze verstrekkingen. Dit werd door Pameyer ook beargumenteerd voor de verpleging in een psychiatrische

inrichting, waarbij hij in het bijzonder een parallel met de tuberculosebestrijding trok. Welke financiering er voor de consultatiebureaus, de voor- en nazorgdienst, het Medisch Opvoedkundig Bureau, het Bureau voor Levens- en Gezinsmoeilijkheden en de andere voorzieningen voor geestelijke volksgezondheid moest komen, liet Pameyer verder in het midden.<sup>88</sup>

De Commissie deelde de bezwaren van Pameyer tegen een Algemeen Fonds voor de geestelijke gezondheidszorg en boog zich vervolgens over de precieze betrokkenheid van het ziekenfonds bij de geestelijke gezondheidszorg. Ook de discussie hierover werd na enige vergaderingen weer afgebroken met hetzelfde argument als ten aanzien van de organisatie en het bestuur was gehanteerd: dit onderwerp diende verder uitgewerkt te worden in de Centrale Commissie voor de Volksgezondheid en in de kersverse Ziekenfondsraad.<sup>89</sup>

### *3. Géén Wet op de Geestelijke Volksgezondheid*

In de toelichting op het wetsvoorstel dat de Commissie Kraus na tweeëneenhalf jaar werken in mei 1948 naar buiten bracht, werd de ontwikkeling die de Commissie in die tijd had doorgemaakt nog eens samengevat. Begonnen met het idee van een Wet op de Geestelijke Volksgezondheid waarin de organisatie, het bestuuren de financiering van de geestelijke gezondheidszorg geregeld zou zijn te zamen met de psychiatrisch-juridische maatregelen voor geesteszieken, was men uitgekomen bij een wetsvoorstel voor het laatste alleen. De Commissie had daarvoor achtereenvolgens twee soorten inperkingen aangebracht: naar de reikwijdte van het aantal typen voorzieningen dat door de wet geregeld moest worden en ten aanzien van het aantal facetten dat krachtens de wet geregeld moest worden.

Om de inperking van de reikwijdte te verantwoorden werd de volgende indeling van het terrein van de geestelijke gezondheidszorg gegeven:

1. het zuiver preventieve werk ten behoeve van gezonden;
2. de randgebieden ten behoeve van bedreigden;
3. het curatieve gebied ten behoeve van geesteszieken.

Het zuiver preventieve werk hoorde volgens de Commissie überhaupt niet in een Wet op de Geestelijke Volksgezondheid thuis, maar zo nodig in bijzondere wetten als Onderwijswetten, Kinderwetten en dergelijke.<sup>90</sup>

Onder de randgebieden schaarde de Commissie Kraus de Medisch Opvoedkundige Bureaus, Bureaus voor Levens- en Gezinsmoeilijkheden en psychotherapeutische instituten, naast observatiehuizen en neuroseklinieken.<sup>91</sup> Anders dan Kat in 1945 vond de Commissie Kraus nu dat de organisatie en financiering van dergelijke voorzieningen niet krachtens een wet geregeld zouden moeten worden. Dat slechts enkele van deze voorzieningen een zekere ontwikkeling hadden doorgemaakt en andere nog pas aan het begin van hun ontwikkeling verkeerden of zelfs slechts als desideratum op papier stonden, werd nu door de Commissie Kraus als argument gehanteerd om juist géén wettelijke regeling hiervoor te treffen. Bovendien wees de Commissie erop dat er voor deze voorzieningen nog een dermate groot gebrek aan geschoold personeel bestond, dat een wettelijke regeling niet tot praktische uitvoering zou kunnen komen.<sup>92</sup> In de Commissie was bovendien al eerder vastgesteld dat er eigenlijk geen wet voor nodig was om beunhazerij en versnippering van deze voorzie-

ningen te voorkomen. Subsidieregelingen gecombineerd met een rijkstoezicht zouden voldoende moeten zijn.<sup>93</sup>

Onder de curatieve voorzieningen schaarde de Commissie tenslotte de psychiatrische inrichtingen en de instellingen voor voor- en nazorg. Zij kwamen in aanmerking voor een aparte wettelijke regeling, beperkt tot de psychiatrisch-juridische facetten, ter vervanging van de bestaande Krankzinnigenwet.

Het voorstel dat de Commissie uiteindelijk lanceerde was dan ook geen wet op de geestelijke volksgezondheid meer, maar een *Wetsvoorstel betreffende Geestelijk Gestoorde*. Dit wetsvoorstel bevatte nog slechts een regeling van de ondertoezichtstelling van hen, die ten gevolge van geestelijke stoornissen gevaar opleverden voor zichzelf, voor anderen of voor de openbare orde, dan wel ten gevolge van geestelijke stoornissen niet in staat waren hun belangen of de belangen van anderen te behartigen.<sup>94</sup>

Zo was Querido na zijn uitstapjes weer terug bij zijn eerste en belangrijkste punt van zorg: een wettelijke bescherming en steun voor de geestelijke gestoorde.

In de loop van de tweeëneenhalf jaar dat de Commissie Kraus bezig was, waren zowel de technische als de politieke argumenten tegen een wet op de geestelijke volksgezondheid duidelijk geworden.

De technische bezwaren kwamen erop neer dat toepassing van de wet in het bestaande veld vrijwel onmogelijk zou zijn door:

- de grote heterogeniteit van het te ordenen veld van zorg;
  - de grote verschillen in ontwikkelingsfase, opzet en maatschappelijke betekenis van de diverse voorzieningen die onder de wet zouden moeten vallen;
  - de onmogelijkheid voor de onder de wet vallende subjecten om aan de vereisten te gaan voldoen in verband met het grote tekort aan geschoold personeel en financiën.
- Ten dele als technisch bezwaar, maar daarnaast toch vooral als politieke belemmering gold het feit dat er langzamerhand wel erg veel verschillende groepen bij de geestelijke gezondheidszorg betrokken waren geraakt, met allerlei vaak ten opzichte van elkaar tegenstrijdige belangen. Bovendien speelden er diverse nog niet opgeloste controverses over de inhoud en opzet van de geestelijke gezondheidszorg. Deze verschillen, tegenstellingen en controverses waren te groot dan dat een wettelijke regeling een redelijke kans van slagen gehad zou hebben.

Een benadering van de wetgeving als instrument om condities te scheppen voor een *toekomstige* geestelijke gezondheidszorg, die stap voor stap ingevuld zou kunnen worden, werd verworpen. Op deze benadering hadden Kat en in mindere mate ook Querido in 1945 nog de hoop gevestigd.

Deze hantering van de wet had eind jaren veertig echter geen schijn van kans meer. De doelstelling van een samenhangende landelijk structuur voor de geestelijke gezondheidszorg was naar de verre toekomst verschoven en het maatschappelijk draagvlak voor een wet die dit zou regelen, was buitengewoon smal geworden. De wetgevingsinspanningen op dit terrein schrompelden weer in tot de hervormingspogingen van de Krankzinnigenwet, alleen met het oog op een betere psychiatrisch-juridische bejegening en behandeling van geestelijk gestoorde volwassenen.

Wat betreft de instrumenten voor de realisering van de resterende beleidsoogmerken zou de rijksoverheid terug kunnen vallen op het zich ontwikkelende subsidiebeleid en de toezichthoudende rol van de Inspectie.

#### 4. De Reorganisatiecommissie voor de Geestelijke Volksgezondheid

De Commissie Kraus rondde haar besprekingen af op 29 mei 1948 en op 1 juli 1948 werd het rapport officieel door de gezamenlijke besturen van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie en Neurologie en de NFGV aan de minister van Sociale Zaken aangeboden.<sup>95</sup>

Er volgde daarnaast een uitgebreide presentatie van het wetsvoorstel in vakbladen en op studiebijeenkomsten.<sup>96</sup> Het resultaat van een en ander was weer dat de in 1948 aangetreden directeur-generaal van de Volksgezondheid en socialistisch partijgenoot van Querido, P. Muntendam, bemiddelde bij het besluit om het beraad over het voorstel van de Commissie Kraus te doen voortzetten in een commissie waarvoor nu ook de particuliere organisaties konden worden uitgenodigd.

De door de NFGV in haar advies van 1945 voorgestelde Reorganisatiecommissie voor de Geestelijke Volksgezondheid leek hiervoor een geschikt forum. Op 15 juni 1948 werd via een formele beschikking de *Reorganisatiecommissie voor de Geestelijke Volksgezondheid* ingesteld door de minister van Sociale Zaken, mede namens zijn ambtgenoten van Binnenlandse Zaken, Onderwijs, Kunsten Wetenschappen, Justitie, Oorlog en Marine.<sup>97</sup>

Krachtens de instellingsbeschikking kreeg de Reorganisatiecommissie allereerst tot taak de minister te adviseren over wijziging van of aanvullingen op bestaande wettelijke regelingen op het gebied der geestelijke gezondheidszorg. Hiermee werd in het bijzonder de Krankzinnigenwet bedoeld. Voorts zou de commissie moeten komen met voorstellen voor andere maatregelen voor een doeltreffende organisatie van de zorg. Vervolgens zou ze ook moeten adviseren over de vorming van het nodige medische, sociale en psychologische kader voor de geestelijke gezondheidszorg. Aan deze opdracht, die grotendeels overeenkwam met de aanbevelingen van de NFGV, was tenslotte nog als taak toegevoegd 'het zedelijke peil van de het Nederlandse volk te verheffen'.<sup>98</sup>

Door deze laatste toevoeging werd de samenstelling nog breder dan al voorzien was in het advies van de NFGV. Maar liefst 22 overheidsfunctionarissen, vertegenwoordigers van particuliere organisaties en allerlei deskundigen op deelterreinen werden in de instellingsbeschikking als leden van de Reorganisatiecommissie aangewezen.<sup>99</sup>

Na de instellingsbeschikking duurde het nog ruim een jaar voor de commissie daadwerkelijk geïnstalleerd werd. Afgezien van enkele vertragingstactieken van deze of gene – een reactie van de katholieke organisaties op het wetsvoorstel van de Commissie Kraus kwam pas in de zomer van 1949 beschikbaar<sup>100</sup> –, werd dit veroorzaakt door een gebeurtenis die zich direct na de formele instelling afspeelde en die wel moest doorwerken, zowel in de taakstelling als in de samenstelling van de commissie. Ik doel hier op het World Congress on Mental Health dat in de zomer van 1948 in Londen gehouden werd. Dit congres drukte een belangrijke stempel op de taak en uiteindelijke samenstelling van de Reorganisatiecommissie voor de Geestelijke Volksgezondheid, die ten lange leste op 27 september 1949 werd geïnstalleerd.

De minister van Sociale Zaken legde in zijn installatierede de verbinding met de World Federation for Mental Health wel heel expliciet door de hoop uit te spreken, dat Nederland via de werkzaamheden van de Reorganisatiecommissie een belangrijke bijdrage zou gaan leveren aan de realisering van de doelstellingen, die genoemd



waren in het document dat op het Wereldcongres in 1948 was vastgesteld.<sup>101</sup>

De voorzitter van de Reorganisatiecommissie, P. Muntendam, werkte dit in zijn antwoordrede nog verder uit. Na te hebben vastgesteld dat 'het International Congress on Mental Health (...) werd beheerst door vraagstukken die verband houden met de verhouding van individuen onderling, van de enkeling tot de gemeenschap, van de groepen tegenover elkaar en van de mens tot het hedendaagse wereldgebeuren, vraagstukken welke het arbeidsterrein vormen van arts, psycholoog, anthropoloog, socioloog, econoom, politicus en geestelijke, kortom van iedere werker wiens arbeid nauw verband houdt met de menselijke verhoudingen in de samenleving', stelde Muntendam zelfs: 'Dezelfde problemen hebben ook deze commissie bij elkaar gebracht'. Hij zag dan ook als opdracht van de commissie: 'het ordening brengen in de maatregelen welke de bevordering der geestelijke volksgezondheid beogen, omdat slechts geestelijk gezonden tezamen een geestelijk gezond volk vormen en slechts geestelijke gezonde volkeren tezamen een wereldgemeenschap kunnen doen groeien, waar vrede en liefde de criteria van het ware levensgeluk zijn'.<sup>102</sup>

De samenstelling van de commissie was hier ook naar. Uiteindelijk ruim 50 leden en ambtelijke deelnemers zaten bij de installatie rond de tafel, in de kennelijke hoop dat zij gezamenlijk het gehele werkterrein van de geestelijke volksgezondheid zouden vertegenwoordigen. Een argumentatie voor deze samenstelling op grond van een oordeel over wat wel en (vooral) wat niet tot het werkterrein van de geestelijke volksgezondheid werd gerekend, ontbrak echter geheel.<sup>103</sup> Net als bij de gereorganiseerde Nationale Federatie in 1946 werd in de Reorganisatiecommissie een zekere ordening van het terrein aangebracht door het werk te verdelen in een zestal hoofdonderwerpen, die vervolgens werden toebedeeld aan zes secties, waarover de leden van de Reorganisatiecommissie, aangevuld met deskundigen, werden ondervraagd.

De bijzonder ambitieuze opzet van deze hele onderneming, de onbepaaldheid van het steeds maar verder uitdijende werkterrein en de gecompliceerde werkwijze die men had gekozen – dit alles leidde ertoe dat men de zaak absoluut niet in de hand kon houden. De vergaderingen van de secties begonnen te verlopen, men ging over op een lagere frequentie en rond 1953 waren de meeste secties gestopt met vergaderen. Sommige secties vormden het forum voor relevante discussies – we komen hierop nog terug – en enkele secties leverden nog een rapport af, maar andere kwamen zelfs hier niet meer aan toe. Een poging om het werk tot een geheel samen te smeden mislukte. Na de installatievergadering in 1949 kwam de Reorganisatiecommissie bovendien niet meer in pleno bijeen en een eindverslag is nooit officieel naar buiten gebracht.<sup>104</sup>

Het ontwerpen van een wet voor de geestelijk gestoorde, de directe aanleiding om de Reorganisatiecommissie in 1948 in te stellen, was het enige onderwerp waarmee men doorging. In 1954 kon daardoor een compleet wetsontwerp ter vervanging van de Krankzinnigenwet aan het ministerie van Justitie ter verdere uitwerking aangeboden worden, maar vervolgens is ook dit produkt van de Reorganisatiecommissie in de versukkeling geraakt. Zelfs tot een beperkte vervanging van de Krankzinnigenwet is het sindsdien niet meer gekomen.<sup>105</sup>

## h. Terug bij af

De mislukking van de Reorganisatiecommissie voor de Geestelijke Volksgezondheid markeerde het definitieve einde van het naoorlogse streven om de organisatie, het bestuur en de financiering van de geestelijke gezondheidszorg in één landelijk samenhangende, wettelijk geregelde structuur te ordenen.

De instelling van de Reorganisatiecommissie lijkt in dit opzicht op de pompeuze aanhef van het laatste deel van een stuk, waarvan de ouverture al voor de Tweede Wereldoorlog was gespeeld (de oprichting van de NFGV, 1934) en het tweede deel met een krachtige klarenstoot direct na de bevrijding begon (de ordeningsplannen van Querido en Kat, 1945). Het derde deel bestond (na de instelling van de Reorganisatiecommissie, 1949) uit enkele langzaam wegstervende klanken.

Het ordeningsstreven had al vanaf de aanvang, in het begin van de jaren dertig, een tweeslachtig karakter. Enerzijds was men gericht op ordening van een bestaand veld, anderzijds moest die ordening dat veld eigenlijk gaan vormen; voor het eerste ging men uit van de premisse dat dat veld ook inderdaad was af te grenzen, met het tweede moest de juistheid van die premisse bewezen worden.

Het voorgestelde beleid blijkt dus ook nog een ander oogmerk te hebben gehad dan alleen het creëren van een doelmatiger structuur. Die nieuwe structuur moest aan de geestelijke gezondheidszorg een eigen identiteit verschaffen, een identiteit die in de praktijk nog niet aanwezig was.

In de ordeningsvoorstellen van Querido en Kat en in mindere mate ook in het advies van de NFGV komt deze bedoeling tot uiting in het streven naar een eigen structuur voor de geestelijke gezondheidszorg. Met de rationale van een *doelmatige* structuur beoogden deze voorstellen immers vooral een *aparte* structuur te creëren voor het totaal van de voorzieningen, dat na de reorganisatie van de NFGV ook institutioneel en niet slechts ideëel onder de vlag van de geestelijke gezondheid was geschaard. Het eigene zou dan bevestigd moeten worden in een aparte organisatie (met het consultatiebureau als spil), een apart besturend systeem (het radenstelsel) en een aparte financieringsstructuur (het Algemeen Fonds).

De onhoudbaarheid van de premisse, dat wil zeggen het vrijwel ontbreken in de toenmalige praktijk van het veronderstelde verband, maakte de realiseringskansen van dit streven direct al buitengewoon klein. De opvatting als zou de geestelijke gezondheidszorg in één grote greep te regelen zijn, bleek naïef en veel te dirigistisch voor de Nederlandse samenleving. De restauratie van de verzuiling, het verder doorbreken van het particulier initiatief en het van kracht worden van het Ziekenfondsbesluit speelden hierbij een doorslaggevende rol. Ook in de beperktere professionele kring van de toenmalige geestelijke gezondheidszorg raakte men echter doordrongen van de onwenselijkheid en technische onhoudbaarheid van de voorstellen.

In plaats van te streven naar een samenhangend stelsel van geestelijke gezondheidszorg gingen de NFGV, de landelijke verbonden van werksoorten, het Rijk en het Praeventiefonds zich toeleggen op de afzonderlijke delen van het veronderstelde stelsel van geestelijke gezondheidszorg. De beschikbare middelen werden aangewend voor de totstandkoming van meer en beter gespreide voorzieningen, een betere kwaliteit en, ten behoeve daarvan, een verbetering en uitbreiding van de opleidingsmogelijkheden van de diverse beroepsbeoefenaren.

## 4. De ontwikkeling van de Sociaal Psychiatrische Dienst

### a. Eenheid in verscheidenheid

De analyse van de ontwikkelingsgeschiedenis van de psychiatrische voor- en nazorg is in het eerste deel onderbroken midden in een proces waarbij deze zorg zich in de grote steden consolideerde bij de gemeentelijke diensten, terwijl daarbuiten het organisatorische en financiële zwaartepunt zich bewoog naar het provinciale niveau. Deze trek naar het provinciale niveau gebeurde niet alleen 'van beneden naar boven' – afzonderlijke diensten gingen op in, of werden gecoördineerd door een provinciale dienst; de gemeentelijke bijdragen liepen via het provinciale niveau; de financiële betrokkenheid van de provincie nam toe –, maar ook 'van boven naar beneden'. Het duidelijkst kwam dit laatste naar voren in de langzame terugtrekking van de Centrale Vereniging ter Behartiging van de Maatschappelijke Belangen van Zenuw- en Zielszieken uit dit veld, zonder dat daarvoor een ander landelijk verband voor de voor- en nazorg in de plaats kwam.

Toen Meijers in 1948 terugtrad als voorzitter van de Centrale Vereniging, deed hij nog een laatste vertwijfelde poging om de coördinerende taak van deze vereniging terug te halen: 'De bedoelde nieuwe taak zou dan zijn meer in algemene zin de belangen van de voor- en nazorg te behartigen. De Centrale Vereniging zou dan een overkoepelende instantie vormen'.<sup>1</sup> Hij herhaalde deze wens nog eens ter gelegenheid van het 25-jarige bestaan van de vereniging in 1950.<sup>2</sup> Het is er niet van gekomen. Het eerstvolgende initiatief op dit gebied werd pas in 1959 in de katholieke zuil genomen. In dat jaar werd het landelijk Centrum Katholieke Voor- en Nazorgdiensten opgericht.<sup>3</sup>

De NFGV was nauwelijks betrokken bij de psychiatrische voor- en nazorg. Deze organisatie was, waar het de werksoorten betrof, vooral gericht op het Medisch Opvoedkundig Bureau, de Bureaus voor Levens- en Gezinsmoeilijkheden, de ambulante psychotherapie en de alcoholismebureaus. De afzijdigheid van de NFGV bij de voor- en nazorg sloot aan bij het vrijwel ontbreken van een betrokkenheid van de landelijke overheid en het Praeventiefonds bij deze werksoort. Door deze instanties werd slechts een geringe subsidie aan de psychiatrische voor- en nazorg verstrekt en dat hield weer verband met de traditionele financiële betrokkenheid van de gemeenten en provincies bij de voor- en nazorg.

De druk van de NFGV op de rijksoverheid om zich financieel met de voor- en nazorg te occuperen, was in deze jaren ook niet groot; waarom zou men de schaarse rijkssubsidie voor de geestelijke volksgezondheid nog eens gaan delen met de voor- en nazorg als de lagere overheden deze werksoort al steunden?

Het opzetten, in stand houden en financieren van de voor- en nazorg bleef daardoor, met uitzondering van het joodse consultatiebureau, een zaak van plaatselijke en pro-

vinciale particuliere organisaties, gemeenten en provincies. Invloed van de landelijke organisaties en instanties was er overigens wel, maar die liep slechts via de dunne lijnen van de vertegenwoordigingen in de besturen van de plaatselijke en provinciale instellingen. Zo waren onder andere de landelijke kruisverenigingen, de landelijke verenigingen van psychiatrische inrichtingen, de beroepsverenigingen en de beide inspecties bij de voor- en nazorg betrokken.

Het is duidelijk dat in deze situatie van een volledig ontbreken van ieder landelijk beleid de ontwikkeling van de psychiatrische voor- en nazorg over al die stedelijke en provinciale initiatieven niet anders dan extreem versnipperd kon zijn.

Des te opmerkelijker is het, dat desondanks een grote mate van homogeniteit optrad in de *opzet* van de voor- en nazorgdiensten (staf), hun *organisatie* (los van de psychiatrische inrichting) en hun *werkzaamheden* (een verschuiving van nazorg naar voorzorg) – een eenheid in verscheidenheid, die aanwijzingen bevat voor kennelijk krachtig werkende structurele factoren, die onafhankelijk van plaatselijke en provinciale omstandigheden een rol speelden.

In het navolgende wordt de verdere ontwikkeling van de voor- en nazorgdiensten nader onderzocht.

## **b. Aantal, omvang en kosten van de psychiatrische voor- en nazorgdiensten**

De zorgelijke economische omstandigheden van de vooroorlogse jaren werkten als een motor op de expansie die de psychiatrische voor- en nazorg in deze jaren kon doormaken. Zoekend naar mogelijkheden om de last van de steeds duurder wordende gestichtsverpleging te verlichten ontdekten gemeenten en provincies de psychiatrische voor- en nazorg.

Terecht of niet, op grond van het bezuinigingsargument gingen zij over tot het steunen en stimuleren van deze voorziening met behulp van gelden die van de verpleegkostensubsidie werden afgetapt. Met dergelijke dubbelbesluiten werd ook de verdere groei van de voor- en nazorg in de oorlogsjaren en daarna mogelijk gemaakt.

Het gevolg was, dat het aantal en de omvang van de voorzieningen voor psychiatrische voor- en nazorg in de periode 1940-1952 belangrijk kon toenemen. Begin 1953 was er een netwerk van voor- en nazorgdiensten opgebouwd, waarmee vrijwel het gehele land werd bestreken. Dit netwerk omvatte ruim 30 voor- en nazorgdiensten, die bijna 85 consultatiebureaus onderhielden, van waaruit op meer dan 125 lokaties spreekuren werden gehouden. Naar schatting waren 20 psychiaters vast en zo'n 35 psychiaters voor enkele dagen per maand aan deze bureaus verbonden, naast zo'n 65 sociaal-psychiatrisch verpleegkundigen in volledig dienstverband. De gezamenlijke uitgaven voor deze voor- en nazorgdiensten bedroegen in 1952 naar schatting ruim 1 miljoen en de financiering daarvan geschiedde grotendeels uit gemeentelijke en provinciale bijdragen. In nevenstaande tabel zijn deze cijfers per provincie en grote stad gerangschikt.

In de tabel is allereerst te zien dat in Amsterdam in 1952 de hegemonie van de voor- en nazorgdienst van de GG en GD al was doorbroken. In totaal 4 verschillende voor- en nazorgdiensten functioneerden er op dat moment in de hoofdstad. De gemeentelijke voor- en nazorgdienst nam hier overigens met zijn 3 psychiaters, 5 psychiatrisch

Aantal, spreiding, opzet en uitgaven voor- en nazorgdiensten 1952.

	Aantal voor- en nazorg diensten	Aantal consultatiebureaus	Aantal spreekuuradressen	Artsen*		Verpleegkundigen vast	Uitgaven** in f
				vast	op uurbasis		
Groningen	1	1	3	2	—	4	60.000
Friesland	1	2	4	1	—	2	40.000
Drenthe	1	2	4	1	—	2	50.000
Overijssel	3	14	14	1	2	3	50.000
Gelderland	4	20	20	1	8	4	50.000
Utrecht	3	4	7	2	2	4	110.000
Noord-Holland							
— Amsterdam	4	4	5	6	—	8	170.000
— Haarlem	1	1	2	1	—	2	50.000
— Overig	1	9	18	—	8	11	110.000
Zuid-Holland							
— Rotterdam	1	1	2	3	—	5	116.000
— Den Haag	1	1	2	2	—	4	85.000
— Leiden	1	1	1	1		2	50.000
— Overig	5	6	20	—	6	6	42.000
Zeeland	2	4	10	—	2	2	20.000
Noord-Brabant	1	10	10	—	7	2	20.000
Limburg	1	4	4	—	2	3	16.000
Totaal	31	84	126	21	37	64	1.039.000

\* 'vast' betekent in dienst van de instelling en geheel of gedeeltelijk beschikbaar ten behoeve van de voor- en nazorg; 'op uurbasis' betekent gecontracteerd voor enkele uren per week of maand ten behoeve van de voor- en nazorg.

— betekent geen personeel in de betreffende categorie aanwezig.

\*\* de meeste uitgaven zijn schattingen.

(Bron: Van der Grinten, 1987, hoofdstuk 1.)

geschoolde verpleegkundigen en een exploitatie van f 106.000,— nog steeds veruit de belangrijkste plaats in.<sup>4</sup> De drie andere voor- en nazorgdiensten waren van joodse, gereformeerde en hervormde signatuur, terwijl er nog een katholieke dienst in op-richting was.<sup>5</sup>

De in staf en omvang vergelijkbare evenknie van de Amsterdamse gemeentelijke dienst in Rotterdam en de iets kleinere dienst in Den Haag bezaten nog wel een monopolie, dat overigens spoedig daarna eveneens doorbroken zou worden door hervormde initiatieven.<sup>6</sup>

Uit de tabel is vervolgens af te leiden, dat in de zuidelijke provincies de voor- en nazorg weinig voorstelde: geen artsen in vaste dienst, relatief weinig verpleegkundigen en een laag niveau van uitgaven.

Tenslotte was ook de voor- en nazorg in Overijssel en Gelderland bescheiden van niveau. Dat blijkt uit de versnippering over verschillende (verzuilde) diensten, die weliswaar op zeer veel plaatsen spreekuur hielden, maar dat moesten doen met een kleine staf en een relatief klein budget.

In aantal hadden de voor- en nazorgdiensten in 1953 hun grootste groei al achter zich: tien jaar later waren er 36 en in 1968 functioneerden er 41, een aantal dat daarna nauwelijks meer veranderde.<sup>7</sup>

### **c. De organisatorische verwijdering tussen voor- en nazorg en psychiatrische inrichting**

#### *1. Algemeen overzicht*

Alhoewel er grote kwaliteitsverschillen bestonden tussen de instellingen onderling en de organisatie en de bestuursvorm van de verschillende voor- en nazorgdiensten uitermate heterogeen waren, ontstond er ten aanzien van één aspect van de organisatie een opvallende homogeniteit. Dit betrof de positie van de voor- en nazorgdiensten ten opzichte van de psychiatrische inrichtingen. In 1953 waren vrijwel alle voor- en nazorgdiensten ondergebracht in los van de psychiatrische inrichting staande instellingen. Slechts 2 inrichtingen onderhielden in dat jaar nog een buitendienst, zoals nevenstaande tabel laat zien.

In 1940 onderhielden de katholieke inrichtingen al geen buitendienst meer. De buitendiensten van Voorburg te Vught en de inrichtingen te Venray waren overgeheveld naar de provinciale stichtingen voor geestelijke volksgezondheid en de andere katholieke inrichtingen begonnen er al helemaal niet meer aan. Zij maakten meteen gebruik van de zelfstandige voor- en nazorgdiensten, al of niet van katholieke signatuur.<sup>8</sup>

In de tabel wordt ook de bijzondere belangstelling van de protestantse instellingen voor de buitendiensten zichtbaar. Pas toen aan het eind van de jaren veertig de zelfstandiging van de voor- en nazorg ten opzichte van de inrichting zich overal doorzette, stopten ook zij met de instandhouding van deze diensten. Alleen de gereformeerde Valeriuskliniek in Amsterdam en de neutrale Willem Arntsz Stichting in Utrecht hielden eind 1952 nog een buitendienst in stand: een situatie die tot de RIAGG-vorming eind jaren zeventig zou voortduren.

Overzicht aantallen belangrijkste psychiatrische inrichtingen, hun buitendiensten en daarvan uitgaande spreekuren in 1940, 1949 en 1953.

	1940			1949			1953		
	Inrichtingen	Buitendienst	Spreekuren	Inrichtingen	Buitendienst	Spreekuren	Inrichtingen	Buitendienst	Spreekuren
Provinciale inrichtingen: 3 in Noord-Holland	3	—	—	3	—	—	3	—	—
Gemeentelijke inrichtingen:									
1 in Rotterdam	1	1	2	1	1	2	1	—	—
1 in Leiden	1	1	1	1	1	1	1	—	—
1 in Franeker	1	1	2	1	1	2	1	—	—
Overige neutrale inrichtingen	7	3	2	7	1	1	7	1	3
RK inrichtingen	13	—	—	13	—	—	13	—	—
Protestantse inrichtingen	9	8	24	9	7	11	10	1	1
Totaal	35	14	31	35	11	17	36	2	4

(Bron: Van der Grinten, 1987, hoofdstuk 1.)

## 2. Inrichtingen die doorgingen met hun buitendienst

In 1932 begon de Valeriuskliniek in Amsterdam met de buitendienst, in het bijzonder ten behoeve van de psychiatrische inrichting Vogelenzang en als universitaire buiten post van de Vrije Universiteit. Dat wilde men niet loslaten.<sup>9</sup>

De continuering van de buitendienst van de Willem Arntsz Stichting heeft een andere achtergrond. In de provincie Utrecht werd de psychiatrische voor- en nazorg al vanaf 1928 verzorgd door de buitendienst van de op alle gezindten gerichte Willem Arntsz Stichting. Daarnaast werden er voor de Tweede Wereldoorlog in deze provincie ook spreekuren gehouden en huisbezoeken afgelegd door de buitendienst van de hervormde psychiatrische inrichting Zon en Schild in Amersfoort.

De aanwezigheid van een goed geoutilleerd consultatiebureau voor alle gezindten in de stad Utrecht had al voor de oorlog aan de gemeente Utrecht de noodzaak ontnomen om een met de Amsterdamse of Haagse voor- en nazorg vergelijkbare gemeentelijke dienst op te zetten. Om toch tot een gemeentelijke bijdrage op dit terrein te

komen was de psychiater van de buitendienst van de Willem Arntsz Stichting tevens voor een deel aangesteld als ambtenaar van de GG en GD, met de opdracht het contact te onderhouden met de verschillende inrichtingen en de voor- en nazorgbureaus, die bemoeienis hadden met patiënten afkomstig uit de stad; een regeling die eind 1952 nog niet veranderd was.<sup>10</sup> Ook daarna werd deze constructie gehandhaafd, waarbij de GG en GD van de gemeente Utrecht zich vooral ging toeleggen op de jeugdpsychiatrie.<sup>11</sup>

De buitendienst van de Willem Arntsz Stichting had in de jaren voor en direct na de Tweede Wereldoorlog zelfs min of meer het karakter van een provinciale voor- en nazorgdienst, mede vanwege het feit dat de buitendienst van Zon en Schild in die jaren niet veel betekenis had.

Pogingen vanuit de Willem Arntsz Stichting om deze positie ook te consolideren liepen echter vast, enerzijds op het inmiddels verzuilde organisatiepatroon van de psychiatrische inrichtingen in Nederland, anderzijds door de verder oprukkende verzuiling. Al eerder is in deze studie uiteengezet hoe de psychiatrische inrichtingen in Nederland zich, op enkele uitzonderingen na, niet per verzorgingsgebied ontwikkeld hadden. In dit patroon bleek geen plaats te zijn voor het ideaal van de Willem Arntsz Stichting om uit te groeien tot een streekziekenhuis met een buitendienst als verlengstuk hiervan.<sup>12</sup>

In 1952 werd bovendien de buitendienst van Zon en Schild omgezet in een zelfstandige protestants-christelijke voor- en nazorgdienst, begin 1953 gevolgd door een katholiek initiatief. In 1953 functioneerden er in de provincie Utrecht in totaal dus 3 verschillende voor- en nazorgdiensten.<sup>13</sup>

De algemene voor- en nazorgdienst van de Willem Arntsz Stichting werd aan het begin van de jaren vijftig dus als het ware 'uitgekleed' ten gunste van een verzuilde organisatie van de zorg. De twee nieuwe verzuilde organisaties, de protestantse en de katholieke stichting, stonden organisatorisch los van een inrichting, de voor- en nazorgdienst van de Willem Arntsz Stichting bleef nauw verbonden met de inrichting. Enige samenwerking tussen deze diensten was er overigens wel. Zowel de protestantse als de katholieke voor- en nazorgdienst maakten voor hun spreekuren in de stad Utrecht – en voor de protestantse dienst gold dat ook voor de spreekuren buiten de stad Utrecht – nog gedurende enkele jaren gebruik van dezelfde lokaliteiten als het consultatiebureau van de Willem Arntsz Stichting.<sup>14</sup>

### *3. Het einde van de buitendienst van Maasoord*

In 1946 werd S. Speyer, voorheen waarnemend directeur van de GG en GD te Amsterdam, benoemd tot directeur van de GG en GD te Rotterdam. Een van zijn eerste daden vormde de beslissing om de gemeentelijke geestelijke gezondheidszorg in Rotterdam op te bouwen volgens het Amsterdamse model.

Realisatie van dat plan zou echter tevens het einde van de buitendienst van Maasoord moeten betekenen. Twee door de gemeente te onderhouden voor- en nazorgdiensten gericht op een zelfde populatie, dat zat er niet in. Desondanks bleek de leider van de buitendienst van Maasoord, W. van Dam, voor dit plan te voelen, getuige het dringende verzoek waarmee hij zich begin 1948 tot zijn geneesheer-directeur, Joh. van der Spek, wendde om in te stemmen met overheveling van de buitendienst naar de GG



en GD. Hij wees daarbij op het gestaag groeiende aantal voorzorggevallen waar de dienst bemoeienis mee had, de steeds grotere betekenis van de preventieve geestelijke gezondheidszorg in de zin van opname-vermijdende activiteiten en de versnippering over 3 diensten van wat in Amsterdam in één samenhangende organisatie zat: de voor- en nazorg (Maasoord), een psycho-technisch laboratorium geleid door een psychiater (GG en GD) en een half-time psychiater voor de nazorg van het Buitengewoon Lager Onderwijs (afdeling Onderwijs van de gemeente).

Van Dam voegde daar veelbetekendend aan toe: 'Wanneer de Buitendienst van Maasoord zich uit piëteitsoverwegingen tegenover Maasoord hiertegen zou verzetten, vrees ik, dat dit in de toekomst nadelige gevolgen zal hebben op de uitgroei van het werk van de Buitendienst. Immers het is nu eenmaal zo, dat bij de GG en GD als centraal lichaam van de Volksgezondheid van allerlei zijden de gevallen toestromen'.<sup>15</sup>

Joh. van der Spek reageerde niet direct op dit verzoek van de leider van zijn buitendienst, maar legde het eerst ter advisering voor aan de inspecteur voor het Krankzinnigenwezen in Zuid-Holland. Dat was Pameyer, dezelfde die de buitendienst in 1926 had gesticht en tot het toonaangevende voorbeeld van psychiatrische voor- en nazorg had opgebouwd. Hij mocht nu het vonnis vellen over zijn geesteskind.

Het was een duidelijk advies dat Pameyer uitbracht aan Van der Spek. Niet zonder spijt wees hij op de ontwikkeling die zijns inziens niet meer te keren was en waarin geen plaats meer was voor de buitendienst: 'Ik moet erkennen dat het belangrijke voordelen biedt wanneer de voor- en nazorg voor geesteszieken en de zorg voor zwakzinnigen, waaronder begrepen de nazorg voor de oud-leerlingen van het buitengewoon lager onderwijs en ook de contrôle op de opnemings van geesteszieken en zwakzinnigen in één hand zijn. In dit opzicht kunnen Amsterdam en 's-Gravenhage worden beschouwd als Rotterdam vóór te zijn (...). Ik voorzie dan ook dat op den duur aan wensen tot het bereiken van een dergelijke organisatie te Rotterdam geen weerstand geboden zal kunnen worden.

Aan de ene zijde zou zulk een organisatie mijn instemming hebben omdat zij inderdaad tot een alles op het gebied der geestelijke gezondheidszorg omvattende dienst zal leiden.

Aan de andere zijde echter zou ik het betreuren indien daardoor Maasoord in zekere zin zou terugvallen in zijn isolement van voor 1926'. Dit laatste vonnis werd echter wel door Pameyer gevelde: 'Wat het zwaarst is moet echter het zwaarst wegen. (...) Resumerend kom ik tot de conclusie dat er mijns inziens in beginsel wel termen zijn voor de geneesheer-directeur van Maasoord om tot het tot stand komen van een organisatie van de geestelijke gezondheidszorg te Rotterdam naar het voorbeeld van Amsterdam en 's-Gravenhage medewerking te verlenen'.<sup>16</sup>

Voor Joh. van der Spek gaf dit advies van Pameyer de doorslag om zich neer te leggen bij de opheffing van de buitendienst. In een aangrijpende brief aan de wethouder voor de Volksgezondheid van Rotterdam, de politiek verantwoordelijke voor zowel Maasoord als de GG en GD, gaf hij een toelichting op dit toch wel verrassend ruimhartige standpunt. Hij verzuimde daarbij overigens niet om ook nog eens uiteen te zetten, dat bij zijn afweging eveneens een rol had gespeeld het mislukken van zijn eigen pogingen om na de oorlog een modern centrum voor

geestelijke gezondheidszorg rond Maasoord op te bouwen, een mislukking die hij toeschreef aan het gebrek aan medewerking bij het gemeentebestuur.

Omdat dit centrum destijds geen haalbare kaart bleek te zijn, had Joh. van der Spek weinig argumenten meer over om de buitendienst vast te houden en daarmee de ontwikkeling van de geestelijke gezondheidszorg in het kader van de GG en GD te blokkeren. Teleurgesteld maar onzelfzuchtig trok hij deze consequenties zelf in zijn brief: '’t Is alleszins begrijpelijk dat de huidige Directeur van de Gemeentelijke Geneeskundige en Gezondheidsdienst (...) tracht om zijn eigen dienst in Amsterdamse geest uit te breiden en af te ronden, iets, wat noodwendig moet leiden tot liquidatie van de Buitendienst der Psychiatrische Inrichting Maasoord te Rotterdam (...). Ik formuleer met opzet de voor Maasoord tragische consequenties welke in het voorgaande gelegen zijn, niet. Van de teleurstellende persoonlijke aspecten, welke deze consequenties met zich meebrengen, zie ik uiteraard helemaal af, deze doen niet terzake. Maar wel moet ik, als Geneesheer-Directeur van Maasoord constateren, dat met de liquidatie van zijn Buitendienst, een der weinige draden, waardoor Maasoord nog verbonden is aan Rotterdam wordt verbroken. Langzaam voltrekt zich steeds meer de volkomen isolering van Maasoord, waaruit deze psychiatrische inrichting onder mijn zeer persoonlijke leiding zich sedert december 1930 tot mei 1940 juist gestaag weer had bevrijd'.<sup>17</sup>

Het duurde hierna overigens nog ruim drie jaar voor de plannen van de GG en GD werkelijkheid werden. In november 1951 werd de buitendienst met personeel en al van Maasoord overgeheveld naar de GG en GD van Rotterdam en te zamen met de daar reeds bestaande kleine afdeling Mentale Hygiëne omgevormd tot de *Afdeling Sociale Psychiatrie en Geestelijke Hygiëne*, tot hoofd waarvan in datzelfde jaar Barnhoorn werd benoemd. Deze zette zich vervolgens zeer energiek aan de opbouw van de nieuwe afdeling.<sup>18</sup>

#### 4. Structurele factoren

De belangrijkste factoren die ertoe hebben geleid dat de ambulante geestelijke gezondheidszorg in Nederland en in het bijzonder de sociale psychiatrie daarbinnen, in vergelijking met andere landen zo opvallend los van de inrichting is komen te staan, blijken van structurele aard:

- het ontbreken van een districts- of regiogewijze ordening van de psychiatrische inrichtingen in Nederland, ten gevolge van de typisch Nederlandse verzuilde opbouw van het inrichtingswezen;
- het financiële belang van de gemeenten en provincies bij de voor- en nazorg op grond van de verplichtingen krachtens de Armenwet en Krankzinnigenwet;
- de doorwerking van het Ziekenfondsbesluit.

#### *Verzuiling en bezuiniging*

De meeste psychiatrische inrichtingen waren niet opgezet voor een geografisch afgebakend verzorgingsgebied – een stad, regio of provincie – maar voor een confessionele groep, dan wel voor algemeen gebruik. Patiënten konden in principe worden opgenomen uit het gehele land. Dat bleek de nazorg *vanuit de inrichting* echter ernstig te bemoeilijken en het maakte de voorzorg vrijwel onmogelijk. Tegelijkertijd

werd het belang van de voor- en nazorg steeds duidelijker, vooral voor de gemeentelijke en provinciale overheden die hiermee een besparing op hun bijdrage in de verpleegkosten konden motiveren. Doordat de meeste psychiatrische inrichtingen niet bij machte waren om deze zorg adequaat te organiseren, zat er weinig anders op dan voor de voor- en nazorg aparte organisaties op te richten die wel voor een afgebakend gebied zouden kunnen functioneren.

Waar aanwezig werden bestaande reeds geografisch georganiseerde instellingen ingeschakeld, zoals de GG en GD in enkele grote steden, de kruisverenigingen en een enkel opbouworgaan (Drenthe). Waar deze infrastructuur niet aanwezig was, werden aparte provinciale, respectievelijk regionale dan wel stedelijke voor- en nazorg-diensten opgericht. Dit proces was in 1953 al afgerond.<sup>19</sup>

#### *Doorwerking van het Ziekenfondsbesluit*

Betekende de totstandkoming van het Ziekenfondsbesluit dat het stigma van armenzorg dat aan de niet-particuliere gezondheidszorg kleefde, definitief kon worden afgeschud, de krankzinnigenzorg profiteerde daar aanvankelijk nog niet van.

Integendeel, de betaling van de kosten van opname in een krankzinnigengesticht bleef in 1941 achter in de Armenwet, terwijl de vergoeding van de kosten van geneeskundige hulp, voor zover nog nodig, van de gemeenten werd overgeheveld naar het ziekenfonds. Door dit achterblijven kwam de grondslag voor de aparte kostenregeling van de verpleging van de geestelijk gestoorden volledig bloot te liggen: de bescherming van de openbare orde tegen storende elementen, hetgeen een zaak was voor de gemeenschap en niet voor een ziektekostenverzekering. Tegelijkertijd prikkelde dit de betrokkenen bij de krankzinnigenzorg sterk om de verpleging te herbenoemen in termen van het Ziekenfondsbesluit, niet alleen om het vernederende stigma van de politimaatregel kwijt te raken en een betere financiering te verwerven, maar ook om recht te doen aan de ontwikkeling die het krankzinnigengesticht doormaakte naar een behandelingsinstituut.

Naast de arbeidstherapie hadden ook de psychotherapie en de medicamenteuze therapie hun intrede in het krankzinnigengesticht gedaan. Dit schiep de mogelijkheid om de inrichting als 'ziekenhuis' te bestempelen, waarmee in ieder geval aanspraak op dezelfde vergoeding als het gewone ziekenhuis uit het ziekenfonds kon worden gemotiveerd.

In 1950 werd dit streven gehonoreerd. Sindsdien konden patiënten, aangesloten bij een ziekenfonds, op voorwaarde dat ze op medische indicatie voor behandeling in een psychiatrisch ziekenhuis waren opgenomen, inderdaad een vergoeding uit het ziekenfonds ontvangen voor hetzelfde aantal dagen (maximaal 42) dat voor vergoeding van verpleging in een gewoon ziekenhuis werd aangehouden.

Veel verlichting bracht deze ziekenfondsvergoeding echter nog niet, aangezien de overgrote meerderheid der verpleegden langer dan 42 dagen in de inrichting verbleef. Voor hen was toch weer een beroep op de Armenwet noodzakelijk. Het aantal dagen ziekenfondsvergoeding nam daarna wel toe,<sup>20</sup> maar pas met het van kracht worden van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten in 1966 werd voor dit probleem, dat zich ook voordeed met betrekking tot de verpleging in zwakzinnigeninrichtingen en verpleeghuizen, een afdoende oplossing geboden.<sup>21</sup>

De psychiatrische inrichting dreef door het Ziekenfondsbesluit dus langzaam maar

zeker naar de *curatieve* gezondheidszorg. Daar hoorde de psychiatrische voor- en nazorg echter niet meer bij. Net als het Medisch Opvoedkundig Bureau en het Bureau voor Levens- en Gezinsmoeilijkheden kon de psychiatrische voor- en nazorg als gevolg van datzelfde besluit hoogstens nog als *preventieve* gezondheidszorg aangemerkt worden. De financiële verantwoordelijkheid daarvoor werd gelaten bij de overheden en het particulier initiatief.

Daarmee had het Ziekenfondsbesluit nog eens een extra wig geslagen tussen enerzijds de (poli-)klinische geestelijke gezondheidszorg, waartoe ook de werkzaamheden van de zelfstandig gevestigde zenuwartsen gerekend werden, en anderzijds de ambulante voorzieningen voor geestelijke gezondheidszorg.

## 5. Voorwaarden voor een horizontale relatie

In 1953 was de *verticale scheiding* tussen inrichting en voor- en nazorgdienst, die zo'n 20 jaar eerder voor het eerst was aangebracht met de voor- en nazorgdienst van de gemeente Amsterdam, organisatorisch en financieel tot een afronding gekomen. Het patroon in de organisatie van de psychiatrische voor- en nazorg zoals zich dat in de laatste jaren voor de Tweede Wereldoorlog begon af te tekenen – zelfstandige gemeentelijke diensten in de grote steden en daarbuiten afzonderlijke provinciale en districtsgebijzede opererende voor- en nazorgdiensten –, had zich in de jaren daarna ontwikkeld tot de dominante organisatiestructuur van deze werksoort. Deze verzelfstandiging schiep op haar beurt weer gunstige voorwaarden voor het aanpakken van andere taken dan de voor- en nazorg en stimuleerde het verder vervangen van de verticale relatie met de psychiatrische inrichting voor een *horizontale relatie* met andere ambulante werksoorten.

De inhoudelijke argumentatie voor de horizontale relatie volgde de structurele factoren en niet andersom. Naderhand nog vaak gemotiveerd met therapeutische en humanitaire argumenten, maar in feite steeds voltrokken vanwege op zichzelf vanuit de zorg gezien weinig rationale factoren, was de voor- en nazorg apart gezet. De niet-regionale opbouw van het inrichtingswezen, de financiële belangen van gemeenten en provincies en de werking van het Ziekenfondsbesluit leidden te zamen onvermijdelijk tot dit resultaat. Daar moest op den duur zelfs de buitendienst van het regionaal functionerende Maasoord voor wijken. Overigens werden de particuliere organisaties bij de opzet van de voor- en nazorg op hun beurt ernstig gehinderd door de verzuiling, de gebrekkige regionale organisatie en de geringe kwaliteit van de hulp.<sup>22</sup>

## d. Gebrekkige condities voor de spilfunctie van de voor- en nazorgdienst

### 1. Onibrekende machtsmiddelen

De verzelfstandiging van de voor- en nazorgdiensten had bepaald niet het karakter van een radicale breuk met de inrichting. De inrichtingen waren meestal in het bestuur van de particuliere instellingen voor voor- en nazorg vertegenwoordigd, terwijl de meeste van deze instellingen in 1953 nog volledig afhankelijk waren van de mede-

werking van gestichtspychiateren, die de leiding hadden van de psychiatrische voor- en nazorg. Dit laatste was in de eerste plaats het gevolg van het tekort aan psychiateren en het gebrek aan financiën. Maar ook de behoefte van de psychiatrische inrichtingen om daadwerkelijk bij de voor- en nazorg betrokken te blijven, stimuleerde het aanhouden van dergelijke personele unies.

Alhoewel de personele unies in een aantal gevallen betekenden dat de instelling in de praktijk nauwelijks anders functioneerde dan een eenvoudige nazorgdienst – dit was het geval in Limburg, bij de protestantse dienst in Utrecht en bij sommige diensten in Gelderland en Overijssel<sup>23</sup> –, bleek de medewerking van gestichtspychiateren toch geen voldoende garantie voor een bevredigende samenwerking tussen inrichting en voor- en nazorgdienst. Dit hing samen met het feit, dat het Amsterdamse model van opnamepreventie en opnamecontrole en in mindere mate ook van ontslagbegeleiding niet goed uitvoerbaar bleek te zijn op basis van vrijwilligheid. Alleen de overheidsdiensten in de grote steden konden deze functie met behulp van hun financiële machtsmiddelen goed vervullen. De andere zaten in een afhankelijke en, naar de praktijk liet zien, vaak nogal geïsoleerde positie. Veel meer dan uiteindelijk vrijblijvende afspraken over opnemings- en ontslagprocedures tussen de direct betrokkenen (huisarts, gemeentelijke diensten, vrijgevestigde zenuwartsen, voor- en nazorgdienst en psychiatrische inrichtingen) zat er niet in.

## 2. De frustraties

De lotgevallen van de *Stichting voor Geestelijke Volksgezondheid in Noord-Holland* geven een goed beeld van het probleem van de ontbrekende machtsmiddelen, dat zelfs met een grondige reorganisatie in 1949 niet kon worden opgelost. Deze reorganisatie vond plaats op basis van uitgangspunten, die direct ontleend waren aan de opzet van de voor- en nazorgdienst van de gemeente Amsterdam.

Dit was niet zo vreemd, gezien het feit dat de ideeën voor de nieuwe opzet van de stichting geleverd waren door enkele adviseurs die het stichtingsbestuur had aange trokken, onder wie Querido.<sup>24</sup>

Na de reorganisatie beschikte de stichting over een goed geëquipeerde voor- en nazorgdienst die erop gericht was:

- 'dat opnemng van geesteszieken in psychiatrische inrichtingen alleen geschiedt wanneer een andere maatregel niet mogelijk of niet wenselijk is;
- dat de verpleging in een psychiatrische inrichting niet langer duurt dan noodzakelijk is;
- dat de weg voor iedere verpleegde, die uit een psychiatrische inrichting vertrekt, wordt geëffend, mede opdat een heropname zoveel mogelijk kan worden vermeden'.<sup>25</sup>

Om dit te realiseren werd, zij het niet met zoveel woorden, het systeem van de acute psychiatrie overgenomen: 'Er moet in vele gevallen 'à la minute' gewerkt worden; omdat tijdig ingestelde sociaal-psychiatrische zorg door psychiater en enquêtrice in meerdere gevallen opname van patiënten kan voorkomen, terwijl in andere gevallen tijdige opname de behandeling en verpleegduur kan bekorten. Dit is uiteraard in de eerste plaats in het belang van de patiënten, maar op deze wijze wordt tevens bereikt dat de kosten welke door de overheidsinstanties voor verpleging der patiënten wor-

den genoteerd, zo efficiënt mogelijk worden besteed'.<sup>26</sup>

De Stichting realiseerde zich terdege dat de werking van dit systeem niet uitsluitend afhankelijk was van de aanwezigheid van voldoende daartoe gekwalificeerd personeel, maar ook van de medewerking van de verschillende betrokkenen, in het bijzonder de huisartsen, de gemeentebesturen en de psychiatrische inrichtingen. Deze betrokkenen werden daarom apart benaderd met een beroep op hun medewerking bij eventuele verwijzingen e.d.<sup>27</sup>

Dat bleek echter niet zo simpel: 'Wij hebben de indruk, dat in vele gevallen dit beroep tot nu toe zo goed als vergeefs was en wij wekken ieder, die tot medewerking in staat is, op, ons bij de uitvoering van deze zeer belangrijke taak, te steunen. 'n Bezwaar van andere aard is de klacht van de sociale werksters dat in vele gevallen veel te laat met de stichting contact wordt gezocht t.b.v. patiënten, die op de voor- en nazorg zijn aangewezen. Tal van organen bemoeien zich met deze gevallen en eerst als men geen uitkomst meer weet, wordt de stichting ingeschakeld. Intussen zijn de moeilijkheden zo groot geworden dat oplossing ervan bijna niet meer mogelijk is'.<sup>28</sup> Ten aanzien van de controle voor opnemings had de stichting zich 'in verbinding gesteld met de gemeentebesturen, teneinde te bevorderen dat voortaan geen patiënten in psychiatrische inrichtingen zouden worden opgenomen, dan na ingewonnen advies van onze districtspsychiater. (...) Ook aan deze maatregel wordt niet voldoende de hand gehouden. Het blijkt ons telkens weer, dat opnemings geschiedt zonder medeweten van onze psychiaters'.<sup>29</sup>

Ook de andere particuliere voor- en nazorgdiensten maakten, zij het in minder openhartige bewoordingen, melding van dezelfde frustratie.<sup>30</sup>

### 3. *Consequenties van vrijblijvendheid*

Vergelijken we tenslotte het gegroeide organisatiepatroon van de voor- en nazorgdiensten nog eens met de eerder besproken ordeningspogingen van Querido en Kat, dan springen enkele overeenkomsten en verschillen in het oog.

Overeenkomsten zijn aan te treffen in het idee om het zwaartepunt van de zorg voor geestelijk gestoorde te verleggen van de inrichting naar voorzieningen in de maatschappij. Dit was de bedoeling van het districts- of streekconsultatiebureau van Querido en Kat en veel voor- en nazorgdiensten werden ook met deze bedoeling opgezet. Maar de eveneens door Querido en Kat bedachte koppeling tussen deze diensten en de inrichting kwam nauwelijks tot stand. Dat lag aan het ontbreken van de daarvoor noodzakelijke voorwaarden: een sluitende *districtsgewijze opbouw* van de zorg, een *dwingende financiële relatie* tussen de klinische en de ambulante sector en een *wettelijk geregelde bevoegdheid* van de laatste om coördinerend op te treden.

Het failliet van dit halfslachtige beleid werd onderstreept door de oprichting van poliklinieken door de psychiatrische inrichtingen, deels uit teleurstelling over en kritiek op het functioneren van de voor- en nazorgdiensten. In 1953, twee jaar na het vertrek van Joh. van der Spek, begon de psychiatrische inrichting Maasoord hiermee. Het verlies van de buitendienst had kennelijk een te groot gat laten vallen in de verbindingsslijnen met de buitenwereld. Tien jaar later werd de eerstvolgende polikliniek door de psychiatrische inrichting Licht en Kracht in Assen opgericht, waarna successievelijk alle andere inrichtingen volgden. Met deze poliklinieken begaven de

inrichtingen zich op hetzelfde ambulante veld als de voor- en nazorgdiensten (en later de RIAGG's) meestal zonder veel onderlinge afstemming en soms zelfs in regelrechte concurrentie.

Aan de basis van deze ontwikkeling lag de functiedifferentiatie die de inrichtingen doormaakten, van voornamelijk verpleeghuizen tot instellingen waar allerlei typen van behandeling konden plaatsvinden.

Dat deze functiedifferentiatie mede vorm kreeg in poliklinieken, hing samen met het maatschappelijk isolement waarin de inrichtingen, door de gang van de zelfstandige voor- en nazorgdiensten, terecht dreigden te komen. Greep op die voor- en nazorg konden de inrichtingen niet meer ontwikkelen, maar er werd hun niet veel in de weg gelegd om daarnaast eigen ambulante voorzieningen te stichten.<sup>31</sup>

#### **e. De verzelfstandiging van de voor- en nazorg ten opzichte van het kruiswerk**

Lag aan de organisatie van de voor- en nazorg het principe van het verzorgingsgebied ten grondslag, een uniforme structuur waarbinnen dit principe gestalte zou kunnen krijgen was niet beschikbaar. Districtsgezondheidsdiensten of daarmee vergelijkbare algemene organisatiekaders waren niet tot stand gekomen.

De kruisverenigingen sprongen in de provincies in het zuiden en midden van het land in dit gat en dienden zich aan als de logische infrastructuur, voor deze tak van zorg. Hoewel er onderlinge verschillen waren, beschikten zij immers als enigen over een provinciale en districtsgewijze organisatie voor de gezondheidszorg, die opgebouwd was uit een verpleegkundig kader en een medische leiding.

Begin 1953 was in 6 provincies de psychiatrische voor- en nazorg vrijwel geheel georganiseerd in het kader van een kruisorganisatie: in Limburg, Noord-Brabant, Zeeland, Zuid-Holland, Utrecht, Gelderland en Overijssel.<sup>32</sup>

Binnen de kruisorganisaties nam de psychiatrische voor- en nazorg echter al spoedig een heel eigen positie in. Dit kwam niet alleen tot uiting in de vorming van *aparte diensten* voor de psychiatrische voor- en nazorg, maar ook in de *leiding van psychiaters* en in de *medewerking van psychiatrisch geschoolde verpleegkundigen*. Met name de katholieke diensten probeerden aanvankelijk nog de aansluiting van deze tak van zorg met de rest van het kruiswerk vast te houden door naast de psychiater ook de algemeen opgeleide wijkverpleegkundige voor voor- en nazorg in te schakelen, de 'polyvalente wijkverpleegsters', zoals Mol deze omschreef.<sup>33</sup> Dit moest echter snel worden opgegeven. De problemen bleken te specifiek en de wijkverpleegkundigen te algemeen opgeleid. Ze werden voor dit werk successievelijk vervangen door meer gespecialiseerde krachten.<sup>34</sup>

In de drie noordelijke provincies, waar de invloed van het Wit-Gele Kruis niet zo groot was, waren het niet de kruisorganisaties die de voor- en nazorg ter hand namen, alhoewel ze er daar ook niet helemaal los van stonden; overal waren ze in het bestuur vertegenwoordigd en soms waren ze nauw bij het initiatief tot oprichting van de dienst betrokken. In deze provincies werd echter niet de omweg van de kruisorganisatie gevolgd om tot een los van de inrichting staande voor- en nazorg te komen. In Drenthe was het het Provinciale Opbouworgaan dat zich als tijdelijk vehikel aandienende, in de overige drie provincies werd direct een onafhankelijke provinciale

organisatie voor de voor- en nazorg opgezet. Dat hield verband met het ontbreken van ambities en/of mogelijkheden bij de algemene en protestantse kruisverenigingen in deze provincies om zich op deze tak van zorg te werpen.

In de drie noordelijke provincies werd de weg naar een provinciale dienst voor de voor- en nazorg verder vergemakkelijkt, omdat de verzuiling hier net als in de zuidelijke provincies geen factor was, waarmee bij de uitvoering van het werk al te zeer rekening gehouden hoefde te worden.

Dit laatste was wél het geval in Noord-Holland. Daar was echter in een gemengde structuur een compromis gevonden tussen de doelmatigheid van de organisatie enerzijds en de behoefte aan levensbeschouwelijke differentiatie anderzijds. De uitvoering van de zorg was weliswaar ondergebracht in een aparte, districtsgewijs opgebouwde organisatie, maar deze bezat een in levensbeschouwelijk opzicht gemengd samengesteld medewerkersbestand.

De gemengde samenstelling in de Noordhollandse dienst bemoeilijkt op haar beurt overigens weer de aanstelling van een eigen psychiater, een handicap die de diensten in Groningen, Friesland en Drenthe niet hadden. Deze drie diensten waren dan ook de eerste waar een psychiater in volledig dienstverband werd aangesteld: in Groningen in 1941, in Drenthe in 1947 en in Friesland in 1953.

Deze drie namen hiermee een voorsprong op de provinciale voor- en nazorgdiensten uitgaande van de kruisverenigingen die aanvankelijk nog met behulp van elders werkzame psychiaters moesten functioneren. De organisatorische afstand tot de inrichting én tot de eerstelijnszorg werd door deze verdergaande sociaal-psychiatrische specialisatie nog meer vergroot.<sup>35</sup>

#### **f. Van nazorg naar voorzorg naar sociale psychiater**

Een belangrijke constante in de opzet van de voor- en nazorgdiensten was de stafopbouw. Alle diensten stonden onder leiding van een psychiater, al dan niet in volledig dienstverband, bijgestaan door een psychiatrisch geschoolde verpleegkundige. Dat was zo in 1940 en het was niet anders in 1952. Hun bezigheden veranderden echter wel. Voor- en nazorg hield bij een toenemend aantal diensten meer in dan het houden van een spreekuur en het afleggen van bezoeken in verband met een voorgenomen opname of ontslag. Niet alleen de gemeentelijke diensten, maar ook de voor- en nazorgdiensten in Groningen, Drenthe, Noord-Holland, Noord-Brabant en de Hervormde Stichting in Amsterdam richtten zich steeds meer op het dieper gravende sociaal-psychiatrisch onderzoek, op het verschaffen van psycho-hygiënisch advies en op voorlichting. Op enkele uitzonderingen na trad er daardoor een verschuiving op in het zwaartepunt van de werkzaamheden van nazorg naar voorzorg.

Begin 1953 richtten nog slechts enkele diensten zich in hoofdzaak op de nazorg. Naast de buitendiensten van de Valeriuskliniek en de Willem Arntsz Stichting waren dit de Protestants-Christelijke Voor- en Nazorgdienst in Utrecht en de consultatiebureaus voor voor- en nazorg in Limburg.

Bij alle andere nam de voorzorg een belangrijke plaats in, terwijl bij veel diensten het aantal voorzorggevallen zelfs groter was dan het aantal nazorggevallen: de diensten in Groningen, Drenthe, Noord-Holland, Noord-Brabant en de hervormde stichting



in Amsterdam. 'Voorzorg' was daarbij in veel diensten een verzamelbegrip voor een samenstel van heel verschillende activiteiten, waarvan vele niets meer met (het voorkomen van) een eventuele opname in een inrichting – de oorspronkelijke betekenis van het woord – van doen hadden.<sup>36</sup>

Deze verschuiving van nazorg naar voorzorg vond plaats onder invloed van minstens vier met elkaar samenhangende factoren.<sup>37</sup>

In de eerste plaats was er de verandering die plaatsvond in aangemelde cliënteel en problematiek. Lag de nadruk aanvankelijk voornamelijk op geestelijk gestoorde en zwakbegaafden, gaandeweg werden ook mensen met gedragsproblemen en moeilijkheden rond huwelijk, gezin en werk bij de voor- en nazorgdiensten aangemeld.

In de tweede plaats konden voor- en nazorgdiensten hierop meer ingaan, naarmate er andere voorzieningen tot stand kwamen (sociale diensten, bijzondere werkplaatsen, bijzondere arbeidsbemiddeling, Buitengewoon Lager Onderwijs, verpleegvoorzieningen voor speciale groepen), die zich op de materiële ondersteuning en directe opvang en begeleiding van geestelijk gestoorde en hun omgeving richtten.

In de derde plaats was er het veranderende aanbod, dat de voor- en nazorgdiensten konden doen door de verdieping in de inzichten omtrent de psychologische en sociale invloed bij het ontstaan, voortbestaan en veranderen van psychische stoornissen, de geleidelijke introductie van nieuwe methodieken (*social casework*) en de inschakeling, naast de psychiater en sociaal-psychiatrisch verpleegkundige, van vertegenwoordigers van andere beroepen, zoals psychologen.

Tenslotte, en dat was de belangrijkste structurele factor, was de verschuiving in de richting van de voorzorg het gevolg van het hiervoor besproken proces van verzelfstandiging van de dienst ten opzichte van de psychiatrische inrichting. De particuliere voor- en nazorgdiensten werden immers niet automatisch betrokken bij opname en ontslag van psychiatrische patiënten, soms vanwege het ontbreken van de noodzaak daartoe, dan weer vanwege onvoldoende bekendheid met en vertrouwen in de dienst bij verwijzers of ook vanwege een gebrek aan kwaliteit van de dienst. Pogingen door verschillende diensten ondernomen om deze betrokkenheid te verbeteren waren maar ten dele succesvol, onder andere vanwege de afhankelijkheid van de vrijwillige medewerking van verwijzers en inrichting.

In het bestudeerde materiaal zijn meer dan voldoende aanwijzingen te vinden, dat in deze situatie de interne druk op de zelfstandige voor- en nazorgdiensten toenam om zich dan maar te gaan richten op andere, minder van de medewerking (en tegenwerking) van anderen afhankelijke taken op het terrein van de geestelijke gezondheidszorg, waar blijkens de aanmeldingen en de heersende opvattingen over geestelijke volksgezondheid ook behoefte aan bleek te bestaan.

Door deze geleidelijke verschuiving in de inhoud en vorm van de psychiatrische voor- en nazorg werd ook de naamgeving langzamerhand minder adequaat. Rond 1920 was al de term *sociale psychiatrie* geïntroduceerd door Kraepelin als aanduiding van hetgeen later als voor- en nazorg werd bestempeld.<sup>38</sup> Zoals uit deze studie blijkt werd deze naam zo nu en dan gebruikt, maar hij had nog geen algemene toepassing gekregen als omschrijving van de instellingen die deze werkzaamheden daadwerkelijk verrichtten.

Deze toepassing begon in 1953<sup>39</sup> en ze kreeg volledig burgerrecht in 1961 met het van kracht worden van de rijkssubsidieregeling voor Sociaal Psychiatrische Diensten.<sup>40</sup>

## 5. De opmars van het Medisch Opvoedkundig Bureau

### a. Het moeilijke begin

Eind jaren dertig vormden de 7 Medisch Opvoedkundige Bureaus nog steeds een merkwaardige voorziening in het toenmalige veld van de geestelijke gezondheidszorg.

De teambenadering was bepaald geen gemeengoed, de combinatie van onderzoek, advies en behandeling stond op gespannen voet met het toentertijd gangbare consultatiebureautype waar niet behandeld werd. De psychiatrisch sociaal werkster was met haar hoge opleiding een vreemde eend in de bijt van de para-medische hulpkrachten. De discussies die in het kader van de NFGV over de verdeling van de Propylaxefondssubsidie werden gevoerd, maakten dit nog eens duidelijk.

De Consultatiebureaus voor Geestelijke Volksgezondheid, in het bijzonder de bureaus uitgaande van het Wit-Gele Kruis, zaten in de comfortabele positie van het gelijk van de gangbare benadering. Het Medisch Opvoedkundig Bureau kon daar niet doorheen breken. Weliswaar had Kortenhorst begin jaren dertig gedroomd van een netwerk van katholieke Medisch Opvoedkundige Bureaus, maar de ontbrekende voedingsbodem en het gebrek aan kader maakte dit toen volkomen illusoir. Het Wit-Gele Kruis had zich over Kortenhorsts plannen ontfemd en dat leverde vooralsnog eenvoudige consultatiebureaus op, waarvan het bestaansrecht vervolgens met veel verzuild machtsvertoon verdedigd werd.

Begin jaren vijftig bleek het Medisch Opvoedkundig Bureau volledig geaccepteerd te zijn op het terrein van de geestelijke gezondheidszorg. Niet alleen als geestelijke gezondheidszorg voor het kind, maar qua gerichtheid, opzet en werkwijze ook juist als voorbeeld voor de andere onderdelen van die zorg. Vanuit de ondergeschikte vooroorlogse positie was het Medisch Opvoedkundig Bureau in zo'n tien jaar tijd tot het centrum van de geestelijke gezondheidszorg doorgedrongen. Hoe dit in zijn werk ging wordt in dit hoofdstuk onderzocht.

### b. Beheersen, reguleren, mobiliseren en kapitaliseren: het beleid van de Nederlandse Federatie van Medisch Opvoedkundige Bureaus

#### *1. Greep op de opleiding*

Vanaf de aanvang had de Nederlandse Federatie van MOB's het monopolie op de opleiding van de sleutelfiguur, de *psychiatrisch sociaal werkster*.

De oorlogsjaren waren gebruikt om deze opleiding te verbeteren en uit te breiden. Meteen na de oorlog kon daardoor de eenjarige opleiding, die sinds 1938 gegeven

werd, vervangen worden door een tweejarige cursus: een jaar theorie en een jaar praktijk bij een van de twee opleidingsbureaus van de Federatie, het Medisch Opvoedkundig Bureau in Amsterdam of in Den Haag.<sup>1</sup>

Zo hield de vereniging via de scholing van de sleutelpersoon niet slechts greep op de inhoud van het Medisch Opvoedkundig Bureau, ze kon via deze opleiding haar invloed ook uitstrekken tot het omringende hulpverleningsnetwerk. De theoretische opleiding gedurende het eerste jaar was namelijk ook opengesteld voor maatschappelijk werksters die werkzaam waren in kinderbeschermingsinstellingen, voor- en nazorgdiensten, Bureaus voor Levens- en Gezinsmoeilijkheden en andere instellingen die zich bezighielden met kind en gezin.<sup>2</sup>

Deze openstelling vond aanvankelijk overigens ook om economische redenen plaats: het uitgebreide cursusprogramma was duur en door de theorielessen aan meer (betalende) deelnemers te geven konden de kosten bestreden worden.<sup>3</sup> Toen er in de loop van de jaren veertig subsidies voor deze opleiding uit het Prophylaxefonds en later het Praeventiefonds kwamen, stopte men niet met deze openstelling, omdat de cursus een uitstekend middel bleek om inzichten aan allerlei beroepsbeoefenaren door te geven over de ontwikkeling van kind en gezin. Beroepsbeoefenaren waren daardoor beter in staat om, ieder in hun eigen setting, in een vroeg stadium ongunstige omstandigheden bij het kind en zijn directe omgeving te signaleren, zodat ook de noodzakelijke verwijzingen naar het Medisch Opvoedkundig Bureau plaats konden vinden.<sup>4</sup> De Federatie beantwoordde op deze wijze aan de grote naoorlogse behoefte aan vorming van een type, waarin de scholen voor maatschappelijk werk nog niet konden voorzien en de sociaal-psychiatrische opleiding uitgaande van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie en Neurologie niet wilde voorzien, immers alleen gediplomeerde verpleegkundigen werden tot de laatste opleiding toegelaten.<sup>5</sup>

Maar liefst 100 deelnemers meldden zich gemiddeld per jaar voor de federatiecursus aan, waarvan er na wat passen en meten 70 geplaatst konden worden.<sup>6</sup> Zo kanaliseerde de Federatie de ervaring en kennis opgedaan op het Medisch Opvoedkundig Bureau en bevestigde daarmee tevens de positie van deze werksoort in het netwerk van de jeugdhulpverlening.

Of het Federatiebestuur ook rekening heeft gehouden met een tegenovergesteld effect van zijn inspanningen valt te betwijfelen. Feit is dat de Federatie met de scholingscursussen ook een extra impuls gaf aan het vervagen van de onderlinge verschillen in dat hulpverleningsnetwerk. Andere instellingen maakten zich een met het Medisch Opvoedkundig Bureau vergelijkbare opzet en werkwijze eigen en presenteerden zich soms zelfs op hetzelfde werkteerrein. Hieronder bevonden zich ook enkele Sociaal Psychiatrische Diensten die met Jeugd-Psychiatrische Diensten het veld van de jeugdzorg betraden en Bureaus voor Levens- en Gezinsmoeilijkheden die via milieubehandelingen bij het gezin en het kind terechtkwamen.<sup>7</sup> Dit effect dwong de Federatie tot andere maatregelen om de identiteit en positie van het Medisch Opvoedkundig Bureau te bewaken.

## *2. Regulering van de bureaus*

Het aantal volledig opgeleide psychiatrisch sociaal werksters dat jaarlijks beschikbaar kwam, was bij lange na niet voldoende om aan de behoefte bij de bestaande

bureaus, laat staan bij nieuwe bureaus te voldoen. Opvoering van het aantal cursisten was niet mogelijk, omdat door de Federatie strenge eisen aan de persoonlijkheid, vooropleiding en ervaring van de kandidaten werden gesteld. Er kwamen maar weinigen door de selectie voor het tweede jaar. Daarbij kwam dat de opleidingscapaciteit van de twee bureaus in Amsterdam en Den Haag met ieder 5 kandidaten haar maximum bereikt had, terwijl er geen andere bureaus voor deze taak geschikt werden geacht. Bovendien gingen diverse psychiatrisch sociaal werksters na voltooiing van hun opleiding niet op een Medisch Opvoedkundig Bureau werken.<sup>8</sup>

De Federatie was niet van zins de opleiding uit handen te geven, noch om de opleidingscapaciteit geforceerd te vergroten en evenmin om met de normen de hand te lichten. Hierdoor dwong het Federatiebestuur zichzelf om een strafreguleringsbeleid te blijven voeren. Dat gebeurde door enerzijds, voor zover men daar invloed op kon uitoefenen, de opgeleide krachten zelf te distribueren over de bureaus, en door anderzijds een restrictief toelatingsbeleid ten aanzien van nieuwe bureaus. Gedurende de gehele hier beschouwde periode werd het beleid van het Federatiebestuur gekenmerkt door een grote bedrijvigheid om deze regulering vorm te geven en te verantwoorden.

Tot 1948 werd er slechts één nieuw Medisch Opvoedkundig Bureau tot de Federatie toegelaten, de Wilhelminastichting te Apeldoorn, omdat men eerst de bestaande bureaus in ruimere mate van geschoolde krachten wilde voorzien. Initiatiefnemers werd aangeraden te wachten,<sup>9</sup> waarbij in 1947 als tegemoetkoming wel een aspirant lidmaatschap van de Federatie werd ingevoerd. Daardoor werd aan instellingen het vooruitzicht geboden dat ze binnen afzienbare tijd een psychiatrisch sociaal werkster konden bemachtigen.<sup>10</sup> Vanaf dat jaar nam het aantal Federatiebureaus inderdaad gestaag toe, echter niet steeds op de wijze die de Federatie zich had voorgesteld.

In 1948 behaalde een sociaal werkster van de Joodse Stichting tot Oprichting en Instandhouding van Joodse Psychiatrische Consultatiebureaus in Amsterdam, die al langer een eenvoudig bureau hield, haar diploma, zodat deze stichting tot de Federatie kon worden toegelaten. Datzelfde jaar volgde de toelating van de Stichting Medisch Opvoedkundig Bureau in Twente met een elders weggekochte psychiatrisch sociaal werkster.<sup>11</sup>

In 1949 wist er op dezelfde wijze als het Twentse bureau nog een bureau doorheen te komen, de Stichting tot Oprichting en Instandhouding van Medisch Opvoedkundige Bureaus in Amersfoort. Deze truc werd in 1950 herhaald door de Hervormde Stichting voor Geestelijke Volksgezondheid voor Amsterdam en Omgeving, die al in 1948 was opgericht en sinds 1949 beschikte over een psychiatrisch sociaal werkster, overgenomen van het eerste Medisch Opvoedkundig Bureau in Amsterdam. In 1951 volgde het Medisch Opvoedkundig Bureau Drenthe en de Stichting Medisch Opvoedkundig Bureau Zwolle, terwijl in 1952 tenslotte het Medisch Opvoedkundig Bureau voor Arnhem en Omstreken tot de Federatie toetrad.<sup>12</sup>

De 7 bureaus die in 1940 bestonden, functioneerden in 1952 nog steeds,<sup>13</sup> zodat er eind 1952 in totaal 15 Medisch Opvoedkundige Bureaus waren die werkten volgens de normen van de Nederlandse Federatie van Medisch Opvoedkundige Bureaus. Zij hielden in totaal op 18 plaatsen in het land spreekuur.

In het nevenstaande overzicht wordt het effect van de consolideringspolitiek van de landelijke vereniging weerspiegeld. Ondanks de verdubbeling van het aantal bureaus

Overzicht aantal Medisch Opvoedkundige Bureaus aangesloten bij de Nederlandse Federatie van MOB's, stafomvang en stafsamenstelling in 1939, 1946 en 1952.

	1939		1946		1952		1952	
Aantallen MOB's	7		8		15		algemene MOB Amsterdam	MOB Den Haag
Aantallen medewerkers	Natuurlijke personen	Full-time equivalenten	Natuurlijke personen	Full-time equivalenten	Natuurlijke personen	Full-time equivalenten	Natuurlijke personen	Natuurlijke personen
psychiaters	15	—	13	6	30	8,5	8	3
kinderartsen	7	—	8	1	17	1,5	2	1
psychologen/psychotherapeuten	—	—	2	1	23	6,5	4	2
PSW-sters (gediplomeerd)	10	—	13	13	31	31	7	5
sociaal werksters	4	—	5	5	16	16	5	5
van wie in opleiding	(4)	—	(5)	(5)	(10)	(10)	(5)	(5)
Totaal aantal stafleden	36	—	41	26	117	63,5	26	16

(Bron: Van der Grinten, 1987, hoofdstuk 2.)

in zes jaar tijd, hadden de twee pioniers in Amsterdam en Den Haag hun centrale positie niet prijsgegeven. Ze legden beslag op een derde van de totaal aan de Federatiebureaus verbonden staf. Dat de beschikbaar gekomen beroepsbeoefenaren gebruikt werden om vooral bestaande bureaus te doen groeien, blijkt daarnaast uit het feit dat de groei niet alleen in absolute zin, maar ook gemiddeld per bureau optrad. De psychiatrisch sociaal werkster kon op deze wijze inderdaad de haar toebedachte rol vervullen, omdat er door het beperkt houden van het aantal bureaus, gemiddeld twee per bureau beschikbaar waren. Zij konden de continuïteit van het werk bewaken naast de dure en (daardoor) schaarse psychiaters, die inmiddels overigens werden bijgestaan door psychologen.

Met de 15 bureaus in 1952 was allerm minst in de behoefte voorzien. Gegadigden die een Medisch Opvoedkundig Bureau wilden stichten, klopten nog steeds dringend, maar tevergeefs bij de Federatie aan.<sup>14</sup> De Federatie kon niet veel anders doen dan nog maar weer eens uit te leggen, waarom ze het restrictieve beleid voerde en verder toonde ze veel begrip: 'Er zijn er die de Federatie verwijten dat zij te hoge eisen stelt, te perfectionistisch is, die menen dat men er met een eenvoudiger opzet toch ook wel kan komen, dat men in ieder geval wel met eenvoudiger eisen kan beginnen. De ervaring leert echter dat een bureau dat in zijn staf niet althans de mogelijkheden heeft voor diepergaande psycho-therapeutische en milieubehandeling, in zijn werkzaamheden zeer beperkt blijft, doordat het praktisch niet verder kan gaan dan een classificerende diagnose en het verlenen van sociale hulp en eenvoudige paedagogische adviezen, waarmede echter in de praktijk slechts het kleinste deel van degenen die bijzondere aandacht behoeven, geholpen blijkt te kunnen worden'.<sup>15</sup> Na deze les volgde dan het begrip: 'De Federatie is, zo lang er, wat de stafvorming betreft, geen oplossing in het vooruitzicht kan worden gesteld, wel gedwongen gereserveerd te blijven en zulke plannen of initiatieven niet te veel te stimuleren. Dat dit door de betrokkenen wel eens als een ontmoedigende frustratie wordt gevoeld, is te begrijpen. Niet altijd wordt begrepen, in het bijzonder ten aanzien van de psychiatrisch-sociale werkster, welke eisen dit werk stelt en welk een verantwoordelijkheid deze medewerkster in het geheel draagt, zodat een goede scholing en vooropleiding even onontbeerlijk zijn als een evenwichtige gerijpte persoonlijkheid'.<sup>16</sup> Geheel in stijl met de inhoud van het werk zag de Federatie tenslotte ook een pluspunt in het ondergaan van deze frustraties: 'Een voordeel is, dat de plaatselijke initiatieven aldus op de proef worden gesteld en dat, als zij ondanks de moeilijkheden toch weten door te zetten, zij dan ook gewoonlijk stevig gefundeerd zijn'.<sup>17</sup>

Het is opvallend, hoe vasthoudend de initiatiefnemers van nieuwe bureaus ondanks al deze barrières probeerden tot de gelederen van de Federatie toegelaten te worden. Dat er enigerlei vorm van regulering werd toegepast in een situatie van grote schaarste aan geschoolde krachten, is niet zo verwonderlijk. Dat daar jarenlang antichambreren en frustrerende ervaringen bij de toewijzing van psychiatrisch sociaal werkers voor werden ondergaan, ligt minder voor de hand. Waarom had men dit ervoor over? De Federatie was uiteindelijk toch niet meer dan een organisatie van het particulier initiatief, waar men zich niet aan gebonden hoefde te achten? Buiten de Federatie was men toch vrij om zijn eigen weg te gaan? Dit was inderdaad het geval, maar keus was er nauwelijks, vanwege twee in elkaar grijpende factoren: de doorbraak van het Medisch Opvoedkundig Bureau als kernvoorziening op het terrein van geeste-

lijke volksgezondheid en het monopolie van de Federatie op de opleiding van de sleutelpersoon in deze werksoort. Zolang hier nog geen alternatieven voor aanwezig waren – die kwamen pas vanaf het begin van de jaren vijftig –, werden de initiatiefnemers onvermijdelijk in de armen van de Federatie gedreven, zo gauw ze de noodzakelijke psychiatrisch sociaal werkster wilden bemachtigen.

Dit effect werd nog versterkt door de gemeente Amsterdam, die het lidmaatschap van de Federatie als subsidievoorwaarde voor haar subsidiëring aan Medisch Opvoedkundige Bureaus ging hanteren.

In deze context kon de invloed van de Federatie zich dus veel verder uitstrekken dan alleen op grond van haar particuliere status verwacht mocht worden.

### *3. Mobilisering van financiers*

Voor de opleiding, de opzet en het aantal bureaus had de Federatie uiteindelijk niet veel méér nodig dan overeenstemming binnen de vereniging. Men kon het op deze onderdelen gevoerde beleid tot op grote hoogte zelf vormgeven. Ten aanzien van de exploitatie van de bureaus leek deze vrijheid veel minder groot, althans toen men boven het marginale niveau uit wilde komen.

In de eerste plaats beschikten de Federatie en de daarbij aangesloten bureaus niet over eigen inkomsten uit contributies of donaties. Mogelijkheden waarover bijvoorbeeld de zelfstandig gevestigde artsen beschikten om hun exploitatie rond te krijgen met een reguliere betaling per behandeling hadden de bureaus evenmin. Het preventieve karakter van een belangrijk deel van de werkzaamheden liet dit nauwelijks toe en de opbrengst uit de eigen bijdragen, die in beginsel wel gevraagd werden voor onderzoek, advies en behandeling, was onvermijdelijk beperkt, vanwege de gerichtheid op het minder draagkrachtige deel van de bevolking. Daarbij kwamen dan ook nog eens de relatief hoge kosten van het Medisch Opvoedkundig Bureau, die voortvloeiden uit de keuze voor de intensieve multidisciplinaire benadering van het aangeboden probleem.

Vergeleken met andere consultatiebureaus voor moeilijke kinderen, in het bijzonder de bureaus die uitgingen van de kruisverenigingen, bevonden de Medisch Opvoedkundige Bureaus zich tenslotte eveneens in een financieel ongunstige positie. De eerste ontvingen provinciale subsidies en konden zo nodig terugvallen op de organisatorische en financiële infrastructuur van het verzuilde verenigingsverband.

Het zelfgezochte maatschappelijke isolement van de Federatiebureaus mocht dan gunstige voorwaarden scheppen voor een min of meer ongestoorde verdieping van het oorspronkelijke concept, het blokkeerde tevens een enigermate krachtige ontwikkeling van het Medisch Opvoedkundig Bureau in omvang en aantal.

De onderkenning van het feit dat de bureaus niet duurzaam op giften en onderbetaalde medewerking van stafleden zouden kunnen drijven, het ontbreken van eigen middelen en het uitgangspunt van de sociale voorziening, dreef de Federatiebureaus onontkoombaar in de armen van de overheid. Daar lag de enige kans om duurzaam te overleven en uit te stijgen boven een marginaal niveau.

Na de steun van enkele gemeenten was de Prophylaxefondssubsidie de eerste en tevens principiële stap op weg naar de erkenning van het Medisch Opvoedkundig Bureau als voorziening voor geestelijke gezondheidszorg. Voortgaande op deze weg

richtte het Federatiebestuur zijn aandacht vervolgens op de provinciale overheden om de achterstelling ten opzichte van de Consultatiebureaus voor Geestelijke Volksgezondheid uitgaande van de kruisverenigingen op te heffen.

#### *Erkenning door het provinciebestuur*

Voor de oorlog was de provincie Zuid-Holland al eens door het Federatiebestuur benaderd in de hoop dat men aansluiting zou kunnen vinden bij de provinciale regeling voor de voor- en nazorg, die door W. Beyerman en Pameyer ontwikkeld was. Tevergeefs, het Medisch Opvoedkundig Bureau paste er niet in.<sup>18</sup>

Het geluk werd daarna beproefd in Noord-Holland, vooralsnog echter met hetzelfde resultaat, al liet het provinciebestuur hier weten geïnteresseerd te zijn in een provinciale dienst of Federatie, zoals in Brabant of Gelderland, waarvan de Medisch Opvoedkundige Bureaus eventueel deel zouden kunnen uitmaken. Na het voorgaande is het niet verrassend meer, dat de Nederlandse Federatie van MOB's en de Medisch Opvoedkundige Bureaus hier niets voor voelden. Een enigermate redelijke spreiding over de provincie zou, gezien de schaarste aan geschoold personeel, alleen met eenvoudige consultatiebureaus kunnen geschieden, tenzij de bestaande Medisch Opvoedkundige Bureaus in Amsterdam, Haarlem en Zaandam zouden worden uitgekleeft en verdeeld over de provincie.<sup>19</sup>

De aandacht verplaatste zich daarom maar weer naar Zuid-Holland. De oorlog was inmiddels ingetreden en Gedeputeerde Staten werd nu voorgehouden dat de drie bestaande Medisch Opvoedkundige Bureaus in Leiden, Den Haag en Rotterdam ten dode waren opgeschreven als er geen extra steun kwam. In verband met de oorlog begonnen immers de reguliere middelen weg te vallen.<sup>20</sup>

Gedeputeerde Staten legde dit verzoek voor aan Pameyer, omdat de enige financieringsbron die ze eventueel voor de Medisch Opvoedkundige Bureaus beschikbaar wilden stellen, nog steeds de provinciale voor- en nazorgregeling was. Het verdwijnen van de Medisch Opvoedkundige Bureaus achtte Pameyer inderdaad niet uitgesloten en steun uit de provinciale voor- en nazorgregeling was verantwoord om dit te voorkomen, zo luidde nu zijn advies.

Het provinciebestuur nam dit oordeel over. De zittende belanghebbenden bij de subsidie van de voor- en nazorg moesten wat inschikken, zodat de drie Medisch Opvoedkundige Bureaus in Zuid-Holland vanaf 1941 een jaarlijkse exploitatiebijdrage van de provincie konden ontvangen.<sup>21</sup>

Al was het dan nog niet op de titel van geestelijke volksgezondheid en ging het om een bescheiden bedrag, toch had de Nederlandse Federatie van MOB's hiermee het monopolie doorbroken dat de kruisverenigingen tot op dat moment op de provinciale subsidie hadden. De voldoening hierover was des te groter, omdat aan deze subsidie van de Medisch Opvoedkundige Bureaus geen bijzondere voorwaarden waren verbonden. Over een inpassing in het kader van de districtsconsultatiebureaus voor voor- en nazorg werd niet gerept, noch over een geforceerde spreiding van de bureaus over de gehele provincie. Deze subsidie werd door het Federatiebestuur dan ook als de door hen gezochte doorbraak gezien en gesterkt door dit resultaat werd het offensief weer naar Noord-Holland verplaatst.<sup>22</sup>

De dreiging met de ondergang had gewerkt in Zuid-Holland en dit was dan ook het belangrijkste argument van het subsidieverzoek dat in juni 1941 naar Gedeputeerde



Staten van Noord-Holland ging. Aansluitend aan de belangstelling van dit provinciebestuur ging het verzoek vergezeld van de toezegging, dat zo gauw de omstandigheden dat toelieten, er nog drie nieuwe bureaus voor de rest van de provincie gesticht zouden worden. Een begroting voor de korte termijn (ondersteuning voor de bestaande drie bureaus) en lange termijn (exploitatie zes bureaus) was toegevoegd.<sup>23</sup> Ook hier deed Pameyer een goed woordje en de inspecteur voor de volksgezondheid sloot zich hierbij aan. Het provinciebestuur nam daarop inderdaad de beslissing om de Medisch Opvoedkundige Bureaus te gaan subsidiëren. De voorwaarde werd echter gehandhaafd, dat de bureaus op enigerlei wijze onderdeel zouden uitmaken van een provinciale organisatie voor de geestelijke volksgezondheid. De Federatie meende deze toezegging zonder veel risico's te kunnen doen, zodat ook de provincie Noord-Holland in 1942 startte met een jaarlijkse exploitatiesubsidie aan de Medisch Opvoedkundige Bureaus in Amsterdam, Haarlem en Zaandam.<sup>24</sup> De besturen van de andere provincies waar Medisch Opvoedkundige Bureaus gevestigd waren, sloten zich daarna successievelijk bij het voorbeeld van Zuid- en Noord-Holland aan.<sup>25</sup> Zo wist deze werksoort zich definitief binnen te dringen in wat aanvankelijk alleen het domein der verzuilde kruisverenigingen en verwante organisaties was, de provincie.

### *Erkenning door het Rijk*

Hoewel de provinciale subsidie voor de Federatiebureaus niet onaanzienlijk was en erkenning uitdrukte – hetzelfde gold voor de gemeentelijke bijdragen –, bleef het in vergelijking met de totale uitgavenbehoefte een bescheiden bedrag.<sup>26</sup> Andere bronnen moesten dus worden aangeboord. Gewapend met de erkenning van de gemeenten en de provinciebesturen, maakte het Federatiebestuur zich daarom op om de laatste barrière te nemen: subsidie van het Rijk.

Door bemiddeling van Van den Berg kon hierover al in juli 1944 een overleg plaatsvinden tussen Lekkerkerker en een ambtenaar van het departement van Sociale Zaken. Als secretaris van de Nederlandse Federatie van MOB's werkte Lekkerkerker daarna het verzoek uit voor subsidie van de Medisch Opvoedkundige Bureaus uit de inmiddels verwachte begrotingspost voor de geestelijke volksgezondheid. Ook nu werd het bij de provinciebesturen beproefde argument gehanteerd van de dreigende ondergang als gevolg van het wegvallen van reguliere inkomsten. In overeenstemming met de gedachtengang in de Kleine Commissie werd daar de overweging aan toegevoegd dat het Medisch Opvoedkundig Bureau een belangrijke bijdrage zou kunnen leveren aan de opvang en behandeling van de ontspoorde jeugd na de bevrijding, met alle morele, sociale én economische voordelen vandie.<sup>27</sup>

Toen duidelijk begon te worden dat de rijkssubsidie voor de geestelijke volksgezondheid er inderdaad zou komen, was de Federatie daardoor in staat er meteen bij te zijn. De voorsprong die men door het contact tussen Lekkerkerker en Van den Berg in de Kleine Commissie op andere voorzieningen had, werd volledig uitgebuit. In allerijl werden er begrotingen met omvangrijke tekorten geproduceerd, die dan voor rijks-subsidie in aanmerking zouden moeten komen.

Met terugwerkende kracht was in een begroting voor 1945 van totaal f 75.000,– voor de 8 Medisch Opvoedkundige Bureaus een tekort van f 35.000,– geconstrueerd, met als redenering dat dit tekort nog kon worden opgevangen door de sala-

rissen van de maatschappelijk werksters zeer laag te houden, de artsen in het team vaak helemaal geen vergoeding te geven, reserves aan te spreken en in enkele gevallen zelfs particuliere bijdragen van bestuursleden te toucheren. Vervolgens kon het jaar daarop met een grotere mate van vanzelfsprekendheid een begroting van deze 8 bureaus van f 110.000,— met een geraamd tekort van f 67.000,— op tafel worden gelegd.<sup>28</sup>

Tot niet geringe verrassing van de Nederlandse Federatie van MOB's werd het gehele gevraagde bedrag toegekend, niet als een tijdelijke aanmoedigingssubsidie, maar als een in principe jaarlijks toenemende rijksbijdrage.

Zoals uit het voorgaande blijkt dekte deze subsidie in 1946 maar liefst 60% van de totale exploitatie-uitgaven van de Medisch Opvoedkundige Bureaus. Dit percentage werd in de daarop volgende jaren weliswaar minder, omdat de totale exploitatie-uitgaven sneller stegen dan de rijkssubsidie, maar de overheidssteun voor deze bureaus nam sindsdien inderdaad jaar na jaar toe.<sup>29</sup>

Daarnaast bleek van het totale bedrag dat in 1946 aan rijkssubsidie voor geestelijke volksgezondheid werd uitgekeerd, 84% naar bureaus voor kinderen te gaan, waarvan vervolgens weer 60% aan Medisch Opvoedkundige Bureaus werd besteed. Deze percentages namen in de jaren daarna zelfs nog toe. In 1952 werd 70% van de totale begrotingspost voor geestelijke volksgezondheid aan kinderbureaus besteed, waarvan bijna 90% aan Medisch Opvoedkundige Bureaus. De tabellen op p. 195 en 196 maken een en ander inzichtelijk.

Afgaande op de omvang en het karakter van de subsidiëring van de Medisch Opvoedkundige Bureaus uit de rijkssubsidie voor de geestelijke volksgezondheid kan de conclusie niet anders zijn, dan dat het Medisch Opvoedkundig Bureau al in 1946 als kernvoorziening op het terrein van de geestelijke volksgezondheid was doorgebroken. Dat deze doorbraak niet het gevolg was van een duidelijke, op inhoudelijke argumenten gestoelde afweging, moet echter eveneens geconcludeerd worden.

Dat blijkt al uit de Memorie van Toelichting op de Rijksbegrotingen van 1946 en 1947, waarin nog werd uitgegaan van een verdeling van de subsidie over voorzieningen voor volwassenen en kinderen, zoals de NFGV die had toegepast bij de uitkering van de Prophylaxefondssubsidie: van het totale bedrag voor geestelijke volksgezondheid van f 150.000,— zou f 70.000,— besteed worden aan 'de geestelijke volksgezondheid van volwassenen' en f 80.000,— aan 'de geestelijke volksgezondheid van het kind'.<sup>30</sup>

Ook trotseerde het Rijk met de feitelijke aanwending van de subsidie het advies dat de NFGV in december 1945 had uitgebracht. Weliswaar werd daarin het belang van een geestelijk gezonde jeugd voor een geestelijk gezond volk benadrukt, maar dat ging toch niet ten koste van de brede benadering van het terrein van de geestelijke volksgezondheid. Nadrukkelijk pleitte de NFGV in dit advies voor subsidiëring van de zorg voor kinderen én volwassenen.<sup>31</sup>

Waarom week de overheid af van dit advies en zelfs van haar eigen Memorie van Toelichting op de Rijksbegroting? Hoe kon ze dat doen zonder eerst de uitkomst van de maatschappelijke discussie over de plaats en de functie van het Medisch Opvoedkundig Bureau af te wachten? In ieder geval speelde een rol de reeds besproken onduidelijke situatie rond het einde van de oorlog en de invloed, die de Nederlandse Federatie van MOB's kon uitoefenen op de invulling van de subsidie voor geestelijke

Rijkssubsidie Geestelijke Volksgezondheid en de verdeling daarvan, 1946-1952.

	1946		1947		1948		1949		1950		1951		1952	
Totale bedrag begrotingsartikel	150.000		150.000		183.500		183.500		350.000		450.000		425.000	
Verdeling subsidie over:	Absoluut	%	Absoluut	%	Absoluut	%	Absoluut	%	Absoluut	%	Absoluut	%	Absoluut	%
Medisch Opvoedkundige Bureaus en overige consultatiebureaus voor kinderen	110.400	84	geen gegevens beschikbaar		128.400	70	130.000	71	252.750	73	276.000	70	302.000	71
Bureaus voor leerlingen Buitengewoon Onderwijs	—	—			—	—	—	—	—	—	34.000	8,5	34.000	8
Overige bureaus (in het bijzonder plaatselijke en provinciale stichtingen voor geestelijke volksgezondheid)	14.200	11			31.500	17	23.500	13	46.725	13	42.500	10,5	39.000	9
Algemene geestelijke volksgezondheid (in het bijzonder de landelijke organisaties)	7.000	5			23.500	13	30.000	16	48.000	14	47.500	11	50.000	12
Totaal feitelijk besteed	131.600	100	150.000		183.400	100	183.500	100	347.475	100	400.000	100	425.000	100

(Bron: Van der Grinten, 1987, hoofdstuk 2.4.)

Verdeling Rijkssubsidie Geestelijke Volksgezondheid over Medisch Opvoedkundige Bureaus en overige consultatiebureaus voor kinderen, 1946-1952.

	1946		1947		1948		1949		1950		1951		1952	
	Absoluut	%	Absoluut	%	Absoluut	%	Absoluut	%	Absoluut	%	Absoluut	%	Absoluut	%
Medische Opvoedkundige Bureaus	67.000	60,5	68.200		98.400	76,5	110.000	84	224.750	89,2	243.600	88,3	264.850	88,3
Overige consultatiebureaus voor kinderen	43.400	39,5	geen gegevens beschikbaar		30.000	23,5	20.000	15,2	25.000	10	27.500	10	28.875	10
Landelijke organisaties	geen subsidie		geen subsidie		geen subsidie		1.000	0,8	2.000	0,8	5.000	1,7	5.250	1,7
Totaal	110.400	100			128.400	100	131.000	100	251.750	100	276.100	100	298.975	100

(Bron: Van der Grinten, 1987, hoofdstuk 2.4.)

volksgezondheid door het contact tussen Lekkerkerker en Van den Berg in de Kleine Commissie.

Doorslaggevend voor de kennelijk dringende behoefte om de rijkssubsidie voor geestelijke volksgezondheid vooral aan het Medisch Opvoedkundig Bureau te besteden lijken echter de verkavelingen binnen het overheidsapparaat, waarbij de primaire verantwoordelijkheid voor de psychiatrische voor- en nazorg bij de gemeenten en provincies lag, terwijl de verantwoordelijkheden voor de algemene gezondheidszorg en de krankzinnigenzorg op het niveau van de rijksoverheid scherp gescheiden waren.

Dat de advisering over de verdeling van en het toezicht op de aanwending van de rijkssubsidie voor de geestelijke volksgezondheid aan de geneeskundig hoofdinspecteur was toebedeeld – die zich vanaf eind 1946 daarin kon laten bijstaan door de inspecteur voor de Geestelijke Volksgezondheid –, hield in deze constellatie tevens een impliciete keuze in. Het ambtelijke referentiekader van deze inspectie was de algemene gezondheidszorg. Verbreding van die horizon binnen de overheidsbureaucratie was buitengewoon moeilijk, zoals eerder in deze studie is uiteengezet (1, 8). Zelfs na overkomst van de Inspectie voor het Krankzinnigenwezen naar het ministerie van Sociale Zaken bleef de kloof met de geneeskundige inspectie bijzonder groot. Het lukte pas eind jaren vijftig om deze enigermate te overbruggen.

De hiermee samenhangende competentiekwesties tussen de inspecties hadden de geneeskundige inspectie er begin jaren dertig toe gebracht om voor de aanwending van de Prophylaxefondssubsidie te pleiten voor een benadering van de geestelijke volksgezondheid, die de volwassenenzorg zou uitsluiten. Dankzij de interventies van Bouman en Meijers kon dat toen voorkomen worden.

Dit alles wordt hier nog eens opgerakeld omdat Banning exact dezelfde argumentatie bleek te hanteren in de adviezen die hij in 1946 en 1947 aan de minister van Sociale Zaken over de aanwending van de rijkssubsidie voor de geestelijke volksgezondheid uitbracht. Hij schoof de officiële toelichting bij de Rijksbegrotingen, die op gezag van de NFGV was opgesteld, terzijde en stelde voor om de gehele begrotingspost aan te wenden voor kinderzorg, zelfs al zou dat betekenen dat niet alles uitgekeerd zou kunnen worden. Liever géén subsidie voor geestelijke volksgezondheid, dan subsidie voor de volwassenenzorg, die in Bannings opvatting geen preventieve betekenis had.<sup>32</sup>

Ook motiveerde Banning waarom deze subsidie vervolgens vooral het Medisch Opvoedkundig Bureau en niet de eenvoudigere consultatiebureaus ten goede moest komen. Koersend op het kompas van de Nederlandse Federatie van MOB's stelde hij dat er inmiddels geen twijfel meer bestond over het nut van deze bureaus, dat de noodzaak van dergelijke bureaus volledig was aangetoond en dat onverwijld steun geboden was om de reeds bestaande bureaus voor de ondergang te behoeden.<sup>33</sup>

Wat Banning er niet bij vermeldde, was dat achter deze motivering subsidie-technische overwegingen schuilgingen. In het min of meer open aanbod van de rijkssubsidie in die eerste naoorlogse jaren vormde het Medisch Opvoedkundig Bureau, gegeven de voorkeur voor kinderzorg, ook om deze reden een bijzonder aantrekkelijk subsidieobject. Door het strenge beleid van de Nederlandse Federatie van MOB's in de voorafgaande jaren kon deze immers in 1946 een werksoort ter subsidiëring aanreiken, die door de gereguleerde opzet uitstekend in te passen was in de subsidiesche-

ma's van het ministerie van Sociale Zaken. Door de medische eindverantwoordelijkheid daarbij sterk te benadrukken, werd de nog steeds ongebruikelijke multidisciplinaire benadering wat naar de achtergrond geschoven, zodat subsidiëring op de titel van volksgezondheid verdedigbaar was.<sup>34</sup>

Dat de rijksoverheid het Medisch Opvoedkundig Bureau ging steunen met een subsidie was op zichzelf niet zo bijzonder, maar opvallend was wel de exclusieve betekenis die ze in het kader van de geestelijke volksgezondheid juist aan deze werksoort probeerde te hechten. Bannings adviezen werden weliswaar niet volledig nagevolgd, zoals de voorgaande tabellen laten zien, maar de volwassenenzorg was toch wel naar de zijkant geschoven, terwijl men het gedurende de eerste naoorlogse jaren met het principe van de verdelende rechtvaardigheid van de subsidiëring ook niet zo nauw bleek te nemen.<sup>35</sup>

Het feit dat deze voorkeur van het Rijk niet als resultaat van een maatschappelijke discussie over de plaats en functie van het Medisch Opvoedkundig Bureau tot stand was gekomen, maar ten gevolge van historisch gegroeide verkavelingen in de overheidsbureaucratie en subsidie-technische overwegingen, betekende dat hiervan op zijn beurt weer een richtinggevende invloed op deze uitleg van geestelijke gezondheidszorg uitging. In dit opzicht was er zeker sprake van een eigen inbreng in de beleidsvorming rond de geestelijke gezondheidszorg van de voor het overige nogal passieve overheid.

Pas in 1950 werd de *feitelijk* erkenning die het Medisch Opvoedkundig Bureau als kernvoorziening op het terrein van de geestelijke volksgezondheid al sinds 1946 door de rijkssubsidie had, ook *officieel* bevestigd. In de Memorie van Toelichting op de Rijksbegroting van dat jaar werd het Medisch Opvoedkundig Bureau voor de eerste keer opgevoerd als het object bij uitstek, dat voor subsidie op de titel van geestelijke volksgezondheid in aanmerking moest komen. In de begroting van 1951 werd dit herhaald en vanuit de Tweede Kamer zelfs onderstreept door te pleiten voor nóg meer rijkssubsidie voor deze bureaus.<sup>36</sup>

Dit laatste zat er echter vanwege de intredende bestedingsbeperking van de rijksoverheid niet in. De rijkssubsidie werd besteed aan de verlichting van de exploitatiekosten van bestaande bureaus en niet aan de vergoeding van oprichtingskosten van nieuwe bureaus. Voor dit laatste werden initiatiefnemers door het Rijk verwezen naar het net ingestelde Praeventiefonds, dat bij de verdeling van zijn subsidie voor de geestelijke volksgezondheid verder de voorkeuren van de rijksoverheid volgde, zoals de nevenstaande tabel laat zien.<sup>37</sup>

Het resultaat van dit beleid was niet alleen dat, evenals dat met de rijkssubsidie het geval was, in 1950 zo'n 75% van het bedrag dat het Praeventiefonds uittrok voor geestelijke volksgezondheid besteed werd aan de geestelijke gezondheid van het kind, maar ook dat dit bedrag nu *geheel* aan het Medisch Opvoedkundig Bureau ten goede kwam.<sup>38</sup>

#### 4. Kapitalisering van het concept: de Richtlijnen

In de loop der jaren was de afstand tussen de praktijk en de in de Normen van 1938 geformaliseerde principes der Medisch Opvoedkundige Bureaus steeds groter geworden en dat werd een bezwaar.

Verdeling Praeventiefondssubsidie voor Geestelijke Volksgezondheid, 1950-1952.

	1950		1951		1952	
	Absoluut	%	Absoluut	%	Absoluut	%
Medisch Opvoedkundige Bureaus	134.500	75	171.000	70	196.555	66
Overige voorzieningen	44.815	25	72.000	30	103.445	34
Totaal	179.315	100	243.000	100	300.000	100

(Bron: Praeventiefonds, JV 1950, 1951, 1952.)

In de eerste plaats groeide er een directe band tussen de subsidiërende rijksoverheid en de afzonderlijke bureaus. De subsidiëring op basis van een begroting dwong de overheid ook tot bemoeienis met de bedrijfsvoering van de individuele bureaus.<sup>39</sup> De verbinding tussen het Federatiebeleid en de financiering kwam daarmee te vervallen. De garantie voor continuïteit in het landelijk beleid ten aanzien van de bureaus verplaatste zich naar het overleg over de subsidieregeling die het Rijk toepaste. Voor de opstelling daarvan diende men te beschikken over een adequate omschrijving van het subsidieobject en daarvoor waren de Normen ongeschikt.

In de tweede plaats was er bij de verschillende Medisch Opvoedkundige Bureaus een groeiende behoefte aan ruimte voor een eigen beleid. In 1927 opgezet als centralistische organisatie, in 1938 omgezet in een federatief verband dat door bestuursleden en niet door stafleden van de lidorganisaties werd bestuurd, en daarna uitgegroeid tot een vereniging van bureaus die mede bestuurd werd door stafleden, werd de Federatie meer in de richting van een wetenschappelijke vereniging en in de rol van belangenbehartiger gedrukt, terwijl de financiële en bestuurlijke betrokkenheid bij de oprichting en instandhouding van de bureaus naar de achtergrond schoof. Deze wijziging in maatschappelijke positie vond haar neerslag in een statutenwijziging die in 1952 werd doorgevoerd.<sup>40</sup>

In de derde plaats opereerde er inmiddels een aantal andere voorzieningen op het terrein van de geestelijke gezondheidszorg, de kinderbescherming en het school- en beroepskeuzewerk, die zich dan wel niet als Medisch Opvoedkundige Bureaus presenteerden, maar waarvan het toch ook niet op voorhand duidelijk was, in welk opzicht ze zich nu precies van de Medisch Opvoedkundige Bureaus onderscheidden.<sup>41</sup> Ook deze ontwikkeling maakte de behoefte aan een officieel document, bevattende het hoe, wat en waarom van de Federatiebureaus, urgent.

Tenslotte was er dan nog het vanuit het gezichtspunt van de Federatie paradoxale effect van haar eigen beleid van bescherming en verdieping van het oorspronkelijke concept. Enerzijds bleek ze met dit beleid een zodanig aansprekend model voor geestelijke gezondheidszorg te hebben ontwikkeld, dat een brede toepassing ervan in de naoorlogse opbouwperiode niet meer in redelijkheid was tegen te houden. Anderzijds dreigde de Federatie zich door de restrictieve en strenge benadering buiten spel te zetten als het erom ging leiding te geven aan deze brede toepassing.

In 1948 was het provinciebestuur Noord-Holland te zamen met de Stichting voor Geestelijke Volksgezondheid in deze provincie zover gevorderd, dat men nu zonder de hinder van een tegenstribbelende Federatie tot een provinciale spreiding van Medisch Opvoedkundige Bureaus kon komen. Hoewel deze bureaus geheel op het Federatieconcept waren gebaseerd, sloot de stichting zich niet bij de landelijke vereniging aan, maar kocht ze de benodigde psychiatrisch sociaal werksters gewoon elders weg.<sup>42</sup> Daarnaast begonnen ook de inspanningen van de katholieke organisaties om eigen Medisch Opvoedkundige Bureaus te stichten, vruchten af te werpen.

Het gevolg was dat de Nederlandse Federatie van MOB's eind jaren veertig haar alleenvertoningsrecht had verloren en de subsidie moest delen met andere Medisch Opvoedkundige Bureaus, zoals uit nevenstaande tabel blijkt.

In 1946 toucheerden de Federatiebureaus nog ruim 60% van de rijkssubsidie die aan de geestelijke kinderezorg werd besteed. In 1950 was dit al teruggelopen tot 46%, terwijl de katholieke bureaus 33% voor hun rekening namen en de Medisch Opvoedkundige Bureaus uitgaande van de Stichting voor Geestelijke Volksgezondheid in Noord-Holland 10%. Deze 'verdunding' van de subsidie dwong het Federatiebestuur tot een nauwkeuriger bepaling van het eigene der Federatiebureaus.

Al deze factoren leidden ertoe dat in 1951 de Normen uit 1938 werden vervangen. In mei van dat jaar werden door het bestuur van de Nederlandse Federatie van MOB's de *Richtlijnen voor de Medisch Opvoedkundige Bureaus* vastgesteld.<sup>43</sup>

In dit document van acht bladzijden kapitaliseerde de Federatie 25 jaar ervaring met het Medisch Opvoedkundig Bureau, en wel in een vorm die bruikbaar was voor een landelijke te voeren beleid.

### *Het team*

In de Richtlijnen werd allereerst nog eens uiteengezet, waarin het Medisch Opvoedkundig Bureau zich onderscheidde van zowel instellingen als beroepsbeoefenaren werkzaam op verwante terreinen, waaronder kinderbeschermingsinstellingen, zelfstandig gevestigde artsen (kinderartsen, psychiaters, huisartsen) en psychologen. Het eigene van het Medisch Opvoedkundig Bureau ten opzichte van deze andere voorzieningen werd gezien in het team, het specialisme en de betalingswijze. Door het team onderscheidde het bureau zich van de zelfstandige beroepsbeoefenaren, door het specialisme van de andere instellingen en door de betalingswijze – het vragen van een eigen bijdrage – werd het verschil met het maatschappelijk werk geaccentueerd en de verbinding met het curatief medische systeem vastgehouden.<sup>44</sup>

### *Het doel*

Vervolgens werd de doelstelling nog eens omschreven: 'Het Medisch Opvoedkundig Bureau beoogt hulp te verlenen aan kinderen tot 18 jaar met aanpassingsmoeilijkheden in de ruimste zin van het woord, met inachtneming van de organische, psychiatrische, psychologische en milieufactoren. Het biedt deze hulp in de vorm van onderzoek, gevolgd door advies, psychotherapie, milieubehandeling en eventueel rapporten aan instanties die het geval naar het Medisch Opvoedkundig Bureau hebben verwezen. Het stelt zijn diensten beschikbaar voor ieder, die deze behoeft; de kosten van de hulp worden berekend naar de draagkracht van de opdrachtgever'.<sup>45</sup>



Verdeling Rijkssubsidie Geestelijke Volksgezondheid over verschillende Medisch Opvoedkundige Bureaus en overige consultatiebureaus voor kinderen, 1946-1952.

	1946		1947		1948		1949		1950		1951		1952	
	Absoluut	%	Absoluut	%	Absoluut	%	Absoluut	%	Absoluut	%	Absoluut	%	Absoluut	%
Federatie MOB's	67.000	60,5	68.200		70.000	54,5	65.000	49,5	115.900	46	126.600	46	142.000	47,3
MOB's Stichting GVG Noord-Holland	—	—	—		—	—	15.000	11,5	24.600	10	25.000	9	26.250	8,7
Katholieke MOB's en consultatiebureaus	17.600	6	geen gegevens beschikbaar		28.400	22	30.000	23	84.250	33,2	92.000	33,3	96.600	32,3
Overige consultatiebureaus	25.800	33,5	geen gegevens beschikbaar		30.000	23,5	20.000	15,3	25.000	10	27.500	10	28.875	10
Ned. Federatie van MOB's en Centrum Katholieke MOB's	geen subsidie		geen subsidie		geen subsidie		1.000	0,7	2.000	0,8	5.000	1,7	5.250	1,7
Totaal	110.400	100			128.400	100	131.000	100	251.750	100	276.100	100	298.975	100

(Bron: Van der Grinten, 1987, hoofdstuk 2.4.)

### *De multidisciplinaire staf*

Daarop werd in de Richtlijnen de stafsamenstelling aangegeven – 'de staf is als regel samengesteld uit een psychiater, een kinderarts, een psycholoog en een psychiatrisch-sociaal werkster in het bezit van het Federatie-diploma of daarmee gelijk gesteld'<sup>46</sup> –, waarna uitgebreide en gedetailleerde aanwijzingen volgden over de gang van zaken op het bureau bij het onderzoek en de behandeling. De centrale plaats van het team, in het bijzonder bij het onderzoek, werd daarbij nog eens benadrukt.<sup>47</sup>

### *De gelijkwaardigheid van de stafleden*

Het preciaire punt van de medische verantwoordelijkheid en de positie van de psychiatrisch sociaal medewerkster werd omzeild door een zodanige formulering, dat de aansluiting met het grotere geheel van de gezondheidszorg niet verloren ging, terwijl de principiële gelijkwaardigheid van de teamleden evenmin in gevaar werd gebracht: 'Het medisch werk geschiedt onder verantwoordelijkheid van de leidende psychiater, die ook naar buiten toe als leider van het bureau optreedt. (...) De psychiatrisch sociaal werkster heeft de leiding van het sociale werk in engere zin. Zij is verantwoordelijk voor de interne bureau-organisatie'.<sup>48</sup>

## **c. Absorptie en reproductie: ombouw van de katholieke consultatiebureaus tot katholieke Medisch Opvoedkundige Bureaus**

### *1. Voorwaarden en uitgangspunten voor katholieke actie*

Voor de oorlog was het Consultatiebureau voor Geestelijke Volksgezondheid en het daarbinnen functionerende eenvoudige consultatiebureau de dominante vorm voor geestelijke gezondheidszorg. Het Medisch Opvoedkundig Bureau was een excentrieke grote-stadsvoorziening.

Toen Nederland uit de oorlog kwam, waren de rollen al heel anders verdeeld. Het monopolie van de kruisverenigingen in de provinciale subsidies voor de consultatiebureaus op het terrein van de geestelijke volksgezondheid was door het Medisch Opvoedkundig Bureau nog tijdens de oorlog doorbroken en de steun die deze werksoort in 1946 kreeg van het Rijk, maakte duidelijk dat de bordjes verhangen waren. De traditionele oriëntatie op de Duitstalige landen had bovendien plaats gemaakt voor een gerichtheid op de Angelsaksische landen, zodat het Medisch Opvoedkundig Bureau met zijn Amerikaanse achtergrond ook in dit opzicht ineens een voorsprong had.

Met name het Wit-Gele Kruis en de Charitatieve Vereniging werden hiermee geconfronteerd. Zij hadden immers de stichting van Consultatiebureaus voor Geestelijke Volksgezondheid hoog in het vaandel geschreven. Konden zij vóór de oorlog de eenvoudige opzet hiervan nog met gemak verdedigen in de confrontaties met het Medisch Opvoedkundig Bureau, na de oorlog was het volkomen duidelijk dat ze zonder koerswijziging hun positie op het terrein van de geestelijke gezondheidszorg volledig zouden verspelen. De wens om deze positie te behouden werd in de verhevigde naoorlogse verzuiling echter alleen meer groter. Om de opmars van de Federatiebureaus bij de grenzen van de katholieke geestelijke gezondheidszorg tot staan te

brengen, zat er daarom niet veel anders op dan te proberen het concept zoveel mogelijk te absorberen en vervolgens te reproduceren in de vorm van katholieke Medisch Opvoedkundige Bureaus.

Na wat inleidende manoeuvres op plaatselijk en provinciaal niveau werd het startschot voor deze reorganisatie van de katholieke geestelijke gezondheidszorg gelost op een conferentie in november 1948, georganiseerd door de Nationale Federatie Het Wit-Gele Kruis en de Charitatieve Vereniging voor Geestelijke Volksgezondheid. Ongeveer 100 deelnemers, onder wie psychiaters, psychologen, sociale werksters, verpleegkundigen, kinderartsen en priesters, die verbonden waren aan de verschillende katholieke consultatiebureaus, bogen zich over de mogelijke betekenis van Medisch Opvoedkundige Bureaus en de vraag hoe deze in katholieke kring ingevoerd konden worden.

De conferentie resulteerde allereerst in de oprichting begin 1949 van de *Stichting Centrum Katholieke Medisch Opvoedkundige Bureaus* (verder: Centrum Katholieke MOB's), onder voorzitterschap van J.B.M. Veraart, geneesheer-directeur van de psychiatrische inrichting Sint Anna te Venray en tevens voorzitter van de provinciale commissie voor de geestelijke volksgezondheid in Limburg. De econoom A. Bartels, tweede secretaris van de Nationale Federatie Het Wit-Gele Kruis, werd secretaris, B. Bremer, als psycholoog verbonden aan het katholieke Medisch Opvoedkundig Bureau te Utrecht, werd lid van het dagelijks bestuur en P.A.F. van der Spek, de (katholieke) inspecteur voor de Geestelijke Volksgezondheid, werd adviseur.<sup>49</sup> Bartels werd de spil waarom de activiteiten gingen draaien.<sup>50</sup>

In totaal 25 bureaus sloten zich vervolgens bij het Centrum aan, niet alleen consultatiebureaus uitgaande van het Wit-Gele Kruis, maar ook diverse katholieke consultatiebureaus voor opvoedingsmoeilijkheden in enkele grotere steden.<sup>51</sup>

Bovendien werd door de besturen van de Nationale Federatie Het Wit-Gele Kruis en de Charitatieve Vereniging een manifest opgesteld, dat als uitgangspunt voor het nieuwe Centrum en de initiatieven in de periferie moest dienen. Dit *Standpunt inzake Medisch Opvoedkundige Bureaus* werd in februari 1949 uitgebracht.<sup>52</sup> Hierin werd de rationale van katholieke actie op het terrein van de Medisch Opvoedkundige Bureaus treffend uiteengezet in een pleidooi aan het adres van andersdenkenden en de overheid om de verzuiling als ordeningsprincipe voor deze werksoort te aanvaarden. Omdat er reeds Medisch Opvoedkundige Bureaus op neutrale, wetenschappelijke basis bestonden, moesten er extra argumenten voor verzuilde, katholieke bureaus geconstrueerd worden die de bestaande bureaus konden terugduwen tot een algemene, niet-confessionele zuil. Dit gebeurde als volgt: 'Ons algemene standpunt, dat gezondheidszorg en opvoeding bemoeiingen zijn, die krachtens haar aard dienen te worden uitgevoerd door particuliere instellingen welke aan de levensbeschouwing de haar toekomstende plaats geven, geldt in het bijzonder ten aanzien van de Medisch Opvoedkundige Bureaus. Deze bureaus willen advies en hulp geven bij opvoedingsmoeilijkheden, tengevolge waarvan hun werk noodzakelijk een normatief karakter heeft. Het grijpt diep in en geeft richting aan de opvoeding van het kind. Over het kind heen heeft het zijn invloed op het leven en de opvattingen in het gezin, voorzover de bron van de moeilijkheden daar ligt. (...) De Medisch Opvoedkundige Bureaus zullen onze gezinnen slechts dan geven wat zij mogen verwachten, wanneer het hele werk doortrokken is van de katholieke levensbeschouwing'.<sup>53</sup>

Deze principiële stellingname werd vervolgens geconcretiseerd: 'Wij achten voor de katholieke gezinnen katholiek Medisch Opvoedkundige Bureaus van het hoogste belang. Dit betekent, dat wij niet alleen een katholieke staf wensen, maar ook een organisatie die in haar leiding en geest doordrongen is van de katholieke opvattingen; een organisatie, die niet alleen plaatselijk, maar ook provinciaal en landelijk de belangen van dit werk zoals wij ze zien, kan behartigen (...). Eigen bureaus, gesteund door een eigen organisatie, verbonden met de andere instellingen van de katholieke gezondheidszorg, worden door ons voorgestaan'.<sup>54</sup>

De consequenties van deze opstelling voor de samenwerking met andere organisaties werden verder uiteengezet – 'samenwerking is slechts mogelijk op voet van gelijkheid' –, waarna het standpunt eindigde met een verontschuldiging aan het adres van die andere organisaties: 'Ons standpunt komt niet voort uit een gebrek aan waardering voor het werk van anderen, doch slechts uit de overtuiging, dat zeer in het bijzonder op dit gebied alleen een eigen organisatie ten volle recht kan doen wedervaren aan geestelijke waarden, die voor ons van het hoogste belang zijn'.<sup>55</sup>

Het was de katholieke organisaties er dus niet om te doen het Medisch Opvoedkundig Bureau af te wijzen of terzijde te schuiven ten gunste van iets anders. In plaats van zich te verzetten tegen deze werksoort werd deze werksoort juist geabsorbeerd en vervolgens als speerpunt ingezet in de katholieke actie op het terrein van de geestelijke gezondheidszorg. Getuige het standpunt gebeurde dit op grond van de overtuiging dat het Medisch Opvoedkundig Bureau, als het maar in katholieke handen was, ingeschakeld zou kunnen worden bij de bevestiging van de katholieke waarden; de bekende argumentatie die voor de oorlog ook al met succes door Kortenhorst en de zijnen gebruikt was om belangstelling voor de geestelijke volksgezondheid in de eigen kring te kweken.

Het waren dus *katholieke* Medisch Opvoedkundige Bureaus waar men op gericht was, hetgeen vervolgens de vraag oproept in hoeverre de opzet, werkwijze en organisatie van deze katholieke bureaus ook daadwerkelijk afwijken van de Federatiebureaus. In hoeverre bestond er een streven bij het Centrum om tot wezenlijke aanpassingen van het oorspronkelijke Federatieconcept te komen? Waren eventuele verschillen tussen de katholieke bureaus en de Federatiebureaus alleen het gevolg van dit levensbeschouwelijke uitgangspunt?

In het nu volgende onderzoek naar de reproductie van de katholieke bureaus zal op deze vragen worden ingegaan.

## *2. Het Centrum Katholieke Medisch Opvoedkundige Bureaus*

Met het Centrum Katholieke MOB's als specifieke beleids- en ondersteuningsstructuur voor de ontwikkeling van de katholieke Medisch Opvoedkundige Bureaus was de katholieke tegenhanger van de Nederlandse Federatie van MOB's gecreëerd. Ook het werkprogramma dat door het bestuur van het Centrum werd opgesteld, was vrijwel geheel aan de taakstelling van de Federatie ontleend:

- het organiseren van een opleiding, in het bijzonder voor psychiatrisch sociaal werkers;
- het reguleren van de opzet, het aantal en de spreiding van de katholieke bureaus;
- het mobiliseren van financiers voor de katholieke bureaus;

– de opstelling van normen voor de katholieke bureaus.<sup>56</sup>

Dit beleid werd nader uitgewerkt op basis van de praktijkervaringen van reeds bestaande katholieke Medisch Opvoedkundige Bureaus en de inzichten van de stafleden. De geestelijk adviseur van het Centrum, H. Fortmann, zorgde daarnaast voor de bewaking van de katholieke signatuur, terwijl P.A.F. van der Spek de afstemming op de ontwikkelingen bij de rijksoverheid in de gaten hield.

Al was het Centrum een stichting en geen vereniging, toch werden er voorwaarden aan de deelname aan het Centrum verbonden. Al in 1949 werden algemene regels geformuleerd voor de aan de bureaus te stellen eisen inzake de opzet, werkwijze en organisatie. Dat deze aanvankelijk nog niet strak werden toegepast, hing samen met de ontwikkelingsfunctie van het Centrum.<sup>57</sup>

Ook de opleiding van psychiatrisch sociaal werkers bij het katholieke Paedologisch Instituut in Nijmegen verkeerde aanvankelijk nog in ontwikkeling.

Als hulpmiddelen had het Centrum verder uiteraard de beschikking over het netwerk van verbindingen in en tussen de hulpverlenende, kerkelijke en politieke subsystemen van de katholieke zuil en de daarbij behorende publicitaire kanalen, in het bijzonder het *R.K. Artsenblad* en *Katholieke Gezondheidszorg*. Tenslotte beschikte het Centrum sinds het begin van de jaren vijftig over twee 'model-boerderijen': de katholieke Medisch Opvoedkundige Bureaus in Amsterdam en Utrecht.<sup>58</sup>

Met behulp van deze ingrediënten werd de koers van het Centrum bepaald in de bestuursvergaderingen en tijdens de conferenties en studieweekenden, die het Centrum voor de staven van de aangesloten bureaus ging organiseren.

Naar buiten toe poneerde het Centrum zich als representant van de katholieke Medisch Opvoedkundige Bureaus, een positie die al in 1950 erkenning kreeg, toen het Centrum door het Rijk en het Praeventiefonds op voet van gelijkheid met de Nederlandse Federatie van MOB's werd behandeld. Deze positie werd geconsolideerd in de onder auspiciën van de NFGV tot stand gekomen Commissie voor Contact en Advies voor de Medisch-Opvoedkundige Bureaus en het overleg dat deze Commissie vervolgens begon met de financiers.<sup>59</sup>

### 3. Bepaling van de opzet en werkwijze van het katholieke Medisch Opvoedkundig Bureau

Voor de opzet en werkwijze van de katholieke bureaus werd uitgegaan van de beginselen van de Federatiebureaus. Men was het er al snel over eens dat ook het katholieke Medisch Opvoedkundig Bureau niet alleen advies, maar ook behandeling moest kunnen geven door een staf van minimaal een psychiater, kinderarts, psycholoog en psychiatrisch sociaal werker, samenwerkend in een team en georganiseerd als een zelfstandig bureau, dan wel als een als zodanig herkenbare eenheid binnen een groter organisatorisch verband.<sup>60</sup>

Naast de formeel katholieke signatuur van deze bureaus werd het specifiek katholieke gezocht in het uitdragen en bewaken van de katholieke normen en waarden, door de geestelijk adviseur omschreven als de *positieve taak van katholieke actie*, waarin naast het individuerichte ook het gemeenschapsgerichte karakter van het katholieke bureau tot uiting moest komen. Een priester in de staf zou hier in het bijzonder op kunnen letten en er zo nodig de andere teamleden in leiden, terwijl het

uitdragen van deze katholieke waarden en normen verder vooral een taak was van de sociaal werkster, gezien het intensieve contact dat deze met het gezin had.<sup>61</sup>

Ook aan het concept van het Federatiebureau werd echter zoveel mogelijk vastgehouden en dat betekende een belangrijke begrenzing van de mogelijkheden om het bureau als instrument ter bevestiging van de katholieke normen en waarden te hantieren. Deze begrenzing kwam op drie verschillende onderdelen naar voren: de plaats van de priester in het team, de relatie tot de pedagogische advisering en de toepassing van het *social casework* door de sociaal werkster.

Omdat het in tegenstelling tot de katholieke Bureaus voor Huwelijksvoorlichting bij de Medisch Opvoedkundige Bureaus niet primair om zielzorg, maar om een gespecialiseerde hulpverlening ging, werd besloten dat de priester géén vast lid van de staf hoefde te zijn. Aan elk bureau werd vooralsnog overgelaten op welke wijze het contact met een priester gelegd werd, hoewel werd gesteld dat het bureau er goed aan zou doen een priester permanent aan het bureau te verbinden voor consultatie en om er zo nodig naar door te verwijzen.<sup>62</sup>

De vraag of het katholieke Medisch Opvoedkundig Bureau zich voornamelijk kon bezighouden met de advisering bij opvoedingsmoeilijkheden was van belang, omdat diverse katholieke consultatiebureaus daar hun werkterrein hadden. Om niet te veel van het Federatiebureau af te wijken werd deze vraag ontkennend beantwoord. Niet te veel nadruk op de advisering bij opvoedingsmoeilijkheden, zo werd door het Centrum Katholieke MOB's aanbevolen.<sup>63</sup>

Minder eenvoudig bleek de kwestie van de toepassing van het *casework* door de sociaal werkster of verpleegkundige te zijn. Het bestuur van het Centrum had al in zijn eerste vergadering in maart 1949 vastgesteld dat de verdere scholing van deze beroepsbeoefenaren met sociologische, psychologische en psychiatrische kennis en vaardigheden van kardinaal belang was voor het welslagen van het werk. Het *social casework* diende zich hiervoor aan, maar de onbekendheid met deze methode deed het bestuur besluiten om eerst eens poolshoogte te gaan nemen in het land van herkomst.<sup>64</sup> Ook hierin volgde het Centrum dus de Federatie. Zelfs de financiële middelen voor deze pelgrimage, die in de loop van 1950 plaatsvond, werden evenals dat voor de meeste Federatiereizen gold, verkregen uit Amerikaanse fondsen.<sup>65</sup>

In afwachting van de resultaten van deze studiereis werd in het bestuur van het Centrum uitvoerig over de eventuele introductie van het *social casework* doorgepraat, waarbij diverse moeilijkheden naar voren kwamen:

- men bleek in het algemeen nog erg huiverig te staan tegenover het overnemen van deze typisch Amerikaanse methode, ontstaan in een materialistische cultuur en geënt op een reductionistische benadering van de mens;
- de dieper gravende sociologische, psychologische en psychiatrisch aanpak die met het *casework* geïntroduceerd zou kunnen worden, zou in botsing kunnen komen met de positieve taak van katholieke actie die het Medisch Opvoedkundig Bureau en in het bijzonder de sociaal werkster toch ook was toegedacht;
- door deze verdieping van de functie van de sociaal werkster zou ze te veel op het terrein van de priester kunnen komen;
- daarnaast was er het praktische probleem dat veel katholieke bureaus nog dreven op de inzet van verpleegkundigen, die erg ver van deze methode af stonden.<sup>66</sup>

De enthousiaste argumenten van de Amerikagangers trokken de twijfelaars echter

over de streep, zodat toch besloten werd dat het *social casework* toegepast moest worden. Het betrof hier immers de essentiële methode van het Federatiebureau, die niet gemist kon worden zonder het risico te lopen om met het katholieke Medisch Opvoedkundig Bureau hopeloos achterop te raken.

Daarnaast was er ook nu weer de hoopvolle verwachting bij degenen die de katholieke betekenis van het Medisch Opvoedkundig Bureau benadrukten, dat het *casework* niet slechts gevaren in zich zou bergen, maar ook ten nutte gemaakt zou kunnen worden bij de bewaking en het uitdragen van katholieke normen en waarden.<sup>67</sup>

Nog een ander aspect in de opzet van het katholieke Medisch Opvoedkundig Bureau vormde onderwerp van bespreking in het Centrum: de positie van de psycholoog, niet alleen voor het onderzoek, maar ook bij de behandeling. Deze kwestie had niets te maken met de levensbeschouwelijke signatuur, noch met een principiële keuze voor psychologen en tegen psychiaters; het was simpelweg het gevolg van het grote tekort aan (psychotherapeutisch geschoolde) katholieke psychiaters.<sup>68</sup>

Door de psychologen in het Centrum Katholieke MOB's, B. Bremer voorop, werd dit tekort aan katholieke psychiaters gehanteerd om er de stevige positie die psychologen in verschillende katholieke Medisch Opvoedkundig Bureaus al innamen, nog verder te verstevigen: de psycholoog is goedkoper dan de psychiater en er komen toch nooit genoeg psychiaters om dit werk te doen, zo luidde hun redenering. Daartegenover stond echter, dat het Centrum de aansluiting met de gezondheidszorg niet in de waagschaal wilde stellen, en bovendien was er tegendruk van enkele katholieke grote-stadsbureaus waarin de psychiater wel een dominante rol vervulde. Deze tegendruk werd nog versterkt door de eisen omtrent de medische (eind)verantwoordelijkheid waaraan de geneeskundige inspectie vasthield in verband met de rijkssubsidie voor het Medisch Opvoedkundig Bureau.<sup>69</sup>

Het resultaat was dat begin 1951 door het Centrum werd aanbevolen de psychiater zowel de vertegenwoordiger van het bureau naar buiten toe te laten zijn als de algemeen leider van de stafbesprekingen. Omdat dit nog niet overal realiseerbaar was, benadrukte men vooralsnog het teamwerk.<sup>70</sup>

In 1953 werd het hiervoor samengevatte beleidsproces afgerond met de *Richtlijnen voor katholieke Medisch Opvoedkundige Bureaus*.<sup>71</sup> Zo'n drie jaar had het Centrum dus nodig gehad om het concept van het Medisch Opvoedkundig Bureau bruikbaar te maken voor toepassing in katholieke kring. De centrale elementen uit de opzet en werkwijze van de Federatiebureaus waren overgenomen. Het eigene van de katholieke bureaus kwam, naast de officiële status, vooral naar voren in de priester bij het team, en de meer sociaal gerichte en minder psychoanalytische aanpak –, uitingen van de functie die de bureaus in de katholieke gemeenschap hadden te vervullen.

#### 4. Feitelijke ombouw en opbouw

Er was een opvallend verschil in startpositie tussen de Nederlandse Federatie van MOB's en het Centrum Katholieke MOB's. De Nederlandse Federatie van MOB's begon als landelijke vereniging met één aangesloten instelling – het bureau te Amsterdam – die voldeed aan de strenge eisen gesteld aan de opzet, werkwijze en organisatie. Slechts bureaus die aan deze eisen voldeden werden toegelaten.

Het Centrum Katholieke MOB's begon als een bundeling van een in opzet, werkwijze en organisatie heterogene verzameling bureaus, waarin het geleidelijk ordening trachtte te bewerkstelligen. Dit was overeenkomstig de vernieuwings- en ontwikkelingsfunctie in het bestaande veld, die het Centrum zich had gesteld.<sup>72</sup>

Leidde het beleid van de Nederlandse Federatie van MOB's ertoe dat haar ledental en daarmee ook het aantal Medisch Opvoedkundige Bureaus gestaag toenam, het beleid van het Centrum Katholieke MOB's had tot gevolg dat het aantal aangesloten bureaus gedurende de eerste jaren gelijk bleef, vervolgens afnam in verband met het afvallen van de niet-gespecialiseerde bureaus, om pas daarna weer geleidelijk toe te nemen, nu alleen nog met goed geoutilleerde bureaus. Tot 1952 bleef het aantal aangesloten bureaus op 25 staan. Aan deze 25 bureaus waren in totaal ruim 70 medewerkers verbonden, terwijl de geschatte uitgaven f 200.000,— bedroegen. In werkelijkheid verdienden niet meer dan 8 katholieke bureaus in 1952 het predikaat Medisch Opvoedkundig Bureau. In totaal 35 medewerkers waren aan deze 8 bureaus verbonden en hun gezamenlijke uitgaven bedroegen circa f 100.000,—.<sup>73</sup>

#### d. Het resultaat

In de periode 1940-1952 werd het aantal Medisch Opvoedkundige Bureaus en hun totale stafomvang ruim vier keer zo groot en de uitgaven verzeventienvoudigden. Met een geschatte omvang van de kosten van ruim f 700.000,— in 1952 waren de Medisch Opvoedkundige Bureaus vrij dicht genaderd tot de psychiatrische voor- en nazorgdiensten, die in dat jaar beslag legden op circa 1 miljoen gulden. In onderstaande tabel zijn de veranderingen nog eens samengevat.

Aantal en omvang van de MOB's in 1940 en 1952.

	Aantallen bureaus		Omvang			
			Personeel*		Kosten	
	1940	1952	1940	1952	1940	1952
Federatie MOB's	7	15	36	117	37.000	500.000
MOB's Stichting GVG Noord-Holland	—	6	—	23	—	110.000
Katholieke MOB's	—	8	—	35	—	100.000
Totaal	7	29	36	175	37.000	710.000

\* in natuurlijke personen

(Bron: Van der Grinten, 1987, hoofdstuk 2.5.)



Niet alleen in kwalitatief, maar ook in kwantitatief opzicht had het Medisch Opvoedkundig Bureau zich ontwikkeld, van een excentrische grote-stadsvoorziening vóór de Tweede Wereldoorlog, tot een prominente werksoort op het terrein van de geestelijke gezondheidszorg begin jaren vijftig. De expansie zette zich daarna nog verder door, sinds 1959 gesteund door de rijkssubsidieregeling waarin het concept bezegeld werd.<sup>74</sup>

Naar aantallen bureaus gerekend, trad er een fase van consolidering in vanaf het begin van de jaren zestig. In 1962 functioneerden er 30 katholieke Medisch Opvoedkundige Bureaus, naast de 35 Federatiebureaus (waaronder de protestantse bureaus en het joodse bureau) en 10 bureaus die uitgingen van de Stichting voor Geestelijke Volkgezondheid in Noord-Holland.<sup>75</sup> In deze aantallen kwam daarna geen belangrijke verandering meer.<sup>76</sup>

## 6. Een gevaar voor de geestelijke volksgezondheid? Strijd om de toelating van het Bureau voor Levens- en Gezinsmoeilijkheden

### a. Geestelijke gezondheidszorg voor volwassenen

De geestelijke gezondheidszorg voor volwassenen mocht dan in de rijkssubsidie voor de geestelijke volksgezondheid nauwelijks aan bod komen, zonder deze steun gebeurde toch ook het nodige.

Allereerst was er de verbreding van de psychiatrische voor- en nazorg tot *Sociaal Psychiatrische Diensten*, waar ook minder ernstig gestoorde volwassenen terecht konden. Direct na de oorlog had Querido zijn dienst tot een afdeling Geestelijke Hygiëne omgebouwd, waar naast de voor- en nazorg voor volwassenen een jeugd-psychiatrische voorziening en mogelijkheden voor psychiatrisch en psychologisch onderzoek en advies voor volwassenen waren gecreëerd.<sup>1</sup>

Barnhoorn trok deze lijn verder door in de afdeling Sociale Psychiatrie en Geestelijke Hygiëne, waarmee hij in 1951 bij de Rotterdamse GG en GD startte. Wat in Amsterdam niet gebeurd was, de overheveling van de gemeentelijke psychologische dienst naar de afdeling Geestelijke Hygiëne, lukte hem bovendien wel.<sup>2</sup>

Nadat N. Speyer in 1950 de leiding van de afdeling Geestelijke Volksgezondheid van de GG en GD in Den Haag had overgenomen, gebeurde hier hetzelfde.<sup>3</sup>

In de tweede plaats drongen de *Medische Consultatiebureaus voor Alcoholisme* verder door op het terrein van de geestelijke gezondheidszorg voor volwassenen, naarmate ze zich meer gingen toelagen op de psychiatrisch begeleide hulpverlening aan alcoholisten en hun naaste omgeving. Eind jaren veertig functioneerden er negen van dergelijke bureaus.<sup>4</sup>

Tenslotte waren er dan de *Bureaus voor Levens- en Gezinsmoeilijkheden* en het *instituut voor ambulante psychotherapie*. Vooral het eerstgenoemde kwam in de jaren veertig naar voren, weliswaar als controversiële, maar ook als veelbelovende vorm van geestelijke gezondheidszorg voor volwassenen.

Uitgenodigd door de verbreding van de beweging voor geestelijke volksgezondheid van *mental health* naar *mental hygiëne*, inhakend op de zegetocht van het Medisch Opvoedkundig Bureau en gebruik makend van nieuwe psychotherapeutische inzichten, begonnen ook instellingen voor pastorale zorg, maatschappelijk werk en gezinszorg het arbeidsterrein van de geestelijke volksgezondheid te ontginnen. Allerlei levensproblemen konden door deze instellingen in psycho-hygiënische termen worden vertaald, zodat de daarop gerichte activiteiten ook als preventie van psychische stoornissen konden worden aangemerkt. Dit was aantrekkelijk, zowel vanwege het maatschappelijk gezag dat na de oorlog van deze oriëntatie begon af te stralen, als vanwege de hieraan verbonden subsidiekansen.

De rijksoverheid stelde zich vooralsnog weliswaar passief op ten aanzien van deze voorziening (wat wil zeggen: wel lippendienst maar geen subsidie), maar de NFGV

besteedde ook na de oorlog een deel van de Prophylaxefondssubsidie aan de exploitatie van de Bureaus voor Levens- en Gezinsmoeilijkheden.

Wat er aan landelijk beleid rond deze bureaus gevoerd werd, concentreerde zich daardoor in de NFGV, in haar hoedanigheid van verdeler van de Prophylaxefondssubsidie en later als adviseur van het bestuur van het Praeventiefonds, dat de subsidiëring van deze bureaus in 1950 overnam.

Tijdens de discussie in de NFGV over de subsidiëring bleek pas goed hoe verdeeld de opvattingen over de plaats en de functie van het Bureau voor Levens- en Gezinsmoeilijkheden waren. Deze voorziening werd door de Federatie bepaald niet met open armen binnengehaald naast de andere werksoorten gericht op de geestelijke gezondheidszorg voor volwassenen. De emoties tijdens de vergaderingen (en reconstruerend zijn dat de momenten van beleidsvorming op dit gebied geweest) liepen zo hoog op, omdat het hier ging om de vragen over het wezen en de grenzen van de geestelijke gezondheidszorg. Vragen dus, die de gerichtheid, opzet en organisatie van de gehele geestelijke gezondheidszorg raakten: Hoever moest de geestelijke gezondheidszorg gaan in de hulpverlening aan psychisch bedreigde of 'lichtgestoorde', maar verder gezonde mensen? Welke methoden dienden daartoe aangewend te worden: voorlichting, advies, toedekkende gesprekken of ook inzichtgevend psychotherapie? Waar lagen de grenzen met de pastorale zorg, het maatschappelijk werk en de gezinszorg? Welke rol had de medicus, respectievelijk de psychiater te spelen: behandelaar, leider of enkel consulent? Wat diende de bijdrage en de scholing van de maatschappelijk werker in dit verband te zijn? In welke organisatorische setting moest deze hulpverlening zich afspelen?

Samengeperst in, gereduceerd tot en ten dele verstopt in ogenschijnlijk strikt technische subsidiekwesties probeerde men de antwoorden hierop te vinden. Dat kostte ook daarom zoveel tijd, omdat de algemene beginselen van de geestelijke volksgezondheid hier geen enkel programmatisch houvast boden, anders dan als een legitiemerings voor uitbreiding van het werkterrein. *Vooraf* kon daardoor nauwelijks worden vastgesteld waar met de Bureaus voor Levens- en Gezinsmoeilijkheden naar gestreefd werd. Slechts *achteraf* kon, als sluitstuk, worden vastgesteld wat alle beleidsdrukten had opgeleverd.

Welnu, dit sluitstuk bleek te zijn dat begin jaren vijftig het pleit was beslecht in het voordeel van degenen die hadden geijverd voor toelating van de Bureaus voor Levens- en Gezinsmoeilijkheden als geestelijke gezondheidszorg voor volwassenen. Hoe dit in zijn werk ging, wordt hierna uiteengezet.<sup>5</sup>

## **b. Een belofte voor de geestelijke volksgezondheid: de adviezen van de Gezondheidsraad en de Nationale Federatie voor de Geestelijke Volksgezondheid, 1941-1945**

### *1. De Commissie inzake de psychische invloed der tegenwoordige tijdsomstandigheden*

Naar aanleiding van het oorlogsgeweld riep de voorzitter van de Gezondheidsraad, L.C. Kersbergen, medio 1940 een aantal deskundigen bij elkaar om over de psychi-

sche gevolgen daarvan te adviseren in een *Commissie inzake de psychische invloed der tegenwoordige tijdsomstandigheden*.<sup>6</sup>

De commissie kwam in juli 1940 voor de eerste maal bijeen, maar moest toen constateren dat paniek op grote schaal was uitgebleven, zelfs in Rotterdam. Eveneens bleek dat degenen die in gestichten moesten worden opgenomen, voordien al tot de onevenwichtigen behoorden. Bepaalde neurosen verbeterden zelfs.<sup>7</sup> Dat nam niet weg dat de commissie toch maatregelen gewenst achtte. Naast voorzieningen voor de jeugd vond men 'dat toch ook voor de ouderen behoefte werd gevoeld aan voorlichting omtrent allerlei moeilijkheden, die zich in deze tijden voordoen. Men achtte hiertoe het meest geschikt de oprichting van consultatiebureaus voor ouderen'.<sup>8</sup>

Met vermijding van het etiket 'hulp voor geestelijk gestoorden' moesten deze bureaus een bijdrage leveren aan de bescherming, respectievelijk verbetering van de geestelijke volksgezondheid door vroegtijdige signalering en opvang van mensen die door welke oorzaak dan ook onttrederd en ontworteld waren geraakt of dreigden te geraken; een voorstel dat geïnspireerd was door het Rotterdamse Bureau voor Huwelijks- en Gezinsmoeilijkheden.<sup>9</sup>

De commissie rondde haar besprekingen in oktober 1940 af met een schrijven van de voorzitter van de Gezondheidsraad aan de waarnemend secretaris-generaal van Sociale Zaken, met het verzoek om de oprichting van dergelijke bureaus te bevorderen.<sup>10</sup> Daar liet ze het echter niet bij. Ook de NFGV werd opgeroepen om met voorstellen voor de uitbreiding van het aantal bureaus te komen,<sup>11</sup> terwijl van de hand van het commissielid Joh. van der Spek een uiteenzetting over de Bureaus voor Levens- en Gezinsmoeilijkheden verscheen in het *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, die vervolgens, met uitdrukkelijke instemming van de voorzitter van de Gezondheidsraad, in groten getale verspreid werd als 'handleiding voor de initiatiefnemers' in dit veld.<sup>12</sup>

Het smalle bruggetje dat al voor de oorlog door de NFGV naar het Bureau voor Levens- en Gezinsmoeilijkheden als voorziening voor geestelijke gezondheidszorg was gelegd, werd nu door de Gezondheidsraad met een verwijzing naar de oorlogsomstandigheden verbreed. Deze nadrukkelijke plaatsing van het Bureau voor Levens- en Gezinsmoeilijkheden binnen het werkterrein van de geestelijke volksgezondheid gebeurde ondanks het feit dat deze voorziening nog niet veel meer dan een vage belofte inhield. Daarmee was een belangrijk station in de beleidsvorming gepasseerd: op gezag van de Gezondheidsraad kon nu de verdere uitwerking van het concept in het kader van de NFGV ter hand worden genomen.

## *2. Het eerste memorandum inzake de Bureaus voor Levens- en Gezinsmoeilijkheden, 1941*

De kwestie van de Bureaus voor Levens- en Gezinsmoeilijkheden werd eind 1940 in de vergadering van afgevaardigden van de NFGV aan de orde gesteld in verband met de verdeling van de Prophylaxefondssubsidie voor 1941. Als subsidienormen voor de consultatiebureaus waren de inmiddels gebruikelijke eisen voorgesteld – leiding van een medicus dan wel vaste medewerking van een psychiater en medewerking van een sociaal werker –, maar tegelijkertijd werd erkend dat 'de bureaus voor huwelijks-

en gezinsmoeilijkheden (...) door hun eigenaardige opzet niet aan (deze) vereisten voldoen'. Moesten deze bureaus 'in aanmerking komen voor subsidie uit het Prophylaxefonds en, zo ja, volgens welke normen?' zo vroeg men zich af.<sup>13</sup> Het was Van den Berg die hierop, mede gebruik makend van zijn band met het Prophylaxefonds, een niet mis te verstaan antwoord gaf: 'Verder zou hij nog zeer de aandacht willen vestigen op de bureaus voor huwelijks- en gezinsmoeilijkheden, waarvoor het Prophylaxefonds subsidie wenselijk acht. Als zij niet onder de normen vallen, dan moeten die normen maar gewijzigd worden'.<sup>14</sup>

Naderhand deed Van den Berg een nog dringender beroep op de NFGV om zodanige criteria te ontwikkelen, dat deze bureaus voor subsidie in aanmerking konden komen: 'Het probleem is zeer actueel, het is een grote behoefte van deze tijd en het is van belang, dat deze zaak door de Federatie ter hand wordt genomen'.<sup>15</sup> Hij gebruikte daarbij nog als extra argument de dreiging dat 'anders politieke bewegingen het tot zich zullen trekken. Zo heeft de Nederlandsche Unie iets dergelijks in het leven geroepen'.<sup>16</sup>

Met het officiële verzoek van de Gezondheidsraad, dat inmiddels ontvangen was, was dit pleidooi van de directeur-generaal voor het NFGV-bestuur voldoende aanleiding om zich verder over deze kwestie te buigen. Dit gebeurde allereerst in een bestuurscommissie onder voorzitterschap van Van den Berg en met Lekkerkerker als secretaris.<sup>17</sup>

Mede op basis van gesprekken met vertegenwoordigers van enkele bureaus leverde de bestuurscommissie in maart 1941 een rapport af met aanbevelingen over de taak, opzet, organisatie en financiering van Bureaus voor Levens- en Gezinsmoeilijkheden.<sup>18</sup> Dit rapport wordt hieronder samengevat.

### *De taak*

Men begon met de stelling dat deze bureaus 'niet alleen bedoeld zijn voor 'tijdsmoeilijkheden', daar het om problemen gaat, die ook voor deze tijd bestonden en ook daarna zullen bestaan'.<sup>19</sup>

Vervolgens werd het Bureau voor Levens- en Gezinsmoeilijkheden als voorziening voor geestelijke gezondheidszorg aangewezen, naast de voor- en nazorg en het Medisch Opvoedkundig Bureau. Deze drie werksoorten te zamen werden nadrukkelijk onderscheiden van de overige hulpverlening zoals Armenraad, Kinderpolitie, Pro Juventute, polikliniek, huisarts en geestelijke.<sup>20</sup>

De onderlinge verschillen tussen de werksoorten werden daarmee niet genegeerd. Integendeel: er werd een grote mate van interne differentiatie bepleit met het argument dat de Bureaus voor Levens- en Gezinsmoeilijkheden vooral niet met de voor- en nazorgbureaus verward zouden mogen worden: 'Het is de bedoeling dat zij juist niet het stempel van 'zenuw- en zielszieken' dragen. Zij zijn bestemd voor mensen met minder uitgesproken stoornissen'.<sup>21</sup> Wat de commissie bij dit laatste voor ogen zweefde, werd enigszins verduidelijkt met een verwijzing naar 'fijnere en intiemere moeilijkheden', waarmee men niet zo snel naar een instelling zou gaan, en naar 'lichtere psychische stoornissen'.<sup>22</sup>

Op basis hiervan kwam de commissie met een tweeledige taakstelling voor de Bureaus voor Levens- en Gezinsmoeilijkheden:

1. voorlichting en het wijzen van de weg naar andere voorzieningen;

2. het zelf behandelen van moeilijkheden wanneer daarvoor andere instellingen ontbreken.<sup>23</sup>

Bij de behandeling werd vooral gedacht aan 'sociale behandeling' – maatschappelijke opvang en individuele begeleiding –, maar de mogelijkheid dat hier ook psychotherapie onder zou vallen, werd niet uitgesloten: 'niet geheel zeker is of onder deze behandeling ook gebracht moet worden de meer intensieve psychotherapeutische behandeling van neurosen, zoals het Instituut voor Medische Psychologie te Amsterdam beoogt'.<sup>24</sup>

Deze suggestie was gebaseerd op een gelijke gerichtheid van de instituutpsychotherapie en het Bureau voor Levens- en Gezinsmoeilijkheden, althans naar de mening van de commissie: beide waren gericht op in beginsel gezonde volwassenen met moeilijkheden of psychische stoornissen.

De gedachtengang van de commissie was kennelijk dat daar waar géén psychotherapeutisch instituut beschikbaar was, en dat was overal behalve in Amsterdam, de instituutpsychotherapie zou kunnen uitgaan van het Bureau voor Levens- en Gezinsmoeilijkheden.

### *De opzet*

Trad de commissie met deze suggestie voor psychotherapie ver buiten de bestaande praktijk, dichter daarbij kwam ze met de door haar gewenste opzet van het Bureau voor Levens- en Gezinsmoeilijkheden. Elk bureau zou over een vaste, bezoldigde en 'sociaal goed georiënteerde' maatschappelijk werker moeten kunnen beschikken naast de, vooralsnog belangeloze, medewerking van media, juristen, pedagogen, praktische huisvrouwen (!) en anderen, terwijl een geregelde gezamenlijke bespreking van alle gevallen in teamverband werd aanbevolen.<sup>25</sup>

In deze gedeeltelijk aan het Medisch Opvoedkundig Bureau ontleende opzet werd dus een concessie gedaan op het punt van de leiding. Maar een bureau met een bezoldigde, sociaal goed georiënteerde maatschappelijk werker zou dit kunnen opvangen, aldus de gedachtengang.

### *De organisatie en financiering*

Eveneens aan de ontwikkeling van het Medisch Opvoedkundig Bureau ontleend was de suggestie om in eerste instantie met een beperkt aantal bureaus te beginnen, zowel op levensbeschouwelijke als op algemene grondslag, en daarmee ervaring op te doen.<sup>26</sup> Rijkssubsidie werd voor deze bureaus noodzakelijk geacht om de gewenste opzet daadwerkelijk te kunnen realiseren, maar ook om toezicht op de kwaliteit te kunnen houden, waarbij gedacht werd aan een 'erkenning' van deugdelijke bureaus, of een status van 'aangesloten bureau bij de Federatie'.<sup>27</sup>

De commissie probeerde op deze wijze het kaf van het koren in de hulpverlening te onderscheiden: er 'zal gewaakt moeten worden voor dilettantisme, waarvoor het gevaar op dit terrein bijzonder groot is, daar velen zich geroepen zullen voelen om adviezen te geven', zo betoogde de commissie.<sup>28</sup>

Ook nu kwam de commissie echter niet verder dan de aanbeveling dat '...voor alles ervoor gezorgd zal moeten worden, dat het in handen komt van de rechte mens, daar de waarde van het werk hiermede staat of valt'.<sup>29</sup>

Daarmee was voldoende ruimte opengelaten voor de verschillende initiatiefnemers

op dit sterk door levensbeschouwelijke sentimenten bepaalde veld, terwijl de voorgestelde subsidienormen toch een minimum aan kwaliteit konden garanderen.

### *3. Stagnerend beleid*

Het bestuur van de NFGV kon in het algemeen instemmen met de voorstellen van de Commissie ad hoc, echter met één uitzondering. Deze betrof een passage waarvan men verwachtte dat die tot 'veel verschil van mening en discussie aanleiding zou kunnen geven': de suggestie dat het consultatiebureau ook gespecialiseerde psychotherapie zou kunnen gaan verlenen. Het rapport werd, zonder deze suggestie, vastgesteld en uitgebracht aan de Gezondheidsraad.<sup>30</sup>

De Commissie inzake de psychische invloed der tegenwoordige tijdsomstandigheden van de Gezondheidsraad stelde zich vervolgens ook achter het rapport, waarna het in 1942 aan de waarnemend secretaris- generaal van Sociale Zaken werd aangeboden met het dringende verzoek om, overeenkomstig de aanbevelingen, door een subsidie de oprichting van deugdelijke Bureaus voor Levens- en Gezinsmoeilijkheden te steunen.<sup>31</sup>

Het subsidiebedrag voor het Rotterdamse bureau werd daarop in 1942 belangrijk verhoogd en in 1943 werd de oprichting van een tweede Bureau voor Levens- en Gezinsmoeilijkheden in Den Haag mogelijk gemaakt, waarbij voor het eerst de eis werd gesteld dat er een 'beroepsmaatschappelijk werkster' aan het bureau verbonden moest zijn. Daarna werd de landelijke beeldvorming rond deze bureaus tot het eind van de oorlog opgeschort.<sup>32</sup>

### **c. Initiatieven tijdens de oorlog**

Niet alleen de beeldvorming, maar ook de plaatselijke initiatieven ondergingen de invloed van de oorlogsomstandigheden.

Zo moesten de werkzaamheden van het Bureau voor Levens- en Gezinsmoeilijkheden in Rotterdam vanwege stagnerende verwijzingen, verminderde communicatiemogelijkheden en teruglopende inkomsten in de loop van 1943 worden gestaakt. Van die gelegenheid werd echter gebruik gemaakt om de werkzaamheden beter op te zetten. Direct na de oorlog presenteerde zich een nieuw algemeen bureau, de Stichting Spreekuren voor Levens- en Gezinsmoeilijkheden.

Met behulp van een subsidie van Nederlands Volksherstel, het direct na de bevrijding ingestelde steunfonds voor opbouwwerkzaamheden,<sup>33</sup> en het Prophylaxefonds werd vervolgens een sociaal werkster, in het bezit van het eerste jaar oriënteringscursus van de Nederlandse Federatie van MOB's, als vaste kracht aangesteld, zodat ook aan de eerder geformuleerde wensen van de NFGV voldaan werd.<sup>34</sup>

In Den Haag kwam in 1942 op initiatief van de Dr. Schroeder van der Kolk Stichting en dankzij de inspanningen van Ongerboer een Interkerkelijk Bureau voor Levens- en Gezinsmoeilijkheden tot stand, opgezet naar het Rotterdamse voorbeeld. Het initiatief werd genomen met een verwijzing naar de bijzondere tijdsomstandigheden en de aanbevelingen, die eerder door de Gezondheidsraad en de NFGV waren gedaan. Met behulp van een subsidie van het Prophylaxefonds en enkele kleinere giften wer-

den de spreekuren georganiseerd. De oorlogsomstandigheden dwongen echter ook dit bureau in de loop van 1943 zijn deuren weer te sluiten. Pas op 1 januari 1947 werden de werkzaamheden op een enigszins redelijk niveau weer hervat.<sup>35</sup>

Nog een ander initiatief dient hier genoemd te worden, al liep dat op een mislukking uit: de poging van het in mei 1940 opgerichte Instituut voor Medische Psychologie in Amsterdam om een Bureau voor Levens- en Gezinsmoeilijkheden op te zetten. In de stichtingsakte van dit instituut was niet alleen als doel omschreven 'het oprichten en het gebruik van een Ambulatorium voor behandeling van psychische stoornissen', maar ook 'het organiseren van – en samenwerken met Medisch Opvoedkundige Bureaus; het organiseren van – en samenwerken met Bureaus voor Beroepskeuze; het organiseren van – en samenwerken met Bureaus voor Gezinsmoeilijkheden'.<sup>36</sup>

Geïnspireerd door het Rotterdamse bureau en gestimuleerd door de besprekingen in de commissie van de Gezondheidsraad – waaraan twee betrokkenen bij het Instituut voor Medische Psychologie deelnamen – ondernam het Instituut voor Medische Psychologie een poging om zelf een bureau voor gezinsmoeilijkheden op te zetten, in de overtuiging dat ook iets gedaan moest worden voor mensen die niet direct psychiatrisch-psychotherapeutische behandeling nodig hadden, maar toch in zodanige psychische nood verkeerden dat deskundige hulp gewenst was.<sup>37</sup>

Gaandeweg kreeg dit initiatief echter ook nog een andere bedoeling, die samenhang met de behoefte van het instituut om adequate verwijzingskanalen naar het instituut te creëren. Bij de oprichting in 1940 was het Instituut voor Medische Psychologie er namelijk van uitgegaan, dat veel patiënten door artsen en medische instanties naar het instituut verwezen zouden worden. Aanvankelijk was dit inderdaad het geval, maar in de zomer van 1940 nam deze toeloop alweer af.

Het instituut schreef daarop een brief aan alle huisartsen om hen erop attent te maken dat het niet uitsluitend bedoeld was voor oorlogsgevallen, maar ook voor andere psychische stoornissen, waarvoor een niet al te lange psychotherapeutische behandeling succesvol zou kunnen zijn. Tevens werd besloten om de uitbreiding op het terrein van de opvang van levensmoeilijkheden mede in dit kader te plaatsen.

Zo begon het Instituut voor Medische Psychologie in 1941 met het organiseren van een cursus medische psychologie voor belangstellenden uit het maatschappelijk werk en de wijkverpleging, met als oogmerk 'tevens meer bekendheid te geven aan het werk van het Instituut'. Daardoor zouden naast de medici het maatschappelijk werk en de wijkverpleging beter in staat zijn als aanvullende schakel te functioneren tussen potentiële patiënt en instituut; een verbreding dus van het verwijzingskanaal.<sup>38</sup>

Uit de cursisten werd vervolgens een tweetal maatschappelijk werksters geselecteerd ter ondersteuning van het spreekuur voor levensmoeilijkheden, dat door artsen verbonden aan het instituut werd gehouden. In september 1941 ging dit spreekuur van start, maar het liep anders dan verwacht. De maatschappelijk werksters kregen weinig te doen en een duidelijke voorpost werd het evenmin. De meerderheid van de aangemelde gevallen bleek voor psychiatrische hulp in aanmerking te komen en maar een klein deel voor psychotherapie: 'waarschijnlijk mede dankzij de toegepaste selectie bij de verwijzingen, was er minder werk voor de maatschappelijk werksters dan aanvankelijk was gedacht'.<sup>39</sup>

Na ongeveer een jaar werd vastgesteld dat 'het spreekuur voor levensmoeilijkheden niet in een grote behoefte [bleek] te voorzien',<sup>40</sup> en in 1943 werd het weer gestaakt,



mede omdat de verwijzing van patiënten naar het Instituut voor Medische Psychologie weer op gang was gekomen, dankzij de stimulerende rol van de GG en GD, in casu Querido.<sup>41</sup>

Was hiermee voor het instituut de noodzaak om enige greep te krijgen op belendende werksoorten sterk afgenomen, deze poging liet wel een mogelijk verband tussen de instituutpsychotherapie en het Bureau voor Levens- en Gezinsmoeilijkheden zien, dat precies omgekeerd was aan het verband dat door de bestuurscommissie van de NFGV in haar rapport van maart 1941 was gesuggereerd. In het eerste geval was sprake van een spreekuur voor levens- en gezinsmoeilijkheden als onderdeel en voorpost van een gespecialiseerd psychotherapeutisch instituut, in het tweede van een Bureau voor Levens- en Gezinsmoeilijkheden dat mede gespecialiseerde psychotherapie verstrekke – tegengestelde benaderingen die de discussie gingen beheersen.

Vanuit een andere achtergrond dan de tot nu besproken initiatieven kwam het Interkerkelijk Bureau voor Levens- en Gezinsmoeilijkheden in Amsterdam tot stand. Begonnen in 1943 als een spreekuur voor seksuele moeilijkheden, werd het in 1945 door de bijzondere kerkelijke gezinszorg, die kort voor en gedurende de oorlog vanuit de protestantse kerkgenootschappen in verschillende plaatsen initiatieven ontpleide, tot een zelfstandig Bureau voor Levens- en Gezinsmoeilijkheden omgebouwd.

Met behulp van gelden van de protestantse organisaties konden aan dit bureau twee vaste krachten part-time worden verbonden: een psychiatrisch geschoold maatschappelijk werkster en een jurist 'met eigen psychologische en seksuologische scholing', de ook buiten dit bureau actieve A. Bouman. Anders dan op de bureaus in Rotterdam en Den Haag werd op het Amsterdamse bureau niet meer met vrijwilligers gewerkt, maar met deskundigen, die als bestuurslid waren aangetrokken. Dit was gebeurd, omdat de praktijk in Rotterdam inmiddels had geleerd dat de medewerking op vrijwillige basis moeilijk van de grond kwam.<sup>42</sup>

Het waren deze vier initiatieven, die direct na de oorlog op hun beurt het uitgangspunt vormden van de beleidsvorming die in het kader van de NFGV weer ter hand werd genomen.

#### **d. Een hernieuwde belofte: de beleidsvorming 1945-1948**

##### *1. Het Reorganisatieadvies van de Nationale Federatie voor de Geestelijke Volksgezondheid, 1945*

Door de NFGV werd de draad van de beleidsvorming weer opgepakt in het Reorganisatieadvies, dat in december 1945 aan de minister van Sociale Zaken werd uitgebracht. Hierin was een apart hoofdstuk over preventieve en psychotherapeutische zorg ten aanzien van volwassenen opgenomen.<sup>43</sup>

In dit hoofdstuk werd gewezen op de neurose als volksziekte, een inzicht dat voor de oorlog al was ontstaan en dat toen tot de oprichting van het Psychotherapeutisch Instituut had geleid. De ziekte 'welke het persoonlijk geluk, het arbeidsvermogen en de verdere sociale aanpassing der betrokkenen in meer of mindere mate aantast, [en]

een ondermijning van de volkskracht betekent', verdiende evenzeer de aandacht van de overheid als tuberculose, of enige andere volksziekte, zo werd betoogd.<sup>44</sup> Ook de sociaal-economische gevolgen (gebrek aan arbeidskrachten, beroep op dure curatieve zorg) werden flink aangezet, om de aanbeveling 'maatregelen te treffen om deze vloedgolf van moeilijkheden zoveel mogelijk te keren' kracht bij te zetten.<sup>45</sup> Bij deze maatregelen werd naast de psychohygiënische zorg rond arbeid en bedrijf (Beroepskeuzebureau) zowel gedacht aan het Bureau voor Levens- en Gezinsmoeilijkheden als aan de instituutpsychotherapie.<sup>46</sup>

Wat betreft het laatste werd geadviseerd om ook in andere grote bevolkingscentra medisch psychologische instituten, zoals er in Amsterdam reeds een bestond, op te richten.<sup>47</sup> Daarbij werd helemaal niet meer gerept, zoals in 1941 in het rapport van de bestuurscommissie nog wel het geval was, over de mogelijkheid dat het Bureau voor Levens- en Gezinsmoeilijkheden initiatieven in deze richting zou ontplooien. Nu werd het omgekeerde gesuggereerd: het minder gespecialiseerde werd afhankelijk gesteld van het meer gespecialiseerde.

De in het advies consequent gebruikte, maar niet verklaarde, onderscheiding van *preventieve zorg* en *psychotherapeutische zorg* bevestigde deze plaatsbepaling van het Bureau voor Levens- en Gezinsmoeilijkheden: als een eenvoudig Consultatiebureau voor Geestelijke Volksgezondheid, ondersteund vanuit de meer gespecialiseerde voorzieningen.

De aanbevelingen ten aanzien van de Bureaus voor Levens- en Gezinsmoeilijkheden waren nu terughoudend. Nog nadrukkelijker dan in 1941 werd gewaarschuwd voor dilettantisme. Potentiële subsidiënten – Rijk en Nederlands Volksherstel – werden zelfs expliciet opgeroepen voorzichtig te zijn met het steunen van initiatieven op dit gebied, 'aangezien de eisen waaraan de leiders en medewerkers van zulke bureaus moeten beantwoorden nog weinig te omschrijven (zijn), waardoor onverantwoord werken allerminst is uitgesloten'.<sup>48</sup> Nauwe samenwerking met andere instellingen voor geestelijke gezondheidszorg werd als panacee aanbevolen om de deskundigheid van het bureau zo groot mogelijk te maken.<sup>49</sup>

Het is niet moeilijk in deze benadering het model te herkennen zoals dat eerder door het Instituut voor Medische Psychologie was gelanceerd; de tekst van dit deel van het advies was dan ook geleverd door Van der Hoop, de directeur van dit instituut.

De zorgelijke passages over het Bureau voor Levens- en Gezinsmoeilijkheden nodigden de overheid nauwelijks uit tot ruimhartige financiële steun, als daar al mogelijkheden voor aanwezig waren geweest. Die steun kwam dan ook niet en de bureaus bleven daardoor, naast de tijdelijke bijdragen van Nederlands Volksherstel, aangewezen op het Prophylaxefonds. Deze omstandigheid dwong op haar beurt de NFGV weer om een duidelijker (subsidie)beleid ten aanzien van deze bureaus te ontwikkelen.

## 2. *Het tweede memorandum, 1946*

In 1946 was de *sectie Geestelijke Hygiëne van de Volwassenen* van de NFGV geïnstalleerd, onder voorzitterschap van J. Koekebakker, de leider van de afdeling voor Geestelijke Hygiëne van het Nederlands Instituut voor Preventieve Geneeskunde, en met Lekkerkerker als secretaris.

Ook het Rotterdamse Bureau voor Levens- en Gezinsmoeilijkheden was in deze sectie geplaatst, maar voor de vertegenwoordiger van dit bureau was deze situatie al snel aanleiding om te trachten tot een meer specifiek landelijk overleg voor deze werksoort te komen. Een verzoek van het bestuur van de NFGV aan deze sectie om te adviseren over de plaats van de Bureaus voor Levens- en Gezinsmoeilijkheden in de Prophylaxefondssubsidie werd hiervoor aangegrepen.<sup>50</sup>

In oktober 1946 werd een bespreking georganiseerd met representanten van allerlei organisaties die actief waren of wilden worden op dit terrein.<sup>51</sup> Deze bijeenkomst werkte echter als een koude douche. De ideeën en de uitwerking daarvan in de praktijk liepen zo uiteen, dat er geen basis was voor verder overleg over het opstellen van iets als een grootste gemene deler van deze tak van zorg. De bespreking leidde slechts tot de afspraak dat Lekkerkerker, mede aan de hand van de discussie, zou proberen een stuk voor het bestuur van de NFGV op te stellen over de feitelijke werkzaamheden van de bureaus, waarbij zij ook de ervaringen in het buitenland zou betrekken.<sup>52</sup> Dat stuk stelde Lekkerkerker op, maar daar liet ze het niet bij. Ze gaf tevens een uiteenzetting over de volgens haar gewenste taak, opzet en organisatie van de bureaus. Deze leidraad voor (subsidie-)beleid bood ze in november aan het bestuur aan.<sup>53</sup>

Het bleek een variatie op het bestuursrapport van de NFGV uit 1941. Als *taak* noemde Lekkerkerker wederom zowel de voorlichting en verwijzing als de sociale en psychotherapeutische behandeling. Als *opzet* dacht ze nu zelfs aan een vaste staf van een psychiatrisch geschoold maatschappelijk werkster en een psychiater, de eerste in vol dienstverband, werkend in een teamverband zoals het Medisch Opvoedkundig Bureau en met medewerking van externe deskundigen op ad hoc basis. Als *organisatie* zag ze de Bureaus voor Levens- en Gezinsmoeilijkheden als zelfstandige rechtspersonen, verenigd in een landelijk verband zoals de Nederlandse Federatie van MOB's.<sup>54</sup>

Met dit voorstel vulde Lekkerkerker de vage contouren van het Bureau voor Levens- en Gezinsmoeilijkheden uit het eerste memorandum verder in als specifieke werksoort voor de geestelijke gezondheidszorg voor volwassenen. Daarvoor haakte ze aan bij het haar zeer vertrouwde concept van het medisch opvoedkundige bureau, getuige de taak (voorlichting, advies én behandeling), deskundigheid (psychiater, psychiatrisch geschoolde sociaal werker), opzet (teamwerk) en organisatie (zelfstandige werksoort).

Niet alleen trotseerde zij het oordeel van het bestuur over het eerste memorandum – de onwenselijkheid dat het Bureau voor Levens- en Gezinsmoeilijkheden zelf gespecialiseerde psychotherapie zou gaan leveren –, ze distantieerde zich met dit voorstel ook van het Reorganisatieadvies dat de NFGV in 1945 had uitgebracht.

Twee ordeningsmodellen voor het Bureau voor Levens- en Gezinsmoeilijkheden stonden hierdoor in de NFGV naast elkaar:

- een *eenvoudig en onzelfstandig bureau* voor voorlichting en advies als onderdeel van een instelling voor geestelijke gezondheidszorg, bij voorkeur een instituut voor psychotherapie;
- een *zelfstandige derde werksoort* op het terrein van de geestelijke gezondheidszorg, die zich zou moeten toeleggen op de hulp aan psychisch bedreigde of gestoorde volwassenen, naast de hulp aan psychisch bedreigde en gestoorde kinderen door het

Medisch Opvoedkundig Bureau en de hulp aan geestelijk gestoorde volwassenen door de psychiatrische voor- en nazorg.

Veel kon de NFGV hier echter niet mee aanvangen. Geen van deze modellen was in de praktijk aan te treffen en de Federatie was in het vigerende bestel niet in staat welk model dan ook dwingend aan initiatiefnemers voor te schrijven. Daarnaast waren er ook meer praktische problemen die realisering van Lekkerkerkers ideeën in de weg stonden. In het bijzonder gold dit het ontbreken van voldoende financiën en geschoolde krachten. De schaarste aan psychiatrisch sociaal werkers, de sleutelfiguur in het model van Lekkerkerker, zou bovendien niet snel opgeheven kunnen worden, omdat de Nederlandse Federatie van MOB's, gesteund door de rijksoverheid, vooralsnog voorrang gaf aan de Medisch Opvoedkundige Bureaus.

In deze situatie konden dus in redelijkheid geen stringente subsidievoorwaarden aan de Bureaus voor Levens- en Gezinsmoeilijkheden worden gesteld. Het bestuur nam daarom het memorandum van Lekkerkerker slechts voor kennisgeving aan, waarna het als artikel onder eigen naam in het *Maandblad voor de Geestelijke Volksgezondheid* werd gepubliceerd.<sup>55</sup>

De subsidiëring van de Bureaus voor Levens- en Gezinsmoeilijkheden bleef daarmee voorlopig zoals ze was. Alleen de bureaus in Rotterdam en Den Haag ontvingen Prophylaxefondssubsidie via de NFGV, onder de voorwaarde dat medewerking zou worden verleend door een psychiater en een maatschappelijk werker, zonder dat gepreciseerd werd wat die medewerking precies inhield.<sup>56</sup>

#### **e. Uitbreiding van de hulpverlening na de bevrijding**

Direct na de oorlog kwamen de Bureaus voor Levens- en Gezinsmoeilijkheden en daarmee verwante voorzieningen verder in de belangstelling te staan vanwege hun verwachte bijdrage in de opvang van de naweeën van de oorlog, waaronder vooral ook de verontrustend sterke stijging van het aantal echtscheidingen werd gerekend.<sup>57</sup>

Uit elkaar gevallen gezinnen, ontredderde mensen, mensen met problemen op het terrein van huwelijk en seksualiteit, losgeslagen jeugd – zij allen moesten geholpen en/of weer op het rechte spoor gebracht worden, al naar gelang de maatschappelijke en levensbeschouwelijke oriëntatie van de initiatiefnemers.

Toonaangevend in dit veld waren inmiddels de Bureaus voor Levens- en Gezinsmoeilijkheden in Rotterdam, Den Haag en Amsterdam geworden. Na de oorlog breidden zij hun staf en hun werkzaamheden nog enigszins uit, terwijl het Haagse bureau, zoals het Rotterdamse bureau al eerder gedaan had, eind jaren veertig weer ontzuilde.<sup>58</sup>

Dit laatste weerhield protestantse initiatiefnemers er echter niet van om in andere steden nieuwe protestantse bureaus te stichten: een protestants-christelijk bureau in Utrecht (1945), een hervormd bureau in Meppel (1947), een gereformeerd bureau in Groningen (1947) en een hervormd bureau in Amsterdam naast het protestants-christelijke (1948). Daarnaast werden ook buiten de protestantse kring dergelijke voorzieningen voor de geestelijke gezondheidszorg voor volwassenen getroffen door de Stichting tot Oprichting en Instandhouding van Joodse Psychiatrische Consultatiebureaus en Medisch Opvoedkundige Bureaus (1945) en de Wilhelminastichting

(1948), terwijl er sinds 1945 eveneens initiatieven op humanistische grondslag werden ontplooid.

Kenmerkend voor al deze bureaus – hoe verschillend onderling ook – was hun gerichtheid op zowel voorlichting en advisering als behandeling van moeilijkheden en psychische stoornissen.

De ingewikkeldheid van deze problematiek en het gebrek aan tijd bij de vrijwilligers om hier diep op in te gaan, leidden bij al deze bureaus tot een toenemende druk om hiervoor vaste krachten aan te stellen, meestal een geschoolde maatschappelijk werker, en zich te voorzien van de medewerking van een psychiater. Het ene bureau lukte dat beter dan het andere. In deze fase verspeelden de drie pioniers hun voor-sprong. Sinds 1949 was de onbetwiste leider op dit gebied het vrijwel geheel overeen-komstig Lekkerkerkers aanbevelingen opzette Bureau voor Levens- en Gezinsmoei-lijkheden dat onder leiding van S.J.P. Dercksen als afdeling van de in datzelfde jaar opgerichte, en hierna nog uitgebreid ter sprake komende, Hervormde Stichting voor Geestelijke Volksgezondheid in Amsterdam aan de slag ging.<sup>59</sup>

In dit veld bevond zich ook de Nieuw-Malthusiaanse Bond, na de oorlog omgevormd tot de Nederlandse Vereniging voor Sexuele Hervorming. Hoewel de bureaus van deze vereniging zich niet langer beperkten tot voorlichting over geboortenregeling, maar ook psychologische hulp bij huwelijksmoeilijkheden verschaften, betekende dit allerminst een verbinding met de geestelijke volksgezondheid. Ze ambieerden dat zelf niet en werden daar ook nadrukkelijk uit geweerd.

Het omgekeerde was het geval met de uitgesproken tegenspelers van deze bureaus, de katholieke Bureaus voor Huwelijksvoorlichting. Die bewogen zich na de oorlog van een eveneens perifere positie wèl in de richting van de geestelijke gezondheidszorg.<sup>60</sup> Deze bureaus werden, hoewel ze uitgingen van de diocesane commissies, eind 1948 zelfs nadrukkelijk als geestelijke gezondheidszorg naar voren geschoven.<sup>61</sup> Dat hield overigens niet veel meer in dan dat de oorspronkelijke moralistische doelstellingen in het kennelijk aantrekkelijke jasje van de geestelijke volksgezondheid werden gesto-ken.

Daarbinnen bleef men zich furieus afzetten tegen de praktijken van de Nieuw-Malthusiaanse Bond, zoals in een voorlichtingsbrochure van de op dit terrein actieve pastoor en rector van de inrichting Voorburg, H. Bless: 'Wij denken verder ook aan de talrijke moeilijkheden ontstaan door neo-malthusiaansche praktijken. De toepassing van dergelijke praktijken schaaft in heel veel gevallen ook de geestelijke gezondheid. Vooral bij godsdienstige mensen ontstaat daardoor dikwijls een psychisch conflict, dat in den grond niets anders is dan een gewetensconflict, welke in sommige gevallen een uitweg zoekt in neurotische verschijnselen'.<sup>62</sup>

Dat de taak en opzet van de katholieke bureaus nog dezelfde was als voor de oorlog, werd eveneens door Bless onder woorden gebracht in een themanummer van het *Maandblad voor de Geestelijke Volksgezondheid*, gewijd aan de Bureaus voor Levens- en Gezinsmoeilijkheden en daarmee verwante voorzieningen: 'De naam, welke deze bureaus dragen ('Katholieke Bureaus voor Huwelijksvoorlichting'), geeft tevens het doel aan, dat door deze bureaus beoogd wordt, namelijk: deskundige voorlichting te geven in verband met het huwelijk overeenkomstig de katholieke beginselen. De katholieke Bureaus voor Huwelijksvoorlichting dragen een zeer principieel karakter. Het morele element staat op de voorgrond'.<sup>63</sup>

Eind 1948 functioneerden er 19 van deze katholieke bureaus op verschillende plaatsen in het land.<sup>64</sup>

#### **f. De Katholieke Nationale Commissie voor Huwelijksvoorlichting**

Toch waren sommigen in katholieke kring met de taak en opzet van deze bureaus minder ingenomen dan de presentatie van Bless voor de buitenwacht deed vermoeden. De ernst van de problemen, de ontredde van het huwelijks- en gezinsleven tijdens en na de bezetting en de nieuwe psychotherapeutische inzichten speelden zeker een rol bij de vaststelling van de tekortkomingen van de Bureaus voor Huwelijksvoorlichting.

Maar de belangrijkste aanleiding voor een kritische reflectie over de betekenis van deze bureaus werd, evenals dat bij de Medisch Opvoedkundige Bureaus het geval was, ontleend aan de naoorlogse opmars van niet-katholieke voorzieningen. Er moest nu niet alleen meer een katholiek antwoord gegeven worden op de werkzaamheden van de Nederlandse Vereniging voor Sexuele Hervorming, maar ook op de oprichting allerwege van protestants-christelijke en neutrale Bureaus voor Levens- en Gezinsmoeilijkheden, hier en daar met een uitgebreide staf van deskundige medewerkers. Dit laatste werd op zichzelf nog niet als bedreigend ervaren, maar wel de voorkeursbehandeling die deze bureaus kregen van de NFGV: 'De NFGV toonde zich met deze bureaus bijzonder ingenomen; en zodoende was het gevaar niet denkbeeldig, dat bij de zich uitbreidende overheidszorg deze bureaus een monopolie zouden krijgen, dat wil zeggen officieel erkend, gesubsidieerd en gepropageerd zouden worden'.<sup>65</sup>

Het katholieke antwoord hierop volgde op basis van het inmiddels bekende stramien. Allereerst de creatie van een specifieke landelijke beleids- en ondersteuningsstructuur, van waaruit vervolgens de absorptie en reproductie van elders ontwikkelde voorzieningen in de eigen kring gestuurd konden worden.

Het was de *Rooms-Katholieke Artsenvereniging* die, na de vergeefse poging in 1935 (zie I, 4a) wederom het initiatief nam. Bij de toen gehanteerde argumenten om een nationale commissie in te stellen noemde deze vereniging nu: 'Het bestuderen van de vraag, of opzet en uitrusting van de bureaus [voor huwelijksvoorlichting] dienen te worden uitgebreid in verband met vele vraagstukken van geestelijke-hygiënische aard, die vastzitten aan huwelijks- en gezinsproblemen'.<sup>66</sup> Het episcopaat antwoordde echter dat het weliswaar akkoord ging met het voorstel, maar onder handhaving van 'het standpunt dat katholieke Bureaus voor Huwelijksvoorlichting voor alles moesten gezien worden als een werk van (bijzondere) zielzorg', en de bepaling dat wijziging of uitbreiding van de werkzaamheden der huwelijksbureaus steeds vooraf de goedkeuring van het episcopaat behoeften.<sup>67</sup>

Enkele maanden later werd hiertoe de *Katholieke Nationale Commissie voor Huwelijksvoorlichting* (verder: de Katholieke Nationale Commissie) geïnstalleerd, bestaande uit een priester en een medicus uit elke diocesane commissie, aangevuld met enkele externe deskundigen, onder voorzitterschap van de priester J. Hoegen.<sup>68</sup>

Veel invloed op de plaatselijke bureaus had deze commissie uiteindelijk niet, omdat hij slechts een forum van overleg en advies was zonder bepaalde bevoegdheden.<sup>69</sup>

Gezien de taak en samenstelling van de commissie en het voorbehoud dat het episcopaat ten aanzien van de Bureaus voor Huwelijksvoorlichting had gemaakt, was dit ook bepaald niet de doorbraak naar de geestelijke gezondheidszorg, waar sommigen op hadden gehoopt. Anderzijds werd de commissie steeds meer geconfronteerd met het vraagstuk van 'het psychisch-hygiënisch element in de behandeling van huwelijksmoeilijkheden'. Dit gebeurde niet alleen vanuit de belangstelling voor de relatie met de zielzorg, maar ook omdat de aanwezigheid van andere instellingen op het terrein van de geestelijke gezondheidszorg en de discussie in het kader van de NFGV steeds dringender de vraag opriep, 'of het niet op onze weg lag om ernstig werk te maken van de ontdekking van troebele psychische ondergronden van vele huwelijksconflicten'.<sup>70</sup>

Door dit alles werd de Katholieke Nationale Commissie min of meer gedwongen om aanpassingen in de opzet van de katholieke Bureaus voor Huwelijksvoorlichting toe te staan. Het duurde echter nog enkele jaren voordat het zover was.

### **g. Crisis en doorbraak: de landelijke beleidsvorming 1948-1952**

Eind 1948 werd het proces van beleidsvorming in het kader van de NFGV na twee jaar stilstand weer hervat. Directe aanleiding was een hernieuwd verzoek van het Rotterdamse bureau om te bezien of nu de tijd rijp was voor de creatie van een landelijk verband van Bureaus voor Levens- en Gezinsmoeilijkheden. Daarnaast lagen er enkele nieuwe subsidieverzoeken bij het NFGV-bestuur, waarover een standpunt ingenomen moest worden.<sup>71</sup>

Wederom werd hiervoor als eerste stap een bijeenkomst georganiseerd met vertegenwoordigers van de bureaus. in het kader van de sectie voor de Geestelijke Volksgezondheid van de Volwassene van de NFGV.<sup>72</sup> In tegenstelling tot de eerste bijeenkomst eind 1946 kon de uitnodiging nu gericht worden aan daadwerkelijk functionerende Bureaus voor Levens- en Gezinsmoeilijkheden. Vijf bureaus waren vertegenwoordigd.<sup>73</sup>

Ook deze bijeenkomst liep echter op een teleurstelling uit. Men kwam niet veel verder dan een uitwisseling van ervaringen over dezelfde bureaus als die zich twee jaar eerder ook al hadden gepresenteerd. De vraag of er een landelijk verband kon komen, werd niet beantwoord en concrete suggesties voor het subsidiebeleid van de NFGV werden evenmin gedaan.

Wederom werd besloten dat Lekkerkerker een memorandum over de actuele stand van zaken zou opstellen.<sup>74</sup>

#### *1. Het derde memorandum, 15 maart 1949*

Na een bespreking van de stand van zaken in de bureaus in Rotterdam, Den Haag en Amsterdam kwam Lekkerkerker in haar derde memorandum aan het bestuur van de NFGV met verder uitgewerkte voorstellen over voorwaarden, te stellen aan de subsidie.

Uitgaande van haar memorandum uit 1946 ging ze nu dieper in op de vereiste deskundigheid en beschikbaarheid van de staf en de positie van het Bureau voor Levens-

en Gezinsmoeilijkheden in het totaal van de zorg, maar essentiële verschillen tussen de twee stukken waren er niet. Ook nu weer voorlichting, verwijzing en behandeling, een geschoold maatschappelijk werkster – waarvoor nu overigens het eerste jaar oriënteringscursus van de Nederlandse Federatie van MOB's voldoende werd geacht – een psychiater en tenslotte een organisatie à la het Medisch Opvoedkundig Bureau.<sup>75</sup> Hoewel er, evenals in 1946, geen bespreking van dit stuk met de betrokken bureaus plaatsvond – het ging direct naar het NFGV-bestuur –, mag ervan worden uitgegaan dat de daarin gedane voorstellen hun instemming hadden. Zeker gold dit voor de bureaus in Rotterdam, Den Haag en Amsterdam, gezien de ontwikkeling die deze inmiddels hadden doorgemaakt en de wensen die bij hen leefden omtrent de verdere scholing en beschikbaarheid van de maatschappelijk werkster en de psychiater.<sup>76</sup> Bovendien bestond er in de praktijk nu wél een bureau dat vrijwel geheel voldeed aan de door Lekkerkerker gepropageerde opzet: het bureau dat onder leiding van Dercksen uitging van de Hervormde Stichting voor Geestelijke Volksgezondheid in Amsterdam.

Instemming kreeg het memorandum echter niet van het bestuur van de NFGV. Bij de discussie over de vaststelling van de Prophylaxefondssubsidie werd duidelijk waarom niet.

## 2. De eerste confrontatie, 1949

Naar aanleiding van de opstelling van het jaarlijkse subsidieplan voor het Prophylaxefonds ontstond eind november 1949 in het dagelijks bestuur van de NFGV een principiële discussie over de koers, die de NFGV verder moest volgen ten aanzien van de Bureaus voor Levens- en Gezinsmoeilijkheden.

Het was Querido, in 1948 aangesteld als gedelegeerd bestuurslid om leiding aan de werkzaamheden van de Federatie te geven,<sup>77</sup> die de knuppel in het hoenderhok gooide. Hij keerde zich tegen de gedachtengang in het derde memorandum en bepleitte zelfs het stopzetten van de lopende subsidie aan de bureaus in Rotterdam en Den Haag. Querido argumenteerde dat deze bureaus zich ondanks jarenlange 'promotiesubsidie' niet hadden waargemaakt. Hij was bovendien van mening, dat het hier uiteindelijk toch primair om zielzorg ging, die niet voor overheidssubsidie in aanmerking kon komen.

Diverse bestuursleden, onder wie de op dit terrein actieve Hutter, schaarden zich verrassend genoeg achter deze laatste stelling, overigens zonder daar de consequentie van beëindiging van Prophylaxefondssubsidie uit te willen trekken.<sup>78</sup>

Voor Lekkerkerker was niet alleen Querido's aanval, maar ook de steun die hij kreeg van Hutter een bijzonder onaangename verrassing, omdat ze gemeend had in overeenstemming met de opvatting van deze bestuursleden te hebben gehandeld met de *strategie van verdoezeling van de pastorale functie* van de bureaus. In een persoonlijk schrijven aan Hutter zette ze dit nog eens uiteen. 'Een benadrukking van de pastorale functie zou niet alleen onherroepelijk het uitzicht op overheidssubsidie doen verdwijnen, maar ook de voortgang van de Prophylaxefondssubsidie (...). Door het medisch-preventieve aspect zoveel mogelijk naar voren te schuiven kon subsidie door het Prophylaxefonds en de overheid nog enigszins gerechtvaardigd worden', zo verdedigde ze haar handelwijze en wees ze Hutter terecht.<sup>79</sup>



Het dagelijks bestuur nam uiteindelijk geen standpunt over deze kwestie in, maar verzocht Querido en Lekkerkerker om samen een nieuw voorstel uit te werken ten behoeve van de algemene bestuursvergadering voor de verdeling van de Prophylaxe-fondssubsidie.<sup>80</sup> Dit verzoek leverde geen gezamenlijk stuk op, maar wel een hevige botsing tussen Lekkerkerker, die met een nieuw memorandum kwam, en Querido, die er een snijdend commentaar op schreef.

### 3. *Het vierde memorandum, 2 december 1949*

Ook in haar vierde memorandum hield Lekkerkerker vast aan de lijn uit haar eerdere stukken.<sup>81</sup> Als uitgangspunt voor haar beschouwing stelde zij nog eens nadrukkelijk: – dat specifieke Bureaus voor Levens- en Gezinsmoeilijkheden bestaansrecht hadden; – dat vastgesteld moest worden wat onder deze bureaus precies begrepen werd in verband met de te stellen eisen voor deskundigheid en de financierbaarheid (wie of wat komt wel en niet in aanmerking voor subsidie?); – dat een duidelijke afbakening ten opzichte van enerzijds de zielszorg, anderzijds de gezinszorg noodzakelijk was.

Vervolgens ging Lekkerkerker wederom uitgebreid in op de haars inziens wenselijke taak, opzet, organisatie en financiering. In een toelichting hierop merkte ze overigens op dat begrenzing van het werkterrein moeilijk bleef. Uiteindelijk zou men 'er alleen op moeten vertrouwen dat de bureaus zelf zo verstandig zullen zijn om zich te beperken tot die gevallen waar zij speciaal iets te bieden hebben'.<sup>82</sup>

Ter ondersteuning van haar standpunt dat het bureau psychotherapie zou moeten kunnen verlenen, viel ze volledig terug op de gedachtengang uit het eerste memorandum van 1941: 'Praktisch ligt de situatie (...) zo, dat een medisch psychologisch instituut alleen nog maar in Amsterdam bestaat, dat er in poliklinieken als regel veel te weinig tijd is dan dat men er zich in deze gecompliceerde gevallen kan verdiepen en werkelijke psychotherapeutische behandeling kan geven, dat een particuliere psychotherapeutische behandeling slechts voor heel weinig mensen financieel mogelijk is, dat de bezoekers van bureaus voor levensmoeilijkheden zich vaak niet laten verwijzen naar een andere instantie of psychiater omdat zij zich niet als 'geestelijk abnormaal' voelen of willen voelen, omdat zij hun moeilijkheden niet aan weer een ander willen blootleggen, omdat zij levensbeschouwelijke bezwaren hebben of iets dergelijks. Het komt er dus op neer dat in de overgrote meerderheid der gevallen, waarin psychotherapeutische behandeling nodig zou zijn, deze eenvoudig praktisch niet te verwezenlijken is, tenzij het bureau zelf daarvoor zorgt. Het lijkt dus gewenst deze mogelijkheid *niet* uit te sluiten'.<sup>83</sup>

Kon Lekkerkerker ten aanzien van de taak nog volledig aansluiten bij haar vorige memoranda, voor de eisen te stellen aan de opzet moest zij noodgedwongen weer een stap terug doen. Dat gold niet voor de samenstelling van de staf – de vaste en geregelde medewerking van een maatschappelijk werker en een psychiater stond wederom als eis genoteerd –, maar wel voor de scholing van de eerstgenoemde.

De schaarste had haar al eerder doen afstappen van de eis van een volledige scholing van psychiatrisch sociaal werkster, nu was het nog slechts een 'beroeps-maatschappelijk werker' althans een 'min of meer psychologisch geschoolde' maatschappelijk werker die ze voldoende achtte.<sup>84</sup>

#### 4. De aanval van A. Querido

De twijfels die Querido al over de waarde en noodzaak van de Bureaus voor Levens- en Gezinsmoeilijkheden had, werden door dit vierde memorandum zeer versterkt, zoals hij in een afzonderlijk schrijven aan het bestuur liet weten.<sup>85</sup>

Hij ging zelfs zover deze bureaus een gevaar voor de geestelijke volksgezondheid te noemen: 'Na het bestuderen van dit stuk kom ik tot het resultaat, dat *de werkzaamheden van deze Bureaus een gevaar kunnen opleveren voor de geestelijke volksgezondheid*, en ik verzoek daarom het Federatie bestuur zich ernstig te willen beraden, of het deze werkzaamheden nog verder mag steunen'. Hij kwam tot deze boude uitspraak na een beschouwing van de door Lekkerkerker aangegeven taken, die volgens Querido geenszins het zelfstandige bestaansrecht van deze bureaus rechtvaardigde. Talrijke andere instellingen verrichtten reeds soortgelijke arbeid, zo stelde hij.

Vervolgens boog Querido zich gedetailleerd over de tekst: 'In de toelichting lees ik dat het onderwerp van de bureaus, namelijk levens- en gezinsmoeilijkheden niet wel te bepalen is en schrijfster kon niet anders dan de hoop uitspreken dat de bureaus zich zullen beperken tot die gevallen, waarin zij iets speciaals te bieden hebben.

Waarlijk een povere basis!

Maar wat hebben zij te bieden volgens schrijfster?

Psychische hulp, en wel voor mensen, die psychologisch diepgaande, deskundige hulp nodig hebben. En hoe geeft het bureau deze hulp? De 'psychologisch min of meer geschoolde maatschappelijke werkster', al of niet in een consult met een psychiater'. Hier nu verwachtte Querido helemaal niets van. Integendeel: 'Deze hulp van een maatschappelijk werkster, ook een geschoolde al of niet met een psychiater als achtergrond, is *onmogelijk, onverantwoordelijk en gevaarlijk*'. Mensen met psychische stoornissen moesten tegen deze volledig overbodige uitbreiding van de geestelijke gezondheidszorg beschermd worden, zo vond Querido, enerzijds door deze bureaus de pas af te snijden, anderzijds door de gespecialiseerde instituutpsychotherapie te stimuleren.

Hij prikte nog eens extra in het zwakke punt van Lekkerkerkers strategie door op te merken, dat volgens haar memorandum de 'ziels- en pastorale zorg niet tot de taak dezer bureaus schijnt te behoren; ik meende, dat dit een van hun voornaamste gebieden was, al zou dit een reden kunnen zijn, om hun geen overheidssteun te verlenen'.<sup>86</sup>

#### 5. De aanval afgeslagen

Het bestuur reageerde voorzichtig op deze controverse. Weliswaar kon Querido in de vergadering van het algemeen bestuur van 7 december 1949 zijn commentaar uitgebreid toelichten, maar consequenties werden hier niet aan verbonden. Besloten werd eerst de resultaten af te wachten van een derde bijeenkomst over de Bureaus voor Levens- en Gezinsmoeilijkheden, die inmiddels door Lekkerkerker in het kader van de sectie voor de Geestelijke Volksgezondheid van de Volwassene van de NFGV was georganiseerd.<sup>87</sup>

Dat was een goede zet van Lekkerkerker. Deze bijeenkomst werd een grote manifestatie van instemming met de door haar voorgestane beleidslijn. De vertegenwoordigers van zo'n 15 bureaus bepleitten financiële steun uit het Prophylaxefonds, met inachtne-

ming van de door Lekkerkerker in haar memorandum geformuleerde richtlijnen. De kritiek van Querido, die had laten weten verhinderd te zijn, prikkelde de aanwezigen kennelijk om nog verder te gaan. Van de weeromstuit werd de voorkeur uitgesproken voor een grotere in plaats van een kleinere psychiatrische inbreng in de bureaus, een nauwere samenwerking met andere instellingen voor geestelijke gezondheidszorg, waarbij niet alleen de instituutpsychotherapie, maar ook de voor- en nazorg en het Medisch Opvoedkundig Bureau werden genoemd – ook hierin klonk het model van de Hervormde Stichting voor Geestelijke Volksgezondheid in Amsterdam door, zoals we hierna nog zullen zien – en de vorming van een *landelijk verband* van de bureaus onder auspiciën van de NFGV.<sup>88</sup>

Het directe resultaat van deze bijeenkomst was dat de vergadering van afgevaardigden van de NFGV op 22 december 1949 zonder verdere discussie de Prophylaxefonds-subsidie toekende aan de Bureaus voor Levens- en Gezinsmoeilijkheden in Rotterdam, Den Haag, Groningen en de twee protestantse bureaus in Amsterdam.<sup>89</sup>

In februari 1950 stelde het bestuur vervolgens, overeenkomstig de aanbevelingen, *voorlopige subsidienormen* vast voor de opzet, organisatie en de financiering van de bureaus – normen die overigens, zo werd nadrukkelijk gesteld, soepel gehanteerd zouden worden. De opzet zou gebaseerd moeten zijn op het teamsysteem, met regelde inbreng van een 'zoveel mogelijk sociaal en psychotherapeutisch geschoolde psychiater' en 'een zoveel mogelijk psychologisch geschoolde' maatschappelijk werker die het spreekuur hield, terwijl het bureau zoveel mogelijk in contact zou moeten staan met een psychotherapeutisch instituut, een Medisch Opvoedkundig Bureau, een voor- en nazorgbureau of een andere instelling, welke mogelijkheden bood voor psychiatrische hulp.<sup>90</sup>

Tenslotte ging, eveneens in februari 1950, de *Commissie voor Contact en Advies voor de Bureaus voor Levens- en Gezinsmoeilijkheden* (verder: de Contactcommissie) onder auspiciën van het NFGV van start onder voorzitterschap van Dercksen, met Lekkerkerker als secretaris en verder vertegenwoordigers van de bureaus uit Rotterdam en Den Haag en de twee protestantse bureaus in Amsterdam. Daarnaast participeerde ook de Katholieke Nationale Commissie voor Huwelijksvoorlichting in de Contactcommissie.<sup>91</sup>

De confrontatie in het bestuur van de NFGV tussen Querido en Lekkerkerker eind 1949 was dus beslecht in het voordeel van de door de laatste sinds 1941 in diverse memoranda verwoorde beleidslijn. De principebeslissing tot financiering van meerdere Bureaus voor Levens- en Gezinsmoeilijkheden op de titel geestelijke volksgezondheid en de daaraan gekoppelde voorwaarden van medewerking van een psychiater en een psychiatrisch geschoolde maatschappelijk werker, evenals de verbondenheid met andere instellingen voor geestelijke gezondheidszorg, bevestigden immers de door Lekkerkerker voorgestane specialisatie en profilering van deze bureaus tot werksoort van geestelijke gezondheidszorg.

De praktische betekenis hiervan was echter tamelijk gering, door de onmogelijkheid om deze beleidslijn vanuit de NFGV dwingend op te leggen aan een veld, dat daar uit zichzelf ver vanaf stond. Dit laatste leidde aanvankelijk zelfs tot een waarschijnlijk ook door Lekkerkerker niet bedoeld effect van de verdere openstelling van het Prophylaxefonds voor de Bureaus voor Levens- en Gezinsmoeilijkheden. De werking van het principe van de verdelende rechtvaardigheid in het verzuilde bestel bete-

kende namelijk dat instellingen die niet aan de voorwaarden van de NFGV voldeden, maar toch aanspraak op de subsidie maakten, niet zonder meer buitengesloten konden worden. In het bijzonder gold dit voor de katholieke Bureaus voor Huwelijksvoorlichting, die zich naast het joodse en de protestantse, algemene en humanistische bureaus op hetzelfde veld presenteerden. Respectering van de soevereiniteit in eigen kring betekende dat men elkaar als zodanig maar had te accepteren.<sup>92</sup>

Binnen de Contactcommissie was dat niet zo'n probleem. Daar waren de betrokkenen onder elkaar. In de Reorganisatiecommissie voor de Geestelijke Volksgezondheid was dat niet het geval en daar barstte de kritiek op de bureaus het eerste weer los.

## *6. De tweede confrontatie, 1950*

Niet alleen in naamgeving – 'Preventieve en psychotherapeutische zorg voor volwassenen' – herinnerde een van de subcommissies van de Reorganisatiecommissie voor de Geestelijke Volksgezondheid aan het desbetreffende onderdeel van het NFGV-advies uit 1945, ook tijdens de bespreking van het Bureau voor Levens- en Gezinsmoeilijkheden in deze subcommissie kwam het primaat van de instituutpsychotherapie sterk naar voren.

A. Bouman moest het in de commissie, als enige representant van de Bureaus voor Levens- en Gezinsmoeilijkheden, opnemen tegen Querido als voorzitter en inmiddels verklaard tegenstander van deze bureaus. Dat moest hij bovendien doen met behulp van een nogal zwakke nota, die hij ten behoeve van de discussie vervaardigd had en waarin hij probeerde aan te sluiten, zowel bij het eerder door Lekkerkerker gepropageerde concept, als bij de noodzaak om de katholieke Bureaus voor Huwelijksvoorlichting binnen boord te halen en te houden.<sup>93</sup>

Querido, daarin bijgevallen door de directeur van het Psychoanalytisch Instituut, Van der Sterren, en door Pameyer, poneerde zijn inmiddels bekende stelling dat de hem bekende Bureaus voor Levens- en Gezinsmoeilijkheden géén verantwoorde behandeling gaven en ook niet konden geven. Slechts als onderdeel, respectievelijk voorpost van een instituut voor psychotherapie of desnoods van een andere instelling voor geestelijke gezondheidszorg, zag hij een functie. Daarmee sloot hij ogenschijnlijk aan bij het standpunt van de NFGV, zoals dat zijn neerslag kreeg in de voorlopige normen, maar dat was slechts schijn. Hij argumenteerde namelijk dat in dat geval het bureau niet zelfstandig hoefde te zijn: 'De overheid subsidieert instellingen zoals het Instituut voor Medische Psychologie, het Medisch Opvoedkundig Bureau en de voor- en nazorgbureaus. Wanneer dergelijke bureaus als vooruitgeschoven orgaan een hierbedoelde instelling bezitten, wordt uiteraard deze instelling onder het subsidie begrepen. Als aparte instelling echter zijn deze bureaus (...) hoogstens als zeer tijdelijke organisaties acceptabel en dienen zij in verband met ernstig gevaar van ondoelmatige en ondeskundige hulp zo spoedig mogelijk te verdwijnen. Zij komen dan ook niet voor overheidssubsidie in aanmerking'.<sup>94</sup>

Op instigatie van de inspecteur voor de Geestelijke Volksgezondheid, P.A.F. van der Spek, volgde de commissie deze radicale suggestie van Querido niet. Alhoewel men het bureau primair als verwijzorgaan bleef zien, werd een zelfstandige behandeltaak toch niet uitgesloten.<sup>95</sup> De discussie spitste zich vervolgens toe op de vraag aan wie de leiding toevertrouwd moest worden. Dat zou per se een psychiater-psy-

chotherapeut of een psycholoog met psychoanalytische opleiding moeten zijn, aldus Van der Sterren. Ook dat werd door de inbreng van P.A.F. van der Spek niet overgenomen.<sup>96</sup>

Zijn voorstel om vooralsnog slechts medische leiding, bijvoorbeeld van een huisarts, als eis te stellen, haalde het echter evenmin. Als compromis kwam de commissie tot het voorstel, dat de spreekuurhouder eventueel ook arts kon zijn en in teamverband samen zou werken met een psychotherapeut en zo nodig een geestelijke of predikant.<sup>97</sup>

De loyaliteit van P.A.F. van der Spek ten opzichte van de katholieke Bureaus voor Huwelijksvoorlichting brachten hem tot zijn interventies, die hij verdedigde door te benadrukken dat juist het verder naar binnen halen in de geestelijke gezondheidszorg van de katholieke Bureaus voor Huwelijksvoorlichting hem betere mogelijkheden bood eisen te stellen aan de opzet en organisatie van deze bureaus dan wanneer ze daarbuiten werden gelaten.<sup>98</sup>

Hoewel het resultaat van deze subcommissie nooit officieel naar buiten is gekomen,<sup>99</sup> waren de besprekingen toch niet zonder betekenis voor het verdere beleid rond de Bureaus voor Levens- en Gezinsmoeilijkheden. Er begon zich namelijk een steeds duidelijker patroon af te tekenen in de opstelling van de verschillende actoren. Achter de direct betrokkenen bij de bureaus schaarde zich de inspecteur voor de Geestelijke Volksgezondheid, terwijl de inspecteur voor het Krankzinnigenwezen zich voegde aan de zijde van Querido en de direct betrokkenen bij de instituuropsychotherapie.

Deze actoren ontliepen elkaar niet zozeer in hun oordeel over de bureaus, als wel in de consequenties die ze daaruit trokken. Allemaal waren ze het erover eens dat, vanuit een oogpunt van geestelijke volksgezondheid, de bestaande voorzieningen voor levens- en gezinsproblemen ernstig te kort schoten. Degenen die de bureaus in de grond van de zaak slecht vonden, vertrokken vanuit dit oordeel met kwaliteitseisen die zo hoog waren opgeschroefd, dat subsidie zonder meer geweigerd kon worden.

Zij die een welwillende houding ten opzichte van deze bureaus innamen, probeerden eveneens kwaliteitseisen te stellen, maar dan zodanig dat de bureaus daar eventueel met een overgangperiode aan zouden kunnen voldoen.

De eersten geloofden kennelijk niet in een verbetering van pastorale bureaus en initiatieven, die zonder subsidie kansloos bleven, de tweeden gokten op de veranderbaarheid en het aanpassingsvermogen van (potentiële) initiatiefnemers.

Het was langs deze lijnen dat de beleidsvorming zich daarna in de NFGV voortzette, met als hoogtepunt de discussie in de vergadering van afgevaardigden over de opstelling van het jaarlijkse subsidieadvies aan het Praeventiefondsbestuur.

#### *7. Het vijfde memorandum, 12 november 1951*

De verdere openstelling in 1949 van het Prophylaxefonds voor de Bureaus voor Levens- en Gezinsmoeilijkheden had het moeilijk gemaakt het model van de zelfstandige werksoort, zoals gepropageerd door Lekkerkerker, als basis voor de subsidiëring te handhaven. Dit werd nog lastiger bij de voorbereiding van het advies aan het Praeventiefonds inzake de subsidiëring van de Bureaus voor Levens- en Gezins-

moeilijkheden, waarvoor zich in de loop van 1951 maar liefst 18 instellingen hadden aangemeld.

De Contactcommissie, hierover om een preadvies gevraagd door de vergadering van afgevaardigden van de NFGV, moest proberen zoveel mogelijk aanvragers tevreden te stellen, inclusief vijf katholieke Bureaus voor Huwelijksvoorlichting.

Dit gebeurde in een nieuw memorandum van de hand van Lekkerkerker, waarin het uitgangspunt van één model voor het Bureau voor Levens- en Gezinsmoeilijkheden werd losgelaten. Nu presenteerde zij drie modellen. Naast haar oorspronkelijke 'MOB-model' en het 'IMP-model' van Querido kwam er een 'pastoraal model':

1. 'Bureaus, welke medisch-psychotherapeutische behandeling beogen, in feite dus psychotherapeutische instituten, zoals het Instituut voor Medische Psychologie te Amsterdam (...);

2. Gespecialiseerde sociale bureaus onder leiding van een team waarvan tenminste een psychiater en een psychologisch geschoolde maatschappelijk werker deel uitmaken (...);

3. Pastorale bureaus, waaraan als eisen worden gesteld, dat de spreekuurhouder (geestelijke of ander staflid) psychologisch-maatschappelijk geschoold is en in teamverband samenwerkt met een psychiater of andere medicus, mits dan deze laatste waar nodig steeds op een psychiater kan terugvallen'.

Door deze benadering vielen er slechts twee humanistische bureaus uit de boot. Elf bureaus zouden in aanmerking kunnen komen voor subsidie als gespecialiseerd sociaal bureau, aldus het preadvies.<sup>100</sup>

Gezien de eerdere discussies in het bestuur van de NFGV over het vierde memorandum en de besprekingen in het kader van de Reorganisatiecommissie, was het niet te verwachten dat, nu de zwakke punten zo open en bloot waren uitgeschreven, de voorstellen zonder slag of stoot overgenomen zouden worden. Dat gebeurde dan ook niet.

### *8. De derde confrontatie, 1951*

Het preadvies van de Contactcommissie kreeg het in het bestuur van de NFGV zwaar te verduren. Wederom maakte Querido zich tot spreekbuis van de kritiek met de stelling: 'Of men doet goed therapeutisch werk, of men doet niets'.<sup>101</sup> Dankbaar gebruik makend van de expliciteringen in het memorandum stelde hij, dat alleen de psychotherapeutische bureaus voor steun uit het Praeventiefonds in aanmerking zouden mogen komen.

Over de sociale bureaus zette hij nogmaals zijn visie uiteen: 'Wij moeten terug uit een verkeerde richting welke wij reeds ingeslagen hebben. Neem bijvoorbeeld de gezins-hulp. Deze heeft ook een geestelijk-hygiënisch facet. Maar moeten wij daarom deze hulp gaan subsidiëren?'<sup>102</sup>

Hij kwam vervolgens met de trouvaille dat als er dan zo nodig toch gesubsidieerd moest worden, beter gedacht zou kunnen worden aan een overheidssubsidie op titel van 'sociale zaken' in plaats van 'volksgezondheid'. De pastorale bureaus zouden wat hem betreft buitengesloten moeten worden van welke subsidie dan ook.<sup>103</sup>

De opposenten van Querido, met name P.A.F. van der Spek, steunden hem in zijn kritiek op de bestaande bureaus, maar vonden toch dat zeker de sociale bureaus een

kans moesten krijgen om uit te groeien tot verantwoord psychisch-hygiënisch werk.<sup>104</sup>

Niet meer verdoezeld kon worden dat ook de pastorale bureaus, in het bijzonder de katholieke Bureaus voor Huwelijksvoorlichting, een claim op de subsidie legden, waardoor de argumenten van Querido overtuigender waren geworden dan tijdens het debat in 1949. Voor het bestuur was dit aanleiding om er een 'open kwestie' van te maken in de vergadering van afgevaardigden. Dit leidde tot een principiële discussie, die als het hoogtepunt in de reeks confrontaties over de bureaus beschouwd kan worden en, gezien de uitkomst, ook als een voorlopige afsluiting van de beleidsvorming op landelijk niveau over deze voorziening.<sup>105</sup>

Querido leidde de discussie in de vergadering van afgevaardigden in, nadrukkelijk mede sprekend namens de Algemene Nederlandse Vereniging voor Sociale Geneeskunde, het Instituut voor Medische Psychologie en de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie en Neurologie die hij in de NFGV vertegenwoordigde.

Een uitzondering makend voor de psychotherapeutische instituten verklaarde hij zich principieel tegen de subsidiëring zoals gepreadviseerd door de Contactcommissie. Hij lichtte dat toe door te stellen het onjuist te vinden 'alleen het psychiatrisch element te subsidiëren in werkzaamheden die op zichzelf niet voor Praeventiefonds-subsidie in aanmerking zouden komen', hiermee met name de pastorale bureaus op het oog hebbend. Ook het werk van de sociale bureaus achtte hij niet verantwoord: 'Het is een ondeugdelijk surrogaat voor psychotherapeutische hulp, die weliswaar niet in voldoende mate beschikbaar is, wellicht ook nooit beschikbaar zal kunnen zijn, doch welke daarmee nog niet dit surrogaat rechtvaardigt'.<sup>106</sup>

Van der Sterren steunde Querido in zijn retorische vraag of de sociale bureaus wel reden van bestaan hadden: 'Ze zijn goed bedoeld, doch eigenlijk niet verantwoord. Met de pastorale bureaus zijn wij helemaal op glad ijs. Hij zou zich willen aansluiten bij professor Querido, en alleen die bureaus willen subsidiëren die een integrerend deel zijn van, of nauw verbonden aan een psychiatrisch instituut'.<sup>107</sup>

Ook Pameyer sprak zich duidelijk in deze zin uit. Afgezien van de eenzame Hutter, die het op principiële gronden nog steeds met Querido eens bleef dat de primaire functie van de bureaus een pastorale was,<sup>108</sup> kwamen de andere leden van de NFGV tegen deze interpretatie in het geweer.

De argumenten daarvoor werden aangedragen door Ongerboer, die weliswaar namens de Nederlandse Federatie van MOB's optrad, maar daarnaast ook refereerde aan haar nauwe banden met het Haagse Bureau voor Levens- en Gezinsmoeilijkheden, en Dercksen, namens de Hervormde Stichting voor Geestelijke Volksgezondheid te Amsterdam en tevens voorzitter van de Contactcommissie.

Beiden stelden, onder verwijzing naar hun praktijkervaringen, dat het Bureau voor Levens- en Gezinsmoeilijkheden wel degelijk een functie had in de geestelijke gezondheidszorg, namelijk voor die problemen die beter geholpen konden worden met *casework* en 'toedekkende therapieën' dan met intensievere inzichtgevende psychotherapie. Zij achtten *casework* géén surrogaat van psychotherapie, maar een andere behandelingsvorm die een betere maatschappelijke aanpassing van de hulpzoekende kon bewerkstelligen. Zij waren overigens beiden van mening dat dit moest geschieden in een nauwe en continue samenwerking met de psychiater.<sup>109</sup>

Als collega-psychiater en als directeur van een instelling voor geestelijke volksgezondheid die een professioneel opgezet Bureau voor Levens- en Gezinsmoeilijkheden onderhield, richtte Dercksen zich daarbij rechtstreeks tot Querido. Impliciet daagde hij Querido uit om uit te spreken dat dit bureau beter buiten de geestelijke gezondheidszorg geplaatst zou kunnen worden, hoewel hij, evenals Querido, de kwaliteit van veel andere bureaus volstrekt onvoldoende vond. Dercksen besloot zijn uiteenzetting door de overtuiging uit te spreken dat Querido en hij inderdaad heel dicht bij elkaar stonden. Alleen meende Dercksen, 'dat wij juist deze bureaus binnen het geestelijke-hygiënisch terrein en psychiatrische controle moeten houden om te voorkomen, dat zij zich in dilettantistische richting gaan ontwikkelen'. Ze af te stoten leek hem niet verstandig.<sup>110</sup>

Met deze uiteenzetting kreeg Dercksen niet alleen een meerderheid van de vergadering achter zich, hij dwong Querido ook tot een sterke relativering van diens eerder ingenomen standpunt. Querido moest tenslotte verklaren 'dat het niet zijn bedoeling was geweest om met zijn kritiek een dodelijk schot te lossen op deze bureaus, doch slechts een waarschuwingsschot. Juist omdat er een meerderheid was voor steun aan deze bureaus, had hij gemeend zich de luxe te kunnen veroorloven om kritisch te zijn. Hij is er voor deze bureaus een nadere kans te geven deze zaak dit jaar verder te bestuderen'.<sup>111</sup>

Daarmee was in feite het pleit in het voordeel van de zogenaamde sociale bureaus, dat wil zeggen het door Lekkerkerker gepropageerde Bureau voor Levens- en Gezinsmoeilijkheden, beslecht.<sup>112</sup>

Bleef nog over de kwestie van de katholieke Bureaus voor Huwelijksvoorlichting, die vervolgens eveneens binnen boord gehouden konden worden door een formeel handigheidje. Besloten werd de subsidie niet rechtstreeks aan de 5 bureaus uit te keren, maar aan de Katholieke Nationale Commissie voor Huwelijksvoorlichting met als voorwaarde dat deze serieus een ontwikkeling in de richting van het sociale bureau zou stimuleren.<sup>113</sup> In deze zin werd advies aan het Praeventiefonds uitgebracht.<sup>114</sup>

In de maanden daarna werd nog wat verder geschaafd aan de voorstellen voor subsidiënormen voor de Bureaus voor Levens- en Gezinsmoeilijkheden, zonder de essentie aan te tasten. De gewenste opleiding van de maatschappelijk werker werd alleen nader gepreciseerd.<sup>115</sup>

#### *9. Het sluitstuk: de subsidieregeling van het Praeventiefonds, 1952*

Op advies van de NFGV en de inspecteur voor de Geestelijke Volksgezondheid begon het Praeventiefonds vanaf 1950 een jaarlijks toenemend bedrag voor een groeiend aantal Bureaus voor Levens- en Gezinsmoeilijkheden beschikbaar te stellen.

Zoals de tabel laat zien, stelde deze subsidie ook in 1952 nog niet veel voor. Het bedrag was weliswaar in absolute zin behoorlijk toegenomen, maar per bureau was er gemiddeld niet veel beschikbaar. Het belang van deze subsidie school dan ook niet zozeer in de omvang, als wel in de maatschappelijke plaatsbepaling van de bureaus die er het gevolg van was; een effect dat door de principiële discussie in de NFGV nog eens extra was onderstreept. Deze plaatsbepaling kreeg haar uitdrukking zowel in de aard van de subsidie als in de voorwaarden die daarbij gesteld werden.



Prophylaxefonds- en Praeventiefondssubsidie voor Bureaus voor Levens- en Gezinsmoeilijkheden.

Jaren	Aantal bureaus	Bedrag
1948	3	4.100
1949	3	4.200
1950	7	5.200
1951	14	17.000
1952	17	26.600

(NFGV, JV 1948, 1949, 1950; Praeventiefonds, JV 1951, 1952; Praeventiefonds GVG, brief C. Banning aan secr. Praeventiefonds, 15 april 1953, bijlage A III b.)

De subsidie werd verstrekt op de titel van geestelijke volksgezondheid, waaronder naast het Consultatiebureau voor Alcoholisme, ook het Medisch Opvoedkundig Bureau, de voor- en nazorg en de instituutpsychotherapie waren gebracht. Evenals dat bij de Medisch Opvoedkundige Bureaus het geval was, kregen de Bureaus voor Levens- en Gezinsmoeilijkheden exploitatiesubsidie voor onbepaalde tijd. Daarmee onderscheidde deze twee zich in gunstige zin van de andere werksoorten – psychiatrische voor- en nazorg en instituutpsychotherapie –, die slechts bijdragen voor opleidingen ontvingen, en van de alcoholismebureaus, die slechts een tijdelijke exploitatiesubsidie kregen in afwachting van overname door het ministerie van Justitie. In de tabel op p. 234 is de precieze verdeling aangegeven.

Een nog duidelijker aanduiding van hun maatschappelijke plaats kregen de Bureaus voor Levens- en Gezinsmoeilijkheden door de voorwaarden, die in 1952 aan de subsidie werden verbonden. Overeenkomstig de voorstellen van de NFGV werd namelijk de eis gesteld, dat aan het Bureau voor Levens- en Gezinsmoeilijkheden een psychiater zijn medewerking moest verlenen, en dat het bureau verbonden moest zijn met andere organisaties op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg.<sup>116</sup>

Hoewel de ontwikkeling van de bureaus hiermee allerminst was afgelopen (in zekere zin begon die toen pas), betekende het wel de definitieve acceptatie van het Bureau voor Levens- en Gezinsmoeilijkheden als geestelijke gezondheidszorgvoorziening voor volwassenen.

## **h. Expansie en dominantie van de katholieke bureaus**

Eind 1952 werden er 13 Bureaus voor Levens- en Gezinsmoeilijkheden door het Praeventiefonds gesubsidieerd. Zij waren allemaal gericht op psychisch bedreigde of 'licht gestoorde' volwassenen, met een aanbod van voorlichting, advies en behandeling door een team dat minimaal was samengesteld uit een maatschappelijk werker (of soms een anderszins sociaal geschoolde medewerker), die doorgaans het spreekuur hield, en een psychiater die minimaal als consulent en verwijsmogelijkheid voor de gecompliceerde gevallen fungeerde. Naar levensbeschouwelijke signatuur was de

Besteding Praeventiefondssubsidie voor Geestelijke Volksgezondheid in 1952.

	Absoluut	%
1. <i>Medisch Opvoedkundige Bureaus</i>		
Subsidie voor de exploitatie van de bureaus (vast)	159.595	
Subsidie voor de twee opleidingen voor PSW's (vast)	19.900	
Subsidie ter stimulering van de oprichting van nieuwe bureaus (tijdelijk)	16.660	
Totaal	196.155	66
2. <i>Bureaus voor Levens- en Gezinsmoeilijkheden</i>		
Subsidie voor de exploitatie van de bureaus (vast)	26.600	9
3. <i>Voor- en nazorg</i>		
Subsidie voor de opleiding en scholing van personeel (vast)	8.550	3
4. <i>Psychotherapeutische instituten</i>		
Subsidie voor de opleiding en scholing (vast)	3.150	1
5. <i>Stimulering Consultatiebureaus voor Alcoholisten</i> (tijdelijk)	40.000	13
6. Diversen, in het bijzonder algemeen psychisch-hygiënische voorlichting (het 'oude' werk van de NFGV en de daarbij aangesloten organisaties) (vast)	25.020	8
Totaal	299.475	100

(Bron: Ontleend aan Praeventiefonds, JV 1952, 1-2; P.A.F. van der Spek, 1952.)

verdeling als volgt: 4 algemene, 5 protestantse, 3 humanistische en 1 joods bureau. Daarnaast functioneerden er in totaal 30 katholieke Bureaus voor Huwelijksvoorlichting, waarvan er 5 eveneens subsidie uit het Praeventiefonds ontvingen als kwartiermakers voor de katholieke geestelijke gezondheidszorg voor volwassenen.<sup>117</sup> Deze omvorming van de katholieke bureaus was het begin van een ontwikkeling, die zou eindigen in een overheersende positie. De aanloop daar naar toe wordt hieronder geanalyseerd.

De oprichting van de Katholieke Nationale Commissie voor Huwelijksvoorlichting in 1948 bleek uiteindelijk niet meer dan een tussenstation te zijn in de katholieke reactie op de opdringende Bureaus voor Levens- en Gezinsmoeilijkheden. Met de omarming van het Medisch Opvoedkundig Bureau door de katholieke organisatie was de weg gewezen, hoe ook met het Bureau voor Levens- en Gezinsmoeilijkheden kon worden omgegaan. De katholieke Medisch Opvoedkundige Bureaus begonnen bovendien zelf, gesteund door de Katholieke Centrale Vereniging voor Geestelijke Volksgezondheid,<sup>118</sup> druk uit te oefenen op de omvorming van de eenvoudige voorlichtingsbureaus. Zij stuitten op ouders die hulp nodig hadden, en zochten in de

katholieke huwelijksbureaus tevergeefs de helpende instantie om die ouders heen te sturen. 'Geen wonder dat ook wel eens katholieke echtgenoten terecht kwamen op goed geoutilleerde protestants-christelijke en humanistische Bureaus voor Levens- en Gezinsmoeilijkheden. Dat bracht vanzelf bij velen de vraag op de lippen: Waarom gaan de katholieken hun bureaus ook niet op dezelfde wijze inrichten?'<sup>119</sup>

Naast deze interne druk was er nog de veel grotere externe druk om de boot van de maatschappelijke ontwikkelingen niet te missen, onder andere in verband met het wetsontwerp ter voorkoming van lichtvaardige echtscheiding, waarin gewezen werd op de mogelijkheid om bij plannen tot echtscheiding Bureaus voor Levens- en Gezinsmoeilijkheden in te schakelen: 'Zouden onze katholieke bureaus tegen die tijd niet als volwaardige instantie meetellen, dan zou ons de gelegenheid ontgaan om bij die allergewichtigste beslissing voor onze geloofsgenoten de godsdienstige motieven tot verzoening en herstel van de vreedzame samenleving tot gelding te brengen'.<sup>120</sup> Vervolgens was er de druk die ervaren werd van de (potentiële) subsidiënt van deze bureaus, het Prophylaxefonds en het Praeventiefonds, met de NFGV als uitvoerende en later adviserende instantie. In katholieke kring werden de streefnormen voor de Bureaus voor Levens- en Gezinsmoeilijkheden die de NFGV in 1950 publiceerde, serieus genomen – en dat niet alleen om ze gewijzigd te krijgen in een voor de bestaande katholieke bureaus gunstige zin. Tot op grote hoogte werden ze als een gegeven geaccepteerd.<sup>121</sup>

Tenslotte was er ook nu weer de optimistische verwachting dat een beter geoutilleerd katholiek bureau een steentje bij zou kunnen dragen aan het binnen de Kerk houden van de gelovigen. Door de oprichting van dergelijke bureaus 'waren wij dan in staat om neurotici op te vangen, die nu verbitterd de Kerk de rug toekeren omdat ze haar huwelijksleer onmenselijk vinden. Want de samenhang tussen onopgeloste huwelijksproblemen en geloofsafval is zeer frequent'.<sup>122</sup>

Deze tactische overwegingen maakten de katholieke geesten rijp voor de omvorming van de eenvoudige bureaus. Dat ging veel behoedzamer dan bij de Medisch Opvoedkundige Bureaus; niet zo verwonderlijk, omdat hier rechtstreeks de normen voor het gedrag van volwassenen in het geding waren. De behoedzaamheid kwam tot uiting in het standpunt dat de Nationale Commissie formuleerde ten aanzien van de streefnormen van de NFGV: de medewerking van de psychiater en de sociaal werkster werd weliswaar geaccepteerd, maar dan wel onder voorzitterschap van een priester om de pastorale functie te bewaken. Bovendien wilde men voorlopig slechts in enkele katholieke bureaus gaan experimenteren met een nieuwe opzet en tenslotte sprak de voorzichtigheid uit de introductie van een nieuwe naam: het *Bureau voor Huwelijksaangelegenheden*.

Deze aanduiding was gekozen om enerzijds een onderscheiding aan te brengen met de oude Bureaus voor Huwelijksvoorlichting, anderzijds om niet gelijkgeschakeld te worden met de Bureaus voor Levens- en Gezinsmoeilijkheden.<sup>123</sup>

In januari 1952 ging het eerste katholieke Bureau voor Huwelijksaangelegenheden van start als onderdeel van de eveneens in 1952 opgerichte Katholieke Stichting voor Geestelijke Volksgezondheid voor Utrecht en in oktober 1952 volgde het tweede bureau in Amsterdam, eveneens als onderdeel van de Katholieke Stichting voor Geestelijke Volksgezondheid in die stad. Drie perifere bureaus in de katholieke provincies Noord-Brabant en Limburg volgden dit voorbeeld, in Tilburg, Eindhoven en

Heerlen.<sup>124</sup> Daarmee was de basis voor de expansie gelegd.

Van de in totaal 46 bureaus die tien jaar later op dit terrein opereerden, waren er nog steeds 3 van algemene en 1 van joodse signatuur, de humanistische waren in aantal gegroeid tot 5, de protestantse tot 12 en de katholieke tot 25.<sup>125</sup> Het totale aantal groeide in de jaren daarna nog verder, echter zonder dat de overheersende positie van de katholieke bureaus werd aangetast.<sup>126</sup>

### **i. Verschuivende identiteit van de geestelijke gezondheidszorg**

De Bureaus voor Levens- en Gezinsmoeilijkheden en de Bureaus voor Huwelijksaangelegenheden drukten sinds 1952 in kwalitatieve en kwantitatieve zin een steeds groter stempel op de geestelijke gezondheidszorg. Dat de rijkssubsidieregeling, die in 1957 toch voor deze werksoort getroffen werd, niet uitging van het Directoraat-Generaal voor de Volksgezondheid maar van Maatschappelijk Werk,<sup>127</sup> deed hier weinig aan af. Querido's suggestie tijdens de toelatingsstrijd was hiermee weliswaar opgevolgd, maar verder onderstreepte deze regeling door haar inhoud (de eis van teamwerk van psychiater en gediplomeerd psychiatrisch sociaal werkster en de taak van individuele en gezinsbehandeling) en haar vorm (financiële deelname van het Directoraat-Generaal voor de Volksgezondheid) vooral, dat de identiteit van de gehele geestelijke gezondheidszorg opgeschoven was. Was het nu gezondheidszorg, maatschappelijk werk, of iets daar tussenin?, zo vroeg men zich af.<sup>128</sup>

Formeel bleef het uiteindelijk het eerste, maar materieel werd het het laatste. Daar was de Praeventiefondssubsidie uit 1952 de eerste duidelijke manifestatie van, en het werd spoedig daarna nog eens onderstreept door de vorming van de Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid op 1 januari 1957. Naast het inrichtingswezen (het werkterrein van de voormalige Inspectie op Krankzinnigen en Krankzinnigengestichten), de sociaal-pedagogische zorg en de alcoholbestrijding, was onder deze inspectie de voor- en nazorg, het Medisch Opvoedkundig Bureau en de Bureaus voor Levens- en Gezinsmoeilijkheden en voor Huwelijksaangelegenheden geplaatst.<sup>129</sup> Vanaf het begin van de jaren vijftig gingen het Medisch Opvoedkundig Bureau en het Bureau voor Levens- en Gezinsmoeilijkheden het terrein van de geestelijke gezondheidszorg voor kinderen en volwassenen domineren met het aanbod van voorlichting, advies en behandeling, waaronder individuele psychotherapie en *social casework*.

## 7. Ambulante psychotherapie tussen wal en schip

### a. Passen op de plaats

Met de verbreiding van de ambulante psychotherapie als sociale voorziening wilde het tijdens en na de oorlog niet zo vlotten.

Een initiatief om een tweede psychotherapeutisch instituut in Den Haag op te richten liep vast in de oorlogsomstandigheden en na de oorlog werd er alleen in Amsterdam nog een tweede instelling gesticht, echter niet in de eerste plaats vanwege de maatschappelijke behoefte hieraan, maar ter oplossing van een conflict dat al snel tussen de twee directeurs van het Instituut voor Medische Psychologie was losgebrand.

Het meningsverschil ging over de aard van de therapieën, waarbij Van der Waals opteerde voor de langer durende psychoanalyse, terwijl Van der Hoops voorkeur uitging naar kortdurende psychotherapieën. Ook over de regeling van de psychoanalytische opleiding bestond verschil van mening: moest die nu wel (Van der Waals) of niet (Van der Hoop) zoveel mogelijk in het instituut geïntegreerd worden? Het bestaande instituut koos uiteindelijk voor de lijn-Van der Hoop, een keus die mede was ingegeven door de voorkeur van de belangrijkste financier van het instituut, de gemeente Amsterdam: kortdurende behandelingsvormen voor velen in plaats van langdurende behandeling voor enkelen.<sup>1</sup>

De Nederlandse Vereniging voor Psychoanalyse, die achter de lijn-Van der Waals stond, liet het hier echter niet bij zitten en richtte in de zomer van 1946 een tweede psychotherapeutisch instituut in Amsterdam op, het *Psychoanalytisch Instituut*. Dit instituut stelde zich ten doel de psychoanalytische en andere uitgebreide psychotherapeutische hulp binnen het bereik van mindervermogenenden te brengen en de psychoanalytische opleiding van de vereniging te consolideren en te verbeteren.<sup>2</sup>

Voor de opleiding ontving ze, overigens net als het Instituut voor Medische Psychologie, meteen subsidie uit het Prophylaxefonds, in 1950 overgenomen door het Praeventiefonds, terwijl de gemeente er na enige aarzeling toe overging om ook de exploitatie van dit tweede instituut met een subsidie mogelijk te maken.<sup>3</sup>

Met behulp van de subsidie konden beide instituten hun staf en hun werkzaamheden sterk uitbreiden, waardoor een ruime mogelijkheid ontstond om in Amsterdam met slechts een geringe eigen bijdrage gespecialiseerde ambulante psychotherapie te ondergaan.<sup>4</sup>

Deze mogelijkheid kwam daarbuiten vooralsnog niet tot stand; het eerstvolgende instituut werd pas in 1953 in Utrecht opgericht, tien jaar later gevolgd door een initiatief in Leeuwarden, waarna de verbreiding pas werkelijk inzette. Deze trage start werd veroorzaakt door meningsverschillen tussen de verschillende psychotherapeutische stromingen, onenigheid over en weerstanden tegen het subsidiëren van

psychotherapie bij andere gemeentebesturen, en door de onduidelijkheden over de precieze plaats van deze hulpverlening.<sup>5</sup>

## **b. Pogingen tot aansluiting bij het ziekenfonds**

Het feit dat de psychotherapie voor volwassenen in de landelijke beleidsvorming rond de geestelijke gezondheidszorg sterk in de schaduw van het Bureau voor Levens- en Gezinsmoeilijkheden kwam te staan, was voor de direct betrokkenen een extra aansporing om naar alternatieve ankerpunten voor maatschappelijke erkenning en de daarbij behorende financiële steun te zoeken.

Als enige mogelijkheid diende zich daarvoor aan: de opnemings van de ambulante psychotherapie in het ziekenfondspakket. Dat ook dit een moeilijk begaanbare weg was, was echter wel duidelijk. Eerdere pogingen, ondernomen samen met de Nederlandse Federatie van MOB's, waren op niets uitgelopen. Een nieuwe kans leek zich echter voor te doen in het kader van de Reorganisatiecommissie voor de Geestelijke Volksgezondheid, die in 1949 van start ging.

Nu was het Van der Sterren, de directeur van het Psychoanalytisch Instituut, die als lid van de sectie Preventieve en Psychotherapeutische Hulp aan Volwassenen, de sectie waarin ook de discussie over de Bureaus voor Levens- en Gezinsmoeilijkheden was gevoerd, de argumenten hiervoor nog eens op een rijtje zette. Aan de hand hiervan werd een interim-advies opgesteld, dat in september 1950 aan de voorzitter van de Reorganisatiecommissie werd aangeboden.<sup>6</sup>

Nominaal had het advies, evenals bij de voorgaande pogingen, betrekking op zowel de Medisch Opvoedkundige Bureaus (psychotherapie voor kinderen) als de instituten voor psychotherapie (psychotherapie voor volwassenen), praktisch had het echter voornamelijk betrekking op de laatstgenoemde. Daaraan waren de argumenten en voorstellen nu in hoofdzaak ontleend.

Startpunt van het interim-advies was de grote veronderstelde behoefte aan psychotherapeutische hulp. Dit werd nog eens onderstreept door de ervaringen die inmiddels met de twee Amsterdamse instituten waren opgedaan: de forse toename van het aantal verwijzigingen, de wachtlijsten die noodgedwongen ingevoerd moesten worden en de schattingen van het grote aantal mensen voor wie psychotherapeutische behandeling geïndiceerd zou zijn.

Vervolgens werd vastgesteld dat het hier om weinig bemiddelde mensen ging, die zelf geen uitgebreidere psychotherapeutische hulp konden betalen, het logisch gevolg van het instituutbeleid op grond waarvan in principe alléén patiënten in behandeling werden genomen met een inkomen beneden de ziekenfondsgrens.

Wilde deze hulpverlening uit de pioniersfase met haar incidentele financiële steun en medewerking van onderbetaalde hulpverleners komen, dan was structurele financiering door een derde partij nodig. In een dwingend betoog werd vervolgens naar één van de twee in principe beschikbare financieringsbronnen, de overheid en het ziekenfonds, toegeredeneerd. Waarom wel poliklinische en klinische zorg – waaronder inmiddels ook een vergoeding voor opname in een neurosekliniek – via het ziekenfonds verzekerd, en niet een ziekenfondsvergoeding voor ambulante psychothera-

pie? zo vroeg de commissie zich af: 'Het ligt in de aard van de werkzaamheden van de ziekenfondsen om de behandeling, curatieve zorg, te honoreren voor de ziekenfondsleden en er is geen reden om de psychotherapie buiten de verplichting van de ziekenfondsen ten opzichte van hun leden te plaatsen'.<sup>7</sup>

Ook nu ontbrak het inmiddels bekende argument niet, 'dat goede ambulante psychotherapie in vele gevallen opname van neurotische patiënten in inrichtingen voor de verpleging van geesteszieken overbodig zal maken; hetzelfde kan gezegd worden betreffende de opname in gewone ziekenhuizen van neurotische patiënten met klachten, die lichamelijk aandoen. Op deze wijze zal ambulante psychotherapie een besparing van andere onkosten met zich mede brengen'.<sup>8</sup>

Na dit pleidooi voor opname van de ambulante psychotherapie in het verstrekkingenpakket van het ziekenfonds, moesten in het advies argumenten worden aangedragen waarom dit instituutpsychotherapie diende te zijn, en niet psychotherapie door zelfstandig gevestigde of poliklinisch werkende zenuwartsen.

De pluspunten van de instituutpsychotherapie werden daartoe opgesomd – keuze-mogelijkheid uit verschillende therapeuten en therapieën, aanwezigheid van goedkopere hulpkrachten en dergelijke –, maar als belangrijkste voordeel voor het ziekenfonds werd een ander aspect naar voren geschoven: de mogelijkheid namelijk om via de erkenningsvoorwaarden van het instituut effectieve controle op de levering van psychotherapie aan ziekenfondsleden uit te oefenen.

Hiermee was de denkbeeldige weg naar ziekenfondsfinanciering echter nog niet volledig gebaad. Een oplossing moest nog gevonden worden voor het probleem dat de ambulante psychotherapie verbonden was met de andere activiteiten van het instituut; een probleem dat vooral speelde bij het Medisch Opvoedkundig Bureau. De mengeling van preventieve en curatieve functies was in dit verband een probleem, omdat het ziekenfondsbestel immers slechts ruimte liet voor de verzekering van individuele ziekterisico's.

Om de begeerde aansluiting bij het ziekenfondsbestel hierdoor niet te bemoeilijken, maakte de opstellers van het advies een scherpe onderscheiding tussen de preventieve en curatieve werkzaamheden van het instituut.

Uitgaande van dit onderscheid werd vervolgens voorgesteld om de preventieve werkzaamheden, te zamen met de algemene instituutskosten te financieren uit overheidssubsidies en andere baten en de curatieve werkzaamheden te laten betalen door de patiënten. Dit laatste betekende voor de ziekenfondsleden honorering door het ziekenfonds, afgezien van de eigen bijdrage, die ook nu weer als een essentieel therapeuticum werd gezien.

Als basis voor de honorering werd tenslotte de betaling per uur voorgesteld, waarbij het vooraf limiteren van de totale behandelingsduur nadrukkelijk werd afgeraden. Uitgaande van een uurhonorarium van f 10,- voor de zenuwarts werd het totale bedrag voor instituutpsychotherapie uit het ziekenfonds op f 400.000,- per jaar geschat. Een onderbouwing hiervan werd overigens niet gegeven.<sup>9</sup>

### c. Tegenwerpingen

Het was de bedoeling van de opstellers van het interim-advies, dat de voorzitter van de Reorganisatiecommissie dit stuk zou indienen bij de Landelijke Specialisten Vereniging, die het vervolgens weer zou kunnen gebruiken bij het overleg in de Ziekenfondsraad en de onderhandelingen met de ziekenfondsen.<sup>10</sup> Dat is niet gebeurd<sup>11</sup>, en niet alleen om formele redenen.

Tijdens de bespreking in de commissie waren er al zoveel vragen en mogelijke belemmeringen naar voren gekomen – een aantal daarvan waren zelfs in het advies opgenomen –, dat de haalbaarheid van het voorstel al bij voorbaat ernstig betwijfeld moest worden.

Was Van der Sterren zelf al pessimistisch vanwege de kostenconsequenties en de verwachte weerstanden in de artsenwereld, de andere commissieleden twijfelden eraan of de noodzaak van ambulante psychotherapie en de voorkeur voor het instituutsverband wel voldoende overtuigend was aangetoond. Bovendien realiseerde men zich terdege, dat door vast te houden aan een vooraf niet gelimiteerde behandelingsduur, de kostenopstelling arbitrair was en waarschijnlijk in de toekomst hoger zou kunnen uitvallen.

De weerstanden bij de artsen tegen een ziekenfondsverstrekking ambulante psychotherapie werd in de eerste plaats verwacht van de gezamenlijke collega's, die gegeven de premiepolitiek van het ziekenfonds rekening moesten houden met een evenredige vermindering van de uitgaven voor andere specialismen, wanneer psychotherapie erin zou komen.

Voor de niet aan een instituut verbonden zenuwartsen – de overgrote meerderheid – zou hetzelfde mechanisme kunnen optreden, omdat het een verstrekking ambulante *instituut*psychotherapie moest worden. Ook uit de hoek van de zelfstandig gevestigde zenuwartsen werd daarom de nodige tegenstand verwacht. Dat de psychotherapie in het voorstel van de commissie niet per se aan een bepaald medisch specialisme gebonden was, maakte de zaak evenmin gemakkelijk.

Tenslotte bestond er in de commissie ernstige twijfel, met name verwoord door de inspecteur voor de Geestelijke Volksgezondheid, P.A.F. van der Spek, of het verzekeringsstelsel wel een adequate financieringsbasis voor instellingen voor geestelijke gezondheidszorg bood. Daarbij werd gewezen op de nogal kunstmatige splitsing tussen preventie en curatie, nodig om voor ziekenfondsvergoeding in aanmerking te komen. Het over één kam scheren van het instituut voor psychotherapie en het Medisch Opvoedkundig Bureau werd in dit verband toch als weinig gelukkig ervaren. Kon voor het eerste een dergelijke splitsing nog wel verdedigd worden, omdat het vooral een behandelinstituut was, voor het Medisch Opvoedkundig Bureau gold dit niet. Het feit dat het Medisch Opvoedkundig Bureau inmiddels een forse Praeventiefondssubsidie in het vooruitzicht was gesteld, was ongetwijfeld van invloed op het pleidooi van P.A.F. van der Spek om toch vooral het preventieve karakter van het Medisch Opvoedkundig Bureau te benadrukken.<sup>12</sup>



#### d. De slag verloren

De discussie in de Reorganisatiecommissie maakt, te zamen met de in het vorige hoofdstuk besproken toelatingsstrijd van de Bureaus voor Levens- en Gezinsmoeilijkheden, duidelijk waarom de instituten voor psychotherapie uiteindelijk toch tussen wal en schip terecht zijn gekomen, ondanks de expansie die ze met behulp van de Armenwet, en later de Algemene Bijstandswet en de Wet op de Arbeidsongeschiktheid konden doormaken.<sup>13</sup> De wal was het Ziekenfondsbesluit en later de Ziekenfondswet, het schip de kaders die voor de (geestelijke) gezondheidszorg gebruikt werden.

De instituutpsychotherapie was *geen normale medische behandeling*. Deze was voorbehouden aan huisartsen en medische specialisten. Dit werd duidelijk in 1968, toen de ziekenfondsverstrekking 'niet-klinische psychotherapie' van kracht werd: niet de instituten, maar de zelfstandig gevestigde zenuwartsen mochten deze verstrekking leveren.<sup>14</sup>

De instituutpsychotherapie was (uiteraard) ook *geen klinische behandeling*. Die vond plaats in erkende inrichtingen, neuroseklieken, en later in therapeutische gemeenschappen en andere voorzieningen die met behulp van het ziekenfonds en later de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten de psychotherapeutische methoden intramuraal konden gaan toepassen.<sup>15</sup>

Tenslotte waren de instituten voor psychotherapie uiteindelijk ook *geen geestelijke gezondheidszorg*, omdat ze zich niet richtten op de combinatie van onderzoek, advies en maatschappelijke begeleiding van psychisch bedreigden en gestoorden. Het alleen maar verstrekken van gespecialiseerde behandeling hield het instituut buiten de landelijke subsidieregelingen die op de titel van geestelijke gezondheidszorg voor de andere werksoorten wel werden getroffen. Hier tegenover stond, dat het Medisch Opvoedkundig Bureau, het Bureau voor Levens- en Gezinsmoeilijkheden en in toenemende mate ook de Sociaal Psychiatrische Dienst de psychotherapeutische methoden wel gebruikten voor de behandelingen die zij verstrekten. Dit werd weer sterk gestimuleerd door de verkavelingen die het ziekenfondsbestel in de gezondheidszorg had aangebracht. De ambulante geestelijke gezondheidszorg was door de werking van dit bestel namelijk min of meer van medische en farmaceutische behandelmethoden afgesneden. Psychotherapie was en bleef hierdoor lange tijd de enige mogelijkheid om te behandelen.

Deze verschillende factoren lagen ten grondslag aan de merkwaardige positie van het instituut voor psychotherapie.

Handig gebruik makend van irreguliere financieringsbronnen, leverde het, zeker in het midden van de jaren zestig, een essentiële bijdrage aan de psychotherapeutische hulpverlening in Nederland, zonder dat het als zelfstandige werksoort standhield naast de meer omvattende maar minder specialistisch werkende instellingen voor geestelijke gezondheidszorg. In deze instellingen had de ambulante psychotherapie zich met behulp van de reguliere subsidieregelingen genesteld als behandelingsmethode; dit, en niet de aanwezigheid van op deze methoden gespecialiseerde instituten was het uitgangspunt bij de latere RIAGG-vorming.

## 8. Drie generaties instellingen voor ambulante geestelijke gezondheidszorg

### a. De eerste generatie: de vooroorlogse provinciale instellingen

Het praktische sluitstuk van de introductie van de beweging voor geestelijke volksgezondheid in Nederland vormden de Consultatiebureaus voor Geestelijke Volksgezondheid die in de tweede helft van de jaren dertig in Noord-Brabant, Gelderland en Limburg werden opgericht. Voor de inhoud van het werk werd uitgegaan van de kernvoorzieningen van geestelijke gezondheidszorg die in 1934 in het kader van de landelijke subsidiëring waren aangewezen: de zorg voor volwassen zenuw- en zielszieken en de medisch-pedagogische zorg voor kinderen. Hoe primitief ook, geprobeerd was hiermee een daadwerkelijk geïntegreerd aanbod van deze twee voorzieningen te leveren.

Het verzuilde verband bood daarvoor een vanzelfsprekende mogelijkheid, die vooral in de katholieke kring aanwezig was. Het Wit-Gele Kruis mobiliseerde hier de krachten voor een katholieke geestelijke gezondheidszorg.

Dat het gebied voor actie de provincie was en niet de grote stad, kwam door de verankering die de kruisverenigingen juist daar hadden en door de kansen die de overheden hun daarvoor lieten. Anders dan in de grote steden werd daarbuiten de overheidsinteresse bij de voor- en nazorg niet vertaald in een overheidsdienst, een intergemeentelijke of provinciale voor- en nazorgdienst. Deze taak werd overgelaten aan verenigingen en stichtingen.

Dit bood weer de mogelijkheid om werkzaamheden met de voor- en nazorg te verbinden, die in een overheidsdienst ondenkbaar waren: het onderzoek naar, de advisering over en zo nodig de behandeling van precaire kwesties als problemen met moeilijke kinderen, neurotische stoornissen van volwassenen, met op de achtergrond vraagstukken van huwelijk, seksualiteit en gezin.

Daar waar de katholieke kruisorganisaties hun invloed konden laten gelden, en dat was in Noord-Brabant, Gelderland en Limburg het geval, kon direct een instelling voor geestelijke volksgezondheid worden opgezet met bureaus voor volwassenen en voor kinderen. Waar deze invloed afwezig of slechts beperkt was – en dat was overal elders in het land –, kwam alleen een provinciale voor- en nazorgdienst tot stand.<sup>1</sup> Zo onstond in de zuidelijke provincies de eerste generatie regionale instellingen voor ambulante geestelijke gezondheidszorg.

### b. De tweede generatie: de naoorlogse provinciale instellingen

Het was niet zozeer vanwege de inhoud, als wel vanwege de vorm dat het vooroorlogse Consultatiebureau voor Geestelijke Volksgezondheid van betekenis was voor

het ontwikkelingsproces van de geestelijke gezondheidszorg in Nederland. Het was de eerste bundeling in regionale instellingen voor ambulante geestelijke gezondheidszorg van de verschillende werksoorten, die voordien nog volledig los van elkaar opereerden.

Deze vorm was het uitgangspunt voor de plannen, die direct na de bevrijding door Querido en Kat werden gelanceerd om tot een samenhangende ordening van de gehele geestelijke gezondheidszorg te komen. Een spilfunctie was daarin aan het Districts- of Streekconsultatiebureaus voor de Geestelijke Volksgezondheid toegedacht. Voor de inhoud van deze bureaus werd nu echter niet alleen meer gedacht aan eenvoudige spreekuren voor volwassenen en kinderen, maar aan goed geoutilleerde psychiatrische voor- en nazorgdiensten, Medisch Opvoedkundige Bureaus en aan andere voorzieningen die zich inmiddels op dit veld manifesteerden, waaronder Bureaus voor Levens- en Gezinsmoeilijkheden en de ambulante psychotherapie.

De voorwaarden die door Querido en Kat waren geformuleerd om het land te bedekken met een sluitend netwerk van deze bureaus, kwamen niet tot stand; er ontstond geen eenheid in bestuur, organisatie of financiering. De inrichting van de geestelijke gezondheidszorg werd overgelaten aan de plaatselijke, provinciale en landelijke particuliere organisaties en de respectieve overheden.

Dit krachtenveld van actoren gaf per saldo voorrang aan specialisatie en aan groei van de afzonderlijke werksoorten. Het idee om de uitvoering van de gehele geestelijke gezondheidszorg per regio in één organisatie te vangen (klinisch en ambulant) verdween daarbij volledig uit het zicht, maar dit was niet het geval met het idee van een bundeling van ambulante werksoorten. Of men tot dergelijke bundelingen wenste over te gaan, werd overgelaten aan de inzichten en affiniteiten van de verspreide beleidsactoren en sommigen daarvan bleken inderdaad voort te borduren op de Consultatiebureaus voor Geestelijke Volksgezondheid.

In een groeiend aantal provincies werden dergelijke bureaus opgericht, maar slechts in enkele gevallen lukte het om tot een opzet te komen, die het eenvoudige vooroorlogse karakter van de hulpverlening oversteeg.<sup>2</sup>

Naast de Wilhelminastichting in Apeldoorn, die in 1942 haar consultatiebureau voor kinderen omzette in een Medisch Opvoedkundig Bureau, gebeurde dit alleen in Noord-Brabant, waar de Provinciale Dienst voor Geestelijke Volksgezondheid begon met de ombouw van de consultatiebureaus voor kinderen tot Medisch Opvoedkundige Bureaus, en in Noord-Holland, waar de provinciale Stichting voor Geestelijke Volksgezondheid naast de voor- en nazorgdiensten in 1949 meteen volwaardige Medisch Opvoedkundige Bureaus plaatste.<sup>3</sup>

Dit laatste was mogelijk dankzij de steun van het provinciebestuur, dat door het jarenlange ijveren van de Nederlandse Federatie van MOB's voor een provinciale subsidie van de federatiebureaus overtuigd was geraakt van het belang van deze bureaus.

Via de Stichting voor Geestelijke Volksgezondheid in Noord-Holland zag de provincie kansen om tot een spreiding van deze bureaus over de hele provincie te komen. Net als in Brabant vond de verbreding van het takenpakket van de Stichting voor Geestelijke Volksgezondheid in Noord-Holland plaats op grond van argumenten, die rechtstreeks zijn terug te voeren tot de overwegingen die in 1934 tot de oprichting van de NFGV hadden geleid. Een uitgebreid citaat uit de verantwoording van de combina-

tie van de voor- en nazorgdienst met het Medisch Opvoedkundig Bureau moge dit verduidelijken: 'Op tal van punten in het maatschappelijk leven en op tal van tijdstippen in de menselijke levenscyclus (kunnen) geestelijke hygiënische beginselen worden aangewend. Voor het slagen van dit pogen is echter van het grootste belang om die punten te kiezen, welke de meeste kansen op succes hebben. Eén daarvan is ongetwijfeld het opgroeiende kind in zijn voor het later leven zo allerbelangrijkste verhouding tot gezin en school. Het instrument in die periode is het Medisch Opvoedkundig Bureau. Weliswaar houdt dit Bureau zich bezig met kinderen, waarmee reeds moeilijkheden zijn, doch door de wijze, waarop de problemen worden bekeken en behandeld is, naar de ervaring heeft geleerd, het Medisch Opvoedkundig Bureau een van de belangrijkste centra van waaruit de geestelijke hygiënische principes in de maatschappij kunnen worden verspreid. Voorwaarde is hiertoe overigens, dat dit Bureau goed is uitgerust, zowel materieel als wat personeel betreft, zodat het op volkomen verantwoorde en deskundige wijze zijn werk kan doen.

Eenzelfde werking blijkt uit te gaan van een goed georganiseerd bureau voor de Voor- en Nazorg voor volwassen geesteszieken. Dit moge wellicht niet direct duidelijk zijn, daar hier gewerkt wordt ten behoeve van geestelijk gestoorde, die betrekkelijk ver van de normale gezonde mens schijnen af te staan, echter heeft hier ook de ervaring geleerd, dat een dergelijk bureau door te demonstren, hoe met deze mensen omgegaan kan worden en door te laten zien, hoe door begrip, tolerantie en deskundig inzicht, maar niet minder door menselijkheid, deze patiënten in de Maatschappij aangepast kunnen worden en door bovendien te demonstren, hoezeer moeilijkheden van deze patiënten afhankelijk zijn van de wijze, waarop de Maatschappij tegenover hen staat, tot een allerbelangrijkst voorbeeld kan worden voor het scheppen van goede geestelijke hygiënische verhoudingen, afgezien van het directe nut, dat aan de patiënten wordt gedaan. Het Medisch Opvoedkundig Bureau en het Bureau van de Voor- en Nazorg voor Volwassenen zijn dus twee instrumenten van geestelijke hygiënische zorg, die in Nederland het uitgangspunt en de basis voor dit werk kunnen vormen. Het streven moet er op gericht zijn, dat iedere Nederlander in staat zij, van deze instellingen gebruik te maken'.<sup>4</sup>

Dit citaat maakt nog eens duidelijk hoezeer de identiteit van de geestelijke gezondheidszorg in deze grootste stichting voor geestelijke volksgezondheid in Nederland gezocht werd in de combinatie van onderzoek, advies en ambulante behandeling bij lichtere stoornissen en bedreigende omstandigheden, en daarnaast hulp voor ernstiger geestelijk gestoorde. In die combinatie bleek het Medisch Opvoedkundig Bureau in 1952 de psychiatrische voor- en nazorg, naar stafomvang en uitgaven gemeten, van de eerste plaats te hebben verstoten.<sup>5</sup> Dit primaat van het Medisch Opvoedkundig Bureau bleek in alle 7 instellingen op te treden, die eind 1952 een combinatie van een voor- en nazorgdienst en een Medisch Opvoedkundig Bureau en eventueel nog andere werksoorten omvatten.<sup>6</sup>

Zo was de tweede generatie van regionale instellingen voor ambulante geestelijke gezondheidszorg tot stand gekomen: in de oorspronkelijke vorm met een combinatie van de oorspronkelijke werksoorten, maar nu op een hoger niveau van specialisatie en in een andere verhouding.

Buiten Brabant en Noord-Holland bleef men in de provinciale diensten gedurende de eerste jaren na de oorlog echter doorgaan met de eenvoudige Consultatiebureaus

voor Geestelijke Volksgezondheid, ondanks pogingen – bijvoorbeeld in Gelderland – om de zaak beter te organiseren.<sup>7</sup>

Dezelfde verzuiling die in Brabant en later Limburg tot geïntegreerde instellingen voor ambulante geestelijke gezondheidszorg leidde, blokkeerde elders de ontwikkeling in deze richting. In de provincies waarin de katholieke, de algemene en de protestantse zuilen ongeveer in evenwicht verkeerden, ontbrak namelijk het draagvlak om ieder voor zich een voldoende geoutilleerde dienst voor de geestelijke volksgezondheid op te zetten, terwijl men niet bereid was de eigen positie prijs te geven ten gunste van een gezamenlijke inspanning. Dit probleem kon in Brabant en Limburg simpelweg opgelost worden door de hegemonie van de katholieke zuil. Hier hoefde geen federatie of ander samenwerkingsverband te komen, maar kon meteen één dienst worden opgezet. De provinciale Stichting voor Geestelijke Volksgezondheid in Noord-Holland had de ambities van de levensbeschouwelijke stromingen weg kunnen werken via een gemengde samenstelling van bestuur en staf, en ook dat leverde één dienst op. Elders lukte dit niet, alhoewel sommige provinciale voor- en nazorgdiensten hun hulp ook tot de jeugd-psychiatrie gingen uitstrekken, zoals in Groningen.<sup>8</sup>

### **c. Het begin van de derde generatie: de Hervormde Stichting in Amsterdam**

#### *1. De verovering van Amsterdam*

Met het streven naar gespecialiseerde provinciale instellingen voor geestelijke gezondheidszorg waren de ambities in katholieke kring om met eigen organisaties dit werkteerrein te beheersen allerm minst bevredigd.

De grote steden wachtten, met als grootste uitdaging de bakermat en het onbetwiste centrum van de geestelijke gezondheidszorg in Nederland, Amsterdam. De aantrekkingskracht van de grote steden was ook daarom groot, omdat hier wellicht het probleem ontlopen kon worden dat zich in de provincies voordeed. Door de aanwezigheid van grote bevolkingsconcentraties van iedere confessionele groepering, de aanwezigheid van veel geschoolde krachten en een hoogwaardige infrastructuur van voorzieningen moesten de levensbeschouwelijke zuilen in principe in staat zijn om elk voor zich in Amsterdam een goed geoutilleerde instelling voor de geestelijke volksgezondheid op te zetten, niet met, maar naast elkaar.

De geestelijke gezondheidszorg in Amsterdam werd echter sinds jaar en dag beheerst door de gemeentelijke overheid. Dat gebeurde *rechtstreeks* door de gemeentelijke voor- en nazorgdienst en *indirect* door de gemeentelijke subsidiepolitiek ten aanzien van de particuliere instellingen. Op beide onderdelen had Querido een grote invloed. Eerst als leider van de gemeentelijke afdeling en vanaf 1949 als directeur Openbare Gezondheidszorg gaf hij op krachtige wijze leiding aan de werkzaamheden van de GG en GD op dit terrein, terwijl hij ook zeer gezaghebbend was als adviseur van het gemeentebestuur inzake de subsidiëring van particuliere initiatieven op het terrein van de geestelijke volksgezondheid. Een van de consequenties hiervan was, dat levensbeschouwelijk geïnspireerde initiatieven in Amsterdam nauwelijks voet aan de grond kregen. Querido benaderde deze initiatieven voornamelijk als werken van

liefdadigheid, die dus in een gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg niet thuis hoorden.

Hij ontmoedigde deze initiatieven dan ook waar hij kon, ten gunste van niet-confessionele en op professionele basis opgezette voorzieningen, zoals zijn eigen gemeentelijke voor- en nazorgdienst, het algemene Medisch Opvoedkundig Bureau, het Instituut voor Medische Psychologie en later het Psychoanalytisch Instituut.

Slechts aan de marges was in Amsterdam ruimte voor verzuilde instellingen, zoals de weinig professioneel opgezette huwelijksvoorlichting, hulp bij levensmoeilijkheden, hulp bij opvoedingsmoeilijkheden en dergelijke – voorzieningen die dan ook niet op gemeentelijke steun hoefden te rekenen.

Hoewel de ideeën voor het Consultatiebureau voor Geestelijke Volksgezondheid voor een belangrijk deel in Amsterdam waren ontstaan – Kortenhorst had ze ontleend aan de denkbeelden van Bouman, Meijers, Heyermans en Querido –, werden ze door de *katholieke* organisaties niet in de hoofdstad zelf toegepast; althans toen nog niet. Wat moesten ze ook met hun eenvoudige consultatiebureaus naast de machtige voor- en nazorgdienst van de gemeente en de professioneel hoogwaardige particuliere instellingen? Als ze zich al met deze instellingen wilden meten, dan zou een zo grote nabijheid toch onvermijdelijk in het nadeel van de katholieke instellingen uitvallen. De katholieke organisaties richtten hun energie daarom voorsnóg op enkele meer geestesverwante provincies: Noord-Brabant, Limburg en een deel van Gelderland.

Via deze omtrekkende beweging kwamen zij tenslotte toch weer in Amsterdam terecht, echter niet dan nadat een *hervormd initiatief* de weg daarvoor had geëffend. De hervormden hadden Amsterdam voor een geïntegreerd ambulante geestelijke gezondheidszorg op de GG en GD en de particuliere instellingen veroverd, een harde en voor de ambulante geestelijke gezondheidszorg in Nederland beslissende strijd.

## 2. *Prikkels voor hervormde actie*

In protestantse kring opereerden twee landelijke verenigingen op het terrein van de geestelijke gezondheidszorg: de *Gereformeerde Vereniging tot Christelijke verzorging van Geestes- en Zenuwzieken in Nederland* (verder: de Gereformeerde Vereniging) en de *Vereniging Nederlandse Hervormde Stichtingen voor Zenuw- en Geesteszieken* (verder: de Hervormde Vereniging). Beide richtten zich nadrukkelijk ook op Amsterdam.

De oudste van de twee, de Gereformeerde Vereniging, had in Amsterdam een belangrijke voorsprong opgebouwd door de stichting van de Valeriuskliniek in 1919, waaraan later ook een voor- en nazorgdienst werd verbonden. Deze dienst verzorgde, met toestemming van de gemeente, de eerste opvang, het onderzoek en de nazorg van gereformeerde patiënten uit Amsterdam, zowel ten behoeve van de Valeriuskliniek als andere gereformeerde inrichtingen, in het bijzonder Vogelenzang.

De Hervormde Vereniging beschikte niet over een dergelijk pied-à-terre in de hoofdstad. Hervormde Amsterdamse zenuw- en zielszieken werden grotendeels verpleegd in het gesticht Zon en Schild met de open afdeling Hebron te Amersfoort, terwijl men het verder moest hebben van een spreekuur eens in de week ten behoeve van de nazorgpatiënten in Amsterdam, verzorgd door een psychiater verbonden aan de her-

vormde inrichtingen te Amersfoort. Voor het overige was de voor- en nazorg in handen van de gemeente.

Al voor de oorlog waren vanuit hervormde kring diverse pogingen ondernomen om dit verschil in positie ten opzichte van de gereformeerden weg te werken, maar deze bleven zonder resultaat. In de sfeer van wederopbouw na de oorlog werd in 1945 een nieuw hervormd initiatief genomen.

Een werkgroepje van de Hervormde Vereniging ging aan de slag om de mogelijkheden te verkennen voor een hervormde kliniek in Amsterdam met daaraan verbonden een goed geoutilleerde psychiatrische voor- en nazorgdienst. Centrale figuren in dit groepje waren C.W. du Boeuff,<sup>9</sup> directeur van de hervormde inrichtingen te Amersfoort, en S.J.P. Dercksen,<sup>10</sup> waarnemend directeur van deze inrichtingen en al jaren actief in de sociaal-psychiatrische praktijk als arts-sprekuurhouder van de buitendiensten, die door de hervormde inrichtingen onderhouden werden. Op de achtergrond speelde bovendien Joh. van der Spek een rol, als voorzitter van de Hervormde Vereniging en bijzonder actief man op het terrein van de geestelijke volksgezondheid.<sup>11</sup>

Omdat er grote weerstanden bij de gemeente Amsterdam bestonden om naast de Valeriuskliniek en Paviljoen III van het Wilhelmina Gasthuis nog een derde psychiatrische kliniek in Amsterdam te laten ontstaan, koerste dit werkgroepje zekerheidshalve af op samenwerking met het reeds bestaande hervormde Diaconessenhuis te Amsterdam. Het Diaconessenhuis zou gevraagd worden een psychiatrische afdeling door de Hervormde Vereniging in te laten richten. Tevens stond een gesprek met Querido op het programma om over de organisatie van de voor- en nazorg te spreken.<sup>12</sup>

Met het Diaconessenhuis was nog geen contact opgenomen en evenmin met de GG en GD, toen begin november 1945 een brief van Querido de plannenmakerij in een stroomversnelling bracht.

Of Querido op de hoogte was gebracht van de plannen of gewoon de hervormde initiatiefnemers vóór wilde zijn – zijn initiatief had alle trekken van een zet in een schaakspel. Hij kwam namelijk met de mededeling dat de gebrekkige buitendienst van de hervormde inrichtingen voor Amsterdamse patiënten door zijn gemeentelijke dienst van de kaart geveegd dreigde te worden, waarvoor hij vervolgens zelf weer een oplossing aandroeg:

Het probleem dat Querido schetste leek overigens reëel genoeg: de psychiater, aangesteld voor de nazorg van patiënten van de hervormde inrichtingen, woonde zelf niet in Amsterdam en was mede daardoor nauwelijks beschikbaar voor zijn patiënten. Bovendien hield hij slechts eenmaal per week spreekuur, terwijl een hervormde zuster voor maatschappelijk werk helemaal niet aanwezig was, noch voor spreekuur, noch voor huisbezoek. Het gevolg, aldus Querido, was dat de gemeentelijke dienst vaak moest inspringen wanneer nazorgpatiënten acute hulpverlening nodig hadden. Daardoor dreigde de nazorgarts van de Hervormde Vereniging echter geheel buiten spel te staan: 'Het gevaar bestaat steeds, dat het volledig toegeruste bureau waar steeds personeel beschikbaar is [de voor- en nazorgdienst van de GG en GD] het minder goed toegeruste – door een volkomen ongewilde concurrentie – dood drukt'.<sup>13</sup> Vervolgens kwam Querido met de vaststelling dat 'het zeker geen eis van doelmatigheid (zou) zijn, wanneer de voor kleine groepen werkende bureaus zich alle gaan toerus-

ten met volledig personeel, een dag en nacht werkende dienst instellen en dergelijke meer. Aan de andere kant moet de eis der confessionele groep, dat mensen van hun eigen richting hun patiënten bezoeken, geëerbiedigd worden'. En hij vervolgde: 'Ik meen nu een oplossing in deze moeilijkheid gevonden te hebben en wel op de volgende wijze. De werkverdeling van een bureau als het mijne brengt mee, dat ieder der nazorgartsen een sector van de stad toegewezen krijgt. Zou het nu niet mogelijk zijn, dat de confessionele arts, c.q. nazorgzuster zich aan het grotere bureau assu-meert en eveneens een sector te verwerken krijgt, echter niet een geografische, maar een confessionele. (...) Wat betreft het onderhouden van het eigenlijke contact blijft de nazorgarts geheel zelfstandig. Voor de rest kan hij gebruik maken van alle midde-len, waarover het grotere bureau beschikt'.<sup>14</sup> Zo probeerde Querido dus een dam op te werpen tegen de dreigende versnippering van de voor- en nazorg in Amsterdam, door de verzuiling te incorporeren.

Dit initiatief van Querido wekte nogal wat beroering in de hervormde gelederen. In het bijzonder de suggestie om de hervormde arts of nazorgzuster onder de feitelijke leiding van Querido te plaatsen, terwijl er over voorzorg helemaal niet gerept werd, sloot bepaald niet aan bij de ambities van de Hervormde Vereniging. Du Boeuff en Dercksen zagen hierin bovendien een ernstige bedreiging van hun prille plannen en beiden benadrukten dan ook sterk 'dat de voorstellen van dr. Querido zeer voorzich-tig gehanteerd moeten worden. Het moet niet zo worden, dat de dienst onder dr. Querido komt en afgewacht dient te worden welke hervormden naar de afdeling van de vereniging worden verwezen, (...) de vereniging (zal) voor een groot gedeelte van het werk zelfstandig haar weg moet gaan'.<sup>15</sup>

### *3. Naar een hervormde ambulante geestelijke gezondheidszorg: het eerste plan, 1945*

Querido's initiatief had het – zeker niet door hem beoogde – effect, dat de Hervormde Vereniging besloot op de kortst mogelijke termijn een plan op te stellen voor een eigen geestelijke gezondheidszorg in Amsterdam. Daarover zou vertrouwelijk con-tact gelegd worden met de wethouder van Sociale Zaken, 'een goed Hervormd mens' en tevens een goede kennis van Dercksen. Zo zou geprobeerd worden om via de politieke weg Querido de pas af te snijden. Du Boeuff en Dercksen werden belast met de opstelling van het plan.<sup>16</sup>

Du Boeuff en Dercksen beperkten zich in hun plan voor een hervormde instelling in Amsterdam dat in de maanden november-december van 1945 werd opgesteld, niet tot een kliniek, annex voor- en nazorgdienst.<sup>17</sup> Zij grepen de gelegenheid aan om een breder perspectief voor hervormde actie te schetsen. Sloot het bredere perspectief aan bij de ruim geformuleerde statutaire doelstelling van de Hervormde Vereniging zoals in de aanhef van het plan nog eens nadrukkelijk werd vermeld, het motief om juist nu actie te ondernemen werd ontleend aan de orderingsvoorstellen voor de geestelijke gezondheidszorg die terzelfder tijd door Querido, Kat en de NFGV werden voorbereid. Daarbij was het niet zozeer de door hen voorgestelde opzet van de zorg waar men zich tegen wilde keren – integendeel, zoals we hierna nog zullen zien –, maar het inmiddels bekende verzet tegen de overheersende rol die de overheid daarin kreeg toebedeeld.



Met hun stelling dat 'vroeg of laat door de overheid stappen worden ondernomen om deze arbeid te stimuleren, zo nodig ook te organiseren, misschien, indien de kerk en particulier initiatief niet actief genoeg zijn, ook uit te voeren',<sup>18</sup> plaatsten de hervormde initiatiefnemers zich in de rij van critici die we eerder in deze studie bespraken.

Een hervormd antwoord op dit dreigend overheidsingrijpen werd dringend aanbevolen via een algemene oproep aan de hervormde organisaties, in het bijzonder de Kerken, om zich daadwerkelijk op het terrein van de geestelijke gezondheidszorg te begeven en het werk op dit terrein financieel te steunen.<sup>19</sup>

Veel woorden werden er verder in het plan niet besteed aan algemene beschouwingen over de noodzaak van hervormde actie op dit terrein. De aandacht werd verder volledig gericht op Amsterdam, het bastion van de gemeentelijke sociale psychiatrie en de thuishaven van Querido, de meest spraakmakende verdediger van de naoorlogse orderingsvoorstellen. Dat er geen noemenswaardige hervormde voorzieningen op het terrein van de geestelijke gezondheidszorg in Amsterdam functioneerden, gebruikten de plannenmakers als argument om nu maar meteen iets geheel nieuws op te zetten, en daarvoor maakten ze weer gebruik van de inhoud van met name Kats voorstellen. Grijp nu de kans om de opbouw van een hervormde psychiatrische kliniek annex voor- en nazorg – waar het aanvankelijk alleen om begonnen was – onderdeel te doen zijn van een omvangrijker stelsel van voorzieningen voor geestelijke gezondheidszorg, zo werd ter inleiding van het plan betoogd.<sup>20</sup> Ter verdere stimulering van de hervormde actie werd er ook nog op gewezen, dat in Amsterdam de grootste concentratie van Nederlands Hervormden in Nederland was aan te treffen.<sup>21</sup> Later werd dat nog gedetailleerd. Het zou gaan om 150.000 à 200.000 hervormde inwoners van Amsterdam, de circa 22% van de totale Amsterdamse bevolking die bij de volkstelling van 1930 hadden opgegeven Nederlands Hervormd te zijn.<sup>22</sup>

Na deze inleidende beschouwingen kwam men tot de kern van het plan, een opsomming van voorzieningen die in een hervormde instelling voor geestelijke gezondheidszorg opgenomen zouden moeten worden:

- a. een moderne psychiatrische kliniek als centrum voor de te verrichten werkzaamheden;
- b. een of meer poliklinieken voor ouderen;
- c. een of meer bureaus voor gezinsmoeilijkheden met een goede voor- en nazorgdienst;
- d. een of meer poliklinieken voor jeugdigen;
- e. een of meer medisch-pedagogische bureaus, alsmede
- f. een psychotherapeutisch instituut.<sup>23</sup>

De opzet van deze instelling werd nog niet nader uitgewerkt. Men vond het verstandiger om dat over te laten aan een daartoe in te stellen commissie, waarin naast de Hervormde Vereniging zitting zouden hebben het Diaconessenhuis, gezien de onmogelijkheid om op korte termijn een nieuwe hervormde kliniek in Amsterdam te stichten, en de Kerkeraad der Nederlands Hervormde Gemeenten, omdat het een actie was vanuit een hervormde confessionele identiteit.<sup>24</sup>

Op 27 december 1945 volgde het onderhoud met vertegenwoordigers van de drie in het plan genoemde hervormde organisaties, waarbij van de kant van het Diacones-

senhuis echter meteen te kennen werd gegeven, dat een eventuele inbouw van een psychiatrische kliniek te zamen met de andere onderdelen in het kader van het Diaconessenhuis niet realiseerbaar was. Was daarmee de kortstondige droom van één hervormde klinische en ambulante geestelijke gezondheidszorg in Amsterdam weer over, men wilde niet meer terug. Uitgegaan werd verder van het consultatiebureau-concept zoals ontworpen door Querido en Kat als spil van de (hervormde) geestelijke gezondheidszorg.<sup>25</sup>

Maar anders dan deze laatsten hadden voorgesteld, werd voor de nieuwe hervormde instelling voor geestelijke volksgezondheid in Amsterdam de spilfunctie niet meer bij de voor- en nazorgactiviteiten gelegd, maar bij het Bureau voor Levens- en Gezinsmoeilijkheden, in een combinatie van de eerder in deze studie besproken benadering van Lekkerkerker en Van der Sterren: 'Voorop staan de medisch psychologische bureaus voor levensmoeilijkheden, bureaus die zich beschikbaar stellen om voorlichting en hulp te bieden bij de in zo menig gezin dagelijks voorkomende levensmoeilijkheden, (het) is daarom in eerste instantie een verwijzorgaan'. Vastgesteld werd vervolgens dat de instellingen waarnaar naar verwachting het meest verwezen zou worden, organisatorisch nauw met dit bureau verbonden moesten zijn: een medisch-pedagogisch bureau, een psychotherapeutisch instituut en een psychiatrische voor- en nazorgdienst.<sup>26</sup>

#### *4. Het Bureau voor Levens- en Gezinsmoeilijkheden als spil*

Het is niet moeilijk om in deze benadering van het Bureau voor Levens- en Gezinsmoeilijkheden als centrale voorziening op het terrein van de geestelijke volksgezondheid de denkbeelden terug te vinden, die eerder in de commissie van de Gezondheidsraad inzake de psychische invloed van deze tijd waren geformuleerd. Zoals we bij de bespreking daarvan constateerden, wierp Joh. van der Spek zich met een grote zendingdrift op de verspreiding van de resultaten van de besprekingen in deze commissie. Hij greep nu kennelijk de kans om deze ideeën ook in de eigen kring toe te passen.

De typische Amsterdamse situatie leverde daarbij een extra stimulans op voor deze toch wel verrassende wending in de hervormde plannen. Door het Bureau voor Levens- en Gezinsmoeilijkheden naar voren te schuiven bleef men namelijk ver uit de buurt van de interesse en de invloed van Querido, terwijl men daarmee wel goed zou kunnen aansluiten bij de denkwereld van de eigen protestantse kerkgemeenschappen. Het hieraan verbonden nadeel: geen overheidssteun, zou opgevangen kunnen worden door de Kerken. De bedoeling en opzet van een Bureau voor Levens- en Gezinsmoeilijkheden sloot bovendien ook veel beter aan bij het diaconale kerkewerk dan de traditionele psychiatrische voorzieningen, het gespecialiseerde Medisch Opvoedkundig Bureau en de instituutpsychotherapie. Met andere woorden: zou het uitgangspunt voor het hervormde initiatief de psychiatrische kliniek, annex voor- en nazorgdienst gebleven zijn, dan was de tegenwerking van de gemeente Amsterdam waarschijnlijk zoveel groter en de medewerking van de eigen Kerken zoveel geringer geweest, dat het bij voorbaat moest mislukken.

Nu deze weg praktisch afgesloten bleek door het afhaken van het Diaconessenhuis, werd de omgekeerde benadering gekozen: laten we niet beginnen bij de inrichting om

van daar naar buiten te werken, maar het aangrijpingspunt leggen bij voorzieningen voor mensen in de maatschappij; laten we daarbij niet uitgaan van de voor- en nazorg, maar van het Bureau voor Levens- en Gezinsmoeilijkheden, dat in de moderne opvatting over geestelijke gezondheidszorg een veel meer omvattende toegang tot hulp biedt dan de beperkte voor- en nazorg; bovendien beschikken we dan tevens over een eigen toegang, naast de GG en GD, tot de potentiële patiëntenpopulatie voor de Amersfoortse inrichtingen – zo kunnen we de gedachtengang achter deze wending reconstrueren.

Met deze omkering hadden de initiatiefnemers er echter ook een moeilijkheid bij gekregen. De eigen Hervormde Vereniging moest nu overtuigd worden, want hoe plausibel ook, het belang van de Amersfoortse inrichtingen bij het nieuwe plan was door de omgekeerde benadering toch een stuk minder geworden. Alle principiële en tactische argumenten moesten daarom op tafel komen om de medewerking van de Hervormde Vereniging vast te houden.

### *5. Principiële en tactische argumenten*

Du Boeuff en Dercksen, die zich inmiddels volledig met de nieuwe koers geïdentificeerd hadden, pakten de verdediging van de plannen zeer grondig aan op de beslissende bestuursvergadering van de Hervormde Vereniging, die in juli 1947 plaatsvond. Het werd een buitengewoon openhartig exposé van de achtergronden van het hervormde initiatief. Du Boeuff en Dercksen gaven voor hun verenigingsbestuur nog eens de richting aan waarin huns inziens de geestelijke gezondheidszorg zich moest ontwikkelen, de levenbeschouwelijke grondslag van deze zorg en het belang dat de Amersfoortse inrichtingen hadden bij het hervormde initiatief in Amsterdam.

#### *Waarom een Bureau voor Levens- en Gezinsmoeilijkheden als speerpunt*

Du Boeuff begon zijn uiteenzetting met te stellen, dat de sterke toename van behandelingen buiten de inrichtingen niet als een voorbijgaand verschijnsel mocht worden opgevat, maar als het gevolg van 'een geheel ander inzicht in de ware aard van het begrip ziekte'.<sup>27</sup> Zonder daarbij te verwijzen naar Meijers en Querido, ontleende hij aan hen vervolgens een schets van de opkomst van een nieuwe benadering van de geestelijke stoornis: 'Ziekte wordt niet meer gezien als een afwijking, een manco van een of andere ideaalvorm, welke dan ook. Ziekte is een aanpassingsdefect aan de wereld, waarin een bepaalde mens leeft'.<sup>28</sup> Meer *wishful thinking* dan realiteit was overigens zijn constatering, dat uit deze ontwikkeling te verklaren zou zijn 'dat reeds lange tijd en momenteel zelfs over de gehele linie, de deuren, ja de muren van de gestichten wijd open zijn gezet'.<sup>29</sup> Over het uitgangspunt was hij echter helder: 'Waar het bij het aanpassingstekort (...) om gaat is nooit: of een sociaal, of een individueel (zeg biologisch) manco, maar altijd om de wisselwerking van deze beide'.<sup>30</sup> Dit betekende volgens Du Boeuff, dat altijd 'de behandeling in psychiatrische inrichting en maatschappelijk milieu' plaats zou moeten vinden.<sup>31</sup>

Du Boeuff ontleende hieraan zijn utopie: 'Hier ligt voor ieder gesticht, voor elke voor- en nazorgdienst, (...) het richtsnoer voor de toekomst. De rest verdwijnt, hoe dan ook, dus en gesticht en voor- en nazorgdienst, zoals we die nu kennen. Dit alles wordt onder meer gedragen door de ervaringen opgedaan in gesticht, in voor- en

nazorgdienst en misschien nog wel het meest door de ervaring met de bureaus voor levensmoeilijkheden. Dat de patiënten deze bureaus zo vaak bezoeken, komt niet alléén doordat de problemen waarmee de patiënten komen zo gans anders van karakter zijn [dan de problemen waarmee ze bij gesticht of voor- en nazorg komen], het komt vooral omdat deze problemen in inrichting en (...) bureaus van voor- en nazorg eenzijdig, ja in een geheel verkeerd perspectief worden bekeken'.<sup>32</sup>

Hij kwam tot een duidelijke slotsom: 'Resumerend: De nood die bij de mensen aanwezig is en die stellig ergens samenhangt met de nood welke leidt tot het ontstaan van stoornissen op geestelijke gebied, vraagt kennelijk om een anderssoortige hulp, dan tot op heden van psychiatrische zijde wordt geboden'.<sup>33</sup>

#### *Waarom een hervormde stichting*

Vervolgens stapte Du Boeuff over naar het meer vertrouwde onderwerp van de confessionele signatuur van deze zorg.

Hij wees erop dat een verdediging daarvan eigenlijk helemaal niet nodig was. De instellingen op confessionele grondslag hadden inmiddels immers alom erkenning gekregen, enerzijds doordat ze zich gewoon als zodanig geponeerd hadden, anderzijds doordat ook niet-confessionelen onderschreven dat milieu-invloeden (waaronder levensbeschouwelijke) nu eenmaal bij het ontstaan en verdwijnen van ziekten van belang waren, zo betoogde Du Boeuff.<sup>34</sup>

Hij prikkelde daarbij nog eens extra de verzuilde gevoeligheid en de zendingsdrift van de vereniging door te benadrukken dat hier een unieke kans lag: andere verenigingen – hij doelde hierbij met name op de gereformeerde en algemene inrichtingen – hadden weliswaar een geweldige voorsprong met hun klinieken, maar tegelijkertijd maakte dat het inslaan van de door Du Boeuff aangegeven nieuwe wegen voor hen lastiger. Een inmiddels ontvangen toezegging van rijkssubsidie voor het hervormde plan zag hij als een bevestiging van zijn opvatting: 'Dat wij de kansen hier als eerste van regeringswege krijgen, moeten en kunnen wij daarom niet anders dan van harte aangrijpen'.<sup>35</sup> De mogelijkheid om dit plan van Nederlands Hervormde zijde te doen uitgaan noemde Du Boeuff: 'een kans die indien niet begrepen, wellicht nimmer wederkomt'.<sup>36</sup>

Dercksen vulde dit betoog in nog duidelijker bewoordingen aan: 'Onze Hervormde Vereniging ziet zich dus hiermee een belangrijke en eervolle taak op de schouders gelegd. Voor 't eerst in haar bestaan krijgt zij de gelegenheid vooraan te gaan'.<sup>37</sup>

#### *De economische argumenten: de verovering van Amsterdam*

Na deze meer principiële overwegingen kwam Du Boeuff toe aan de vraag wat het meer directe belang voor de Hervormde Vereniging bij de voorgenomen plannen kon zijn. Hij ging daarbij vooral in op de positie van Zon en Schild in relatie met het Amsterdamse plan.

Du Boeuff poneerde de stelling dat de Amersfoortse inrichting direct in haar bestaansmogelijkheden bedreigd zou worden, als de markt van potentiële patiënten in Amsterdam niet door de nieuwe hervormde stichting zou worden opengebroken: 'Als Leidschendam [de voorgenomen nieuwe vestiging van de Hervormde Vereniging] opengaat en daarmee Zuid-Holland en het Westen van het land voor Zon en Schild uitvalt, is Zon en Schild in zijn bestaansmogelijkheid zonder meer aangewe-

zen op Amsterdam, daar het Hervormde oosten (...) pas op de lange duur onder de greep van Veldwijk en Wolfheze uit zal komen [inrichtingen uitgaande van de Gereformeerde Vereniging] en (...) dit Oosten betrekkelijk weinig dicht is bevolkt. Stelt u zich nu voor, dat wij uit Amsterdam, met een inwonersaantal dat groter is dan dat der provincies Friesland, Groningen en Drenthe tezamen, in 1946 niet meer dan 10 patiënten hebben gekregen en U zult begrijpen, dat (...) hier de kansen voor Zon en Schild aanwezig zijn'.<sup>38</sup>

Hiermee wierp Du Boeuff zijn hardste en voor het bestuur van de Hervormde Vereniging waarschijnlijk meest aansprekende argumenten op tafel. Dercksen vulde ook dit aan door te wijzen op de toegang, die juist door het breed gerichte Bureau voor Levens- en Gezinsmoeilijkheden tot de Amsterdamse hervormde gemeenschap verkregen zou kunnen worden. Een deel van de daar aangemelde gevallen zou immers psychiatrische hulp behoeven. Die patiënten zouden doorverwezen kunnen worden via de voor- en nazorgdienst voor opnemings. 'Ook langs deze weg opent zich dus voor onze inrichtingen een toegang naar het publiek', aldus Dercksen.<sup>39</sup>

Beiden gingen hier nog verder op in door letterlijk de sfeer op te roepen van een veldtocht waarbij Amsterdam veroverd moest worden op een geduchte tegenstander: 'Het bolwerk – Dercksen en ik hebben er als 'verspieters' nu wel genoeg ervaring van opgedaan – is hecht verdedigd, maar overal gapen de bressen (...) en wij hebben een goede aanhang in de veste. Met groot beleid en tact zal moeten worden opgetreden, maar ik ben ervan overtuigd dat op de wijze, zoals wij ons dat denken, succes kan worden behaald'.<sup>40</sup>

Die 'wijze zoals wij ons dat denken' was uitgewerkt in een commissie van de drie belanghebbende organisaties (de Hervormde Vereniging, de Amsterdamse kerkeraad en het Diaconessenhuis), die begin 1946 aan de slag was gegaan en in het najaar rapport hierover uitbracht.<sup>41</sup>

## 6. *Het tweede plan, 1946*

De hervormde commissie, waarin Joh. van der Spek, Du Boeuff en Dercksen, de laatste als secretaris, de toon aangaven, kwam op 12 september 1946 met een doorwrocht document van dertig pagina's, waarin de inhoudelijke, organisatorische en financiële onderdelen van het plan systematisch aan bod kwamen.<sup>42</sup>

### *Doel en middel*

Uitgangspunt voor het hele plan was een opvatting over geestelijke volksgezondheid, die vrijwel volledig aan de denkbeelden van Bouman was ontleend, al werd daar niet expliciet naar verwezen. Dit kwam naar voren in de omschrijvingen, de doelstellingen en de methoden, die voor het werk op het terrein van de geestelijke volksgezondheid werden aangedragen en de opvallend sterke benadrukking van de noodzaak van een wetenschappelijke benadering ervan.

De breedte van het werkterrein werd als volgt verantwoord: 'De zorg voor de geestelijke volksgezondheid is een veelomvattende. Zij strekt zich uit over zieken, bedreigden en gezonden. Alle gebieden van het persoonlijke en maatschappelijke leven, die vanuit het gezichtspunt der psychische hygiëne van betekenis kunnen zijn, hebben recht op haar belangstelling. Deze uitgebreidheid is geenszins uitdrukking van een

overmoedig imperialisme, doch het is 't noodzakelijke gevolg van het moeizaam verworven inzicht dat de geestelijke volksgezondheid van uitermate veel factoren, individuele zowel als sociale, pathologische zowel als niet-pathologische, afhankelijk is'.<sup>43</sup>

Drie soorten maatregelen waren uit deze terreinafbakening afgeleid:

1. maatregelen ter bevordering van de gezonde ontwikkeling van de gezonde individuen. Hiertoe werd onder andere gerekend de strijd tegen de neurosevorming;
2. maatregelen ter voorkoming van het uitbreken van zenuw- en geestesziekten bij gezonden en gepredisponeerden, onder andere door pedagogische en therapeutische steun;
3. maatregelen van somatisch-geneeskundige, van psychotherapeutische en van sociaal-pedagogische aard, om het verloop van zenuw- en geestesziekten (met inbegrip van zwakzinnigheid, psychopathie en verslaving) zodanig te beïnvloeden, dat uitschakeling uit het maatschappelijk verband wordt vermeden, verpleging in kliniek, sanatorium of gesticht overbodig wordt (of, indien onvermijdelijk, slechts van korte duur zij) en dat recidive wordt voorkomen en tegengegaan.<sup>44</sup>

### *De geïntegreerde opzet*

De positionering van de medicus in de hervormde instelling leek zo overgenomen uit Boumans vroegere uiteenzettingen over de plaats van de psychiater in de zorg voor de geestelijke volksgezondheid, inclusief zijn ambivalente gevoelens hierover: 'De zorg voor de geestelijke volksgezondheid zal ongetwijfeld vooralsnog een *overwegend medische* aangelegenheid blijven,' aldus de hervormde initiatiefnemers, 'echter met dien verstande dat de zenuwarts, die psychische hygiënist wil zijn, ver buiten de grenzen van het gebruikelijke medisch-psychiatrische gebied moet kunnen zien, zonder evenwel zijn competentie uit het oog te verliezen. Hij zal dus hopen op de mogelijkheid van intensieve samenwerking – teamwork – met psychologen, pedagogen, sociologen, enz., die op hun beurt, zonder hun bevoegdheden te overschrijden, de noodzakelijkheid van gemeenschappelijke arbeid met de psychiater-hygiënist beseffen'.<sup>45</sup>

Werd met het laatste aangesloten bij het samenwerkingsconcept zoals dat inmiddels binnen het Medisch Opvoedkundig Bureau gestalte had gekregen, in het plan werd de hieraan ten grondslag liggende gedachte ook doorgetrokken naar de samenwerking tussen verschillende werksoorten: 'Deze samenwerking kan slechts gewaarborgd zijn indien deze instellingen [bedoeld werden: de verschillende ambulante werksoorten], zowel ten aanzien van hun wetenschappelijke werkwijze als van hun organisatorische structuur een volstrekt organische eenheid vormen. Alleen dan zullen personen en diensten, bij dit werk betrokken, volkomen op elkaar zijn ingesteld'.<sup>46</sup>

Dit werd zo belangrijk gevonden dat het verder in het stuk nog eens werd herhaald: 'Het is essentieel voor de structuur van de (...) psychisch-hygiënische diensten, dat zij niet als onafhankelijke eenheden werkzaam zijn, doch in intensieven samenhang. De delen van het complex zullen als in een organische eenheid elkander ondersteunen en aanvullen. De wijze van samenstelling van de staf zal dit wezenlijke bestanddeel van het project versterken'.<sup>47</sup>

Hier werd dus de *radicale consequentie* getrokken uit de praktische ervaringen met het teamwork enerzijds en de theoretische beschouwingen in het kader van de NFGV over

samenhang in de geestelijke gezondheidszorg anderzijds. Het plan bleef niet staan bij de vormaspecten van een organisatorische bundeling van werksoorten, zoals in het Streekconsultatiebureau van Kat nog het geval was, noch bij de organisatorische bundeling die in de Noord-Hollandse stichting werd voorbereid, maar het kwam op grond van inhoudelijke overwegingen uit bij een veel verdergaande integratie van taken, stafleden, methoden en inzichten.<sup>48</sup>

Voor de keuze van de werksoorten die voor bundeling in aanmerking kwamen, sloot men aan bij het 'uitgeklede' eerste plan; daar werd geen nieuwe argumentatie meer aan toegevoegd. De verschillende werksoorten werden nu echter wel aan een nadere beschouwing onderworpen.

Het *Bureau voor Levens- en Gezinsmoeilijkheden* werd, overeenkomstig de beoogde centrale functie, al meteen als volwaardig onderdeel van de op te richten hervormde stichting gepland.<sup>49</sup> Dit werd beargumenteerd met een negatief oordeel over het bestaande interkerkelijke bureau: 'Men krijgt de indruk dat dit bureau, waaraan behalve de leider Mr. A. Bouman, een sociaal werkster en géén psychiater verbonden is, geen voorspoedig bestaan heeft'.<sup>50</sup> Daar hoefde men zich dus niet te veel van aan te trekken.

Anders lag dit voor het bureau voor *ambulante psychotherapie*. De nabijheid van het als zeer goed bekend staande Instituut voor Medische Psychologie betekende voor de plannenmakers, dat er geen volledig geoutilleerde eigen afdeling in de hervormde stichting opgebouwd zou hoeven te worden. Er werd van uitgegaan, dat er weliswaar eigen psychotherapeuten aan de stichting verbonden zouden worden, maar dat die zeer nauw zouden kunnen samenwerken met het Instituut voor Medische Psychologie.<sup>51</sup>

Weer anders was de beoordeling van de situatie van het *Medisch Opvoedkundig Bureau*. Weliswaar werd het bestaande Medisch Opvoedkundig Bureau als uitstekend bestempeld, maar van samenwerking hiermee werd toch niet uitgegaan. Dit onderdeel werd, evenals het Bureau voor Levens- en Gezinsmoeilijkheden, als zo essentieel voor de nieuwe stichting beschouwd, dat een eigen, overeenkomstig de Federatienormen opgezet bureau noodzakelijk werd geacht.<sup>52</sup>

De mogelijkheden voor een eigen *voor- en nazorgdienst* tenslotte waren beperkt door de gemeentelijke dienst. Daar legden de initiatiefnemers zich bij voorbaat bij neer, met een montere formulering: 'Op dit gebied zal samenwerking worden gezocht met de uitnemend toegeruste afdeling Psychische Hygiëne van de Gemeentelijke Geneeskundige en Gezondheidsdienst in Amsterdam. Het streven is er op gericht dat dagelijks één van de psychiaters van de nieuw op te richten organisatie tezamen met een sociaal werkster hiervoor beschikbaar is'.<sup>53</sup> De marges voor een eigen benadering werden onder andere gezocht in het houden van spreekuren op andere adressen dan alleen dat van de GG en GD.<sup>54</sup>

Om dit geplande geheel ook te kunnen uitvoeren kwam men uit op een omvangrijke staf. Voorgesteld werden: twee psychiaters (100%), een psycholoog (60%), twee verpleegkundigen met diploma B (100%), twee psychiatrisch sociaal werksters (100%) en twee maatschappelijk werksters (100%); in totaal dus 9 stafleden, met daarnaast ad hoc deskundigen en administratieve ondersteuning.<sup>55</sup>

### *De wetenschappelijkheid*

Naast de argumenten voor de confessionele grondslag, die geen nieuwe gezichtspunten meer bevatten,<sup>56</sup> ging het rapport uitgebreid in op de noodzakelijke wetenschappelijke basis van de hervormde instelling.

De voor de hand liggende spanning tussen de levensbeschouwelijke basis en de wetenschappelijke eisen werd expliciet onder ogen gezien en het uitgangspunt van een voldoende wetenschappelijk niveau werd juist in dit verband nog eens extra benadrukt. Bijvoorbeeld ten aanzien van het Medisch Opvoedkundig Bureau: 'Dit bureau zal in de hoedanigheid van zijn verrichtingen niet mogen achterstaan bij de thans functionerende bureaus. De mogelijkheid daartoe is gegeven in aansluiting bij de Nederlandse Federatie van Instellingen tot Oprichting en Instandhouding van Medisch Opvoedkundige Bureaus die (...) normgevend optreedt door aan de werkwijze van de door haar overkoepelde instellingen bepaalde eisen te stellen (...) en door de opleiding der sociale werksters aan bepaalde maatstaven te binden. Aan deze heilzame beoordeling zou de Vereniging zich niet gaarne onttrekken'.<sup>57</sup>

Vanuit dit strenge gezichtspunt was het oordeel van de commissie over de kwaliteit van andere bestaande instellingen van geestelijke gezondheidszorg beduidend minder gunstig: 'het (is) duidelijk dat de betrekkelijk geringe ervaring, waarover Nederland op psycho-hygiënisch gebied – in de moderne ruime zin genomen – beschikt (...) een dringende gewenstheid van zuivere, verantwoorde indicatiestelling voor behandelingen en ander bemoeiingen en de mogelijkheid tot wetenschappelijk onderzoek verlangen. Research-werk zal ongetwijfeld moeten worden verricht, om het bescheiden begin van deze arbeid doelmatig te kunnen voortzetten en uitbreiden'.<sup>58</sup>

Wel heel expliciet werd de mogelijke spanning tussen de levensbeschouwelijke basis en het wetenschappelijk gehalte van het werk aangegeven, waar de commissie sprak over de aspecten verbonden aan de zorg voor de jeugd: 'De confessioneel gefundeerde psychische hygiëne zal de volle breedte van deze ontzaglijke vraagstukken langs streng wetenschappelijke weg durven aanvaatten, daar zij zich gedragen weet door de kracht van een geloofsovertuiging, die haar ontvankelijkheid voor de diepte van de menselijke nood, die in deze problemen tot uiting komt, levend zal houden'.<sup>59</sup>

Waarom werd zo op de wetenschappelijkheid getamboereerd? Aan wiens adres was dat gericht? Waarschijnlijk was dat zowel voor de buitenwacht bedoeld als voor de eigen hervormde achterban, in het bijzonder de diaconieën, die weliswaar moesten intekenen op het Bureau voor Levens- en Gezinsmoeilijkheden, maar ook de professionele opzet daarvan moesten accepteren.

Allereerst werd, impliciet maar onmiskenbaar, afstand genomen van de argumenten, die zo'n twintig jaar eerder bij de weigering van de protestantse deelname aan Boumans initiatief waren gehanteerd (zie I, 6).

In de tweede plaats was er de dringende ambitie van de Hervormde Vereniging om in Amsterdam een gezaghebbend pied-à-terre te verwerven, hetgeen eigenlijk alleen op het ambulante veld mogelijk was. Dit veld was echter al rijkelijk voorzien van professioneel hoogwaardige instellingen: de afdeling Geestelijke Hygiëne van de GG en GD, het Medisch Opvoedkundig Bureau, het Instituut voor Medische Psychologie.

Het feit dat met deze instellingen geconcurrereerd moest worden, betekende een sterke stimulans om de hierin gevolgde benaderingen en methoden ook toe te passen in de



nieuwe hervormde voorzieningen; alleen dan was er werkelijk sprake van een eigen hervormd alternatief.

Tenslotte lijkt het erop dat dit appèl op de hervormde achterban toch vooral ten doel had om financiële medewerking van de diaconieën voor de geestelijke gezondheidszorg te mobiliseren en niet zozeer een inhoudelijke, respectievelijk pastorale bemoeienis met de zorg zelf.

### *De begroting*

Overeenkomstig de filosofie van de 'organische eenheid' zou de staf en ondersteuning volgens de opstellers van het plan ondergebracht moeten worden in één gebouw, centraal gelegen in Amsterdam.<sup>60</sup>

Vervolgens werd becijferd wat dit alles jaarlijks zou gaan kosten, terwijl ook werd aangegeven waar het geld vandaan moest komen.<sup>61</sup>

Kerkeraad Hervormde Gemeente Amsterdam	f 10.000,-
Kerkeraden omliggende gemeenten	5.000,-
Hervormde Vereniging	7.500,-
Diaconessenhuis	P.M.
Nederlands Volksherstel	12.500,-
Gemeente Amsterdam, Provincie Noord-Holland en Rijk, samen	56.500,-
	<hr/>
Totaal	f 91.500,-

### *7. Het eerste offensief, 1946-1947*

Nadat het rapport in september 1946 was vastgesteld, gingen de commissieleden ermee naar hun verschillende achterbannen om de voorgestelde medewerking en financiële steun te verwerven, terwijl er ook contact gezocht werd met de verschillende overheidsinstanties en met Nederlands Volksherstel. Het laatste verwees de initiatiefnemers vervolgens weer door naar de NFGV voor advies.

### *De hervormde achterban*

De Hervormde Vereniging zegde als initiatiefnemer de gevraagde bijdrage toe, maar slechts voor maximaal drie jaar.

Alle aandacht kon nu gericht worden op de kerkeraden; uit deze hoek zou immers in het bijzonder de financiële steun voor de sleutelvoorziening van de nieuwe instelling, het Bureau voor Levens- en Gezinsmoeilijkheden, moeten komen.

Het plan bleek echter niet in staat om de onwennigheid in hervormde kring tegenover de professionele opzet van de voorgestelde organisatie weg te nemen. Daarbij kwam dat vanuit de interkerkelijke stichting pogingen in het werk werden gesteld om de oprichting van een hervormde instelling te verijdelen. Niet alleen de desavouering van deze stichting speelde hierbij een rol – het verwijt van onwetenschappelijkheid en te weinig psychiatrische inbreng was geheel in het verkeerde keelgat geschoten –, maar ook de beduchtheid bij de interkerkelijke stichting om, bij het doorgaan van de hervormde plannen, inkomsten uit de hervormde gemeenschap te verliezen.

Het kostte de initiatiefnemers al met al buitengewoon veel moeite om de Hervormde Kerkeraad in Amsterdam van het belang van het plan te overtuigen, maar het lukte uiteindelijk wel. De Diaconie van de Nederlands Hervormde Gemeente in Amsterdam besloot om de gevraagde bijdrage te geven voor eveneens maximaal drie jaar. De hervormde gemeenschappen uit de omliggende gemeenten deden vooralsnog echter niet mee.<sup>62</sup>

#### *De reactie van de Nationale Federatie voor de Geestelijke Volksgezondheid*

Het hervormde initiatief gaf aanleiding tot een uitvoerige en interessante discussie in het bestuur van de NFGV; niet zo verwonderlijk, omdat men nog midden in het grotere orderingsdebat zat. Tot de duidelijke voorstanders van het hervormde initiatief behoorden Van den Berg en Kortenhorst.

In een omstandig betoog zette Van den Berg zijn mening uiteen aan de hand van twee vragen: Is het initiatief van een confessionele organisatie, bijvoorbeeld de Hervormde Vereniging, in beginsel toe te juichen? En vervolgens: Is dit concrete plan toe te juichen? Zijn antwoord was politiek van aard: 'In beginsel is ieder initiatief toe te juichen, ook indien dit van confessionele kant komt. Het is goed, dat de kerken zich willen begeven op het gebied der geestelijke gezondheidszorg. Opgepast moet echter worden voor doublures. Dat kan ons land zich niet veroorloven. Dat is een luxe. Vraag is derhalve hoever de gescheiden opbouw moet gaan'. Hij vond de omvattendheid en wetenschappelijkheid van het hervormde voorstel echter zodanig dat hij het acceptabel achtte.

Het gunstige oordeel van Kortenhorst was geheel conform de verzuiling en het daarbij behorende principe van de verdelende rechtvaardigheid. Hij ontleende zijn oordeel aan de verwachting van een overeenkomstige katholieke actie: 'Dr. Kortenhorst is principiëel voor een goedgunstig advies. Over enige jaren, zegt hij, zullen de katholieken ook komen met plannen en met aanvraag voor subsidie'.<sup>63</sup> De handschoen werd dus toen al opgepakt; de voorbeeldwerking van het hervormde initiatief voor de katholieke organisaties werd al zichtbaar.

De tegenstemmen in het bestuur kwamen van Kraus en Tibout. De eerste was bondig in zijn oordeel: 'Dr. Kraus is voor een afwijzend advies, omrede dat naar zijn mening het plan van de genoemde vereniging een waterhoofd heeft'. Tibout was eigenlijk ook tegen, maar stemde uiteindelijk blanco 'omrede dat aanvraagster dezelfde opzet heeft als het Medisch Opvoedkundig Bureau'.<sup>64</sup>

Het betoog van Van den Berg had echter indruk gemaakt en het bestuur van de NFGV besloot Volksherstel gunstig te adviseren.<sup>65</sup>

#### *De rijksoverheid*

De directeur-generaal was akkoord en de juist benoemde inspecteur voor de Geestelijke Volksgezondheid in algemene dienst, P.A.F. van der Spek, was zelfs ronduit enthousiast. Hij ging zo ver om het hervormde plan min of meer als paradepaardje voor te stellen voor de aanwending van het in 1946 ingestelde artikel op de rijksbegroting voor de geestelijke volksgezondheid. P.A.F. van der Spek zag hier als katholieke psychiater een aantrekkelijke concretisering in van de wettelijke organisatie van de geestelijke gezondheidszorg, die toen nog niet van de baan was.<sup>66</sup>

Door het plan te bestempelen als een experiment dat inzicht zou verschaffen in de

wijze waarop de voorgenomen Wet op de Geestelijke Volksgezondheid ingevuld kon worden, werd een eenmalige uitkering van f 20.000,— in het vooruitzicht gesteld.<sup>67</sup>

#### *De gemeente Amsterdam*

De lobby van de Hervormde Vereniging naar het gemeentebestuur had kennelijk gewerkt, want de gemeente Amsterdam uitte bij monde van Querido veel waardering voor het plan. Hij onderstreepte daarbij echter wel fijntjes de opvatting, die oorspronkelijk aan de hervormde plannen ten grondslag had gelegen: sociaal-psychiatrische werkzaamheden kunnen eigenlijk niet zonder een klinische voorziening voor opname en onderzoek. Tegelijkertijd wees Querido erop dat er helaas geen ruimte voor uitbreiding van de klinische capaciteit in Amsterdam aanwezig was; aan een hervormde kliniek naast Paviljoen III van het Wilhelmina Gasthuis en de Valeriuskliniek was geen behoefte, aldus Querido.

Hij pinde hiermee de hervormde plannen vast op de oorspronkelijke opzet, maar bevestigde tegelijkertijd de onmogelijkheid om deze opzet te realiseren. Hiermee kon hij motiveren dat het uiteindelijk toch niet op de weg van de gemeente lag om de plannen financieel te steunen, al werd door Querido een gemeentesubsidie voor het hervormde voor- en nazorgwerk, het medisch-pedagogisch werk en de psychotherapie niet volledig uitgesloten.<sup>68</sup>

#### *8. Het derde plan, 1947*

Het eerste offensief had niet slechts onvoldoende steun opgeleverd, het had ook de moeilijke positie van de voorgestelde hervormde instelling blootgelegd, zowel in strategische als in inhoudelijke zin.

Van een gesloten hervormd front dat Amsterdam op de overheid en andersdenkenden moest gaan veroveren, bleek geen sprake. Het Diaconessenhuis had meteen al afgehaakt, de diaconieën uit de buitengemeenten deden niet mee en in Amsterdam kostte het verwerven van deelname van de Kerkeraad zeer veel inspanning, terwijl de duurzame betrokkenheid van de Hervormde Vereniging twijfelachtig was. De tegenwerking van de gemeente was weliswaar geen verrassing, maar met een zekere steun was toch wel rekening gehouden; de bijdrage van de rijksoverheid stelde zowel in omvang als door het ontbreken van een garantie van continuïteit teleur. Van de provincies was helemaal niets vernomen en tot overmaat van ramp verkeerde Nederlands Volksherstel in die periode in liquidatie, zodat ook het positieve advies van de NFGV niet meer verzilverd kon worden.

In mei 1947 beschikte men hierdoor alleen voor het eerste jaar over iets meer dan een derde van het benodigde bedrag.<sup>69</sup> Duidelijk was bovendien geworden, dat er geen logische infrastructuur bestond waarvan de nieuwe instelling onderdeel zou kunnen uitmaken. Het was geen klinische voorziening (meer), het was ook geen maatschappelijk werk, gezinszorg of kerkewerk en evenmin behoorde het tot een van de zelfstandige werksoorten. Het was kortom iets geheel nieuws waarvoor een zelfstandige organisatie nodig was, die zich niet alleen moest invecchten in het bestaande Amsterdamse netwerk, maar dat moest doen met een verdeelde, twijfelende en bij tijd en wijle zelfs tegenwerkende hervormde achterban.

In deze situatie stond men in mei 1947 voor de vraag: doorgaan of niet. Een aantal

deelnemers aan het hervormde overleg stelde voor om de zaak maar te annuleren, of in ieder geval uit te stellen tot duidelijk zou zijn welke opstelling met name de gemeente Amsterdam uiteindelijk zou kiezen. Het was duidelijk wat dat betekende, en Du Boeuff en Dercksen hielden daarom een dringend pleidooi om op korte termijn toch te beginnen, met als belangrijkste argument dat anders de rijkssubsidie weer verspeeld zou worden.

Een meerderheid ging uiteindelijk met de redenering van Du Boeuff en Dercksen en met hun voorstel om het oorspronkelijke plan aan te passen mee, overeenkomstig een suggestie van Querido. Die hield in dat in ieder geval gedurende de eerste jaren gebruik zou worden gemaakt van reeds aanwezige outillage en mankracht bij respectievelijk de afdeling Geestelijke Hygiëne van de GG en GD ten behoeve van het voor- en nazorgwerk, het Medisch Opvoedkundig Bureau aan de Prinsengracht voor het medisch-pedagogische werk en het Instituut voor Medische Psychologie en het Psychoanalytisch Instituut voor wat betreft de psychotherapie.

Dercksen hield echter vast aan een eigen afdeling voor levensmoeilijkheden, die al meteen op sterkte zou moeten zijn om de beoogde centrale functie van eerste opvang, onderzoek, zo nodig behandeling en doorverwijzing van de aangemelde problematiek zelf te kunnen uitvoeren.

Dit leverde in juli 1947 een nieuwe jaarbegroting op, die sloot op een totale exploitatie van f 57.800,- waarvoor de inkomsten als volgt waren verdeeld:<sup>70</sup>

Diaconie Hervormde gemeente Amsterdam	f 10.000,-
Diaconieën randgemeenten	5.000,-
Rijkssubsidie	20.000,-
Gemeente Amsterdam	5.000,-
Hervormde Vereniging	17.800,-
	<hr/>
Totaal	f 57.800,-

### 9. *Het tweede offensief, 1947*

Op basis van de bijgestelde begroting werden hernieuwde pogingen ondernomen om de Kerken in de randgemeenten te bewegen mee te doen, de gemeente Amsterdam over de brug te krijgen en de Hervormde Vereniging zover te krijgen dat ze ruim het dubbele zou gaan bijdragen.

Ook nu bleven de diaconieën in de randgemeenten echter ongeïnteresseerd, zodat veel afhing van de medewerking van de gemeente Amsterdam, de collega-instellingen in Amsterdam en de eigen hervormde vereniging.

#### *De gemeente Amsterdam*

De gemeente zette nu de deur op een kier, waardoor ze een belangrijke rol zou kunnen spelen in de uitvoering van het plan. Zoals gezegd was door Querido verdergaande samenwerking met andere Amsterdamse instellingen op het terrein van de geestelijke volksgezondheid gesuggereerd. Dat was niet zomaar een vriendelijke tip geweest. Querido had aan de initiatiefnemers duidelijk laten merken dat hij zelf een hervormde (of andere confessionele) organisatie voor geestelijke volksgezondheid in Amsterdam

liever zag gaan dan komen. Anderzijds ging Querido er zekerheidshalve ook van uit dat de hervormde plannen, gezien de kracht van het verzuilingsstreven, toch niet tegen te houden waren. Ook dat liet hij de initiatiefnemers weten. Door nu aan een gemeentelijke subsidie de voorwaarde te verbinden dat deze via de reeds bestaande instellingen aan de hervormde stichting zou worden uitgekeerd, hoopte hij de hervormde instelling als het ware op te kunnen splitsen in verlengstukken van de bestaande instellingen.

### *De collega-instellingen*

De samenwerking met andere instellingen in Amsterdam was uiteindelijk niet gezocht, noch door de hervormde initiatiefnemers, noch door die andere instellingen, maar afgedwongen door de gemeentelijke overheid. Voor de hervormde initiatiefnemers leverde dit naast de financiële barrières een nieuw probleem op: men moest geaccepteerd zien te worden door de andere Amsterdamse instellingen, om vervolgens weer zo snel mogelijk zelfstandig te kunnen gaan opereren, althans voor die onderdelen die in het oorspronkelijke ontwerp van de geïntegreerde (hervormde) organisatie voor de geestelijke volksgezondheid centraal stonden.

Door deze bedoeling te verzwijgen konden afspraken over een samenwerking worden gemaakt. Daarbij moest het oorspronkelijke voorstel van Querido voor de voor- en nazorg geaccepteerd worden, bij het Medisch Opvoedkundig Bureau werden hervormde patiëntjes door een daar gedetacheerde hervormde zenuwarts en psychiatrisch sociaal werkster behandeld, terwijl een vergelijkbare overeenkomst met het Instituut voor Medische Psychologie werd gesloten.<sup>71</sup>

### *De Hervormde Vereniging*

Tenslotte was er dan nog het bedrag van f 17.800,- op de afgeslankte begroting, waarvoor een beroep op de eigen Hervormde Vereniging werd gedaan. Dat dit geen gemakkelijke opgave zou worden, was Du Boeuff en Dercksen inmiddels wel duidelijk geworden. Niet alleen de omvang van het gevraagde bedrag vormde een probleem, maar ook het feit dat men binnen de vereniging niet onverdeeld gelukkig was met de uitwerking die het plan had gekregen. Weliswaar kwam men niet terug op de eerdere toezegging, maar het bestuur van de vereniging stond in meerderheid zeer kritisch tegenover een verhoging van dit bedrag. De reden daarvoor was de groeiende twijfel over het belang dat de Amersfoortse inrichtingen bij de nieuwe hervormde organisatie voor geestelijke volksgezondheid in Amsterdam zouden hebben. Het directe belang van de vereniging was immers in de eerste plaats gelegen bij de opnamekliniek en de voor- en nazorgdienst. Door het niet doorgaan van de kliniek kwam ook de voor- en nazorg in de lucht te hangen. Het werd daarom vooralsnog meer voor de hand liggend gevonden, dat een Amersfoortse arts bij de GG en GD zou worden gedetacheerd, in plaats van een zenuwarts van de nieuwe hervormde organisatie. Veel vertrouwen bleek er binnen de vereniging niet te bestaan in de centrale functie van het Bureau voor Levens- en Gezinsmoeilijkheden. Bovendien vond men dat, gezien deze functie, de Nederlands Hervormde kerkgemeenten in Amsterdam en omstreken maar meer over de brug moesten komen.

In een kritische nota van de waarnemend penningmeester van het bestuur van de Hervormde Vereniging, die getuige de aantekeningen in de kantlijn door Dercksen

als een dolksteek in de rug werd ervaren, werd op deze gronden geconcludeerd, dat het niet in het belang van de vereniging was om in dit project meer te investeren.<sup>72</sup>

Het was naar aanleiding hiervan dat Du Boeuff en Dercksen de inmiddels besproken principiële en economische argumenten voor het plan op tafel legden, maar zelfs deze konden het bestuur van de vereniging niet volledig overtuigen.<sup>73</sup>

Met name de indirecte relatie tussen de hervormde voor- en nazorgdienst, die aangehaakt zou worden bij de GG en GD, en de Amersfoortse inrichtingen bleef bezwaren ontmoeten. Deze moeilijkheid werd tenslotte opgelost door een compromis: de zenuwarts-directeur van de nieuwe organisatie in Amsterdam zou in ieder geval aangetrokken moeten worden uit de Amersfoortse staf. Hij zou in het bijzonder belast moeten worden met het voor- en nazorgwerk en het Bureau voor Levens- en Gezinsmoeilijkheden (dit laatste in verband met de voorgespiegelde 'vangnetconstructie' voor Amsterdamse hervormde patiënten, die voor opneming in aanmerking zouden kunnen komen). Dercksen trok hieruit de consequentie zichzelf voor deze functie aan te bieden. Bovendien werd afgesproken dat de zenuwartsen-psychotherapeuten van de nieuwe organisatie eveneens uit de Amersfoortse inrichtingen gehaald zouden worden.<sup>74</sup> Op basis hiervan was de Hervormde Vereniging uiteindelijk bereid een hogere bijdrage – maar niet het totaal begrote bedrag – voor de opbouw van de nieuwe instelling ter beschikking te stellen. Daarmee was de oprichting mogelijk geworden.

#### *10. De Hervormde Stichting voor Geestelijke Volksgezondheid voor Amsterdam en Omgeving, 19 januari 1948*

Op 19 januari 1948 ging de *Hervormde Stichting voor Geestelijke Volksgezondheid voor Amsterdam en Omgeving* officieel van start met Dercksen als directeur-kwartiermaker, bijgestaan door Du Boeuff, die als psychiater-psychotherapeut aan de stichting verbonden was, en twee gediplomeerde verpleegkundigen.<sup>75</sup> Met dezelfde energie waarmee hij naar deze stichting had toegewerkt, zette Dercksen zich nu aan de opbouw ervan.

Het lukte hem al spoedig om van het dwingende patronaat van het Medisch Opvoedkundig Bureau en de instituten voor psychotherapie af te komen – vanaf 1950 ging de gemeentesubsidie voor het medisch-opvoedkundig werk en de psychotherapie rechtstreeks naar de hervormde stichting –, terwijl andere financieringsbronnen met succes werden aangeboord. Al was het geen vetpot, met behulp hiervan kon de opzet toch vrijwel geheel overeenkomstig het tweede plan worden ingevoerd.

Het Bureau voor Levens- en Gezinsmoeilijkheden (de afdeling persoonlijke en gezinsmoeilijkheden) begon al meteen na de oprichting te functioneren en ontwikkelde zich in de jaren daarna, overeenkomstig de bedoeling, tot de spil van de stichting. Het Medisch Opvoedkundig Bureau maakte zich al snel na de start los van het algemene bureau door, simpelweg, enkele hervormde medewerkers daarvan over te nemen. Eind 1952 was het Medisch Opvoedkundig Bureau uitgegroeid tot de grootste afdeling van de stichting, in mankracht en uitgaven gemeten.

De voor- en nazorg bleef een arbeidsintensieve maar kleine, onder de vleugels van de GG en GD opererende branche van de stichting, en hetzelfde was het geval met de ambulante psychotherapie, die in samenspraak met de beide Amsterdamse instituten bleef geschieden.

De organische samenwerking binnen de hervormde stichting kwam eveneens tot stand, door het wekelijks stafoverleg en door de uitwisseling van stafleden en methoden tussen de verschillende werksoorten. Zo participeerde de sociaal-psychiatrisch verpleegkundige te zamen met de psychiaters-psychotherapeuten in de voor- en nazorg, terwijl daar omgekeerd het *casework* werd geïntroduceerd door de psychiatrisch sociaal werkster. Deze vermenging van methoden en medewerkers gaf hier een extra impuls aan de verschuiving van nazorg naar voorzorg, met als onvermijdelijke consequentie dat, alle eerdere argumenten ten spijt, de afstand tussen de Amsterdamse stichting en de Amersfoortse inrichtingen steeds groter werd.<sup>76</sup>

De totstandkoming van de hervormde stichting nog eens overziende kan het volgende geconcludeerd worden.

De hervormde stichting was niet de eerste instelling voor de geestelijke volksgezondheid, waarin een combinatie van verschillende werksoorten werd betracht. Het was wel de eerste keer, dat de voor- en nazorg en het Medisch Opvoedkundig Bureau met een Bureau voor Levens- en Gezinsmoeilijkheden en voor ambulante psychotherapie in een apart hiervoor opgezette organisatie waren samengebracht.

Met het ferment van de levensbeschouwelijke inspiratie en de verzuilde concurrentiedrift had de hervormde stichting in Amsterdam twee lijnen samengevoegd in de praktijk van de hulpverlening, die tot op dat moment nog volledig van elkaar gescheiden waren: enerzijds de hooggespecialiseerde werksoorten, anderzijds de theoretische bespiegelingen, onder andere in het kader van de NFGV, over hun gezamenlijke bijdrage aan de geestelijke gezondheidszorg.

Dercksen liet het vervolgens niet bij het organisatorisch bijeenharken van wat voorheen gescheiden was. Die bundeling hield een verregaande integratie in, echter zonder de professionele opzet en werkwijze van de verschillende werksoorten geweld aan te doen.

Met de organisatorische versmelting van de volwassenen- en kinderezorg en de zorg voor 'zieken' en 'gezonden' trad Dercksen in het voetspoor van de eerste generatie Consultatiebureaus voor Geestelijke Volksgezondheid, met de specialisering sloot hij aan bij de tweede generatie naoorlogse provinciale instellingen, door de toevoeging van de andere werksoorten en de organische bundeling creëerde hij het begin van de derde en definitieve generatie: de Instelling voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg.

#### **d. Overname van het initiatief: de katholieke stichting in Amsterdam**

##### *1. Verschillende achtergrond, zelfde uitkomst*

Na de oorlog groeide de geestelijke gezondheidszorg uit tot een centraal thema van verzuilde katholieke actie. Landelijke structuren werden gecreëerd – de katholieke Centrale Vereniging (1948), het Centrum Katholieke MOB's (1949), de katholieke Nationale Commissie voor Huwelijksvoorlichting (1947) – waar inzichten werden uitgewisseld, beleidslijnen vastgesteld, bijscholing werd georganiseerd en initiatieven werden gestimuleerd en gecoördineerd. Dit viel weer samen met plaatselijke

ontwikkelingen, zoals in Amsterdam, waar de hervormde stichting zowel de ruimte voor katholieke initiatieven had geschapen als de weg had gewezen hoe daar inhoud aan te geven. Nu had men de kans om datgene te doen wat Kortenhorst in 1946 al had aangekondigd. Op 27 december 1950 werd de *Katholieke Stichting voor Geestelijke Volksgezondheid voor Amsterdam en Omgeving* opgericht en ere wie ere toekomt: 'Het is (...) de onvergankelijke verdienste van onze collega-directeur der Hervormde Stichting voor Geestelijke Volksgezondheid te Amsterdam, S.J.P. Dercksen, dat hij enige jaren geleden de moed heeft gehad om in deze stad, die als geen andere voorzieningen kende op het gebied der geestelijke volksgezondheid, een organisatie op te bouwen naast al min of meer geperfectioneerde instellingen'.<sup>77</sup> Leek de Katholieke Stichting voor Geestelijke Volksgezondheid in opzet en organisatie sterk op de hervormde stichting, de weg waarlangs ze tot stand was gekomen was een totaal andere. De oorsprong van de hervormde stichting lag bij de behoefte van de Hervormde Vereniging om in Amsterdam voet aan de grond te krijgen, met een opnamekliniek en een voor- en nazorgdienst. Via de in de vorige paragraaf besproken reeks van gebeurtenissen, kansen en afwegingen kwam hier uiteindelijk de zelfstandige hervormde instelling voor ambulante geestelijke gezondheidszorg uit te voorschijn.

De wortels van de katholieke stichting lagen daarentegen bij het katholieke jeugdwerk in Amsterdam.

De volgende ontwikkelingen daarbinnen markeerden de weg van dat jeugdwerk naar de stichting: de oprichting in 1918 van een Katholiek Bureau voor School- en Beroepskeuze als verbijzondering van het jeugdwerk, de oprichting in 1943 van een Katholiek Consultatiebureau voor Opvoedingsmoeilijkheden als onderafdeling van het beroepskeuzebureau, de financiële breuk in 1948 tussen deze twee bureaus enerzijds en het katholieke jeugdwerk anderzijds, de geleidelijke evolutie van het consultatiebureau tot een Medisch Opvoedkundig Bureau, de bestuurlijke nevenschikking van dit bureau en het beroepskeuzebureau, de noodzaak van een nieuwe organisatorische en financiële basis voor het Medisch Opvoedkundig Bureau, die tenslotte gevonden werd in een aparte, meerdere werksoorten omvattende Katholieke Stichting voor Geestelijke Volksgezondheid. Hieronder worden de keuzemomenten in dit proces nader geanalyseerd.

Na de oorlog groeide het katholieke jeugdwerk uit tot een brede jeugdbeweging, waarin noch de beroepskeuzeadvisering, noch de hulp bij opvoedingsmoeilijkheden meer paste. Het eerstgenoemde bureau ontwikkelde zich tot een Katholiek Bureau voor School- en Beroepskeuze, terwijl het Consultatiebureau voor Opvoedingsmoeilijkheden zijn bestuurlijk ondergeschikte positie verruilde voor een nevenschikkende status, gepaard gaande met een verdere specialisatie van de werkzaamheden.

Financieel profiteerden beide bureaus echter nog steeds van de verbondenheid met het jeugdwerk: het hoofdstedelijke katholieke jeugdbureau gaf een deel van de ontvangen subsidies aan de bureaus door. De katholieke jeugdorganisaties manifesteerden zich echter steeds nadrukkelijker als de enig rechthebbenden op deze subsidies, met als gevolg dat de financiering van het Bureau voor School- en Beroepskeuze en het consultatiebureau uit deze bron verminderde, en in 1948 definitief gestaakt werd.



Dit mocht op grond van hun specialisatie gerechtvaardigd lijken, financieel bleven beide bureaus verweesd achter. Het gevolg was dat salarissen niet meer op tijd konden worden uitgekeerd en mede daardoor verwaterde het werk tot een niveau dat door de besturen niet meer verantwoord werd geacht.<sup>78</sup>

Deze kritieke situatie dwong de besturen van het Bureau voor School- en Beroepskeuze en het Consultatiebureau voor Opvoedingsmoeilijkheden begin 1950 tot een fundamentele bezinning op de overlevingskansen. De voorzitter van de katholieke Centrale Vereniging, Buytendijk, werd te hulp geroepen en op zijn advies werd daarop een plan opgesteld voor een meerdere werksoorten omvattende katholieke organisatie voor de geestelijke volksgezondheid in Amsterdam. Voor de opstelling daarvan werd de katholieke psychiater M.L.J. Vaessen uitgenodigd.<sup>79</sup>

In oktober 1950 kreeg Vaessen de opdracht en in december van datzelfde jaar kwam hij al met een ontwerp voor een breed opgezette Katholieke Stichting voor Geestelijke Volksgezondheid, bestaande uit 5 afdelingen.

De stichting omvatte allereerst, uiteraard, een Medisch Opvoedkundig Bureau en een psychotechnisch Bureau voor School- en Beroepskeuze, waarmee de twee opdrachtgevers onder de pannen zouden zijn; vervolgens een voor- en nazorgdienst, een dienst voor de voor- en nazorg ten behoeve van het Buitengewoon Lager Onderwijs en een, wat toen nog genoemd werd Bureau voor Levens-, Huwelijks- en Gezinsmoeilijkheden. Over een afdeling voor ambulante psychotherapie werd in het plan niet gerept. Naast deze bureaus zouden er aan de stichting ook een commissie voor de geestelijke volksgezondheid op scholen en in internaten verbonden moeten worden, een studiecentrum en een preventieafdeling die o.a. cursussen en voordrachten zou moeten verzorgen. De kosten van deze organisatie calculeerde Vaessen op circa f 100.000,- per jaar.<sup>80</sup>

Week dit eerste ontwerp voor een katholieke geestelijke gezondheidszorg nogal af van de opzet van de hervormde stichting, de route die na de indiening van het plan werd afgelegd, verkleinde dit verschil aanzienlijk.

De geschatte exploitatie was volstrekt onhaalbaar en er werd naar prioriteiten gezocht. Dat leidde tot het besluit een Katholieke Stichting voor Geestelijke Volksgezondheid op te richten met slechts drie afdelingen: 1. een Medisch Opvoedkundig Bureau, 2. een voor- en nazorgdienst voor volwassen geesteszieken en het Buitengewoon Lager Onderwijs en 3. een Bureau voor Levens-, Huwelijks- en Gezinsmoeilijkheden. Niet alleen waren de commissies en het studiecentrum uit het plan Vaessen geschrapt, ook het psychotechnisch Bureau voor School- en Beroepskeuze was in het afwegingsproces gesneuveld.

Uiteindelijk werd begonnen met het Consultatiebureau voor Opvoedingsmoeilijkheden, dat daartoe werd overgeheveld naar de nieuwe stichting, die eind 1950 werd opgericht.<sup>81</sup>

## *2. De Katholieke Stichting voor Geestelijke Volksgezondheid voor Amsterdam en Omgeving, 27 december 1950*

De eerste zorg van de nieuwe stichting, die officieel op 27 december 1950 van start ging, was het vinden van een psychiater-directeur en voldoende financiën om de voorgenomen opzet te realiseren.

Nadat een eerste financiële basis was gevonden, werd C.J.B.J. Trimbos uit Utrecht, die al vanaf juni 1951 de stichting tijdelijk uit de nood had geholpen, aangesteld.<sup>82</sup> Hij trad officieel in dienst als psychiater-directeur op 15 december 1951, waarna de opbouw van de nieuwe stichting daadwerkelijk ter hand werd genomen.<sup>83</sup>

Het katholieke initiatief volgde met de wijzigingen die in het oorspronkelijke plan werden aangebracht dus niet alleen de hervormde stichting op de voet, ook de aanstelling van een psychiater-directeur als kwartiermaker voor de nieuwe instelling vertoonde grote gelijkenis met de hervormde strategie. Trimbos begon met de ombouw van het aanwezige consultatiebureau tot Medisch Opvoedkundig Bureau. De gemeente Amsterdam (lees: Querido) stelde als subsidie-eis het lidmaatschap van de Nederlandse Federatie van MOB's, dat op 1 januari 1953 verkregen werd; deze eis werd elders niet gesteld, zodat dit het enige katholieke lid van de Federatie bleef. Daarnaast richtte de aandacht zich op de tweede speerpunt van katholieke geestelijke gezondheidszorg, de huwelijksvoorlichting. Hiervoor werd eveneens gebruik gemaakt van een bestaande katholieke voorziening, het Amsterdamse Bureau voor Huwelijksvoorlichting. In de loop van 1952 werd dit bureau naar de stichting overgeheveld en omgebouwd tot het eerder besproken Bureau voor Huwelijksaangelegenheden, in welk kader de directeur ook individuele psychotherapie ging verschaffen. Als element van de psychiatrische voor- en nazorg werd ook de sociaal-pedagogische zorg ter hand genomen, terwijl een begin werd gemaakt met de preventieafdeling uit het plan Vaessen.<sup>84</sup>

Hierdoor, en door de organische samenwerking die ook hier plaatsvond, vertoonde de katholieke stichting eind 1952 een hoge mate van overeenkomst met de hervormde stichting. Dit weerspiegelde zich in de opzet, de organisatie, de stafsamenstelling en zelfs in de omvang van de staf: 12 medewerkers, afgezien van de 7 artsen die voor enkele uren per maand aan het Bureau voor Huwelijksaangelegenheden verbonden waren.<sup>85</sup>

Het verschil in achtergrond en inbedding in de betreffende zuil zorgde ervoor dat er een (gradueel) verschil optrad tussen de katholieke stichting en de hervormde stichting. Hoewel de psychiatrische voor- en nazorg in de katholieke stichting niet helemaal ontbrak, nam deze in het totaal van de werkzaamheden een wel zéér ondergeschikte plaats in. Dit verschijnsel troffen we ook aan bij de provinciale katholieke Consultatiebureaus voor Geestelijke Volksgezondheid. Daar speelden de katholieke kruisverenigingen met hun primaire belangstelling voor de kinderhygiëne een sterk gezichtsbepalende rol, in Amsterdam was dat het katholieke jeugdwerk, het daaruit voortgekomen Consultatiebureau voor Opvoedingsmoeilijkheden en het daaraan gekoppelde katholieke Bureau voor Huwelijksvoorlichting.

Uit deze ingrediënten kwam een instelling voor ambulante geestelijke gezondheidszorg tot stand, die nog verder van het psychiatrische bedrijf af stond dan de hervormde stichting in Amsterdam.

#### **e. Integratie en differentiatie**

Ondanks het ontbreken van landelijke afspraken waren er in 1953 toch 15 provinciale en plaatselijke instellingen voor geestelijke volksgezondheid, die in totaal zo'n 40

bureaus onderhielden, waarin meerdere werksoorten op enigerlei wijze gebundeld werden.<sup>86</sup>

Sinds 1953 nam het aantal geïntegreerde instellingen verder toe, maar deze groei hield geen gelijke tred met de groei van het aantal instellingen die zich toelegden op één werksoort, katholieke instellingen niet uitgezonderd.<sup>87</sup> Samenwerking van instellingen was er wel, maar die concentreerde zich voornamelijk op het landelijke overleg rond één werksoort. Instellingen werkten samen in organisaties naar het model van de Nederlandse Federatie van MOB's en de contactcommissies die er voor werksoorten tot stand kwamen. De overheid volgde met haar subsidiebeleid deze hoofdstroom in de ontwikkeling, wat er zelfs toe leidde dat de geïntegreerde instellingen gedwongen werden om de verschillende werksoorten die ze bundelden, (administratief) goed gescheiden te houden en zich ook bij de verschillende functionele toporganen aan te sluiten.

Toch viel de geestelijke gezondheidszorg hierdoor niet uit elkaar. Afgezien van nog onopgeloste vragen over de buitengrenzen – hoorden de alcoholismebureaus nu wel of niet bij de geestelijke gezondheidszorg, waar dienden de sociaal-pedagogische zorg en de school- en beroepsadvisering geplaatst te worden? – bestond er een grote mate van overeenstemming dat de werksoorten die door de hervormde en katholieke stichtingen in Amsterdam gebundeld werden, er in ieder geval toe behoorden.

Deze *externe differentiatie* van ambulante geestelijke gezondheidszorg in het totale hulpverleningsveld veranderde sindsdien nauwelijks meer, al werd dit niet dogetrokken naar een interne integratie. Integendeel: de *interne differentiatie* van werksoorten binnen dit veld werd aanvankelijk steeds groter. Deze differentiatiebeweging riep op haar beurt echter ook weer als tegenkracht de ordeningsbehoefte op, waarvoor het model al beschikbaar was in de opzet en organisatie van de Hervormde Stichting voor Geestelijke Volksgezondheid in Amsterdam.



## DEEL III

De periode 1952-1964



## I. De landelijke bovenbouw

Dercksen kon moeilijk zijn teleurstelling verbergen over het uitblijven van maatschappelijke erkenning van het hulpverleningsconcept, waar hij zo voor had gevochten. Dat de ontwikkeling de andere kant op ging (nadruk op de afzonderlijke werksoorten), was nog tot daaraan toe. Ook hij had zo zijn twijfels over de betekenis van het Bureau voor Levens- en Gezinsmoeilijkheden, maar dat de landelijke Hervormde Vereniging voor Geestelijke Volksgezondheid niet van zins en/of bij machte was om de motor van een samenhangende protestantse geestelijke gezondheidszorg te worden, stemde hem bitter.<sup>1</sup>

Nog afgezien van de meningsverschillen tussen de verschillende protestantse stromingen en de gedecentraliseerde kerkelijke structuur, was er bij de twee machtige landelijke protestantse organisaties van psychiatrische inrichtingen, de diaconieën met hun voorkeur voor de relatief weinig geprofessionaliseerde gezinszorg en de nog in opbouw verkerende protestantse kruisorganisatie, kennelijk weinig interesse voor een aparte landelijke protestantse *bovenbouw* ten behoeve van een *benedenbouw* van een geïntegreerde *ambulante* geestelijke gezondheidszorg.<sup>2</sup>

De factoren die in protestantse kring zo'n belemmerende rol speelden voor de totstandkoming van een eigen aparte landelijke structuur voor de geestelijke gezondheidszorg, werkten in katholieke kring juist als stimulantia: een redelijke mate van eengezindheid, een gecentraliseerde kerkelijke structuur, een consequente afzijdigheid van katholieke instellingen op plaatselijk niveau van andersgezinde initiatieven, een nog steeds zwakke landelijke organisatie van psychiatrische inrichtingen, een krachtige organisatie voor de maatschappelijke gezondheidszorg en een grote interesse in ambulante geestelijke gezondheidszorg.

Voor de één als middel om het katholieke volksdeel te voorzien van professionele hulp, voor de ander nog steeds een veelbelovend instrument om de traditionele katholieke waarden rond huwelijk en gezin te beschermen, bleek de ambulante geestelijke gezondheidszorg uiteenlopende belangen te kunnen verbinden tot stimuleren, steunen of in ieder geval niet tegenwerken van een aparte katholieke geestelijke gezondheidszorg.

Weliswaar groepeerden ook de katholieke inspanningen zich langs de lijnen van de afzonderlijke werksoorten – naast de in 1948 tot katholieke Centrale Vereniging omgebouwde Charitatieve Vereniging ontstonden katholieke landelijke verbanden voor de Medisch Opvoedkundige Bureaus (1948), de Bureaus voor Huwelijksvoorlichting respectievelijk Huwelijksaangelegenheden (1947) en later ook voor Alcoholistenbureaus (1953) en voor- en nazorgdiensten (1959) –, maar deze verkokering werd gecorrigeerd door het verzuilde verband waarvan ze alle deel uitmaakten.

Het ging uiteindelijk om de modernisering van de katholieke geestelijke gezondheidszorg en niet om de creatie van op zichzelf staande werksoorten.

Om binnen het grotere verband van de katholieke zuil het werkgebied van de geestelijke gezondheidszorg beter te kunnen ontginnen, werd in 1952 een specifieke landelijke beleids- en ondersteuningsstructuur geschapen.



## 2. De lijnen komen weer bij elkaar: het Katholiek Nationaal Bureau voor Geestelijke Gezondheidszorg

Na de oorlog werd door de Charitatieve Vereniging, sinds 1949 de katholieke Centrale Vereniging, een grotere afstand genomen tot het uitvoerend werk. De katholieke Centrale Vereniging vervulde weliswaar een belangrijke taak binnen het katholieke volksdeel door in brede kring belangstelling voor de geestelijke volksgezondheid te wekken, maar de structuur en werkwijze van deze vereniging boden toch niet de mogelijkheden om te voorzien in de groeiende behoefte aan coördinatie en stimulering van de voorzieningen op dit gebied.

De Nationale Federatie Het Wit-Gele Kruis bood hiertoe in beginsel wèl de mogelijkheden, maar het nadeel van deze organisatie was de geringe affiniteit met het zich na de oorlog in snel tempo specialiserende terrein van de geestelijke gezondheidszorg.

Het was de katholieke Centrale Vereniging, die zich ging toeleggen op de totstandkoming van een specifiek op de geestelijke gezondheidszorg afgestemde landelijke ondersteuningsstructuur. Dit streven leidde allereerst tot de oprichting van het Centrum Katholieke MOB's in 1949, als de gezamenlijke werkmaatschappij van de Nationale Federatie Het Wit-Gele Kruis en de katholieke Centrale Vereniging voor de opbouw van een katholieke geestelijke gezondheidszorg.

Het Medisch Opvoedkundig Bureau, met zijn typische gerichtheid, opzet en werkwijze, moest vervolgens het gezicht van de gehele katholieke geestelijke gezondheidszorg gaan bepalen; een beleid dat expliciet in het Centrum Katholieke MOB's werd uitgestippeld.<sup>1</sup>

De hierop volgende reorganisatie van de katholieke geestelijke gezondheidszorg liet de opzet van het Centrum zelf evenmin onberoerd. In het bestuur van het Centrum voltrok zich het spiegelproces van de ontwikkelingen in het katholieke veld van de geestelijke gezondheidszorg, ontwikkelingen die, zoals we hiervóór zagen (zie II, 5c) eerst vanuit het Centrum waren geëntameerd.

Het eerste bestuur van het Centrum was statutair nog geheel benoemd door de Nationale Federatie Het Wit-Gele Kruis als landelijke bovenbouw van de meeste consultatiebureaus. Naarmate de band van deze bureaus met het kruiswerk losser werd, werd deze structuur ook minder adequaat. In 1951 leidde dit tot een statutenwijziging met als resultaat: minder invloed van het Wit-Gele Kruis en meer invloed van de Medisch Opvoedkundige Bureaus.<sup>2</sup>

Dit gereorganiseerde Centrum Katholieke MOB's ging vervolgens als bruggehoofd fungeren voor een, in principe alle katholieke voorzieningen voor geestelijke gezondheidszorg omvattende, landelijke organisatie.

De verzuilde 'achterstandsargumentatie' die hiervoor moest worden gebruikt, werd gevonden bij de Nationale Federatie voor de Geestelijke Volksgezondheid. Voorgesteld werd dat de NFGV zou gaan fungeren als landelijke koepel van verzuilde organi-

saties voor geestelijke gezondheid. De nieuw te vormen landelijke katholieke organisatie zou daarin de katholieke instellingen vertegenwoordigen naast vergelijkbare, nog op te zetten protestantse en algemene organisaties.<sup>3</sup>

De onderhandelingen over een en ander werden door de katholieke Centrale Vereniging begin 1950 begonnen met de kerkelijke organisaties, de Nationale Federatie Het Wit-Gele Kruis, de katholieke Artsenvereniging en de katholieke Vereniging van Gestichtsartsen.<sup>4</sup>

Gemakkelijk te overtuigen waren deze partners in de zuil aanvankelijk niet. Niet alleen onwennigheid en twijfels over de zinvolheid speelden hierbij een rol, maar ook de gehechtheid aan posities en invloeden die geheel of gedeeltelijk zouden moeten worden prijsgegeven.

Het lukte al vrij snel om de kerkelijke leiders voor het idee te interesseren, waarmee vervolgens de weerstanden bij het Wit-Gele Kruis konden worden weggewerkt.

Weliswaar had de Nationale Federatie Het Wit-Gele Kruis al eerder medewerking verleend aan de totstandkoming van het Centrum Katholieke MOB's, maar dat gebeurde met het idee dat het slechts een kwestie van 'satellietvorming' was en niet het begin van een definitieve organisatorische scheiding. De ontwikkelingsgang die het Centrum Katholieke MOB's daarna doormaakte én de behoefte die er bestond om hoe dan ook een katholieke pendant van de NFGV te creëren, maakte dat de Nationale Federatie Het Wit-Gele Kruis uiteindelijk medewerking ging verlenen.

De lijn die met de vorming van het Centrum Katholieke MOB's was ingeslagen, en die neerkwam op het loslaten van de geestelijke gezondheidszorg door de kruisvereniging, werd doorgetrokken. Overigens werd deze losmaking vergemakkelijkt door de toevallige omstandigheid van een groeiende tegenstelling tussen De Vreeze, de toenmalige eerste algemeen secretaris van de Nationale Federatie Het Wit-Gele Kruis, en Bartels, de tweede algemeen secretaris. De hieruit voortvloeiende spanningen konden eenvoudigweg opgelost worden door de overstap van Bartels naar een aparte organisatie ten behoeve van de geestelijke gezondheidszorg.<sup>5</sup>

Daarmee schaarde de Nationale Federatie Het Wit-Gele Kruis zich naast de katholieke Centrale Vereniging als drager van het initiatief en te zamen trokken ze de andere partners over de streep.

Op 21 april 1952 kon de vereniging het *Katholiek Nationaal Bureau voor Geestelijke Gezondheidszorg* (verder: het KNBGG) worden opgericht als zelfstandig service-instituut voor 14 katholieke organisaties van inrichtingen en ambulante voorzieningen.<sup>6</sup>

Voorzitter van het bestuur werd Buytendijk, waarmee het contact met de katholieke Centrale Vereniging was zeker gesteld, Bartels werd secretaris-directeur en Trimbos, die al actief was in het Centrum Katholieke MOB's, werd in de loop van 1953 tot psychiatrisch adviseur van het bureau benoemd.<sup>7</sup>

Was in de naam van het bureau al tot uiting gebracht dat het om een landelijke bovenbouw voor de katholieke geestelijke *gezondheidszorg* te doen was – voor de geestelijke *volksgezondheid* was er de katholieke Centrale Vereniging<sup>8</sup> – in de opzet van het bureau komt naar voren wat men zich bij die zorg voorstelde. Net als de NFGV omvatte het KNBGG formeel de gehele geestelijke gezondheidszorg, klinische zowel als ambulante voorzieningen, maar ook hier ging het materieel vooral om het laatste. De katholieke inrichtingen beschikten niet over een stevige landelijke organisatie van inrichtingen, maar de verbindingen die ze hadden, speelden zich in hoofdzaak

buiten het KNBGG af.

Ook van de NFGV afgekeken was de bijzondere aandacht voor enkele werksoorten. Wat in de NFGV de contactcommissies voor de Bureaus voor Levens- en Gezinsmoeilijkheden, de Medisch Opvoedkundige Bureaus en de Alcoholistenbureaus waren, waren in het KNBGG de katholieke Nationale Commissie voor Huwelijksvoorlichting, het Centrum Katholieke MOB's, het Centrum Katholieke Alcoholistenbureaus en het later daaraan toegevoegde Centrum katholieke voor- en nazorgdiensten. En zoals de contactcommissies van de NFGV met elkaar verbonden waren door het secretariaat van Lekkerkerker, zo gebeurde dat in het KNBGG door het secretariaat dat Bartels voor al deze takken vervulde.<sup>9</sup> Daar hield de gelijkenis met de NFGV overigens wel mee op.

De NFGV had de bevoegdheden noch de ambities om méér voor deze werksoorten te bieden dan een forum voor onderling overleg en voor de vaststelling van het gezamenlijke beleid ten opzichte van de subsidiënten.<sup>10</sup> Het KNBGG kon en wilde veel verder gaan. Het bundelde verschillende werksoorten die alle behoorden tot één levensbeschouwelijke stroming. Uitgaande van een verzuilde geestelijk gezondheidszorg, zoals in Amsterdam beproefd, leidde dit logischerwijze tot de gedachte om de verbreiding van de katholieke geestelijke gezondheidszorg in de praktijk ook via dergelijke geïntegreerde instellingen te doen plaatsvinden.<sup>11</sup> Daarmee was het beleid gegeven: 'Naarmate we nu de Medisch Opvoedkundige Bureaus, de Medische Alcoholistenbureaus, de Bureaus voor Huwelijksaangelegenheden, de voor- en nazorgdiensten en andere zich zien ontwikkelen, groeit onze overtuiging dat – met het oog op de toekomst – reeds nu ernstig moet worden gestreefd naar een nauwe samenwerking tussen al deze voorzieningen. Dus ideaal is om voor de toekomst te bereiken, dat die samenwerking zodanig wordt, dat we kunnen gaan spreken van over het gehele land verspreide katholieke diensten voor de geestelijke gezondheidszorg'.<sup>12</sup> Dit ideaal werd sindsdien zeer krachtig door de tandem Bartels–Trimbos nagestreefd.

### 3. De weg naar de RIAGG

Het was Trimbos die in 1959 alle ingrediënten en argumenten voor een geïntegreerde Instelling voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg samenbracht in zijn omvangrijke studie, *Geestelijke gezondheidsleer en geestelijke gezondheidszorg*.<sup>1</sup> Met een expliciete verwijzing naar de hervormde stichting van Dercksen werkte hij het concept van de particuliere Instelling voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg uit voor toepassing in het hele land.<sup>2</sup>

Naast een preventie-afdeling rekende Trimbos tot een dergelijke instelling, in deze volgorde: het Medisch Opvoedkundig Bureau, het Bureau voor Huwelijks- en Gezinsangelegenheden, de voor- en nazorgdienst en het Instituut voor Psychotherapie. Voornamelijk om praktische redenen noemde Trimbos in dit verband ook de sociaal-pedagogische zorg en de alcoholistenzorg, voorzieningen die volgens hem weliswaar thuishoorden in categoriale circuits, maar die desondanks in de praktijk vaak in het kader van de geestelijke gezondheidszorg werden uitgevoerd.<sup>3</sup>

Trimbos voorzag deze particuliere regionale instelling van een specifieke doelstelling, methode en organisatie. Als *doel* zag hij het verlichten of verhelpen van psychische stoornissen, hetgeen zowel preventie als curatie omvatte.<sup>4</sup> Hij zette zich hiermee af tegen de benadering van Querido<sup>5</sup> en Barnhoorn,<sup>6</sup> die beiden vanuit hun ervaringen met de gemeentelijke Sociaal Psychiatrische Diensten pleitten voor een ordening van de geestelijke gezondheidszorg op basis van de tegenstelling ziek – gezond. Trimbos' concept omvatte beide in één instelling.<sup>7</sup>

De specifieke *methode* van de door hem gepropageerde geestelijke gezondheidszorg berustte op het teamspecialisme, zoals dit in het kader van het Medisch Opvoedkundig Bureau was ontwikkeld. Ook de andere onderdelen van de geestelijke gezondheidszorg zouden deze methode volgens hem dienen toe te passen.<sup>8</sup>

Tenslotte gaf Trimbos de instelling een aparte plaats in het geheel van de hulpverlening, niet alleen als een specifieke voorziening voor geestelijke gezondheidszorg met een eigen rechtspersoon, lokatie, directeur, financiering en dergelijke, maar ook als een *particuliere* instelling.

Met de inmiddels bekende argumenten betoogde hij dat hier geen taak voor de overheid lag, anders dan het ondersteunen, coördineren en controleren van de particuliere werkzaamheid.<sup>9</sup> Ook hiermee zette hij zich af tegen de benadering van Barnhoorn en Querido, die hun gemeentelijke dienst als uitgangspunt namen voor bespiegelingen over de organisatie van de gehele geestelijke gezondheidszorg. Trimbos zette hier het model van de Amsterdamse Hervormde Stichting tegenover, waarbij hij erop kon wijzen dat dit model, weliswaar in allerlei variaties, toch steeds meer het beeld van de ambulante geestelijke gezondheidszorg in Nederland bepaalde, hetgeen niet gezegd kon worden van de 'openbare geestelijke gezondheidszorg'.<sup>10</sup>

Bartels borduurde hierop voort, onder andere tijdens het Congres voor Openbare Gezondheidsregeling in oktober 1960, dat geheel aan 'de geestelijke gezondheid van ons volk' was gewijd. Nog steeds verwijzend naar het voorbeeld van de Hervormde Stichting in Amsterdam bepleitte Bartels een rayongewijze bundeling in particuliere instellingen van de ambulante werksoorten die Trimbos daarvoor in zijn studie had aangewezen.<sup>11</sup>

Deze door Trimbos en Bartels gepropageerde benadering kreeg steeds meer de betekenis van het vanzelfsprekende alternatief voor de wirwar van bestaande instellingen, naarmate de particuliere organisaties verder het arbeidsterrein van de geestelijke gezondheidszorg binnendrongen, de zes gemeentelijke diensten tot niet meer dan gezaghebbende enclaves reducerend.<sup>12</sup>

Ook de overstap naar de *algemene toepassing* van dit alternatief werd in het midden van de jaren zestig door het KNBGG gemaakt: het sluitstuk van de verzuilde opbouw van dit deel van het maatschappelijke leven en het begin van een algemene, niet-verzuilde ordening.<sup>13</sup>

Alle inzichten, ervaringen en praktijkvoorbeelden van de katholieke geestelijke gezondheidszorg werden nog eenmaal door het KNBGG gekapitaliseerd in het plan dat in juni 1964 werd gelanceerd: 'Geestelijke gezondheidszorg. Stuctuur en organisatie'.<sup>14</sup> De verzuilde ordening werd in dit plan als ondoelmatig van de hand gewezen en voorgesteld werd nu om de vijf jaar eerder door Trimbos opgesomde werksoorten te bundelen in *algemene* Instellingen voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg per regio van 200.000 à 250.000 inwoners, met een aparte organisatie- en financieringsstructuur en een eigen bestuurlijke bovenbouw.<sup>15</sup>

Met dit plan was het Katholiek Nationaal Bureau uiteindelijk weer bij de kern van de twintig jaar eerder door Kat voorgestelde structuur uitgekomen, nu echter zonder de toen voorgestelde samenhang met het inrichtingswezen. Dat was mogelijk geworden, omdat de drie toen aanwezige barrières nu, althans in beginsel, waren opgeruimd.

1. Direct na de oorlog verwierpen de verzuilde particuliere organisaties het plan van Kat, vanwege de ondergeschikte plaats die ze daarin toebedeeld kregen en de geringe ruimte voor een eigen beleid. Met name de katholieke organisaties stonden te trappelen van ongeduld om dit deel van het maatschappelijk leven voor het eigen volksdeel in te richten.

In 1964 was vrijwel het gehele arbeidsterrein van de ambulante geestelijke gezondheidszorg in handen van de particuliere sector terechtgekomen. Een openbare geestelijke gezondheidszorg had in Nederland geen wortel geschoten; aan de zes gemeentelijke diensten van begin jaren veertig was er geen enkele meer toegevoegd. Openbare Districtsgezondheidsdiensten voor de Geestelijke Gezondheidszorg waren in het geheel niet tot stand gekomen.<sup>16</sup> Buiten de grote steden ging het in de geestelijke gezondheidszorg alleen om particuliere organisaties en dat bood een basis voor regionalisatie na de geleidelijke verdwijning van de verzuiling; het probleem van de relatie tussen overheid en particulier initiatief speelde hier immers niet, in tegenstelling tot bijvoorbeeld de maatschappelijke gezondheidszorg.

2. In 1945 bestond er nog geen geïntegreerd Streekconsultatiebureau voor Geestelijke Volksgezondheid, zodat de door Kat voorgestelde bundeling onder verwijzing naar de specifieke eisen en karakteristieken van de afzonderlijke werksoorten ge-

makkelijk verworpen kon worden. In 1964 konden de particuliere organisaties op gezaghebbende eigen voorbeelden van bundelingen wijzen.

3. Tenslotte verdween Kats plan in 1945 van tafel, omdat er on- voldoende middelen en geschoolde mensen voor beschikbaar waren. In 1964 was het Medisch Opvoedkundig Bureau met in zijn kielzog het Bureau voor Levens- en Gezinsvragen de kern van de ambulante geestelijke gezondheidszorg geworden; deze bureaus bepaalden door hun uitstraling naar de andere werksoorten sterk de identiteit ervan. Het aantal instellingen, de beschikbaarheid van geschoolde beroepsbeoefenaren en het totaal aan uitgaven waren inmiddels zo groot geworden, dat ordening werkelijk zin had. Na twintig jaar verzuilde ontwikkeling van de ambulante geestelijke gezondheidszorg, waarop vooral de katholieken hun stempel hadden gedrukt, werd op deze wijze midden jaren zestig een boedel van voorzieningen aan de gemeenschap nagelaten, voor de verdere ordening waarvan het model min of meer vaststond: particuliere regionale organisaties voor ambulante geestelijke gezondheidszorg, door overheidssteun in stand te houden.

Op overrompelende wijze werd dit ordeningsmodel in 1964 in discussie gebracht. Het KNBGG verspreidde het organisatieplan in meer dan 2000 exemplaren,<sup>17</sup> het werd vervolgens besproken in vele tijdschriften,<sup>18</sup> het werd bestudeerd door de collegaverenigingen voor geestelijke volksgezondheid; hun commentaren op het plan werden in extenso afgedrukt in het *Maandblad voor de Geestelijke Volksgezondheid* met de motivering van de redactie dat het plan een *centre d'intérêt* was geworden.<sup>19</sup> De algemene ledenvergadering van de NFGV in 1965 werd in haar geheel aan het plan van het Katholiek Nationaal Bureau gewijd,<sup>20</sup> terwijl het verslag daarvan tenslotte weer in het *Maandblad* werd afgedrukt.<sup>21</sup>

De katholieke organisaties hadden dus niet slechts een belangrijke bijdrage aan de opbouw van de ambulante geestelijke gezondheidszorg in het kader van de verzuiling geleverd, op de beleidsvorming van deze zorg in de daarop volgende jaren drukten ze eveneens een belangrijk stempel. Het KNBGG had met zijn organisatieplan de discussie over de toekomstige structuur van de geestelijke gezondheidszorg een perspectief gegeven.

Uit de commentaren op dit plan werd overigens wel duidelijk dat dit perspectief nog lang niet door iedereen gedeeld werd. Een litanie van kanttekeningen, tegenwerpingen en kritiek werd over het plan uitgestort – maar er kwam géén aanvaardbaar alternatief. Alle ordeningsvoorstellen die daarna vervaardigd werden, vielen met al hun onderlinge verschillen in rubricering van werksoorten en organisatie modellen toch weer terug op de principes die in 1964 in het organisatieplan van het Katholiek Nationaal Bureau bij elkaar waren gezet,<sup>22</sup> niet vanwege dwingende inhoudelijke redenen, maar omdat de inmiddels gegroeide situatie geen reële basis meer bood voor een fundamenteel andere ordening.

## Samenvatting en slotbeschouwing

Wat heeft zich, voorafgaande aan het verschijnen van het organisatieplan van het Katholiek Nationaal Bureau voor Geestelijke Gezondheidszorg in 1964, op het terrein van de geestelijke volksgezondheid en geestelijke gezondheidszorg precies afgespeeld, en welke betekenis had dit voor de ambulante geestelijke gezondheidszorg zoals we die nu kennen? Zo luidde de vraag waarmee ik deze studie begonnen ben. Ter beantwoording van het eerste deel van de vraag is het beleid van de bij deze zorg betrokken organisaties, instanties, instellingen en personen in detail gereconstrueerd. Met behulp van tot nu toe onontsloten primaire bronnen was het mogelijk deze reconstructie niet te schrijven als een reeks van beleids*resultaten*, maar als een proces van beleids*vorming*, in feite zelfs als een samenstel van verschillende beleidsvormingsprocessen.

Aan het eind van het onderzoek gekomen, kan het antwoord op het tweede deel van de vraag geen ander zijn dan dat de ontwikkelingen die aan de lancering van het organisatieplan van het Katholiek Nationaal Bureau voorafgingen, bepalend zijn geweest voor de latere ambulante geestelijke gezondheidszorg en dus ook voor de RIAGG.

Uiteraard lag het aan het begin van de jaren zestig niet vast, dat de bundeling van vier ambulante werksoorten in particuliere regionale instellingen per se noodzakelijk was, of de enige mogelijkheid om de geestelijke gezondheidszorg te organiseren. Zo was het zeker niet ondenkbaar, dat de Sociaal Psychiatrische Diensten weer van de psychiatrische inrichtingen uit zouden gaan of onderdeel zouden worden van plaatselijke en provinciale overheidsdiensten; dat de Medisch Opvoedkundige Bureaus en de Bureaus voor Levens- en Gezinsvragen bij het maatschappelijk werk ondergebracht zouden worden, en dat de ambulante instituutpsychotherapie zich verder zou ontwikkelen als medisch-specialistische voorziening in het kader van het ziekenfonds – alternatieven die inderdaad allemaal de revue zijn gepasseerd.

Het onderzoek heeft echter laten zien, hoever deze alternatieven begin jaren zestig al buiten de hoofdstroom van het beleid waren geraakt onder invloed van:

- structurele factoren (de Krankzinnigenwet, de Armenwet, het Ziekenfondsbesluit, de relatie tussen de overheid en het particuliere initiatief, het verzuilde stelsel);
- ideële factoren (de opvattingen over de geestelijke volksgezondheid en de geestelijke gezondheidszorg);
- institutionele factoren (de organisaties, opleidingen, subsidieregelingen en inspectie die inmiddels voor de geestelijke volksgezondheid en geestelijke gezondheidszorg tot stand waren gekomen).

Het zijn vooral de *structurele* factoren geweest, die de hier genoemde alternatieven voor de Sociaal Psychiatrische Diensten en de ambulante instituutpsychotherapie vrijwel onmogelijk hebben gemaakt. Om tot een organisatorische verbinding van

sociale en klinische psychiatrie te komen, zou het uitgebreide stelsel van voor- en nazorgdiensten weer overgeheveld moeten worden en de psychiatrische inrichtingen geforceerd geregionaliseerd. Nog afgezien van de praktische onmogelijkheid om dit in het verzuilde stelsel door te voeren, zou dit ook een enorme kapitaalsvernietiging betekend hebben. Voor een openbare geestelijke gezondheidszorg (dat wil zeggen: Sociaal Psychiatrische Diensten onder regie van de gemeentelijke of provinciale overheden) was het maatschappelijk draagvlak begin jaren zestig geheel verdwenen. Eveneens was het toen al duidelijk, dat een benadering van de ambulante instituu-psychotherapie als medisch-specialistische voorziening zo niet op principiële, dan toch op praktische gronden geblokkeerd werd door het Ziekenfondsbesluit; een blokkade die door de Ziekenfondswet bevestigd werd.

Een eventuele overgang van het Medisch Opvoedkundig Bureau en het Bureau voor Levens- en Gezinsvragen naar het maatschappelijk werk was praktisch wel mogelijk geweest, maar hier waren het vooral de *ideële* en *institutionele* factoren, die in de weg stonden.

Het onderzoek heeft vervolgens ook de achtergronden blootgelegd van de opvallende cesuur tussen de sociale en klinische psychiatrie in de Nederlandse geestelijke gezondheidszorg. Later nog vaak verdedigd met behulp van humanitaire en therapeutische motieven en overwegingen van een evenwichtige machtsverdeling, was de scheiding tussen de psychiatrische voor- en nazorg enerzijds en de psychiatrische inrichting anderzijds al voltrokken vanwege *structurele* factoren, in het bijzonder de niet-geregionaliseerde opbouw van het inrichtingswezen.

Tenslotte is uit het onderzoek duidelijk geworden, waarom de psychiatrische voor- en nazorg de *verticale* relatie met de psychiatrische inrichting inruilde voor een *horizontale* relatie, eerst alleen met het Medisch Opvoedkundig Bureau en later ook met het Bureau voor Levens- en Gezinsvragen en de ambulante psychotherapie.

Aan de bundeling van deze in oorsprong zo totaal verschillende werksoorten lag aanvankelijk geen andere reden ten grondslag dan een overtuiging, uitgedragen door de beweging voor geestelijke volksgezondheid: de behandeling van geesteszieken, de preventie voor geestesziekten en de bevordering van geestelijke gezondheid zijn onderdeel van één geestelijke gezondheidszorg. Dit idee van samenhang was weer het produkt van de mengeling van uiteenlopende drijfveren, die in de beweging voor geestelijke volksgezondheid samenkwamen:

- emancipatorische motieven, gericht op de lotsverbetering van psychisch gestoorde en maatschappelijk kwetsbaren;
- ideologische opvattingen over de noodzaak van bescherming, respectievelijk aanpassing van het gedrag en het normbesef van individuen en groeperingen;
- therapeutisch optimisme over de mogelijkheden om psychische stoornissen en on-aangepast gedrag te voorkomen en te behandelen.

Bij de institutionele vertaling van dit idee speelde de *verzuiling* een prominente rol. Het was vooral in het kader van het verzuilde emancipatie- en moderniseringsstreven, dat dit idee sinds de jaren dertig werd uitgewerkt in de bundeling van de ambulante werksoorten (en geen andere) in particuliere (en geen overheids-) instellingen voor geestelijke volksgezondheid.

Juist de combinatie van de drie hiervoor genoemde drijfveren bood de aanknopingspunten voor confessioneel geïnspireerde acties. Niet de vorming van afzonderlijke



werksoorten stond hierbij voorop, maar de stichting van geïntegreerde instellingen voor geestelijke volksgezondheid, via welke de scala van voorzieningen, die in de algemene opvatting over de geestelijke volksgezondheid als preferabel naar voren kwam, aan de eigen bevolkingsgroep kon worden aangeboden. In deze geestelijke gezondheidszorg nam de Sociaal Psychiatrische Dienst begin jaren zestig niet (meer) de eerste plaats in, maar het Medisch Opvoedkundig Bureau en het in het kielzog daarvan oprukkende Bureau voor Levens- en Gezinsvragen, in welk verband ook de ambulante instituuropsychotherapie – niet als werksoort maar als methode – toepassing vond.

Nominaal bleef voor- en nazorg weliswaar een taak van de ambulante geestelijke gezondheidszorg, maar reëel had deze werkzaamheid een heel andere betekenis gekregen in de geïntegreerde instellingen voor geestelijke volksgezondheid: niet meer het voorkomen van onnodige opnemingen en het bespoedigen van ontslag, maar het voorkomen van psychische problemen zelf kwam op de eerste plaats te staan. Hierbij had men inderdaad de inrichting niet meer nodig: associatie met de andere ambulante werksoorten lag nu meer voor de hand.

Deze bevindingen uit het onderzoek kunnen als volgt worden samengevat: de huidige ambulante geestelijke gezondheidszorg is naar inhoud en structuur het gezamenlijke produkt van de beweging voor geestelijke volksgezondheid en van de verzuiling. Dat wil zeggen dat naast structurele factoren, die niets met een inhoudelijke afweging van doen hadden, een mengeling van emancipatorische, ideologische en therapeutische drijfveren aan het ontwerp van de RIAGG ten grondslag ligt; en niet alleen aan het ontwerp, maar ook aan het proces van RIAGG-vorming, zoals de ontwikkeling sinds 1964 laat zien. Deze ontwikkeling is elders al uitgebreid beschreven,<sup>1</sup> zodat hier kan worden volstaan met de volgende korte samenvatting.

– Eerst functioneerde de ambulante geestelijke gezondheidszorg nog als een losse verzameling werksoorten, naast andere gezondheidszorgvoorzieningen, sociale voorzieningen en de inrichtingspsychiatrie. Naarmate de kritiek op deze laatste om humanitaire, economische en therapeutische redenen toenam, kwam de gezamenlijke ambulante geestelijke gezondheidszorg steeds meer als tegenspeler van de inrichting in de belangstelling te staan. De RIAGG werd hierdoor gezien als het alternatief voor de psychiatrische opname, een alternatief dat realistischer werd, naarmate de professionalisering van de ambulante geestelijke gezondheidszorg toenam.

– RIAGG-vorming werd het centrale beleidsdoel van de Nederlandse Vereniging voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg, die in 1972 het landelijke verzuilde draagvlak had vervangen, en dit beleid werd twee jaar later politiek bevestigd in de Structuurnota Gezondheidszorg.

– De expliciete politieke keuze voor de RIAGG in 1974 geschiedde op basis van een zelfde mengeling van motieven, als waarop het idee ooit was ontstaan. Het RIAGG-ontwerp bleek niet alleen uitstekend te passen in de door de Structuurnota voorgestelde systeembenadering van de gezondheidszorg, maar het voldeed ook aan de bezuinigingsdoelstellingen en de doelstelling van extramuralisering. Het ontwerp beantwoordde ook aan de hooggespannen verwachtingen over de mogelijkheden tot bevordering der geestelijke volksgezondheid en de preventie en behandeling van geestelijke ongezondheid.

– Nog versterkt door de opvattingen uit de zogenaamde antipsychiatrische beweging in de jaren zeventig en het toenemende (economische) belang om psychiatrische opnemingen te voorkomen dan wel te bekorten, leidden het maatschappelijke verwachtingenpatroon en de politieke steun ertoe, dat de RIAGG-vorming uiteindelijk in 1982 uniform in het gehele land kon worden doorgevoerd.

– Door de ministeriële beslissing om vanaf dat jaar niet meer de afzonderlijke werksoorten, maar alleen de RIAGG te financieren uit het fonds van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, werd het interne verzet dat er nog tegen de RIAGG-vorming bestond, met name van de Instituten voor Multidisciplinaire Psychotherapie en de gemeentelijke Sociaal Psychiatrische Diensten, gebroken en werd de externe weerstand van de kant van de psychiatrische inrichtingen en zelfstandig gevestigde psychiaters getrotseerd.

Hoe het de RIAGG sinds 1982 is vergaan, valt buiten het bestek van deze studie, maar het is moeilijk om helemaal te zwijgen over het merkwaardige vervolg van de geschiedenis. Gezien de lange aanloop had verwacht mogen worden, dat het RIAGG-besluit van 1982 een redelijk uitgekristalliseerde en geaccepteerde voorziening zou opleveren. Niets lijkt minder waar.

Het besluit was nog maar net uitgevaardigd, of er kwam kritisch commentaar van de betrokkenen bij de RIAGG zelf,<sup>2</sup> gevolgd door een stroom van kritiek van de kant van de overheid,<sup>3</sup> van belendende voorzieningen,<sup>4</sup> onderzoekers<sup>5</sup> en consumenten<sup>6</sup> –kritiek die zich niet beperkte tot het functioneren van de nieuwe voorziening, maar zich uitstrekte tot het wezen daarvan. De RIAGG werkt ondoelmatig en veel te bureaucratisch, is professioneel onder de maat, maakt haar doelstellingen niet waar, richt zich op de verkeerde problemen, aldus enkele van de commentaren. Mogelijke twijfel over de betekenis die aan dit oordeel moet worden gehecht, werd door de critici overstemd met titels en zinsneden als: 'Hebben de RIAGG's een toekomst?', 'een historische vergissing', 'een onvoldragen kind', 'een krankzinnige operatie'. Afgezien van de vraag naar de juistheid van deze kritiek, is het merkwaardige ervan dat ze doorbrak op een tijdstip dat de RIAGG weliswaar definitief geregeld is, maar zich onmogelijk nog in de praktijk heeft kunnen bewijzen.

Nota bene dezelfde overheid die in 1982 het RIAGG-besluit nam, kwam al twee jaar later in de Nieuwe Nota Geestelijke Volksgezondheid eigenlijk tot de conclusie dat het basisconcept van de RIAGG niet deugt. De RIAGG faalt, aldus het oordeel van de Nieuwe Nota, als alternatief voor de psychiatrische inrichting en als regulator van de patiëntenstroom tussen de eerste lijnszorg en de psychiatrische inrichting, terwijl ze zich bovendien teveel bezighoudt met psychosociale ('lichte') stoornissen en te weinig met psychiatrische ('zware') problematiek. Zo duikt de onderscheiding uit de orderingsdiscussies in de jaren dertig, veertig en vijftig weer op, toen gebruikt om te integreren wat gescheiden was, nu om te scheiden wat samengevoegd is. In de Nieuwe Nota wordt namelijk voorgesteld om de zorg voor de 'lichte' stoornissen van de RIAGG over te hevelen naar de eerste lijn (huisarts, maatschappelijk werk, eerste lijnspsycholoog) en de sociaal-psychiatrische werkzaamheden van de RIAGG ten behoeve van de 'zware' problematiek te verbinden met de poliklinische activiteiten en dagbehandeling van het algemeen psychiatrisch ziekenhuis.<sup>7</sup>

Het lijkt niet toevallig dat dit voorstel voor een nauwere organisatorische band tussen

sociale en (poli-)klinische psychiatrie – een moderne variant van de psychiatrische voor- en nazorg – juist nu naar voren komt.

Ik roep in herinnering, dat de oorspronkelijke reden voor een aparte voor- en nazorg gelegen was in de niet-geregionaliseerde opzet van de psychiatrische inrichtingen, hetgeen op zijn beurt weer de horizontale verbinding van de voor- en nazorg met de andere ambulante werksoorten mogelijk maakte. Deze structurele factor begint echter langzamerhand aan betekenis in te boeten. Bij nieuwbouw van intramurale voorzieningen wordt in het algemeen uitgegaan van een geregionaliseerde opzet, terwijl voor de bestaande inrichtingen in het kader van de planning verzorgingsgebieden belangrijker worden. Gevoegd bij de groeiende parallelle in financiering, ontstaat hierdoor een natuurlijke basis voor een daadwerkelijke organisatorische koppeling van sociale en klinische psychiatrie.

Desondanks blijft het een intrigerende vraag waarom dit alles nu pas, ná het RIAGG-besluit, los komt. Welke interpretatie kan er, tegen de achtergrond van deze studie, aan de kritiek op de RIAGG en de voorstellen voor een koerswijziging gegeven worden?

Wel, het lijkt erop alsof tot 1982 het ontwerp van een gebundelde ambulante geestelijke gezondheidszorg verdedigd kon worden met argumenten die niet alleen – en misschien zelfs niet in de eerste plaats – op de beperkte rationaliteit van de RIAGG waren gebaseerd, maar evenzeer op emancipatorische en ideologische gronden. Deze tendens begon in de jaren twintig met de beweging voor geestelijke volksgezondheid en kwam, via verzuiling en ontzuiling, bij de politiek terecht. Allerlei claims konden in deze achtereenvolgende fasen op het RIAGG-ontwerp worden gelegd; claims waar het ontwerp, door de onbepaaldheid van het object van zorg, moeilijk tegen af te schermen was. De maatschappelijke en politieke steun werd afhankelijk gesteld van deze *brede zingeving* van de RIAGG. Het ontwerp kwam daardoor terecht in een wirwar van heterogene bedoelingen en methoden, met als uiteindelijk resultaat: een hybride instelling met een onduidelijke professionele en inhoudelijke identiteit.

Nadat de RIAGG in 1982 uniform was ingevoerd, was ze echter niet meer het veelbelovende ontwerp, maar de concrete voorziening, die alle uiteenlopende en soms zelfs tegenstrijdige verwachtingen mocht gaan inlossen, zonder daarvoor voldoende geëquipeerd te zijn en zonder mogelijkheden om terug te kunnen vallen op beschermende maatschappelijke of politieke kaders. Geestelijke gezondheid moet bevorderd en geestelijke ongezondheid voorkomen worden, maar hoe dit moet gebeuren en welke rol de RIAGG daarbij kan spelen is nog allerm minst duidelijk. De RIAGG dient een spilfunctie in het patiëntenverkeer tussen eerste lijn en geestelijke gezondheidszorg te vervullen, met geen andere instrumenten dan overleg en overreding, en naast zelfstandig gevestigde psychiaters en psychiatrische poliklinieken die ongehinderd op hetzelfde ambulante veld kunnen opereren. De RIAGG wordt geacht een vervanging te bieden voor de psychiatrische opnemings, hetgeen op grond van de AWBZ-verstrekking nauwelijks mogelijk is.

Wat als beleidsreactie verwacht had mogen worden, gebeurde niet: het zo snel mogelijk wegnemen van de belemmeringen voor een ongestoord functioneren van de RIAGG *overeenkomstig het oorspronkelijke ontwerp*. In plaats daarvan lijkt wat er nog aan maatschappelijke steun was voor het oorspronkelijke ontwerp, zich teleurgesteld

van de RIAGG af te keren. Men is in het algemeen niet meer zo geïnteresseerd in emancipatorische en ideologische functies van de RIAGG, het therapeutisch optimisme heeft bovendien plaats gemaakt voor een meer pragmatische benadering van vraagstukken van geestelijke (on)gezondheid en, terecht of niet, de RIAGG wordt nu vooral getoetst op haar inhoudelijke betekenis en haar bijdrage in de bezuinigingspolitiek.

Zo bezien lijkt het RIAGG-besluit van 1982 niet het eindpunt, maar een belangrijk tussenstation in de ontwikkeling van de ambulante geestelijke gezondheidszorg in Nederland: van een versnipperd veld via een breed opgezette RIAGG – produkt van de beweging voor geestelijke volksgezondheid en de verzuiling – naar een meer doelgerichte organisatie.

## Gebruikte afkortingen

Bij citaten en namen van instellingen e.d. is gebruik gemaakt van de hedendaagse spelling. In de literatuurverwijzingen is de oorspronkelijke spelling aangehouden.

Centrale Vereniging: Centrale Vereniging ter Behartiging der Maatschappelijke Belangen van Zenuw- en Zielszieken

Charitatieve Vereniging: Rooms-Katholieke Charitatieve Vereniging voor Geestelijke Volksgezondheid Cie. Onderzoek Amsterdam: Commissie van Onderzoek inzake de Verpleging en Verzorging van Zenuwzieken, Krankzinnigen en Maatschappelijk Ongeschikten vanwege de Gemeente Amsterdam

Commissie Utrecht: Commissie voor de Geestelijke Volksgezondheidszorg van de Provinciale Raad voor de Volksgezondheid in de provincie Utrecht

Contactcie. LM: Commissie voor Contact en Advies voor de Bureaus voor Levens- en Gezinsmoeilijkheden

Contactcie. MOB's: Commissie voor Contact en Advies voor de Medisch Opvoedkundige Bureaus

Gereformeerde Vereniging: Gereformeerde Vereniging tot Christelijke Verzorging van Geesteszieken, Bennekom

GG en GD: Gemeentelijke Geneeskundige en Gezondheids Dienst

Hervormde Vereniging: Vereniging Nederlandse Hervormde Stichtingen voor Zenuw- en Geesteszieken, Soesterberg

Herv. St. gvg A'dam: Hervormde Stichting voor Geestelijke Volksgezondheid voor Amsterdam en Omgeving

IMP: Instituut voor Medische Psychologie te Amsterdam

Joodse consultatiebureaus: Stichting tot Oprichting en Instandhouding van Joodse Psychiatrische Consultatiebureaus en Medisch Opvoedkundige Bureaus te Amsterdam

JV: Jaarverslag

Katholieke Centrale Vereniging: Katholieke Centrale Vereniging voor Geestelijke Volksgezondheid

Kath. St. gvg A'dam: Katholieke Stichting voor Geestelijke Volksgezondheid voor Amsterdam en Omgeving

KNBGG: Katholiek Nationaal Bureau voor Geestelijke Gezondheidszorg

MOB: Medisch Opvoedkundig Bureau

Ned. Fed. MOB's: Nederlandse Federatie van Instellingen tot Oprichting en Instandhouding van Medisch Opvoedkundige Bureaus

Ned. Herv. Ver. gvg: Nederlandse Hervormde Vereniging voor Geestelijke Volksgezondheid

Ned. St.crt.: Nederlandse Staatscourant

Ned. Ver. gvg: Nederlandse Vereniging ter bevordering van de/voor Geestelijke Volksgezondheid

NFGV: Nationale Federatie voor de Geestelijke Volksgezondheid

NVAGG: Nederlandse Vereniging voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg

PAI: Psychoanalytisch Instituut te Amsterdam

Prov. Cie. Zuid-Holland: Provinciale Commissie van Toezicht van de Voor- en Nazorg van Geesteszieken in Zuid-Holland

Prov. N-Brabantse Bond: Provinciale Noord-Brabantse Bond Het Wit-Gele Kruis

RIAGG: Regionale Instelling voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg

SPD: Sociaal Psychiatrische Dienst

St.b.: Staatsblad

St. gvg Noord-Holland: Stichting voor Geestelijke Volksgezondheid in Noord-Holland

VVA: Vergadering van Afgevaardigden van de NFGV

# Geraadpleegde archieven

Tussen haakjes de wijze waarop in de Noten naar de betreffende archieven verwezen wordt.

*Buitendienst Maasoord en Afdeling Sociale Psychiatrie en Geestelijke Hygiëne van de Gemeentelijke Geneeskundige en Gezondheidsdienst van Rotterdam*

Verslag buitendienst Maasoord 1 januari 1926-1 januari 1947 en correspondentie 1948-1949 (Buitendienst Maasoord).

Archief: GG en GD, Rotterdam.

*Centrum Katholieke Medisch Opvoedkundige Bureaus*

Stukken en notulen bestuur, stafoverleg en conferenties Centrum Katholieke MOB's november 1948 t/m 1951 (Centrum kath. MOB's).

Archief: Katholiek Documentatiecentrum, Nijmegen, Archief Katholiek Nationaal Bureau voor Geestelijke Gezondheidszorg, inv.nr. 187 en 250.

*Commissie tot voorbereiding van een Wet op de Geestelijke Volksgezondheid*

Stukken en notulen van de Commissie tot voorbereiding van een Wet op de Geestelijke Volksgezondheid (Cie. Kraus).

Archief: NCGV, Utrecht, 1 map in doos 1A.

*Hervormde Stichting voor Geestelijke Volksgezondheid voor Amsterdam en Omgeving*

Stukken en notulen voorbereiding 1945-1948, stukken en notulen bestuur en begrotingen en jaarrekeningen Hervormde Stichting voor Geestelijke Volksgezondheid voor Amsterdam en Omgeving 1948-1953 (Herv. St. GVG A'dam).

Archief: Dercksen Centrum, Amsterdam, 1 grote ordner met verschillende afdelingen.

*Inspecteurs van het Staatstoezicht op Krankzinnigen en Krankzinnigengestichten*

Stukken betreffende de RK Vereniging voor Geestelijke Volksgezondheid en Zwakzinnigenzorg 1924-1932 (Insp. KZ-Charitatieve Vereniging).

Archief: Algemeen Rijksarchief, Den Haag, 2e afdeling, Archief van de inspecteurs etc., inventaris 'B-archief' 1910 en 1917-1954, inv.nr. 2606.

Stukken betreffende voor- en nazorg (Insp. KZ-Voor- en Nazorg).

Archief: Algemeen Rijksarchief, Den Haag, 2e afdeling, Archief van de inspecteurs etc., inventaris 'C-archief', 1930-1961, inv.nr. 2880.

*Nationale Federatie voor de Geestelijke Volksgezondheid (NFGV)*

Stukken en notulen voorbereiding NFGV 6 november 1933-25 april 1934 (NFGV, Cie. van voorbereiding).

Archief: NCGV, Utrecht, 1 map notulen en 1 map concept-statuten, zonder nummer.

Stukken en notulen Vergadering van Afgevaardigden NFGV 22 oktober 1934-1944 en 21 juli 1945-18 december 1953 (NFGV, VVA).

Archief: NCGV, Utrecht, 2 mappen in doos 130A en 130B.

Stukken en notulen Bestuur NFGV, vanaf 1949: Dagelijks Bestuur, 1934-1943, 7 juli 1945-24 november 1948 en 5 februari 1949-1 juli 1953 (NFGV, Bestuur).

Archief: NCGV, Utrecht, diverse mappen in doos 1A, 1B en 1C.

Stukken en notulen sectie Geestelijke Gezondheidszorg voor Volwassenen van de NFGV, 31 juli 1946-20 december 1949 (NFGV, Sectie v).

Archief: NCGV, Utrecht, 1 map in doos 130A.

Stukken en notulen Commissie voor Contact en Advies voor de Bureaus voor Levens- en Gezinsmoeilijkheden van de NFGV februari 1950-november 1960 (Contactcie. LM).

Archief: NCGV, Utrecht, 1 map in doos 18.

Stukken en notulen Commissie voor Contact en Advies voor de Medisch Opvoedkundige Bureaus van de NFGV 5 november 1949-augustus 1958 (Contactcie. MOB's).

Archief: NCGV, Utrecht, 1 map in doos 15B.

Stukken en notulen Kleine Commissie NFGV, november 1943 t/m juli 1945 (NFGV, Kleine Commissie).

Archief: NCGV, Utrecht, 1 map.

#### *Nederlandse Federatie van Medisch Opvoedkundige Bureaus*

Stukken en notulen voorbereiding van een vereniging van consultatiebureaus voor moeilijke kinderen 1926-1927 (Ned. Ver. MOB's).

Archief: NCGV, Utrecht, 1 map.

Stukken en notulen ledenvergadering Ned. Fed. van MOB's 14 mei 1927-1952 (Ned. Ver. MOB's, c.q. Ned. Fed. MOB's).

Archief: NCGV, diverse mappen.

Financiële stukken en correspondentie MOB's 1936-1957 (Ned. Fed. MOB's, Financiële stukken).

Archief: NCGV, Utrecht, 1 map.

Subsidie MOB provincie Noord-Holland 1938-1952 (Ned. Fed. MOB's, Subs. Noord-Holland).

Archief: NCGV, Utrecht, 1 map.

Stukken en notulen bestuur Ned. Fed. van MOB's, mei 1927-1952 (Ned. Fed. MOB's).

Archief: NCGV, Utrecht, diverse mappen.

#### *Prophylaxefonds*

Stukken en notulen bestuur Prophylaxefonds 1931 (Prophylaxefonds).

Archief: Praeventiefonds, Den Haag.

#### *Reorganisatiecommissie voor de Geestelijke Volksgezondheid*

Stukken en notulen van de zes secties van de Reorganisatiecommissie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1948-1954 (Reorg. cie. GVG).

Archief: Nationale Raad voor de Volksgezondheid, Zoetermeer, Archief Centrale Commissie voor de Volksgezondheid, 27C t/m 27H, nr. 5-3, 5-4 en 6-1 t/m 6-4.

#### *Rijkssubsidie geestelijke volksgezondheid*

Rijkssubsidie geestelijke volksgezondheid 1946-1949 en 1949-1955 (Rijk-GVG).

Archief: Bureau Semi-statisch Archief wvc, Leidschendam, Zorg voor geesteszieken, inv.nr. 1134 en inv.nr. GV-1.771/07.85-4.

#### *Stichting voor Geestelijke Volksgezondheid in Noord-Holland*

Stukken en notulen bestuur en algemene raad van de Stichting voor Geestelijke Volksgezondheid in Noord-Holland 1948-1952, respectievelijk 1949-1960 (St. GVG Noord-Holland).

Archief: Stichting Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg Noord-Kennemerland, Alkmaar, inv.nr. 07.52 en 07.51.

#### *Subsidie Praeventiefonds geestelijke volksgezondheid*

Subsidie Praeventiefonds ten behoeve van de geestelijke volksgezondheid 1951-1953 (Praeventiefonds).

Archief: Bureau Semi-statisch Archief wvc, Leidschendam, inv.nr. GV-1.771/07.85.

# Noten

## Onderwerp en opzet van de studie

1. Ziekenfondsraad, 1981; NVAGG, 1981<sup>2</sup>; RIAGG-besluit, Minister van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, Besluit door of vanwege een regionale instelling voor ambulante geestelijke gezondheidszorg, Ned. St.crt. 30 december 1981, nr.251.
2. Ziekenfondsraad, 1981.
3. NVAGG, 1981<sup>1</sup> en later.
4. Structuurnota Gezondheidszorg, 1974; Boot en Knapen, 1983.
5. Santema, 1981.
6. Van den Boom en Schwarz, 1987.
7. Gersons e.a., 1980; World Health Organization, 1985; Mangen, 1985.
8. Ketting, 1986.
9. Financieel overzicht gezondheidszorg, 1986.
10. Van der Grinten, 1982<sup>1</sup>.
11. Romme, 1978; Van Heugten en Breemer ter Stege, 1982.
12. KNBGG, 1964.
13. NFGV, Gids 1958; NFGV, Gids 1962.
14. Herv. St. GVG A'dam, JV 1948-1949.
15. Trimbos, 1980; Heerma van Voss, 1985.
16. NFGV, Advies 1945.
17. Kat, 1946.
18. Ned. Ver. GVG, Gids 1936.
19. Joh. van der Spek, 1936.
20. Trimbos, 1959; Romme, 1978.
21. Van der Esch, 1975; Querido, 1980; Heerma van Voss, 1980.
22. Heerma van Voss, 1985.
23. Brinkgreve e.a., 1979.
24. Van der Grinten, 1976; Van der Grinten en Klijnsma, 1978; Van der Grinten, 1982<sup>1</sup>, 1982<sup>2</sup> en 1983.
25. Op het terrein van de welzijnszorg kunnen genoemd worden: de onderzoeken naar de vorming van het welzijnsbeleid (Peper, 1972) en van het bejaardenbeleid (Braam e.a., 1981). Op het terrein van de gezondheidszorg zijn er de onderzoeken naar de totstandkoming van het kruiswerk in Nederland (Gijselhart e.a., 1975) en naar de beleidsvorming rond de hartchirurgie (Naaborg, 1979). Daarnaast zijn in dit verband ook buitenlandse case-studies van beleidsprocessen rond gezondheidszorg interessant (bijvoorbeeld Hall et al., 1978).
26. Van der Grinten, 1987.
27. Thoenes, 1962; Leenen, 1966; Van Doorn, 1977, 1981, 1984<sup>1</sup> en 1984<sup>2</sup>; Van der Grinten en Verbraak, 1980.

## DEEL I

### Hoofdstuk 1

1. Querido, 1965<sup>1</sup>, 227.
2. Armenwet 1854, art. 33 en verder.
3. De Vries, 1973, 15-23.



4. Verdoorn, 1965; Querido, 1965<sup>1</sup>, 223 e.v.; Juffermans, 1982, 109-135.
5. Telderstichting, 1963, 5-6; Aktiegroep Medicijnen, 1973, 110-175.
6. Telderstichting, 1963, 24.
7. Telderstichting, 1963, 24-35.
8. Telderstichting, 1963, 35-40.
9. Ziektewet, St.b. 1930, no.204, art. 123, later art. 125.
10. Telderstichting, 1963, 40-50.
11. Leenen, 1966, 19-24.
12. Gemeentewet, St.b. 1851, no.58, art. 168.
13. Cannegieter, 1954, 84.
14. Cannegieter, 1954, 83-90; 95.
15. Cannegieter, 1954, 23.
16. Querido, 1973, 15-18.
17. Bartels, 1950, 63.
18. Cannegieter, 1954, 135-136.
19. Bartels, 1950, 64.
20. De eerste directeur-generaal was mr. L. Lietaert Peerbolte, in 1936 opgevolgd door de econoom dr. C. van den Berg. Het departement van Arbeid ging met de afdeling Volksgezondheid en de Inspectie op de Volksgezondheid in 1922 overigens weer op in het departement van Arbeid, Handel en Nijverheid, waaruit zich tenslotte in 1933 het departement van Sociale Zaken met de afdeling Volksgezondheid en de Inspectie verzelfstandigde (Commissie Van Veen, 1971).
21. Cannegieter, 1954, 135.
22. Cannegieter, 1954, 127-130.
23. Cannegieter, 1954, 153.
24. Groeneveld, 1940, 117-127.
25. Cannegieter, 1954, 158.
26. Cannegieter, 1954, 158, 161-162; Bartels, 1950, 94.
27. Kruijt en Goddijn, 1962.
28. Querido, 1973, 35.
29. Volksgezondheidsnota, 1966, 21.
30. Gijselhart e.a., 1975, 26-33.
31. Querido, 1973.
32. Kruijt en Goddijn, 1962; Stuurman, 1983, 61-62.
33. Kossmann, 1976; Lijphart, 1976.
34. Kossmann, 1976, 417-437 en 455-487.
35. Verwey-Jonker, 1962; Kruijt en Goddijn, 1962; Thurlings, 1971; Bank, 1981.
36. Kossmann, 1976; Lijphart, 1976. Als verklaring van het verschijnsel van de verzuiling zijn de emancipatie- en moderniseringsmotieven overigens omstreden; Stuurman, 1983.
37. Kruijt en Goddijn, 1962, 235-238; Hoogendijk, 1976.
38. Thurlings, 1971, 9-12.
39. Lijphart, 1976, 116-140.
40. Bartels, 1950, 78.
41. Volksgezondheidsnota, 1966, 21-22.
42. Dolman, 1964.
43. Cannegieter, 1954, 158.
44. Bartels, 1950, 98.
45. Bartels, 1950, 100.
46. Koenraadt en Van Poll, 1936 en 1938.
47. Bartels, 1950, 97-104.
48. Cie. Eykel, 1939.

## Hoofdstuk 2

1. Voor zover niet anders is vermeld is voor deze paragraaf gebruik gemaakt van de tekst van de Krankzinnigenwet, St.b. 29 mei 1841, no.20 en St.b. 27 april 1884 no.96; Kraus, 1933; Querido,

- 1939 en 1965<sup>1</sup>; Van der Esch, deel I 1975; Van der Klippe, 1984.
2. Van der Esch, deel III, 1980.
3. Ned. Ver. gvg, Gids 1936, 60-67; Van der Esch, deel III, 1980.
4. Krankzinnigenwet 1884, art. 40.
5. Armenwet 1854, art. 30 en 39.
6. De Vries, 1973, 17.
7. Cie. Kraus, nota Pameyer, 1946, 1.
8. Staatstoezicht op Krankzinnigen en Krankzinnigengestichten, Verslag 1931, 188.
9. Van der Esch, 1975, 65-67.
10. Schuurmans Stekhoven, 1934; Querido, 1939, 101; Van der Esch, deel II, 1975, 95-99.
11. Meijers, 1939, 41-42; Van der Esch, deel I, 1975, 67-68.
12. F.S. Meijers, arts, 1868-1953. Van 1905 tot 1916 was Meijers medewerker en later hoofd van Paviljoen III van het Wilhelmina Gasthuis te Amsterdam, hij kreeg daarnaast in 1911 een aanstelling als privaats- en docent forensische psychiatrie aan de Universiteit van Amsterdam. Van 1916 tot 1933 was hij adviseur voor psychiatrie en neurologie van de GG en GD te Amsterdam, vanaf 1919 hoofd van de afdeling Zenuw- en Zielszieken van deze gemeentelijke dienst. Daarnaast was Meijers initiatiefnemer en vervolgens, van 1924 tot 1948, voorzitter van de Centrale Vereniging ter Behartiging van de Maatschappelijke Belangen van Zenuw- en Zielszieken. Hij was de eerste voorzitter van de Amsterdamse Vereniging tot Oprichting en Instandhouding van Consultatiebureaus voor Moeilijke Kinderen. Meijers was eveneens van 1946 tot 1950 lid van de redactie van het *Maandblad voor de Geestelijke Volksgezondheid* (uit: Amsterdamse Vereniging tot Oprichting en Instandhouding van Consultatiebureaus voor Moeilijke Kinderen, JV 1928; MGV, 1946 t/m 1950; Querido, 1948<sup>1</sup>; Baan, 1953).
13. Cie. Onderzoek Amsterdam, 1930, 34-35; Piebenga, 1934, 173; Meijers, 1947, 81-84; Querido, 1948<sup>1</sup>.
14. Centrale Vereniging, JV 1924; Meijers, 1939, 53.
15. Pompe, 1953, 9.
16. Meijers, 1939, 53-66.
17. Meijers, 1939, 61-62.
18. Centrale Vereniging, JV 1927, 1928, 8-9 en 16-17; 1933, 16-17; Meijers, 1939, 58-59; Moltzer, 1954, 208-209; Sillevius Smitt en Jansen, 1971.
19. Meijers, 1939, 72-79.
20. Centrale Vereniging, JV 1928, 3-4.
21. Meijers, 1939, 57 en 67.
22. Centrale Vereniging, JV 1928, 7.
23. Meijers, 1928, 15.
24. Meijers, 1939, 67.
25. NFGV, Rapport 1940, 8.
26. Meijers, 1939, 59.
27. Centrale Vereniging, JV 1924 en later; NFGV, Rapport 1940.
28. Centrale Vereniging, JV 1932, 7-8.
29. Centrale Vereniging, JV 1933, 6-18.
30. Centrale Vereniging, JV 1937.
31. Centrale Vereniging, JV 1937, 11.
32. Meijers, 1939, 115.
33. Meijers, 1939, 30-34; Centrale Vereniging, JV 1940, 13 en 52-56.
34. Lekkerkerker, 1940; NFGV, JV 1942.
35. Centrale Vereniging, JV 1940 en later.
36. Vereniging Centraal Israëlitisch Krankzinnigengesticht, JV 1930, 113-121.
37. J.H. Pameyer, zenuwarts, 1880-1956. Van 1918 tot 1920 was Pameyer geneesheer-directeur van het Rijksgesticht voor krankzinnigen te Woensel, van 1921 tot 1924 geneesheer-directeur van het Geneeskundig Gesticht te Franeker en van 1924 tot 1930 geneesheer-directeur van de gemeentelijke Rotterdamse psychiatrische inrichting Maasoord, gevestigd te Poortugaal. Van 1930 tot 1952 was hij inspecteur van het Staatstoezicht op Krankzinnigen en Krankzinnigengestichten voor Zuid-Holland en Noord-Holland en van 1952 tot 1954 hoofdinspecteur van dit Staatstoezicht (Piebenga, 1957).

38. Pameyer, 1928<sup>1</sup>, 1928<sup>2</sup>.
39. Van der Esch, deel I, 1975, 91.
40. Pameyer, 1930, 1932<sup>1</sup> en 1932<sup>2</sup>.
41. Staatstoezicht op Krankzinnigen en Krankzinnigengestichten, Verslag 1930, 52-56 en 101-103 en 138-143; Piebenga, 1934, 173.
42. Centrale Vereniging, JV 1933, 9-12. In totaal vielen er in 1942 overigens 42 psychiatrische inrichtingen onder het Staatstoezicht, maar slechts 34 hiervan waren van noemenswaardige betekenis (Ned. Ver. gvg, Gids 1936, 60-70).
43. Ned. Ver. gvg, Gids 1936, 67-70; Staatstoezicht op Krankzinnigen en Krankzinnigengestichten, Verslag 1932-1936, 97-95.
44. NFGV, Rapport 1940, 18; Meijers, 1939, 37; Centrale Vereniging, JV 1940, 6-10.
45. Staatstoezicht op Krankzinnigen en Krankzinnigengestichten, Verslag 1932-1936, 19.
46. Staatstoezicht op Krankzinnigen en Krankzinnigengestichten, Verslag 1930, 70.
47. Pameyer, 1932<sup>1</sup>, 20.
48. Cie. Onderzoek Amsterdam, 1930, 107-161.
49. Idem, I.
50. Idem, II en 43.
51. Idem, 91.
52. Idem, 91.
53. Idem, 79-86.
54. Romme, 1967, 31-35.
55. Cie. Onderzoek Amsterdam, 69-92.
56. Idem, 74.
57. Idem, 69.
58. A. Querido, arts, 1901-1985. Van 1927 tot 1931 was hij tweede geneesheer van de psychiatrische inrichting Endegeest te Oegstgeest, van 1931 tot 1949, met een onderbreking in de oorlogsjaren, in dienst van de GG en GD van Amsterdam: van 1933 als hoofd van de afdeling voor Geestes- en Zenuwzieken (vanaf 1945 afdeling Geestelijke Hygiëne), van 1949 tot 1960 directeur Openbare Gezondheidszorg van Amsterdam. Daarnaast was Querido van 1952 tot 1960 buitengewoon hoogleraar in de sociale geneeskunde aan de Universiteit van Amsterdam en van 1960 tot 1970 gewoon hoogleraar in hetzelfde vak. Nevenfuncties waren onder andere het bestuurslidmaatschap van de Nationale Federatie voor de Geestelijke Volksgezondheid van 1948 tot 1967 (vanaf 1954 als voorzitter), het redacteurschap van het *Maandblad voor de Geestelijke Volksgezondheid* van 1945 tot 1970 en het lidmaatschap van de Eerste Kamer van 1958 tot 1971 voor de Partij van de Arbeid (Heerma van Voss, 1980).
59. Querido, 1934, 1935, 1937, 1968.
60. Hart de Ruyter, 1950, 539.
61. Ned. Ver. gvg, Gids 1936, 27-28.
62. Staatstoezicht op Krankzinnigen en Krankzinnigengestichten, Verslag 1930, 70.
63. Beyerman, 1928.
64. Beyerman, 1932.
65. Piebenga, 1934, 177-178.
66. Staatstoezicht op Krankzinnigen en Krankzinnigengestichten, Verslag 1932-1936, 81-82 en 146-149; Prov. Cie. Zuid-Holland, JV 1940
67. St. gvg Noord-Holland, Verslag 15 sept. 1939-31 dec. 1940; NFGV, Rapport 1940.
68. Meijers, 1939, 37-40.

### Hoofdstuk 3

1. Lekkerkerker, 1939.
2. Voorthuysen, 1936.
3. Heller, 1931.
4. De Bloois, 1951, 11-16.
5. Ned. Ver. gvg, Gids 1936, 112-177; Beyerman, 1937; Meijers, 1939.
6. NFGV, Rapport 1940; Fiedeldij Dop, 1954; Kraft, 1963, 5-6.

7. Prins, 1954; Mulock Houwer, 1955; Van Houten, 1959.
8. E.C. Lekkerkerker, juriste en psychiatrisch sociaal werkster, 1899-1986. Van 1927 tot 1959 was Lekkerkerker secretaris van de Nederlandse Vereniging van Instellingen tot Oprichting en Instandhouding van Consultatiebureaus voor Moeilijke Kinderen, later de Nederlandse Federatie van Medisch Opvoedkundige Bureaus. Van 1934 tot 1953 was zij secretaris-directeur van de Nationale Federatie voor de Geestelijke Volksgezondheid en van 1946 tot 1964 eindredactrice van het *Maandblad voor de Geestelijke Volksgezondheid* (uit: Nederlandse Vereniging van Instellingen tot Oprichting en Instandhouding van Consultatiebureaus voor Moeilijke Kinderen, JV 1928 en later; Heerma van Voss, 1985).
9. Lekkerkerker, 1931.
10. Lekkerkerker, 1926 en 1927.
11. *Maandblad Berechting en Reclassering*, 1926, 321.
12. Nederlandsch Genootschap, 1927.
13. Ned. Ver. MOB's, Statuten, art. 10.
14. Ned. Ver. MOB's, Huishoudelijk reglement, art. 11 t/m 15.
15. Ned. Ver. MOB's, Huishoudelijk reglement, art. 13.
16. Gunning werd in 1932 als voorzitter opgevolgd door de psychiater H.C. Rümke waarmee de stap van het Medisch Opvoedkundig Bureau naar de geestelijke gezondheidszorg werd bevestigd. Rümke werd na zijn benoeming tot hoogleraar psychiatrie aan de Rijksuniversiteit van Utrecht in 1938 weer opgevolgd door de psychiater-analyticus en privaats- docent neuroseleer van de Universiteit van Amsterdam, J.H. van der Hoop, in 1940 medeoprichter en directeur van het Instituut voor Medische Psychologie in Amsterdam. Deze bleef voorzitter tot 1947 (Ned. Ver. MOB's, JV 1928 en later).
17. Ned. Ver. MOB's, Statuten; notulen constituerende vergadering 14 mei 1927; notulen vergadering 27 september 1927; Rondschrjven 1 juli 1928; JV 1928.
18. Tibout, 1929 en 1948.
19. Ned. Ver. MOB's, Rondschrjven 1 juli 1928.
20. Lekkerkerker, 1939, 15-16, 22 en 23.
21. Ned. Ver. MOB's, JV 1928 en later; NFGV, Rapport 1940.
22. Ned. Ver. MOB's, JV 1928 en later; Lekkerkerker, 1939, 42; NFGV, Rapport 1940, 18, 38-39; Lekkerkerker, 1952<sup>1</sup>, 18-19.
23. Ned. Ver. MOB's, JV 1928 en later; NFGV, Rapport 1940, 36-56.
24. Lekkerkerker, 1939, 22.
25. Ongerboer, 1947.
26. Lekkerkerker, 1939, 30-31.
27. Ned. Ver. MOB's, JV 1928, 4.
28. Ned. Ver. MOB's, JV 1931, 8-9; 1932, 1; Medisch Pedagogisch Bureau Den Haag, JV 1981, 13-16 en 26-27.
29. Ned. Ver. MOB's, JV 1931, 74; Lekkerkerker, 1939, 17.
30. Ned. Ver. MOB's, Voorlichtingsfolder, 1 juni 1928.
31. Lekkerkerker, 1939; NFGV, Rapport 1940.
32. Meijers, 1930.
33. Heerma van Voss, 1985.
34. Ned. Ver. MOB's, JV 1934 en later.
35. Lekkerkerker, 1939, 19.
36. Idem.
37. Het bedrag van f 37.000,- is berekend aan de hand van het subsidiebedrag van het Prophylaxefonds van f 7.400,- en de constatering van Lekkerkerker dat dit bedrag gemiddeld 22% van de totale kosten dekte (NFGV, JV 1939, 6; Lekkerkerker, 1939, 19 en 22).
38. Lekkerkerker, 1947<sup>2</sup>.
39. Ned. Ver. MOB's, JV 1936, 1937 en 1938.
40. Ned. Ver. MOB's, JV 1938.

## Hoofdstuk 4

1. Heering, 1954; Sark, 1954; A. Bouman, 1954.
2. Lekkerkerker, 1947<sup>1</sup>, 4; Hoegen, 1952, 336.
3. Westhoff, 1986, 202-205.
4. Bless, 1948<sup>1</sup>.
5. Hoegen, 1952, 337.
6. NFGV, Rapport 1940, 25 en 38; Joh. van der Spek, 1941.

## Hoofdstuk 5

1. Bulhof, 1983; Brinkgreve, 1984.
2. Brinkgreve, 1984, 108-112.
3. Rümke, 1943, 372.
4. IMP, JV mei 1940-I juni 1941. De afkorting van het instituut bleef gehandhaafd, de naam veranderde in 1964 in Instituut voor Medische Psychotherapie (IMP, Verslag 1963-1964) en nog later in Instituut voor Multidisciplinaire Psychotherapie.
5. IMP, JV mei 1940-I juni 1941 en later; Brinkgreve e.a., 1979; Brinkgreve, 1984.

## Hoofdstuk 6

1. Beers, 1948, 255-263.
2. Kaunders, 1931; Beers, 1948; Winslow, 1948.
3. K.H. Bouman, zenuwarts, 1874-1947. Van 1916 tot 1947 hoogleraar psychiatrie en neurologie aan de Universiteit van Amsterdam, medeoprichter van de Nederlandse Vereniging voor Psychoanalyse in 1917, van 1928 tot 1932 voorzitter van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie en Neurologie, initiatiefnemer, medeoprichter en van 1930 tot 1947 voorzitter van de Nederlandse Vereniging voor Geestelijke Volksgezondheid, tot aan zijn overlijden in 1947 lid curatorium Nederlandse Federatie van MOB's, van 1940 tot 1947 lid curatorium IMP-Amsterdam, van 1940 tot 1947 bestuurslid van de Nationale Federatie voor de Geestelijke Volksgezondheid, van 1942 tot 1947 voorzitter van de NFGV en van 1946 tot 1947 voorzitter van de redactie van het *Maandblad voor de Geestelijke Volksgezondheid* (Rümke, 1943; Ned. Fed. MOB's, JV 1928 en verder; IMP, JV 1940 en verder; NFGV, JV 1940 t/m 1947; MGv, 1946 en 1947).
4. Rümke, 1943, 372-373.
5. Uit: Joh. van der Spek, 1936, 17-19. Origineel niet gevonden.
6. K.H. Bouman, 1930, 1932<sup>1</sup>, 1938; Meijers, 1930, 1932; Van der Scheer, 1932, 1934, 1936.
7. K.H. Bouman, 1938, 442-443.
8. K.H. Bouman, 1938, 462.
9. K.H. Bouman, 1930, 1932<sup>1</sup>, 1938.
10. K.H. Bouman, 1938, 439-441.
11. K.H. Bouman, 1930, 2; 1938, 441-442.
12. Joh. van der Spek, 1936, 17-18.
13. Meijers, 1946, 7-8; Querido, 1959, 127-128.
14. Ned. Ver. GVG, Statuten, art. 1 en 2 in: Ned. Ver. GVG, Gids 1936, 14.
15. K.H. Bouman, 1930, 2.
16. Ned. Ver. GVG, JV 1932 en verder.
17. Dit congres werd een indrukwekkende manifestatie. Ruim 3.000 deelnemers en delegaties uit 55 verschillende landen wisselden ervaringen uit over voorzieningen en activiteiten die in enigerlei opzicht onder de banier van de Mental Hygiene Movement geschaard konden worden. Uit Nederland namen aan het congres deel: K.H. Bouman als delegatieleider, E.C. Lekkerkerker, P.H.C. Tibout, F.S. Meijers, A. Querido en J.H. Pameyer. Zij hielden verschillende inleidingen en Bouman en Lekkerkerker waren daarnaast nauw betrokken bij de voorbereidingen en organisatie van dit congres (Proceedings 1932, deel 1).
18. Ned. Ver. GVG, JV 1930 e.v.

19. Ned. Ver. gvg, Gids 1936, 3.
20. Ned. Ver. gvg, Gids 1936, 6.
21. Ned. Ver. gvg, Gids 1936, 6.
22. Ned. Ver. gvg, Gids 1936, 6.
23. Ned. Ver. gvg, Gids 1936, 11-12.
24. Ned. Ver. gvg, Gids 1936, 12.
25. C.T. Kortenhorst, zenuwarts, 1882-1949. Van 1915 tot 1932 als psychiater verbonden aan de inrichting Voorburg te Vught en van 1932 tot 1949 als psychiater aan de inrichting Reinier van Arkel te Den Bosch. Daarnaast was hij van 1930 tot 1947 secretaris-penningmeester van de Rooms-Katholieke Charitatieve Vereniging voor Geestelijke Volksgezondheid (Kortenhorst, 1948; Bless, 1970, 3).
26. Kortenhorst, 1948, 211.
27. Centrale Vereniging JV 1927.
28. Ned. Ver. gvg, JV 1930.
29. Kortenhorst, 1933<sup>1</sup>, 7.
30. Kortenhorst, 1933<sup>1</sup>, 6.
31. Kortenhorst, 1930<sup>1</sup>, 3.
32. Kortenhorst, 1930<sup>1</sup>, 4-6.
33. Kortenhorst, 1930<sup>1</sup>, 5-6.
34. Charitatieve Vereniging, Statuten 1930, art. 1 t/m 6, in: Brochure Charitatieve Vereniging, 1931, no. 1.
35. Eykel, 1931, 142; Charitatieve Vereniging, JV 1948; Mol, 1949; Bless, 1970, 6.
36. Charitatieve Vereniging, JV 1934, 13, 14.
37. Charitatieve Vereniging, JV 1937, 9-10.
38. Charitatieve Vereniging, JV 1937, 11.
39. Bless 1970, 5.
40. Bless, 1970, 6-7 en 29-30.
41. Kortenhorst, 1930<sup>1</sup>, 1930<sup>2</sup>, 1931<sup>1</sup>, 1931<sup>2</sup>, 1932, 1933<sup>1</sup>, 1933<sup>2</sup>, 1933<sup>3</sup>, 1934<sup>1</sup> en 1934<sup>2</sup>.
42. Kortenhorst, 1930<sup>2</sup>, 8-9.
43. Kortenhorst, 1933<sup>1</sup>, 4.
44. Charitatieve Vereniging, Brochures 1931 en later; Bless, 1970, 5-7.
45. Bless, 1970.
46. Joh. van der Spek, 1936.
47. Joh. van der Spek, 1936, 36.
48. Joh. van der Spek, zenuwarts en theoloog, 1887-1982. Van 1917 tot 1927 geneesheer bij de Willem Arntsz Stichting te Utrecht, van 1927 tot 1930 geneesheer-directeur van het Epilepsie Centrum te Heemstede en van 1931 tot aan zijn pensionering in 1951 geneesheer-directeur van Maasoord te Poortugaal. Daarnaast was hij initiatiefnemer, medeoprichter in 1927 en voorzitter van de Vereniging Nederlandse Hervormde Stichtingen voor Zenuw- en Geesteszieken te Soesterberg; initiatiefnemer, medeoprichter in 1933 en vice-voorzitter van de Nederlandse Hervormde Vereniging voor Geestelijke Volksgezondheid; van 1947 tot 1962 vice-voorzitter van de redactie van het *Maandblad voor de Geestelijke Volksgezondheid*, terwijl hij in 1950 benoemd werd tot lector psychologie aan de Economische Hogeschool te Rotterdam (Kroniek MGv 5 (1950) p. 276; Leibbrandt, 1982; MGv, 37 (1982), no. 7-8, 859).
49. Ned. Herv. Ver. gvg, Geschriften 1934; Joh. van der Spek 1936, 28-79; Donner 1959, 3-4.
50. Joh. van der Spek, 1936; Ned. Herv. Ver. gvg, JV 1933 en later; Vereniging voor Geestelijke Volksgezondheid op Gereformeerde Grondslag, JV 1934 en later.

## Hoofdstuk 7

1. Kortenhorst, 1929.
2. Josephus Jitta, 1930.
3. Eykel, 1931.
4. Veeger, 1933<sup>1</sup>, 159.
5. Meijers, 1932; Nederlands Congres Openbare Gezondheidszorgregeling, 1932.

6. Kortenhorst, 1934<sup>1</sup>, 69.
7. Charitatieve Vereniging, Statuten 1930.
8. Kortenhorst, 1933<sup>1</sup>, 5.
9. Eykel, 1931; Meyknecht, 1932; Veeger, 1933<sup>1</sup>; Kitslaar, 1933; Gribbling, 1933; Mol, 1933.
10. Nat. Fed. Het Wit-Gele Kruis, 1933.
11. Van der Heijden, 1933.
12. Insp. KZ-Charitatieve Vereniging, voordracht Kortenhorst voor de RK Gestichtsartsen, 3 november 1928.
13. Kortenhorst, 1929; Kortenhorst, 1930<sup>2</sup>, 16-17.
14. Kortenhorst, 1932.
15. Kortenhorst, 1933<sup>1</sup>, 11-19.
16. Veeger, 1933<sup>2</sup>; Charitatieve Vereniging, JV 1935, 29-38; Mol, 1936; Charitatieve Vereniging, JV 1936, 36-40.
17. Charitatieve Vereniging, JV 1936, 39-49.
18. Insp. KZ-Charitatieve Vereniging, voordracht Kortenhorst voor de RK Gestichtsartsen, 3 november 1928.
19. Kortenhorst, 1933<sup>1</sup>, 11-12.
20. Kortenhorst, 1933<sup>1</sup>, 11-12.
21. Kortenhorst, 1933<sup>1</sup>, 13.
22. Kortenhorst, 1933<sup>2</sup>; 1934<sup>1</sup>.
23. Kortenhorst, 1948; Bless, 1970, 3.
24. Kortenhorst, 1931<sup>2</sup>.
25. Kortenhorst, 1933<sup>1</sup>, 15-16.
26. Charitatieve Vereniging, JV 1936, 19-20.
27. Charitatieve Vereniging, JV 1936, 36-40.
28. Mol, 1949.

## Hoofdstuk 8

1. Ned. Herv. Ver. GVG, JV 1935 en later; Vereniging voor Geestelijke Volksgezondheid op Gereformeerde Grondslag, JV 1935 en later.
2. Joh. van der Spek, 1936; Nationaal Protestants Centrum voor de Geestelijke Gezondheidszorg, JV 1967-1968, 5-6; Bulhof, 1983.
3. Joh. van der Spek, 1936; Ned. Ver. GVG, Gids 1936, 17-20; NFGV, Rapport 1940.
4. Binneveld, 1982, 115-116.
5. Dit waren in chronologische volgorde: Veldwijk te Ermelo (1886), Bloemendaal te Loosduinen (1892), Dennenoord te Zuidlaren (1895), Wolfheze te Wolfheze (1907), de Valeriuskliniek te Amsterdam (1920) en Vogelenzang te Bennebroek (1928) (Van der Esch, deel III, 1980, 25-29).
6. Leibbrandt, 1982.
7. In chronologische volgorde: Zon en Schild en Hebron te Amersfoort (1931), Licht en Kracht en Port Natal te Assen (1935), Hulp en Heil, later uitgebreid met Schakenbosch te Leidschendam (1949) (Van der Esch, deel III, 1980, 40).
8. Joh. van der Spek, 1936, 33-38.
9. Schutte, 1932; Beyerman, 1932.
10. H. Bouman, 1932.
11. H. Bouman, 1934; Piebenga, 1934; Hamaker, 1935; Van der Scheer, 1936; Beyerman, 1937; Elias, 1938.
12. Algemene Ned. Ver. Het Groene Kruis, JV 1932 en later; Beyerman, 1937; Elias, 1938.
13. Lubberman was tot zijn benoeming in 1919 als katholiek psychiater verbonden aan het Sint Anna Gesticht te Venray (Binneveld en Wolf, 1985).
14. Insp. KZ-Charitatieve Vereniging, briefwisseling Kortenhorst-Lubberman 28 april 1927 en 2 mei 1927.
15. Insp. KZ-Voor- en Nazorg, Vereniging van RK Gestichten en Inrichtingen voor Krankzinnigen en Zwakzinnigen; cie. ingesteld op 11 oktober 1927, rapport ongedateerd (1928).
16. Insp. KZ-Charitatieve Vereniging.

17. Droog, 1929, 7.
18. Kortenhorst, 1929.
19. Insp. kz-Charitatieve Vereniging, brief bestuur der Vereniging van rk Gestichtsartsen en van 5 geneesheer-directeuren aan bestuur van de Charitatieve Vereniging, ongedateerd (1930), blz. 2.
20. Idem, 3-4.
21. Idem, 4; de directeur van Voorburg hoorde ook tot de ondertekenaars.
22. Mol, 1949.
23. Mol, 1933.
24. Querido, 1973, 97.
25. Insp. kz-Charitatieve Vereniging, brief van de geneesheer-directeur van Voorburg aan de inspecteur van het Staatstoezicht op de Volksgezondheid te Nijmegen, 27 oktober 1932.
26. Insp. kz-Voor- en Nazorg, Vereniging van rk Gestichten en Inrichtingen voor Krankzinnigen en Zwakzinnigen, 'Rapport door de Commissie tot voorbereiding van een voor- en nazorgorganisatie t.b.v. rk zenuw- en zielszieken', december 1932.
27. Jansen, 1933.
28. Kat, 1930; Schuurmans Stekhoven, 1930.
29. Staatstoezicht op Krankzinnigen en Krankzinnigengestichten, Verslag 1932-1936, 19-22; Schuurmans Stekhoven, 1933.
30. Kortenhorst, 1929.
31. Prophylaxefonds, JV 1931 en later; Praeventiefonds, JV 1974, 5; Querido, 1980, 249.
32. Prophylaxefonds, JV 1931 e.v.
33. Prophylaxefonds, Rapport subcommissie, 18 november 1931; Bestuur, notulen vergadering 5 december 1931.
34. Schuurmans Stekhoven, 1933.
35. Veeger, 1933<sup>2</sup>.
36. Staatstoezicht op de Volksgezondheid, 1933.
37. Staatstoezicht op Krankzinnigen en Krankzinnigengestichten, Verslag 1932-1936, 21-22.
38. Idem, 20.
39. Putto, 1932; Staatstoezicht op Krankzinnigen en Krankzinnigengestichten, Verslag 1932-1936, 19.
40. Schuurmans Stekhoven, 1933, 250.
41. Bij dit gesprek waren van overheidszijde naast de directeur-generaal van de Volksgezondheid, L. Lietaert Peerbolte, de hoofdinspecteur voor de Volksgezondheid, R.N.M. Eykel, en alle andere inspecteurs voor de Volksgezondheid aanwezig. De inspecteur voor het Krankzinnigenwezen, Pameyer, was wel uitgenodigd, maar niet verschenen. Van particuliere zijde bestond het gezelschap uit: K.H. Bouman en F.S. Meijers namens de Nederlandse Vereniging voor Geestelijke Volksgezondheid; C.T. Kortenhorst namens de Charitatieve Vereniging; Joh. van der Spek en J. Hemmes namens de in de wording zijnde Nederlandse Hervormde Vereniging voor Geestelijke Volksgezondheid; Chr. Mol en C.J. Terwisscha van Scheltinga namens het Wit-Gele Kruis; J. Beyerman namens het Groene Kruis en H.C. Rümke en E.C. Lekkerkerker namens de Ned. Ver. van MOB's (NFGV, Cie. van voorbereiding, notulen 6 november 1933; NFGV, JV 1934, 1).
42. NFGV, Cie. van voorbereiding, notulen 6 november 1933; K.H. Bouman, 1938; Rümke, 1943; K.H. Bouman, 1946<sup>1</sup>, 83-85.
43. NFGV, Cie. van voorbereiding, notulen 6 november 1933, 4.
44. Idem, 4.
45. Idem, 5-6.

## Hoofdstuk 9

1. NFGV, JV 1934, 3.
2. NFGV, Cie. van voorbereiding, Statuten 1934, art. 2 en 3.
3. NFGV, Cie. van voorbereiding, Statuten 1934, art. 5.
4. Donner, 1959, 3-4; Waterink, 1959, 7-8.
5. NFGV, JV 1936, 3.
6. Voorzitters van het bestuur waren daarna: ds. J. Beyerman (1934-1936), mr. G.C.J.D. Kropman (1937-1940), dr. C. van den Berg (1940-1942), prof.dr. K.H. Bouman (1942-1948), dr. G. Kraus



- (1948-1952), prof.dr. A. Querido (1952-1967) en als laatste prof.dr. J. de Kock van Leeuwen (1967-1972). Lekkerkerker bleef tot 1953 secretaris (NFGV, JV 1934 en later).
7. NFGV, VVA, Werkplan 1934.
  8. Idem.
  9. NFGV VVA, notulen 22 oktober 1934, 2 november 1934, 8 oktober 1935; JV 1934 en later.
  10. In de commissie hadden zitting: de Provinciale Noord-Brabantse Bond Het Wit-Gele Kruis, de vereniging van het Algemeene Groene Kruis in Brabant, organisaties van het Buitengewoon Lager Onderwijs, de Brabantse Gestichten en Godshuizen, het Staatstoezicht op het Krankzinnigenwezen en de Inspectie der Volksgezondheid (Prov. N-Brabantse Bond, JV 1933 en later).
  11. Jansen, 1933; Binneveld en Wolf, 1985, 80-87.
  12. Prov. N-Brabantse Bond, JV 1941, 35.
  13. Ver. RK Gestichten en Inrichtingen voor Krankzinnigen, Jaarboek 1936.
  14. Idem.
  15. Staatstoezicht op Krankzinnigen en Krankzinnigengestichten, Verslag 1932-1936, 92.
  16. Staatstoezicht op Krankzinnigen en Krankzinnigengestichten, Verslag 1932-1936, 92.
  17. Prov. N-Brabantse Bond, JV 1936 en later; Meijers, 1939, 32-33.
  18. Ver. RK Gestichten en Inrichtingen voor Krankzinnigen en Zwakzinnigen, 8e Jaarboek, 1936, 310-312; Prov. N-Brabantse Bond, JV 1936 en later.
  19. Janssens, 1936.
  20. Prov. N-Brabantse Bond, JV 1936 en later.
  21. Chorus, 1941, 37.
  22. Lekkerkerker, 1939, 34-37.
  23. Meijers, 1939, 30-31; Medische Studie Commissie, 1947.
  24. Prov. N-Brabantse Bond, JV 1941, 137; 1945, 79.
  25. NFGV, Rapport 1940, 27; Medische Studie Commissie, 1947.
  26. Meijers, 1939, 33; Philips, 1960, 205-206; Marlet, 1964, 37.

## Hoofdstuk 10

1. NFGV, JV 1934 t/m 1940.
2. NFGV, Bestuur, notulen 11 september 1934.
3. NFGV, Cie. van voorbereiding, Statuten 1934, art. 4.
4. NFGV, VVA, notulen 22 oktober 1934; Verg. bestuur, notulen 12 november 1936 en 11 januari 1937; brief van het bestuur van het Prophylaxefonds aan de secretaris van het bestuur van de NFGV, 26 november 1939.
5. NFGV, Bestuur, notulen 1934 en later.
6. NFGV, Bestuur, notulen 4 oktober 1937.
7. NFGV, VVA, 25 april 1938, 1-2.
8. NFGV, VVA, Samenvatting van de regelen betreffende het subsidie uit het Prophylaxefonds, 1939.
9. NFGV, VVA, Toelichting bij de agenda en notulen, 24 februari 1941.
10. NFGV, Bestuur, 9 november 1937, 4.
11. NFGV, VVA, Samenvatting van de regelen betreffende het subsidie uit het Prophylaxefonds, 1939, 4.
12. NFGV, Rapport 1940, 22 en 72.
13. NFGV, Rapport 1940, 22 en 58.
14. NFGV, Rapport 1940, 22.
15. NFGV, Rapport 1940, 23-25. Als het Instituut voor Medische Psychologie toen bestaan had, was het waarschijnlijk wel genoemd. Deze opvatting is niet alleen gebaseerd op de verdere ontwikkelingen, maar ook op het feit dat in de oprichtingsakte van dit instituut als een soort spiegelbepaling van het landelijk beleid de oprichting en instandhouding van zowel een instituut voor psychotherapie als een Medisch Opvoedkundig Bureau én een Bureau voor Levens- en Gezinsmoeilijkheden was opgenomen (IMP, Statuten 1940).
16. NFGV, Bestuur, notulen 14 november 1938.
17. NFGV, Bestuur, brief van E. Lekkerkerker aan de voorzitter van de NFGV J. Beyerman, 25 maart 1940.
18. NFGV, Rapport 1940, 4-5.

19. NFGV, VVA, notulen 18 november 1940, 5.
20. Idem.
21. NFGV, Rapport 1940, 22.
22. NFGV, VVA en Bestuur, notulen 1934 en later.
23. Ned. Ver. MOB's, JV 1938, 4 en JV 1939, 1.
24. NFGV, Bestuur, brief van de drie katholieke lidinstellingen van de NFGV aan het bestuur van de NFGV, 31 januari 1938; NFGV, Bestuur, notulen april 1938; NFGV, VVA, notulen 25 april 1938; NFGV, VVA, Hoofdpunten voor een subsidieplan z.j. (1938); NFGV, VVA, notulen 14 november 1938; Nationale Federatie Het Wit-Gele Kruis, JV 1938, 6-7.
25. NFGV, Bestuur, brief van de katholieke lidinstellingen van het NFGV aan het bestuur van de NFGV, 3 november 1939; NFGV, VVA, 6 november 1939; Nationale Federatie Het Wit-Gele Kruis, JV 1939, 20-21.
26. NFGV, VVA, notulen 18 november 1940.
27. NFGV, Rapport 1940, 71.
28. NFGV, Rapport 1940, 72.
29. NFGV, JV 1940.

## DEEL II

### Hoofdstuk I

1. Telderstichting, 1963, 50-61.
2. Cie. Van Rhijn, deel III, 103-104.
3. Telderstichting, 1953, 54 e.v.; Juffermans, 1982, 152-168.
4. Ziekenfondswet, St.b. 1964, 392; Juffermans, 1982, 148-149.
5. Groeneveld, 1940, 128-133.
6. Brenkman en Neurdenburg, 1941; Ausems, 1946.
7. Rooms-Katholieke Artsenvereniging, 1940.
8. Querido, 1973.
9. Mol, 1941.
10. Mol, 1945.
11. Cie. Van Rhijn, 1945, deel I, 1-5 en deel III, 50-56.
12. Mol, 1945, 22; Medisch Contact, 1945.
13. Veldkamp, 1968, 111-112 en 129.
14. Ned. St.crt. 1945, 85; NFGV, Bestuur, brief aan de minister van Sociale Zaken, 27 oktober 1945.
15. De Vreeze, 1968, 6.
16. Bartels, 1950, 105 e.v.; De Vreeze, 1968; Juffermans, 1982, 139-152.
17. Juffermans, 1982, 139-148.
18. Cie. Banning, 1946, 1-5.
19. Cie. Banning, 1946.
20. Festen, 1974, 495.
21. Bartels, 1950, 117.
22. Cie. Banning, 1946, 1.
23. Kruijt en Goddijn, 1962; Thurlings, 1971, 115-119; Van Doorn, 1977; Bosman, 1982, 269-282; Stuurman, 1983.
24. Oldendorff, 1948.
25. Loeff, 1949.
26. Gijsselhart e.a. 1975.
27. De Vreeze, 1955; 1968, 7.
28. Thurlings, 1971, 116.
29. Centrum, 1950, 10.
30. Centrum, 1950, 9-19.
31. Centrum, 1950, 31-32.
32. Centrum, 1950, 26.
33. Centrum, 1950, 28-29.

34. Centrum, 1950, 29.
35. Centrum, 1950, 25-27 en 35-37.
36. Centrum, 1950, 37-39.
37. Querido, 1973, 107-109.
38. Centrum, 1950, 28-30.
39. De Vreeze, 1968, 7.
40. De Vreeze, 1968, 6-7.
41. Gijsselhart e.a. 1976.
42. Gezondheidswet, St.b. 1956, no. 51.
43. Querido, 1973.
44. Dolman, 1964, 33; Kocken en Boone, 1968.
45. Wet op het Praeventiefonds, St.b. 1950, no.k. 259, art. 1.
46. Mol, 1947<sup>1</sup>.
47. P.A.F. van der Spek, 1952, 250.
48. Idem.
49. Praeventiefonds, JV 1950 en verder.
50. Dolman, 1964, 202-206.
51. Dolman, 1964.
52. Van der Grinten, 1979<sup>1</sup>.

## Hoofdstuk 2

1. NFGV, VVA, notulen 8 oktober 1935, 5.
2. Dr. C. van den Berg, econoom, directeur-generaal van de Volksgezondheid van 1936 tot 1949. Vanaf die datum directeur-generaal Internationale Volksgezondheidszaken. Van den Berg was daarnaast onder andere redactielid van het *Maandblad voor de Geestelijke Volksgezondheid* van 1946 tot 1963 (Bron: MGv, 1946 e.v.).
3. NFGV, Bestuur, Verslag bijeenkomst Nederlandse Vereniging voor Geestelijke Volksgezondheid, 22 augustus 1940.
4. NFGV, VVA, memorandum 1940 en notulen 8 november 1940, 2-3.
5. NFGV, VVA, notulen 18 november 1940, 2-3; JV 1940, 4.
6. Dit laatste deed hij overigens vooralsnog alleen ter vervanging van Van den Berg, die in 1942 door de Duitsers gedwongen was zijn directoraat-generaal van de Volksgezondheid op te geven. Om zijn opvolging als voorzitter van de Federatie door de collaborerende nieuwe directeur-generaal voor te zijn, nam Bouman het voorzitterschap op zich, terwijl Van den Berg wel actief bleef in het bestuur (NFGV, JV 1944-1945, K.H. Bouman, 1946<sup>2</sup>, 158 en 1947, 8; Van den Berg, 1947, 357).
7. Ned. Ver. GVG, JV 1930 e.v.
8. NFGV, VVA, notulen 18 november 1940, 3.
9. NFGV, Bestuur, notulen 24 februari 1941.
10. NFGV, Bestuur en VVA, notulen 1941-1944; Prophylaxefonds, Verslagen over de jaren 1944, 1945, 1946 en 1947.
11. NFGV, Kleine Commissie.
12. NFGV, Kleine Commissie, memorandum Lekkerkerker, 1943, 1.
13. NFGV, Kleine Commissie, memorandum Lekkerkerker, 1943.
14. NFGV, Kleine Commissie, memorandum Lekkerkerker, 1943.
15. NFGV, Kleine Commissie, memorandum Lekkerkerker, 1943.
16. NFGV, Kleine Commissie, memorandum Lekkerkerker, 1943.
17. NFGV, Kleine Commissie, notulen en aantekeningen, 24 november 1943 en later.
18. NFGV, Kleine Commissie, notulen 1943 en later.
19. K.H. Bouman, 1947, 8.
20. NFGV, JV 1945.
21. NFGV, Bestuur, brief van E. Lekkerkerker, mede namens K.H. Bouman en C. van den Berg, aan de bestuursleden van de NFGV, 7 juli 1945.
22. NFGV, VVA, brief met bijlagen aan de lidinstellingen van de NFGV, 21 juli 1945.
23. NFGV, VVA, notulen 13 oktober 1945, 1.

24. NFGV, Statuten 1945, artikel 5.
25. NFGV, VVA, 11 december 1945. Koninklijke goedkeuring werd verkregen op 3 oktober 1946; NFGV, JV 1946, 6.
26. NFGV, Kleine Commissie, notulen; VVA, bijlage bij agenda 13 oktober 1945 en 11 december 1945.
27. NFGV, JV 1945, 3.
28. NFGV, JV 1951, 3-4; 1952, 4.
29. NFGV, JV 1951, 3-4; 1952, 4.
30. NFGV, JV 1945 en later.
31. World Federation for Mental Health, 1948, 5.
32. Rümke, 1953, 220; 1958, 34.
33. Rümke, 1953, 220-221; 1958, 34-35.
34. Trimbos, 1959, 282.
35. World Federation for Mental Health, 1948, 31-32.
36. Lekkerkerker, 1948<sup>2</sup>, 360.
37. Rümke, 1953, 219-221.
38. World Federation for Mental Health, 1948, 5.
39. Rümke, 1953, 220.
40. Aan de voorbereidingsconferentie met 24 deelnemers hadden twee Nederlanders deelgenomen, nl. A. Querido en de leider van de afdeling voor de geestelijke hygiëne van het Nederlands Instituut voor Preventieve Geneeskunde J. Koekebakker (World Federation for Mental Health, 1948, 2-3), terwijl van de 12 hoofdsprekers op het congres er niet minder dan 3 uit Nederland kwamen, namelijk H.C. Rümke, J. Koekebakker en E. Lekkerkerker (Lekkerkerker, 1948, 361). Bovendien werd Rümke lid van de *executive board* in 1948 en zelfs president van de World Federation for Mental Health in 1953-1954 (Rümke, 1958, 32).
41. Lekkerkerker, 1948<sup>1</sup>, 133.
42. NFGV, JV 1945 en later.
43. Van Lieshout, 1985.
44. NFGV, Gids 1949, 3.
45. NFGV, VVA, bijlage bij de brief van E. Lekkerkerker, mede namens C. van den Berg en K.H. Bouman, aan de lidinstellingen van de NFGV, 21 juli 1945.
46. NFGV, JV 1946, 3-4; NFGV, Secties, notulen 1946 en later.
47. NFGV, JV 1945 en later.
48. Nationaal Protestants Centrum voor de Geestelijke Gezondheidszorg, JV 1967-1968, 6.
49. Donner, 1959, 4-5.
50. In het bestuur had daarnaast ook zitting de in 1946 benoemde inspecteur voor de Geestelijke Volksgezondheid P.A.F. van der Spek. Buytendijk, De Vreeze en P.A.F. van der Spek vormden het dagelijks bestuur van de katholieke Centrale Vereniging (Charitatieve Vereniging, JV 1947-1948).
51. Charitatieve Vereniging en katholieke Centrale Vereniging, JV 1947-1948 e.v.
52. Charitatieve Vereniging, JV 1947-1948, 1.
53. Charitatieve Vereniging en katholieke Centrale Vereniging, JV 1947-1948 e.v.
54. Suër, 1969; Bless 1970.
55. Charitatieve Vereniging en katholieke Centrale Vereniging, JV 1947-1948 e.v.
56. NFGV, Bestuur, notulen 23 augustus 1945, 2.
57. NFGV, Bestuur, notulen 30 oktober 1945, 2.
58. NFGV, Bestuur, notulen 30 oktober 1945, 2.
59. NFGV, VVA, notulen 11 december 1945; Advies 1945, 10.
60. NFGV, Advies 1945, 3.
61. NFGV, Advies 1945, 12.
62. NFGV, JV 1945 en later.
63. Handelingen Voorlopige Staten-Generaal 1945-1946, bijlage A, Rijksbegroting 1946, hoofdstuk XII, afd. v, art. 51, nr. 1, blz. 3, en Memorie van Toelichting, nr. 2, blz. 11-12.
64. Handelingen Voorlopige Tweede Kamer Staten-Generaal 1945-1946, bijlage A, Rijksbegroting 1946, hoofdstuk XII, afd. v, art. 51, nr. 1, blz. 3; Handelingen Tweede Kamer der Staten-Generaal 1952-1953, bijlage A, Rijksbegroting 1952, hoofdstuk XII, afd. v, nr. 1, blz. 3.
65. Rijk-gvg.
66. P.A.F. van der Spek, psychiater, 1907-1983, was van 1946 tot 1954 geneeskundig inspecteur in

algemene dienst bij de Inspectie op de Volksgezondheid, in het bijzonder belast met de Geestelijke Volksgezondheid. Hij was daarvoor werkzaam geweest als psychiater bij de GG en GD van Amsterdam ter vervanging van A. Querido als leider van de afdeling Geestes- en Zenuwzieken van de GG en GD te Amsterdam gedurende enkele oorlogsjaren. Hij bleef daarna nog tot december 1946 in dienst van de GG en GD te Amsterdam. Hij was daarnaast als psychiatrisch consultant verbonden aan het katholieke Amsterdamse Bureau voor Opvoedingsmoeilijkheden en het Centrum Katholieke mob's. Hij was lange tijd de enige katholieke psychiater in Amsterdam. Van der Spek bleef inspecteur van 1946 tot 1954, waarna hij geneesheer-directeur werd van de psychiatrische inrichting Sint Bavo te Noordwijkerhout. Hij was van 1946 tot 1961 lid van de redactie van het *Maandblad voor de Geestelijke Volksgezondheid* (Kath. St. vvg A'dam, JV 1952; Afd. Geestes- en Zenuwzieken GG en GD Amsterdam, Verslag over 1938-1942, 3; JV 1943, 11; JV 1946, 15; MGV, 38 (1983), no. 12, 1390).

67. In concreto waren dit de twee inspecteurs J.H. Pameyer, 1930-1954 en J.H.M. Koenen, 1935-1956, aan wie A.L.C. Palies werd toegevoegd, 1948-1965 met een onderbreking in 1956, en P.J. Piebenga, 1952-1962 (Van der Esch, 1975, 91-92).
68. Querido, 1965<sup>1</sup>, 58-59.
69. Wet op het Praeventiefonds 1950, Memorie van Toelichting.
70. Praeventiefonds, Verslag 1 september-31 december 1950; JV 1951 en volgende jaren.

### Hoofdstuk 3

1. NFGV, Kleine Commissie, notulen november 1943 en later.
2. NFGV, Bestuur, notulen 23 augustus 1945, 8-9.
3. De volgende personen hebben een bijdrage aan de opstelling van het beleidsplan van de NFGV geleverd: J.A.J. Barnhoorn, inmiddels hoofd sectie Geestelijke Gezondheidszorg van de Geneeskundige Dienst van de Koninklijke Nederlandsche Landmacht; C. van den Berg, die weer in de functie van directeur-generaal van de Volksgezondheid was getreden; K.H. Bouman; C.F. Engelhard, geneesheer-directeur van de psychiatrische inrichting Willem Arntsz Hoeve, preadviseur over het onderdeel verpleging en voor- en nazorg van geesteszieken; Th. Hart de Ruyter, sinds 1946 kinderpsychiater van de GG en GD van Amsterdam en daarvoor werkzaam bij het mob Zaanstreek, preadviseur over de geestelijke hygiëne van het kind; J.H. van der Hoop, privaat-docent psychotherapie aan de Universiteit van Amsterdam en mededirecteur van het IMP, preadviseur over preventie en psychotherapeutische hulp aan volwassenen; J. Kat, oud-directeur van de psychiatrische inrichting het Apeldoornsche Bosch, preadviseur over organisatie en wetgeving; J. Koekebakker, hoofd van de afdeling voor Geestelijke Gezondheid van het Instituut voor Preventieve Geneeskunde; E.C. Lekkerkerker; A. Querido, leider van de afdeling voor Geestelijke Hygiëne van de GG en GD van Amsterdam, preadviseur over organisatie en zorg voor asociale gezinnen; H.C. Rümke, preadviseur over kadervorming; P.H.C. Tibout, preadviseur over geestelijke hygiëne voor het kind (NFGV, Bestuur, notulen 23 augustus 1945; JV 1945, 10; Querido, 1946, 91).
4. Querido, 1939.
4. J. Kat, arts, 1871-1957. Van 1898 tot 1907 geneesheer aan het Rijkskrankzinnigengesticht te Medemblik, van 1907 tot 1914 geneesheer-directeur van het Rijkskrankzinnigengesticht Grave, van 1914 tot aan zijn pensionering in 1936 geneesheer-directeur van de joodse psychiatrische inrichting het Apeldoornsche Bosch. Daarnaast was hij voorzitter van de Wilhelminastichting te Apeldoorn, en ondervoorzitter van de Vereniging van onderwijzers en artsen, werkzaam aan inrichtingen voor onderwijs aan achterlijke en zenuwzwakke kinderen (*Haags Maandblad*, 18 (1932), no 5, achter blz. 555; Meijers, 1933, 138; In memoriam J. Kat, MGV 12 (1957), blz. 284).
5. Centraal Israëlitisch Krankzinnigengesticht in Nederland, JV 1930, 113; Wilhelminastichting, JV 1936; JV 1938, 5-6; Medische Studie Commissie 1947, 3.
6. Kat, 1930, 1932.
7. Querido, 1945.
8. Querido, 1939.
9. Kat, 1930; Schuurmans Stekhoven, 1930.
10. Querido, 1939.
11. Querido, 1945.

12. Cie. Kraus, voordracht Querido, 1945; Querido, 1947.
13. Querido, 1945, 58.
14. Querido, 1945, 59.
15. Querido, 1945, 58.
16. Querido, 1945, 59.
17. Querido, 1939.
18. Querido, 1945, 60.
19. Cie. Kraus, voordracht Querido, 1945, 8.
20. Querido, 1945, 59-60; Cie. Kraus, voordracht Querido, 1945, 3-8.
21. Querido, 1945, 60.
22. Cie. Onderzoek Amsterdam, 1930.
23. Cie. Kraus, voordracht Querido, 1945, 8-9.
24. Querido, 1967.
25. Kat, 1945.
26. Kat, 1945.
27. Kat, 1945, 5.
28. Kat, 1945, 5.
29. Kat, 1946.
30. Kat, 1946, 129.
31. Kat, 1945, 4.
32. NFGV, Bestuur, notulen 30 oktober 1945.
33. NFGV, Bestuur, bijlagen en notulen vergadering 30 oktober 1945.
34. NFGV, Bestuur, notulen 30 oktober 1945, 2.
35. NFGV, Bestuur, notulen 30 oktober 1945, 2-4.
36. NFGV, Advies 1945.
37. NFGV, Advies 1945, 5-6.
38. NFGV, Advies 1945, 1.
39. K.H. Bouman, 1946, 160.
40. NFGV, Bestuur, brief Gezondheidsraad aan de minister van Sociale Zaken, 2 april 1946; brief van de Centrale Commissie voor de Volksgezondheid aan de minister van Sociale Zaken, 18 juli 1946; een bespreking van het commentaar van de Gezondheidsraad is ook aan te treffen in: *Verslagen en Mededeelingen betreffende de Volksgezondheid*, 1948, 1002-1003.
41. Cie. Kraus, voordracht Pameyer, 1945, 7.
42. Havermans, 1946<sup>1</sup>.
43. Havermans, 1946<sup>1</sup>, 151.
44. Havermans, 1946<sup>1</sup>, 153.
45. Havermans, 1946<sup>1</sup>, 157.
46. Havermans, 1946<sup>1</sup>, 175.
47. Havermans, 1946<sup>2</sup>; Havermans en Schmidt, 1946.
48. Meyknecht, 1946.
49. Medische Studie Commissie, 1947, 1-2.
50. Meyknecht, 1946, 270.
51. Medische Studie Commissie, 1947.
52. Medische Studie Commissie, 1947.
53. Meyknecht, 1946, 275.
54. Van Loon, 1947; Manse, 1947; Mol 1947<sup>2</sup>.
55. Du Bocuff, 1947; A. Bouman, 1947.
56. A. Bouman, 1947, 75.
57. A. Bouman, 1947, 75.
58. Nationaal Congres Geestelijke Volksgezondheid, 1947, deel I en II.
59. Manse, 1947, 111-112.
60. Kat, 1946.
61. Redactioneel, 1946, 123.
62. Lekkerkerker, 1946.
63. Lekkerkerker, 1946, 174.
64. Lekkerkerker, 1946, 174.

65. Lekkerkerker, 1946, 175-177.
66. Lekkerkerker, 1946, 175.
67. Lekkerkerker, 1946, 175.
68. Lekkerkerker, 1946, 175.
69. Lekkerkerker, 1946, 175.
70. Lekkerkerker, 1946, 176-178.
71. NFGV, Bestuur, brief Centrale Commissie voor de Volksgezondheid aan de minister van Sociale Zaken, 18 juli 1946.
72. Querido, 1946.
73. Sillevius Smitt en Jansen, 1971, 5-61.
74. Cie. Kraus, Ned. Ver. voor Psychiatrie en Neurologie, Verslag Jaarvergadering 15 december 1945.
75. Cie. Kraus, briefwisseling tussen Cie. Kraus en secr. NFGV, en tussen secr. NFGV en C. Manse, 4 april 1946, 25 april 1946, 11 mei 1946, 17 mei 1946.
76. De Cie. Kraus had de volgende samenstelling: G. Kraus voorzitter en A. Querido secretaris, J.A.J. Barnhoorn, C.F. Engelhard, B.C. Hamer, geneesheer-directeur van de psychiatrische inrichting Veldwijk, Th. Hart de Ruyter, J. Koekebakker, W.M. van der Scheer, Joh. van der Spek, J. Veraart, arts en geneesheer-directeur van de psychiatrische inrichting Sint Anna te Venray en tenslotte J.H. Pameyer als adviserend lid. Later werd aan de commissie toegevoegd mr. C.J. Goudsmit, referendaris bij het ministerie van Sociale Zaken, terwijl het secretariaat werd waargenomen door mr. F. Jansen, secretaris bij de NFGV (Cie. Kraus, Wetsvoorstel, 1948, 1).
77. Cie. Kraus, notulen 26 april 1946.
78. Cie. Kraus, voordracht Barnhoorn, 1945.
79. Cie. Banning, 1946.
80. Cie. Kraus, notulen 8 november 1946.
81. Cie. Banning, 1946, 30.
82. Cie. Banning, 1946, 30-32.
83. Cie. Kraus, notulen 8 november 1946, 2-3.
84. Cie. Kraus, notulen 4 november 1947, 3.
85. Cie. Kraus, memorandum A. Querido en Th. Hart de Ruyter, 1948.
86. Cie. Kraus, Wetsvoorstel, 1948, 352.
87. Cie. Kraus, voordracht Pameyer, 1945, 3.
88. Cie. Kraus, memorandum Pameyer, 1946.
89. Cie. Kraus, notulen 4 oktober 1946, 8 november 1946, memorandum A. Querido en Th. Hart de Ruyter, 1948.
90. Cie. Kraus, Wetsvoorstel, 1948, 352.
91. Cie. Kraus, Wetsvoorstel, 1948, 352.
92. Cie. Kraus, Wetsvoorstel, 1948, 360.
93. Cie. Kraus, memorandum A. Querido en Th. Hart de Ruyter, 1948, 2.
94. Cie. Kraus, Wetsvoorstel, 1948, 349.
95. Cie. Kraus, Wetsvoorstel, 1948.
96. Querido, 1948<sup>2</sup>; Querido, 1948<sup>3</sup>; Janssen, 1948; Antonia Wilhelminafonds, Verslag Conferentie 1 oktober 1949.
97. Ned. St.crt., Beschikking Afdeling Volksgezondheid, Ministerie van Sociale Zaken, 17 juni 1948, no. 116.
98. Idem, considerans en art. 4.
99. Idem, art. 2.
100. Cie. Kraus, Rapport betreffende een ontwerp wettelijke regeling der geestelijke volksgezondheid, juni 1949.
101. Reorg. cie. gVG, 1949, 668.
102. Reorg. cie. gVG, 1949, 665.
103. Ned. St.crt., Beschikking Afdeling Volksgezondheid, Ministerie van Sociale Zaken, 17 juni 1948, no. 116, art. 2; NFGV, Bestuur, brief ministerie van Sociale Zaken aan bestuur NFGV, 12 juli 1948 en 8 oktober 1948; NFGV, brief aan de secretaris-generaal van het Wit-Gele Kruis, 30 september 1949; Kroniek MGv, 4 (1949) no. 286-287.
104. Reorg. cie. gVG, Verslagen en nota's, 10 oktober 1949 en later.

105. Reorg. cie. GVG, Verslagen en nota's Sectie I, oktober 1949 tot 3 september 1954; Querido, 1980, 182-183; Van der Klippe, 1984, 22 e.v.

#### Hoofdstuk 4

1. Centrale Vereniging, JV 1948, 5.
2. Meijers, 1950.
3. KNBGG, JV 1959.
4. GG en GD te Amsterdam, JV 1952, 71.
5. Joodse consultatiebureaus, JV 1952; Vereniging tot Christelijke Verzorging, JV 1952, 196-199; Herv. St. GVG A'dam, JV 1952, 43 en 7; Kath. St. GVG A'dam, JV 1952.
6. NFGV, Gids 1958.
7. NFGV, Gids 1962; Gids 1968; Besluit Ziekenfondsraad Sociaal Psychiatrische Diensten, Ned. St.crt. 8 december 1971, no. 238.
8. Van der Grinten, 1987, hoofdstuk 1.
9. Vereniging tot Christelijke Verzorging, JV 1952, 196-199 en 202; Vereniging tot Christelijke Verzorging van Geestes- en Zenuwzieken, 1984, 194 en 340-341.
10. Cie. Utrecht, 1954, 6.
11. Van der Grinten, 1987, hoofdstuk 1.6.
12. Hut e.a. 1961, 154.
13. NFGV, Gids 1949, 21; Cie. Utrecht, 1954, 5-7.
14. Cie. Utrecht, 1954, 6; Hut e.a., 1961, 154-155.
15. Buitendienst Maasoord, brief W.L. van Dam, geneesheer-leider van de buitendienst, aan de geneesheer-directeur van Maasoord, Joh. van der Spek, 2 maart 1948.
16. Buitendienst Maasoord, brief J.H. Pameyer aan de geneesheer-directeur, Joh. van der Spek, 8 maart 1948.
17. Buitendienst Maasoord, brief geneesheer-directeur Maasoord, Joh. van der Spek, aan de wethouder voor de Volksgezondheid van Rotterdam, tevens voorzitter van de Commissie voor de Psychiatrische Inrichting Maasoord, 17 maart 1948.
18. GG en GD te Rotterdam, JV 1951, 5; JV 1952 en later.
19. Van der Grinten, 1987, hoofdstuk 1.
20. Ziekenfondswet, St.b. 15, oktober 1964, no. 392.
21. Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, St.b. 14 december 1967, no. 617.
22. Van der Grinten, 1987, hoofdstuk 1.
23. Van der Grinten, 1987, hoofdstuk 1.
24. St. GVG Noord-Holland, Verslag tot 1 juli 1949, 4-6.
25. St. GVG Noord-Holland, JV 1949, 10.
26. St. GVG Noord-Holland, Verslag tijdvak tot 1 juli 1949, 13-14.
27. St. GVG Noord-Holland, Verslag tijdvak tot 1 juli 1949, 14.
28. St. GVG Noord-Holland, Verslag 1949, 10.
29. St. GVG Noord-Holland, Verslag 1949, 10-11.
30. Van der Grinten, 1987, hoofdstuk 1.
31. Mastboom, 1981, 34-54.
32. Van der Grinten, 1987, hoofdstuk 1.
33. Mol, 1941.
34. Van der Grinten, 1987, hoofdstuk 1.10.
35. Van der Grinten, 1987, hoofdstuk 1.
36. Van der Grinten, 1987, hoofdstuk 1.
37. Van der Grinten, 1987, hoofdstuk 1.
38. Meijers, 1947, 81-84; Querido, 1949.
39. Sociaal Psychiatrische Dienst in Drenthe, JV 1953.
40. Rijksregeling Subsidievoorwaarden Sociaal Psychiatrische Diensten, Ned. St.crt. 19 juni 1961, no. 1116.



## Hoofdstuk 5

1. Ned. Fed. MOB's, JV 1941 en volgende jaren.
2. Ned. Fed. MOB's, JV 1944-1945 en later.
3. Lekkerkerker, 1955, 338.
4. Ned. Fed. MOB's, JV 1947; JV 1952, 23-24.
5. Lekkerkerker, 1947<sup>3</sup>.
6. Het eerste cursusjaar van de opleiding tot psychiatrisch sociaal werkster ontwikkelde zich al snel tot een meer algemene psychiatrisch-psychologische oriënteringscursus voor het maatschappelijk werk. Nog verdere betekenis kreeg de cursus toen deze in 1951 tot onderbouw werd aangemerkt voor de zgn. Topcursus voor supervisoren en leidinggevende maatschappelijk werkenden. Met deze opleiding had de federatie het pionierswerk verricht in de specialisering van het maatschappelijk werk, in het bijzonder met de methode van het *social casework* (Ned. Fed. MOB's, JV 1944-1945 en later; Ongerboer, 1947; Moltzer, 1954; Lekkerkerker, 1955 en 1958).
7. Lekkerkerker, 1952<sup>2</sup>.
8. Ned. Fed. MOB's, JV 1944-1945 en later; Lekkerkerker, 1952<sup>1</sup>, 44.
9. Ned. Fed. MOB's, JV 1942 en later.
10. Ned. Fed. MOB's, JV 1947, 5-6.
11. Ned. Fed. MOB's, JV 1947 e.v.; memorandum Lekkerkerker, 19 september 1958.
12. Ned. Fed. MOB's, JV 1948 e.v.; memorandum Lekkerkerker, 19 september 1958.
13. Ned. Fed. MOB's, JV 1952.
14. Ned. Fed. MOB's, JV 1950, 9 en 22-23; JV 1951, 10; JV 1952, 17.
15. Ned. Fed. MOB's, JV 1952, 23.
16. Ned. Fed. MOB's, JV 1952, 16.
17. Ned. Fed. MOB's, JV 1952, 16.
18. Ned. Fed. MOB's, JV 1938, 4; JV 1939, 1.
19. Ned. Fed. MOB's, Subs. Noord-Holland.
20. Ned. Fed. MOB's, brief bestuur aan G.S. Zuid-Holland, 10 oktober 1940.
21. Ned. Fed. MOB's, brief van G.S. Zuid-Holland aan bestuur, 4 februari 1941.
22. Ned. Fed. MOB's, Bestuur, notulen februari en maart 1941; JV 1941, 1.
23. Ned. Fed. MOB's, Subs. Noord-Holland, brief van het federatiebestuur aan G.S. van Noord-Holland, 19 juni 1941.
24. Ned. Fed. MOB's, Subs. Noord-Holland, brief commissaris Noord-Holland aan bestuur, 31 oktober 1941; brief bestuur aan commissaris 20 juni 1944; JV 1942 en later.
25. Ned. Fed. MOB's, Financiële stukken, memoranda financiering van MOB's, z.j. (1946, 1947, 1948).
26. In de periode 1940-1952 steeg de gemeentelijke subsidie voor de federatiebureaus niet uit boven gemiddeld 15% van de totale inkomsten; voor de provinciale subsidie was dit 7% (Van der Grinten, 1987 hoofdstuk 2).
27. Ned. Fed. MOB's, Financiële stukken, brieven 1944-1945.
28. Ned. Fed. MOB's, Financiële stukken, concept-brief bestuur aan het departement van Sociale Zaken, afd. VG eind 1945; brief bestuur aan geneeskundig hoofdinspecteur 24 december 1945.
29. Ned. Fed. MOB's, Financiële stukken, brief van de minister van Sociale Zaken aan het bestuur, 16 december 1946; JV 1946, 4.
30. Handelingen Voorlopige Staten-Generaal 1945-1946, bijlage A, Rijksbegroting 1946, hoofdstuk XII, afd. v, art. 51, nr. 1, blz. 3, en Memorie van Toelichting, nr. 2, blz. 11-12; Handelingen Tweede Kamer der Staten-Generaal 1946-1947, bijlage A, Rijksbegroting 1947, hoofdstuk XII, afd. v, nr. 3, blz. 2; Rijksbegroting 1948 en volgende jaren.
31. NFGV, Advies 1945.
32. Rijk-gvg, brieven van de hoofdinspecteur voor de Volksgezondheid aan de minister van Sociale Zaken, 27 maart 1946, 20 november 1946, 31 december 1946 en 19 maart 1947.
33. Rijk-gvg, brief C. Banning aan de minister van Volksgezondheid, 27 maart 1946 en 31 december 1946.
34. Rijk-gvg, brieven geneeskundig hoofdinspecteur aan de minister van Sociale zaken, 27 maart 1946, 20 november 1946, 31 december 1946 en 19 maart 1947.
35. Hierover kwamen zelfs in 1953 nog vragen van verzuilde consultatiebureaus, in dit geval protes-

- tantse, die de inspecteur dwongen om plechtig te verklaren dat het federatiebureau absoluut niet als uitgangspunt voor de subsidie werd gehanteerd maar dat ook andere consultatiebureaus voor kinderen in aanmerking kwamen. Praeventiefonds gvg, C. Banning in een brief d.d. 15 april 1953, 3, aan de secretaris van het Praeventiefonds, waarin hij deze beleidslijn van de rijksoverheid uiteenzette en wat betreft de inspectie, verwees naar het artikel over het MOB van de hand van P.A.F. van der Spek in het *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde* (P.A.F. van der Spek, 1949).
36. Handelingen Tweede Kamer der Staten Generaal 1949-1950, bijlage A, Rijksbegroting 1950, hoofdstuk XII, afd. V, Memorie van Toelichting nr. 2, blz. 8; Handelingen Tweede Kamer der Staten Generaal, 1950-1951, bijlage 8, Rijksbegroting 1951, hoofdstuk XII, afd. V, Memorie van Toelichting, nr. 2, blz. 16-17, idem, Voorlopig Verslag, nr. 7, blz. 46 en Memorie van Antwoord, nr. 7, blz. 46.
  37. Rijk-gvg, brief geneeskundig hoofdinspecteur aan de minister van Sociale Zaken, 5 oktober 1949, 1; Ned. Fed. MOB's, Bestuur, notulen 31 januari 1950; Praeventiefonds gvg.
  38. P.A.F. van der Spek, 1952.
  39. Ned. Fed. MOB's, JV 1948 en later.
  40. Het was niet meer een vereniging die zich ten doel stelde 'de oprichting en instandhouding van medisch opvoedkundige bureaus te bevorderen de gemeenschappelijke belangen dezer bureaus te behartigen', zoals de statuten uit 1937 nog aangaven, maar slechts een vereniging, ten doel hebbende 'de behartiging van de belangen der medisch opvoedkundige bureaus' (Ned. Fed. MOB's, Statuten 1952, art. 1). De statutaire middelen van de vereniging waren weliswaar niet aangepast (Ned. Ver. MOB's, Statuten 1952, art. 3), maar de naam was wel in overeenstemming met de nieuwe doelstelling veranderd: Nederlandse Federatie van Medisch Opvoedkundige Bureaus (Ned. Fed. MOB's, JV 1952, 14).
  41. Lekkerkerker, 1952<sup>1</sup>, 22-28; Lekkerkerker, 1952<sup>2</sup>.
  42. Van der Grinten, 1987, hoofdstuk 2.2
  43. Ned. Fed. MOB's, bestuur, notulen 31 mei 1951.
  44. Ned. Fed. MOB's, Richtlijnen, z.j., 1-2.
  45. Ned. Fed. MOB's, Richtlijnen, z.j., 2.
  46. Ned. Fed. MOB's, Richtlijnen, z.j., 2.
  47. Ned. Fed. MOB's, Richtlijnen, z.j., 2-6.
  48. Ned. Fed. MOB's, Richtlijnen, z.j., 6.
  49. *Katholieke Gezondheidszorg* 17 (1948) no. 12, 214-215; Charitatieve Vereniging, JV 1947-1948, 3-4; Centrum kath. MOB's, JV 1949-1950, 1.
  50. Dr. A.J.H. Bartels, econoom, geboren in 1915. Bartels behaalde zijn doctoraalexamen in 1943 aan de Katholieke Economische Hogeschool te Tilburg. Gedurende de eerste naoorlogse jaren was hij betrokken bij de organisatie van de gezondheidszorg in Noord-Brabant. In 1948 werd hij tweede secretaris van de Nationale Federatie Het Wit-Gele Kruis. In 1952 stapte hij over naar het in datzelfde jaar opgerichte Katholieke Nationaal Bureau voor Geestelijke Gezondheidszorg, waarvan hij secretaris-directeur werd. Dat bleef hij tot zijn toetreden in 1963 tot het kabinet-Marijnen als staatssecretaris voor Volksgezondheid en Sociale Zaken. Deze functie vervulde Bartels ook in de daarop volgende kabinetten Cals (1965-1966) en Zijlstra (1966-1967). Na enige tijd het voorzitterschap te hebben vervuld van de Ziekenhuiscommissie, de voorloper van het College van Ziekenhuisvoorzieningen, werd hij in 1969 gedelegeerd voorzitter van de Daniël de Brouwerstichting, een beheerstichting van zes katholieke inrichtingen. Deze functie vervulde hij tot 1980 (bron: persoonlijke mededelingen).
  51. Centrum kath. MOB's, JV 1949-1950, 1.
  52. Centrum kath. MOB's, Standpunt, 1949.
  53. Centrum kath. MOB's, Standpunt, 1949, 1.
  54. Centrum kath. MOB's, Standpunt, 1949, 1.
  55. Centrum kath. MOB's, Standpunt, 1949, 2.
  56. Centrum kath. MOB's, Bestuur, notulen 7 maart 1949, 29 april 1949, 20 mei 1949, 21 juni 1949 en volgende vergadering; JV 1949-1950, 2; JV 1951, 5 en volgende jaren.
  57. Centrum kath. MOB's, JV 1949-1950, 2-3; JV 1951 en verder.
  58. Centrum kath. MOB's, JV 1953, 33.
  59. NFGV, Contactcie. MOB's, notulen 12 mei 1950 en later; NFGV, JV 1950 en later; Praeventiefonds, JV 1950 en later; P.A.F. van der Spek, 1952.

60. Centrum kath. MOB's, Bestuur, notulen 7 maart 1949, 19 april 1949, 10 mei 1949 en later; preadviezen en verslag stafoverleg 27-28 januari 1951.
61. Centrum kath. MOB's, notulen en preadviezen stafoverleg 27-28 januari 1951; notulen en preadviezen Conferentie 5 en 6 oktober 1951.
62. Centrum kath. MOB's, Bestuur, notulen 19 april 1949, 10 mei 1949; stafoverleg MOB's, preadviezen en notulen, 27 en 28 januari 1951, preadviezen en notulen conferentie 5 en 6 oktober 1951.
63. Centrum kath. MOB's, Bestuur, notulen 10 mei 1949 en 21 juni 1949; JV 1949-1950, 4.
64. Centrum kath. MOB's, Bestuur, notulen 7 maart 1949.
65. Katholieke Centrale Vereniging, JV 1949-1950, 2-3.
66. Centrum kath. MOB's, Bestuur, notulen 30 mei 1950, 28 juni 1950, 24 oktober 1950.
67. Centrum kath. MOB's, cie. voor het Social Case Work, conferentie 3 en 4 februari 1951, verslag en preadviezen.
68. Op 31 december 1951 waren er in Nederland 356 niet-katholieke psychiaters ten behoeve van ruim 6 miljoen niet-katholieke inwoners tegenover 65 katholieke psychiaters op 4 miljoen katholieken (overzicht in *R.K. Artsenblad* 31 (1952) nr. 7).
69. Rijk-gvg, brief Hoofdinspecteur Volksgezondheid aan Minister van Sociale Zaken d.d. 2 maart 1950, bijlage II, 8 en 15 november 1952, 2.
70. Centrum kath. MOB's, stafoverleg MOB's 27 en 28 januari 1951, notulen en preadviezen.
71. Centrum kath. MOB's, Richtlijnen 1953.
72. Centrum kath. MOB's, JV 1949-1950, 2.
73. Centrum kath. MOB's, Overzicht financiering katholieke consultatiebureaus voor kinderen c.q. MOB's over 1950, brief A. Bartels aan bestuur Prov. N-Brabantse Bond, 12 november 1951; JV 1951 en later. Zestien van deze 25 bureaus presenteerden zich onder de benaming Medisch Opvoedkundige Bureaus, maar gaan we af op de stafsamenstelling, in het bijzonder de combinatie van psychiater, kinderarts, psycholoog en psychiatrisch sociaal werkster, dan verdienen er slechts 8 het predikaat Medisch Opvoedkundig Bureau volgens de Richtlijnen van het Centrum: de bureaus in Breda, Tilburg, Eindhoven, Nijmegen, Rotterdam, Wassenaar-Den Haag, Utrecht en Amsterdam, waar in totaal 8 psychiaters, 3 kinderartsen, 3 psychologen, 2 psychologisch assistenten, 12 psychiatrisch sociaal werksters en 1 sociaal werkster in opleiding – gezamenlijk dus 35 stafleden – werkzaam waren (Centrum kath. MOB's, JV 1951, 11-14; Prov. Bonden van het Wit-Gele Kruis in de verschillende provincies, Jaarverslagen 1952).
74. Rijksregeling Subsidievoorwaarden Medisch Opvoedkundige Bureaus, Ned.St.crt. 25 april 1959, no. 72.
75. Centrum kath. MOB's, JV 1951 en later; NFGV, Gids 1962.
76. NFGV, Gids 1968.

## Hoofdstuk 6

1. GG en GD Amsterdam, JV 1938 t/m 1942; JV 1943 en later; Hart de Ruyter, 1950.
2. GG en GD Rotterdam, JV 1952.
3. GG en GD Den Haag, JV 1945 en later; Speyer, 1961.
4. Ned. Ver. gvg, Gids 1936, 178-182; Rümke, 1943, 371; K.H. Bouman, 1946<sup>1</sup>, 83-85; NFGV, Gids 1949, 70-74.
5. Als soortnaam voor de hier besproken voorzieningen houden we, in navolging van de NFGV, verder de omschrijving *Bureau voor Levens- en Gezinsmoeilijkheden* aan, ook als het gaat over Bureaus voor Huwelijks- en Gezinsmoeilijkheden, Bureaus voor Gezinsmoeilijkheden, Bureaus voor Levensmoeilijkheden en dergelijke. Deze verschillende aanduidingen werden in de praktijk zonder veel onderscheidende bedoelingen door elkaar gebruikt. Het Bureau voor Levens- en Gezinsmoeilijkheden dient wel onderscheiden te worden van het (katholieke) *Bureau voor Huwelijksaangelegenheden*, zoals uit het vervolg nog zal blijken. Het (algemene) Bureau voor Levens- en Gezinsmoeilijkheden en het (katholieke) Bureau voor Huwelijksaangelegenheden, werden later terminologisch in elkaar geschoven tot *Bureau voor Levens- en Gezinsvragen*, de definitieve aanduiding voor deze werksoort.
6. De commissie bestond uit L.C. Kersbergen (voorzitter), C. Banning, C. van den Berg en daarnaast uit de psychiater-deskundigen K.H. Bouman, E.A.D.E. Carp, L. van der Horst, J.M. Rombouts,

F.J. Stuurman, H.C. Rümke, W.M. van der Scheer, Joh. van der Spek en A.J. Westerman Holstijn  
(Verslagen en Mededelingen betreffende de Volksgezondheid, 1941, 115 en 1138).

7. Idem, 1139.
8. Idem, 1139.
9. Idem, 1140-1141.
10. Idem, 1141.
11. NFGV, JV 1940, 9.
12. Joh. van der Spek, 1941; Verslagen en Mededeelingen betreffende de Volksgezondheid, 1941, 1140-1141.
13. NFGV, VVA., bijlage II bij agenda 18 november 1940.
14. NFGV, VVA., notulen 18 november 1940, 5.
15. NFGV, Bestuur, notulen 21 januari 1941, 3.
16. Idem, 3.
17. De samenstelling van deze commissie was: C. van den Berg (voorzitter), E. Lekkerkerker (secretaris), J. Beyerman, A. Hutter en C. Venings (NFGV, Bestuur, notulen 24 februari 1941, 2).
18. NFGV, Bestuur, Rapport van een Commissie ad hoc uit het bestuur der Federatie, z.j. (maart 1941).
19. NFGV, Bestuur, Rapport Cie. ad hoc (1941), 1.
20. NFGV, Bestuur, Rapport Cie. ad hoc (1941), 1.
21. Idem, 1.
22. Idem, 1-2.
23. Idem, 2.
24. Idem, 2.
25. Idem, 2-3.
26. Idem, 2.
27. Idem, 2-3.
28. Idem, 3.
29. Idem, 3.
30. NFGV, Bestuur, notulen 17 maart 1941.
31. Verslagen en Mededeelingen betreffende de Volksgezondheid, 1942, 646-649.
32. NFGV, Bestuur, notulen 1942 en 1943; Kersbergen, 1946, 30-31; Verslagen en Mededeelingen betreffende de Volksgezondheid, 1948, 1002.
33. Tjeenk Willink en Treurniet, 1954, 93-94; 1958, 335-340.
34. NFGV, Sectie v, notulen 11 oktober 1946, 1-2 en E. Lekkerkerker, memorandum Bureaus voor Levens- en Gezinsmoeilijkheden, 15 maart 1949, 2.
35. NFGV, JV 1942; NFGV, Mededelingen, no. 2, december 1945, 7-8; NFGV, Sectie v, notulen 11 oktober 1946, 4 en memorandum E. Lekkerkerker, 15 maart 1949, 3.
36. IMP, JV mei 1940-I juni 1941, 1.
37. IMP, JV mei 1940-I juni 1941, 1-3.
38. IMP, JV mei 1940-I juni 1941, 3; JV 1943, 1.
39. IMP, JV 1941, 1.
40. IMP, JV 1942, 2.
41. IMP, JV 1943 en later.
42. NFGV, Sectie v, notulen 11 oktober 1946; Lekkerkerker, 1947<sup>1</sup>, 5.
43. NFGV, Advies 1945, 19-24.
44. NFGV, Advies 1945, 19-20.
45. Idem, 21.
46. Idem, 21-22.
47. Idem, 22-23.
48. Idem, 22.
49. Idem, 22-24.
50. NFGV, Sectie v, notulen 31 juli 1946; NFGV, brief van J. Koekbakker aan E. Lekkerkerker 1 september 1948.
51. Op de bijeenkomst waren, naast enkele leden van de Federatie, representanten aanwezig van de Bureaus voor Levens- en Gezinsmoeilijkheden in Rotterdam, Den Haag en Amsterdam. Daarnaast waren er initiatiefnemers uit Groningen, Amersfoort, Arnhem, Haarlem en de Zaanstreek en vertegenwoordigers van Nederlands Volksherstel, de (protestantse) Kerkelijke Gezinszorg, de Katho-

- lieke Nationale Commissie voor Huwelijksvoorlichting, de Vereniging 'Humanitas' en het joodse bureau te Amsterdam (NFGV, Sectie v, notulen 11 oktober 1946).
52. NFGV, Sectie v, notulen 11 oktober 1946.
  53. NFGV, Bestuur, bijlage bij agenda van 5 december 1946, E. Lekkerkerker, memorandum Bureaus voor Levens- en Gezinsmoeilijkheden. Dit memorandum is tevens gepubliceerd in het MGv, waarnaar we verder verwijzen: E. Lekkerkerker, 1947<sup>1</sup>.
  54. Lekkerkerker, 1947<sup>1</sup>, 11-17.
  55. NFGV, Bestuur, notulen 5 december 1946; Lekkerkerker, 1947<sup>1</sup>.
  56. NFGV, Bestuur, notulen 5 december 1946; NFGV, JV 1946 c.v.
  57. NFGV, Sectie v, notulen 31 juli 1946; Van der Horst, 1946.
  58. Van der Grinten, 1987, hoofdstuk 3.2.
  59. Van der Grinten, 1987, hoofdstuk 3.3.
  60. NFGV, Sectie v, notulen 31 juli 1946; Lekkerkerker, 1947<sup>1</sup>; NFGV, Gids 1949, 64-69.
  61. Bless, 1948<sup>2</sup>, 78-81.
  62. Bless, 1946, 10-11; een vrijwel identieke visie is aan te treffen in Bless, 1948<sup>2</sup>, 12-13.
  63. Bless, 1948<sup>1</sup>, 56-57.
  64. Bless, 1948<sup>2</sup>, 78-81.
  65. Hoegen, 1952, 339.
  66. Hoegen, 1952, 340.
  67. Hoegen, 1952, 340.
  68. Hoegen, 1952, 340.
  69. Hoegen, 1952, 340.
  70. Hoegen, 1952, 341.
  71. NFGV, Sectie v, brief J. Koekebakker aan E. Lekkerkerker, 1 september 1948; memorandum Lekkerkerker, 15 maart 1949.
  72. NFGV, Sectie v, brief van E. Lekkerkerker aan J. Koekebakker, 16 november 1948.
  73. De Bureaus voor Levens- en Gezinsmoeilijkheden in Rotterdam, Den Haag, Groningen, het interkerkelijke bureau te Amsterdam en het bureau van de Hervormde Stichting voor Geestelijke Volksgezondheid te Amsterdam (NFGV, Sectie v, notulen 1 december 1948).
  74. NFGV, Sectie v, notulen 1 december 1948.
  75. NFGV Sectie v, E. Lekkerkerker, memorandum Bureaus voor Levens- en Gezinsmoeilijkheden, 15 maart 1949.
  76. NFGV, Sectie v, notulen 1 december 1948.
  77. NFGV, JV 1948.
  78. NFGV, Dagelijks Bestuur, notulen 23 november 1949.
  79. NFGV, Sectie v, brief E. Lekkerkerker aan A. Hutter, 5 december 1949.
  80. NFGV, Dagelijks Bestuur, notulen 23 november 1949.
  81. NFGV, Sectie v, E. Lekkerkerker, Memorandum betreffende normen en suggesties ten aanzien van Bureaus van Levens- en gezinsmoeilijkheden, z.j. (2 december 1949).
  82. Idem, 2.
  83. NFGV, Sectie v, memorandum Lekkerkerker, 2 december 1949, 2.
  84. Idem, 2-4.
  85. NFGV, Sectie v, brief A. Querido aan het bestuur van de NFGV, 5 december 1949.
  86. NFGV, Bestuur, brief A. Querido aan het bestuur, 5 december 1949.
  87. NFGV, Algemeen Bestuur, notulen 7 december 1949.
  88. NFGV, Dagelijks Bestuur, bijlage bij agenda 19 januari 1950, Verslag Sectie v van 20 december 1949.
  89. NFGV, VVA, notulen 22 december 1949.
  90. NFGV, Bestuur, notulen 16 februari 1950 en 5 mei 1950; Lekkerkerker, 1950.
  91. Contactcie. LM, samenvatting bijeenkomst 13 februari 1950.
  92. Contactcie. LM, notulen 13 februari 1950 en volgende.
  93. Reorg. cie. GVG, Sectie 5, memorandum A. Bouman, De bureaus voor levensmoeilijkheden, 19 mei 1950, stuk nr.11.
  94. Reorg. cie. GVG, Sectie 5, notulen 25 mei 1950, 2.
  95. Reorg. cie. GVG, Sectie 5, notulen 26 juni 1950, 6-7.
  96. Reorg. cie. GVG, Sectie 5, notulen 25 mei 1950, 2-3.

97. Reorg. cie. GVG, Sectie 5, notulen 26 juni 1950.
98. Reorg. cie. GVG, Sectie 5, notulen 25 december 1950, 8.
99. De hiervoor aangegeven elementen uit de discussie werden neergelegd in een concept-eindrapport: Reorg. cie. GVG, Sectie 5, Eindrapport inzake de organisatie van de preventieve en psychotherapeutische zorg ten aanzien van volwassenen, 21 juli 1953.
100. Contactcie. LM, memorandum 12 november 1951.
101. NFGV, Algemeen Bestuur, notulen 21 november 1951, 4.
102. Idem, 4.
103. Idem, 5.
104. Idem, 5.
105. NFGV, VVA, notulen 20 december 1951.
106. NFGV, VVA, notulen 20 december 1951, 3.
107. Idem, 4.
108. Idem, 5.
109. Idem, 4-5.
110. Idem, 4.
111. Idem, 5.
112. Idem, 6.
113. Idem, 6-7.
114. Idem, 7.
115. NFGV, Bestuur, notulen 14 januari 1952, 28 april 1952, 14 juli 1952, 1 december 1952.
116. P.A.F. van der Spek 1952, 260; Praeventiefonds-GVG, brief C. Banning aan secr. Praeventiefonds, 15 april 1953.
117. Van der Grinten, 1987.
118. Katholieke Centrale Vereniging, JV 1949-1950; JV 1951.
119. Hoegen, 1952, 341.
120. Hoegen, 1952, 344.
121. Hoegen, 1952, 343-344.
122. Hoegen, 1952, 342-343.
123. Hoegen, 1952, 344.
124. Van der Grinten, 1987.
125. NFGV, Gids 1962, 240-246.
126. NFGV, Gids 1968.
127. Subsidieregeling voor Bureaus voor Levens- en Gezinsmoeilijkheden, Ned. St.crt. 19 juli 1957, no.138; Van der Grinten, 1987, hoofdstuk 3.3.
128. Lekkerkerker, 1956; Ned. Fed. MOB's, memorandum Lekkerkerker, augustus 1958 en 19 september 1958; Trimbos, 1959.
129. Querido, 1957. Overigens werd de Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid pas in 1961 een officieel onderdeel van het Staatstoezicht op de Volksgezondheid (Querido, 1965<sup>1</sup>, 58-59).

## Hoofdstuk 7

1. Brinkgreve e.a., 1979.
2. PAI, Verslag 1-10-1946 tot 1-9-1948, I.
3. PAI, JV 1946-1948; JV 1949 en later.
4. IMP, JV 1952; PAI, JV 1952; Van der Grinten, 1987, hoofdstuk 4.
5. Brinkgreve e.a., 1979.
6. Reorg. cie. GVG, Sectie 5, 1e nota Van der Sterren, Psychotherapie en psychohygiëne, 14 maart 1950; 2e nota Van der Sterren, Psychotherapie voor ziekenfondsleden, 21 maart 1950; Interimadvies psychotherapie voor ziekenfondsleden, september 1950, tevens opgenomen als hoofdstuk van het eindrapport van de sectie 5, Preventieve en psychotherapeutische zorg ten aanzien van volwassenen, juli 1953, 36-40.
7. Idem, 37.
8. Idem, 37.

9. Idem, 36-40.
10. Reorg. cie. gvg, Sectie 5, notulen 14 maart 1950 en 21 maart 1950.
11. Reorg. cie. gvg, Sectie 5, correspondentie.
12. Reorg. cie. gvg, Sectie 5, notulen 14 maart 1950 en 21 maart 1950.
13. Brinkgreve e.a., 1979.
14. Ziekenfondswet, besluit beperking niet-klinische psychotherapeutische hulp, Ned. St.crt. 2 april 1968, 72.
15. Van de Lande, 1982.

## Hoofdstuk 8

1. Deze studie, deel 1, hoofdstukken 2 en 9.
2. Van der Grinten, 1987, hoofdstuk 5.
3. Van der Grinten, 1987, hoofdstuk 5.
4. St. gvg Noord-Holland, verslag tot 1 juli 1949, 5-6.
5. Van der Grinten, 1987, hoofdstuk 5.6.
6. Van der Grinten, 1987, hoofdstuk 5.6.
7. Van der Grinten, 1987, hoofdstuk 5.1.
8. Van der Grinten, 1987, hoofdstuk 5.4.
9. C.W. du Boeuff, zenuwarts, 1901-1962. Na enige jaren werkzaam te zijn geweest als huisarts, trad Du Boeuff in 1934 als assistent-geneesheer bij de inrichtingen Zon en Schild en Hebron te Amersfoort in dienst. Na afronding van zijn opleiding tot zenuwarts in 1938 werd Du Boeuff afdelingsgeneesheer en in 1942 volgde zijn benoeming tot geneesheer-directeur van beide inrichtingen te Amersfoort. Dit bleef Du Boeuff tot zijn overlijden (bron: Afdeling documentatie en voorlichting de Open Ankh, Soesterberg).
10. S.J.P. Dercksen, zenuwarts, 1900-1980. In 1933 haalde Dercksen het artsexamen. In 1939 trad hij in dienst van de inrichting Zon en Schild te Amersfoort. In de jaren daarna specialiseerde hij zich tot zenuwarts en in 1944 volgde zijn benoeming tot tweede geneesheer-directeur. Deze functie vervulde Dercksen tot 1 mei 1948. Op die datum werd Dercksen directeur van de Hervormde Stichting voor Geestelijke Volksgezondheid voor Amsterdam en Omgeving. Overigens werd zijn dienstverband met de Vereniging Nederlandse Hervormde Stichtingen voor Zenuw- en Geesteszieken niet verbroken, ter garanderen van zijn honorering. Dercksen bleef directeur van de Hervormde Stichting in Amsterdam tot 1972. Daarnaast vervulde hij sinds 1950 het voorzitterschap van de Commissie voor Contact en Advies voor de Bureaus voor Levens- en Gezinsmoeilijkheden, uitgaande van de Nationale Federatie voor de Geestelijke Volksgezondheid (bron: Afdeling documentatie en voorlichting de Open Ankh, Soesterberg; Trimbos, 1980).
11. Herv. St. gvg A'dam, verslag van een bespreking over het voor- en nazorgwerk, 15 november 1945.
12. Herv. St. gvg A'dam, verslag 15 november 1945, idem.
13. Herv. St. gvg A'dam, brief Querido aan Joh. van der Spek, 3 november 1945.
14. Herv. St. gvg A'dam, brief Querido aan Joh. van der Spek, 3 november 1945.
15. Herv. St. gvg A'dam, verslag van een bespreking over het voor- en nazorgwerk, 15 november 1945, 1.
16. Idem, 2.
17. Het stuk is zonder titel, auteur(s) en datum. Uit de inhoud en de latere besprekingen is echter af te leiden dat dit het in de vergadering van 15 november bedoelde plan is, vervaardigd door Du Boeuff en Dercksen in november-december 1945. We zullen er verder naar verwijzen als: Herv. St. gvg A'dam, Plan 1945.
18. Herv. St. gvg A'dam, Plan 1945, 1.
19. Herv. St. gvg A'dam, Plan 1945, 1.
20. Herv. St. gvg A'dam, Plan 1945, 1.
21. Herv. St. gvg A'dam, Plan 1945, 3.
22. Herv. St. gvg A'dam, notulen verg. 16 mei 1947, 2-3.
23. Herv. St. gvg A'dam, Plan 1945, 3.
24. Idem, 3-4.

25. Herv. St. GVG A'dam, verslag bespreking 27 december 1945.
26. Herv. St. GVG A'dam, toelichtend stuk bij agenda, 10 januari 1946.
27. Herv. St. GVG A'dam, Du Boeuff op vergadering bestuur Hervormde Vereniging, 31 juli 1947, 1.
28. Idem, 1.
29. Idem, 1.
30. Idem, 1.
31. Idem, 2.
32. Idem, 2.
33. Idem, 3.
34. Idem, 3.
35. Idem, 2.
36. Idem, 3.
37. Herv. St. GVG A'dam, Dercksen op vergadering bestuur Hervormde Vereniging, 31 juli 1947, 1.
38. Idem, 4.
39. Herv. St. GVG A'dam, Dercksen op vergadering bestuur Hervormde Vereniging, 31 juli 1947, 3.
40. Idem, 4.
41. Herv. St. GVG A'dam, notulen vergadering 20 januari 1946 en volgende vergaderingen.
42. Herv. St. GVG A'dam, Rapport 1946.
43. Idem, 20.
44. Idem, 1-4.
45. Idem, 3-4; cursivering in de tekst.
46. Idem, 5.
47. Idem, 14.
48. Idem, 11-14.
49. Idem, 12.
50. Idem, 15.
51. Idem, 16-18; 21.
52. Idem, 18-19; 21-22.
53. Idem, 14.
54. Idem, 22.
55. Idem, 22-23.
56. Idem, 7-10 en 20.
57. Idem, 13.
58. Idem, 20.
59. Idem, 14.
60. Idem, 21-25.
61. Idem, 27-29.
62. Herv. St. GVG A'dam, brieven aan de Vereniging Nederlandse Hervormde Stichtingen van: H. Gerritsen, 19 november 1946; Moderamen der Diaconie in Amsterdam, 20 december 1946; Diaconie Amsterdam, 7 maart 1947; notulen 16 mei 1947.
63. NFGV, Bestuur, notulen 19 november 1946, 1.
64. NFGV, Bestuur, notulen 19 november 1946.
65. NFGV, Bestuur, notulen 19 november 1946.
66. Herv. St. GVG A'dam, Bestuur Hervormde Vereniging, notulen 31 juli 1947.
67. Herv. St. GVG A'dam, notulen 26 mei 1947, 1-2; Bestuur Hervormde Vereniging, notulen 31 juli 1947, 1.
68. Herv. St. GVG A'dam, nota en notulen 16 mei 1947.
69. Herv. St. GVG A'dam, notulen 16 mei 1947, 2.
70. Herv. St. GVG A'dam, nota ten behoeve van vergadering bestuur Hervormde Vereniging, 31 juli 1947.
71. Herv. St. GVG A'dam, notulen 16 mei 1947; 5 september 1947 en 19 september 1947; nota's t.b.v. vergaderingen d.d. 16 mei 1947, 22 mei 1947 en 16 september 1947.
72. Herv. St. GVG A'dam, nota waarnemend penningmeester Hervormde Vereniging, 19 juli 1947.
73. Herv. St. GVG A'dam, notulen 19 september 1947, 2-3.
74. Herv. St. GVG A'dam, brief aan het bestuur van de Hervormde Vereniging, 1 oktober 1947.
75. Overigens werd Dercksens salaris daarna nog jarenlang gegarandeerd door de Hervormde Vereni-



ging te Soesterberg (Herv. St. gvg A'dam, bestuur, notulen 1948 en later). De naam van de Amsterdamse Hervormde Stichting was aanvankelijk nog Nederlandse Hervormde Stichting voor Geestelijke Volksgezondheid in Amsterdam. Om verwarring met de landelijke Stichting te voorkomen werd deze in 1950 gewijzigd in Hervormde Stichting voor Geestelijke Volksgezondheid voor Amsterdam en Omgeving (Herv. St. gvg A'dam, jv 1950).

76. Van der Grinten, 1987, hoofdstuk 5.5.
77. Kath. St. gvg A'dam, jv 1952, 13-14.
78. Kath. St. gvg A'dam, jv 1952, 5-7.
79. Kath. St. gvg A'dam, jv 1952, 8. M.L.J. Vaessen was verbonden aan de Sint Willibrordus Stichting te Heiloo, was betrokken bij de totstandkoming van de van de Sint Willibrordus Stichting uitgaande neurosekliek, nam deel aan een van de Medisch Opvoedkundige Bureaus en voor- en nazorgdiensten van de Stichting voor Geestelijke Volksgezondheid in Noord-Holland en was actief bestuurslid van het Centrum Katholieke Medisch Opvoedkundige Bureaus – een actieve en voor die tijd progressieve katholieke psychiater (St. gvg Noord-Holland, jv 1940 en later; Centrum kath. MOB's, jv 1949 en later Kath. St. gvg A'dam, jv 1952, 8).
80. Kath. St. gvg A'dam, jv 1952, 8 en 10.
81. Kath. St. gvg A'dam, jv 1952, 8-10 en 15.
82. C.J.B.J. Trimbo, geboren in 1920, studeerde geneeskunde aan de Rijksuniversiteit te Utrecht. Na zijn artsexamen in 1947 specialiseerde hij zich aan dezelfde universiteit tot zenuwarts (1951), waar hij in 1959 promoveerde op het proefschrift *Geestelijke gezondheidsleer en geestelijke gezondheidszorg*. Hij was van 1951 tot 1966 directeur van de Katholieke Stichting voor Geestelijke Volksgezondheid voor Amsterdam en Omgeving en van 1952 tot 1968 psychiatrisch adviseur van het Katholiek Nationaal Bureau voor Geestelijke Gezondheidszorg te Utrecht. Van 1968 tot heden is Trimbo hoogleraar preventieve en sociale psychiatrie aan de Erasmus Universiteit Rotterdam (bron: persoonlijke mededeling).
83. Kath. St. gvg A'dam, jv 1952, 9.
84. Kath. St. gvg A'dam, jv 1952, 10-30.
85. Kath. St. gvg A'dam, jv 1952, 10-30.
86. Van der Grinten, 1987, hoofdstuk 5.6.
87. NFGV, Gids 1962; Gids 1968.

### DEEL III

#### Hoofdstuk 1

1. Herv. St. gvg A'dam, jv 1951, 3; 1952, 3; 1953.
2. Nationaal Protestants Centrum voor de Geestelijke Gezondheidszorg, verslag, 1967-1968, 5-6.

#### Hoofdstuk 2

1. Centrum kath. MOB's, Bestuur, notulen 7 maart 1949; conferentie 5 en 6 oktober 1951, notulen en preadviezen.
2. Centrum kath. MOB's, jv 1951.
3. Centrum kath. MOB's, Bestuur, notulen 21 juni 1949; KNBGG, jv 1953, 5.
4. Buytendijk, 1952.
5. Persoonlijke mededelingen van De Vreeze en Bartels.
6. Buytendijk, 1952; KNBGG, jv 1952; Bartels, 1956.
7. KNBGG, jv 1952 en 1953.
8. Bartels, 1956.
9. KNBGG, jv 1952 e.v.
10. NFGV, jv 1950 en verder.
11. Bartels, 1954.
12. KNBGG, jv 1954, 5.

### Hoofdstuk 3

1. Trimbos, 1959.
2. a.w. 246.
3. a.w. 221-246.
4. a.w. 81-92.
5. Querido, 1951.
6. Barnhoorn, 1955.
7. Trimbos, 1959, 85-86.
8. a.w. 81-92 en 221-226.
9. a.w. 167-177.
10. a.w. 246-252.
11. Bartels, 1961.
12. NFGV, Gids 1962.
13. Voor een algemeen overzicht van de katholieke verzuiling en ontzuiling zie Thurlings, 1971 en Bank, 1981.
14. KNBGG, 1964.
15. KNBGG, 1964.
16. Schudel, 1981; Van der Grinten, 1979<sup>2</sup> en 1985.
17. KNBGG, JV 1962-1965, 12.
18. Kuitenbrouwer, 1964; Querido, 1965<sup>2</sup>; Frowijn, 1965; Dokter, 1966.
19. Redactie, 1965; Stichting Algemeen Centraal Bureau voor de Geestelijke Volksgezondheid, 1965; Nationaal Protestants Centrum voor de Geestelijke Gezondheidszorg, 1965.
20. NFGV, VVA, notulen 15 december 1965.
21. NFGV, 1966; De Kock van Leeuwen, 1966.
22. Centrale Raad voor de Volksgezondheid, 1966, 1970 en 1974; Romme, 1974; Directoraat-Generaal voor de Volksgezondheid, 1973 en 1976; Structuurnota Gezondheidszorg 1974; Van Londen, 1979; Ziekenfondsraad, 1981.

### Samenvatting en slotbeschouwing

1. Romme, 1978; Van Heugten en Breemer ter Stege, 1982; Van der Grinten, 1982<sup>1</sup>.
2. Mispelblom Beijer, 1983; De Bont, 1985.
3. Nieuwe Nota Geestelijke Volksgezondheid, 1984.
4. Nationale Ziekenhuisraad, 1984.
5. Schnabel, 1984; Van Doorn, 1985.
6. Consumentenbond, 1986.
7. Nieuwe Nota Geestelijke Volksgezondheid, 1984.

# Literatuur

De jaarverslagen zijn niet in het literatuuroverzicht opgenomen. De archieven zijn apart verantwoord.

- Aktiegroep Medicijnen Nijmegen, *Gezondheidszorg in Nederland*, SUN, Nijmegen, 1973.
- Antonia Wilhelminaafonds, Verslagen conferenties 1928 en later, Meinema, Delft.
- Ausems, E., *De districtsgezondheidsorganisatie*, z. uitg., Deventer, 1946.
- Baan, P.A.H., In memoriam Dr. F.S. Meijers, *MGV* 8 (1953) no. 12, 385-387.
- Bank, J., Verzuiling: A Confessional Road to Secularisation. Emancipation and the Decline of Political Catholicism, 1920-1970, in: A.C. Duke and C.A. Thamse (eds.), *Britain and the Netherlands*, VII, Martinus Nijhoff, 's-Gravenhage, 1981, 207-230.
- Barnhoorn, J.A.J., Sociale psychiatrie, geestelijke hygiëne geestelijke gezondheidszorg en geestelijke volksgezondheid, *MGV* 10 (1955) extra nummer, februari 1955, 1-40.
- Bartels, A.J.H., *Bijdrage tot ordening van de maatschappelijke gezondheidszorg in Nederland*, Samsom, Alphen aan den Rijn, 1950.
- Bartels, A.J.H., Kroniek katholieke huwelijksvoorlichting, *R.K. Artsenblad* 32 (1953), no. 6, 237-239.
- Bartels, A.J.H., Taak van het Wit-Gele Kruis op het gebied der geestelijke gezondheidszorg, *Katholieke Gezondheidszorg* 23 (1954), no. 7, 212-214.
- Bartels, A.J.H., Historie en organisatie van de geestelijke gezondheidszorg, in: Katholieke Vereniging van Maatschappelijk Werkers Dr. Ariëns, *Verslag van de Studiedagen 1955*, Breda, maart 1956, 4-11.
- Bartels, A.J.H., Doel, middelen en grenzen der bestaande voorzieningen op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg, *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde* 39 (1961) no. 4, 119-127.
- Beers, Clifford Wittingham, *A Mind that Found Itself. An Autobiography*, Doubleday, New York, 1908, aangevulde druk 1948.
- Berg, C. van den, Prof. Bouman en de Nationale Federatie voor de Geestelijke Volksgezondheid, *MGV* 2 (1947) no. 11, 357-358.
- Beyerman, J., Het Groene Kruis en de geestelijke volksgezondheid, *Het Groene en Het Witte Kruis*, 33 (1937), 90-94.
- Beyerman, W., De sociale psychiatrie in het buitenland en haar toepassing buiten de grote steden, *Neurotherapie, bijblad der Psychiatrische en Neurologische Bladen* 32 (1928), 26-34.
- Beyerman, W., *De rol van de wijkverpleging bij de huiselijke verzorging van zenuw- en zielszieken*, 6e conferentie Antonia Wilhelminaafonds, Meinema, Delft, 1932, 11-22.
- Binneveld, J.M.W., De ontwikkeling van de institutionele zorg voor krankzinnigen in Nederland in de 19de eeuw, in: J.M.W. Binneveld e.a., *Een psychiatrisch verleden. Uit de geschiedenis van de psychiatrie*, Ambo, Baarn, 1982, 94-119.
- Binneveld, J.M.W., *Filantropie, repressie en medische zorg. Geschiedenis van de inrichtingspsychiatrie*, Van Loghum Slaterus, Deventer, 1985.
- Binneveld, Hans en Rob Wolf, *Een huis met vele woningen. 100 jaar katholieke psychiatrie Voorburg 1885-1985*, Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis Voorburg, Vught, 1985.
- Bless, H., *Huwelijk en Geestelijke Volksgezondheid*, Brochures Charitatieve Vereniging, no. 56, 's-Hertogenbosch, 1946.
- Bless, H., De katholieke bureaus voor huwelijksvoorlichting, *MGV* 3 (1948) no. 2, 56-64 (Bless, 1948<sup>1</sup>).
- Bless, H., *Katholieke Geestelijke Gezondheidszorg in Nederland*, J.J. Romen en Zonen, Roermond-Maaseik, 1948 (Bless, 1948<sup>2</sup>).
- Bless, H., Veertig jaren Katholieke Vereniging voor Geestelijke Volksgezondheid 1930-1970, z. uitg., z. pl., 1970, stencil.
- Bloois, K. de, *Veertig jaar Zoekt het Verloren 1911-1951*, z. uitg., Rotterdam, 1951.

- Boeuff, C.W. du, Over de maatschappelijke regeling der geestelijke gezondheidszorg, *Nationaal Congres Geestelijke Volksgezondheid*, Tijl, Zwolle, 1947, deel II, 122-125.
- Bont, H. de, De Riagg's: een hocksteen voor het geestelijke volksgezondheidsbeleid?, *MGV* 40 (1985) 5, 489-500.
- Boom, F. van den en R. Schwarz, *De psychiater en de Riagg*, NcGv, Utrecht, 1987 (in voorbereiding).
- Boot, J.M. en H.M.J.M. Knapen, *De Nederlandse gezondheidszorg*, Het Spectrum, Utrecht-Antwerpen, 1983.
- Bosman, J., Het maatschappelijk-politieke leven in Nederland 1945-1980, in: *Algemene Geschiedenis der Nederlanden*, deel 15 (1982), 169-316.
- Bouman, A., Het verminkte gezin, *Nationaal Congres Geestelijke Volksgezondheid*, Tijl, Zwolle, 1947, deel II, 75-80.
- Bouman, A., Zedelijk bedreigden, in: J. Everts en A. Treurniet (red.), *Gids voor maatschappelijk werk*, Samsom, Alphen aan den Rijn, 1954, 325-336.
- Bouman, H., Eventuele taak van Het Groene Kruis in de organisatie voor geestelijke volksgezondheid, *Het Groene en Het Witte Kruis* 28 (1932), 226-237.
- Bouman, H., Geestelijke volksgezondheid en Het Groene Kruis, *Het Groene en Het Witte Kruis* 30 (1934), 227-286.
- Bouman, K.H., Openingsrede, Verslag van de vergadering der Nederlandse Vereniging ter Bevordering der Geestelijke Volksgezondheid, Amsterdam, 5 april 1930, 1-3.
- Bouman, K.H., Geestelijke Hygiëne, *Tijdschrift voor Sociale Hygiëne* 34 (1932), 173-176 (K.H. Bouman, 1932<sup>1</sup>).
- Bouman, K.H., Statement First International Congress on Mental Health, in: The International Committee for Mental Hygiene Inc., *Proceedings*, New York, 1932, Volume I, 115 (K.H. Bouman, 1932<sup>2</sup>).
- Bouman, K.H., Psychische Hygiëne, in: J. van der Hoeve e.a. (red.), *Praeventieve Geneeskunde*, Wolters, Groningen-Batavia, 1938, tweede deel, 439-462.
- Bouman, K.H., In memoriam Th. van der Woude, *MGV* 1 (1946) no. 3, 83-85 (K.H. Bouman, 1946<sup>1</sup>).
- Bouman, K.H., De geestelijke volksgezondheid in het algemeen en de taak die ons heden wacht, *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde* 24 (1946), no. 17, 158-160 (K.H. Bouman, 1946<sup>2</sup>).
- Bouman, K.H., Geestelijke volksgezondheid na den oorlog, *Nationaal Congres Geestelijke Volksgezondheid*, Tijl, Zwolle, 1947, deel II, 4-8.
- Braam, G.P.A., J.A.T. Coolen en J. Naafs, *Ouderen in Nederland. Sociologie van bejaarden, bejaardenzorg en bejaardenbeleid*, Samsom, Alphen aan den Rijn, 1981.
- Brenkman, C.J. en M.G. Neurdenburg, Algemeen plan tot organisatie der gezondheidszorg, *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde* 19 (1941) 41-47.
- Brinkgreve, C. e.a., *Sociologie van de psychotherapie. De opkomst van het psychotherapeutisch bedrijf*, deel 1, Aulaboeken 661, Het Spectrum, Utrecht-Antwerpen, 1979.
- Brinkgreve, Christien, *Psychoanalyse in Nederland. Een vestigingsstrijd*, Arbeiderspers, Amsterdam, 1984.
- Bulhof, Ilse N., *Freud en Nederland*, Ambo, Baarn, 1983.
- Buytendijk, F.J.J., De noodzaak van de geestelijke gezondheidszorg voor het R.K. volksdeel, *R.K. Artsenblad* 31 (1952) no. 7, 171-176.
- Cannegieter, D., *Honderdvijftig jaar Gezondheidswet*, Van Gorcum, Assen, 1954.
- Centrale Raad voor de Volksgezondheid, Interimrapport betreffende de structuur van de geestelijke gezondheidszorg, Rijswijk, 1966, niet officieel uitgebracht.
- Centrale Raad voor de Volksgezondheid, *Advies inzake de gewenste ontwikkeling van de voorzieningen voor geestelijke gezondheidszorg in Nederland*, 's-Gravenhage, 16 november 1970.
- Centrale Raad voor de Volksgezondheid, *Advies inzake Streekcentra voor Geestelijke Gezondheidszorg, Verslagen, adviezen en rapporten v en m*, 's-Gravenhage 1974, no. 13.
- Centrale Vereniging ter Behartiging der Maatschappelijke Belangen van Zenuw- en Zielszieken (Centrale Vereniging), voorlichtingsbrochure onder dezelfde titel, Amsterdam, februari 1928.
- Centrum voor Staatkundige Vorming, *Grondslagen voor een wettelijke regeling van de gezondheidszorg*, 's-Gravenhage, augustus 1950 (Centrum).
- Charitatieve Vereniging voor Geestelijke Volksgezondheid, Brochure no. 1 en volgende, 's-Hertogenbosch, 1931 en later.
- Chorus, A.M.J., Het Wit-Gele Kruis en de Geestelijke Hygiëne van het kind in Noord-Brabant, Prov. Noord-Brabantse Bond, Jaarverslag, 1941, 33-41.

- Cie. Banning, *Rapport inzake reorganisatie van de volksgezondheidszorg*, 's-Gravenhage, november 1946.
- Cie. Eykel, *Rapport van de Commissie ter bestudering van de organisatie der gezondheidszorg*, 's-Gravenhage, 12 december 1939.
- Cie. Kraus, Commissie ter voorbereiding van een Wet op de Geestelijke Volksgezondheid, Wetsvoorstel betreffende de Geestelijk Gestoorde, *Folia Psychiatrica, Neurologica et Neurochirurgica Neerlandica*, 51 (1948) no. 3/4, 349-366.
- Cie. Van Rhijn, Commissie ter vaststelling van algemene richtlijnen voor de toekomstige ontwikkeling der sociale verzekering in Nederland, *Sociale Zekerheid en De organisatie van geneeskundige voorzieningen en de rehabilitatie van gebrekkigen*, deel I en deel III, z.uitg., Londen, augustus 1945.
- Cie. Onderzoek Amsterdam, Commissie van Onderzoek inzake de Verpleging en Verzorging van Zenuwzieken, Krankzinnigen en Maatschappelijk Ongeschikten vanwege de Gemeente Amsterdam, 1930.
- Cie. Utrecht, *Rapport van de Commissie voor de Geestelijke Volksgezondheidszorg van de Provinciale Raad voor de Volksgezondheid in de provincie Utrecht*, Utrecht, 1954.
- Commissie Van Veen, *Bestuursorganisatie bij de kabinetsformatie 1971*, Staatsuitgeverij, 's-Gravenhage, 1971.
- Consumentenbond, Veel cliënten ontevreden over behandeling RIAGG, *Consumentengids*, 34 (1986), no. 11, 506-509.
- Directoraat-Generaal voor de Volksgezondheid, Discussienota's ambulante geestelijke gezondheidszorg (de zgn. Riagg-nota's), Leidschendam, 1973 (eerste nota) en 1976 (bijgestelde nota).
- Dokter, H.J., Geestelijke gezondheidszorg. Structuur en organisatie, *Huisarts en Wetenschap* 9 (1966) no. 2, 64-67.
- Dolman, D., *Subsidies en gezondheidszorg. Een feitelijk onderzoek naar financieringsstructuren*, Stenfert Kroese, Leiden, 1964.
- Donner, J., Openingsrede, in: *Referaten gehouden op het congres ter gelegenheid van het vijftienvigjarige bestaan der vereniging*, Vereniging voor Geestelijke Volksgezondheid op Gereformeerde Grondslag, J.H. Kok, Kampen 1959, 3-6.
- Doorn, J.A.A. van, De beheersbaarheid van de verzorgingsmaatschappij, *Beleid en Maatschappij*, 4 (1977), no. 4, 115-128.
- Doorn, J.A.A. van, Corporatisme en technocratie. Een verwaarloosde polariteit in de Nederlandse politiek, *Beleid en Maatschappij* 8 (1981), no. 5, 134-149.
- Doorn, J.A.A. van, Inleiding: anatomie van de interventiestaat, in: J.W. de Beus en J.A.A. van Doorn (red.), *De interventiestaat*, Boom, Meppel-Amsterdam, 1984, 9-25 (Van Doorn, 1984<sup>1</sup>).
- Doorn, J.A.A. van, De onvermijdelijke presentie van de confessionelen, in: J.W. de Beus en J.A.A. van Doorn (red.), *De interventiestaat*, Boom, Meppel-Amsterdam, 1984, 27-51 (Van Doorn, 1984<sup>2</sup>).
- Doorn, J.A.A. van, Tolerantie als tactiek, *Intermediair* 21 (1985) no. 51, 29-37.
- Droog, Dr., Iets over krankzinnigenverpleging, bezuiniging en nazorg, *R.K. Artsenblad*, 8 (1929), no. 2, 21-38.
- Elias, J.Ph., De verzorging der Geestelijke Volksgezondheid, *Het Groene en Het Witte Kruis*, 34 (1938), 285-289.
- Esch, P. van der, *Geschiedenis van het staatstoezicht op krankzinnigen*, uitgave ministerie v & M, 's-Gravenhage, deel I, z.j. (1975); deel II, z.j. (1980); deel III, z.j. (1985).
- Eykel, R.N.M., Rondom de geestelijke volksgezondheid, *Katholieke Gezondheidszorg* 2 (1931), no. 7 en 8, 141-146 en 165-170.
- Festen, H., *125 jaar Geneeskunst en Maatschappij*, KNMG, Utrecht, 1974.
- Fiedeldij Dop, Ph.H., De maatschappelijk georganiseerde geneeskundige voorzorg voor moeder en kind, in: J. Everts en A. Treumiet (red.), *Gids voor maatschappelijk werk*, Samsom, Alphen aan den Rijn, 1954, 496-508.
- Financieel overzicht gezondheidszorg en maatschappelijk welzijn 1986, brief van de minister en de staatssecretaris van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur aan de voorzitter van de Tweede Kamer der Staten Generaal, Handelingen Tweede Kamer 1985-1986, stuk 19 146, no. 1 en 2.
- Frowijn, A.S., Geestelijke gezondheidszorg. Structuur en organisatie, *MGV* 20 (1965), no. 4, 111-116.
- Gersons, B.P.R., T. van der Grinten en P. Schnabel, *Geestelijke gezondheidszorg in de Verenigde Staten*, NcGv Reeks no. 26, drie delen, Utrecht, december 1980.
- Gribling, J.L.B., zonder titel, *Katholieke Gezondheidszorg*, 4 (1933) no. 6, 161.

- Grinten, T.E.D. van der, Ambulante geestelijke gezondheidszorg en AWBZ, *MGV* 31 (1976), no. 11, 578-595.
- Grinten, T.E.D. van der en G.H. Klijsma, *Uitbreiding van ambulante geestelijke gezondheidszorg. Een verkenning van de wenselijkheden en mogelijkheden van werkgelegenheidscreatie in de extra-murale geestelijke gezondheidszorg in opdracht van de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid*, NcGv Reeks no. 4, Utrecht, december 1978.
- Grinten, T.E.D. van der, De onbeheerde voorzieningen, *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde* 57 (1979), no. 7, 354-356 (Van der Grinten, 1979<sup>1</sup>).
- Grinten, T.E.D. van der, Openbare geestelijke gezondheidszorg, *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde* 57 (1979), no. 8, 257 (Van der Grinten, 1979<sup>2</sup>).
- Grinten, T.E.D. van der en P. Verbraak, Decentralisatie van gezondheidszorgbeleid, in: Bram Peper en Leo Welters (red.), *Spreiding van beleid*, Boom, Meppel, 1980, 108-121.
- Grinten, T.E.D. van der, Organisatie, beleid en financiering in de ambulante geestelijke gezondheidszorg, *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde* 60 (1982) no. 16, 418-424 (Van der Grinten, 1982<sup>1</sup>).
- Grinten, T.E.D. van der, Geestelijke gezondheidszorg. Een schets van ontwikkeling en beleid, in: *Handboek welzijn*, Samsom, Alphen aan den Rijn, afl. sept. 1982, 27 blz. (Van der Grinten, 1982<sup>2</sup>).
- Grinten, T.E.D. van der, Mental Health Care in the Netherlands, an outline of developments and policy, in: C.P.C. Breemer ter Stege (red.), *Mental Health Care in the Netherlands*, NcGv Reeks no. 57, Utrecht, oktober 1983, 1-47.
- Grinten, T.E.D. van der, Onderzoek in de basis gezondheidsdiensten. De kwestie van de psychohygiëne, *Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg* 63 (1985) no. 24, 1031-1034.
- Grinten, T.E.D. van der, *Achtergrondstudies. De vorming van de ambulante geestelijke gezondheidszorg*, NcGv reeks no. 94, Utrecht, 1987.
- Groeneveld, H.L., *Indicia Sanitas. Een onderzoek naar de kenmerken der volksgezondheid in de stad Nijmegen*, Noordhoff, Groningen-Batavia, 1940.
- Gijselhart, Henk e.a., *Beleid in de maatschappelijke gezondheidszorg. Een beleids-sociologische studie van de kruisverenigingen*, doctoraalscriptie Erasmus Universiteit Rotterdam, september 1975.
- Hall, Phoebe et al., *Change, Choice and Conflict in Social Policy*, Heinemann, London, 1978.
- Hamaker, H.G., Geestelijke volksgezondheid, volksopvoeding en het Groene Kruis, *Het Groene en Het Witte Kruis* 31 (1935), no. 4, 87-92 en no. 5, 121-125.
- Hart de Ruyter, Th., De afdeling Geestelijke Hygiëne, *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde*, 28 (1950) no. 25, 538-550.
- Havermans, F.M., De zogenaamde verouderde Krankzinnigenwet, *Katholieke Gezondheidszorg* 9 (1946), no. 9, 151-155 en no. 10, 173-175 (Havermans, 1946<sup>1</sup>).
- Havermans, F.M., De Krankzinnigenwet, *Nederlandsch Juristenblad* 21 (1946) no. 34, 581-587 (Havermans, 1946<sup>2</sup>).
- Havermans, F.M. en F.J.M. Schmidt, Het Belgische 'Fonds Commun' of 'Gemeen Fonds', *MGV* 1 (1946), no. 9, 237-243.
- Heerma van Voss, A.J., Vijftig jaar Sociale Psychiatrie in Nederland, gesprek met A. Querido, *Vrij Nederland* 41 (1980) no. 49, bijvoegsel 3-27.
- Heerma van Voss, A.J., Het ambulante leven van mej. dr.mr. Lekkerkerker, *MGV*, 40 (1985) no. 12, 1275-1296.
- Heering, A.H., Sociale gezinszorg en gezinsvoorlichting, in: J. Everts en A. Treurniet (red.), *Gids voor maatschappelijk werk*, Samsom, Alphen aan den Rijn, 1954, 309-320.
- Heijden, P. van der, Opening Wit-Gele Kruisdag, 29 juni 1933, *Katholieke Gezondheidszorg* 4 (1933), no. 7, 171-172.
- Heller, Theodor, Heilpädagogik und psychische Hygiene, in: Erwin Strausky (red.), *Leitfaden der psychischen Hygiene*, Urban & Schwarzenberg, Berlin-Wien, 1931, 127-134.
- Heugten, P. van en C.P.C. Breemer ter Stege, Terugblik voor de toekomst. Een kritisch-analytische benadering van het Riagg-concept, *Gezondheid en Samenleving* 3 (1982) no. 3, 165-174.
- Hoegen, A., De ontwikkeling der Katholieke Bureaux voor Huwelijksvoorlichting, *r.k. Artsenblad* 31 (1952) no. 12, 336-345.
- Hoogendijk, W.C.D., *Van verzuiling naar decentralisatie. Overheid en particulier initiatief in een veranderend cultuurpatroon*, Preadvies voor de conferentie van de Nationale Raad voor Maatschappelijk Welzijn, 's-Gravenhage, 1976, 73-99.
- Horst, L. van der, De geestelijke volksgezondheid in oorlogstijd en hare verdere vooruitzichten. Voor-

- dracht gehouden in de algemene Vergadering van de Vereeniging Het Nederlandsch Congres voor Openbare Gezondheidsregeling te Utrecht op 16 april 1946.
- Houten, B.W. van, De wettelijke regeling van de kindbescherming, in: Th. Hart de Ruyter e.a. (red.), *Jeugd en Samenleving*, deel III, *Handboek voor de bijzondere jeugdzorg*, Nijgh & Van Ditmar, 's-Gravenhage, 1959, 15-67.
- Hut, L.J. e.a., *De Willem Arntsz Stichting 1461-1961*, Oosthoek, Utrecht, z.j. (1961).
- Jansen, H.C.M., Ervaringen omtrent het werk van den Buitendienst der psychiatrische Inrichting Voorburg, *Katholieke Gezondheidszorg* 4 (1933), no. 1 en 2, 8-15 en 36-40.
- Janssen, F., Over de regeling van de geestelijke gezondheidszorg, *MGV* 3 (1948) no. 11, 411-415.
- Janssens, G.J.B.A., *De verhouding tussen psychiatrische inrichting, gezinsverpleging en voor- en nazorg*, 10e conferentie Antonia Wilhelminafonds, Meinema, Delft, 1936, 5-20.
- Josephus Jitta, H.M., Mentale hygiëne, *Tijdschrift Sociale Hygiëne*, 32 (1930), 426-435.
- Juffermans, Paul, *Staat en gezondheidszorg in Nederland*, SUN, Nijmegen, 1982.
- Kat, J., *De betekenis der krankzinnigenwet voor de geestelijke hygiëne*. Verslag vergadering Nederlandse Vereniging voor Geestelijke Volksgezondheid, Amsterdam, 5 april 1930, 8-23.
- Kat, J., Bezuiniging op het Krankzinnigenwezen, *Hollands Maandblad* 18 (1932) no. 5, 480-491.
- Kat, J., Schets der organisatie van de overheidsbemoeiingen met de geestelijke volksgezondheid, Amsterdam, oktober 1945, 1-7, stencil.
- Kat, J., Een wet op de zorg voor de geestelijke volksgezondheid, *MGV* 1 (1946) no. 4, 123-136.
- Katholiek Nationaal Bureau voor Geestelijke Gezondheidszorg, *Geestelijke Gezondheidszorg. Structuur en Organisatie*, KNBGG, Utrecht, juni 1964.
- Kaunders, Otto, Geschichte der psychischen Hygiene, in: Erwin Strausky (red.), *Leitfaden der psychischen Hygiene*, Urban & Schwarzenberg, Berlin-Wien, 1931, 11-15.
- Kersbergen, L.C., *Onze Volksgezondheid in verleden, heden en toekomst*, Nationaal Congres Volksgezondheid, Fa. W. Gaade, Delft, 1946, 30-31.
- Ketting, E., *GGZ in getallen 1984*, NcGv-Reeks no. 85, Utrecht, 1986.
- Kitslaar, J., Over geestelijke volksgezondheid, *Katholieke Gezondheidszorg* 4 (1933) no. 6, 153-157.
- Klippe, H. van de, Honderdvijftig jaar dwangtoepassing in de psychiatrie, in: J. Vijselaar (red.), *Honderd Jaar Krankzinnigheid. Geschiedenis van de krankzinnigenwetgeving in Nederland*, NcGv-Reeks no. 70, Utrecht, 1984.
- Kock van Leeuwen, J.A.C. de, Structuur van de Geestelijke Gezondheidszorg. Samenvatting van de discussie, *MGV*, 21 (1966) no. 2, 33-43.
- Kocken, E.H.A. en J.H. Boone, *Overheidssubsidie aan particuliere instellingen op het gebied van de volksgezondheid en het maatschappelijk werk*, deel I *De Rijkssubsidieregelingen*. Vereniging van Nederlandse Gemeenten, 's-Gravenhage, 1968 en deel II *Subsidiëring van gemeentewege*, Vereniging van Nederlandse Gemeenten, 's-Gravenhage, 1970.
- Koenraadt, W.M.J. en Max van Poll, *Handboek der maatschappijleer. Wording, groei, crisis en herstel der maatschappelijke orde*, Paul Brand, Hilversum, 1936 (deel I) en 1938 (deel II).
- Kogerer, H., Organisation des Fürsorgewesens in deutschen Ländern, in: Erwin Strausky (red.), *Leitfaden der psychischen Hygiene*, Urban & Schwarzenberg, Berlin-Wien, 1931, 244-249.
- Kortenhorst, C.T., Naar de oprichting van de Charitatieve Vereniging voor Geestelijke Volksgezondheid, *r.k. Artsenblad* 8 (1929), 2e lustrumnummer, 30-32.
- Kortenhorst, C.T., *De organisatie der Charitatieve Vereniging voor Geestelijke Volksgezondheid*, Verslag vergadering Nederlandse Vereniging ter bevordering der Geestelijke Volksgezondheid, Amsterdam, 5 april 1930, 3-8 (Kortenhorst, 1930<sup>1</sup>).
- Kortenhorst, C.T., *Wat wil de r.k. Charitatieve Vereniging voor Geestelijke Volksgezondheid?* Brochures Charitatieve Vereniging no. 1, 's-Hertogenbosch, 1931 (Kortenhorst, 1930<sup>2</sup>).
- Kortenhorst, C.T., *Over Geestelijke Volksgezondheid en haar ontwikkeling*, Brochures Charitatieve Vereniging no. 2, 's-Hertogenbosch, 1931 (Kortenhorst, 1931<sup>1</sup>).
- Kortenhorst, C.T., Voorlichting omtrent behandeling van moeilijk opvoedbare kinderen, *Tijdschrift voor r.k. Buitengewoon Lager Onderwijs* 7 (1931), no. 12, 331-340 (Kortenhorst, 1931<sup>2</sup>).
- Kortenhorst, C.T., Overzicht van de Charitatieve Verenigingen voor Geestelijke Volksgezondheid, *Tijdschrift Sociale Hygiëne* 34 (1932), 177-187, tevens: Brochures Charitatieve Vereniging no. 8, 's-Hertogenbosch, 1932, 1-11.
- Kortenhorst, C.T., Het Wit-Gele Kruis en de Geestelijke Volksgezondheid, *Katholieke Gezondheidszorg* 4 (1933), no. 4, 136-151, tevens: Brochures Charitatieve Vereniging no. 11, 's-Hertogenbosch,

- 1933, 1-16 (Kortenhorst, 1933<sup>1</sup>).
- Kortenhorst, C.T., Een 'probleem' op het gebied der geestelijke volksgezondheid? *Katholieke Gezondheidszorg* 4 (1933), no. 8, 199-201 (Kortenhorst, 1933<sup>2</sup>).
- Kortenhorst, C.T., *Zwakzinnigenzorg en geestelijke volksgezondheid*, Brochures Charitatieve Vereniging no. 13, 's-Hertogenbosch, 1933 (Kortenhorst, 1933<sup>3</sup>).
- Kortenhorst, C.T., Van de nazorg voor geesteszieken tot de psychische hygiëne van het kind, *Katholieke Gezondheidszorg* 5 (1934), no. 4, 67-71 (Kortenhorst, 1934<sup>1</sup>).
- Kortenhorst, C.T., *Milieu, arbeid, sport en geestelijke volksgezondheid*, Brochures Charitatieve Vereniging no. 17, 's-Hertogenbosch, 1934 (Kortenhorst, 1934<sup>2</sup>).
- Kortenhorst, C.T., Enige herinneringen aan dr. F.S. Meijers, *MGV* 3 (1948) no. 7/8, 210-212.
- Kossmann, E.H., *De lage landen 1780-1940. Anderhalve eeuw Nederland en België*, Elsevier, 4e bijgewerkte editie, Amsterdam-Brussel, 1976.
- Kraft, Th. B., *De jeugd-psychiatrische diensten in Nederland*, Bijleveld, Utrecht, 1963.
- Kraus, Gerard, *Krankzinnigheid in Nederland. Een sociaal psychiatrische studie*, Wolters, Groningen-'s-Gravenhage, 1933.
- Kruitj, J.P. en W. Goddijn, Verzuiling en ontzuiling als sociologisch proces, in: A.N.J. den Hollander e.a. (red.), *Drift en koers. Een halve eeuw sociale verandering in Nederland*, Van Gorcum, Assen, 1962, 227-263.
- Kuitenbrouwer, C.H.G.M., Beweging in de geestelijke gezondheidszorg, *Ziekenfondsvragen* 15 (1964), 265-269.
- Lande, Jan van de (red.), *Opgenomen in de groep. Psychotherapeutische gemeenschappen in Nederland*, Van Loghum Slaterus, Deventer, 1982.
- Leenen, H.J.J., *Sociale grondrechten en gezondheidszorg*, De Boer-Paul Brand, Hilversum, 1966.
- Leibbrandt, C.W., In memoriam Johannes van der Spek 14.10.1886-12.6.1982, *Nieuws en Mededelingen Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie* 5 (1982) no. 27, 1-12.
- Lekkerkerker, E.C., Psychiatrische klinieken voor kinderen in Amerika, *Maandblad Berechting en Re-classering* 5 (1926) no. 11, 321-325 en no. 12, 354-370, en 6 (1927) no. 1, 13-22.
- Lekkerkerker, E.C., Reformatories for women in the USA, z.uitg., z.pl., 1931.
- Lekkerkerker, E.C., Geschiedenis, in: J.H. van der Hoop e.a., *Het moeilijke kind. Tien jaren medisch opvoedkundige bureaux*, uitg. Ned. Fed. van Instellingen tot Oprichting en Instandhouding van MOB's, 's-Gravenhage, 1939, tweede herziene druk.
- Lekkerkerker, E.C., De Kruisverenigingen en de Geestelijke Volksgezondheid, *Ons Witte Kruis* 1940, no. 9, 19-21 en no. 10, 7-12.
- Lekkerkerker, E.C., Enige opmerkingen over: Een Wet op de zorg voor de Geestelijke Volksgezondheid, *MGV* 1 (1946) no. 5, 174-180.
- Lekkerkerker, E.C., Bureaus voor levens- en gezinsmoeilijkheden, *MGV* 2 (1947) no. 1, 3-17 (Lekkerkerker, 1947<sup>1</sup>).
- Lekkerkerker, E.C., Het Commonwealth Fund en de Kadervorming, *MGV* 2 (1947) no. 6, 179-182 (Lekkerkerker, 1947<sup>2</sup>).
- Lekkerkerker, E.C., De psychiatrisch-sociale werkster en haar opleiding, *MGV* 2 (1947) no. 8, 277-287 (Lekkerkerker, 1947<sup>3</sup>).
- Lekkerkerker, E.C., Het internationale Congres voor geestelijke hygiëne te Londen, *MGV* 3 (1948) no. 4, 125-133 (Lekkerkerker, 1948<sup>1</sup>).
- Lekkerkerker, E.C., Het derde internationale Congres voor geestelijke hygiëne, *MGV* 3 (1948) no. 10, 355-384 (Lekkerkerker, 1948<sup>2</sup>).
- Lekkerkerker, E.C., Bureaux voor Levens- en Gezinsmoeilijkheden, *MGV* 5 (1950) no. 3, 69-73.
- Lekkerkerker, E.C., *Moeilijke kinderen. Vijfentwintig jaren medisch opvoedkundige bureaux*, z.pl., z. uitg., 1952 (Lekkerkerker, 1952<sup>1</sup>).
- Lekkerkerker, E.C., De functies van een medisch opvoedkundig bureau, deel I, *MGV* 7 (1952) no. 7/8, 228-240 (Lekkerkerker, 1952<sup>2</sup>).
- Lekkerkerker, E.C., Tien jaar Medisch Opvoedkundige Bureaus, *Tijdschrift voor Maatschappelijk Werk* 9 (1955), no. 20, 337-340.
- Lekkerkerker, E.C., Richtlijnen voor de bureaus voor levens- en gezinsmoeilijkheden en voor de bureaus voor huwelijksaangelegenheden, *MGV*, 11 (1956) no. 7/8, 265-271.
- Lekkerkerker, E.C., Geestelijke Hygiëne en Maatschappelijk Werk, in: Nationale Raad voor Maatschappelijk Werk, *Motief en functie*, Tjeenk Willink en zoon, Haarlem, z.j. (1958), 21-36.



- Lieshout, P.A.H. van, Veertig jaar geestelijke volksgezondheid. Een analyse van het Maandblad voor de Geestelijke Volksgezondheid, *MGV* 40 (1985) no. 12, 1243-1274.
- Lijphart, A., *Verzuiling, pacificatie en kentering in de Nederlandse politiek*, J.H. de Bussy, Amsterdam 1976.
- Loeff, J., *Taak en onderlinge verhouding van kerk, particulier initiatief en overheid ten aanzien van de maatschappelijke zorg*. Prae-advies voor de Nederlandse Vereniging voor Maatschappelijk Werk, 's-Gravenhage, 1949.
- Londen, J. van, Ambulante geestelijke gezondheidszorg, in: E.W. Roscam Abbing (red.), *Bouw en werking van de gezondheidszorg in Nederland*, Bohn, Scheltema & Holkema, Utrecht, 1979, 182-212.
- Loon, P. van, Het verminkte gezin, *Nationaal Congres Geestelijke Volksgezondheid*, Tijl, Zwolle, 1947, deel II, 62-74.
- Mangen, Steen P. (ed.), *Mental Health in the European Community*, Croom Helm, Beckenham, Engeland, 1985.
- Manse, C., De wettelijke regeling van de geestelijke gezondheid, *Nationaal Congres Geestelijke Volksgezondheid*, Tijl, Zwolle, 1947, deel II, 107-113.
- Marlet, J.J.C., *Geestelijke gezondheidszorg in een Limburgs perspectief*, Stichting Geestelijke Gezondheidszorg Noord-Limburg, Venlo, augustus 1964.
- Mastboom, Joost, *Poliklinieken van psychiatrische centra*, NcGv Reeks no. 27, Utrecht, 1981.
- Medisch Contact, Nota van het Centrum Medisch Contact, *Mededelingenblad van het Medisch Contact* 1 (1945) no. 1/2, 29-30.
- Medisch Opvoedkundige Bureaus, *Katholieke Gezondheidszorg* 17 (1948), no. 12, 214-215.
- Medisch Paedagogisch Bureau Den Haag, *Jaarverslag 1981*, waarin opgenomen: Gesprek met mevrouw Nel Ongerboer, oprichtster van het MPB, 13-21, en: Vijftig jaar MPB en nog geen cent veranderd? 26-29.
- Medische Studie Commissie van de Provinciale Gelderse Commissie van Samenwerking tot Bevordering van de Geestelijke Volksgezondheid, *Rapport betreffende de organisatie van de Geestelijke Volksgezondheid in Gelderland*, z.pl., z.j. (1947) (Medische Studie Commissie) z.j. (1947).
- Meijers, F.S., De verzorging der geesteszieken in de vrije maatschappij, *Neurotherapie, bijblad der Psychiatrische Neurologische Bladen* 32, (1928), 13-16.
- Meijers, F.S., *De geestelijke hygiëne en hare betekenis voor onze samenleving*. Verslag vergadering het Psychiatrisch-Juridisch Studiegezelschap, Amsterdam, 13 december 1930.
- Meijers, F.S., Een gemeentelijke geestelijk hygiënische dienst, *Tijdschrift Sociale Hygiëne* 34 (1932), 188-197.
- Meijers, F.S., De praktijk der geestelijke volksgezondheid, *Ons Groene Kruis* 8 (1933) no. 9, 137-141.
- Meijers, F.S., Openingsrede gehouden op de Algemene Vergadering van de Centrale Vereeniging, op 15 september 1938, Centrale Vereeniging, *Jaarverslag 1938*, 10-12.
- Meijers, F.S., *De voor- en nazorg van geestelijk hulpbehoevenden*, uitg. Centrale Vereeniging ter Behartiging der Maatschappelijke Belangen van Zenuw- en Zielszieken naar aanleiding van haar 15-jarig bestaan, Amsterdam, z.j. (1939).
- Meijers, F.S., De geschiedenis der psychische hygiëne, *MGV* 1 (1946) no. 1, 5-8.
- Meijers, F.S., *Inleiding tot de Sociale Psychiatrie*, W.L. en J. Brusse, Rotterdam, 1947.
- Meijers, F.S., De Centrale Vereeniging ter behartiging van belangen van geestelijk gestoorde in de maatschappij, *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde* 28 (1950) no. 13, 210-212.
- Meyknecht, A.P.J., Preventieve Charitas en Geestelijke Volksgezondheid, *Katholieke Gezondheidszorg* 3 (1932) no. 12, 309-318.
- Meyknecht, A.P.J., Uniformiteit, 'driedeeling' of tusschenoplossing? *MGV* 1 (1946) no. 8, 270-275.
- Mispelblom Beijer, F., Hebben de RIAGG's een toekomst? *MGV* 33 (1983), 919 e.v.
- Mol, Chr., De Wit-Gele Kruisdag, *Katholieke Gezondheidszorg* 4 (1933) no. 6, 162-165.
- Mol, Chr., *Wit-Gele Kruis, gezin en geestelijke volksgezondheid*, Brochures Charitatieve Vereniging no. 24, 's-Hertogenbosch, 1936.
- Mol, Chr., Een concreet ordeningsplan, *Tijdschrift Sociale Geneeskunde* 19 (1941) no. 1, 3-6.
- Mol, Chr., Organisatieplan voor de Volksgezondheid, *Mededelingenblad van het Medisch Contact* 1 (1945) no. 1/2, 12-24.
- Mol, Chr., Gezondheidszorg-perspectieven, *Katholieke Gezondheidszorg* 15 (1946) no. 6, 124-129.
- Mol, Chr., Kruisverenigingen en Ziekenfondsen, *Katholieke Gezondheidszorg* 16 (1947) no. 3, 37-38 en no. 4, 53-56 (Mol, 1947<sup>1</sup>).

- Mol, Chr., Maatschappelijke regelingen t.a.v. de geestelijke volksgezondheid, *Nationaal Congres Geestelijke Volksgezondheid*, Tijl, Zwolle, 1947, deel II, 114-121 (Mol, 1947<sup>2</sup>).
- Mol, Chr., Dr. C.T. Kortenhorst en de Geestelijke Volksgezondheid, *Katholieke Gezondheidszorg* 18 (1949), no. 6, 137-138.
- Moltzer, M.J.A., Opleiding tot maatschappelijk werk, in: J. Everts en A. Treurniet (red.), *Gids voor maatschappelijk werk*, Samsom, Alphen aan den Rijn, 1954, 197-212.
- Mulock Houwer, D.Q.R., Onze kindervetten 50 jaar, *MGV* 10 (1955) no. 11, 373-381.
- Naaborg, R., *Beleidsvorming in de gezondheidszorg. Zoeklicht op de hartchirurgie*, academisch proefschrift Erasmus Universiteit Rotterdam, 1979.
- Nationaal Congres Geestelijke Volksgezondheid*, Amsterdam, 1947, deel I en II, Tijl, Zwolle, 1947.
- Nationaal Protestants Centrum voor de Geestelijke Gezondheidszorg in Nederland, Structuur en organisatie van de Nederlandse gezondheidszorg, *MGV* 20 (1965) no. 11, 355-369.
- Nationale Federatie Het Wit-Gele Kruis, *Zorg voor de geestelijke volksgezondheid*, verslag van de 2e landdag 29 juni 1933, Utrecht, 1933.
- Nationale Federatie voor de Geestelijke Volksgezondheid, *Rapport van de Commissie betreffende de financiering van consultatiebureaus voor geestelijke volksgezondheid*, Amsterdam, april 1940 (NFGV, Rapport 1940).
- Nationale Federatie voor de Geestelijke Volksgezondheid, *Rapport betreffende de maatregelen welke in de eerstkomende tijd ter bevordering van de geestelijke volksgezondheid genomen moeten worden en meer in het bijzonder omtrent de taak die de overheid daarbij heeft te vervullen*, Amsterdam, december 1945 (NFGV, Advies 1945).
- Nationale Federatie voor de Geestelijke Volksgezondheid, *Gids voor de Geestelijke Volksgezondheid in Nederland*, Amsterdam, 1949.
- Nationale Federatie voor de Geestelijke Volksgezondheid, *Gids voor de Geestelijke Gezondheidszorg in Nederland*, Amsterdam, 1958.
- Nationale Federatie voor de Geestelijke Volksgezondheid, *Gids voor de Geestelijke Gezondheidszorg in Nederland*, Amsterdam, 1962.
- Nationale Federatie voor de Geestelijke Volksgezondheid, Algemene Ledenvergadering 16 december 1965 gewijd aan de Structuur van de Geestelijke Volksgezondheid, *MGV* 21 (1966) no. 2, 31-32.
- Nationale Federatie voor de Geestelijke Volksgezondheid, *Gids voor de Geestelijke Gezondheidszorg in Nederland*, Amsterdam, 1968.
- Nationale Federatie voor de Geestelijke Volksgezondheid, *Gids voor de Geestelijke Gezondheidszorg in Nederland*, Utrecht, Supplement 1974.
- Nationale Ziekenhuisraad, subsectie psychiatrie van de sectie geestelijke gezondheidszorg, *Visie op geestelijke gezondheidszorg en toekomst van het psychiatrisch ziekenhuis*, tweede rapportage van de Visie-toekomstgroep psychiatrie, Utrecht, 1984.
- Nederlands Congres Openbare Gezondheidsregeling, Geestelijke Hygiëne, prae-adviezen en verslag, *Tijdschrift voor Sociale Hygiëne* 34 (1932) 173-280.
- Nederlandsch Genootschap tot Zedelijke Verbetering der Gevangenen, *Consultatiebureaux voor moeilijke kinderen in Amerika*, z.uitg., z.pl., 1927.
- Nederlandsche Hervormde Vereeniging voor Geestelijke Volksgezondheid, Oprichting der Vereeniging en verslag van de 1e Conferentie, in: *Geschriften van de Nederlandsche Hervormde Vereeniging*, Utrecht, 1934.
- Nederlandse Vereniging voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg, *Riagg-documentatie*, Utrecht, mei 1981, no. 1 (NVAGG, 1981<sup>1</sup>).
- Nederlandse Vereniging voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg, *Kaart van AGGZ-regio's*, Utrecht, december 1981 (NVAGG, 1981<sup>2</sup>).
- Nederlandse Vereniging voor Geestelijke Volksgezondheid, *Gids betreffende de Geestelijke Volksgezondheid (psychische hygiëne) in Nederland*, Van Rossen, Amsterdam, 1936 (Ned. Ver. GVG, Gids 1936).
- Nieuwe Nota Geestelijke Volksgezondheid, Handelingen Tweede Kamer 1983-1984, stuk 18.463 no. 1-2.
- Oldendorff, A., De waarde van het particulier initiatief op het gebied van de sociale zorg, in: *Gedenboek Vijfde Lustrum Nationale Federatie Het Wit-Gele Kruis 1948*, speciaal nummer *Katholieke Gezondheidszorg* 17 (1948), tussen no. 6 en 7/8, 24-25.

- Ongerboer, N., Case Work, *MGV*, 2 (1947) no. 8, 264-271.
- Pameyer, J.H., Plaatsing in de maatschappij van geestelijk onvolwaardigen, *AVO-Congresverslag 1928*, no. 32, 3-15 (Pameyer, 1928<sup>1</sup>).
- Pameyer, J.H., *De buitendienst van Maasoord*, 3e conferentie Antonia Wilhelminafonds, Meinema, Delft, 1928, 10-20 (Pameyer, 1928<sup>2</sup>).
- Pameyer, J.H., Maasoord en de sociaal-psychiatrische gedragslijn der gemeente Rotterdam, *Psychiatrische en Neurologische Bladen*, 34 (1930), 55-57.
- Pameyer, J.H., Betekenis en organisatie van de voor- en nazorg voor geesteszieken, Verslag vergadering Nederlandse Vereniging voor Geestelijke Volksgezondheid, Amsterdam, 30 januari 1932 (Pameyer, 1932<sup>1</sup>).
- Pameyer, J.H., Over voor- en nazorg van geesteszieken, *Tijdschrift voor Sociale Hygiëne* 34 (1932), 198-224 (Pameyer, 1932<sup>2</sup>).
- Peper, Bram, *Vorming van welzijnsbeleid. Evolutie en evaluatie van het opbouwwerk*, Boom, Meppel, 1972.
- Philips, J.F.R., *50 jaar Limburgse Groene Kruis*, Het Limburgse Groene Kruis, Sittard, 1960.
- Piebenga, P.J., Op welke wijze kunnen de kruisverenigingen meewerken bij de voor- en nazorg van geesteszieken. Welke eisen moeten daartoe aan de wijkzusters worden gesteld, *Het Groene en Het Witte Kruis* 30 (1934) 172-187.
- Piebenga, P.J., In memoriam J.H. Pameyer, *MGV*, 12 (1957) no. 1, 1-3.
- Pompe, W., Dr. F.S. Meijers als forensisch psychiater, in: Centrale Vereniging, *Jaarverslag 1953*, 8-9.
- Prins, P.G., Kinderbescherming, in: J. Everts en A. Treurniet (red.), *Gids voor maatschappelijk werk*, Samsom, Alphen aan den Rijn, 1954, 380-410.
- Proceedings*, The International Committee for Mental Hygiene Inc., New York, 1932, Volume 1.
- Putto, J.A., De plaats van de Volksgezondheid in de Rijksbegroting, *Tijdschrift voor Sociale Hygiëne* 34 (1932), 446-451.
- Querido, A., De indicatie tot het opnemen van geesteszieken, *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* 78 (1934) no. 3, 307-311.
- Querido, A., Psychiatrie d'urgence, *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* 79 (1935) no. 2, 124-134.
- Querido, A., Organisatie van de voor- en nazorgdienst, *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* 81 (1937), no. 33, 969-975.
- Querido, A., *Krankzinnigenrecht*, Erven F. Bohn, Haarlem, 1939.
- Querido, A., Een Wet op de Geestelijke Volksgezondheid... Nu, *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde* 23 (1945) no. 4, 57-60.
- Querido, A., Voorstellen tot reorganisatie der geestelijke volksgezondheid. Samenvatting van het Rapport, uitgebracht aan de Minister van Sociale Zaken, *MGV*, 1 (1946) no. 3, 90-98.
- Querido, A., De wettelijke regeling van de geestelijke gezondheidszorg, *Nationaal Congres Geestelijke Volksgezondheid*, Tijl, Zwolle, 1947, deel 1, 120-125.
- Querido, A., Levensbericht F.S. Meijers, *MGV* 3 (1948) no. 7/8, 203-307 (Querido, 1948<sup>1</sup>).
- Querido, A., Over wettelijke regeling van de zorg voor de geestelijke volksgezondheid, *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde* 20 aug. (1948) no. 16, p. 279-282 (Querido, 1948<sup>2</sup>).
- Querido, A., Wettelijke maatregelen t.b.v. geestelijk gestoorde, *Nederlandsch Juristenblad* 23 (1948) no. 40, 677-687 (Querido, 1948<sup>3</sup>).
- Querido, A., Sociale psychiatrie, doel, middelen en grenzen, *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde* 27 (1949) no. 14, p. 267-273 (Querido, 1949<sup>1</sup>).
- Querido, A., Openbare gezondheidszorg en geestelijke gezondheidszorg, *MGV* (1951) no. 11 321-326.
- Querido, A., Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid, *MGV* 12 (1957) no. 1, 4.
- Querido, A., Ontwikkeling op Nederlandse bodem, *MGV* 14 (1959), no. 4, 127-138.
- Querido, A., *Een eeuw Staatstoezicht op de volksgezondheid*, Staatsuitgeverij, 's-Gravenhage, 1965 (Querido, 1965<sup>1</sup>).
- Querido, A., Geestelijke gezondheidszorg, structuur en organisatie; naar aanleiding van een rapport, *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde* 43 (1965) no. 7, 244-248 (Querido, 1965<sup>2</sup>).
- Querido, A., The shaping of community mental health care, *British Journal of Psychiatry* 114 (1968) no. 508, 236-252.
- Querido, A., Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, rede gehouden in de Eerste Kamer, 1967, in: M.A.J. Romme en W.J.Z. Gorter-Willemsse (red.), *Werk in uitvoering*, Stenfert Kroese, Leiden, 1970, 216-227.

- Querido, A., *De Wit-Gele Vlam. Gedenkboek ter gelegenheid van het 50-jarig bestaan van de Nationale Federatie Het Wit-Gele Kruis 1923-1973*, Nat. Fed. Het Wit-Gele Kruis, 1973.
- Querido, A., *Doorgaand verkeer. Autobiografische fragmenten*, De Tijdstroom, Lochem-Poperinge, 1980.
- Redactie, Maandblad Geestelijke Volksgezondheid, Structuur en Organisatie van de Geestelijke Gezondheidszorg, *MGV* 20 (1965) no. 11, 355-369.
- Redactioneel, bij het artikel van J. Kat, Een wet op de zorg voor de geestelijke volksgezondheid, *MGV* 1 (1946) no. 4, 123.
- Reorganisatiecommissie, Installatie Reorganisatie-Commissie Geestelijke Volksgezondheid. Verslag, *Medisch Contact* 4 (1949), no. 42, 665-668.
- Romme, M.A.J., *Doel en middel*, academisch proefschrift Universiteit van Amsterdam, 1967.
- Romme, M.A.J., Reorganisatie en Integratie in de geestelijke gezondheidszorg, *Verslagen en rapporten v en m*, 1973, no. 28, Staatsuitgeverij, 's-Gravenhage, 1974.
- Romme, M.A.J., *Voorzieningen in de geestelijke gezondheidszorg*, Samsom, Alphen aan den Rijn-Brussel, 1978.
- Rooms-Katholieke Artsenvereniging, *Rapport van de studietoetsing ingesteld door de R.K. Artsenvereniging inzake de corporatieve organisatie van de gezondheidszorg*, z.pl., november 1940.
- Rümke, H.C., *Studies en voordrachten over psychiatrie*, Scheltema en Holkema, Amsterdam, 1943.
- Rümke, H.C., *Nieuwe studies en voordrachten over psychiatrie*, Scheltema en Holkema, Amsterdam, 1953.
- Rümke, H.C., *Derde bundel studies en voordrachten over psychiatrie*, Scheltema en Holkema, Amsterdam, 1958.
- Santema, S., *Georganiseerde maatschappelijke gezondheidszorg. Structuur, werkzaamheden, raakvlakken*, Van Gorcum, Assen-Amsterdam, 1981.
- Sark, H.M.L.H., De ongehuwde moeder en haar kind, in: J. Everts en A. Treurniet (red.), *Gids voor maatschappelijk werk*, Samsom, Alphen aan den Rijn, 1954, 337-349.
- Scheer, W.M. van der, De betekenis van de inrichting voor geestes- zieken voor de geestelijke volksgezondheid, *Tijdschrift voor Sociale Hygiëne* 34 (1932), 225-241.
- Scheer, W.M. van der, Vraagstukken der Sociale Psychiatrie en der Geestelijke Volksgezondheid, *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde* 12 (1934) no. 1, 3-12 en no. 2, 35-39.
- Scheer, W.M. van der, Geestelijke Volksgezondheid in verband met de kruisverenigingen, *Het Groene en Het Witte Kruis* 32 (1936), 185-193.
- Schnabel, P., *Een lichte postnatale depressie bij een praemature geboorte*, inleiding op de Invitational Conference over de Nieuwe Nota Geestelijke Volksgezondheid op 30 november 1984, NcGv Reeks no. 78, Utrecht, 1985, 37-53.
- Schudel, W.J., Basisgezondheidsdiensten en geestelijke gezondheidszorg, *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde* 59 (1981) no. 1, 12-13.
- Schutte, J.J.J., *De rol van de wijkverpleging bij de huiselijke verzorging van zenuw- en zielszieken*, 6e conferentie Antonia Wilhelminafonds, Meinema, Delft, 1932, 2-11.
- Schuurmans Stekhoven, J.H., Sociaal psychiatrische kroniek XIX, *Geneeskundige Gids* 8 (1930) no. 18, 417-420.
- Schuurmans Stekhoven, J.H., Organisatieplannen op het gebied van de geestelijke volksgezondheid, *Het Groene en Het Witte Kruis* 29 (1933), 250-252 (artikel slechts ondertekend met 'St.').
- Schuurmans Stekhoven, J.H., *De georganiseerde gezinsverpleging van zenuw- en geesteszieken: hare huidige situatie en hare problemen*, 8e conferentie Antonia Wilhelminafonds, Meinema, Delft, 1934, 4-24.
- Sillevis Smitt, W.G. en J.J. Jansen, *Honderdjarig bestaan van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie en Neurologie*, z.uitg., z.j. (1971).
- Spek, Joh. van der, Geestelijke volksgezondheid, een nieuwe taak voor de kerken, *Geschriften van de Nederlandsche Hervormde Vereeniging voor Geestelijke Volksgezondheid*, II, Utrecht, 1936.
- Spek, Joh. van der, Wat kan in dezen tijd in het belang der geestelijke volksgezondheid gedaan worden? *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* 85 (1941) no. 2, 221-229.
- Spek, P.A.F. van der, De hygiënische achtergrond van de Medisch Opvoedkundige Bureau's, *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde* 27 (1949), no. 7, 129-135.
- Spek, P.A.F. van der, De geestelijke gezondheidszorg in de start van het Praeventiefonds, *MGV*, 7 (1952) no. 6, 249-262.

- Speyer, N., De afdeling Geestelijke Volksgezondheid 1937-1962, *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde* 39 (1961) no. 39, 820-828.
- Staatstoezicht op de volksgezondheid, De organisatie der geestelijke volksgezondheid in Nederland, *Katholieke Gezondheidszorg* 4 (1933) no. 10, 235-240; tevens gepubliceerd in: *Het Groene en Het Witte Kruis* 29 (1933), 215-219 (artikel zonder auteur; in redactioneel Staatstoezicht genoemd).
- Stichting Algemeen Centraal Bureau voor de Geestelijke Volksgezondheid, Beschouwingen naar aanleiding van Rapport Katholiek Nationaal Bureau, MGV, 20 (1965) no. 10, 311-318.
- Structuurnota Gezondheidszorg, Handelingen Tweede Kamer 1973-1974, Stuk 13 012, no. 1-2.
- Stuurman, Siep, *Verzuiling, kapitalisme en patriarchaat*, SUN, Nijmegen, 1983.
- Suër, Henk, *Niet te geloven. De geschiedenis van een pastorale commissie*, Paul Brand, Bussum, 1969.
- Telderstichting, Geschriften van de Prof. Mr. B.M. Telderstichting, *Het Ziekenfondswezen in Nederland. Ontwikkeling en perspectieven*, Martinus Nijhoff, 's-Gravenhage, 1963.
- Thoenes, P., *De elite in de verzorgingsstaat*, Stenfort Kroese, Leiden, 1962.
- Thurlings, J.M.G., *De wankele zuil. Nederlandse katholieken tussen assimilatie en pluralisme*, Dekker & Van de Vegt-De Horstink, Nijmegen-Amersfoort, 1971.
- Tibout, P.H.C., De taak van de sociale medewerker aan een consultatiebureau voor moeilijke kinderen en de opleiding daartoe, in: Ned. Ver. ter bevordering van Consultatiebureaus voor moeilijke kinderen, *Jaarverslag*, 1929, 8-22.
- Tibout, P.H.C., *Over het onderzoek en de behandeling van kinderen met afwijkend gedrag. Psychiatrisch-sociale beschouwingen*, academisch proefschrift, Muusses, Purmerend, 1948.
- Tjeenk Willink, M. en A. Treurniet, Algemene Landelijke Samenwerking, in: J. Everts en A. Treurniet (red.), *Gids voor maatschappelijk werk*, Samsom, Alphen aan den Rijn, 1954, 91-109.
- Tjeenk Willink, M. en A. Treurniet, Voortgang en samenhang, in: Nationale Raad voor Maatschappelijk Werk, *Motief en functie. Beweging en beweging in het maatschappelijk werk 1908-1958*, Tjeenk Willink, Haarlem, 1958, 281-373.
- Trimbos, C.J.B.J., *Geestelijke gezondheidsleer en geestelijke gezondheidszorg*, Het Spectrum, Utrecht-Antwerpen, 1959.
- Trimbos, C.J.B.J., In Memoriam S.J.P. Dercksen, MGV 35 (1980) no. 8, 703-704.
- Veeger, L.A., Geestelijke gezondheidszorg en de wijkverpleegster-huisbezoekster, *Katholieke Gezondheidszorg* 4 (1933) no. 6, 158-161. (Veeger, 1933<sup>1</sup>)
- Veeger, L.A., De organisatie der geestelijke gezondheidszorg, in: Katholieke Nationale Federatie Het Wit-Gele Kruis, *Zorg voor de Geestelijke Volksgezondheid*, 2e Wit-Gele Kruisdag, Utrecht, 29 juni 1933, 57-72. (Veeger, 1933<sup>2</sup>)
- Veldkamp, G.M.J., *Sociale triptiek. Verantwoording en achtergronden van een beleid*, Staatsuitgeverij, 's-Gravenhage, 1968.
- Verdoorn, J.A., *Volksgezondheid en sociale ontwikkeling. Beschouwingen over het gezondheidswezen te Amsterdam in de 19e eeuw*, Het Spectrum, Utrecht-Antwerpen, 1965.
- Verslagen en Mededeelingen betreffende de Volksgezondheid, Staatsuitgeverij, 's-Gravenhage, 1941.
- Verslagen en Mededeelingen betreffende de Volksgezondheid, Staatsuitgeverij, 's-Gravenhage, 1942.
- Verslagen en Mededeelingen betreffende de Volksgezondheid, Staatsuitgeverij, 's-Gravenhage, 1948.
- Verwey-Jonker, H., De emancipatiebewegingen in: A.N.J. den Hollander e.a. (red.), *Drift en koers. Een halve eeuw sociale verandering in Nederland*, Van Gorcum, Assen, 1962, 105-127.
- Volksgezondheidsnota, 1966, brief van de minister en de staatssecretaris van sociale zaken en volksgezondheid aan de voorzitter van de Tweede Kamer der Staten Generaal, Handelingen Tweede Kamer 1965-1966, stuk 8462, no. 1.
- Voorthuysen, A. van, geciteerd in de Gids gvg, 1936, 112.
- Vreeze, J. de, Commentaar op 'Mis met de Gezondheidswet', *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde* 33 (1955) no. 8, 207-211.
- Vreeze, J.Th.M. de, *Voor en na de Gezondheidswet 1956*, oratie, Dekker & Van de Vegt, Nijmegen-Utrecht, 1968.
- Vries, J. de, *De Algemene Bijstandswet*, Samsom-Vuga, Alphen aan den Rijn-'s-Gravenhage, 1973.
- Waterink, J., Vijftientwintig jaar actie voor Geestelijke Volksgezondheid, in: *Referaten gehouden op het congres ter gelegenheid van het vijftientwintig-jarig bestaan der Vereniging voor Geestelijke Volksgezondheid op Gereformeerde Grondslag*, Kampen, 1959, 7-23.
- Westhoff, Hanneke, *Natuurlijk geboortenregelen in de twintigste eeuw. De ontwikkeling van de periodieke onthouding door de Nederlandse arts J.N.J. Smulders in de jaren dertig*, Ambo, Baarn, 1986.

Winslow, C.E.A., The Mental Hygiene Movement (1908-1933) and its founder, Supplement 1, in: C.W. Beers, *A Mind that Found Itself. An Autobiography*, Doubleday, New York, 1948, 303-317.

World Federation for Mental Health, *Mental Health and World Citizenship*, a statement prepared for the International Congress on Mental Health, London 1948, Lewis & Co, London, 1948.

World Health Organization, Regional Office for Europe, *Mental health services in Europe: 10 years on*, Copenhagen, 1985.

Ziekenfondsraad, *Advies inzake hulp door of vanwege een Riagg*, Amstelveen, 22 oktober 1981, no. 160.

# Personenregister

Aalberse, P.J.M. 27, 29

Aichhorn, A. 61

Banning, C. 120, 197, 198, 307

Barnhoorn, J.A.J. 119, 163, 164, 178, 210,  
276, 301, 303

Bartels, A.J.H. 203, 274, 275, 277, 306

Beers, C.W. 75

Berg, C. van den 127, 129, 131, 139, 140,  
154, 193, 197, 213, 258, 289, 296, 299,  
301, 307, 308

Beveridge, W. 119

Beyerman, J. 101, 296, 308

Beyerman, W. 54, 55, 192

Bless, H. 221, 222

Boeuff, C.W. du 247, 248, 251, 252, 253,  
260, 261, 262, 311

Bonger, W.A. 50

Bouman, A. 158, 159, 217, 228, 255

Bouman, K.H. 44, 50, 66, 73, 74, 76, 77, 78,  
79, 81, 82, 86, 87, 99, 100, 102, 127, 128,  
129, 130, 131, 132, 135, 136, 140, 143,  
155, 161, 197, 246, 253, 254, 256, 293,  
296, 297, 301, 307

Bremer, B. 203, 207

Buytendijk, F.J.J. 138, 265, 274, 300

Carp, E.A.D.E. 73, 83, 128, 307

Cox, W.H. 44, 76

Dam, W. van 176

Dercksen, S.J.P. 221, 224, 227, 231, 232,  
247, 248, 251, 252, 253, 260, 261, 262,  
263, 264, 271, 276, 311, 312

Donner, J. 85

Drees, W. 119

Engelhard, C.F. 301, 303

Eykel, R.N.M. 35, 87, 120, 296

Fortmann, H.M.M. 205

Freud, S. 73

Goudsmit, C.J. 303

Gunning, J.H. 60, 61, 292

Hamer, B.C. 303

Hart de Ruyter, Th. 67, 301, 303

Havermans, F.M. 156, 157, 158

Hemmes, J. 296

Heyermans, L. 29, 50, 52, 246

Hoegen, J. 222

Hoogveld, J.H.E.J. 83

Hoop, J.H. van der 74, 218, 237, 292, 301

Horst, L. van der 307

Hutter, A. 85, 129, 224, 231, 308

Jansen, F. 303

Jansen, H.C.M. 97, 104

Jelgersma, G. 73

Josephus Jitta, H.M. 86, 97, 98

Kat, J. 48, 97, 144, 145, 149-154, 155, 156,  
158, 159, 160, 161, 163, 166, 167, 170,  
182, 243, 248, 249, 250, 255, 277, 278, 301

Kersbergen, L.C. 211, 307

Kock van Leeuwen, J. de 297

Koekebakker, J. 218, 300, 301, 303

Koenen, J.H.M. 301

Kolb, G. 48

Kortenhorst, C.T. 80, 81, 82, 83, 84, 86, 87,  
88, 89, 90, 91, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100,  
101, 102, 104, 138, 186, 246, 258, 264,  
294, 296

Kortenhorst, L.G. 98

Kraepelin, E. 185

Kraus, G. 163, 258, 296, 303

Kropman, G.C.J.D. 296

Lekkerkerker, E.C. 59, 61, 67, 101, 102, 109,  
110, 111, 127, 129, 130, 131, 159, 160,  
161, 193, 197, 213, 218, 219, 220, 223,  
224, 225, 226, 227, 228, 230, 232, 250,  
275, 292, 293, 296, 297, 300, 301, 308

Lietaert Peerbolte, L. 85, 98, 100, 289, 296

Lubberman, H.J. 95, 295

Meijers, F.S. 43, 44, 45, 46, 47, 48, 50, 52,  
59, 60, 61, 76, 79, 80, 81, 82, 83, 87, 88,  
94, 100, 101, 109, 110, 171, 197, 246, 251,  
290, 293, 296

Mesdag, S. van 44

Meyer, A. 75

Meyknecht, A.P.J. 157, 158, 159

Mol, Chr. 87, 88, 91, 94, 100, 102, 119, 121,  
124, 125, 183, 296

- Muller, N. 59  
Muntendam, P. 168, 169  
Nuyens, W.J.F. 104  
Ongerboer, N. 65, 215, 231  
Palies, A.L.C. 301  
Pameyer, J.H. 48, 49, 50, 52, 54, 55, 156, 163, 164, 165, 166, 177, 192, 193, 228, 231, 290, 293, 296, 301, 303  
Piebenga, P.J. 301  
Pompe, W.P.J. 44, 83  
Querido, A. 52, 74, 143, 144, 145, 146-149, 150, 152, 153, 154, 155, 156, 159, 161, 162, 163, 165, 167, 168, 170, 181, 182, 210, 217, 224, 225, 226, 227, 228, 229, 230, 231, 232, 236, 243, 245, 246, 247, 248, 249, 250, 251, 259, 260, 261, 266, 276, 291, 293, 297, 300, 301, 303  
Ranitz, J.C.G. de 60, 61  
Roels, F. 83  
Rombouts, J.M. 307  
Rümke, H.C. 292, 296, 300, 301, 308  
Rutten, F.J.Th. 83  
Ruys de Beerenbrouck, Ch.J.M. 83  
Schaik, M.J.R. van 83  
Scheer, W.M. van der 42, 50, 76, 303, 308  
Schuurmans Stekhoven, J.H. 42, 97, 145  
Slotemaker de Bruine, J.R. 85  
Smulders, J.N.J. 70  
Spek, Joh. van der 84, 85, 92, 93, 101, 132, 137, 176, 177, 178, 182, 212, 247, 250, 253, 294, 296, 303, 308  
Spek, P.A.F. van der 141, 203, 205, 228, 229, 230, 240, 258, 300, 306  
Speyer, N. 210  
Speyer, S. 176  
Sterren, H.A. van der 228, 229, 231, 238, 240, 250  
Stuurman, F.J. 308  
Terwisscha van Scheltinga, C.J. 296  
Thorbecke, J.R. 28  
Tibout, P.H.C. 60, 61, 258, 293, 301  
Trimbos, C.J.B.J. 266, 274, 275, 276, 277, 313  
Vaessen, M.L.J. 265, 266, 313  
Veeger, L.A. 71, 87, 89, 96, 99  
Venings, C.J.A. 129, 308  
Veraart, J.B.M. 203, 303  
Verhoeven, C.F. 127  
Vreeze, J.Th.M. de 121, 138, 274, 300  
Waals, H.G. van der 74, 237  
Westerman Holstijn, A.J. 308



# Zakenregister

Adviesaanvraag geestelijke volksgezondheid  
minister van Sociale Zaken, 1945 139

afdeling Geestelijke Hygiëne GG en GD Amsterdam 43, 51, 52, 210, 245, 255, 256, 260, 290, 291, 301

afdeling Geestelijke Hygiëne Nederlands Instituut voor Preventieve Geneeskunde 218

afdeling Geestelijke Volksgezondheid GG en GD Den Haag 210

afdeling Geestes- en Zenuwzieken GG en GD Amsterdam *zie* afdeling Geestelijke Hygiëne GG en GD Amsterdam

afdeling Sociale Psychiatrie en Geestelijke Hygiëne GG en GD Rotterdam 178, 210

afdeling Volksgezondheid *zie* Directoraat-Generaal voor de Volksgezondheid

Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten 125

Algemeen Fonds voor de geestelijke volksgezondheid 149, 150, 152, 157, 165, 166, 170

Algemene Bijstandswet 241

Algemene Nederlandse Vereniging Het Groene Kruis *zie* Groene Kruis

Algemene Nederlandse Vereniging voor Sociale Geneeskunde 231

algemene volksverzekering geneeskundige voorzieningen 119

Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) 15, 179, 241, 282, 283

Amsterdamse Vereniging ter Bevordering van Consultatiebureaus voor Moeilijke Kinderen 61, 290

Armenwet 25, 35, 39-40, 42, 52, 165, 178, 179-180, 241, 279

Besmettelijke Ziektenwet 28, 33, 35

bestedingsplan NFGV 1934 101, 110

Bond van Protestants-Christelijke Verenigingen voor Wijkverpleging in Nederland 31, 92

Bredase Federatie Het Wit-Gele Kruis 87, 88

buitendienst Maasoord 146, 176-178, 180

buitendiensten psychiatrische inrichtingen 48-50

Bureau voor Huwelijksaangelegenheden 266

– Amsterdam 235

– Utrecht 235

Bureau voor Huwelijksvoorlichting 70-71, 221-222, 234

– Amsterdam 266

Bureau voor Levens- en Gezinsmoeilijkheden 215-217, 220-222, 233-236

– Amsterdam, Interkerkelijk 158, 217, 255

– Den Haag 215, 217, 220, 223, 224, 227, 231

– Rotterdam 72, 109, 212, 215, 217, 219, 220, 223, 224, 227

Calvinistische Juristenvereniging 84

Centraal Israëlitisch Krankzinnigengeesticht 101

Centrale Commissie voor de Volksgezondheid 119, 120, 123, 155, 161, 165, 166

Centrale Raad voor de Volksgezondheid 121, 123, 124

Centrale Vereniging ter Behartiging der Maatschappelijke Belangen van Zenuw- en Zielszieken 44-48, 54, 60, 66, 82, 93, 94, 100, 101, 105, 171, 290

Centrum Katholieke Medisch Opvoedkundige Bureaus 139, 201, 203, 204-208, 273, 274, 275, 301, 313

Centrum Katholieke Voor- en Nazorgdiensten 171, 275

Charitieve Vereniging *zie* Rooms-Katholieke Charitatieve Vereniging voor Geestelijke Volksgezondheid

Christelijk Sanatorium voor Zenuwlijders, Zeist 85

Commissie Banning 120, 121, 163, 164, 165

Commissie Eykel 35, 118

Commissie inzake de psychische invloed der tegenwoordige tijdsomstandigheden 211-212, 215, 250

Commissie Kraus *zie* Commissie tot voorbereiding van een Wet op de Geestelijke Volksgezondheid

Commissie tot voorbereiding van een Wet op de Geestelijke Volksgezondheid 162-167, 168, 303

Commissie van onderzoek inzake de verpleging en verzorging van zenuwzieken, krankzinnigen en maatschappelijk ongeschikten vanwege de gemeente Amsterdam 50-53, 90, 149

Commissie voor Contact en Advies voor de Medisch Opvoedkundige Bureaus 205, 275

Commissie voor Contact en Advies voor de Bureau's voor Levens- en Gezinsmoeilijkheden 227, 228, 230, 231, 275, 311  
 Community Mental Health Center 17  
 Consultatiebureau voor Geestelijke Volksgezondheid 18, 21, 88-91, 94, 95, 97, 98, 102-106, 109, 110, 111, 137, 138, 140, 141, 145, 150, 157, 160, 161, 186, 192, 202, 218, 242, 245, 246, 263, 266  
 Consultatiebureau voor Joodse Zenuw- en Zielszieken 48, 144  
 Consultatiebureau voor Levens- en Gezinsmoeilijkheden Rotterdam *zie* Bureau voor Levens- en Gezinsmoeilijkheden Rotterdam  
 Consultatiebureau voor Zenuw- en Zielszieken 45-46, 47, 48  
 – Amsterdam 21, 43, 45, 47, 51  
 Contactcommissie *zie* Commissie voor Contact en Advies

Departement *zie ook* ministerie  
 – van Arbeid 29, 38, 289  
 – van Arbeid, Handel en Nijverheid 86, 289  
 – van Binnenlandse Zaken 29, 38  
 Diaconessenhuis Amsterdam 247, 249, 250, 253, 257, 259  
 directeur-generaal van de Volksgezondheid 29, 38, 85, 98, 102, 126, 128, 139, 154, 289  
 Directoraat-Generaal voor de Volksgezondheid 17, 29, 38, 86, 141, 236, 289  
 Districtsconsultatiebureau voor Geestelijke Volksgezondheid 89-91, 99, 100, 103, 105, 106, 160, 165, 182, 243  
 districtsgezondheidsdiensten 29-30, 119, 120, 121, 122, 124, 164, 183, 277  
 Districtsraad voor de Geestelijke Volksgezondheid 148, 149, 150

Federatie van Diaconieën in de Nederlands Hervormde Kerk 84  
 Financieringsrapport NFGV 1940 110-111, 112, 129, 159  
 gemeente Amsterdam 237, 257, 259, 260-261, 266  
 gemeenten 171-185  
 Gemeentewet 28, 35  
 geneeskundig hoofdinspecteur 35, 87, 120, 126, 197  
 geneeskundig inspecteur in Noord-Holland 31  
 Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 236  
 geneeskundige inspectie *zie* Inspectie op de Volksgezondheid  
 gereformeerde voor- en nazorgdienst Amsterdam

174  
 Gezondheidsraad 29, 66, 86, 98, 155, 156, 211-215, 216  
 Gezondheidswet 1901 29  
 Gezondheidswet 1919 29, 35  
 Gezondheidswet 1956 124  
 GG en GD Amsterdam 29, 43, 52, 74, 143-144, 146, 163, 172, 176, 217, 245, 247, 251, 255, 256, 290, 291, 301  
 – Den Haag 210  
 – Rotterdam 176, 177, 178  
 – Utrecht 176  
 Gids voor Geestelijke Volksgezondheid in Nederland 1936 80  
 Groene Kruis 31, 45, 47, 93, 94, 101, 105, 296  
 –, Noord-Hollandse 31  
 –, Zuid-Hollandse Algemene Vereniging Het 54, 55  
 Grondwet 31

Haagse Vereniging tot Bevordering van Consultatiebureaus voor Moeilijke Kinderen 65  
 Hervormd Diaconessenhuis Amsterdam *zie* Diaconessenhuis Amsterdam  
 Hervormde Stichting voor Geestelijke Volksgezondheid voor Amsterdam en Omgeving 18, 133, 188, 221, 224, 227, 231, 262-263, 264, 267, 276, 277, 311, 313  
 Hervormde Vereniging *zie* Vereniging Nederlandse Hervormde Stichtingen voor Zenuw- en Geesteszieken  
 Hervormde Vereniging voor Geestelijke Volksgezondheid *zie* Nederlandse Hervormde Vereniging voor Geestelijke Volksgezondheid  
 hervormde voor- en nazorgdienst Amsterdam 174  
 hoofdinspecteur voor de Volksgezondheid *zie* geneeskundig hoofdinspecteur

Inspecteur voor de Geestelijke Volksgezondheid 140-141, 197, 203, 228, 258  
 inspecteur voor de Volksgezondheid (*zie ook* Geneeskundige Hoofdinspectie) 71, 103, 139  
 – in Gelderland en Limburg 87  
 – in Noord-Holland 31  
 Inspectie op het Kranzinnigenwezen *zie* Staatstoezicht op Krankzinnigen en Krankzinnigengestichten  
 Inspectie op de Geestelijke Volksgezondheid 139-140, 154, 162, 167, 171  
 Inspectie op de Volksgezondheid (*zie ook* Geneeskundige Hoofdinspectie) 29, 38, 86, 98, 99, 100, 103, 140, 289

Instelling voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg *zie* Regionale Instelling voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg

Instituut voor Medische Psychologie Amsterdam 74, 214, 216-217, 218, 230, 231, 237, 246, 255, 256, 260

interdepartementale commissie voor de geestelijke volksgezondheid 140, 154

International Committee for Mental Hygiene 134

Joodse Stichting tot Oprichting en Instandhouding van Joodse Psychiatrische Consultatiebureaus in Amsterdam 188

joodse voor- en nazorgdienst Amsterdam 174

Katholiek Bureau voor School- en Beroepskeuze 264, 265

Katholiek Centrum voor Staatkundige Vorming 122

Katholiek Consultatiebureau voor Opvoedingsmoeilijkheden 264, 265

katholiek Medisch Opvoedkundig Bureau Amsterdam 205

katholiek Medisch Opvoedkundig Bureau Utrecht 203, 205

Katholiek Nationaal Bureau voor Geestelijke Gezondheidszorg (KNBGG) 18, 19, 21, 22, 139, 273-275, 277-278, 279, 306, 313

-, organisatieplan 1964 18, 19, 21, 277-278, 279

Katholiek Paedologisch Instituut 101, 157, 205

katholieke Centrale Vereniging voor Geestelijke Volksgezondheid 138-139, 234, 263, 265, 271, 273, 274, 300

katholieke Medisch Opvoedkundige Bureau's 207-209

-, standpunt inzake Medisch Opvoedkundige Bureau's 203-204

Katholieke Nationale Commissie voor de Huwelijksvoorlichting 139, 222-223, 227, 232, 234, 235, 263, 275

Katholieke Reclasseringsvereniging 89, 95

Katholieke Stichting voor Geestelijke Volksgezondheid voor Amsterdam en Omgeving 235, 264, 265-266, 267

Katholieke Stichting voor Geestelijke Volksgezondheid voor Utrecht 235

Katholieke Universiteit van Nijmegen 95

katholieke voor- en nazorgdienst Amsterdam 174

Kinderwetten 58, 59, 151

Kleine Commissie 129-133, 136, 139, 143, 154, 193, 197, 308

Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter

bevordering van de Geneeskunst 121, 163

Krankzinnigenwet 1841 36-37

Krankzinnigenwet 1884 38-40, 42, 49, 97, 144-145, 147, 148, 153, 156, 167, 168, 169, 178, 279

Landelijke Specialisten Vereniging 240

Medisch Consultatiebureau voor Alcoholisme 210

Medisch Opvoedkundig Bureau Amersfoort 188

- Amsterdam 57, 61, 62, 65, 68, 73, 74, 187, 188, 189, 190, 192, 193, 246, 255, 256, 260

- Arnhem en Omstreken 188

- Den Haag 57, 65, 187, 188, 189, 190, 192

- Drenthe 188

- Haarlem 57, 67, 193

- Joods 48, 144, 188, 220

- Leiden 57, 67, 192

- Rotterdam 57, 67, 192

- Twente 188

- Utrecht 57, 67

- Zaandam 57, 67, 192, 193

ministerie *zie ook* departement

- van Binnenlandse Zaken 100, 103, 139, 140, 141, 154, 162-163, 168, 197

- van Justitie 64, 141, 168, 169, 233

- van Sociale Zaken 139, 140, 141, 154, 162-163, 168, 197, 289

- van Sociale Zaken en Volksgezondheid 141

- van Volksgezondheid en Milieuhygiëne 17

National Committee for Mental Hygiene 75, 76

Nationale Federatie voor de Geestelijke Volksgezondheid (NFGV) 18, 21, 101-105, 107-113, 119, 128, 133-137, 139, 140, 143-144, 145, 151, 154-155, 156, 158, 159, 161, 162, 163, 168, 171, 186, 197, 210, 211-215, 218-220, 222, 223-228, 230, 233, 258, 259, 273, 274, 278, 291, 293

Nationale Raad voor de Geestelijke Volksgezondheid 150, 155

Nederlands Hervormde Gemeente, Diaconie van de - in Amsterdam 258, 260

Nederlands Hervormde Gemeenten, Kerkeraad der 249, 253, 257, 258, 259

Nederlands Instituut voor Preventieve Geneeskunde 218

Nederlands Volksherstel 215, 218, 257, 258, 259

Nederlandsch Genootschap tot Zedelijke Verbetering der Gevangenen 59, 60

Nederlandse Federatie van MOB's 61, 160, 186-202, 204, 205, 207, 208, 215, 219,

220, 224, 231, 238, 243, 256, 266,  
267, 292, 293, 306

Nederlandse Hervormde Vereniging voor Gees-  
telijke Volksgezondheid 84, 92, 93, 137,  
271, 294, 296

Nederlandse Vereniging ter Bevordering van  
Consultatiebureaus voor Moeilijke Kinde-  
ren 61-69, 292

Nederlandse Vereniging van MOB's 61-69, 74,  
91, 101, 111, 112, 296

Nederlandse Vereniging voor Ambulante Gees-  
telijke Gezondheidszorg 17, 19, 281

Nederlandse Vereniging voor Geestelijke  
Volksgezondheid 76, 79, 82, 128, 129,  
133, 136-137, 293, 396

Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie en  
Neurologie 45, 148, 156, 162, 163, 164,  
165, 168, 187, 231, 293

Nederlandse Vereniging voor Psychoanaly-  
se 237, 293

Nederlandse Vereniging voor Sexuele Hervor-  
ming 70, 221, 222

Nieuw-Malthusiaanse Bond 70, 71, 221

Nieuwe Nota Geestelijke Volksgezondheid  
1984 282

Normen Nederlandse Vereniging van  
MOB's 68, 198, 199, 200, 255

Ontwerp tot Regeling der Ziekenverzorging 27

Oranje-Groene Kruis 31, 92

Oranje-Groene Kruis Gelderland 105

Paviljoen III Wilhelmina Gasthuis 44, 247,  
259, 290

pedologisch instituut 57, 58

poliklinieken psychiatrische inrichtin-  
gen 182-183

Praeventiefonds 125-126, 136, 137, 139,  
141-142, 170, 171, 198, 199, 205, 211,  
229, 230, 231, 232, 233, 234, 235, 236, 237

Prophylaxefonds 26, 27, 55, 56, 65, 67, 72,  
84, 98, 100, 101-105, 107-113, 125-126,  
128, 129, 131, 139, 141, 145, 186, 187,  
191, 211, 213, 215, 218, 226, 227, 229,  
235, 237

Prophylaxefondssubsidie Geestelijke Volksge-  
zondheid 100, 104, 107, 110, 111, 112,  
128, 136, 137, 141, 151, 159, 186, 194,  
197, 211, 212, 213, 219, 220, 224

Protestants-Christelijke Landelijke Vereniging  
Het Oranje-Groene Kruis zie Oranje-Groene  
Kruis

Protestants Interkerkelijk Bureau voor Levens-  
en Gezinsmoeilijkheden Amsterdam zie  
Bureau voor Levens- en Gezinsmoeilijkhe-  
den Amsterdam

provinciaal bestuur 53-56, 171-185

– Gelderland 105

– Limburg 106

– Noord-Brabant 96, 102-105

– Noord-Holland 192-193, 257

– Zuid-Holland 55, 192-193

Provinciaal Opbouworgaan Drenthe 179, 183

Provinciale Bond Het Wit-Gele Kruis in Noord-  
Holland 90

Provinciale Commissie van Toezicht en Advies  
voor de voor- en nazorg voor krankzinnigen  
in Zuid-Holland 55

Provinciale Commissie voor de Geestelijke  
Volksgezondheid in Limburg 106, 203

Provinciale Commissie voor de Geestelijke  
Volksgezondheid in Noord-Brabant 102

Provinciale Dienst voor de Geestelijke Volksge-  
zondheid in Noord-Brabant 103, 243

Provinciale Gelderse Bond Het Wit-Gele  
Kruis 105, 157

Provinciale Gelderse Commissie van Samen-  
werking tot Bevordering van de Geestelijke  
Volksgezondheid 105, 157

Provinciale Noord-Brabantse Bond Het Wit-  
Gele Kruis 88, 89, 97, 102-105, 119

Provinciale Raden voor de Volksgezond-  
heid 123, 124

provinciale voor- en nazorgdienst 53-56

psychiatrische inrichtingen:

– Apeldoornsche Bosch 48, 49, 144, 301

– Bloemendaal, Loosduinen 295

– Centraal Israëlitisch Krankzinnigengesticht  
101

– Christelijk Sanatorium voor Zenuwlijders,  
Zeist 85

– Dennenoord, Zuidlaren 295

– Endegeest, Oegstgeest 291

– Franeker 49, 290

– Grave 301

– Hebron, Amersfoort 246, 295, 311

– Hulp en Heil/Schakenbosch, Leidschendam  
252, 295

– Licht en Kracht, Assen 182, 295

– Maasoord 48, 49, 146, 176-178, 180, 182,  
290, 294

– Medemblik 301

– Paviljoen III Wilhelmina Gasthuis 44, 247,  
259, 290

– Port Natal, Assen 295

– Reinier van Arkel, Den Bosch 90, 294

– Santpoort 50, 51, 54, 163

– Sint Anna, Venray 95, 104, 106, 174, 203,  
295, 303

– Sint Bavo 301

– Sint Joris Gasthuis, Delft 54, 55

– Sint Servatius, Venray 106, 156, 174

- Sint Willibrordus Stichting, Heiloo 313
- Valeriuskliniek, Amsterdam 174, 175, 246, 247, 259, 295
- Veldwijk, Ermelo 42, 253, 295, 303
- Vogelenzang, Bennebroek 175, 246, 295
- Voorburg, Vught 44, 49, 81, 90, 95, 96, 97, 103, 104, 174, 294
- Wilhelminastichting, Apeldoorn 43, 105, 144, 188, 220, 243, 247, 301
- Willem Arntsz Stichting 44, 49, 174, 175, 176, 294, 301
- Woensel 290
- Wolfheze 253, 295
- Zon en Schild, Amersfoort 175, 176, 246, 251, 252, 253, 261, 263, 295, 311
- psychiatrische voor- en nazorgdiensten 172-185
- Psychoanalytisch Instituut Amsterdam 228, 237, 246, 260
- Psychopatenwetten 45, 151
- Rapport Commissie Banning 1946 120-121, 164, 165
- Rapport Commissie Eykel 1939 35, 118
- Rapport Commissie Van Rhijn 1945 119
- Rapport Katholiek Centrum voor Staatskundige Vorming 1950 122-123
- Rapport Mol, 1945 119
- Rapport Rooms-Katholieke Artsenvereniging 1940 119
- Regionale Instelling voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg (RIAGG) 15-22, 105, 152, 183, 241, 242, 243, 244, 276-278, 279, 281, 282, 283
- Reorganisatieadvies NFGV, 1945 140, 155, 159, 162, 168, 170, 194, 217-218, 219, 228
- Reorganisatiecommissie voor de Geestelijke Volksgezondheid 155, 162, 168-169, 170, 228, 230, 238-240, 248
- RIAGG-advies Ziekenfondsraad 17
- RIAGG-besluit 282, 283, 284
- RIAGG-nota Directoraat-Generaal voor de Volksgezondheid 17
- RIAGG-verstrekking 15
- Richtlijnen voor de katholieke Medisch Opvoedkundige Bureaus 207
- Richtlijnen voor de Medisch Opvoedkundige Bureaus 198-202
- Rijksinspectie Geestelijke Volksgezondheid zie Inspectie op de Geestelijke Volksgezondheid
- Rijkssubsidie Geestelijke Volksgezondheid 67, 97, 98, 131, 136, 137, 139-141, 154, 162, 167, 193-198, 252, 260
- Rockefeller Memorial Fund 60
- Rooms-Katholieke Artsenvereniging 71, 89,

- 95, 119, 138, 222, 274
- Rooms-Katholieke Charitatieve Vereniging voor Geestelijke Volksgezondheid 81-84, 87, 88, 90, 91, 93, 95, 96, 97, 98, 138-139, 202, 203, 271, 273, 294, 296
- Rooms-Katholieke Nationale Federatie Het Wit-Gele Kruis 31, 71, 87, 88, 90-108, 111, 112, 121, 122, 138, 183, 186, 202, 203, 273, 274, 296, 306
- Rotterdamse protestants-christelijke vereniging 'Zoekt het Verlorene' 58
- Sectie Geestelijke Gezondheidszorg van de Geneeskundige Dienst van de Koninklijke Nederlandsche Landmacht 163
- sectie geestelijke hygiëne van de volwassene NFGV 136, 218-220, 223, 226
- Society for Mental Hygiene 75
- Spaarnestichting, Haarlem 43
- sprekuren voor huwelijks- en gezinsmoeilikheden Rotterdam zie Bureau voor Levens- en Gezinsmoeilikheden Rotterdam
- Staatstoezicht op de Volksgezondheid zie Inspectie op de Volksgezondheid
- Staatstoezicht op Krankzinnigen en Krankzinnigengestichten 37, 38, 41, 54, 86, 91, 95, 96, 97, 98, 99, 100, 103, 140, 141, 236, 290
- in Zuid- en Noord-Holland 49, 54, 290
- Stichting voor Geestelijke Volksgezondheid in Noord-Holland 56, 133, 152, 181-182, 200, 201, 208, 209, 243-245, 255, 313
- Stichting tot Oprichting en Instandhouding van Joodse Psychiatrische Consultatiebureaus en Medisch Opvoedkundige Bureaus 220
- Streekconsultatiebureau voor de Geestelijke Volksgezondheid 18, 150-154, 156, 157, 159, 160, 165, 182, 243, 255, 277
- Streekraad voor de Geestelijke Volksgezondheid 150
- Structuurnota Gezondheidszorg 1974 16, 281
- subsidienormen Bureaus voor Levens- en Gezinsmoeilikheden 227, 228, 232, 233, 235
- subsidieregeling geestelijke volksgezondheid Praeventiefonds 232-233
- Vereniging Centraal Israëlitisch Krankzinnigen-gesticht 48
- Vereniging Dr. Schroeder van der Kolk, Den Haag 43, 215
- Vereniging Maatschappelijk Werk bij Zenuwlijders en Krankzinnigheid 42-43
- Vereniging Nederlandse Hervormde Stichtingen voor Zenuw- en Geesteszieken 92, 93, 246, 247, 251, 253, 256, 257, 259, 260, 261-262, 294, 311, 312

- Vereniging ter Bevordering van de Oprichting en Instandhouding van Consultatiebureaus voor Moeilijke Kinderen 61
- Vereniging tot Christelijke Verzorging van Geestes- en Zenuwzieken in Nederland 92, 246, 253
- Vereniging van Christelijke Psychiaters 84
- Vereniging van Rooms-Katholieke Gestichten en Inrichtingen voor Krankzinnigen en Zwakzinnigen 95, 96
- Vereniging van Rooms-Katholieke Gestichtsartsen 95, 274
- Vereniging voor Geestelijke Volksgezondheid op Gereformeerde Grondslag 84, 85, 92, 137
- voor- en nazorg Gelderland 173, 174
- Overijssel 173, 174
- voor- en nazorgdienst Amsterdam 172, 180, 181
- Den Haag 52, 174
- Haarlem 52, 173
- Leiden 52, 173
- Rotterdam 173, 174
- voorontwerp van wet van de Centrale Commissie voor de Volksgezondheid 119, 122, 123
- Wet op de Arbeidsongeschiktheid 241
- Wet op de Geestelijke Volksgezondheid 97, 143-168, 166-167, 259
- Wet op de Uitoefening der Geneeskunst 28
- Wet op het Geneeskundig Staatstoezicht 28
- Wet op het Praeventiefonds 125, 141
- Wetsontwerp tot het Instellen van Gezondheidsdiensten 29-30, 33
- Wetsvoorstel betreffende Geestelijk Gestoorde 167
- wetsvoorstel Kat 149-154, 155, 156, 159-161, 163, 170, 182, 243, 248, 249, 250, 277, 278
- wetsvoorstel Querido 146-149, 152, 153, 154, 155, 156, 161, 163, 170, 182, 243, 248, 249, 250
- Wilhelmina Gasthuis 44, 259, 290
- Wilhelminastichting, Apeldoorn 43, 105, 144, 188, 220, 243, 247, 301
- Willem Arntsz Stichting 44, 49, 174, 175, 176, 294, 301
- Wit-Gele Kruis *zie* Rooms-Katholieke Nationale Federatie Het Wit-Gele Kruis
- , Bredase Federatie Het 87, 88
- , Provinciale Bond Het – in Noord-Holland 90
- , Provinciale Gelderse Bond Het 105, 157
- , Provinciale Noord-Brabantse Bond Het 88, 89, 97, 102-105, 119
- Wit-Gele Kruisdag, juni 1933 99
- World Federation for Mental Health 133, 168, 300
- Ziekenfonds 25-27, 52, 63, 67, 117-118, 125, 149, 165, 166, 179, 238-241
- Ziekenfondsbesluit 1941 117, 123, 125, 149, 165, 170, 178, 179-180, 241, 279, 280
- Ziekenfondsraad 17, 19, 118, 123, 126, 166, 240
- ziekenfondsstelsel 25, 26, 63, 117-118
- ziekenfondsverstrekking 'niet-klinische psychotherapie' 241
- ziekenfondsverzekering 125
- Ziekenfondswet 118, 149, 241, 280
- Ziektewet 26, 27, 125

## Dankwoord

Dit onderzoek is het resultaat van een niet te onderdrukken nieuwsgierigheid naar de beleidshistorische achtergronden van de Nederlandse geestelijke gezondheidszorg; een nieuwsgierigheid die groeide, naarmate ik zelf meer bij de beleidsvorming van de geestelijke gezondheidszorg betrokken raakte en daarbij aanwijzingen kreeg dat het beleid veel dieper verankerd is in historische gegevens, dan algemeen wordt aangenomen.

Ook deze nieuwsgierigheid is niet van vandaag of gisteren. Mijn interesse in het onderwerp werd gewekt op de afdeling Preventieve en Sociale Psychiatrie van de Erasmus Universiteit in Rotterdam, waar ik als wetenschappelijk medewerker van 1970 tot 1975 voor het eerst met die voor mij toen nog volledig onbekende wereld van de geestelijke volksgezondheid en geestelijke gezondheidszorg in aanraking kwam. De kennismaking met de beleidsvorming op dit terrein werd geïntensiveerd tijdens mijn werk voor de Ziekenfondsraad van 1975 tot 1977, en daarna kon ik deze kennis bij het Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid verder verdiepen en tenslotte verwerken in dit onderzoek.

Degenen, die binnen en buiten deze werkkringen aan de totstandkoming van dit onderzoek hebben bijgedragen, kan ik niet allemaal afzonderlijk bedanken, maar dit maakt mijn erkentelijkheid voor hun bijdragen en de mogelijkheden die ze mij boden er niet minder om.

Een uitzondering wil ik maken voor prof.dr. C.J. Trimbos. Ik had het voorrecht dat deze pionier van de Nederlandse geestelijke gezondheidszorg mij, als medewerker van zijn afdeling, wegwijs maakte in de geestelijke volksgezondheid en de geestelijke gezondheidszorg en me de ruimte gaf om het veld verder te verkennen. Daarnaast en daarna heeft hij me met een niet aflatend enthousiasme gestimuleerd om dit onderzoek aan te pakken en te volbrengen. Ik ben hem zeer dankbaar hiervoor.

Bijzondere dank ben ik ook verschuldigd aan Berthold Gersons, Arend Jan Heerma van Voss en Paul Schnabel, die alle drie aan de wieg van dit onderzoek hebben gestaan en me vervolgens bij de uitvoering met raad en daad hebben bijgestaan. Hun nauwgezette en vaak kritische commentaar op eerdere versies van dit boek hebben me erg geholpen.

Mijn dank geldt ook Pieter Vos en Joost Vijselaar, die een eerdere versie van dit boek hebben becommentarieerd, terwijl de laatste het archiefgebruik en de literatuurverwijzingen in het boek heeft gecontroleerd en me ook heeft geholpen bij mijn gesnuffel in bibliotheken en archieven.

Dr. A.J.H. Bartels, F. Frets, zenuwarts, prof.dr. H.J.J. Leenen en dr. J.Th.M. de Vreeze ben ik zeer erkentelijk voor hun bereidheid om (delen van) het manuscript door te lezen op eventuele onjuistheden.

Velen hebben op nog andere wijzen een bijdrage aan de totstandkoming van dit boek

geleverd. Met name wil ik noemen Pia Kamper en Annelies Riepema, medewerkers van de NcGv-bibliotheek, die me onvermoeibaar en met grote inventiviteit terzijde hebben gestaan bij het vele zoekwerk naar bruikbare bronnen voor het onderzoek.

Ook de medewerkers van de andere bibliotheken en archieven waren zonder uitzondering buitengewoon behulpzaam.

Het onderzoek was niet mogelijk geweest zonder de voortreffelijke tekstverwerking van de opeenvolgende versies door Anja Best en Els van der Lans.

Tenslotte gaat mijn erkentelijkheid uit naar het Nationaal Fonds voor de Geestelijke Volksgezondheid, dat de uitgave van dit boek met een subsidie heeft vergemakkelijkt.

Tom van der Grinten

Amstelveen, november 1986



# History of the community mental health centres in the Netherlands

A policy analysis

*Summary and final conclusions*



What exactly took place in the field of mental health and mental health care before the Catholic National Bureau for Mental Health Care published its memorandum on reform in 1964, and what was its impact on ambulatory mental health care as we know it today? These were the questions with which I started this study.

In answer to the first question, the policy of those people, organizations and authorities concerned with mental health care has been reconstructed in detail. With the help of primary sources that had not been disclosed up to now, it was possible to write this reconstruction, not as a sequence of policy *results*, but as a process of *policymaking*, in fact, even as a complex of policymaking processes.

Part I of this study covers the period of 1916-1940. It begins with an outline of the general framework within which mental health care has developed: the transition from poor relief to health care, the rise of private initiative, compartmentalization and a government that kept aloof (I, 1). Then follows a description and analysis of how the first examples of the four areas of work that would later develop into ambulatory mental health care came into being (I, 2 to 5).

These areas of work were joined together in the movement for mental health, which gained a foothold in the Netherlands at the same time. This particular framework of mental health has been described first (I, 6), after which its effect on mental health care has been examined (I, 7 and 8).

Next, I have studied the foundation of a national organization, the National Federation for Mental Health, which had been established specifically for the co-operation of the ambulatory areas of work, and their actual amalgamation into district consultation bureaus for mental health (I, 9).

The first part ends with a closer analysis of the policy that the National Federation for Mental Health began to pursue with regard to ambulatory mental health care (I, 10).

Part II deals with the period of 1940-1952. It is largely structured along the same lines as the first part, although it has been ordered in a slightly different way as a result of the interrelationships between the various elements.

Again, it begins with a characterization of the general framework for mental health care in which the typically Dutch structure of financing and organizing social service and health care took shape (II, 1). Next, it discusses the making of the specific framework for mental health. In addition to private initiative and local and provincial authorities, the national government, too, began to manifest itself actively in this specific field (II, 2). Next, the post-war attempt to achieve statutory regulation of activities in the field of mental health has been dealt with at great length, its main element being the regulation of something like a regional institute for ambulatory mental health care (II, 3). This attempt did not succeed, and each of the four areas of work developed more or less separately (II, 4 to 7). Yet, a unification of areas of work was occasionally achieved, although this was not the result of a coherent national policy. The idea had submerged, as it were, in various widespread initiatives, where it was kept alive. A great deal of space has been devoted to the description and analysis of these pioneers to the regional institute for ambulatory mental health care as we know it today (in Dutch abbreviated to RIAGG) (II, 8).

Part III covers the period of 1952-1964. After the unsuccessful national attempt to regulate health care, the issue of a coherent mental health care had almost totally disappeared from the national agendas, only to reappear again after some time, thanks to the exertions of the Catholic National Bureau for Mental Health Care. The third part deals with the realization and organization of this national policy and support structure, which readopted the concept of joining together the areas of work of the widespread initiators. Next, it consists of a short discussion of the efforts that were made by the Catholic National Bureau for Mental Health Care to bring about regional institutes for ambulatory mental health care, resulting in a memorandum on reform in which the course to a future RIAGG was set.

Reaching the end of this study, there is no other answer to the second question than that developments prior to the publication of the Catholic National Bureau's memorandum on reform have set the course for the later ambulatory mental health care and consequently for the RIAGG. Indeed, at the beginning of the 1960s there was no certainty that an amalgamation of the four ambulatory areas of work into private regional institutes was absolutely necessary, or even the only possibility to organize mental health care. Thus, it was by no means unthinkable that the social psychiatric services would again be organized by psychiatric hospitals or become part of local and provincial authorities; that the child guidance centres and marital and family guidance centres would be placed with social service and that ambulatory institutional psychotherapy would develop as a medical specialist service, as part of the national health service. Alternatives which, indeed, have all been considered.

This study, however, shows how far these alternatives were already out of the line of policy under the influence of:

- structural factors (Insanity Act, Poor Relief Act, Sickness Fund Decree, the relationship between government and private initiative, a compartmentalized system, in which mental health care agencies have developed along denominational lines);
- conceptual factors (views about mental health care);
- institutional factors (organizations, training, funding schemes and an inspectorate that in the meantime had been established for mental health and mental health care).

Particularly the *structural* factors have made the above-mentioned alternatives for social psychiatric services and ambulatory institutional psychotherapy virtually impossible. In order to reach an organizational link between social and clinical psychiatry, the elaborate system of pre- and post-institutional care would have to be transferred again and regionalization of psychiatric hospitals would have to be enforced. Even apart from the practical impossibility to implement this in a compartmentalized system, it would also have resulted in an enormous loss of capital. A social basis for Public Mental Health Care (i.e. social psychiatric services directed by local or provincial authorities) had completely disappeared at the beginning of the 1960s. Even then, it had also become apparent that an approach of the ambulatory institutional psychotherapy as a medical specialist service would be stopped by the Sickness Fund Decree, if not on principal grounds, then on practical grounds; an obstacle that was confirmed by the Sickness Fund Act.

A possible transition of child guidance centres and marital and family guidance centres to social service would have been possible in practice, but in this case it was especially the *conceptual* and *institutional* factors that stood in the way of this alternative: the meaning that was attached to both areas of work for mental health. Next, this study has also revealed the background to the striking rift between social and clinical psychiatry in Dutch mental health care.

Although it has afterwards often been argued that the division between psychiatric pre- and post-institutional care on the one hand, and psychiatric hospitals on the other, had been based on humanitarian and therapeutical grounds and considerations of a balanced power structure, it had in fact already taken place on account of *structural* factors, especially the non-regionalized structure of the psychiatric hospital system.

Finally, this study has revealed why psychiatric pre- and post-institutional care exchanged its *vertical* relationship with psychiatric hospitals for a *horizontal* one, at first with the child guidance centres and later with the marital and family guidance centres and ambulatory psychotherapy, too. The reason for the combination of these originally totally different areas of work was at first no other than a conviction, propagated by the movement for mental health: treatment of the mentally ill, prevention of mental illness and improvement of mental health are to be part of mental health care as a whole. This concept of coherence was the product of a mixture of divergent motives, which were unified in the movement for mental health:

- emancipatory motives, aimed at improving the fate of mentally disturbed and socially vulnerable people;
- ideological views about the need to protect and adjust behaviour and sense of standards of individuals and groups;
- therapeutic optimism about the possibilities to prevent and treat mental disorders and maladjusted behaviour.

When this concept was applied to the institutions, *compartmentalization* played a prominent part. It was especially in this framework of compartmentalized pursuit of emancipation and modernization that since the 1930s this concept had been developed into a unification of ambulatory areas of work (and no other) in private (and not governmental) institutes for mental health.

It was the combination of the three motives mentioned above which offered a starting-point for confessionally inspired actions. The formation of separate areas of work was not the first matter of importance, but the establishment of integrated institutes for mental health, which would make it possible to offer its own community the entire range of mental health care facilities that was commonly thought preferable for mental health. In the beginning of the 1960s it was not social psychiatric service which ranked first in this mental health care, but the child guidance centres and the marital and family guidance centres, which followed in their wake. In this connection ambulatory institutional psychotherapy was adopted, not as an area of work, but as a method.

Nominally, ambulatory mental health care remained responsible for pre- and post-institutional care, but in reality this activity had taken on an entirely new meaning among the integrated institutes for mental health: the prevention of unnecessary

hospital admissions and precipitation of discharges was no longer highlighted, but the prevention of mental disorders themselves. Psychiatric hospitals were no longer needed in this and association with the other ambulatory areas of work had become more obvious.

The conclusions of this study may be summarized as follows: present ambulatory mental health care is the combined product of the movement for mental health and compartmentalization, as regards content and structure, which means that in addition to structural factors, which had nothing to do with considerations regarding the substance of care, a mixture of emancipatory, ideological and therapeutic motives underlie the formation of RIAGGs; and not only the plan, but also the process of this formation, as its development since 1964 has shown. This development has already been elaborately described elsewhere, so that a short summary will suffice.

- At first, ambulatory mental health care functioned as a collection of separately operating areas of work, next to other health care facilities, social services and hospital psychiatry. As hospital psychiatry was criticized more and more for humanitarian, economic and therapeutic reasons, the entire ambulatory mental health care received increasing attention as a social countervailing power to psychiatric hospitals. The RIAGG became the obvious alternative to psychiatric hospital admission, an alternative that became more realistic as professionalization of ambulatory mental health care increased.
- The formation of RIAGGs became the main policy for The Netherlands Society for Ambulatory Mental Health Care, which had replaced the nationally compartmentalized basis in 1972, and this policy was politically confirmed when the Ministry of Health published its policy document on health care two years later.
- The explicit political choice in favour of the RIAGGs in 1974 was brought about on a basis of the same mixture of motives as when this concept had been developed. Not only did the formation of the RIAGGs appear to fit excellently into the system approach of health care that was advocated by this policy document, it also met the intended expenditure cuts and extramuralization that was aimed at, and it came up to the high hopes for possibilities to improve mental health and to prevent and treat mental illness.
- Reinforced by the views of the so-called anti-psychiatric movement of the 1970s and the increasing (economic) importance to prevent psychiatric admissions, or to shorten them, social expectations and political support finally resulted in a unified implementation of RIAGGs throughout the country in 1982.
- As a result of a ministerial decree to finance only the RIAGGs out of the funds of the General Insurance for Exceptional Medical Expenses (in Dutch abbreviated to AWBZ), and no longer to finance the separate areas of work, the internal resistance that was still offered to the formation of RIAGGs, especially by the institutes for multidisciplinary psychotherapy and municipal social psychiatric services, was broken and the external resistance on the part of the psychiatric hospitals and private psychiatrists was defied.

What has become of the RIAGGs since 1982 is beyond the scope of this study, but it is difficult to remain completely silent about the remarkable sequel to its history.

Considering its long introduction, it was to be expected that the implementation of the RIAGG in 1982 would develop into a reasonably concrete and accepted health care facility. Nothing seems further away from the truth.

As soon as the decree had been issued by the Ministry of Health, it was criticized by the people involved in the RIAGG, followed by a wave of criticism from the side of the government, related health care facilities, researchers and consumers. Criticism which did not confine itself to the RIAGGs' functioning, but extended itself to their very essence: RIAGGs operate inefficiently, are much too bureaucratic, are not professional enough, do not live up to their objectives, focus on the wrong problems. These were some of the comments made. Any possible doubt about the significance that should be attached to these judgments is removed by the critics themselves with titles and phrases such as: 'Do RIAGGs have a future?', 'a historical mistake', 'a premature child', 'a mad operation'. Apart from the accuracy of this criticism, it is remarkable that it manifests itself at a time when the RIAGG has already been implemented, but also when it has not yet been able to show its true value.

It is the same government that issued the RIAGG-decree in 1982, which concludes in its New Policy Document on Mental Health two years later that the basic concept of the RIAGG is no good. The RIAGGs fail as an alternative for psychiatric hospitals and as a regulator of patients between primary care and psychiatric hospitals, whereas they occupy themselves too much with psychosocial ('light') disorders and too little with psychiatric ('heavy') cases. Thus, the distinction made in the discussion about regulation in the 1930s, 1940s and 1950s emerges again; whereas in those days it was used to integrate what had been separated, it is now used to separate what has been amalgamated. In this New Policy Document proposals are made to transfer the 'light' disorders from the RIAGGs to the first echelon (general practitioners, social work, primary care psychologists) and to link the RIAGGs' social psychiatric activities on behalf of the 'heavy' cases with outpatient facilities and day treatment of the General Psychiatric Hospitals.

It seems no coincidence that this proposal for a closer organizational link between social psychiatry, outpatient psychiatry and clinical psychiatry – a modern version of psychiatric pre- and post-institutional care – emerges at this very moment.

I recall that the original reason for a separate pre- and post-institutional care was the non-regionalized structure of psychiatric hospitals, which in its turn facilitated the horizontal connection of pre- and post-institutional care with the other ambulatory areas of work. However, this structural factor is slowly losing its significance. Building of new intramural health care facilities is generally based on a regionalized structure, whereas catchment areas are becoming increasingly important to the existing hospitals within the framework of planning. Added to an increasing parallelism in financing, a natural basis develops for an actual organizational link between social and clinical psychiatry.

Still, it remains an intriguing question why this only becomes evident after the RIAGG-decree. What interpretation may be placed on this criticism of the RIAGGs and the proposals for a reversal of policy in the light of this study?

It seems as if, up to 1982, the plan for a unified ambulatory mental health care could be supported with arguments that were not only based – perhaps not even in

the first place – on the limited rationality of the RIAGGs, but just as much on emancipatory and ideological grounds. This tendency began in the 1920s with the movement for mental health and found its way into politics through compartmentalization and decompartmentalization. All kinds of demands could be made on the RIAGG-formation in these successive stages; demands from which it was difficult to protect the plan, because of the uncertainty of the object of care. Social and political support was made dependent on the RIAGGs' *broad objective*. Therefore, the plan ended up in a tangle of heterogeneous intentions and methods, finally resulting in a hybrid institute with a vague identity as regards content and professionalization.

After the RIAGG had been uniformly introduced in 1982, it was no longer a plan full of promise, but a concrete health care facility that was expected to come up to divergent and sometimes even conflicting expectations, without being sufficiently equipped for the task and without the possibility to fall back on a protective or political framework: mental health had to be improved and mental illness had to be prevented, but how this should be achieved and how the RIAGGs might fit in was by no means clear; the RIAGG was to serve the purpose of a pivot for patients between primary care and mental health care, with the help of discussion and persuasion only, next to the private psychiatrists and psychiatric outpatient clinics that were able to operate freely on the same ambulatory field; the RIAGG was supposed to offer a substitute for psychiatric admissions, which was hardly possible on the basis of an AWBZ-provision.

The reaction that was to be expected did not come: immediate removal of the impediments to an undisturbed functioning of the RIAGG *in accordance with the original plan*. Instead, it seems that what little support was left for the original plan turns away from the RIAGG in disappointment. In general, people are no longer interested in the RIAGG's emancipatory and ideological functions; what's more, therapeutic optimism has given way to a more pragmatic approach to the issue of mental health or mental illness, and whether appropriately or not, the RIAGG is now tested especially for its significance as regards content and its contribution to the policy of retrenchment.

It seems as if the RIAGG-decree of 1982 is not the ultimate goal, but an important stage in the development of ambulatory health care in the Netherlands: from a fragmented field, by way of a broadly based RIAGG – product of the movement for mental health and compartmentalization – to a more efficient organization.



De spectaculaire wijze waarop de rijksoverheid in 1982 de vorming van de Regionale Instelling voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg (RIAGG) doordrukte, plaatste deze voorziening in het centrum van de belangstelling, een belangstelling die sindsdien niet meer verflauwde.

De samenvoeging in één instelling van uiteenlopende hulpverleners (psychiaters, psychologen, maatschappelijk werkers, verpleegkundigen) ten behoeve van een veelheid van problemen (van zware, chronische psychische stoornissen tot incidentele levens- en gezinsmoeilikheden), met een scala van hulpverleningsmethoden (voorlichting, maatschappelijke begeleiding, preventie, consultatie, behandeling) maakt de RIAGG tot een uitzonderlijke voorziening, die ook internationaal sterk de aandacht trok.

Naast bewondering en zelfs afgunst uit andere landen voor deze veelomvattende ambulante geestelijke gezondheidszorg valt er in eigen land echter ook toenemende kritiek te beluisteren. Ondoelmatig, veel te bureaucratisch, professioneel onder de maat, maakt haar doelstellingen niet waar – dat zijn enkele van de klachten over de RIAGG.

Hoe is deze uitzonderlijke en controversiële voorziening tot stand gekomen? In deze studie wordt het spoor van de ontwikkeling van de geestelijke gezondheidszorg in Nederland teruggevolgd, op zoek naar factoren en gebeurtenissen die de huidige functie en structuur van de RIAGG kunnen verklaren. Dit spoor leidde naar de periode tussen de twee wereldoorlogen en de naoorlogse wederopbouw. Via gedetailleerde beschrijvingen en analyses van het beleid dat overheid en particuliere organisaties in deze jaren voerden, worden de wortels van de RIAGG blootgelegd.

Door de brede historische benadering biedt de studie niet alleen een uniek inzicht in een tot nog toe volledig onbekende fase van de ontwikkelingsgeschiedenis van de Nederlandse geestelijke gezondheidszorg, ze werpt ook verder licht op de totstandkoming van de Nederlandse verzorgingsstaat.

*T.E.D. van der Grinten* (1942) studeerde economische sociologie aan de Universiteit van Amsterdam. Hij is thans directeur van het Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid te Utrecht.