

Wie wil toetreden tot het onderzoekersgilde, moet een meesterproef afleggen: een promotie-onderzoek uitvoeren en beschrijven. Wat blijft er in het licht van de geschiedenis over van die noeste arbeid? Het *MGv* vraagt mensen aan het eind van hun werkzame leven in de psychiatrie, psychologie en geestelijke gezondheidszorg om hun eigen proefschrift te herlezen. Zijn bepaalde inzichten verouderd, nog actueel of verdienen ze weer aandacht?

De Meesterproef

Een leerzame geschiedenis



Tom van der Grinten herleest zijn proefschrift uit 1987: *De vorming van de ambulante geestelijke gezondheidszorg. Een historisch beleidsonderzoek.* Erasmus Universiteit Rotterdam, promotor prof. dr C.J.B.J. Trimbos.

Tom van der Grinten (1942) werkte na zijn opleiding Economische sociologie aan de UVA als wetenschappelijk medewerker bij Preventieve en Sociale Psychiatrie van de Erasmus Universiteit en als beleidsmedewerker bij de Ziekenfondsraad. Tussen 1978 en 1992 was hij directeur van het Nederlands centrum voor Geestelijke volksgezondheid (NcGv, nu het Trimbos-instituut). In 1992 werd hij hoogleraar Beleid & Organisatie Gezondheidszorg aan de Erasmus Universiteit. Hij ging in 2007 met emeritaat.

Hij is voorzitter van de Raad van Advies van de Inspectie voor de Gezondheidszorg, lid RvA van het College voor Zorgverzekering, lid Wetenschappelijk Adviescollege Volksgezondheids Toekomst Verkenning van het RIVM en voorzitter Maatschappelijke Adviesraad van het NIVEL. In het verleden was hij onder meer lid van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, de Gezondheidsraad en president van de European Health Management Association (EHMA).

Op het punt van afstuderen eind jaren zestig drong het tot me door dat ik daarna toch echt aan het werk moest. 'Ga eens met ome Lou praten', raadde mijn echtgenote me aan. Dit was Lou Bartels, oud-staatssecretaris van Volksgezondheid en daarvoor directeur van het gerenommeerde Katholiek Nationaal Bureau voor de Geestelijke Gezondheidszorg. Hij adviseerde mij contact te zoeken met zijn vroegere kompaan, Kees Trimbos, net benoemd als hoogleraar Preventieve en Sociale Psychiatrie in Rotterdam en bezig met de opbouw van zijn wetenschappelijke staf. Daar kon ik bij aanschuiven, en er volgden vijf bijzonder inspirerende jaren waarin ik veel leerde over de geestelijke gezondheidszorg en het beleid en de organisatie van deze sector.

Gewapend met deze kennis stapte ik in 1975 over naar de Ziekenfondsraad (later opgegaan in het College voor Zorgverzekering), waar ik me een kleine twee jaar bezig mocht houden met de voorbereiding van wat in 1982 de Riagg-verstrekking zou worden. Een nieuwe wereld ging voor me open. Als radertje in de complexe bureaucratische machinerie van het toentertijd belangrijkste beleidsorgaan van de Nederlandse gezondheidszorg – hier kwamen de advisering over, uitvoering van en het toezicht op de sociale ziektekostenverzekeringen bij elkaar – ervoer ik aan den lijve hoe beleid in de praktijk werkte en hoe groot de invloed van de private sector (verzekeraars en zorgaanbieders, werkgevers en werknemers) op de publieke beleidsvorming in de Nederlandse gezondheidszorg feitelijk was. Het perspectief en de vragen die leidend werden voor mijn latere promotieonderzoek zijn voor een belangrijk deel terug te voeren op deze ervaringen bij Trimbos en de Ziekenfondsraad.

Onderzoek voor beleid & onderzoek van beleid

In de jaren zeventig bestonden er nog vier ambulante voorzieningen: de Sociaal Psychiatrische Diensten, de Medisch Opvoedkundige Bureaus, de bureaus voor Levens- en Gezinsvragen en de Instituten voor Multidisciplinaire Psychotherapie. Verschillende mensen bepleitten om deze te laten fuseren tot Regionale Instituten voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg, ofwel Riagg. Mijn werk bij de Ziekenfondsraad bestond uit wat je nu onderzoek voor beleid zou noemen. Ik werd geacht om, bij wijze van spreken, in de huid van de beleidsmaker te kruipen en vanuit dit perspectief te bedenken hoe de vier werksoorten in de AWBZ konden worden gesluisd.

Terwijl ik hiermee bezig was, stuitte ik op allerlei aannames en beleidskeuzes die als vanzelfsprekend werden gepresenteerd maar die bij nader inzien helemaal niet zo voor de hand bleken te liggen: de scherpe scheiding tussen de ambulante en klinische zorg; de samenvoeging van preventie, curatie en care; het combineren van zorg voor zieken en gezonden, kinderen en volwassenen in één organisatorisch verband. Op vragen hierover vond ik geen bevredigend antwoord, noch bij de beleidsmakers

noch in de stapel beleidsnota's die me ter beschikking stonden. Maar mijn nieuwsgierigheid was wel gewekt.

Ik was inmiddels overgestapt naar het NcGv. Gestimuleerd en geholpen door mijn promotor Kees Trimbos, Joop van Londen (toentertijd Directeur Generaal voor de Volksgezondheid en een warm pleitbezorger van de Riaggvorming) en later ook Paul Schnabel en Arend Jan Heerma van Voss, zette ik me aan een onderzoek om antwoorden op deze vragen te vinden. Dit werd onderzoek van beleid: beleidsprocessen werden bestudeerd om de gevolgde koers, de keuzes die hierbij werden gemaakt en de factoren die daarop van invloed waren op het spoor te komen en te verklaren. Inspiratie hiervoor ontleende ik vooral aan het baanbrekende promotieonderzoek van Bram Peper naar de vorming van het welzijnsbeleid in Nederland (Peper, 1972) en aan de publicaties van Jacques van Doorn over het corporatisme in de Nederlandse verzorgingsmaatschappij.

Een hachelijke onderneming

Het idee was om de ontwikkelingsgeschiedenis van de vier ambulante werkvormen en de verbindingen daartussen te onderzoeken vanaf het moment dat zij zich manifesteerden. Daartoe begon ik met een voorstudie waarin het spoor van de Riagg werd teruggevolgd. Dit voerde me naar het begin van de vorige eeuw, veel verder terug dan ik aanvankelijk had aangenomen. Zo werd het een echt historisch beleidsonderzoek. Door dit ruime tijdsperspectief onderscheidde mijn onderzoek zich van de eerdere beleidsstudies van de welzijnszorg en gezondheidszorg. Maar er was nog een ander verschil, namelijk mijn speciale aandacht voor de niet-publieke beleidsprocessen in mijn studie. De veronderstelde betekenis hiervan was mij vooral ingegeven door mijn ervaringen bij de Ziekenfondsraad. Vooral door het sterke historische accent was het aanvankelijk een hachelijke onderneming. Waren er wel voldoende, en voldoende toegankelijke en betrouwbare bronnen? Dit was bij de aanvang van mijn onderzoek nog allerminst duidelijk. Gelukkig viel het mee, hoewel ik sommige bronnen zelf moest ontsluiten. Daarbij bleek ik, zonder het in de gaten te hebben, op een goudmijn te zitten. In de kelders van mijn instituut lagen de complete archieven van de Nationale Federatie voor de Geestelijke Volksgezondheid en de Nederlandse Federatie van Medisch Opvoedkundige Bureaus, hoofdrolspelers in het verhaal.

Doordat ik niet vastzat aan een deadline voor de afronding van dit onderzoek duurde het nogal lang – ik ben er naast mijn werk als directeur van het NcGv uiteindelijk zo'n tien jaar mee bezig geweest – maar het betekende ook dat ik de tijd kon nemen om de ontwikkelingen gedetailleerd in kaart te brengen en beleidsprocessen, zowel de publieke als niet-publieke, nauwkeurig

te reconstrueren. Ik kan nu wel verklappen dat ik toen iets deed wat helemaal niet mag: ik nam de archieven mee naar huis om ze op mijn gemak te kunnen bestuderen. De bibliothecaresse van het NcGv, Pia Kamper, heeft het me gelukkig vergeven, overigens wel na grondige controle van wat ik terugbracht. Mijn bronnenstudie leidde ook tot een leerzame ervaring aangaande de betekenis van 'oral history'. Ervan uitgaande dat Kees Trimbos, als een van de sleutelfiguren in de ontwikkeling van de GGZ in de jaren vijftig en zestig, mij veel zou kunnen vertellen, begon ik hem te interviewen. Maar wat hij me zei, spoorde soms niet met wat ik las in de verslagen. Daarmee geconfronteerd moest hij concluderen: de bronnen kloppen, niet mijn geheugen. Naderhand, toen hij mijn hele manuscript had gelezen, vertrouwde hij me toe: 'Ik heb veel geleerd en realiseer me nu pas waar ik deelgenoot van was zonder dat ik dat besepte'. Een mooi compliment.

Basis voor verder onderzoek

Niet alleen achteraf maar ook tijdens het onderzoek realiseerde ik me terdege dat ik met mijn vraagstelling het risico liep om in een voor de hand liggende valkuil te stappen: het op een suggestieve manier toedeneren naar een bekende uitkomst, in mijn geval de Riaggvorming. Dat heb ik proberen te voorkomen door het ruime tijdsperspectief en door de analyse zo breed en diep mogelijk te maken. Maar ik weet nog steeds niet zeker of dit ook echt is gelukt.

Overigens ligt, voor zover ik dat zelf kan overzien, de latere betekenis van mijn onderzoek elders: in de gedetailleerde beschrijvingen van de historische ontwikkeling van de vier werksoorten en hun onderlinge verbindingen, en in de analyse van de beleidsprocessen die hierop inwerkten. Tot mijn genoegen blijken het proefschrift en de achtergrondstudie sindsdien te fungeren als bron voor nieuw onderzoek naar de geschiedenis van de geestelijke volksgezondheid en gezondheidszorg, bijvoorbeeld van Leonie de Goei (2001) en Karin Bakker (2009).

Nu ik het boek zelf nog eens lees, voel ik niet alleen weer de fascinatie van deze ontdekkingstocht in de geschiedenis van de geestelijke gezondheidszorg, maar realiseer ik me ook hoe leerzaam dit onderzoek was voor het doorgronden van die typische gemengde bestuursstructuur en -cultuur van de Nederlandse gezondheidszorg, waar de overheid niet bij machte is om op eigen kracht haar publieke doelstellingen waar te maken: een kwalitatief goede, toegankelijke en doelmatige zorg. Met dit inzicht heb ik mijn voordeel kunnen doen in de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg en andere adviesorganen en bij de invulling van mijn leeropdracht aan de Erasmus Universiteit in Rotterdam (Van der Grinten, 2006).

Literatuur

- Bakker, C. (2009). *Geld voor GGZ. De financiering van de geestelijke gezondheidszorg en de invloed van geld op de zorgpraktijk (1884-1984)*. Amsterdam: Amsterdam University Press.
- Goei, L. de (2001). *De psychohygiënist. Psychiatrie, cultuurkritiek en de beweging voor geestelijke volksgezondheid in Nederland*. Nijmegen: SUN.
- Grinten, T. van der (1987a). *De vorming van de ambulante geestelijke gezondheidszorg. Een historisch beleidsonderzoek*. Academisch Proefschrift Erasmus Universiteit Rotterdam. Baarn: Ambo.
- Grinten, T. van der (1987b). *Achtergrondstudies. De vorming van de ambulante geestelijke gezondheidszorg*. NcGv reeks no. 94, Utrecht: NcGv.
- Grinten, T. van der (2006). *Zorgen om beleid. Over blijvende afhankelijkheden en veranderende bestuurlijke verhoudingen in de gezondheidszorg*. Afscheidsrede Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Peper, B. (1972). *Vorming van Welzijnsbeleid. Evolutie en evaluatie van het opbouwwerk*. Meppel: Boom.

Het Maandblad in december

893

Internationaal gezien betalen Nederlanders weinig voor hun gezondheidstelsel. Nu de zorg de grootste kostenpost is geworden op de Rijksbegroting, zullen we moeten wennen aan hogere premies en minder vergoedingen. Dat de overheid burgers kostenbesef en verantwoordelijkheid wil bijbrengen, kan ik begrijpen. Maar wij mogen ook verlangen, nee eisen, dat ze zelf praktiseert wat ze predikt. Want volgens de Algemene Rekenkamer overschrijdt het ministerie van vws zijn budget stelselmatig en heeft de minister daar geen zicht op, onder andere door de manier van begroten. Hij legt er nooit verantwoording over af en de overschrijdingen worden elders verhaald. Over eigen verantwoordelijkheid gesproken.

Dit geringe politiek-ambtelijke inzicht in eigen functioneren is misschien de reden dat psychiater *Leijdens* geen antwoorden van de minister kreeg op vragen als: welke gegevens heeft u over aantallen 'te lichte' patiënten in de tweedelijns-GGZ? Op verzoek van de redactie geeft beleidsonderzoeker *Van Hoof* in *Debat* zo goed mogelijk antwoord. De minister heeft geen harde cijfers, wel enige munitie. Maar zijn de maatregelen adequaat? Van Hoof vindt dat de overheid eens beleidskeuzes moet maken, uitgaand van de criteria humane én rendabele zorg. Licht

niet alleen de GGZ-sector maar ook het overheidsbeleid hierop door.

Maar een leerzaam historisch onderzoek doet het ergste vrezen. *Tom van der Grinten* promoveerde op onderzoek naar de vorming van de ambulante geestelijke gezondheidszorg. In wat voorlopig de laatste *Meesterproef* is, herhaalt hij zijn nog altijd geldige conclusie: de Nederlandse overheid is niet bij machte om op eigen kracht haar publieke doelstellingen waar te maken voor goede, toegankelijke en doelmatige zorg.

De gedachtewisseling over het voorstel om de Richtlijn hulp bij zelfdoding door psychiatrische patiënten te versoepelen (MGv 11-11), leidt inmiddels in *Debat* tot een nieuw voorstel (*Tholen, Hendriks, Polak*).

What's in a name? In het geval van schizofrenie onjuistheid en stigmatisering. Verschillende nieuwe namen zijn voorgesteld, die allemaal niet aansloegen. Patiëntenvereniging Anoksis stelde de DSM-5-werkgroep dit jaar een nieuwe naam voor, *Bleuler's Syndrome*. Tot haar verrassing ontving ze een voorzichtig positieve reactie van de werkgroepvoorzitter (*George*).

De Crisiskaart (CK) is een eerdere vernieuwing van de internationale patiëntenbeweging, ruim twintig jaar geleden geïntroduceerd. Er is echter nog weinig