

## Samenvatting

Dit proefschrift is het resultaat van een historisch onderzoek naar de vraag hoe het proces van ‘beroepsvorming’ van de psychiatrisch verplegenden, waardoor ‘oppassers en oppasseressen’ uitgroeiden tot ‘psychiatrisch verpleegkundigen’, zich in de periode tussen 1830 en 1980 in Nederland heeft voltrokken. Om deze vraag te kunnen beantwoorden, richtte ik mijn onderzoek op drie dimensies van het beroep: de verpleegopleiding in de psychiatrie, de arbeidsmarkt voor mensen met dit diploma en hun dagelijkse beroepspraktijk (de omgangsvormen tussen psychiatrische verplegenden en hun patiënten). Omtrent die praktijk wilde ik weten of de ‘informalisering van de omgangsvormen’ zoals de Nederlandse socioloog Wouters deze beschreven heeft (onder andere voor de omgang tussen artsen, verplegenden en stervenden in het ziekenhuis) ook in de verpleegkundige beroepspraktijk binnen psychiatrische instellingen herkenbaar was. Ik koos drie beroepsinhoudelijke thema's - de toepassing van dwangmiddelen en de reactie van verplegenden op seksuele uitingen en zelfmoord(pogingen) – waarmee ik de veranderingen in leerstof en beroepspraktijk door de tijd heen in kaart bracht.

Aan de hand van bronnenmateriaal uit de wereld van psychiatrie én verpleegkunde traceerde ik welke inzichten de betrokkenen tussen 1830 en 1980 ontwikkelden over de meest wenselijke opleiding voor het personeel dat krankzinnig verklaarden en/of zenuwzieken in Nederland dagelijks verzorgde en begeleidde. Daarnaast bestudeerde ik hoe deze verpleegopleiding onder invloed van politieke besluiten, wetgeving en overige maatschappelijke ontwikkelingen geïnstitutionaliseerd raakte. Het bleek onmogelijk dit proces te beschrijven zonder aandacht te besteden aan het aanpalend onderwijs in de algemene ziekenverpleging. Daardoor is ook inzicht te verschaffen in de belangrijke bijdrage van de psychiatrie aan de totstandkoming van het MBO en HBO dagonderwijs tot het beroep ‘verpleegkundige’ sedert 1960 en daarna.

Betreffende de arbeidsmarkt rekende ik voor diverse meetmomenten uit hoeveel verpleegkundige beroepsbeoefenaren de psychiatrie op nationaal niveau telde (leerlingen en gediplomeerden; mannen en vrouwen; religieuzen en leken) alsmede hoeveel van hen zich in beroeps- of vakorganisaties organiseerden.

Om de beroepspraktijk te achterhalen nam ik enquêtes en/of interviews af van ruim honderd voormalige verplegers en verpleegsters uit de wereld van gesticht of inrichting en sanatorium over hun ervaringen met en hun opvattingen over hun opleiding, hun arbeidsvoorwaarden en hun beroepspraktijk. Ik controleerde hun uitspraken aan andere bronnen, vakliteratuur en reeds bestaande geschiedschrijving.

Hieronder worden de belangrijkste bevindingen en conclusies uit dit promotieonderzoek samengevat.

## Opleiding

Na succesvol ijveren door enkele hervormers van de krankzinnigenzorg werd in 1841 in Nederland een eerste Krankzinnigenwet aangenomen. De provinciebesturen in Nederland kregen tot taak de oude, reeds lang bestaande stadsasielen voor 'krankzinnig' verklaarden binnen hun grenzen te moderniseren, dan wel deze te vervangen door nieuwbouw en in elk geval te zorgen voor voldoende plaatsen. Gestichten dienden onder eindverantwoordelijkheid te staan van een geneesheer om 'geneeskundige krankzinnigengestichten' te kunnen heten, waar krankzinnigen 'behandeld' werden in plaats van louter 'bewaard'. Er werd een Staatstoezicht op Krankzinnigen en Krankzinnigengestichten ingesteld bij de afdeling Armenzorg van het Ministerie van Binnenlandsche Zaken (1841) en de eerste twee Inspecteurs werden benoemd. Dezen trachtten de humanisering van de gestichten mede te bevorderen, door in 1842 de menslievende aanpak van een Nijmeegse oppasser die de krankzinnigen van hun ketenen verlost had in den lande bekend te maken. Enkele protestantse gestichtsgeneesheren droegen voorts bij aan de verspreiding van nieuwe inzichten in 'ziekenverpleging'. De een propageerde de 'ziekenverpleging' op grond van zijn betrokkenheid bij de protestantse beweging het *Réveil*, de ander met de politieke doelstelling van het hygiënisme. Wat deze gestichtsartsen onder 'krankzinnigenverpleging' verstonden bleek evenwel een eclecticische combinatie van aanwijzingen op het terrein van ziekenverpleging met richtlijnen in de opvoedkundige, begeleidende sfeer betreffende *moral treatment* en *non-restraint*. Binnen het kader van de *Nederlandsche Vereeniging voor Psychiatrie* (NVP, 1871) ontstond vervolgens pressie ten behoeve van de aanstelling van een groter aantal geneesheren in de gestichten. In de tweede Krankzinnigenwet (1884) werd inderdaad vastgelegd dat op elke tweehonderd krankzinnigen minimaal één (extra) geneesheer nodig was. Wel moesten deze gestichtsgeneesheren dan alle dwangmiddelen die zij lieten toepassen registreren en deze registratie ter inzage leggen voor de hen jaarlijks bezoekende inspecteurs.

Ondertussen was in de *dépendance* van het Amsterdamse Binnengasthuis voor besmettelijk zieken, stervenden en krankzinnigen, ook wel het oude 'pesthuis' genoemd, in 1883 een van de eerste gediplomeerde ziekenverpleegsters van ons land aangesteld als 'adjunct-directrice'. De geneesheer-directeur van dit gevreesde oord – er tevens werkzaam als psychiater – stelde mét haar orde op zaken door een verpleegopleiding voor het uitvoerend personeel in de 'huisdienst' te realiseren. Hij doceerde de noodzakelijke theorie, terwijl zij een hygiënisch regime introduceerde, 'beschaafde' gedragsregels voorleefde en verpleegkundige vaardigheden al medewerkend aan haar ondergeschikten overdroeg. Zij verzachtte al te belastende arbeidsvoorwaarden, doch controleerde de kwaliteit van ieders arbeid streng. Gezamenlijk droeg deze directie bij aan de oprichting van het *Maandblad voor Ziekenverpleging* (1890). In onder andere dit vakblad verschenen berichten over een sterk verbeterde sfeer en hygiëne, vooral op de afdeling voor krankzinnigen. Daardoor voelden ook andere artsen zich tot dit 'in-serviceopleidingsmodel' aangetrokken en kreeg het duo zowel in krankzinnigengestichten als in het ziekenhuiswezen navolging.

De *Nederlandsche Vereeniging voor Psychiatrie* trachtte alle bij haar aangesloten gestichtsgeneesheren ervan te overtuigen dat zij in hun gesticht 'beschaafd' personeel moesten aantrekken (merendeels, doch niet uitsluitend vrouwen) en dezen moesten onderwijzen in 'krankzinnigenverpleging' op geleide van het binnen de NVP aanvaarde curriculum dat een

Examen Commissie ontworpen had. Aan het eind van hun leer- en werkperiode zouden de leerlingen bij deze op nationaal niveau opererende Examen Commissie eindexamen afleggen. Aldus geschiedde. In 1892 participeerden enkele niet-confessionele gestichten en sanatoria in de eerste landelijk georganiseerde eindexamens in krankzinnigenverpleging. Vanaf 1899 sloten de rooms-katholieke gestichten zich aan.

In de algemene ziekenhuizen, waar meerdere medische specialismen geconcentreerd waren, kwamen in dezelfde jaren her en der ziekenhuisgebonden verpleegopleidingen van de grond, vaak georganiseerd vanwege lokale verenigingen voor ziekenverpleging. Het curriculum daarvan werd ingericht op geleide van de grootste of meest dominante specialismen die het betrokken ziekenhuis telde: interne geneeskunde, chirurgie, gynaecologie, obstetrie, militaire geneeskunde en/of huid- en geslachtsziekten. Elke specialist verlangde van zijn verpleegsters in spe precies die specialistische kennis en verpleegtechnische vaardigheden waar hijzelf belang bij had. 'Ziekenverpleging' werd 'ziekenhuisverpleging' ten dienste van medisch specialisten.

In 1893 stichtten enkele artsen en verpleegsters de *Nederlandsche Bond voor Ziekenverpleging*, om alle aanbieders van een verpleegopleiding hetzelfde kader op te leggen aangaande de duur en de diepgang van de opleiding waarop een verpleegdiplooma gebaseerd diende te zijn. Binnen het Hoofdbestuur van deze *Bond* waren de ziekenhuisspecialisten al snel in de meerderheid, omdat Nederland meer ziekenhuizen telde dan gestichten. Deze geneesheren (met een ziekenhuispsychiater annex hoogleraar psychiatrie en neurologie als woordvoerder) namen het standpunt in dat alle leerlingverpleegsters – ook degenen die in opleiding waren bij een krankzinnigengesticht - tijdens hun opleiding minimaal één jaar stage dienden te lopen in een algemeen ziekenhuis, op meerdere specialistische afdelingen. Hoewel ook gestichtsartsen het zinvol achtten als een leerling-krankzinnigenverpleegster reeds enige ervaring had in ziekenverpleging, wezen zij dit standpunt af. Ten eerste wensten zij hun gestichten als 'ziekenhuizen' erkend te zien, ten tweede vreesden zij dat de verbetering in de levensomstandigheden van *alle* gestichtspatiënten vertraging zou oplopen als de leerlingen een heel jaar praktijkervaring buiten het gesticht moesten opdoen en ten derde vonden zij het overdreven om te stellen dat krankzinnigenverpleegsters alle verpleegtechnische handelingen die in een algemeen ziekenhuis nodig waren moesten beheersen. Deels ging het daar immers om specialistische verpleegtechnieken, die de zusters ook wel konden leren tegen de tijd dat zij in een ziekenhuis gingen werken. Hun vierde argument was dat 'krankzinnig verklaarden' hoogst zelden terechtkwamen op het zenuwpaviljoen van een ziekenhuis. Hoe kon de *Bond* dáár een 'specialistische opleiding' op het gebied van de krankzinnigenverpleging aanbieden, zo vroeg de Examen Commissie zich af. Een boven de partijen staande *Bond* zou dan toch op zijn minst moeten verordonneren dat de leerlingen in ziekenverpleging op hun beurt minimaal een jaar stage dienden te lopen in een gesticht, als zij het diploma in krankzinnigenverpleging wensten te behalen. Met het nu genomen besluit verklaarde de *Bond* de gestichtsverpleging tot 'tweederangs' beroepskeuze.

Het Hoofdbestuur van de *NBZ* besloot in reactie op deze protesten om het diploma van de *Nederlandsche Vereeniging voor Psychiatrie en (sedert 1895) Neurologie (NVPN)* niet te erkennen. In plaats daarvan erkende de *Bond* het diploma van een éénjarige specialistische cursus in het 'verplegen van zenuw- en zielsziekten', zoals te geven in enkele grotere stadsziekenhuizen met een zenuwpaviljoen als 'de' Bondsantekening voor psychiatrie. Deze

aantekening stond uitsluitend open voor gediplomeerde ziekenverplegenden (vrijwel alleen vrouwen). Het gevolg van dit besluit was dat ‘zieken(huis)verpleegsters’ binnen vier jaar twee verpleegdiploma’s konden behalen, terwijl krankzinnigenverpleegsters daar zes jaar over moesten doen. Dezen moesten na hun gestichtsopleiding opnieuw drie jaar werken en studeren in een ziekenhuis, alvorens zich ook ‘ziekenverpleegster’ te kunnen noemen. Voor mannelijke krachten uit de psychiatrie was het behalen van een volwaardig diploma in ziekenverpleging onmogelijk; ziekenhuisafdelingen als gynaecologie, kraam- en kinderverpleging golden voor mannen als verboden terrein. Om al deze redenen wendde de *NVPN* zich af van de *NBZ*.

Een nadeel van deze breuk met de Bond was dat de gestichten nu veroordeeld leken tot personeel zonder ‘beschaving’ (lees: algemene ontwikkeling). Wie voldoende middelbare school opleiding bezat, begon immers als vanzelfsprekend met verplegen in een algemeen ziekenhuis. Dit nadeel wisten de gestichtsartsen (op instigatie van de gereformeerde *Vereeniging tot Christelijke Verzorging van Krankzinnigen* (VCV, 1884), die een aantal gestichten exploiteerde en qua personeelsbeleid als gereformeerde werkgeverskoepel optrad) na enige tijd om te buigen in een voordeel, door in de gestichten aan alle kandidaten zonder voldoende middelbare school ‘herhalingsonderwijs’ aan te bieden. Hiermee drukten de psychiaters het besef uit dat een gebrek aan scholing niet altijd samenviel met een gebrek aan leervermogen, doch kon voortvloeien uit armoede in het ouderlijk huis. Hun herhalingsonderwijs mondde uit in een toelatingsexamen voor de verpleegopleiding, waarbij kandidaten getoetst werden op opmerkzaamheid en schriftelijk uitdrukkingsvermogen. Het feit dat slechts 50 procent slaagde geeft aan dat de mensen die het haalden ofwel intelligenter waren dan de niet-geslaagden, ofwel gezegend waren met een beter observatievermogen.

De onafhankelijke ontwikkeling van de psychiatrische verpleegopleiding bood de gestichtsartsen nóg meer voordelen. Allereerst hoefden zij zich niet langer te conformeren aan de opvattingen over ‘verplegen’ van ziekenhuisartsen. In plaats van tijd te moeten besteden aan het overdragen van specialistische, somatisch gerichte verpleegtechnische vaardigheden konden zij zich concentreren op instructies over de beroepshouding die zij van de verplegenden verwachtten (primair zachtzinnigheid en empathie jegens de patiënten, later sociaal-begeleidende en opvoedkundige vaardigheden) alsmede op alle kennis en vaardigheden die de verplegenden moesten beheersen omdat gestichtspatiënten (tot 1916 per definitie) onder de Krankzinnigenwet vielen en derhalve alleen met een Rechterlijke Machtiging konden worden opgenomen. Zij besteedden veel aandacht aan de opnameprocedures bij Rechterlijke Machtiging of In Bewaring Stelling en aan de beschrijving van gedragingen en/of symptomen waaraan leerlingen de voor- en achteruitgang in de mentale toestand van hun patiënten konden afleiden. Zij riepen verplegenden op tot een stijl van verplegen zonder straf, zonder verbaal of lichamelijk geweld en met zo min mogelijk toepassing van (of zelfs geheel zonder) mechanische dwangmiddelen. Zij prentten hen daarnaast in hoeveel gevaar er voor de patiënten verbonden was aan een verblijf in een isoleercel; het isoleren van suïcidale patiënten gold zelfs als verboden.

Ten tweede hoefden de gestichtsartsen niet langer de schijn op te houden dat zij alle patiënten konden ‘genezen’. Zij konden ook de functies ‘beschermen tegen verwaarlozing’ of ‘bewaken van gevaarlijke patiënten’ aandacht geven. In de oudste handboeken legden de gestichtsartsen uit dat alle patiënten die wegens krankzinnigheid in een gesticht werden

opgenomen, minimaal de eerste twee weken na opname in bed behoorden te liggen. Daardoor zouden hun 'zieke' (overbelaste) hersenen rust krijgen, terwijl al hun lichaamsfuncties en gedragingen konden worden geobserveerd. De geneesheren benadrukten echter even hard dat niet alle patiënten de hele tijd in bed zouden willen of kunnen liggen, in het bijzonder de tot rust gekomen 'onherstelbare lijdens' niet. Dezen dienden juist afgeleid te worden van hun gewaarwordingen en/of gedachten. Met het oog daarop hechtten de artsen groot belang aan verplegend personeel (zowel mannen als vrouwen) dat wilde samenwerken met de patiënten, ofwel binnen de afdelingen en paviljoenen, ofwel in het huishouden, in een landbouwkolonie of tuin, ofwel in een werkplaats.

Ten derde kregen gestichtsartsen meer ruimte voor hun onderlinge discussies over de meest waarschijnlijke oorzaak en behandeling van 'krankzinnigheid'. Onder Nederlandse gestichtsartsen bestonden twee hoofdstromingen: een niet-confessionele, natuurwetenschappelijke en geneeskundige benadering van de psychiatrische patiënt, en een gereformeerde benadering, waarin naast geneeskundige ook ruimte bestond voor religieus geïnspireerde overwegingen. Beide hoofdstromingen hadden betreffende de verpleegkunde oog voor het belang van de omgang, dat wil zeggen voor een morele dan wel sociaal-pedagogische aanpak. De gereformeerden lieten de verplegenden en de patiënten zelfs in een soort gezinsverband met elkaar samenleven, in de veronderstelling dat een regelmatig christelijk leven krankzinnigheid zou terugdringen.

Toen het Ministerie van Binnenlandsche Zaken (verantwoordelijk voor de gang van zaken in de Rijkskrankzinnigengestichten) in 1903 ook startte met een eigen verpleegopleiding, betrok het Rijk vertegenwoordigers uit *beide* voornoemde particuliere verenigingen (*NVPN* en *VCV*) bij zijn examens. Dit initiatief leidde onderling tot meer begrip, waardoor men elementen van elkaars opleiding kopiëerde. Als eerste was dat het in dienst houden van (een welomschreven percentage) gehuwde gediplomeerde verplegers voor de mannenafdelingen waar patiënten agressief of seksueel ontremd konden zijn. Daarnaast moesten verpleegsters leren koken en werd in 1904 verplicht gesteld dat alle leerlingen zowel bij hun overgangs- als bij hun eindexamen een praktijkexamen aflegden onder toezicht van een ervaren verplegende. Vanaf 1913 werd dit examen omgezet in een relatief klein deel techniek en een groter deel waarin de verplegende in gesprek moest gaan met een onbekende patiënt, om ten overstaan van de Examen Commissie een beargumenteerd vermoeden van diens diagnose te geven. Omdat vanaf 1916 meer 'zenuwzieken' in de gestichten konden worden opgenomen en de artsen deze zenuwzieken beschouwden als mondiger dan de 'krankzinnigen', moesten de verplegenden nadien ook een vertrouwensfunctie kunnen vervullen tussen deze patiënten en hun geneesheer. Dit alles had tot gevolg dat de krankzinnigenverpleging ten opzichte van de ziekenverpleging een steeds duidelijker 'identiteit' verkreeg, en wel een waarin vaardigheden op het gebied van observatie, communicatie, begeleiding en opvoeding veel hoger ontwikkeld waren dan verpleegtechniek. Dit leidde er overigens toe dat de betrokkenen zich doorgaans uitstekend konden handhaven als zij een particuliere praktijk begonnen; iets wat indertijd zóveel voorkwam dat de gestichtsartsen op een gegeven moment een (door de verplegenden te betalen) extra examen in particuliere verpleging ontwikkelden, enerzijds in de hoop de kwaliteit van dit verpleegkundig handelen te garanderen, anderzijds in de hoop dat de kosten voor dit examen in de praktijk zouden uitpakken als een rem op de vrije vestiging. Dat deed het echter niet, omdat de particuliere

patiënten helemaal niet vroegen naar diploma's. Nadat met ingang van 1916 her en der sociaal-psychiatrische spreekuren en (vanaf 1925) voor- en nazorgdiensten waren opgezet startte de *NVPN* in 1937 opnieuw een aanvullende opleiding voor een diploma in 'extramurale verpleging': de opleiding in 'B-nazorg'. Deze opleiding (tot 1965 uitsluitend toegankelijk voor vrouwen omdat dit diploma gekoppeld was aan het diploma wijkverpleging dat voor mannen niet open stond) werd een groot succes en mondde in 1973 uit in een erkende wettelijke aantekening en een titel: de 'sociaal-psychiatrisch verpleegkundige'. Met deze zeer vroege en veelvuldige inzet van sociaal-psychiatrische verpleegkundigen liep Nederland ver voor op het buitenland. Zo zagen we dat in Amerika en Engeland pas veel later een opleiding in *Community Mental Health Nursing* van de grond kwam.

In de jaren 1918-1921, toen op de afdeling Volksgezondheid een discussie plaatsvond over de Wet tot wettelijke bescherming van het diploma ziekenverpleging (het A-diploma), leidde de duidelijk herkenbare identiteit van het diploma in de verpleging van zenuwzieken en krankzinnigen (het B-diploma) ertoe dat de overgrote meerderheid van de verpleegkundige organisaties in Nederland dit B-diploma apart wilde beschermen. Toen die wettelijke bescherming eenmaal een feit was en bovendien een nieuwe gemeentewet de financiering van vrijwillige opname ook voor de armere klassen binnen bereik bracht (1929) legden gestichtsartsen de ooit beleden wens als 'ziekenhuis' erkend te worden geheel af. Geïnspireerd door ontwikkelingen in het Duitse gesticht Gütersloh hechtten vooraanstaande psychiaters eraan dat verplegers of verpleegsters in staat waren om middels 'opvoedend optreden' patiënten met uiteenlopende psychiatrische problemen ertoe te brengen zonder ruzie samen te leven, of om middels de actievere therapie (arbeidstherapie, gezamenlijk eten en het aanbieden van ontspannende bezigheden) kwaliteit van leven aan te brengen in het bestaan van mensen die tot een langdurig verblijf in een gesticht veroordeeld waren. Men deed dit in die mate dat een van de eerste Nederlandse pedagogen een brochure uitbracht onder de titel: *De psychiater als opvoeder* (1930).

De opvoedende actievere therapie imponeerde door zijn beroep op de mentaliteit van de verplegenden als een twintigste-eeuwse variant van *moral treatment*, zij het dat hij duidelijker gericht was op het tot ontwikkeling brengen van sluimerende vermogens tot arbeid en gemeenschapszin bij (primair de meest onrustige) patiënten. Het elan uit deze periode (het Interbellum) werd evenwel teniet gedaan door de vijf jaar durende bezetting van de Duitsers, tijdens welke dezen de arbeidstherapie onmogelijk maakten en zoveel armoede, ziekte en gebrek in de psychiatrie creëerden dat duizenden patiënten stierven en de psychiatrische verpleging voor jaren achteruit werd gezet. In de jaren vijftig werd de opvoedende benadering door sociotherapeutisch georiënteerde artsen opnieuw gepropageerd, ditmaal vanuit de gedachte dat patiënten aan hun medische behandeling het gevoel moesten overhouden dat zij 'zichzelf' werden. In de jaren zestig en zeventig sloten zowel Aktiegroep Willem als de mannelijke verplegenden die handboeken schreven aan op de behoefte aan meer 'opvoedende' bagage. De moreel en sociaal-opvoedkundige oriëntatie die ontwikkeld was tijdens de periode met actievere therapie of sociotherapie verkreeg nu een sociaal-psychologische invulling.

## Arbeidsmarkt en arbeidsvoorwaarden

Tussen 1890 en 1980 zijn in Nederland in totaal ruim 42.600 B-verpleegkundigen opgeleid; 13.350 mannen (31 procent) en 29.250 vrouwen (69 procent). Het aantal als zodanig *werkzame* gediplomeerde verplegenden steeg van 260 in de 27 krankzinnigengestichten van 1900 (waar doorgaans ook zwakzinnigen verbleven), naar 5.080 in de circa 40 psychiatrische inrichtingen in 1980 (waar vrijwel alleen psychiatrische patiënten verbleven). In tachtig jaar tijd vermenigvuldigde de werkzame gediplomeerde beroepsgroep zich dus met een factor twintig. Omdat de werkweek tussen 1910 en 1969 met ruim vijftig procent gedaald was (van 90 naar 40 uur) leverden de verpleegkundigen uit 1980 gezamenlijk echter slechts negen maal zoveel werk als hun voorgangers uit 1900. Het aantal patiënten dat in 1980 in de inrichtingen verbleef (23.000) was bijna drie keer zo hoog als dat in 1900 (8.000), maar het waren andersoortige patiënten dan die in 1900. Vooral na 1950 waren veel ouderen en zwakzinnigen naar elders verhuisd, voor wie patiënten in de plaats waren gekomen met ernstige psychische stoornissen. Het jaarlijkse aantal opnames was gestegen met een factor tien: van bijna 2.150 per jaar in 1900 naar ruim 20.150 per jaar in 1980. Al met al was de werkdruk van gediplomeerde verpleegkundigen dus ook in 1980 nog steeds erg hoog. Het aantal artsen in de inrichtingen was met een factor acht gegroeid. Anno 1980 werkten twaalf keer zoveel gediplomeerde verpleegkundigen als artsen in de inrichtingen.

In 1900 waren de verplegenden per definitie inwonend, zij hadden meestal geen andere opleiding dan de lagere school, zij waren verplicht ongehuwd en zij verdienden overal een ander salaris. De 5.080 werkzame gediplomeerden van 1980 hadden ieder (minimaal) een vooropleiding op MAVO-niveau. Bovendien hadden zij sedert 1953 recht op pensioen, vakantietoeslag (ingevoerd in 1954), onregelmatigheidstoeslag (sedert 1966) en een in de CAO vastgesteld loon (1976). Ook hadden zij net als andere werknemers recht op een privéleven naast het werk; het verplichte internaat was na 1962 geleidelijk afgebouwd. Gediplomeerde B-verplegenden mochten vanaf 1 januari 1978 wettelijk de titel 'psychiatrisch verpleegkundige' voeren. Zij waren anno 1980 erkende 'beroepsbeoefenaren' die na diplomering, afhankelijk van het deskundigheidsniveau dat zij hadden (gemiddeld) tussen de negen (mbo) en de zestien jaar (hbo) in het beroep werkzaam bleven. De personeel-patiënt ratio was in de twintigste eeuw voor de totale verpleegkundige formatie veranderd van gemiddeld 1: 6 in 1900 naar 1 : 2,4 in 1980. Telde men alleen gediplomeerde B-verplegenden mee dan was de personeel : patiënt ratio eveneens gunstiger geworden: van 1 : 31 in 1900 naar 1: 4 in 1980. Hierbij moet aangetekend worden dat deze gemiddelden maar weinig informatie verschaffen, aangezien qua personele bezetting doorgaans een groot verschil bestond tussen inrichtingen van verschillende achtergrond. Ik heb vastgesteld dat de rooms-katholieke gestichten duurzaam de slechtste bezetting hadden. Dit betekent dat de individuele religieuzen keihard hebben moeten werken, want de congregaties beheerden de inrichtingen zuinig. De uiteenlopende bezettingsgraden groeiden naar elkaar toe in de jaren zestig en zeventig, onder meer door secularisatie, emancipatie van het personeel, verbeterde arbeidsvoorwaarden en de CAO Ziekenhuiswezen.

Terwijl de gestichtsartsen het over de inhoud van het psychiatrisch verpleegkundig beroep redelijk met elkaar eens leken, waren zij het met elkaar oneens over het te voeren personeelsbeleid in de naar sekse en klasse gesegregerde gestichten. Niet-confessionelen mik-

ten tot zeker 1908 op 'beschaafde dames' uit de hogere klassen (ook voor de mannenafdelingen waar agressie en openlijk seksueel getinte gedragingen géén rol speelden), terwijl de gereformeerde *Vereeniging tot Christelijke Verzorging van Krankzinnigen* bij voorkeur mannen aannam die qua religieuze overtuiging en qua maatschappelijke achtergrond afkomstig waren uit dezelfde klasse als de meeste patiënten, namelijk de lagere midden- en arbeidersklassen. De gereformeerde werkgevers voerden bovendien als politiek, dat mannen in het beroep betere arbeidsvoorwaarden moesten krijgen aangeboden dan vrouwen, zowel qua loon, huisvesting als qua toestemming om gehuwd te mogen doorwerken. Vanaf 1904 volgden ook de andere verenigingen dit beleid. Dit resulteerde erin dat vanaf 1930 de groep gediplomeerde B-verplegenden (tot circa 1970 steeds 40 procent van de formatie; nadien steeg dit naar 54 procent in 1980) evenredig uit mannen en vrouwen bestond. Terwijl minimaal tweederde van de leerlingen steeds vrouw was, werden de werkplekken voor gediplomeerden dus min of meer gelijk over mannen en vrouwen verdeeld. Terwijl de artsen in neutrale inrichtingen de vrouwelijke gediplomeerden vaak als leidinggevende of als sociaal-psychiatrisch verpleegkundige inzetten, lieten zij mannelijke gediplomeerden (in elk geval tot circa 1965) vooral uitvoerend werken, ofwel op afdelingen voor (rustige en onrustige) mannen, ofwel in de arbeidstherapie.

In Nederland was het aan gehuwde vrouwen tot 1957 bij wet (en volgens de traditionele gezinsmoraal) verboden om betaalde arbeid te verrichten, terwijl ongehuwde vrouwen pas per januari 1953 een wettelijk recht op pensioen verkregen. 'Verpleging' werd daardoor tot 1962 (toen een commissie onder leiding van een bekend sociaal-psychiater de overheid adviseerde om het 'verplegen' zowel in algemene ziekenhuizen als in de psychiatrie als een beroep te presenteren waarin een carrière mogelijk was) over het algemeen gezien als 'tijdelijk liefdewerk' voor (bij voorkeur jonge) vrouwen, bij wijze van voorbereiding op het huwelijk. Alleen mannen (religieuzen en leken), vrouwelijke religieuzen en ongehuwde verpleegsters maakten een dienstverband van veertig jaar of meer vol. Zowel de gehuwde gediplomeerde lekenverplegers als de gediplomeerde mannelijke religieuzen uit de psychiatrie hadden minder gemakkelijk toegang tot een ziekenhuis dan gediplomeerde verpleegsters. Daardoor kenden de afdelingen aan de mannenkant van de gestichten meer stabiliteit in de personele bezetting dan de afdelingen aan de vrouwenkant of de afdelingen in de ziekenhuizen. Het feit dat zij in niet-confessionele gestichten niet de allerhoogste leidinggevende positie in de organisatie mochten bekleden zette de leken onder hen aan tot het stichten van vakbonden en tot strijd voor betere arbeidsvoorwaarden, zoals een hoger salaris en een pensioen. Uit het onderzoek blijkt dat letterlijk alle vak- en beroepsorganisaties voor verplegenden die vóór 1920 zijn opgericht, met veel steun van artsen en verplegenden uit de psychiatrie tot stand zijn gekomen.

Na 1950 bleken de mannelijke verplegers van geesteszieken opnieuw zeer actief; ditmaal betrof het vooral mannelijke rooms-katholieke religieuzen, die door hun langdurige werker-  
varing en mogelijk ook onder invloed van hun ethische motivatie voor het beroep behoefte hadden aan beroepsinhoudelijke verdieping. Zij lanceerden stafcursussen en studiegroepen en steunden de nieuwe mogelijkheden die ontstonden ten gevolge van psychofarmaca en antipsychiatrie, ook omdat nu weer meer accent werd gelegd op de omgang met de patiënten; een thema dat van oudsher hun stokpaardje was geweest. Mede door hun toedoen ontstonden meer egalitaire omgangsvormen tussen artsen en verplegenden. Het langdurig



dienstverband van mannen verklaart waarom in de jaren zestig juist de verplegers nieuwe handboeken over de psychiatrische verpleegkunde gingen schrijven. Het verklaart daarnaast waarom zij zoveel nadruk legden op de opvoedende kant van het beroep: juist mannen hadden het meest in de dagelijkse begeleiding en in de arbeidstherapie gewerkt. Op den duur verleidden de meer egalitaire verhoudingen tussen artsen en verplegenden in de psychiatrie de overheid tot het standpunt dat ook in de leiding van de algemene ziekenhuizen meer mannen moesten worden ingezet; dit zou de continuïteit van zorg versterken. Die constatering droeg bij tot de lancering van de hogere beroepsopleiding in de verpleegkunde.

Op grond van de bevinding dat zo vele beroeps- en vakorganisaties krachtig ondersteund zijn vanuit de psychiatrie onderschrijf ik voor Nederland de stelling van Dingwall, Rafferty en Webster (1988) dat het terrein van de krankzinnigenverpleging voor de verpleging als geheel zeer interessant en belangrijk is vanwege haar grote bijdrage aan de organisatiegraad en de emancipatie van 'de' verpleging.

## Omgangsvormen

Uit de geneeskundige handboeken en de enquêtes of interviews met voormalige verplegenden blijkt dat vier periodes te onderscheiden zijn waarin verplegers en verpleegsters in de psychiatrie in Nederland wezenlijk anders met hun patiënten omgingen. In de vroegste periode van beroepsontwikkeling (van 1890 tot 1923/1924) heerste het 'regime van de ontoerekenbaarheid'. Alle krankzinnigenverplegenden leerden hun patiënten te beschouwen als mensen die zij hun gedrag en hun woorden niet mochten aanrekenen. In het geval van ongewenste gedragingen dienden zij deze te duiden als afkomstig van mensen die, evenals kinderen, niet wisten wat zij deden. Zij dienden deze ongewenste gedragingen te beletten, doch mochten er niet kwaad om worden: wie zijn of haar 'zelfbeheersing' verloor, was niet geschikt voor het vak. Mechanische dwangmiddelen golden als verboden; isoleren werd afgeraden, maar wel toegestaan.

In de periode 1926-1940 maakte dit 'regime van de ontoerekenbaarheid' plaats voor het radicaal daaraan tegenovergestelde 'regime van de verantwoordelijkheid'. Verplegers en verpleegsters werden onder invloed van strenge bezuinigingen ten gevolge van de economische crisis onder het motto 'kwaliteit in plaats van kwantiteit' vanaf 1934 meer en meer geworven onder de afgestudeerden van ambachtsscholen en huishoudscholen, zodat zij iets ouder waren en meer vooropleiding en levenservaring met zich meebrachten. Zij moesten alle patiënten - om te beginnen de meest onrustige patiënten - altijd en overal 'verantwoordelijk houden' voor hun gedrag. In plaats van dezen als kinderen te beschouwen, moesten zij hen met behulp van beloning en straf 'opvoeden tot verantwoordelijkheid' jegens de kleinere of grotere gemeenschap waartoe zij behoorden. Bij voorkeur diende dit gericht, met op de persoon toegesneden maatregelen, te gebeuren. De voorheen gebruikelijke 'werkverschaffing' veranderde in 'arbeidstherapie' met (idealiter) werksoorten die aansloten bij de belangstelling van de patiënten, waarin dezen een ontwikkeling konden doormaken. In de vrije tijd van de patiënten hielden verplegenden hen actief bezig met sport, gymnastiek, toneelspelen of muziek maken. In verband met de individualisering van beloning en straf was het noodzakelijk dat verplegers en verpleegsters actief gebruik maakten van de persoonlijke voor- en afkeuren van de patiënten. Zij moesten zich dus in hen verdiepen en

hun eigen oordeel over hen voor zichzelf houden. Anders gezegd: de *Fremdzwang* (Elias) van 'regelgeleid gedrag' maakte plaats voor *Selbstzwang* die verplegenden aan zichzelf moesten opleggen ter wille van het samenleven door (en met) de patiënten. Dwangmiddelen mochten nu in de acute psychiatrie alleen door artsen ingezet worden, doch golden in de chronische sector als inzetbaar door de verpleging bij wijze van opvoedkundige maatregel. In deze periode herken ik de door Wouters gepostuleerde 'informatisering van de omgangsvormen' aan het feit dat verplegenden hun uniformen uitdeden wanneer zij in dezelfde kostuums als de patiënten met hen gingen wandelen of sporten, en aan de kameraadschappelijke sfeer waarin de verplegenden een grote hoeveelheid tijd (ook vrije uren) en idealisme aan dit type activiteiten met hen besteedden.

In de periode 1950-1969 stond (voor zover de financiële middelen en de beperkte personele bezetting dit toelieten) het 'regime van de persoonlijkheidsontwikkeling' centraal, zowel in de benadering van de patiënten als in die van het verpleegkundig personeel. Nu moesten de patiënten opgevoed worden tot 'zelfexpressie'. Dit geschiedde door personeelsleden die het recht kregen zichzelf te vormen en hun rol in de inrichting uit te bouwen met behulp van extra scholing en/of het actieve lidmaatschap van een beroepsorganisatie. Door de opbouw van de verzorgingsstaat kwam geleidelijk aan enig inkomen voor de patiënten beschikbaar, terwijl nieuw geïntroduceerde psychofarmaca bepaalde chronische bewoners in staat stelden om naar de maatschappij terug te keren. De zo vurig gewenste andere verplegingspraktijk kon echter pas werkelijkheid worden nadat een Nota Geestelijke Volksgezondheid was gepresenteerd ten gevolge waarvan substantieel meer geld in verplegend personeel werd geïnvesteerd.

In de periode hierna, ruwweg van 1970 tot 1980, trad de individuele psychiatrische patiënt naar voren met de eis om een betere behandeling en rechtspositie. Dat was niet alleen een gevolg van antipsychiatrische publicaties, maar hing evengoed samen met bredere ontwikkelingen in de maatschappij: secularisatie en ontzuiling, internationalisering, psychologisering, individualisering en vrouwenemancipatie. Kritische juristen namen de verouderde tweede Krankzinnigenwet onder vuur en wezen ook (zij het met compassie) op de belangrijke rol van het uitvoerend personeel. Hierdoor uitgedaagd eisten de jongste leerlingverpleegkundigen vernieuwingen in hun opleiding, omdat zij hun bijdrage aan de psychiatrische behandeling beter waar wilden maken én wilden beargumenteren. Ook in deze periode was sprake van 'informatisering van de omgangsvormen', vooral op het gebied van de toepassing van dwangmiddelen en een minder krampachtige omgang met seksualiteit. Anderzijds onttaarde deze informatisering wellicht hier en daar in een toestand van anomie, ten gevolge van het feit dat plotsklaps zoveel leerlingen de psychiatrie binnenstroomden; meer dan de instellingen er goed konden opleiden.

Al met al is over de beschreven 150 jaar duidelijk dat de verwachtingen omtrent de gedragingen van verplegenden door de tijd heen steeds duidelijker en explicieter werden, terwijl de druk op hen om zich te verantwoorden (desnoods voor de tuchtrechter) toenam. Deze druk ging echter zelden gepaard met aandacht voor een normstelling ten aanzien van de verpleegkundige bezetting, waardoor de nagestreefde idealen lang niet altijd werkelijkheid werden.

## Conclusie

In Nederland gold het beschreven model van 'leren in de praktijk' lange tijd als het beste opleidingsmodel, zo werd in dit boek aangetoond. Ook verpleegsters die na een bezoek aan Amerika (1933) of na het opdoen van internationale werkervaring (1955) uitdroegen dat verplegenden meer theoretische leerstof dienden te beheersen of dat er een één-diplomastelsel moest komen, beklemtoonden altijd dat theoretisch onderwijs (hoe goed ook) nooit en te nimmer de plaats mocht innemen van voldoende gevarieerde praktische werkervaring bij de patiëntensoort die men beoogde te verplegen. 'Verplegen' gold in Nederland als een beroep waarin het bovenal draaide om 'gevarieerde en doorleefde praktijkervaring'.

Tegen deze achtergrond bleek de belangrijkste hinderpaal voor de beroepsontwikkeling van psychiatrische verplegenden in Nederland een structurele factor en wel het feit dat het Staatstoezicht op Krankzinnigen en Krankzinnigengestichten tot 1949 ingebed bleef op de afdeling Armenzorg van het Ministerie van Binnenlandsche Zaken, terwijl het Staatstoezicht op de Volksgezondheid in 1918 – meteen ten tijde van de allereerste tekenen dat er een Wet tot wettelijke bescherming op het diploma ziekenverpleging zou komen – werd overgebracht naar de afdeling Volksgezondheid op het Ministerie van Arbeid (later: Sociale Zaken). Dit verschil in bestuurlijke inbedding had tot gevolg dat ontwikkelingen die zich binnen de verpleegopleiding of de beroepspraktijk in de krankzinnigengestichten voltrokken tot 1946 niet werden opgemerkt door de ambtenaren van Volksgezondheid die moesten toezien op de opleiding in ziekenverpleging. Zij namen soms besluiten ten aanzien van psychiatrische stages door ziekenverpleegsters uit ziekenhuis of wijk die totaal niet met de leidinggevenden in de krankzinnigengestichten werden afgestemd, terwijl ze voor de verpleging in die gestichten grote gevolgen zouden hebben. Ook vatten zij het begrip 'volksgezondheid' tot zeker 1946 op als ware dit beperkt tot 'lichamelijke volksgezondheid' en zagen zij onvoldoende in dat observatorische en communicatieve verpleegkundige vaardigheden die in de algemene ziekenhuizen 'begerenswaardig' leken, binnen de psychiatrie onmisbaar waren.

In dit proefschrift kwam naar voren dat ook medische en verpleegkundige beroepskrachten binnen algemene ziekenhuizen zeer ambivalent op de verpleegopleiding in de psychiatrie reageerden. Terwijl zij enerzijds uitdroegen dat psychiatrie slechts 'armenzorg' was en dat psychiaters 'slechts' arbeidskrachten uit de arbeidersklasse opleidden, bleken zij er anderzijds zeer op gebrand deze mensen in het ziekenhuis aan te trekken zodra zij hun diploma in de verpleging van zenuwzieken en krankzinnigen eenmaal op zak hadden. Zij onderkenden bijvoorbeeld al vroeg dat psychiatrisch verplegenden een beroepshouding hadden aangeleerd waardoor zij beter reageerden op chronisch zieken. Meermalen trachtten zij de psychiatrische verpleegopleiding in de ziekenhuisopleiding te incorporeren, omdat zij zich er pijnlijk van bewust waren dat ziekenverpleegsters te instrumenteel-technisch werden opgeleid. De psychiatrie wist zich hiertegen echter steeds met succes te verzetten.

Tot slot kwam aan de orde hoe na de Tweede Wereldoorlog een nieuwe generatie sociaal-geneeskundig geïnteresseerde bewindslieden kortstondig bijzonder veel waardering aan de dag legde voor de opzet van de B-opleiding, de bredere definitie van verplegen die in de psychiatrie werd gehanteerd en de andere intermenselijke verhouding tussen artsen en ver-

plegenden. Deze periode van oplevende belangstelling op de afdeling Volksgezondheid voor de psychiatrie duurde echter slechts kort. Nadat met succes gebruik was gemaakt van de inzet van psychiaters en psychiatrisch verpleegkundigen voor de introductie van een bredere visie op verplegen, de aanstelling van de man als leidinggevende in de ziekenverpleging en de creatie van een hogere beroepsopleiding in de verpleegkunde, verdween de interesse voor de veldspecifieke vragen van verpleegkundigen in de sector psychiatrie weer naar de achtergrond.