

Dr. N.B. Goudswaard

VEREENIGING VOOR ZIEKENVERPLEGING

TE AMSTERDAM,

Inleiding

VERTEELDEN EN LUTTEN HET GESTICHT.

tot de Algemeene Bepalingen.

De Vereeniging stelt zich ten doel:

A. het vormen van pleegzusters.

B. het verschaffen van verpleging, niet alleen binnen maar ook buiten de stad Amsterdam.

C. het in stand houden van een gebouw, hetwelk zal dienen:

a. tot woonplaats van de zusters;

b. tot geneeskundige behandeling en verpleging van zieken, wier verzorgkosten door den Staat of door andere vergoed kunnen worden;

c. tot bijzondere geneeskundige behandeling en verpleging van zieke kinderen;

d. tot Asyl voor pleegzusters, die door ouderdom of gebreken voor de dienst der Vereeniging ongeschikt zijn geworden.

2. Het Bestuur bestaat uit twaalf leden, alle van de protestantsche geloofsbelijdenis. Onder hen zijn vier geneeskundigen en vier leeraren van verschillende protestantsche kerkgenootschappen. Het Bestuur geniet de hulp van Dames-bestuurderessen.

3. De pleegzusters ontvangen geregeld onderwijs in al wat tot de eigenlijke ziekenverpleging behoort, waarbij zij tevens op alle geveene kinderen wat tot de verzorging van de en nu ingeschaagden in acht kan worden. De zusters worden bij versterking van zorg gedragen voor de bevordering van hare geschiktheid tot haar werk, door beschaving van haren geest, door versterking van haar geloof en opwekking van haar christelijk leven.

4. De Vereeniging stelt de haar ten dienste staande middelen en personen ter beschikking van ieder, die hare verpleging behoeft.

5. Alleen aan zulke aanvragen om verpleging kan gevolg gegeven worden, die gedaan worden aan het gesticht der vereeniging (Prinsengracht over de Leidsche Kruisstraat, Buurt CC, N^o. 534) en wel, zonneel mogelijk, des morgens tusschen 9 en 12 ure.

INLEIDING TOT
DE GESCHIEDENIS
VAN DE
VERPLEEGKUNST

Dr. N.B. Goudswaard

INLEIDING TOT
DE GESCHIEDENIS
VAN DE
VERPLEEGKUNST



ERASMUS PUBLISHING
ROTTERDAM 1994

CIP-GEGEVENS KONINKLIJKE BIBLIOTHEEK, DEN HAAG

Goudswaard, N.B.

Inleiding tot de geschiedenis van de verpleegkunst / N.B. Goudswaard. - Rotterdam : Erasmus Publishing, - Ill.

Met index, lit. opg.

ISBN 90-5235-077-9

NUGI 750/641

Trefw.: verpleegkunde ; geschiedenis

Illustratie omslag: Fragment uit: Moll, W., *Toespraak gehouden bij de inwijding des nieuwen gebouws van de Vereniging voor Ziekenverpleging te Amsterdam, den 11 Junij 1857* (Amsterdam: J.H. en G. van Heteren, z.i.)

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikel 16B Auteurswet 1912 j 0 het Besluit van 20 juni 1974, St.b. 351, zoals gewijzigd bij het Besluit van 23 augustus 1985, St.b. 471 en artikel 17 Auteurswet 1912, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoedingen te voldoen aan de Stichting Reprorecht (Postbus 882, 1180 AW Amstelveen).

Voor het overnemen van gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16 Auteurswet 1912) dient men zich tot de uitgever te wenden.

© 1994 N.B. Goudswaard. Erasmus Publishing, Rotterdam.

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen, of enige andere manier zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

All rights reserved. No part of this publication may be reproduced, stored in a retrieval system, or transmitted, in any form or by any means, electronic, mechanical, photocopying, recording, or otherwise, without the prior written permission of the publisher.

De uitgever heeft getracht met alle rechthebbenden op illustraties en tekst contact op te nemen. Dit is niet in alle gevallen gelukt. Diegenen die menen op illustraties en/of tekst recht te kunnen doen gelden, wordt verzocht contact op te nemen met de uitgever.

Inhoud

VOORWOORD 11

INLEIDING EN OVERZICHT 13

1 VOORGESCHIEDENIS 19

1.1 Gezondheidszorg als functie van een cultuur 19

1.2 Ziekenzorg in oude culturen 20

1.2.1 *Israël* 20

1.2.2 *Hellas en wetenschap* 21

1.2.3 *Hellas en medische voorzieningen* 23

1.2.4 *Romeinse rijk* 24

1.2.5 *Christelijke gezondheidszorg* 26

1.3 Vrouwenrol in zorgen en verplegen. Cellezusters en Begijnen 27

2 GEZONDHEIDSZORG IN GASTHUIZEN EN ZIEKENHUIZEN 31

2.1 Zorgen en verplegen in gasthuizen 31

2.2 Verplegen in algemene ziekenhuizen. Historische keerpunten 37

2.3 Verplegen in psychiatrische ziekenhuizen. Krankzinnigen zijn zieken 38

2.3.1 *Voorgeschiedenis. Over bezetenen, heksen en dollen* 38

2.3.2 *Exorciserende geestelijken en leken. Doctor Wier en Pastoor Vallick* 41

2.3.3 *Geestesgestoorden zijn zieken* 42

2.4 Zich moderniserende ziekenhuizen 43

2.4.1 *Nieuwe cultuurperioden - nieuwe problemen* 43

2.4.2 *Rotterdam. Over bouwen en bouwproblemen* 46

2.4.3 *Amsterdam. Van pesthuis naar medisch centrum* 47

2.4.4 *Groningen. Van polikliniek naar academisch ziekenhuis* 47

2.4.5 *'s-Hertogenbosch. Van Gasthuis naar Groot Ziekenhuis* 48

2.4.6	<i>Maastricht. Van particuliere ziekenzorg naar Academisch ziekenhuis</i>	48
2.4.7	<i>Brugge. Van hospitaal via innovatie naar ziekenzorgmuseum</i>	49
2.4.8	<i>Streekziekenhuis Midden-Twente annex Zotel</i>	49
2.5	Ziekenhuisorganisatie. Ziekenhuisvorm en -inrichting	49
2.6	Ziekenhuis voor allen. Differentiatie in geneeskunst en verpleegkunst	51
2.7	Bijzondere ziekenhuizen en specialismen	53
2.7.1	<i>Aanleiding tot specialisatie</i>	53
2.7.2	<i>Kindergeneeskunst en kinderverpleegkunst</i>	53
2.7.3	<i>Sanatoria</i>	56
2.7.4	<i>Verpleeghuizen</i>	59
2.7.5	<i>Thuiszorg</i>	60
2.7.7	<i>Andere specialisaties</i>	60
2.8	Zorgen en verplegen in het leger en op zeeschepen	62
2.8.1	<i>Medische verzorging in het leger</i>	62
2.8.2	<i>Militair-geneeskundige dienst en Militair-medische school</i>	64
2.8.3	<i>Buitengaats behandelen en verplegen I (1500-1800)</i>	65
2.8.4	<i>Buitengaats behandelen en verplegen II (1800-1950)</i>	69
2.8.5	<i>Gezondheidszorg overzee I. Problematische Oost-West-verhouding</i>	71
2.8.6	<i>Gezondheidszorg overzee II. Naar pluriforme gezondheidszorg</i>	73
2.8.7	<i>Gezondheidszorg overzee III. Naar volwaardige mantri-verpleegkunst</i>	75
3	VERPLEGING EN OPLEIDING. DRIJVENDE EN VERTRAGENDE KRACHTEN	79
3.1	Ziekenverpleging en arbeidsbestel. Onderwijs en beroepsaanzien	79
3.2	Ziekenverpleging als emancipatorische component	84
3.3	Ziekenverpleging als onmisbare beroepsarbeid	87
3.4	Verpleging door orden en diaconessen. Particuliere initiatieven	90
3.5	Florence Nightingales offensief op sociaal en verpleegkundig gebied	95
3.6	Florence Nightingale als drijvende kracht en kind van haar tijd	98
3.6.1	<i>Haar rol in haar tijd</i>	98
3.6.2	<i>Haar beperkingen</i>	99
3.6.3	<i>Haar sociale en verpleegkundige vernieuwingsarbeid</i>	101
3.6.4	<i>Haar grootheid als mens onder de mensen</i>	101
3.6.5	<i>Dag van de Verpleging</i>	102
3.7	Verbrokkeld beleid. Groei naar 'onoverzichtelijk geheel'	103
3.8	Verpleegkunde en geneeskunde gescheiden verworven	106
3.9	Verplegen en studeren. Arbeidsvoorwaarden. Leerboeken	109
3.9.1	<i>Beroepsinhoud verpleegkunst</i>	109

- 3.9.2 *Dilemma: verhouding verpleegkundige-arts* 112
- 3.9.3 *Verpleegkunde in geneeskundig perspectief* 116
- 3.9.4 *Geneeskunde in verpleegkundig perspectief* 119
- 3.10 Opleiding door Kruisverenigingen en verwante instellingen 119
 - 3.10.1 *Het Rode Kruis* 119
 - 3.10.2 *Het Witte Kruis en andere kruisverenigingen* 120
 - 3.10.3 *Thuiszorgverenigingen* 123
- 3.11 Opleiding in algemene ziekenhuizen (A-diploma) 123
- 3.12 Opleiding in psychiatrische ziekenhuizen (B-diploma) 125
- 3.13 Opleiding in verpleeghuizen (Zv-diploma) 127
- 3.14 Opleiding voor de zwakzinnigenzorg (Z-diploma) 129
- 3.15 Positie van de gediplomeerden in het geheel van de beroepen 130

4 WETGEVING EN OPLEIDING 135

- 4.1 Wetgever is volger. Middelbaar onderwijs wettelijk gefragmenteerd 135
- 4.2 Titelbescherming en diplomering (A-opleiding) 139
- 4.3 Titelbescherming en diplomering (B-opleiding) 142
- 4.4 Titelbescherming en diplomering (Zv-diploma) 146
- 4.5 Titelbescherming en diplomering (Z-opleiding) 149
- 4.6 Wetgeving en bevoegdheid van leraren 150
- 4.7 Wettelijke regeling van het MBO-V, MDGO-Vp en MDGO-Vz 154
- 4.8 Wettelijke regeling van het HBO-V 155
- 4.9 Verplegingswetenschap en wetgeving 158
 - 4.9.1 *Voorgeschiedenis* 158
 - 4.9.2 *Buitenlandse contacten* 159
 - 4.9.3 *Verplegingswetenschap in Nederland* 160
- 4.10 Wetgeving herzien: wetsontwerp-BIG (1986-1993) 166
 - Registerverpleegkundigen 166
- 4.11 Ministerieel plan voor drieërlei vernieuwing 168

5 KRACHTLIJNEN MET PLURIFORME INITIATIEVEN ALS RESULTANTE 171

- 5.1 Internationale contacten relativeren het eigen gelijk 171
 - 5.1.1 *Gemeenschappelijke kenmerken en problemen* 171
 - 5.1.2 *Diverse studies: stuwing naar volwaardig verplegingsonderwijs* 171
- 5.3 Commissie-Sanders: zicht op de toekomst 174
- 5.4 Nieuwe opleidingsinitiatieven 175
 - 5.4.1 *Stafopleidingen* 175

5.4.2	<i>Vronestein</i>	175	
5.4.3	<i>Verpleegstersschool AZVU</i>	177	
5.4.4	<i>Regionale scholen voor extramurale opleidingen</i>	179	
5.5	Letteropleidingen en dagscholen. Hun sterke én kwetsbare zijden	180	180
5.6	Personeelsbezetting. Wervingsacties bij groot verloop.	180	180
5.7	Rolverdeling tussen mannen en vrouwen	184	
5.8	Opleidingsstructuur en doorstromingsmogelijkheden	188	
5.9	Organisatorische omwenteling	188	
5.10	Kabinetbesluit van 1980. Centraal probleem: praktijkbegeleiding	190	190
5.11	Zoekend beleid. Zes experimenten	192	
5.12	Drie beroepsprofielen. Beroepsethiek. Twee niveaus van deskundigheid.		194
5.13	Verpleegstages van medische studenten	197	

6 GEGROEID OPLEIDINGSSYSTEEM VERTOONT KNELPUNTEN

6.1	Verhouding Verplegingswetenschap-HBO	201	201
6.2	Verhouding HBO-IO-MBO	204	
6.3	Verhouding MBO-Basiszorgverlening	205	
6.4	Financiering: discutabele erfenis	206	
6.5	Verdringing	208	
6.6	Kloof tussen onderwijsstructuur en arbeidsmarkt. Overscholing	209	209
6.7	Deskundigheidsniveaus	210	
6.8	Karakter van verplegings'wetenschap'	210	
6.9	Complexe beroepstaken in pluriforme en dynamische ziekenzorg	213	213

7 WEGWIJZERS NAAR REORGANISATIE

7.1	Rapport-Rauwenhoff. Vernieuwingsoffensief	217	217
7.2	Functiedifferentiatie en functiewaardering	219	
7.4	Rapport-Werner: constructieve kritiek en 21 aanbevelingen	221	221
7.5	Landelijk Centrum Verpleging en Verzorging	225	
7.6	Aspect van synthese: breed en samenhangend onderwijsstelsel	226	226
7.7	Dilemma op kruispunt van wegen	227	

EPILOOG

231

KADERTEKSTEN

Beroepseed van Hippocrates 25 – Historische keerpunten 39 – Het Nederlands sanatorium te Davos 57 – Gezinsverpleging te Geel 61 – De opleiding tot chirurgijn 65

– Scheepschirurgie 68 – Analfabetisme in Nederlands-Indië 74 – Opleidingsschema Dienst van de Volksgezondheid in Nederlands-Indië 76 – Vakgericht onderwijs in de periode 1300-1800 81 – De ‘Vereeniging voor Ziekenverpleging’ 94 – De Nightingale School 96 – Verpleegkunst-nieuwe stijl 100 – De Wet op de Besmettelijke ziekten (1872) 104 – ‘Moeilijk en veelomvattend’ 113 – Het *Handboek der Ziekenverpleging* (1894) 115 – Vernèdes *Geschiedenis van de verpleging* (1927) 118 – Het oude Buitengasthuis 126 – ‘Juffrouw zus en zoo’ 130 – Wetgeving 136 – Theoretische vakken 141 – Zorg voor bejaarden en chronisch zieken 148 – Leergebieden 151 – Wensen en bezwaren 156 – Opmerkelijke conclusies 163 – Internationale trends 172 – Internationale problemen 173 – Voorlopers van vernieuwing 176 – ‘Het’ verpleegkundig beroep anno 1945 181 – Naar een vijfdaagse werkweek 185 – Arbeidsplaatsen in 1991 189 – Functiepiramide 190 – De situatie omstreeks 1990 193 – Titulatuur 203 – Vraag en aanbod op de arbeidsmarkt 211 – Veranderingen in de ziekenzorg 214 – Verpleegsystemen 220 – Het rapport-Werner 223

ILLUSTRATIES

Beroepseed van Hippocrates 18 – Fragment redevoering J. Mulder 30 – Heijes klaging én noodkreet 78 – Insignes 134 – Even stilstaan 170 – Ingeschreven studenten 200 – Onderwijs-Arbeidsmarkt 216 – Landelijk Centrum Verpleging en Verzorging 230

BRONNEN EN LITERATUUR 237

Archieven 237 – Tijdschriften 237 – Biografische woordenboeken 237 – Algemene raadpleging 237 – Florence Nightingale 240 – Gedenkboeken/monografieën 240 – Gezondheidszorg in het leger, op zee en overzee 240 – Leerboeken 241 – Ministeries 241 – Onderzoek van het Nederlands Economisch Instituut 242 – Rapporten van onderwijsvernieuwend commissies en personen 242 – Wetten en Besluiten 243 – Literatuur per hoofdstuk 255

BIJLAGEN 251

Bijlage 1 Belangrijke jaartallen 251
 Bijlage 2 Beroepsprofiel verpleegkundigen (1988) 252
 Bijlage 3 Beroepsprofiel verpleegsters/verplegers (1988) 253
 Bijlage 4 Beroepsprofiel psychiatrisch verpleegkundige (1993) 253
 Bijlage 5 Organisaties, verenigingen en bonden 254
 Bijlage 6 Afkortingen 255

INDEX 257

Voorwoord

De verschijning van deze *Inleiding tot de geschiedenis van de verpleegkunst* vraagt een nadere verklaring. Na de publikatie van mijn *Vijfenzestig jaren Nijverheidsonderwijs, Agrarisch onderwijs 1783-1983* en een aantal artikelen over de geschiedenis van het beroepsonderwijs rees bij mij de gedachte, over een vijftal vormen daarvan een beknopt overzicht te schrijven. Het moest daarbij niet primair gaan om kwantitatieve gegevens, maar om hun oorsprong, de oorzaak van trage of snelle groei, het denken van mensen die beroepsonderwijs in hun omgeving misten, de motieven van initiatiefnemers, het streven naar erkenning, de reactie op slagen en falen bij pogingen het ontbrekende tot stand te brengen. Niet minder moest het mede gaan over het verband tussen de typen van beroepsonderwijs, en over de vraag of het nieuwe te danken was aan een autonome ontwikkeling, dan wel in welke mate maatschappelijke bewegingen de eigenlijke gangmakers zijn geweest. Ook wilde ik de direct betrokkenen leren zien in hun toenmalige denken en doen.

Die wensen betroffen ook de verplegenden in de beginfase van hun moderne verpleging, toen de meest minimale materiële erkenning en waardering vaak nog ontbraken. Niet gemist mochten worden hun strijd voor rechtvaardige arbeidsvoorwaarden en het bereiken van een positie die evenredig was met de betekenis van hun werk. De vraag diende te worden beantwoord welke inspanning nodig is geweest tot verwerving van hun verpleegkundige kennis en vaardigheden, en van hun beroepsethiek. Van belang waren hierbij ook de opbouw van hun verenigingsleven en hun vorderingen op het pad naar professionalisering van het verplegingsberoep.

Daarbij was ik een niet-ingewijde; beroepshalve heb ik mij op het vlak van de architectuur en het beroepsonderwijs bewogen. Door een en ander is mijn belangstelling voor de wereld van de beroepen in het algemeen en die in het verleden in het bijzonder gestaag gegroeid. Ik was van plan daarover een boek te schrijven toen ik in aanraking kwam met de boeiende en veelomvattende geschiedenis van de verpleegkunst, en ontdekte hoezeer oude problemen zich telkens in nieuw gewaad na enige tijd als volstrekt nieuwe aandienen. Zo besloot ik aan een verhaal over de verpleegkunde en de verpleegkunst voorrang te geven.

Dit werd gestimuleerd en gedragen door mijn directe omgeving. Zowel de verpleegkunst als de genees- en heekunst is in mijn familie geen onbekende discipline. Vooreerst is mijn vrouw Epkje jarenlang als verpleegkundige met enkele soorten van ziekenzorg intensief in aanraking geweest, en was mijn zuster Nel zowel verpleegkundige als directrice van het Academisch Ziekenhuis te Utrecht. Beiden lazen en herlazen kritisch de tekst. Bovendien zijn drie van onze kinderen als arts betrokken bij de geneeskunst en de daarmee verbonden verpleegkunst. Mede naar hen gaat mijn dank uit voor hun directe en indirecte steun aan het wordingsproces van dit geschrift.

Niet minder erkentelijk ben ik prof. dr. M.J. van Lieburg voor zijn bijdrage in de vorm van kanttekeningen en aanbevelingen die buitengewoon opbouwend en stimulerend waren. De op- en aanmerkingen c.q. de gegevens van drs. N. Wiegman, mw. J.C.M.H. Diepeveen-Speekenbrink, mw. M. de Vries, mw. N. van Krieken-Bakker, mw. M.C.A. Putman Cramer en mw. A. Wouters, alsmede die van de heren H.M. Don, J.C.W. Bek en P. Kroon heb ik zeer gewaardeerd; zij droegen eveneens bij tot het telkens nauwkeuriger kijken naar verbetering van de structuur en de inhoud van het werk. In de lijn van die erkentelijkheid ligt ook de bijdrage van onze kleinzoon Bastiaan Goudswaard – die mij informeerde over de collegedictaten (inzake de geschiedenis van ‘het heerlijk ambacht der geneeskunst’) van prof. dr. P.J. Kuijjer, de stages van medische studenten in de verpleging in het algemeen en zijn eigen stage in het bijzonder – en die van de heren G.A.H. Buist, coördinator sectie verplegingswetenschap Vakgroep Gezondheidswetenschappen aan de universiteit te Groningen. Hetzelfde geldt voor mw. J.C. Groneman en mw. E. Dercksen die in een instructief interview hebben verteld over de verpleging en hun werk in de Verpleegstersschool van het Academisch Ziekenhuis van de VU te Amsterdam, en voor mw. H.A. van der Weij voor haar toelichting bij en informatie over de bibliotheek en het Verpleegkundig Museum van het AZU.

Ten slotte een bijzonder woord van dank, gericht aan drs. P. Verhoef. Door vele gesprekken over ons onderwerp heb ik vooral van hem geleerd hoe tegen dit speciale en van vele binnen- en buitenonderwijspaden voorziene terrein aan te kijken en erin de weg te zoeken. Hier bleek het geaccidenteerd, daar vlak of pittoresk of moeilijk begaanbaar, maar overal bewoond door mensen die mensen nodig hebben en al dan niet professioneel hulp verlenen. Al vorderend op mijn weg veranderde de titel van het geschrift. Eerst begon deze met ‘De geschiedenis van ...’, later viel het lidwoord af, en uiteindelijk bleef via ‘Beknopte geschiedenis van ...’ slechts ‘Inleiding tot ...’ over, overtuigd als ik was dat nog veel onderzoek wacht. Tegelijkertijd groeide de hoop, zowel ingewijde als niet-ingewijde en zorgvragende lezers met dit door de uitgever zo voortreffelijk verzorgde boek te mogen dienen. Tevens wies het weten, dat een werk als het onderhavige voor aanvulling en verbetering vatbaar is en blijft. Vandaar nog een laatste opmerking: commentaar is welkom.

Inleiding en overzicht

Uit de geschiedenis moeten wij leeren den tijd, waarin wij leven, vooral den koers dien wij nemen, helder en volledig te begrijpen.

C.W. OPZOOMER (1854)

Aan geneeskunst en verpleegkunst is behoefte geweest zolang er mensen op aarde wonen. De wijze waarop dat gebeurde hield verband met de heersende gewoonten en gebruiken in de verschillende culturen. De factoren die daarbij een rol speelden waren van godsdienstige, sociale, economische en/of politieke aard, zo leert ons de geschiedenis. Deze maakt ons ook duidelijk dat veel van wat vroeger actueel was, niet voorgoed voorbij is. Dat zien we aan het dragen van een amulet of armband, het trekken van een horoscoop, het werpen van een geldstuk in een bepaalde vijver of rivier, het toedienen van een placebo, gebruikmaking van alternatieve geneeswijzen en -middelen.

Het voortbestaan van oude gebruiken naast de zich evoluerende reguliere natuurwetenschappelijke geneeskunst is verwarrend. Het is een teken dat weten en kunnen begrensd zijn, want geneeskunst is meer dan toegepaste wetenschap, ook meer dan toegepaste biologische wetenschap. Immers ook psychologie en irrationele factoren tellen mee. Zo openbaart de geschiedenis dat inzichten over gezondheid en genezen wisselen en dynamisch zijn: oude en eens afgedaan geachte opvattingen kunnen in een bepaalde vorm actueel worden, dan wel stimuleren tot nieuw of hernieuwd onderzoek.

Ook de verpleging van zieken onderging in het verleden grote veranderingen. Medische vindingen leidden tot verbetering van de zorg voor en de begeleiding van de zieke mens. De intensiteit en de kwaliteit van de geneeskunst hebben invloed uitgeoefend op die van de verpleegkunst, want geneeskunst en verpleegkunst zijn tot op zekere hoogte verwant.

De verhouding tussen geneeskunst en verpleegkunst werd in de negentiende eeuw actueler naarmate de 'medische macht' op spectaculaire wijze toenam. Daardoor konden verschijnselen als ziekte, geestesgestoordheid, gebrek en vroegtijdige dood steeds minder berustend en vanzelfsprekend worden aanvaard. Gezondheid werd tot een groot goed, ja tot een groots ideaal verheven.

Steeds meer werd van de medische wetenschap verwacht dat deze tot verwerking van dat ideaal een belangrijke bijdrage kon leveren. Dit vooral in die zin, dat de zorg om en voor de zieke mens niet alleen met toepassing van hulpmiddelen kon volstaan: altijd ging het mede en zal het mede gaan om iets zeer unieks: menselijke bijdragen van hoofd en handen en hart.

Het antwoord op de vraag, in hoeverre de verpleegkunst en de opleiding daartoe tot de gezondheidszorg hun bijdrage hebben geleverd, is het thema van dit boek. Van betekenis waren: de groei naar verpleegkunst als beroepsuitoefening met een eigen identiteit; de emancipatorische betekenis daarvan voor vrouwen; de verhouding tussen de verpleegkunde als theoretische basis en de verpleegkunst als toegepaste theorie of wetenschap (de pluriforme praktijk); de beroepsverhouding tussen verplegenden en medici.

De aanleiding tot dit onderzoek was de wens, meer te willen weten over de verpleegkunst en het verpleegkundig onderwijs in het verleden. De geschiedenis daarvan is nog slechts gedeeltelijk beschreven; vooral het recente deel kreeg onvoldoende aandacht. De beoefening van een wetenschap zonder haar voor geschiedenis te kennen zit met een manco. Dit geldt ook voor de verpleegkundige; deze beoefent zowel een verpleegkunde (een 'art') als een verpleegkunst (een 'science'). Bestudering van de geschiedenis van de verplegenden kan het verband ertussen aanbrengen.

Gelet is niet alleen op wat er aan verpleegkundig onderwijs ontstond en voortbestond, maar ook op de personen en de instanties die het bevorderden of onderhielden. Mede is aandacht besteed aan de hindernissen die op de weg van zorgen en verplegen genomen moesten worden om te komen tot de huidige situatie. Tevens konden daarbij de motieven die aan een ander ten grondslag hebben gelegen niet achterwege blijven. Het gaat hier niet primair over kwantitatieve data, maar vooral over mensen en hun onderlinge verhouding, over omgang met mensen, over gebeurtenissen die de gezondheidszorg raakten, over de spanning tussen traditie en vooruitgang en over de rol van de overheid en het particulier initiatief, kortom om invloeden die de verplegingssector gebracht hebben tot wat deze nu is.

Onder *onderwijs* is hier verstaan: institutionalisering van leeractiviteiten. *Algemeen onderwijs* is vorming die rekening houdt met alle relevante potenties en begaafdheden van leerlingen zonder afgestemd te zijn op specifieke beroepen. *Vak- of beroepsgericht onderwijs* heeft een beroepsvoorbereidend en/of een beroepsbegeleidend karakter. *Opleiden volgens het leerlingstelsel* is een soort van bedrijfsopleiding; deze houdt in: aan de praktijk van leerling-werknemers toevoegen van theorie die inhoud krijgt door voortdurend contact met de werkelijkheid van de beroepsuitoefening. *Verplegen* is zich met zorg wijden aan zieke mensen, tot leniging van geestelijk of lichamelijk lijden en/of tot bevordering van een genezingsproces. *Verplegingsonderwijs* kent twee systemen. Het oudste en nog bestaande systeem is duaal onderwijs, een leerlingstelsel van het ziekenhuis; het beoogt aspirant-verplegenden al werkend en studierend op een geregelde wijze de kennis (de kunde) en de toegepaste kennis (de kunst) bij te brengen die nodig zijn voor het verplegen en verzorgen van zieken. Het andere, meer recente systeem is dag-

schoolonderwijs; dit heeft een bredere geldigheid en wordt onafhankelijk van bedrijf of dienst gegeven; het programma omvat zowel theorievakken als praktijk via stages. *Verplegingswetenschap* is academisch van karakter; zij richt zich op de oplossing van actuele problemen in de praktijk van de verpleging en streeft naar integratie van wetenschap en toegepaste wetenschap.

Dit boek is in hoofdzaak thematisch van opzet. Als voorgeschiedenis van de gasthuizen en de ziekenhuizen is eerst geschetst de gezondheidszorg in oude culturen. Hieruit zien we later vijf hoofdstromen voortkomen: de verloskunde, de geneeskunde, de heelkunde, de kruidkunde en de verpleegkunde. De beoefenaars daarvan zijn respectievelijk de vroedvrouwen/vroedmeesters, de geneesheren, de chirurgijns/heelmeesters, de apothekers/drogisten en de verpleegkundigen/zorgverleners.

De cultuur van Israël, Griekenland en Rome is voor de Westerse beschaving van grote betekenis geweest. De Grieken hebben, mede steunend op het reeds gevondene in andere culturen, het door hun natuurfilosofie en hun ervaringsdenken mogelijk gemaakt, zowel verklaringen te vinden voor de natuurverschijnselen als natuurwetten op te stellen. Gezondheid is het resultaat van de goede verhouding tussen vier levenssappen (de humoraal-pathologie). De werking van het lichaam (fysiologie) wordt via waarneming en redenering in theorieën vastgelegd. Als discipline is de fysiologie voor het eerst systematisch beoefend aan de universiteit van Alexandrië, het toenmalige wetenschappelijk centrum van de oudheid. De Griekse leer van de levensverrichtingen en die van de beweging van het bloed houden lange tijd stand door het gezag van Galenus. Op dit antieke ervaringsdenken volgt het middeleeuwse heilsdenken met een godsdienstige achtergrond. Het diaconaat van de eerste christengemeenten richt zich op zorg voor armen en verpleging van zieken. Onder de universiteiten, gedeeltelijk ontstaan uit de kloosterscholen, is vooral de medische school te Salerno belangrijk geweest. Deze luidt het einde van de klerikale geneeskunst in. Het conflict kerk-wetenschap baart vernieuwing met een revolutionaire ondertoon.

Daarop sluit aan een schets van zorgen en verplegen in gasthuizen en ziekenhuizen. Hun oorspronkelijke doelstelling en betekenis veranderen door opzienbarende vindingen op het gebied van de anatomie en de fysiologie. De doctor (theoreticus) en de chirurgijn (practicus) ontmoeten elkaar aan het ziekbed. Het medisch onderwijs past zich daarbij aan. Tevens is ingegaan op bevoegde en onbevoegde beoefenaars van de geneeskunst en de heelkunde, op verpleegden en verplegenden, op ziekten en epidemieën, op gedragsafwijkingen en exorcisme. De gezondheidszorg in het leger, op zeeschepen en overzee, alsmede de militair-geneeskundige dienst en de militair-medische school hebben hoge eisen gesteld aan behandelen, zorgen en verplegen van zieken en gewonden. Geneesmeesters, heelmeesters en natuurkundigen in de achttiende en de negentiende eeuw komen tot bredere studie in het kader van de Verlichtingsideeën. Ontdekkingen op medisch gebied, voortbouwend op eerdere vindingen, stellen in staat de

geneeskunst en de heelkunst in het teken van onderzoek en experiment te plaatsen. Stromingen als het contagionisme, het hygiënisme en het filantropisme getuigen van een voortgaand vernieuwingsstreven. In het begin van de negentiende eeuw kondigt zowel de ziekenhuisgeneeskunst als de noodzaak tot gekwalificeerde ziekenhuisverpleging zich aan. De gasthuizen gaan over tot vernieuwing van hun doelstellingen, bouwvormen en inrichting; zij worden ziekenhuizen. De geneeskunde differentieert zich in inwendige geneeskunde, kindergeneeskunde, neurologie en psychiatrie.

De geschiedenis toont een gang van onderwijs als voorrecht naar onderwijs als noodzaak. Verpleging en opleiding volgen die trend. Het beroep ziekenverpleging kondigt zich aan als een emancipatorisch perspectief voor vrouwen. De onmisbare plaats van de opgeleide verpleegster weten de geestelijken eerder te erkennen dan de medici. In de loop van de negentiende eeuw is het alsof vele vrouwen klaar staan om met zorgen voor en verplegen van zieken te kunnen beginnen, eerst alleen overwegend praktisch opgeleid, later systematisch theoretisch en praktisch geschoold. Dit is de tijd waarin Florence Nightingale, tegen het oorlogsgeweld in, een lichtend voorbeeld voor alle verplegenden wordt. De opleiding in de kunde en de kunst van het verplegen wordt mede gestimuleerd door Kruisverenigingen. Het beleid betreffende opleiding en vorming is verbrokken; vandaar dat elk ziekenhuistype zijn eigen opleidingssysteem ontwikkelt. Er groeit een stelsel dat later een 'onoverzichtelijk geheel' zou worden genoemd. De combinatie van verplegen en studeren gaat gepaard met moeilijkheden, waaronder de ongunstige arbeidsvoorwaarden.

De wetgever volgt de particuliere initiatieven aarzelend nadat deze aanslaan en onmisbaar zijn gebleken. De in 1863 in werking gestelde wet op het middelbaar onderwijs, in hoofdzaak gericht op algemeen onderwijs, neemt de opleiding voor de verpleging niet op. Het verplegingsonderwijs krijgt een plaats in de aparte wetten en besluiten van 1921 en latere datum. Vier ziekenhuistypen blijven elk hun eigen opleidingssysteem aanhouden. Coördinatie van de opleidingen c.q. een basisopleiding ontbreekt. Uitgereikt worden A-, B-, Zv- en Z-diploma's. In 1972 komt een wettelijke regeling voor het MBO-V, MDGO-V, MDO-Vp, MDGO-Zv en HBO-V tot stand. Verplegingswetenschap begint in 1980. De raamwet-BIG (1993) bedoelt voor acht beroepen in de gezondheidszorg de bestaande wetten te herzien, en stelt een register voor verpleegkundigen in. In datzelfde jaar wordt een ministerieel plan gelanceerd dat de verpleegopleidingen in een middelbaar kader wil plaatsen.

De in het voorgaande geschetste pluriforme initiatieven zijn resultanten geweest van diverse krachtlijnen. Internationale contacten beïnvloeden de gang van zaken. Een Kabinetsbesluit van 1980 kondigt uniformering van de opleidingen aan, maar van uitwerking ervan komt weinig terecht; de financiële consequenties zijn niet voorzien. Het aldooer zoekend beleid komt tot instelling van zes landelijk gespreide experimenten. Beroepsprofielen en beroepsethiek worden actuele onderwerpen. Een verbindingslijn tussen de medische en de verplegingsopleiding komt tot stand door verpleegstages van medische studenten verplicht te stellen.

Het aldus gegroeid opleidingssysteem vertoont talrijke knelpunten. Diverse studies belichten de verhouding tussen de verschillende opleidingstypen in relatie tot de almaar complexer geworden beroepsuitoefening en deskundighedsniveaus.

Vandaar bestudering van diverse knelpunten door commissies. Hun werk mondt uit in plaatsing van wegwijzers naar reorganisatie. Drie belangrijke gebeurtenissen volgen: (a) het voornemen van de overheid, het MBO-V en het leerlingwezen in elkaar te laten opgaan en het HBO-V te richten op specialisatie en management; (b) de inwerkingtreding van de Wet-Big die onder meer de verhouding tussen de medische en de verpleegkundige disciplines definieert; (c) oprichting van een Landelijk Centrum voor Verpleging en Verzorging. Dit LCVV wil de positie verbeteren van de kwart miljoen Nederlandse burgers die in de beroepsgroepen verpleging en verzorging werkzaam zijn; het stelt zich mede tot doel open te staan voor in te brengen visies, verwachtingen en ideeën, en de daaruit voortvloeiende activiteiten te coördineren en te stimuleren. Ten slotte zien we een aantal gescheiden opleidingswegen elkaar naderen, mede doordat gekeken moet worden naar de Europese richtlijnen omtrent opleidingseisen, titulatuur en verpleegkundigen-registratie. De Raad-BIG heeft tot taak, de raamwet-BIG met nieuwe regelvorming te vullen. Een periode van voortgaande discussies en radicale vernieuwingspogingen gaat in.

De Epiloog gaat in op het fenomeen dat na een eeuw ontwikkeling van het verpleegkundig onderwijs de weg naar een samenhangend stelsel steeds moeilijker begaanbaar lijkt te zijn geworden. De ontstane discussies hierover culminereren in het zoeken naar een antwoord op de vraag, welke van de in hoofdstuk 7 genoemde richtingwijzers de voorkeur verdient of verdienen. Daarbij interveniëren drie steeds actueler geworden thema's: de verhouding theorie-praxis, de positie van zorgen en verplegen in het geheel van de gezondheidszorg en de mate waarin het verplegingsberoep, zoals het medisch beroep, tot 'eenheid van stand' is gekomen. Langs zes historische lijnen is het onderhavige onderwerp benaderd. Deze samenvattende schets besluit met een gelukwens aan het nog prille Landelijk Centrum voor Verzorging en Verpleging, en met een typering van de driedimensionale doelstelling waaromheen in de gezondheidszorg alles draaide, draait en zal draaien: *de best mogelijke wetenschappelijke, handvaardige en menslievende behandeling en verpleging van de zorgvragende patiënt.*



Ο ΟΡΚΟΣ ΤΟΥ ΙΠΠΟΚΡΑΤΟΥΣ

ΜΗΥΜΙ ΑΠΟΛΛΩΝΑ ΙΗΤΡΟΝ ΚΑΙ ΑΣΚΛΗΠΙΟΝ,
 ΚΑΙ ΥΓΕΙΑΝ, ΚΑΙ ΠΑΝΑΚΕΙΑΝ, ΚΑΙ ΘΕΟΥΣ ΠΑΝ
 ΤΑΣ ΤΕ ΚΑΙ ΠΑΣΑΣ ΙΣΤΟΡΑΣ ΠΟΙΕΥΜΕΝΟΣ, ΕΠΙ
 ΤΕΛΕΑ ΠΟΙΗΣΕΙΝ ΚΑΤΑ ΔΥΝΑΜΙΝ ΚΑΙ ΚΡΙΣΙΝ ΕΜΗΝ
 ΟΡΚΟΝ ΤΟΝΔΕ ΚΑΙ ΞΥΓΓΡΑΦΗΝ ΤΗΝΔΕ ΉΓΗΣΑΣΘ
 ΑΙΜΕΝ ΤΟΝ ΔΙΔΑΞΑΝΤΑ ΜΕ ΤΗΝ ΤΕΧΝΗΝ ΤΑΥΤΗ
 Ν ΙΣΑ ΓΕΝΕΤΗΣΙΝ ΕΜΟΙΣΙ, ΚΑΙ ΒΙΟΥ ΚΟΙΝΩΣΑΣΘΑΙ, Κ
 ΑΙ ΧΡΕΩΝ ΧΡΗΖΟΝΤΙ ΜΕΤΑΔΟΣΙΝ ΠΟΙΗΣΑΣΘΑΙ, Κ
 ΑΙ ΓΕΝΟΣ ΤΟ ΕΞ ΩΥΤΕΟΥ ΑΔΕΛΦΟΙΣ ΚΟΝ ΕΠΙΚΡΙΝ
 ΕΕΙΝ ΑΡΡΕΣΙ, ΚΑΙ ΔΙΔΑΞΕΙΝ ΤΗΝ ΤΕΧΝΗΝ ΤΑΥΤΗΝ,
 ΗΝ ΧΡΗΖΩΣΙ ΜΑΘΘΑΝΕΙΝ, ΑΝΕΥ ΜΙΣΘΟΥ ΚΑΙ ΞΥ
 ΓΓΡΑΦΗΣ, ΠΑΡΑΓΓΕΛΙΗΣ ΤΕ ΚΑΙ ΑΚΡΟΗ, ΙΟΣ ΚΑΙ ΤΗΣ
 ΛΟΙΠΗΣ ΑΠΑΣΗΣ ΜΑΘΗΣΙΟΣ ΜΕΤΑΔΟΣΙΝ ΠΟΙΗΣΑΣ
 ΘΑΙ ΥΙΟΙΣΙ ΤΕ ΕΜΟΙΣΙ, ΚΑΙ ΤΟΙΣΙ ΤΟΥ ΕΜΕ ΔΙΔΑΞΑΝ
 ΤΟΣ ΚΑΙ ΜΑΘΗΤΑΙΣΙ ΣΥΓΓΕΓΡΑΜΜΕΝΟΙΣΙ ΤΕ ΚΑΙ ΩΡ
 ΚΙΣ ΜΕΝΟΙΣ ΝΟΜΩ. ΙΗΤΡΙΚΩ, ΑΛΛΩ, ΔΕ ΟΥΔΕΝΙ.
 ΔΙΑΙΤΗΜΑΣΙ ΤΕ ΧΡΗΣΟΜΑΙ ΕΓ' ΩΦΕΛΕΙΗ, ΚΑΜΝΟ
 ΝΤΩΝ ΚΑΤΑ ΔΥΝΑΜΙΝ ΚΑΙ ΚΡΙΣΙΝ ΕΜΗΝ ΕΠΙ ΔΗΛΗ
 ΣΕΙ ΔΕ ΚΑΙ ΑΔΙΚΗ, ΕΙΡΪΕΙΝ. ΟΥΔΩΣΩ ΔΕ ΟΥΔΕ
 ΦΑΡΜΑΚΟΝ ΟΥΔΕΝΙ ΑΙΤΗΘΕΙΣ ΘΑΝΑΣΙΜΟΝ, ΟΥΔΕΥ
 ΦΗΓΗΣΟΜΑΙ ΞΥΜΒΟΥΛΙΗΝ ΤΟΙΗΝΔΕ ΟΜΟΙΩΣ ΔΕ ΟΥ
 ΔΕ ΓΥΝΑΙΚΙ ΠΕΣΣΟΝ ΦΘΟΡΙΟΝ ΔΩΣΩ. ΑΓΝΩΣ Δ
 Ε ΚΑΙ ΟΣΙΩΣ ΔΙΑΤΗΡΗΣΩ ΒΙΟΝ ΤΟΝ ΕΜΟΝ ΚΑΙ ΤΕΧΝ
 ΗΝ ΤΗΝ ΕΜΗΝ. ΟΥ ΤΕΜΕΩ ΔΕ ΟΥΔΕ ΜΗΝ ΛΙΘ
 ΙΩΝΤΑΣ, ΕΚΧΩΡΗΣΩ ΔΕ ΕΡΓΑΤΗΣΙΝ ΑΝΔΡΑΣΙ ΠΡ
 ΗΪΙΟΣ ΤΗΣΔΕ. ΕΣ ΟΙΚΙΑΣ ΔΕ ΟΚΟΣΑΣ ΑΝ ΕΣΙΩ.
 ΕΣΕΛΕΥΣΟΜΑΙ ΕΠ' ΩΦΕΛΕΙΗ, ΚΑΜΝΟΝΤΩΝ, ΕΚΤ
 ΟΣ ΕΩΝ ΠΑΣΗΣ ΑΔΙΚΗΣ ΕΚΟΥΣΗΣ ΚΑΙ ΦΘΟΡΙΗΣ, Τ
 ΗΣ ΤΕ ΑΛΛΗΣ ΚΑΙ ΑΦΡΟΔΙΣΙΩΝ ΕΡΓΩΝ ΕΠΙ ΤΕ ΓΥ
 ΝΑΙΚΕΙΩΝ ΣΩΜΑΤΩΝ ΚΑΙ ΑΝΔΡΩΝ, ΕΛΕΥΘΕΡ
 ΩΝ ΤΕ ΚΑΙ ΔΟΥΛΩΝ. Α Δ' ΑΝ ΕΝ ΘΕΡΑΠΕΙΗ,
 Η ΙΔΩ, Η ΑΚΟΥΣΩ, Η ΚΑΙ ΑΝΕΥ ΘΕΡΑΠΗΗΣ ΚΑΤΑ Β
 ΙΟΝ ΑΝΘΡΩΠΩΝ, Δ ΜΗ ΧΡΗ ΠΟΤΕ ΕΚΚΛΑΛΕΕΣΘΑΙ
 ΕΞΩ, ΣΙΓΗΣΟΜΑΙ, ΑΡΡΗΤΑ ΗΓΕΥΜΕΝΟΣ ΕΙΝΑΙ ΤΑΤΟ
 ΙΑΥΤΑ. ΟΡΚΟΝ ΜΕΝ ΟΥΝ ΜΟΙ ΤΟΝΔΕ ΕΠΙ ΤΕΛΕ
 Α ΠΟΙΕΟΝΤΙ, ΚΑΙ ΜΗ ΞΥΓΧΕΟΝΤΙ, ΕΙΗ ΕΠΑΥΡΑΣΘ
 ΑΙ ΚΑΙ ΒΙΟΥ ΚΑΙ ΤΕΧΝΗΣ ΔΟΞΑΖΟΜΕΝΩ, ΠΑΡΑ Π
 ΑΣΙΝ ΑΝΘΡΩΠΟΙΣ ΕΣ ΤΟΝ ΔΙΕΙ ΧΡΟΝΟΝ ΠΑΡΑΒΑΙ
 ΝΟΝΤΙ ΔΕ ΚΑΙ ΕΠΙΟΡΚΟΥΝΤΙ, ΤΑΝΑΝΤΙΑ ΤΟΥΤΕΩΝ.

HOOFDSTUK 1

*Voorgeschiedenis***1.1 Gezondheidszorg als functie van een cultuur**

Het is thans moeilijk te beoordelen in hoeverre de mensen in oude culturen (syn.: beschavingen, datgene wat volken of menselijke samenlevingen hebben opgebouwd) in staat waren met hun ziekten en kwalen om te gaan. De eerste voorouders van de mens, blootstaand aan verwondingen door dieren en medemensen, zullen geleerd hebben wonden te behandelen. De vrouwen hebben geweten hoe hun kinderen te verzorgen. Ook zal men bij de zorg voor de gezondheid en gezondmaking een deel van de flora hebben leren benutten.

De primitieve mens leefde dicht bij de natuur, en zag in natuurverschijnselen de invloed van goede of kwade geesten. Natuurkrachten speelden een rol bij het duiden van ziekten en hun oorzaken. De geneeskunst vormt een deel van een cultuurpatroon. Er waren al vroeg samenlevingen die beschikten over medicijnmannen en/of -vrouwen, mensen die zich speciaal met gezondheidsproblemen en verwondingen bezighielden. Zo werden kennis en vaardigheden verworven om de behandeling en toediening van kruiden in praktijk te brengen. Ontdekkingen van de archeologie hebben ons een beeld gegeven van de geneeskunst in oude beschavingen. Zo zijn er medische papyri en chirurgische instrumenten gevonden die getuigen van groot medisch-technisch vakmanschap.

Het zoeken naar de oorzaken van ziekten en lichamelijke gebreken heeft een lange voorgeschiedenis. In de antieke wereld waren godsdienst en geneeskunst nauw verbonden. De priester was meestal tevens geneesheer. Hij werd als middelaar tussen god en mens in staat geacht een gestoorde verhouding met een god te herstellen. Vandaar dat behandeling van zieken plaats had in of nabij de tempel. Priesters verbleven in een oord dat door goddelijke invloed geacht werd bijzondere geneeskracht te bezitten. Daarheen trokken van heinde en ver zieken om genezing te zoeken. Tempeldienst en ziekenbehandeling vielen samen.

Tevens ontstond de tendens, ziekte en genezing aan natuurlijke oorzaken toe te schrijven; daarmee werd een begin gemaakt met geneeskunst en heilkunst als zelfstandige wetenschap. Opgedane ervaring maakte het mogelijk, ziekten en lichamelijke afwijkingen te rangschikken en voor bredere studie toegankelijk te

maken. Daarbij bleven aldus gevormde artsen nog lange tijd tevens priesters. Over het eigen leven van de zieken in de oudheid is weinig bekend. Wel kan worden aangenomen dat in de vroegste ons bekende culturen voor zieken bijzondere voorzieningen zijn getroffen.

De christelijke godsdienst maakte scherp onderscheid tussen geloven en genezen. De toestand van de ziel was primair, niet genezen. Lichamelijk lijden werd gezien als een beproeving, met loutering van de ziel als oogmerk. Vandaar dat de geneeskunst aanvankelijk geen deel uitmaakte van de christelijke cultuur. Zij vond voortgang in de oosterse gebieden, tot deze in de vroege renaissance Europa zou bereiken.

1.2 Ziekenzorg in oude culturen

1.2.1 *Israël*

In de Westerse beschaving zijn vooral de culturen van Israël, Hellas en Rome van grote betekenis geweest.

Tweeduizend jaar voor de christelijke jaartelling weidden nomaden hun kudden in Voor-Azië. Een van hun stammen trok later naar het gebied dat thans Israël heet. De godsdienst speelde er een grote rol. Uniek was hun monotheïsme. De Bijbel vertelt ons daarvan, en van het menselijk lijden, de ziekte, de smart van de zieke, het leed van de rechtvaardige door ziekte of tegenspoed. In het boek Job is God rechtvaardig, hoe kan hij dan toelaten dat een onschuldig mens lijdt door ziekte? Heeft God niet juist een beloning beloofd voor hen die Hem gehoorzamen en dienen? De werkelijkheid van het leven blijkt echter anders te zijn dan de theorie. De schrijver is een realist: hij polemiseert tegen de opvatting van zijn vrienden, als zou het lijden gevolg zijn van begane zonden. Maar de zwaar getroffen Job blijft op God hopen. De mens is onmachtig, de geheimenissen van Gods Bestuur en Voorzienigheid te doorgronden. Ditzelfde probleem is in het boek Prediker behandeld. Zonde en ziekte en Gods wil worden ook elders in het Oude Testament met elkaar in verband gebracht.

De priester had in het oude Israël niet de functie die de priesterkaste in andere culturen bekleedde. Er was een scheiding tussen de priester en de arts. Dit betekent afstand tussen magie en wetenschap, een scheiding ook tussen mystiek en kunstbeoefening. De functie van de priesters bestond uit het geven van onderricht in de omvangrijke wetten, het leiden van de eredienst, het brengen van offeranden en de zorg voor de heiligdommen. In een bijzonder deel van de tempel werden priesters en hun helpers – zorgverleners – op lichamelijke gebreken onderzocht. Door wie is onbekend. De priesters speelden een rol bij het cultisch rein of onrein verklaren van lijders aan bepaalde ziekten. In het Oude Testament vinden we een systematische inspectie van de patiënt door de priester; deze zonderde hem af van de gemeenschap, of liet hem na de voorgeschreven therapie weer toe. Er was dus een verband tussen tempeldienst en gezondheidszorg. Een arts is niet speciaal vermeld, maar hij functioneert wel.

Althans de Talmoed (verzamelwerk van legenden en wetenschap uit de eerste eeuwen na Christus) spreekt daarvan. Later waren zieken ook wel op de markt te vinden om daar middelen tot genezing te zoeken (zie onder).

Men beschikte in de Joodse oudheid over chirurgische methoden en technieken tot behandeling van zieken. De Schepper van de wereld is echter de belangrijkste geneesheer: 'Ik ben God, Uw geneesheer'. De arts is Gods boodschapper. Zo ook de profeet. Die is zelfs meer dan dat: een Ziener, Genezer, Wondergenezer. De geneesmiddelen zijn overwegend van plantaardige oorsprong. De arts, de vroedvrouw, de profeet, de wetenschap – ze zijn als werktuig dienstbaar aan God. Natuur en wetenschap openbaren Gods Almacht (Baruch 1961).

De geneeskunst in de oudheid steunde op de ervaringen die waren overgeleverd of opgedaan tijdens contacten met andere culturen. Vooral door dit laatste kon in Israël de geneeskunst op hoog peil komen en die der Grieken ver vooruit zijn. Zo verbleven de Joden vier eeuwen in Egypte. In de tijd dat de Hebreeuwse stam er terecht kwam was dat land reeds een ontwikkelde staat. Hun leider Mozes werd er opgevoed en opgeleid. Ook later drongen de Egyptische opvattingen en gebruiken nog tot Israël door: koning Salomo huwde omstreeks 1000 v.Chr. een Egyptische prinses. Verder kwamen de tijdens de ballingschap in Babylonië (608-538/458) uit hun land verdrevenen in aanraking met een eeuwenoude cultuur waarin de geneeskunst hoog aangeschreven stond. Bij de eerste en de tweede terugkeer van een deel der ballingen in Kanaän zullen zij geprofitteerd hebben van hun ervaringen in Babylon.

1.2.2 Hellas en wetenschap

De verhouding theorie-praktijk komt in dit boek herhaaldelijk ter sprake. Het lijkt daarom goed hier stil te staan bij de vraag, welke relatie er in Hellas bestond tussen de theoretische wetenschap en de praktische toepassing ervan in de praktijk van het dagelijks leven.

Het maatschappelijk systeem liep in Griekenland zeer uiteen. In Sparta leefde een kleine aristocratie van de arbeid der lijfeigenen van een ander ras. In de meer onvruchtbare landbouwgebieden bestond de bevolking hoofdzakelijk uit boeren die het land bebouwden met behulp van hun gezinnen. Vooral daar waar handel en nijverheid bloeiden werden vrije burgers rijk door het gebruik van slaven en slavinnen. De slaven waren overwonnenen, zowel komend uit niet-Griekse als uit Griekse streken.

Doordat de Grieken slavenhouders waren had een deel van de 'vrije' burgers veel vrije tijd, waardoor onder meer de wiskunde een hoge vlucht kon nemen. De scholen van Pythagoras legden daarvoor de grondslag (Reimer 1966; Loenen 1960; Störig 1961).

Plato meende – evenals andere Griekse wijsgeren – dat vrije tijd onmisbaar was voor 'wijsheid'. Deze zou men dan ook niet aantreffen onder de mensen die hun eigen brood moesten verdienen, doch uitsluitend onder degenen, die

bemiddeld waren, of door de staat van de zorg voor hun levensonderhoud werden bevrijd. Een aristocratische visie.

Het is echter een onopgeloste vraag, wat de samenhang van wijsbegeerte, ja wat wijsheid eigenlijk is, en hoe men aan wijze mensen komt. Overigens was de tegenstelling vrij-onvrij genuanceerd. Het verschil tussen een vrije arbeider en een slaaf-vakman liep uiteen maar was soms gering. Het onderscheid was juridisch: een slaaf was eigendom van een meester en had geen rechtspersoonlijkheid. Ook was de kloof tussen handarbeid en vrij zijn daarvan niet altijd breed: Socrates was beeldhouwer, handwerker dus; hij is als een wijze de geschiedenis ingegaan omdat hij op de markt in het openbaar een discussie aanging met de menigte waarvan hij de tolk wilde zijn. Deze factor is niet aristocratisch, maar democratisch van aard.

Socrates heeft zelf niet geschreven. Wat we van hem weten lezen we in de geschriften van Plato. Waarom zegt u dat? Waaruit leidt u dat af? Is er ook een andere visie denkbaar? Wat verstaat u onder 'kennis', wat onder 'weten'? Socrates zette vraagtekens. Hij vroeg naar de waarheid zoals ook kinderen telkens vragen: waarom? Dat noemen we wijsheid, de wijsheid van de filosoof.

Veel Griekse filosofen waren ook arts of hadden onder meer een medische interesse; tussen hen en kunst, techniek, ambachtelijk bezig zijn bestond een zekere betrekking. In de tijd van Hippocrates (zie onder) waren er verscheidene geneeskundige scholen die mede opleidden tot een kunst, tot handwerk, tot ambachtelijke bekwaamheid. Wel bleef de hoogste vorming (het onderwijs in de zin van lichaams- en geestescultuur voor vrije burgers als wijsgeren, redenaars en sofisten) in het algemeen het voorrecht van sociaal beter gesitueerde groepen. Daarin heerste een zekere minachting voor het verrichten van handarbeid om loon (Kwant, 1962).

Hierbij bleek dat behoefte in het dagelijks leven voor de mens niet het enige motief is om aan 'wetenschap' te doen: ook zijn benieuwdheid, zijn nieuwsgierigheid brengt hem ertoe. De minachting van de 'wijzen' voor de praktische toepassing van de theoretische problematiek bracht de Grieken naast sociale ook economische schade toe; een 'arbeidsmarkt' in de moderne zin (zie p. 82) bestond nog niet. Deze eenzijdigheid bracht Aristoteles ertoe het weten naar disciplines samen te vatten; zo ontstond een institutie van theoretische en overkoepelende aard, i.c. de wetenschap. Wetenschap werd een verzamelbegrip. De latere zich vormende instituties zorgden zelf voor het verzamelen, verrijken en doorgeven van 'weten' aan de volgende generaties. Eerst in de zeventiende eeuw werden de vrije kunsten door de ontdekkingen van Galilei en Kepler van essentiële waarde voor de oorlogvoering, de sterrenkunde en de zeevaartkunde. Later gebeurde dat ook bij de bouwkundige en de medische voorzieningen (zie hoofdstuk 3)

Een en ander toont aan dat de wetenschap als institutie in Griekenland door de maatschappelijke constellatie werd beïnvloed, van welke invloed de Westerse wetenschap zich nauwelijks heeft bevrijd. Immers in het onderwijs is tot heden het verschil tussen algemeen vormend en beroepsonderwijs fundamenteel

gebleven. Ook ruimden de Nederlandse universiteiten eerst een plaats in voor de chirurgische, de polytechnische, de agrarische, de economische en de verplegingswetenschap, in respectievelijk 1865, 1905, 1918, 1937 en 1980. Onze Westerse cultuur, wortelend in de Griekse, heeft in een strijd tegen de Griekse opvattingen over de tegenstelling tussen hoofdarbeid en handarbeid – die, zoals we zagen, niet absoluut was – haar eigen vorm moeten veroveren.

1.2.3 *Hellas en medische voorzieningen*

‘De zieken zal ik naar vermogen en inzicht behandelen, en hen voor schade en kwaad behoeden’. Dit manifest van medische ethiek – deel uitmakend van Hippocrates’ eed, zie p. 25 – geeft aan in welke verhouding de geneesheer in Hellas tot de zieke stond. Hippocrates (ca 460-377) ontwierp een systeem van diagnostiek en therapie. Deze Griekse geneesheer was de beroemdste leerling van Herodikos die het zwaartepunt van de geneeskunde legde in dieet en lichamelijke oefeningen. Ook Hippocrates gaf de voorkeur aan een proces van natuurlijke genezing. Dieet, baden in de zon of in minerale bronnen behoorden tot zijn voorschriften. Als chirurg gaf hij regels voor de instrumenten, de assistentie bij de operatie en de verpleging van de patiënt. Hippocrates behoorde tot de Griekse natuurfilosofen die de leer van de vier elementen aanhingen. De kosmos is naar die zienswijze terug te voeren tot een combinatie van de elementen vuur, aarde, water en lucht. De Griekse geneesheer maakte bij zijn voorschriften vooral gebruik van de verbinding lichaamstemperatuur-lichaams-sappen-organen-temperamenten (‘kwaliteiten’). Wanneer die sappen in evenwicht waren was men gezond; verstoring van die sappenmenging veroorzaakte ziekte. Volgens de eed werden blaassteen-operaties overgelaten aan daarin speciaal bedrevenen, i.c. aan handwerkers.

Die arbeidsverdeling, dat ‘specialisme’ kan hebben samengehangen zowel met de vrees voor complicaties als met minachting voor handwerk (zie boven). We zullen nog zien dat het statusverschil tussen en het verschil in opleiding van de academisch gevormde geneesheer en de in het gildewezen opgeleide chirurgijn op die factor terugging.

In de Helleense cultuur verbleven zieken in heiligdommen. Beroemd waren de *Asklepieia* van Epidauros, Pergamum en Kos in de zesde eeuw v.C. Naast die genezende plaatsen bestond de thans zo bekende polikliniek (Gr. *iatron*) aan huis bij de volgelingen van Asklepios. Het is te zien als een ziekenverblijf, een van de vroegste voorlopers van de latere ziekenhuizen en poliklinieken. Afgaande op de genoemde grondwet van Hippocrates werd steeds het belang gezocht van de aan de geneesheer toevertrouwde zieken: het gaat over ‘mijn zieken’.

Wie waren die zieken, wie profiteerden van de vooruitgang op medisch gebied? Ziek zijn was een weelde die weinigen zich konden veroorloven. Een wondermiddel ging nog, maar aan rustkuren of een verblijf kwam de gewone man niet toe. Het verschil in kwaliteit tussen de behandeling van minver-

mogenden en bemiddelden beschrijft Plato kritisch aldus: ‘Er zijn slaven en vrijen onder de zieken in de steden. Slaven worden meestal behandeld door slaven die hen komen opzoeken of in de klinieken hun bezoek afwachten. Geen van dergelijke dokters treedt in discussie over de bijzonderheden van iedere kwaal, maar hij schrijft voor wat hem uit ervaring dunkt, alsof hij het haarfijn weet, even willekeurig als een dictator, en verdwijnt dan naar een andere zieke slaaf. Op die manier verlicht hij het aandeel van zijn heer in de ziekenzorg. Een vrije man observeert en behandelt gewoonlijk de kwalen van vrije mensen, waarbij hij onderzoek doet naar oorsprong en aard van de ziekte en overleg pleegt met de zieke zelf en zijn vrienden’ (citaat van Reimer, 1966, p. 66).

1.2.4 Romeinse rijk

De hellenistische wetenschap had, hoewel de erfgename van de Griekse, een ander karakter. Met Alexandrië als centrum van wetenschap bestond zij uit zelfstandige takken van vakwetenschappen en niet meer onder het beslag van filosofen die het gehele gebied van de wetenschap in hun beschouwing pleegden te betrekken. Intussen was Rome van stadstaatje uitgegroeid tot het rijk dat de Middellandse Zee beheerste. Daarbij werden de Grieken weliswaar politiek onderworpen, maar de Griekse geest en de Griekse beschaving bleven in stand en gingen de Romeinse veroveraars beheersen.

Tot de erfenis behoorde ook de Griekse geneeskunde. Het in het bovenstaande genoemde ‘belang van de zieken’ hield ook de Griekse Claudius Galenus (130-ca 201), als geneesheer werkend in Rome, in het oog. Het letten op de gewoonten van zieken is het beste middel om onaangename complicaties te vermijden en genezing te bevorderen, aldus Galenus. De arts moet zich zo nauwkeurig mogelijk op de hoogte stellen van de individuele patiënt. Dit werd geschreven in de tweede eeuw na het begin van de Christelijke jaartelling. Artsen waren in dienst bij de gemeentelijke of de rijksoverheid, oefenden een zeker toezicht op de gymnasia (voor lichamelijke oefeningen) uit of waren belast met de geneeskundige verzorging van de Vestaalse maagden (priesteressen in de tempels van Vesta). De arme bevolking had recht op gratis geneeskundige behandeling. Omdat de armen niet altijd gelegenheid hadden de voorschriften van de arts op te volgen brachten zij de zieken wel naar de markt. Voorbijgangers gaven de zieke dan raad over de ziekte. Ditzelfde vinden we beschreven in het Nieuwe Testament; daarin is sprake van armen, verminkten, kreupelen en blinden die men op pleinen en straten aantrof (Lucas 14:21). Belangrijke artsen heetten in Rome *archiatri*, waarvan de titel arts is afgeleid.

In het Romeinse rijk waren de volgende ziekenverblijven in gebruik:

Asklepieia, pelgrimsherbergen bij heiligdommen van Asklepios zoals de Grieken kenden. Bij de Romeinen (die de Helleense erfenis benutten) werden dat kuuroorden met veel zon, lucht en water, en met baden, dieetkuren en massage.

Valetudinaria, koloniehuisen, voor zieke slaven opgericht om hen weer tot volwaardige arbeidskrachten op te kweken.

Lazaretten, hospitalen voor soldaten.

Beroepseed van Hippocrates

Hippocrates' geschriften zijn verzameld in het *Corpus Hippocraticum*, bevattend ongeveer zeventig medische boeken. Zijn beroepsethiek is te vinden in een geschrift dat de 'eed van Hippocrates' wordt genoemd. Het is onzeker of hij deze erecode zelf heeft ontworpen; mogelijk is hij ouder. Hier volgt de Griekse tekst en de vertaling ervan.

Ik zweer bij Apollo, geneesheer, bij Asclepius, bij Hygieia en Panageia en bij alle goden en godinnen, hen tot getuigen nemend, deze eed en deze verklaring naar mijn vermogen en inzicht gestand te zullen doen. Ik zal mijn leermeester in de geneeskunst gelijkstellen met mijn ouders, hem deelgenoot maken van mijn leven en hem bijstaan. Ik zal zijn kinderen beschouwen als mijn eigen broers, en hun op verzoek, zonder vergoeding en schuldbekentenis, de geneeskunst leren. Ik zal mijn zoons en die van mijn leermeester, alsmede de bij mij ingeschreven leerlingen die de dokterseed hebben afgelegd, tot de colleges toelaten en verder onderrichten, maar niemand anders. De zieken zal ik naar vermogen en inzicht behandelen, en hen voor schade en onrecht behoeden. Ook zal ik niet iemand op verzoek een dodelijk middel geven; zelfs zal ik daarover niet adviseren. Eveneens zal ik niet aan een vrouw een vrucht-afdrijvend middel geven. Zuiver en heilig zal ik mijn leven en mijn beroep bewaren. Ik zal ook beslist niet snijden in hen die last hebben van blaasstenen, maar die operatie overlaten aan de daartoe bevoegden. In de huizen die ik binnenga om zieken te helpen zal ik mij verre houden van elk opzettelijk onrecht en misbruik, met name ook van ontucht met mannen en vrouwen, zowel vrijen als slaven. Voorts zal ik verzwijgen en als een heilig geheim bewaren alles wat ik in en ook buiten mijn functie zie of hoor, in de overtuiging dat die dingen geheim zijn. Als ik deze eed houd en niet breek moge het mij gegeven zijn vreugde te putten uit de lof voor mijn leven en mijn kunst, bij alle mensen voor altijd. Maar als ik hem schend en meineed pleeg moge mij het tegendeel daarvan overkomen.

Die lazaretten hadden te maken met de omvangrijke Romeinse oorlogvoering, bezetting en kolonisatie. Deze moeten de Romeinen zowel een schat aan technische kennis als aan geneeskundige en verpleegkundige ervaring hebben opgeleverd. Elk leger had zijn dokters en hospikken (hospitaalsoldaten, verplegers) die deel uitmaakten van de militair geneeskundige dienst. In het gehele Romeinse rijk waren zij aan de legeronderdelen en de (oorlogs)schepen toegevoegd. Per legioen was er een aantal geneesheren, waaronder oogdokters, dokters voor interne ziekten, chirurgen en geneeskundigen met de rang van officier. De *seplasiarius* (zalfmaker) zorgde voor de bereiding van medicamenten. Voor een militair hospitaal bestonden twee namen: *convalescere* en *valetudinarium* (om te herstellen, sterk te worden). Het aanbrengen van wegnetten, riolering en aquaducten paste in het raam van hun indirecte gezondheidszorg. Irrigatie en drainage werden toegepast om landbouw te bedrijven en zo een systeem van voedselvoorziening op te bouwen. Daarbij kan de inheemse volksgeneeskunst met haar heelkrachtige kruiden en gewassen ingeschakeld zijn geweest (Dolmans 1993; Scarborough 1969).

1.2.5 Christelijke gezondheidszorg

Onder het bewind van Constantijn de Grote (325-337) kwam een eind aan de Christenvervolging. Daarmee begint de geschiedenis van het Christendom in Europa. De zorg voor zieken kreeg een charitatief karakter. De eerste christelijke instituten waren vrucht van de gemeenschap der gelovigen; ze verzachtten het lot van hen die zich niet meer zelf konden helpen: armen, ongelukkigen, zieken. Diakenen en diaconessen waren daarbij betrokken. Op aanbeveling van het Concilie van Nicea (325) en dat van Karthago (398) beijverden vele bisschoppen zich, gastvrije oorden (*xenodochia*) te stichten. Meestal ontstonden deze vroegmiddeleeuwse verblijfsoorden bij kathedralen en kloosters. Het waren hospitalen voor hulpbehoevenden. Daarnaast kwamen er ook gastverblijven die soms de omvang aannamen van een verzorgings- of ziekenstad. In het begin van de negende eeuw werden hoe langer hoe meer van dergelijke opvangoorde aan de bisschopskerken verbonden. Van hogerhand werd deze gang van zaken gestimuleerd, onder anderen door Karel de Grote (742-814). Hij decreteerde dat iedere bisschop bij zijn kathedraal moest zorgen voor een hospitaal.

Het moderne ziekenhuis is voortgekomen uit de genoemde gastverblijven bij kerken en kloosters. Ook bij rivierovergangen, bergpassen en andere plaatsen van oponthoud werden herbergen als hospitalen ingericht, daar gesticht door broederschappen, ridderorden en/of kruisvaarders.

De ziekenzorg was gemeenschapstaak. De geneeskunst bleef daarbij latent betrokken: niet het genezen van het lichamelijk lijden, maar het redden van de ziel stond voorop. Opmerkelijk is de vanuit de oudheid doorgetrokken lijn: gezien werd dat ziekte gevolg was van een gebrekkige verhouding tot God; de zieke moest eerst met God in het reine komen; bovennatuurlijke krachten, kwade geesten, demonen veroorzaakten de ziekte; christenen geloofden dat

ziek-zijn een plaag van de duivel was. Op geesteszieken werden dan ook duivels-bezwingingen en uitdrijvingsrituelen toegepast. Hier lag dus een priester-taak, geen arbeidsveld voor de dokter. Wel werden in de middeleeuwen dokters aan-gesteld, maar zij hadden een soort van adviesfunctie.

De ziekenzaal was opengesteld voor familieleden en vrienden. Van hen werd verwacht dat zij het ziekenverblijf zouden verlaten bij het voorbidden van de gebeden. Vanuit de straat kon men rechtstreeks binnenkomen; dat was gemakke-lijk, want gangen en portalen ontbraken. Behalve gedurende de maaltijden en de nacht had iedereen vrije toegang. De bloeitijd van die ziekenverblijven liep tegen de middeleeuwen ten einde. Toen waren het de monniken die zich in en bij hun kloosters het lot van hulpbehoevenden gingen aantrekken. Zij richtten hospitalen in waar zowel zieken als pelgrims en armen welkom waren (Adriani 1919; Biesterveld 1907).

1.3 Vrouwenrol in zorgen en verplegen. Cellezusters en Begijnen

De maatschappelijke betekenis van vrouwen voor de gezondheidszorg in oude culturen is groot geweest. De verloskunde stond op relatief hoog peil. Abraham besneed zijn zoon zelf (Genesis 21:4). Maar ook vrouwen verrichtten de besnijdenis (Exodus 4:25). Verder worden in de Bijbel vroedvrouwen met name genoemd die de Joodse vrouwen tijdens het verblijf van de Joden in Egypte bijstonden tijdens de bevalling (Exodus 1:15). Later worden vroedvrouwen aan-geduid als *chachama*, de vrouwelijke vorm van *chacham* die voor geleerden was bestemd. In Hellas werden in de heilige behandelingsoorden geen kraam-vrouwen opgenomen. De vroedvrouwen vormden een georganiseerde groep en hadden omschreven taken. Hun werk stond onder controle van de genees-kundige die in moeilijke gevallen consulteerde. In Rome werd eerst in de tweede eeuw n.Chr. een gezondheidsinstituut geopend dat ook kraamvrouwen opnam. Hoewel Soranus van Efeze (98-138) – die een standaardwerk schreef over verloskunde – als medicus nog verloskunst uitoefende, ging deze gaandeweg over op vroedvrouwen en vroedmeesters. In de middeleeuwen was de verlos-kunst nagenoeg geheel in handen van vrouwen.

De aandacht en de zorg voor zieken, onder meer door thuisverpleging en stichting van ziekenverblijven, typeren een samenleving waarin de vrouw tot op zekere hoogte werd gezien als volwaardige partner van de man. De diaconessen in de eerste christengemeenten kwamen we al tegen. Verder was het een vrouw – de Romeinse Fabiola – die het eerste *xenodochion* vestigde. Het oudste mid-deleeuwse gasthuis – Hôtel Dieu te Lyon – was een geschenk van Childbert I (511-588) aan zijn vrouw Ultrogotha. In de late middeleeuwen dankten niet alleen verschillende gasthuizen, maar ook leprozerieën geheel aan of mede door toedoen van vrouwen hun ontstaan. De ziekenzorg van vrouwen kreeg eveneens vorm in vrouwelijke takken van ridderorden. Een uitzonderlijke vrouw was Hildegardis (1098-1179). Zij werd op achtjarige leeftijd door haar ouders naar een

klooster (Disibodenberg) gestuurd. Omstreeks 1148 stichtte zij zelf een klooster op de Rupertsberg bij Bingen en in 1165 een tweede te Eibingen. Zij maakte haar kloosters tot een middelpunt van velerlei contacten met de buitenwereld. Veelzijdig moet haar kennis omtrent de geneeskunst, de verpleegkunst en de natuurwetenschappen geweest zijn. Zij functioneerde als lerares in de geneeskunde, en schreef twee medische boeken over de oorzaken, de symptomen en de genezing van ziekten. Velen kwamen tot haar om raad te vragen of genezing te zoeken; met verscheidene koningen en andere leidslieden onderhield zij een uitvoerige briefwisseling. Andere voorbeelden zijn vrouwen die studeerden aan de medische school te Salerno (846), later universiteit geworden (1150). Onder hen was magistra Trotula, verloskundige, gynaecologe en docente. Haar leven en werk konden nog niet geheel in kaart gebracht worden. Toch wordt *De passionibus mulierum* (over aandoeningen van vrouwen) aan haar toegeschreven; het was het eerste medische geschrift van een vrouw (Lindeboom/Van Lieburg 1993; Elaut 1952).

Uit diezelfde tijd dateert de stichting van lekenorden. Daartoe behoorden onder meer de orde der cellebroeders en cellezusters. Zij richtten zich op zorg voor en verpleging van zieken (waaronder besmettelijk zieken en lijders aan epidemische ziekten, krankzinnigen en zwakzinnigen). Hun zwarte gewaden dienden om de omgeving te waarschuwen voor hun nadering. Dag en nacht waren zij beschikbaar.

Tegen de pest stonden de medici machteloos. In 1348 werd een deel van Europa bezocht door de pestziekte. Zo brak deze in Italië uit nadat twaalf galeien uit Constantinopel in Messina op Sicilië waren aangekomen. De bevolking dreef de schepen de haven uit, maar deze verplaatsten zich naar Genua waar de ziekte ook uitbrak. Het uitbreken van de pest in Florence was voor zeven vrouwen en drie mannen aanleiding de stad te ontvluchten. Ze kwamen terecht in een landhuis waar ze de tijd kortten met het doen van vertellingen, een honderdtal in tien dagen. In Boccaccio's *Decamerone* zijn ze samengevat. Vluchten voor de pest kwam veel voor. Te Utrecht behoefden de doctores niet op te treden als de pest weer eens was uitgebroken; in 1597 werd door de Raad bepaald dat de stadsdoctores waren vrijgesteld. De stads-pestmeester – een chirurgijn – moest het gevaarlijke werk doen. Hij kreeg daarvoor een extra beloning en voorzag zich daarbij van een beschermende mantel, handschoenen en een muts. De doctor of de pestmeester werd wel afgebeeld in dat ambtsgewaad, soms voorzien van een kap met een snuit of snavel (die gevuld was met specerijen waarvan verondersteld werd dat deze de ingeademde lucht zouden zuiveren). Tegen deze achtergrond steken de moed en de toewijding van mensen die niet vluchtten maar bleven en de zieken verpleegden helder af.

In Utrecht woonden de cellebroeders en -zusters in het klooster dat zich bevond in de Cellebroederstraat (thans Nobeldwarsstraat). Ook de Begijnen (Lat. *begina* en *begginus*, of Fr. *beguine*, *begard*, bedelmonnik) verzorgden en verpleegden zieken, tevens bij pestepidemieën. Hun genootschap zou opgericht zijn in 1184 door Lambertus li Beges, bekend om zijn werk in de leprozen-

inrichting van de Mont-Cornillon te Hoei. Deze religieuze beweging kreeg steun van de Dominicanen, sympathiserende geestelijken die zich inspanden om de begijnen (vrouwen uit de eerste, tweede en derde stand, resp. de adel, de patriciërs en de burgerij) in ‘begijnhuizen’ of *infirmariae beghinarum* te verenigen. Van daaruit woonden zij in de parochiekerk hun vergaderingen en diensten bij. Het instituut bood de begijn een eervolle levensvulling door zich sociaal nuttig te maken, onder meer als vroedvrouw en ziekenverpleegster. De begijnen woonden in een complex van woningen, gesitueerd rondom een binnenplaats, het ‘begijnhof’. In Nederland en België zijn nog verscheidene van die hoven intact gebleven.

De opleiding van de begijnen was, evenals die van de cellobroeders en -zusters, van praktische aard, zoals in vele beroepen in het verleden: ervarenen in het werk wezen nieuwelingen de weg naar bekwaamheid, in dit geval de weg naar medeleven, zorgen en verplegen. Hun vorming bevatte dus zowel een praktijkgerichte als een mentale en ethisch-medische component. Dit laatste blijkt uit hun houding: zij vluchtten niet voor de gevaren van besmetting zoals velen (die zich dat konden veroorloven) deden, maar bleven op hun post (Kossmann-Putto 1982; Dock en Nutting 1907/1912).

Zal iemand, die tot het uitoeffenen van eene Kunst of Wetenschap wordt opgeleid, aan het oogmerk voldoen en in zijne betrekking der Maatschappij wezenlijk nut aanbrengen, dan is het volstrekt noodzakelijk, dat hij alle die hoedanigheden en vereischten bezitte, welke op die Kunst of Wetenschap onmiddellijk betrekking hebben; verders behoort hij geregeld en grondig onderwezen te worden, zoo wel in de beschouwende kennis van dezelve, als de manier der uitoeffening; en eindelijk, wanneer hij het eerste bezit en het laatste genoten heeft, moet hij staat kunnen maaken op de bescherming der Wet, zoodanig dat hij, boven drieste onwetenheid bevoorregt, met ijver zijne werkzaamheden kan voordzetten.

Johannes Mulder (1769-1810) in zijn *Redevoering over de redenen, waarom de Nederlanders in het algemeen zeer weinig tot verbetering en uitbreiding van de heel- en verloskunde hebben toegebracht, uitgesproken op 16 november 1797 bij de aanvaarding van het gewoon hoogleraars-ampt in de ontleed- heel- en verloskunde* (Leeuwarden, 1797). Dr. Mulder was ook betrokken bij de modernisering van ziekenhuizen. *Nieuw Nederlandsch Biografisch Woordenboek*, P.C. Molhuysen en P.J. Blok (red), Leiden 1912, k. 950, 951.

HOOFDSTUK 2

Gezondheidszorg in gasthuizen en ziekenhuizen

2.1 Zorgen en verplegen in gasthuizen

In de middeleeuwen kwam de zorg voor zieken voort uit christelijke naastenliefde zoals we zagen. De aard van die zorg (gastvrijheid en zorg bieden als vrucht van *caritas*) vinden we terug in de naam ‘Gasthuis’, ‘Godshuis’ of ‘Hôtel-Dieu’. Tot de oudste gasthuizen in West-Europa behoren het Hôtel-Dieu te Lyon (543) en dat te Parijs (650), en het Santo-Spirito hospitaal te Rome (700).

Karel de Grote, de keizer van het Westen, streefde naar uitbreiding van alle intellectuele activiteiten. De daardoor ontstane opleving (de ‘Karolingische Renaissance’) was, hoewel van korte duur door de invallen van de Noormannen, van grote betekenis. Met zijn *Capitularia* (naar hoofdstukken ingedeelde wetten en besluiten) bracht hij onder meer ordening in de geneeskundebeoefening: de honoraria werden geregeld, de hygiëne in de gevangenissen verbeterde, en de aanstaande monniken moesten in klooster- of domscholen mede onderricht worden in de geneeskunde en de kruidkunde. Zoals we reeds zagen decreeteerde de keizer ook dat iedere bisschop bij zijn kathedraal een gasthuis moest bouwen voor het herbergen van gasten: armen, zieken, pelgrims en andere vreemdelingen. In die inrichtingen heerste een geest van gastvrijheid en vroomheid. Het gebouw was bedoeld als een huis Gods, gewijd aan een maatschappelijk doel, een soort van kerkje of kerk waarin een aantal mensen korte of langere tijd kon verblijven. De gasthuiszaal had een altaar. Bij uitbreiding kwam er een aparte gasthuiskapel. De patiënten onder de gasten werden reeds ingedeeld naar de aard van hun ziekteverschijnselen. Tevens waren bepaalde gebouwen bestemd voor hen die aan een speciale ziekte leden. De Mohammedaanse landen hadden ook hospitalen; deze dienden het Westen in menig opzicht tot voorbeeld van medische leerscholen.

Hier hebben we dus de wortels van de huidige intramurale zorgverlening. De godshuizen en gasthuizen waren, in navolging van de kloosterhospitalen, bestemd voor onvermogens, zwervers, pelgrims, rondtrekkende lieden en

oude mensen. Ze namen niet speciaal zieken op. Wel zullen er onder de 'gasten' ook mensen zijn geweest die ziek waren of konden worden. Wie ziek was bleef zo mogelijk thuis, verzorgd door familieleden of vrienden. Als regel werd met opname van acuut zieken eerst in de achttiende eeuw een begin gemaakt.

Sommige gasthuizen waren en bleven klein, andere hadden veel van een kerk of een paleis; in het laatste geval waren ze een nabootsing van gebouwen voor de geestelijkheid of de adel; ze vertoonden kwaliteitsverschillen inzake (a) de toewijding, de aard en de deskundigheid van het personeel; (b) de organisatie van het werk; (c) de financiële middelen; (d) het opnamebeleid, gezien de bestemming van de inrichting als toevluchtsoord.

Godshuizen en Heilige Geesthuizen waren seculiere (ontkerkelijkte) inrichtingen, opgedragen aan God en/of de Heilige Geest. Zij symboliseerden de Goddelijke Liefde, zoals verwerkelijkt in de werken van barmhartigheid der diaconen en diaconessen (zie p. 26).

Er waren ook gebouwencomplexen die een combinatie waren van kerk, armenhuis en isolatie-inrichting. Aan hun financiering droegen stadsbesturen, kerken en particulieren bij. Legaten vormden een belangrijke bron van inkomsten. Nakoming van Gods wil en bevordering van het eigen zieleheil waren de primaire motieven, secundair was bewogenheid bij waarneming van ziekten en maatschappelijke misstanden.

Bekende gasthuizen en godshuizen in Nederland en België waren: het Marvis Hospitaal te Doornik, het St. Servaas Gasthuis te Maastricht, het St. Janshospitaal te Brugge, het O.L. Vrouwehospitaal te Gent, het O.L. Vrouwehospitaal te Aalst, het St. Catharine Gasthuis te Arnhem, en het St. Maartens Gasthuis te Bergen op Zoom. Ook kwamen gasthuizen tot stand te Delft, Aardenburg, Brielle, Deventer, Dordrecht, Gent, Groningen, Haarlem, 's-Hertogenbosch, Kampen, Leiden, Lier en Vlissingen.

Sommige gilden (verenigingen van ambachtsmeesters) bouwden in hun steden gasthuizen voor verarmde gildebroeders. Verder verschenen gasthuizen van de Johanniterorde, van oorsprong een orde van kruisvaarders. Deze orde onderscheidde drie klassen: de ridders, de priesters en de broeders. De laatstgenoemden waren de aangewezen verzorgers van gewonde en zieke kruisvaarders in de hospitalen langs de weg naar het heilige land.

De overgang van het kerkelijk beheer naar de burgerlijke overheid schiep behoefte aan inrichtingen-voor-allen, dus mede voor armen die niet thuis konden worden verpleegd.

Een gasthuis dat vanaf 1250 mede voor ziekenverpleging was bedoeld – of daartoe overging – was het St. Catharine Gasthuis, de bakermat van het huidige Academisch Ziekenhuis te Utrecht (het AZU). Het was oorspronkelijk een klooster met gasthuis en begraafplaats, gesticht door de ridders van St. Jan. Hier werden zieken en zwakken verzorgd, en voedsel en kleren aan behoeftigen uitgedeeld. Aanvankelijk stond het op het Catharijneveld, vlakbij de Catharijnepoort. Het verhuisde in 1592 naar de Lange Nieuwstraat. Na de stichting van de universiteit (1636) werden de meeste lessen in de geneeskunde in dat

Catharinegasthuis gegeven. Intussen was door het stadsbestuur het Bartholomeus Gasthuis gesticht. Daarin werden arme, bedlegerige en chronisch zieke stadsgenoten gratis opgenomen. De stadschirurgijn, later ook de stadsgeneesheer, bezocht de patiënten. Overigens werden behalve armen ook wel betalende gasten of patiënten verzorgd. Tevens was het mogelijk zich in te kopen voor de rest van het leven: door een bedrag ineens te storten stond dan een kamer met verzorging ter beschikking. Dergelijke bevoorrechten heetten 'proveniers' (naar 'prove', jaarlijkse toelage in een stift, sticht, klooster of hofje). Sommige proveniers moesten – of mochten – taken op zich nemen in en voor het gasthuis (Querido 1974).

In Amersfoort kan nog een laat-middeleeuwse gasthuiszaal (18 bij 8,75 en 10 m hoog), onderdeel van het St. Pietersgasthuis, bezichtigd worden. Het was een 'mannendeel'. Het (thans verdwenen) 'vrouwendeel' was daarmee verbonden. Vanuit beide zalen was de kapel te bereiken. Dergelijke ziekenzalen kwamen ook elders voor: grote zalen, soms met gaanderijen, kwamen uit op een kerk of kapel. De bedden of bedsteden stonden langs de kanten, en in het midden was een grote werkruimte. De patiënt lag op bedden, gevuld met veren of stro. De kwaliteit van de verzorging en de hygiëne verschilde van plaats tot plaats.

Het reeds genoemde St. Jansgasthuis, gelegen in het centrum van Brugge, is een van de best bewaarde stedelijke hospitalen uit Europa. Het was aanvankelijk een opvangcentrum voor zo'n 150 pelgrims, armen en behoeftigen. Het oudst bewaarde huishoudelijk reglement (1188) geeft regels voor 25 zusters en broeders. Het aantal zieken was beperkt, evenals de medische kennis. Aan de broeders was tot hun vertrek in de zestiende eeuw het beheer van het patrimonium (hier: het financieel beheer, het vermogen) toevertrouwd. De zusters waren verantwoordelijk voor de huishouding, de verzorging en de verpleging. De 'zielenzorg' woog het zwaarst; de aanwezige priester waakte daarover. Wie het gasthuis binnenkwam moest eerst biechten. De hospitaalkerk lag vlak naast de zalen voor verzorgden en zieken; het volgen van de diensten was daardoor mogelijk. Ook de kunstwerken (schilderijen, staties, gebrandschilderde ramen, heiligenbeelden) hadden een religieuze functie; ze fungeerden als een visuele bijbel. De dokters (*medicinae doctores*, vanaf 1600 één dokter voor mannen en één voor vrouwen) hielden theoretische beschouwingen. Chirurgijns (door het gilde opgeleide meesters) namen de aderlatingen, de amputaties en de behandeling van wonden en zweren voor hun rekening. De apotheek dateert uit 1643; zij werd ingericht voor verwerking van geneeskrachtige kruiden uit de hospitaaltuin. Een door het gilde gediplomeerde meester-apotheker werkte in dienst van de zusters. Enkele zusters kregen van hem hun opleiding, en zij gaven op hun beurt de kennis en de werking van de kruiden door aan nieuwe zusters (Maréchal 1978; Stadsarchief en -Museum Brugge).

In de protestantse landen verdwenen na de Reformatie de meeste religieuzen uit de gasthuizen. Een beroemd voorbeeld van een geseculariseerd gasthuis is het

Hôtel Dieu te Lyon; dit kreeg in de zestiende eeuw wereldlijk personeel. De leerling-verpleegsters werden daar geselecteerd uit de burgerstand en maakten eerst een proeftijd door. Eenmaal aangesteld moesten zij beloven, hun taak naar beste weten en kunnen te verrichten. Anders dan nonnen waren zij vrij, desgewenst het gasthuis te verlaten; velen vertrokken dan ook om te trouwen of een andere werkring te kiezen.

Maatschappelijke beroeringen en kerkelijke versnippering van krachten verhinderden in de zestiende eeuw een grootscheepse aanpak van het oude probleem: de zorg voor zieken. Tijdens en na de Reformatie werden kerkelijke goederen onteigend. Vele gasthuizen verwisselden hierdoor van kerkelijk eigendom tot staatseigendom. De verpleging werd grotendeels uit handen van religieuzen genomen. Dit laatste betekende een grote achteruitgang van de gasthuizen. Europa had lange tijd het voorbeeld uit de oudheid gevolgd, de grote Europese centra hadden de Griekse en de Arabische wetenschap gedeeltelijk geadopteerd. Maar intussen waren ook veel intuïtief en uit ervaring verkregen kennis en inzichten verloren gegaan, volgens de wet van de remmende voorsprong. Vele van de relatief goede inrichtingen vervielen gaandeweg tot onderkomens van menselijke ellende. De betekenis van de hygiëne, reeds in de oudheid door geneeskundigen erkend, werd door weinigen meer ingezien. De gasthuizen stonden in steden met stinkende grachten vol ziekteverwekkend ongedierte. De straten waren verontreinigd, rioleringen ontbraken en de huisvesting van veel inwoners was erbarmelijk.

In de loop van de zestiende eeuw nam de armoede toe. De kerken gingen de bestrijding van verpaupering en bedelarij meer zien als een taak van de overheid. Liefdadigheid vanuit kerk of instelling verviel echter niet geheel; zij bleef aanvullende christen- of humane plicht, of fatsoenshalve beoefende liefdadigheid. Maar die activiteit beperkte zich tot een minimale voorziening in de meest schrijnende gevallen.

Zo veranderden de gasthuizen van karakter. Sommige zagen zich genoodzaakt het aanbod te selecteren in drie afdelingen, onderscheiden in: (1) een gasthuis voor arme zieken; (2) een behuizing voor armen en invaliden; (3) een 'bayart' of baaierd, een herberg voor behoeftige passanten.

Die passanten – reizigers, pelgrims, bedelaars, behoeftigen – mochten in die herberg hoogstens drie nachten verblijven; het was een vertrek met een stookplaats in het midden en rondom slaapbanken. Joost van (den) Vondel (1587-1679) dichtte over de laatstgenoemde loegerplaats:

De bayart herberghtrou drie nachten
 achtereen verlegen wandelgasten
 die naeckt en geldeloos vermagert zijn van vasten.

In enkele steden werd het gehele gasthuis baaierd genoemd; in andere was de baaierd een onderdeel van het complex. Het gasthuis en vooral de baaierd veranderden van toevluchtsoord met een zweem van verzorging en verpleging in

een verblijfplaats van ellende voor de armen. Hier kwam 's avonds het zwervend volk terecht. De hygiënische toestand werd er niet beter op. Epidemieën bleven herhaaldelijk voorkomen; ze brachten dan ontredde en paniek teweeg. De oorzaken van besmettelijke ziekten waren nog onbekend. Veelal was een gang naar het gasthuis de eerste fase van een gang naar het graf. De gasthuizen stonden nu niet meer open voor alle armen en behoeftigen, opdat de overheid haar plicht – armen te vrijwaren voor verpaupering – kon uitvoeren. Er werd geselecteerd; zo werden beroepsbedelaars en luiaards niet toegelaten. Degenen die voor opname in aanmerking wilden komen moesten zich melden bij de lokale overheid. Zij werden na verkregen toestemming in het 'loodjesboek' ingeschreven en mochten dan het gasthuis binnen op vertoon van een 'loodje'. 'Het loodje leggen' stond meestal gelijk aan een verblijf in het gasthuis dat eindigde met de dood.

In de zeventiende eeuw verloor het gasthuis nog meer zijn primaire functie als oord van gastvrijheid en ziekenzorg. Het ging geheel of gedeeltelijk dienen tot verblijfplaats van onvermogens die geen gelegenheid en middelen hadden om zich in hun eigen woning te laten behandelen en verplegen. De gasthuizen waren niet meer 'Godshuizen' of 'Heilige Geest Huizen'. De beheerders heetten niet meer 'Heilige Geest Meesters', maar gasthuismeesters of regenten, jaarlijks benoemd door de magistraat en meestal bijgestaan door een architect of bouwmeester. Ook een rentmeester was daaraan toegevoegd, want bijna al die instellingen raakten in financiële moeilijkheden. Het Delftse gasthuis moest in 1661 zijn baaierd sluiten. Het gasthuis te Gouda en zijn leprozerie klopten bij het stadsbestuur aan om geldelijke ondersteuning. Zelfs het als goed bekend staande Amsterdamse St. Pietersgasthuis kon de eindjes niet meer aan elkaar knopen; vanaf 1728 moest het gasthuis teren op flinke gemeentesubsidies. Omstreeks 1750 waren de tekorten zo hoog opgelopen dat deze niet meer door de verkoop van bezittingen konden worden verminderd. Als oorzaken werden genoemd: de dalende rentevoet van het eigen kapitaal, de opgelegde schattingen voor de Unie, het toegenomen aantal armen en een sterke daling van de offervaardigheid der bevolking.

In het gasthuis was de dagelijkse leiding toevertrouwd aan een ziekenvader en een ziekenmoeder (ook wel binnenvader en binnenmoeder genoemd) die voor hun werk niet waren opgeleid. Zij waren verantwoordelijk voor de algemene gang van zaken; de binnenmoeder hield zich speciaal bezig met de zieke vrouwen, de keuken en de linnenkamer. Een zaalmoeder was daarbij behulpzaam. De verpleging was in handen van evenmin opgeleide 'zaalmeiden' (dan wel 'ziekenmeiden' of 'joncwives') en 'zaalknechten'. Voor zij aan het werk gingen kregen ze een glas bier of wijn tegen de stank (de meeste gasthuizen hadden een eigen bierbrouwerij). Een 'sieke Marthe' waste de vrouwelijke patiënten; zij maakte de bedden op en hielp waar zij kon. Zaalknechten deden het werk in de mannenafdeling. Voor het afleggen van een dode – dat ook tot het werk van de meiden en knechten behoorde – kregen ze als extraatje een glas wijn. Buitenmoeders deden inkopen op de markt.

Aangenomen wordt dat het personeel van mindere kwaliteit was dan voorheen. Terwijl er bij de religieuzen op toewijding en liefdewerk kon worden gerekend, werd het lekenpersoneel in het algemeen niet door hogere motieven gedreven, en het was ook niet of nauwelijks op geschiktheid en bekwaamheid geselecteerd. De beschreven algemene daling van het peil van de verzorging was trouwens niet alleen te wijten aan het verdwijnen van de religieuzen uit de gasthuizen. Ook in de katholieke landen liep, althans in de meeste gasthuizen, de kwaliteit van de zorg terug. Andere oorzaken noemden we reeds: algemene verarming, godsdiensttwisten en onwennigheid met de omgang met meer burgerlijke vrijheid dan in de tijd van de feodale en de kerkelijke overheersing mogelijk was geweest. Bovendien ging de schaalvergroting meetellen. Een middeleeuws gasthuis telde hooguit honderd tot tweehonderd bedden; sommige latere gasthuizen dijden uit tot imposante gebouwen met zalen die ieder voor zich een groot aantal patiënten konden herbergen.

In die tijd begon zich het geneeskundig vraagstuk af te tekenen. Iedere groep van hulpbehoevenden kreeg een systeem van verzorging. De functies, verenigd in één gebouw of complex, vielen uiteen in een baaierd, een oudeliedenhuis en een armenhuis; de gasthuizen bleven behoeftige armen, chronisch zieken en invaliden verzorgen. Gaandeweg kreeg het gasthuis het karakter van ziekenhuis.

Globaal gezien was de middeleeuwse zieke gast in het hospitaal of het gasthuis. Dat instituut was toevluchtsoord. In de zeventiende en de achttiende eeuw kwam het gasthuis tot verval. Voor de zieken werden onopgeleide verzorgenden goed genoeg geacht. De goeuden schuwden dan ook het gastverblijf, thuisverpleging en -behandeling (tot en met operaties toe) veruit verkiezend. De zieke armen hadden hun gasthuis dat meer bejaardenhuis of goedkoop pension dan ziekenhuis was, de rijken hun thuisverzorging.

Wel moet dit testimonium enigszins genuanceerd worden. Volgens verschillende stichtingsbrieven waren er namelijk gasthuizen die zich mede op ziekenverzorging toelieden. Zo vermeldt de fundatiebrief van het St. Ewout Gasthuis te Wijk bij Duurstede, dat er zowel gezonden als zieken opgenomen zouden worden. Wie echter veinsde ziek te zijn mocht niet langer dan één nacht blijven.

Het gasthuis veranderde van karakter naarmate daarin de heelmeeester en de geneesheer betrokken waren. In de zestiende eeuw maakte de chirurg, later ook de doctor zijn intrede.

De doctor had een academische opleiding achter de rug. De volgens de gildekeur gediplomeerde heelmeeester had mede tot taak, leerlingen op te leiden; zij kregen daarbij klinisch onderwijs aan het ziekbed. Ook stelde het chirurgijnsgilde wel doctoren aan om 'chirurgicale lessen' te geven. Zo viel dr. Pieter Bernagie (1656-1699) in 1689 die eer te beurt, een teken dat beide medische beroepstakken elkaar naderden.

De medische studenten kregen aanvankelijk geen onderwijs aan het ziekbed. Daarmee werd in 1692 te Amsterdam een begin gemaakt. Tot de eersten die klinisch onderwijs gaven behoorde ook dr. Herman Boerhaave (1668-1738).

De vestiging van het heelkundig en geneeskundig onderwijs in het gasthuis transformeerde dit tot ziekenhuis. Het maakte van de zieken een studieobject, en van de verbandzalen en ziekenzalen collegezalen. Indirect zullen verplegenden aan dat klinisch onderwijs een zekere kennis en ervaring ontleend hebben. Als specifieke opleidingsplaats voor verplegenden ging het naar ziekenhuis toegroeiende gasthuis eerst in de tweede helft van de negentiende eeuw dienen (Blécourt e.a. 1993; Korst 1988; Brondgeest 1901).

2.2 Verplegen in algemene ziekenhuizen. Historische keerpunten

De niet-arme zieken waren in de eerste helft van de negentiende eeuw nog aangewezen op zichzelf en hun gezinsleden, burens en/of familie. Arme zieken hadden nog steeds hun gasthuizen als toevluchtsoord. Maar het ziekenhuiswezen begon zich in die tijd te vernieuwen. Dit werd ingeluid door particuliere ziekenhuizen, al dan niet op confessionele basis. In de gasthuizen bleef het verplegend personeel – zaalknechten en zaalmeiden – aanvankelijk gerecruteerd uit de onderste sociale lagen van de standenmaatschappij. Gediplomeerde verpleegkundigen ontbraken; de verpleegkunst was nog geen erkend beroep.

De sterfte was in de eerste helft van de eeuw nog hoog. Tegen deze achtergrond begonnen nieuwe rampen zich af te tekenen. Tussen 1817 en 1819 en opnieuw in 1822 en 1832 werd het land door roodvonk getroffen. Pokken en malaria kwamen ook herhaaldelijk voor. In 1823 brak de cholera uit, reeds bekend door alarmerende berichten uit verre landen (cholera-epidemieën in Nederland van 1831-1832, 1848-1849, 1853-1855 en 1866-1867). In 1858 heerste difterie. Een en ander riep een nog niet eerder voorgekomen nationale reactie op. Een van de uitkomsten hiervan was de uitbreiding van het geneeskundig onderwijs door oprichting van zes klinische scholen. Begonnen werd met twee- à vierjarige niet-academische, praktisch gerichte opleidingen voor aanstaande apothekers, vroedvrouwen en heelmeesters. Belangrijk was vooral dat nu ook het platteland werd voorzien van opgeleiden in de gezondheidszorg. In 1866 werden deze scholen – hoewel niet onomstreden – opgeheven omdat alle geneeskundig onderwijs in 1865 landelijk geregeld en op universitaire leest geschoeid werd. Niet alleen de gezondheidszorg werd op de korrel genomen; tevens kwamen aan de orde (a) de schrijnende tegenstelling tussen de voorrechten van de rijken en de in armoede levende massa in de onderste sociale lagen; (b) de kinderarbeid; (c) het ontbreken van regulier beroepsonderwijs dat slechts door enkele voortrekkers werd gezien en gepropageerd als middel tegen de alom heersende werkloosheid en tot verheffing van de arbeider uit zijn staat van slavernij. Zo maakte zich Johan Rudolf Thorbecke (1798-1872) in 1844 de woordvoerder van het koor der veront-rusten. Hij hield de voorrechten van de heersende klasse tegen de donkere achtergrond van de verpauperende massa. Waar zijn nu, aldus de latere minister van Binnenlandse Zaken, de vrijheid, de gelijkheid en het broederschap die de Grote Revolutie beloofde? Een systematisch in stand gehouden, onoverbrugbare

kloof tussen rijken en armen maakt de armen nóg armer dan ze al zijn, en de rijken nóg rijker. Aan de onmondigheid van ‘het volk’ komt geen eind doordat nog steeds doelmatig onderwijs-voor-iedereen ontbreekt en de privileges van de rijken kunstmatig in stand gehouden worden (Thorbecke 1860).

Dit pleidooi voor een betere samenleving hielp doordat ook anderen zich in dezelfde geest uitlieten. Het probleem van het beroepsgericht onderwijs en dat van het ziekenhuiswezen kregen meer aandacht. Daarbij werkten de nieuwe medische vindingen en therapeutische mogelijkheden als even zovele katalysatoren: opgeleide mensen waren nodig om het nieuwe te kunnen benutten; modernisering van het gasthuis kondigde zich ook aan. De klinisch-pathologische methodiek, gebaseerd op het post-mortale onderzoek van Morgagni, in het begin van de negentiende eeuw uitgewerkt door Franse medici, riep de ziekenhuisgeneeskunst in het leven. Daardoor kon het verblijf in de gasthuizen zodanig verbeteren dat nu ook zieken uit de hogere sociale klassen beter daar dan thuis konden worden behandeld. Enkele pioniers opperden het idee, de medische vooruitgang gepaard te laten gaan met verpleegkundige vooruitgang. Zo kwam men er toe te zoeken naar ‘beschaafde’ verplegenden.

Onmiskenbaar was er klimaatsverandering op til. Ziekenhuisopname werd nu duidelijker gezien als een sociale indicatie. De wantoestanden in de gasthuizen begonnen scherpe kritiek uit te lokken; ze noopten tot een beweging die ook weerklank vond bij de direct betrokkenen, de gehele bevolking.

Het hek kwam nu van de dam. Voorlopig bepaalde de Amsterdamse vereniging zich tot gratis thuishulp in gezinnen. Het eerste Nederlandse Diaconessenhuis werd geopend te Utrecht (1844). Later volgden vestigingen te 's-Gravenhage (1865), Haarlem (1874), Leeuwarden (1880), Arnhem (1884), Groningen (1887), Breda (1890), Amsterdam (1891 en 1898), Rotterdam (1893), Gouda (1897), Hilversum (1897) en Leiden (1897). Het waren in Nederland de eerste blijken van professionele ziekenbehandeling en ziekenverpleging voor allen. In het voetspoor daarvan begon een aantal gasthuizen zich tot ziekenhuis te transformeren (Korst 1988; Lindeboom/Van Lieburg 1993; Maréchal 1982).

2.3 Verplegen in psychiatrische ziekenhuizen. Krankzinnigen zijn zieken

2.3.1 *Voorgeschiedenis. Over bezetenen, heksen en dollen*

In het voorgaande stond het ziekenhuis als instituut van hulpverlening centraal. Daarnaast ging functioneren het ziekenhuis als instituut dat de samenleving beschermt tegen kwaad dat zieken kunnen berokkenen. Het eerste staat open voor de nood van de hulpzoekende, het tweede isoleert de zieken in het belang van de samenleving. Tot de ziekten waartegen de maatschappij zich verweerde door de lijdens af te zonderen, behoren de melaatsheid, de infectieziekten en de geestesziekten. Deze laatste staan in dit hoofdstuk centraal.

Historische keerpunten

Wie in dit verband preciese data als historische keerpunten ten goede wil stellen zal wellicht geen betere jaartallen dan 1820, 1838 en 1843 kunnen vinden. In 1820 werd de eerste Nederlandse moderne religieuze Congregatie voor ziekenverpleging gesticht, spoedig gevolgd door soortgelijke instellingen. Zij herstelden de verbroken band met het verleden en legden mede de basis voor een hernieuwde bloei van het particuliere ziekenhuiswezen. Evenals in de eerste christengemeenten werden de verplegenden gevormd in een vormingsperiode, het noviciaat; ze verbleven dan in een 'moederhuis'. In 1838 richtte Petrus Hofstede de Groot (1802-1886), theoloog, de organisatie 'Vrouwenvereniging ter bevordering van werkzaamheid en welstand onder de geringere volksklasse' op. Hij was ook betrokken bij de oprichting van diverse filantropische verenigingen die aanstuurden op verschaffing van betaalde arbeid, in plaats van fatsoenshalve bedéling. In 1843 werd de protestantse 'Vereniging voor Ziekenverpleging' door Jan Pieter Heije, medicus, hygiënist en dichter te Amsterdam, opgericht (zie p. 78, 92). Het doel was: opleiding van 'ziekenoppasters'. Ook deze particuliere ziekenverpleging was een navolging van het oude diaconaat, en van de in 1836 te Kaiserswerth gestichte Duitse vereniging die ijverde voor verpleging van zieken thuis en in Diaconessenhuizen. Dr. Heije informeerde de bevolking over de noodzaak van het initiatief: het inzetten van opgeleide vrouwen die zich geheel konden wijden aan de verpleging, vooral met het oog op minvermogene zieken.

Zolang het gasthuis niet meer was dan een toevlucht voor mensen in moeilijke omstandigheden waren er voor het verblijf van mannen en vrouwen geen afzonderlijke afdelingen ingericht; alleen kraamvrouwen lagen in aparte vertrekken of zalen. Dit veranderde in de loop van de zeventiende eeuw. De intrede van chirurgijns en doctoren in de gasthuizen had al een scheiding tussen verbandzalen en ziekenzalen teweeggebracht. Ook kwamen er, afhankelijk van de grootte van het gasthuis, reconvalescentiezalen voor mensen die een deel van de dag het bed konden verlaten. Die afdelingen waren ook wel bestemd voor invaliden en bejaarden, en/of rustige 'innocenten' (psychisch gestoorden) die vroeg of laat in een armenhuis terechtkwamen.

Eertijds geloofden velen dat psychisch gestoorde mensen bezeten waren van een duivel, een 'boze geest'. Hippocrates was ook hierin zijn tijd ver vooruit: hij vond dat psychisch zieken medische behandeling nodig hadden. Zij behoorden tot de werkkring van de arts, maar soms riep hij ook wel de hulp in van een priester die in contact zou staan met de wereld van de geesten. De priester had tot taak, door handoplegging en het uitspreken van bezweringsformules de patiënt te genezen.

Tot in de late middeleeuwen namen geestesgestoorden zoveel mogelijk deel aan het maatschappelijk leven. Een al te hinderlijke ‘zot’ of ‘nar’ (Oudhoogduits: *narro*, gek of dwaas) kwam soms in een verrijdbare kooi, geplaatst bij de stadspoort, tenminste als hij burgerrecht had. Anderen werden verjaagd, of meegegeven aan pelgrims, of aan schippers (vgl. laatmiddeleeuwse voorstellingen van ‘narrenschepen’). Hierna werd de zot of nar strenger aangepakt. Al gauw zag men hem of haar aan voor ‘zondebok’, een veroorzaker van een epidemie of van ander onheil.

In kleine dorpsgemeenschappen kon afwijkend gedrag van ‘krankzinnigen’, ‘dollen’ of ‘bezetenen’ beter geduld worden dan in een dichtbevolkte stad. De behoefte aan gespecialiseerde inrichtingen of ‘dolhuizen’ ontstond toen de steden zich uitbreidden. Als een gezin ten einde raad was werd een als hinderlijk beschouwd gezinslid opgeborgen in een dolhuis. Ditzelfde gebeurde met een lid van de samenleving dat geen familie had. Het oudste dolhuis in Nederland is dat van de Reinier van Arkelstichting te ’s-Hertogenbosch, geopend in 1442. Het Willem-Arntszhuis te Utrecht begon in 1461 met dezelfde bestemming. Later kenden meer steden zo’n inrichting, zoals Amsterdam (1562) en Deventer (1577). In 1825 telde Nederland 49 dolhuizen, afzonderlijk staand of deel uitmakend van een gevangenis of oudeliedenhuis. Die gemeentelijke ziekenhuizen bevatten meestal niet veel geesteszieken. Soms werden ook aan pest of andere infectieziekten lijdende patiënten opgenomen. Tevens ontstonden particuliere verpleeginrichtingen voor geestelijk gestoorden en lichamelijk gebrekkigen.

Complicerend was dat door onbekendheid met afwijkend gedrag van mensen angst bestond voor ‘heksen’ die wel voor dollen werden aangezien. Heksen zag men als personen die door de een of andere duistere kracht gedreven werden, licht waren en, zittend op een bezemsteel, konden vliegen.

Over de oorsprong van het woord ‘heks’ bestaat geen zekerheid. Het Hoogduits kent het woord *hexe*. Vroeger werd geloofd dat heksen iets met toveren te maken hadden. Heksen zaten op een omheining of haag, of zij reden erop; wellicht is tussen ‘heks’ en ‘haag’ verband te leggen. In het Nederlandse taalgebied waren de woorden ‘tovenaars’, ‘tovenares’, in het Duits *Drudner*, in gebruik; dit in de betekenis van vijand van God en mensen.

Hekserij stond bekend als ‘toverij’ en ‘zwarte magie’. De Joodse traditie neemt aan dat deze uit Egypte en Babylonië afkomstig zijn (vgl. p. 21). Het geloof in boze geesten vindt men overigens over de gehele aarde; het had een taai leven. De vervolging van heksen door de Kerk berustte op een interpretatie van enkele bijbelgedeelten. Paus Innocentius VIII (pauze van 1484 tot 1492) vaardigde wetten uit tegen toverij en hekserij, als onderdeel van zijn strijd tegen ketters. Zijn autoriteit was de Bijbel. In Exodus 22:18 staat: ‘Een tovenaars zult gij niet in leven laten’. Volgens het boek Micha (5:11) luidde het Woord des Heren: ‘Ik zal de toverijen uit uw hand uitroeien’. Ook in het Nieuwe Testament is herhaaldelijk sprake van toverij (Handelingen 8:9, 11; 13:6, 8; 19:13; Mattheus 12:27).

De heksen werden als regel verbrand, vaak na hen via marteling tot ‘bekentenis’ te hebben gebracht. De heksenvervolgingen – die het meest in de zestiende en zeventiende eeuw woedden – hebben in West- en Midden-Europa naar schatting een miljoen mensenlevens gekost, vrouwen tienmaal zoveel als mannen. De vonnissen werden als regel door wereldlijke gerechtshoven geveld. Kenmerkend voor het heksenproces is dat het meestal begon met enkele beschuldigingen en steeds nieuwe aanklagers aantrok. De relatief vroegtijdige afschaffing van de heksenprocessen in Nederland hangt wellicht samen met de ontwikkeling van de rechtswetenschap aan de Leidse universiteit vanaf 1575. De heksenwaag te Oudewater heeft velen het leven gered. Aangenomen werd dat een heks weinig of niets woog. Van hekserij beschuldigde mensen konden zich in die waag laten wegen; was hun gewicht normaal dan kregen zij daarvan een ‘getuigschrift’.

2.3.2 Exorciserende geestelijken en leken. Doctor Wier en Pastoor Vallick

Het geloof in bovennatuurlijke kracht als oorzaak van bezetenheid, toverij en kwalen riep genezers op die meenden de zieken een weg naar genezing te kunnen wijzen. Exorciserende geestelijken gebruikten zegeningen en bezweringen als geneeswijze. Zij zegden speciale gebeden op en sprenkelden met wijwater. Bevoegdheid tot exorciseren maakte deel uit van de priesterwijding. Ook sommige predikanten combineerden hun ambt met geneeskunst, waartoe ook duivelbannen kon behoren. De gereformeerde synodes en de classes waren van dat laatste evenwel geen voorstander.

Onder de bestrijders van de heksenwaan en -jacht waren de arts Johannes Wier (of Ioannis Wierus, 1515-1588), en Jacob Vallick (of Valck, ca 1515-ca 1571), pastoor te Groessen of Grossen. Doctor Wier werd in 1545 stadsgeneesheer te Arnhem, in 1550 lijfarts van hertog Willem III van Gulik en Kleef. Hij heeft zich grote verdienste verworven door zijn toenmaals beroemde boek *De praestigijs daemum* (Over de begoochelingen der demonen, de bezweringen en de gifmengerijen, Bazel 1563). Wel geloofde hij nog in de mogelijkheid van bezetenheid: hij bleef bij zijn mening dat de duivel, onder toelating van God, een mens kan begoochelen. Tevens echter verklaarde hij dat de gesignaleerde gedragsafwijking gevolg kon zijn van lichamelijke oorzaken, en behandeling door een arts vereisten. Wier behoorde dus tot de eerste psychiaters. In zijn wetenschappelijk werk gaat hij in op wat de mensen van de zestiende eeuw sterk bezighield: het geloof in demonische krachten; daardoor werd het geweten van de massa toegeschroeid bij de vreselijke verbranding van talloze slachtoffers. De betekenis van Johannes Wier is tweemaal. Ten eerste zijn durf een kritische houding bij die processen aan te nemen, en zijn medische benadering van het probleem. Onder marteling afgeperste bekentenissen erkende hij niet. Hij wees niet alleen op de mogelijkheid van verwarring bij beschuldigten, hij verklaarde ook dat alleen al de angst voor de wrede afpersingsmiddelen iemand gek kon maken. Tevens onderkende hij de vaak aanwezige ontoerekeningsvatbaarheid, en eiste hij bij het proces het oordeel van een geneesheer. Die benadering wijst op de geboorte van

de ‘forensische psychiatrie’ (die zich bezighoudt met strafrechtelijke expertises inzake verwondingen en toerekeningsvatbaarheid). Ten tweede zijn kennis, inzicht en overtuigingskracht. Daardoor gingen de autoriteiten twijfelen aan de waarde van de gebruikelijke processen. Wiers raad werd steeds meer gevraagd in gevallen van vermeende bezetenheid. De herhaaldelijk in kloosters voorkomende aanvallen van hystericie wist hij te analyseren, en terug te brengen naar hun oorzaken en gevolgen.

Pastoor Jacob Vallick had opvattingen over toverij, magie en duivelskunst die vrijwel overeenkwamen met die van Wier. De publikatie van Wiers boek en van Vallicks *‘Tooveren, wat dat voor een werc is, wat crancheit, schade ende hinder daer van comende is, ende wat remedien men daer voor doen sal’* (Hoorn, tweede druk 1598) volgde op een periode van hevige vervolging van toverij in de omgeving van Nijmegen. Wier benadrukte vooral de medische aspecten. Hij waande zich wetenschappelijk superieur aan Vallicks praktijk. Als intellectueel gevormd medicus zonderde hij zich af van het exorciseren met magische middelen, de pastoor brandmerkend als empiricus of kwakzalver. Vallick verdiende dat niet. Hij probeerde het leven van zijn parochianen te verbeteren door hun problemen psychologisch en therapeutisch te benaderen. Daardoor stond hij dicht bij zijn mensen en bereikte langs die pragmatische weg een opzienbarend resultaat. Het conflict tussen de beide mannen die hetzelfde doel nastreefden was weinig verheffend, en niet bepaald bevorderend voor het bereiken van een vruchtbare synthese (Frijhoff, in: Blécourt e.a. 1993).

Hier manifesteerde zich een controverse: die tussen de academicus en de practicus. De medicus meende als wetenschapsbeoefenaar de niet-medicus als normloze kwakzalver te moeten kwalificeren. Maar de geschiedenis van de ziekengenezing en ziekenzorg valt niet geheel samen met die van de academisch-medische praktijk. Pastoor Vallick verleende blijkens zijn belangstelling en zorg voor psychisch zieken klinisch pastorale zorg *avant-la-lettre*, een benadering die in Nederland voor het eerst in de nog te noemen Boerhaave-cursussen expliciet belicht zou worden (zie p. 171). Hij was een therapeut met een houding vol sympathie, begrip, toewijding en medeleven, een houding die een therapie op zichzelf kan zijn (Waardt 1991; Cobben 1960; Levack 1987).

2.3.3 Geestesgestoorden zijn zieken

Op het eind van de achttiende eeuw was de visie dat een krankzinnige met liefde en zorg omringd diende te worden, geen uitzondering meer. Daaraan heeft vooral Philippe Pinel (1745-1826), Frans filosoof en arts, geneesheer-directeur van het krankzinnigengesticht Bicêtre, later hoogleraar in de pathologie te Parijs, bijgedragen. Pinel slaagde er in een meer humane behandeling van zijn patiënten – zonder dwangmiddelen – in te voeren. In Engeland deed John Conolly (1794-1866), arts en hoogleraar in de geneeskunde, vanaf 1856 met zijn *no-restraint-system* hetzelfde (Lindeboom/Van Lieburg 1993; Huizenga 1991).

De inrichting ‘Meerenberg’ te Santpoort (1846) paste aanvankelijk dwangmid-

delen als dwangstoelen, bedsteden met tralies en isoleercellen toe. Gaandeweg werden deze geheel of gedeeltelijk vervangen door gerichte therapie, mede als vrucht van de pioniersarbeid van dr. J.L.G. Schroeder van der Kolk (1797-1862). Hij pleitte met succes voor de nieuwe visie op behandeling en verpleging van geesteszieken in het algemeen en voor arbeidstherapie in het bijzonder. Het is vooral aan hem te danken dat de Nederlandse regering, gealarmeerd over de toestand in de inrichtingen voor psychiatrisch zieken, tot wetgeving en staats-toezicht overging (1841-1884). In die tijd begon ook het Nederlandsch-Israëliësch armbestuur te Amsterdam met een gratis 'verplegingsoord voor behoeftige arme Amsterdamse krankzinnigen' (1845). Voor van elders komende armlastigen bedroegen de verplegingskosten 60 cent per dag (Calisch, 1851, 239-241).

In die tijd begon ook de opleiding tot deskundig verpleegwerk van de grond te komen. Ook wat de psychiatrische verpleging betreft moest eerst in hoofdzaak worden volstaan met opleiding in de praktijk volgens het recept 'al doende leert men'. Gaandeweg werd daaraan een theoretische component toegevoegd. Stimulans was de in 1884 herziene wet van 1841 die hogere eisen aan verplegenden en verzorgenden stelde. De toen begonnen bredere opleiding werd met een huisdiploma bekroond (de latere B-opleiding, zie p. 125, 142).

2.4 Zich moderniserende ziekenhuizen

2.4.1 Nieuwe cultuurperioden – nieuwe problemen

De Franse Revolutie heeft veel leed gebracht, maar maakte ook de weg vrij voor een nieuwe aanpak van maatschappelijke problemen, waaronder die van de gezondheidszorg. Sinds de Reformatie in de zestiende eeuw verdwenen de meeste katholieke charitatieve instellingen in Nederland; de rest werd door de geest van de Verlichting en die van de daarop volgende Grote Revolutie geseculariseerd of opgeheven. Omstreeks 1820 waren er geen katholieke ziekenhuizen meer. Vanaf dat jaar – en vooral in de tweede helft dan de negentiende eeuw – namen die instellingen in aantal toe. In die particuliere ziekenhuizen was soms nog iets overgebleven van de middeleeuwse opneming via de biecht, maar ook dat relict verdween. Andere initiatieven kwamen van protestantse en neutrale zijde. Een zodanig nieuwe cultuurperiode was aangebroken dat het agrarisch-commerciële beroepenpatroon zich structureel begon te wijzigen.

Daarbij kwam de bevolkingsaanwas. Tot 1800 was het aantal inwoners van het huidige Nederland anderhalve eeuw nagenoeg stabiel gebleven. Vanaf dat jaar begon de bevolking te groeien. In 1800 waren er ruim 2 miljoen inwoners, in 1830 ruim 2,5 miljoen en in 1850 ruim 3 miljoen. De groei was te danken aan een geboortenoverschot van bijna tien per duizend inwoners. Dit overschot was een gevolg van een stijging van het aantal geboorten, want de sterfte bleef tussen 1800 en 1850 onveranderd hoog. Een belangrijke oorzaak van die sterfte was de slechte gezondheidstoestand van de bevolking. Verscheidene ziekten heersten endemisch. Verder maakten mazelen, kinkhoest en difterie veel dodelijke slacht-

offers. De bevolking werd met onregelmatige onderbreking door epidemieën getroffen. De meeste slachtoffers vielen onder de armen. Velen leden aan chronische voedingsdeficiënties. Kortom, het was voor velen een ongezonde tijd. De arbeiders hadden weinig meer dan hun aardappels. Braken er besmettelijke ziekten uit, dan vielen zij het eerst als slachtoffers. De arbeiders golden nog in de jaren zestig als krachteloos en onbekwaam voor zwaar lichamelijk werk.

In het spoor van de Verlichting waren er drie verwante stromingen, gericht op verbetering van de levensomstandigheden in het algemeen en op die van de ‘massa’ in het bijzonder: het contagionisme, de filantropie en het hygiënisme.

Het contagionisme (Lat. *contagio*, besmetting), opsluiting of quarantaine c.q. afzondering van de patiënt had gefaald en werd in het begin van de negentiende eeuw als een verouderde theorie beschouwd. Het was in de ogen van sommige Verlichters een barbaarse benadering geweest waarmee men in de Middeleeuwen en later de melaatsheid had bestreden. Het denkbeeld dat besmetting veroorzaakt werd door onzichtbare ziektekiemen werd in de zeventiende en de eerste helft van de achttiende eeuw door veel natuuronderzoekers verdedigd. Hierna bleef een aantal geneeskundigen nog een eeuw lang ervan overtuigd dat – hoewel een smetstof niet was aangetoond – besmettelijke ziekten zich via het contagium verspreiden. Intussen was het contagieuze karakter (de directe overdraagbaarheid van mens op mens) van een aantal ziekten niet meer te ontkennen. Men meende nu dat de plagen die de mensen in de negentiende eeuw teisterden slechts te bestrijden waren door nastreving van reinheid en verbetering van de levensomstandigheden. Dit ‘anticontagionisme’ had tot pluriform doel: de materiële wereld beter en de mensen gezonder maken; aanleggen van rioleringen en waterleidingen; bestrijding van armoede en onwetendheid; vernieuwing van de huisvesting van allen die in donkere kelders en op stoffige zolders woonden.

Deze ‘sanitaire beweging’ was een soort van gerevitaliseerde miasma-leer die, ofschoon zinvol, niet van eenzijdigheid ontbloomt was. De anticontagionisten stelden tegenover het vereenvoudigd contagium-begrip een ruimer miasma-ontwerp dat met het idee van bedorven lucht weinig meer van doen had. De filantropie streefde, ook in het spoor van de Verlichting, naar ‘zedelijke verheffing’ van de paupers. Dat gebeurde fatsoenshalve, de goedgezinden niet te na gesproken. Het bedrijven van weldadigheid was een soort van rookgordijn. Daarachter ging schuil het tegengaan van de ‘zucht naar standsverheffing’ die sociale stijging belemmerde (zie D.K. van Meerten, Leiden, 1845).

De ‘hygiënisten’ ontketenden een gezondheidsoffensief. Zij zagen in dat zedelijke verheffing en fatsoenshalve verleende liefdadigheid zonder verbetering van de materiële levensvoorwaarden perspectiefloos waren. Een van de hygiënisten uit het eerste uur was de Rijnpaltische arts Johann Peter Frank (1745-1821). Zijn zedelijk werk, getiteld *System einer vollständigen medicinischen Polizey* (1779-1817) kreeg ook in Nederland grote aandacht. In die lijn lag ook de aanbeveling van de Nederlandse hygiënisten: meer overheidsdwang op de in veel opzichten nog autonome en lakse gemeentebesturen was hun grote wens (zie p. 135). Vooral sociaal georiënteerde en bij de gezondheidszorg betrokken personen

stonden op gespannen voet met pedagogische en patriarchale maatregelen. Onder de Nederlandse hygiënisten waren: G.A.N. Allebé, A.M. Ballot, J.C. van den Broecke, L.A. Cohen, S.Sr. Coronel, J.P. Heije, J.F. van den Hengel, J. Penn, S. Sarphati en anderen. Hun visie was aanzienlijk ruimer dan die van de filantropisten. Zij – de hygiënisten – stelden zich tot doel: bevordering van hygiëne in stad en land; verbetering van de volkshuisvesting; bestrijding van beroepsziekten; popularisering van sanitaire kennis en kunst; bevordering van volwaardig algemeen en beroepsgericht onderwijs (*waaronder verpleegkundig onderwijs*); het bieden van gezondheidszorg aan allen zonder aanzien des persoons (Houwaart 1991).

Een stroom van voorlichtende boeken, brochures en pamfletten getuigde van de kracht en de omvang van die beweging. Tijdschriften als *Gezondheidsblad*, *Schat der Gezondheid* en *Het Welvaren des Huisgezins* hadden weliswaar een kortstondige levensduur, maar bereikten velen via bibliotheken en leesgezelschappen. Damescomités deden het hunne. Dr. Heije zocht naar geschikte en opgeleide ‘ziekenoppassers’, dr. Coronel noemde de vrouw veelbetekenend de ‘priesteres van Hygieia’. In die zin maakte de actie ook deel uit van het streven naar vrouwenemancipatie en verheffing van de verpleegkunst.

Hadden die inspanningen een groot effect op de sociale lagen die het meest behoefte hadden aan sociale mondigheid en materiële verheffing? Op lange termijn wel. Het inzicht groeide dat gezondheidsvoorlichting van mensen uit de onderste sociale lagen niet perspectiefloos was, mits behuizing, arbeidsvoorwaarden, bescherming tegen beroepsziekten, drinkwatervoorziening, riolering en onderwijsuitbreiding door een doortastende overheid werden aangepakt. Rapporten over die onderwerpen kregen een steeds fellere lading. De ommekeer kwam; een nieuwe cultuurperiode brak aan.

De geschiedenis van de zorg voor zieken is rijk aan voorbeelden die aantonen dat elke nieuwe cultuurperiode gepaard gaat met grote institutionele veranderingen in de ziekenzorg. Deze kwamen voort uit gewijzigde inzichten omtrent de behandeling en de verpleging van patiënten. Het tijdperk van de asepsis en de medisch-hygiënische richtlijnen begon, en daarmee ook de geneeskundige theorie en techniek. Een en ander ging steeds meer een stempel drukken op de gang van zaken met en rondom de ziekenhuispatiënten en de thuisverpleegden. Dus moesten de gasthuizen en de hospitalen hetzij worden aangepast aan de nieuwe eisen, hetzij vervangen door nieuwbouw. In die fase kwam de verpleegkunst als beroep van de grond.

Het antwoord van de bouwkunst op de nieuwe inzichten was nu eens traditiegetrouw, dan weer toepassing van nieuwe bouwmethoden. Van veel kathedralen was al bekend dat de almaar hogere en rankere bouwtrant bij voortduring nog niet plaatshad op basis van sondering en sterkteberekening, maar naar het inzicht van de vakman krachtens ervaring en overgeleverde vuistregels. Daardoor ontstonden vaak reeds tijdens de bouw ernstige problemen: het gebouw of de constructie stortte dan vroeg of laat geheel of gedeeltelijk in. Nieuwbouw of ingrijpende herstelwerkzaamheden waren dan nodig. In de tweede helft van de

achttiende eeuw brak voor de bouwkunst met de introductie van sterkteberekeningen een nieuwe fase aan. Maar toen de gasthuizen aan vernieuwing of nieuwbouw toe waren bevond toetsing van de theorie aan de praktijk zich nog in haar beginstadium.

Vervanging van lage gebouwen door ziekenhuizen met meer dan één bouwlaag stelde alleen al aan de fundering hoge eisen. Ook de toegepaste technische voorzieningen, waarbij de nieuwe krachtbronnen – stoom en gas – werden benut, verkeerden nog in een experimenteel stadium. Een en ander bracht voor de ingenieur, de architect en de opdrachtgever grote risico's met zich mee. Met gedeeltelijk nieuw materiaal gingen zij de ziekenruimten inrichten voor hun nieuwe functie: dienen tot werkplaats voor de geneeskunst en de verpleegkunst. Daarbij gold als axioma, dat het nieuwe ziekenhuistype een hygiënisch verblijf moest zijn. Enkele voorbeelden.

2.4.2 Rotterdam. Over bouwen en bouwproblemen

Het ziekenhuis aan de Coolsingel te Rotterdam dat het uit 1576 daterende gasthuis verving, kende een moeilijke bouwperiode van tien jaar. Het werd geopend in 1851 (Van Lieburg 1986). Raming (sterk overschreden later): f 400.000. Aantal bedden: 300. De bouwmeester was Willem Nicolaas Rose (1801-1877) die als kadet van de genie de militaire school te Delft doorlopen had. Na in het leger als officier en aan de Koninklijke Militaire Academie te Breda als leraar bouwkunde gefungeerd te hebben, werd Rose in 1839 stadsarchitect van Rotterdam, in 1844 lid van het Koninklijk Instituut (in 1850 Koninklijke Academie van Wetenschappen).

Het ziekenhuis werd gebouwd op een fundering van 1065 palen in een soort van neo-Romaanse stijl. Links en rechts van de hal gaven 'corridors' (brede gangen) toegang tot ziekenkamers en dienstruimten. Het kende drie verdiepingen boven het souterrain, en gold als een voorbeeld van technisch vernuft. Veel bewondering kregen de indrukwekkende hal met zestien pilaren en de mahoniehouten trappen, alsmede de stookinrichting tot verwarming van de ziekenkamers, het ventilatiesysteem en twee – later aangebrachte – 'hijskamer-tjes' (goederenliften met stoomtractie), in die tijd iets zeer bijzonders in een Nederlands gebouw. Het ziekenhuis stelde zich tot doel 'zieken van elke rang of stand als hulpbehoevende mensen en niet als hinderlijke lastposten te beschouwen en te behandelen'.

De ingebruikneming van dit ziekenhuis en zijn voorgeschiedenis kenmerkten zich door grote tegenslagen. Het ontwerp als zodanig oogstte veler bewondering, maar tal van technische problemen deden zich voor. Toen de 16 meter lange heipalen geslagen waren en de bouw nog in het beginstadium verkeerde traden ernstige verzakkingen op. Dit ondanks gedane grondboringen en het slaan van proefpalen (de invloed van 'negatieve kleef' werd pas later onderkend). Bakstenen muren scheurden en vloeren kwamen scheef te liggen. Ruiten in de gietijzeren ramen sprongen, geveldelen raakten uit het lood en de vurehouten

vloeren vertoonden grote, vol vuil zittende naden. Om advies gevraagde deskundigen constateerden ernstige kwaliteitsgebreken op tal van plaatsen. De Raad en de pers lieten zich niet onbetuigd. Gewezen werd op andere mislukte creaties van de architect, onder meer de instorting van een kaaimuur langs de Boompjes. De populaire, zachtmoedige architect Rose werd geschetst als een theoreticus die rijk was aan nieuwe ideeën maar arm aan praktische kennis en ervaring. Tijdens de bouw en nog jaren erna moesten bouwdelen en een deel van de technische outillage worden gesloopt en vervangen. In 1855 werd Rose gedgegradeerd van stadsarchitect tot ingenieur van gemeentewerken. Drie jaar later werd hij benoemd tot bouwmeester van de rijksgebouwendienst. Te Rotterdam mocht hij als ingenieur-adviseur aanblijven. Lof én kritiek verwierven tal van gebouwen, gesticht tijdens zijn bouwmeesterschap (vgl. J.J.C. de Wijs, *Bouwkundige Bijdragen van de Maatschappij tot bevordering der bouwkunst*, deel 24, 1878, en deel 15, 1879). Het afbreken van de eikehouten kap op de Ridderzaal en deze vervangen door een gietijzeren kap is tot heden door velen betreurd.

Het ziekenhuis aan de Coolsingel, herhaaldelijk veranderd en uitgebreid, werd verwoest bij het bombardement van Rotterdam in 1940. Het Academisch ziekenhuis 'Dijkzigt' kwam ervoor in de plaats.

2.4.3 Amsterdam. Van pesthuis naar medisch centrum

Het Amsterdamse Buitengasthuis werd tussen 1630 en 1635 buiten de stadsmuren als pesthuis gebouwd. Dit stond onder beheer van een chirurgijn en een pestmeester. Als personeel fungeerden binnenvaders en binnenmoeders, alsmede helpers. Later diende het pesthuis als krankzinnigengesticht. In grote zalen stonden de kribben zowel langs de wanden als in het midden. In kleinere zalen lagen herstellende zieken. De verlichting bestond uit kaarsen en nachtlampjes. In 1851 bracht gaslicht uitkomst. De hygiënische toestand moet er ver beneden peil zijn geweest. Eerst in 1853 werd ingezien dat modernisering onvermijdelijk was. Na een grondige reorganisatie van het gasthuis begon in 1883 een systematische opleiding tot verpleegkundige; er kwam toen gaandeweg meer lijn in de deskundige behandeling en verpleging van patiënten. Vanaf dat moment werden vernieuwingsplannen gemaakt; deze leidden tot de bouw van een nieuw gasthuis; het ontving de naam 'Wilhelmina Gasthuis' (1891). Dit nam van het Binnengasthuis de rol van universiteitskliniek over. Na 1945 kwam een reeds hiervóór ontworpen plan voor een riant nieuw ziekenhuis, een combinatie van het Binnengasthuis en het voornoemde Wilhelminagasthuis – het AMC – aan de orde. In 1967 werd tot uitvoering besloten. In 1987 ging ook het Emma Kinderziekenhuis daartoe behoren.

2.4.4 Groningen. Van polikliniek naar academisch ziekenhuis

Te Groningen werd vanaf omstreeks 1750 poliklinisch onderwijs gegeven. Van 1797 tot 1803 was een academisch kliniekje gevestigd in het Gereformeerde Arm-

en Kinderhuis. Het Academisch ziekenhuis te Groningen (AZG) kwam in 1803 tot stand. Een universiteitskliniek begon in het 'West-Indische Huis' in 1803. Na langdurig overleg en diverse improvisaties werden de besturen van de provincie, de stad en de universiteit het eens over de inrichting van een 'Algemeen Provinciaal Stads en Academisch Ziekenhuis' (1851). Hygiëne, alsmede deskundige behandeling en verpleging waren er echter nog ver te zoeken. Vanaf 1876 was de hogeschool Rijksuniversiteit. Verbetering trad eerst in toen in 1903 een nieuw ziekenhuis kon worden betrokken. Belangrijke uitbreidingen volgden. In 1971 werd de naam veranderd in 'Academisch Ziekenhuis Groningen' (AZG). Sindsdien is er bijna permanent verbouwd en bijgebouwd. Anders dan het AZU in Utrecht (dat na jarenlange uitbreidingen naar de Uithof buiten de stad verhuisde) bleef het ziekenhuis midden in de stad gesitueerd. Thans kan men door een ondergrondse garage het gehele complex bereiken.

2.4.5 's-Hertogenbosch. Van Gasthuis naar Groot Ziekenhuis

Het Groot Ziekengasthuis te 's-Hertogenbosch bestond reeds vóór 1275. Niet de genezing van patiënten stond voorop, maar verzorging en vertroosting van behoeftigen en zwervers. Het werd gesticht door de burgerij. In de vijftiende eeuw bestond het personeel uit zusters en broeders, vijf meiden, twee knechten, drie kapelaans, twee kosteren en een chirurgijn. Omstreeks 1474 verrees een nieuw complex van gebouwen. Een eigen boerderij, wijngaard en bakkerij voorzagen zoveel mogelijk in de dagelijkse behoeften. Omstreeks 1850 deed de doctor medicinae zijn intrede. De invoering van de Geneeskundige wetten in 1865 bevorderde de gezondheidszorg tot wetenschap. In 1880 begonnen de zusters van de Heilige Borromeus, verbonden aan het vrouwenziekenhuis van die naam, in het nu genoemde 'Groot Ziekengasthuis' te werken. Een geheel nieuw ziekenhuis kwam tot stand in 1910. Het aantal verpleegsters groeide snel. Om hen te huisvesten werden enkele verpleeggebouwen opgericht. Het Medisch Behandelgebouw verrees in 1974, de hoofdmoot van het ziekenhuis. In 1988 werd gefuseerd met het Prins Willem Alexander Ziekenhuis.

2.4.6 Maastricht. Van particuliere ziekenzorg naar Academisch ziekenhuis

Eertijds probeerde het Maastrichts armbestuur de patiënten zo goedkoop mogelijk onder te brengen bij particulieren en religieuze instellingen. Alleenstaanden werden op kosten van het gemeentebestuur verzorgd bij de Cellebroeders, de Falie Zusters of de Grauwe Zusters, dan wel in het Gasthuis van St. Servaas.

Het Academisch Ziekenhuis te Maastricht bestaat sinds 1986. Het is voortgekomen uit het Ziekenhuis St. Annadal, opgericht in 1950. De tijd hierna werd gekenmerkt door voortdurende uitbreidingen en vernieuwingen. Tevens werd begonnen met onderwijs en onderzoek betreffende de verpleegwetenschappen (1980). In 1982 verlieten de religieuzen het ziekenhuis. Sinds 1986 beschikt het ziekenhuis mede over een afdeling voor open hartchirurgie.

2.4.7 Brugge. Van hospitaal via innovatie naar ziekenzorgmuseum

Het St-Janshospitaal te Brugge, waarvan de geschiedenis teruggaat tot de twaalfde eeuw (zie p. 33), bleef eeuwenlang als gasthuis fungeren. Het beslaat nu nog een oppervlakte van drie hectare. Bij en tussen de drie ziekenzalen, de aangrenzende hospitaalkerk en het broederklooster bevonden zich binnentuinen. Het zusterklooster, in de zestiende en de zeventiende eeuw langs de Reie achter de zuidelijke ziekenzaal opgetrokken, wordt nu nog gedeeltelijk door hospitaalzusters bewoond. In een hoek van dat klooster, daar waar een arm van de Reie de tuinen binnenvloeit, lagen kruidentuinen. Deze moesten in de negentiende eeuw grotendeels plaatsmaken voor een nieuw ziekenhuis. De ziekenzalen, daterend uit de dertiende en veertiende eeuw, verloren in 1864 hun bestemming als opvang- en ziekeninrichting. Het nieuwe gebouw diende tot 1978 als hospitaal; door de modernisering in de geneeskunst was het uitgegroeid tot een medisch centrum. Intussen was in 1839 een hospitaalmuseum ingericht in een deel van het zusterklooster. Later kregen de drie ziekenzalen eveneens een zodanige bestemming.

Zo ontstond, met de vele bewaard gebleven kunstvoorwerpen, een omvangrijke verzameling; deze schetst niet alleen een beeld van de geschiedenis van het hospitaal, maar ook van de plaatselijke ziekenzorg. Het ligt in de bedoeling ook de indrukwekkende zolders als tentoonstellingszalen in te richten. De hospitaal-apotheek uit de zeventiende eeuw is sinds 1972 voor het publiek opengesteld. Hierin zijn farmaceutische keramiek en andere voorwerpen terug te vinden. Van de zes schilderijen die Hans Memlinc (ca 1430-1494) voor het hospitaal schilderde zijn er vier bewaard gebleven; ze hangen in de voormalige hospitaalkerk en de aangrenzende Corneliuskapel.

Voor alle geïnteresseerden in de historie van hospitaalbouw, geneeskunst, heelkunst, verpleegkunst en farmacie zijn de nog bestaande gebouwen en het goed geconserveerde archiefmateriaal van onschatbare waarde.

2.4.8 Streekziekenhuis Midden-Twente annex Zotel

Op 23 juni 1994 is in het Streekziekenhuis een zorghotel of 'Zotel' in gebruik genomen. Het is een aan het ziekenhuis gekoppelde verblijfplaats voor patiënten die slechts minimale zorg behoeven en wachten op terugkeer naar huis of vertrek naar elders. Deze innovatie is een van de antwoorden op de recente commercialisering van de gezondheidszorg. De wachtlijsten en wachttijden worden hierdoor bestreden, de ziekenhuiscapaciteit kan zo beter worden benut en de kosten van een ziekenhuisdag zijn sterk gereduceerd.

2.5 Ziekenhuisorganisatie. Ziekenhuisvorm en -inrichting

De overgang van verblijfsinrichting voor arme zieken en andere hulpbehoevenden naar ziekenhuis voor patiënten uit alle lagen van de bevolking had

consequenties voor de leiding en de organisatie. Het kloosterziekenhuis kende een religieuze directie. Het gasthuis werd bestuurd door regenten en regentessen, gekozen uit magistraten. Die bestuursvorm handhaafde zich tot diep in de negentiende eeuw. Gaandeweg werd dat bestuur bijgestaan door gespecialiseerd personeel voor de huishouding en de linnenkamers, alsmede voor de boekhoudkundige en de financiële administratie. De zich wijzigende omstandigheden in de ziekenhuizen maakten de functie van het regentenbestuur als vanzelf overbodig, en ruimde plaats in voor leiding door medici.

De metamorfose door de geneeskundige ontdekkingen (vgl. p. 38) werd op enige afstand gevolgd door de intrede van verpleegkundigen. Een geneesheer-directeur werd aangesteld. Hij nam de medische leiding in handen, aanvankelijk ook die van de huishoudelijke zaken. Later werd een directrice hoofd van de verpleegkundigen, en veelszins ook van de 'bedrijfs'opleiding van leerling-verplegenden. De zorg voor de huishoudelijke dienst, de keuken, de linnenkamer, de schoonmaakdienst nam zij eveneens voor haar rekening. Nog weer later verscheen de economisch directeur als hoofd van materiële dienst.

Na 1945 veranderde er in korte tijd meer in de organisatie en de traditionele personeelsverhoudingen van het ziekenhuis. Staf- en kaderopleidingen waren al voorboden van veranderingen. Deze pasten in het kader van de democratiseringsgolf in de jaren zestig, een tijdvak waarin de jongeren in opstand kwamen tegen de ouderen. De hiërarchische organisatie in de verpleging maakte in die tijd plaats voor een horizontale structuur (zie p. 190).

Mét de organisatie veranderde de bouw en de inrichting van het ziekenhuis. De traditionele ziekenhuisbouw evolueerde door de onstuitbare dynamiek in de bouwkunst, de geneeskunst en de verpleegkunst. Initiatieven van particulieren en particuliere instellingen van rooms-katholieke, protestantse en joodse signatuur brachten als vanzelf afwijkende en vaak progressieve meningen inzake de ziekenhuisbouw en -inrichting met zich mee. Verder had ook in gemeentelijke inrichtingen het breken met de gewoonte, het ziekenhuis speciaal voor de armen te bestemmen, invloed op vernieuwing. Zo ontstond een differentiatie in 'klassen', het 'klassensysteem'. Na verbouwing of direct al bij nieuwbouw werden kleine ziekenkamers ingericht voor betalende zieken. Zij stelden zekere eisen aan hun verpleging: daartoe konden behoren een kleine kamer, gedeeld met enkele lotgenoten, of een eigen kamer, alsmede betere voeding en langere bezoektijden. Het klassensysteem kwam zozeer in trek dat speciale klasse-afdelingen werden ingericht.

Ook begon in de tweede helft van de negentiende eeuw de bouwwijze te veranderen. We zagen al het revolutionaire 'corridor-systeem' van het Cool-singelziekenhuis te Rotterdam (zie p. 46). Verder werd het paviljoensysteem populair. Een van de eerste voorbeelden van paviljoenbouw was het Marine Hospitaal te Plymouth, geopend in 1764. Het bestond uit acht gebouwen rondom een binnenplaats. Er kwamen mannen- en vrouwenpaviljoens, verband- en ziekenpaviljoens, alsmede paviljoens voor geesteszieken en besmettelijke zieken. Naast voordelen waren daaraan ook nadelen verbonden: sommige paviljoens

dijden uit tot kleine ziekenhuizen. Dat kwam de overzichtelijkheid van het geheel niet ten goede. Een veraf gelegen centrale keuken was een van de bezwaren. Tevens werden de looplijnen te lang: er ging veel tijd verloren door de grote afstanden die het personeel had af te leggen. Het bouwkundige antwoord daarop was het 'vleugelziekenhuis', met een hoofdgebouw als centrum, en daaromheen gegroepeerde zijgebouwen. Hierna leek het 'blokbouwsysteem' het antwoord op de toenemende specialisaties en geneeskundige vindingen. De onderdelen of afdelingen van het ziekenhuis worden dan op elkaar gestapeld. Liften maken het mogelijk in zulke verdiepingen te bouwen. Instelling van 'verpleegeenheden' voor zo'n 25 zieken scheen een goede oplossing te zijn. Voor de verpleegkundigen en hun staf is zo'n eenheid goed te overzien, terwijl het contact met de patiënten bevorderd wordt. Samenvoeging van een aantal verpleegeenheden resulteert in het 'verpleeghuis'. Een 'behandelhuis' – het kostbaarste deel van het ziekenhuis – is een eenheid die de behandelingen, de operaties en de laboratoriumarbeid omvat.

Vermelding verdient ook de toegenomen populariteit van de 'kliniek', een reeds in de oudheid bestaande vorm van observatie, diagnose en weinig tijd-rovende hulp (vgl. p. 23). In de negentiende eeuw kreeg de arts in een polikliniek de taak, hulpvragenden gratis te behandelen en eventuele opname van zieken te regelen, dit laatste was tot die tijd soms wel het werk van regenten en andere leken. Die gratis behandeling verviel in 1970, althans voor de academische ziekenhuizen. Sindsdien maakte het ziekenfonds het minder gegoeden mogelijk, van de poliklinieken gebruik te maken. In de moderne polikliniek komen patiënten die kunnen volstaan met een kort onderzoek en een korte behandeling, eventueel als voorbereiding voor een opname van langere duur.

Toch kon niet worden voorkomen dat elk nieuw bouwsysteem spoedig verouderde. Dit niet alleen doordat de architect van heden over bouwen anders denkt dan die van morgen, maar ook doordat zowel aan de bedrijfsvoering als aan de behandeling en verpleging steeds weer andere en verder gaande eisen werden gesteld. De in het bedrijfsleven en het onderwijswezen actueel en modieus geworden 'STC-operatie' (schaalvergroting, taakverdeling en concentratie) was een 'vernieuwing' die ook tot het ziekenhuiswezen doordrong. 'Groot' en 'fuseren' werden populair. Als gevolg daarvan verrezen indrukwekkende 'Medische Centra', hetzij door combinatie van bestaande inrichtingen, hetzij door totale nieuwbouw. En uiteraard heeft dat bouwen in grotere eenheden consequenties die niet altijd als probleemloos worden ervaren, en met name de menselijke verhoudingen raken (Huizenga 1991; Korst 1988).

2.6 Ziekenhuis voor allen. Differentiatie in geneeskunst en verpleegkunst

Het begin van de moderne geneeskunde en verpleging ging gepaard met een bestemmingsverandering van de ziekenhuizen. Deze veranderden in medische

instellingen die erkenning moesten zien te verkrijgen voor hun nieuwe taken, waaronder hun verpleegopleiding.

Door meer inzicht in de oorzaak van infecties en ziekten was het voor welgestelde zieken niet meer vanzelfsprekend, de dokter aan huis te ontbieden. Zowel de armen als de rijken konden nu profiteren van de nieuwe geneeskundige ontdekkingen, en van de daaruit voortvloeiende behandeling en verpleging. Dit laatste kon gaandeweg beter, in bepaalde gevallen zelfs alleen in een ziekenhuis gebeuren. De nieuwe ziekenhuizen waren vooral bestemd voor verpleging in een daarvoor meest geschikte situatie. Het aantal behoeftigen was door de bevolkingsgroei toegenomen. Eveneens veranderde de mentaliteit in de zorgverlening; het ziekenhuis werd een sociaal instituut met een ruime actieradius. Daarbij werkte de ontwikkeling van de geneeskunst en vooral die van de heelkunst als een krachtige katalysator. De geneesheer kon nog bij een zieke terecht in zijn woning. Het chirurgisch handwerk kon tot omstreeks 1867 nog goed aan huis van de patiënt worden uitgeoefend. De nodige apparatuur droeg de arts mee in zijn dokterstas. Na de invoering van de anti-sepsis en de asepsis moest de chirurg wel opereren in een steriele omgeving, i.c. in een hygiënisch en medisch-technisch ingerichte operatiekamer van het ziekenhuis. Die modernisering van de chirurgische praktijk maakte de nieuwe ziekenhuizen tot medische werkplaatsen; de verpleegopleiding en de verpleging hadden zich daarop in te stellen.

Met de ontwikkeling van het ziekenhuis van gastvrij verzorgingsinstituut naar verpleegkundig en medisch behandelingsinstituut ging differentiëring van de medische behandeling gepaard. De medische en verpleegkundige ziekenhuisfuncties liepen uit op volledige dagtaken. Voor dat groeiproces is het verenigingsleven illustratief: de artsen kregen hun vereniging 'Algemeene – later: Koninklijke – Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst' (AMBG, 1849). In 1883 verscheen de kwalificatie 'specialist' voor het eerst in de statistieken van de KNMG; Nederland telde toen 32 specialisten. De chirurgen organiseerden zich in 1902 ('Nederlandsche Vereeniging voor Heelkunde', tot 1932 ook opendaand voor niet-chirurgen), de internisten in 1931 ('Nederlandsche Internisten Vereeniging'). Toen bestond de 'Vereeniging voor Psychiatrie' zestig jaar, het 'Oogheelkundig Genootschap' veertig jaar en de 'Vereeniging voor Kinder-geneeskunde' bijna veertig jaar.

Het ontwakend gezondheidsbesef, alsmede de zich uitbreidende en specialiserende zorgverlening noodzaakten tot verheffing van de verpleegkundige bezigheden. Die waren eertijds door nonnen, religieuzen en diaconessen verricht. Nu begon het verplegen zich af te tekenen als een ideale stijngsmogelijkheid om een eervol en volwaardig vrouwelijk beroep uit te oefenen. Weliswaar waren er nog veel hindernissen te overwinnen, traditiegetrouw hielden velen nog lang vast aan verpleging op basis van lieftdadigheid, maar onstuitbaar werd de vorming van het nieuwe verpleegkundig beroep. Dit kreeg drie op deskundigheid gebaseerde componenten: patiëntgerichte en verpleegkundige taken; verpleegkundig-organisatorische taken in dienst van de zieken-

huisdirecties of andere instanties; medisch-technische taken als onderdeel van de medische behandeling, in opdracht van en in samenwerking met de medici.

Voor de verpleegkunst had die differentiatie consequenties. Toen de geneeskunst een natuurwetenschappelijke grondslag kreeg leerde de medicus denken in exact begrensde ziekte-eenheden. De patiënt werd naar ziektesoort geïsoleerd en geconcretiseerd. Deze ontwikkeling leidde niet bepaald tot begrip voor de zieke mens als totaliteit. De arts loopt kans geen zieke mensen te zien, maar zieke organen. De opgeleide verpleegkundige behóefde als verplegende en als medische hulpkracht in dat voetspoor niet te volgen. Echter werd door de fragmentering van de opleiding (geen basisopleiding maar opleiding per ziekenhuis en aantekeningen of huisdiploma's per specialiteit) die totaliteitsbenadering er niet gemakkelijker op (Goudsmit 1978).

2.7 Bijzondere ziekenhuizen en specialismen

2.7.1 *Aanleiding tot specialisatie*

De ideeën van Semmelweis (hygiëne), Pasteur, Von Behring en Koch (jacht op bacteriën), Lister (antiseptis), Cheyne (asepsis) en anderen verruimden het inzicht inzake ziekteverwekkers. Nieuwe ontdekkingen in chemie en farmacologie maakten grote vorderingen op het gebied van de narcose. Deze ontwikkelingen brachten een aantal artsen ertoe zich te gaan specialiseren.

Specialisatie is arbeids(ver)deling: het zich toeleggen op een bepaald onderdeel van een vak. Diverse specialismen ontstonden in poliklinieken, toen in de ziekenhuizen voor elk van de grote klinische vakken wel iemand was aangesteld die zijn vak volledig uitoefende. Specialisten die geen toegang hadden tot een ziekenhuis openden poliklinieken voor eigen rekening. De naam 'specialist' duikt het eerst op in 1883. Toen functioneerden er 32 specialisten; in 1915 waren er 567. In 1905 werd de eerste specialistenvereniging te Amsterdam opgericht. In de laatste decennia van de negentiende eeuw zijn in enkele steden ziekenhuizen gevestigd speciaal voor behandeling en verpleging van minvermogenden, een vorm van sociale specialisatie voor een bepaalde bevolkingsgroep. Een gespecialiseerd ziekenhuis kwamen we al tegen: het psychiatrisch ziekenhuis. Het in 1858 opgerichte 'Nederlandsch Gasthuis voor minvermogende en behoeftige ooglijders' had als drieledig doel: behandeling van oogpatiënten, onderwijs en onderzoek. Thans volgen enkele andere gespecialiseerde ziekenhuizen die zich richtten op een leeftijdsgroep of een bijzondere behandeling en verpleging.

2.7.2 *Kindergeneeskunst en kinderverpleegkunst*

Vóór de negentiende eeuw werd het kind gezien als een volwassene in zakformaat. Onder invloed van de Verlichting groeide de gedachte, dat onderwijs hét middel was tot verheffing uit armoede en onwetendheid. In de tijdens de Bataafse Republiek tot stand gekomen wetgeving werkten die denkbeelden door.

Het kind werd nu beschouwd als menselijk wezen dat leefde in een eigen sfeer; men vond die sfeer nodig om het kind te laten rijpen. Er ontstond een drempel tussen de wereld van het kind en die van de volwassene, het eerst in welgestelde kringen, een halve eeuw later ook in de lagere standen (vgl. Dasberg 1975; Mollenhauer 1986).

Kritische beschouwers wezen op de sociaal-economische nood van vele gezinnen, en op de maatschappelijke werkelijkheid die veel kinderen geen geëigende levenssfeer bood. De waarnemers – waaronder Samuel Sr Coronel (1827-1892) – zagen de slechte gezondheidstoestand vooral van hen die werkten in huisindustrie, werkplaats en fabriek; Coronel pleitte voor het besteden van grote aandacht aan de gezondheid in het algemeen en hygiëne in het bijzonder van het kind.

Ook rapporteerden enkele ingewijden over de slechte inrichting en toestand van veel schoollokalen. Als antwoord daarop bevatte de wet op het lager onderwijs van 1857 een voorschrift over de gezondheidszorg aan kinderen: geen onderwijs mocht worden gegeven in lokalen, die door de schoolopziener als schadelijk voor de gezondheid werden verklaard. Het gemeentebestuur van de Haarlemmermeer belastte in 1868 twee schoolartsen met de taak, in de lagere scholen te letten op kinderziekten, op de hygiënische toestand van de privaten en op de kwaliteit van het drinkwater. Ook de medici streefden naar verbetering. De eerste schoolartsendiensten werden te Arnhem, Schiedam en Zaandam in 1904 opgericht. In 1968 waren ongeveer 350 schoolartsen bij die diensten werkzaam.

Het inzicht, dat gespecialiseerde kinderverpleging dringend nodig was, leidde in het buitenland tot oprichting van kinderziekenhuizen. Rotterdam volgde die voorbeelden door opening van het eerste Nederlandse kinderziekenhuis – het tegenwoordige ‘Sophia Kinderziekenhuis’ – in 1863. Het tweede volgde te Amsterdam in 1865, in 1899 ‘Emma Kinderziekenhuis’ genoemd; na een fusie met het Academisch Medisch Centrum te Amsterdam werd de naam ‘Emma Kinderziekenhuis-Kinder AMC’.

Artsen hadden daarbij op specifieke aspecten van kinderverpleging gewezen. Onder hen was dr. Sybrand Klaas Hulshoff (1849-1897). Nadat door zijn toedoen te Utrecht een kinderziekenhuis was gesticht werd hij geneesheer-directeur daarvan. Daardoor was hij nog meer in de gelegenheid in de reeds door hem gevestigde polikliniek voor kinderziekten studenten en leerling-verpleegsters onderwijs te geven op dat speciale gebied (*Ziekenverpleging* 1892). Hiervóór had dr. Hulshoff zich in binnen- en buitenlandse klinieken bekwaamd in de speciale behandeling van kinderziekten; hiervan getuigen zijn talrijke wetenschappelijke publikaties. In *De verpleging van kinderen* (1897) geeft deze arts-docent aan over welke kennis en eigenschappen de verpleegster van kinderen meer moet beschikken dan een ‘algemene’ ziekenverpleegster.

De eerste hoogleraar kindergeneeskunde – dr. Gabbe Scheltema (1864-1951) – ging in zijn inaugurele rede bij de aanvaarding van het ambt van buitengewoon hoogleraar aan de Rijksuniversiteit te Groningen (1909) in op de voorgeschiedenis van het medisch specifieke van kinderen en kinderziekten, mede in het kader van de ontwikkelingspsychologie. Hij zocht het kenmerkende verschil met

geneeskunde voor volwassenen in de volvoering van biologische grondwetten. Naar zijn mening mocht het kind niet langer als een kleine volwassene beschouwd worden, maar als een menselijk wezen met eigen specifieke levens- en rijpingsstadia. Menig gezondheidsprobleem bij volwassenen ligt, aldus Scheltema, verscholen in de kindsjaren. In het verlengde daarvan lag het ontstaan en de ontwikkeling van de kinderpsychiatrie.

Afgezien van de reeds genoemde overwegingen was het motief voor de stichting van kinderziekenhuizen drieërlei. Ten eerste was het sterftecijfer van zuigelingen en oudere kinderen groot door de sociaal-economische nood in vele gezinnen (de sterfte per 100 levend geboren bedroeg 18,3 nog in de periode van 1880-1889, tegen 3,7 in 1937). Ten tweede werd een kind alleen opgenomen als thuisverpleging onmogelijk was (en dat kwam veel voor doordat menige vrouw gedwongen was te werken ook als ze thuis niet gemist kon worden). Ten derde werden zieke kinderen op grote zalen in de gasthuizen verpleegd, waardoor de kans op besmetting groot was.

Door een en ander kwamen sociaal voelende artsen ertoe, zich op de kindergeneeskunde toe te leggen. Aan een hygiënische behandeling en verpleging werd grote aandacht besteed. Omstreeks 1890 waren verscheidene particuliere inrichtingen, waarin mede een klein aantal patiëntjes was opgenomen, vervangen door speciaal voor kinderverpleging gebouwde ziekenhuizen. Ondersteunend was de Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde (1892), opgericht op initiatief van een aantal artsen, alsmede de Nederlandsche Bond tot Bescherming van Zuigelingen (1908, later 'Nederlandsche Bond voor Moederschapszorg en Kinderhygiëne' geheten).

Aanvankelijk was het geen regel, ook zieke zuigelingen op te nemen. Toen echter meer kennis van de kindergeneeskunde de kans op herstel ook van zeer jonge kinderen vergrootte, kwamen ook dezen in het ziekenhuis terecht. Het besmettingsgevaar noopte tot 'boxverpleging', door tussen de bedjes glazen schotten te plaatsen. Later perfectioneerde men dit systeem door ook goed geventileerde en geheel geïsoleerde boxen in te richten, om het gevaar van infectie nog meer te beperken. In het Amsterdamse Binnengasthuis werd in 1916 de eerste kinderafdeling met geheel gesloten boxen in gebruik genomen. Verder werd meer aandacht besteed aan goede voeding. Daartoe behoorde vooral moedermelk. Ontbrak deze, dan bereidde de verpleegster goede kunstmatige voeding. De onwetendheid van vele moeders was nog groot in die dagen. Rousseau's klacht over het gebruik, het jonge kind door strakke banden bewegingsvrijheid te benemen en hem borstvoeding te onthouden (*Emile* 1762), had in de laatste decennia van de negentiende eeuw nog niets aan actualiteit ingeboet.

Ook kwam een speciaal op kinderziekten gerichte opleiding op gang. De eerste examens in de kinderverpleging werden in 1906 afgenomen. Vóór die opleiding bestond werd dit verpleegwerk verricht door verpleegsters en vrijwilligers die, samen met de artsen, leerlingen met het werk vertrouwd maakten. In de loop van de twintigste eeuw ging het diploma Ziekenverpleging-

A als basis dienen van de opleiding voor de ‘aantekening kinderverpleging’ (wettelijk erkend bij KB van 21 december 1928). Tevens was het mogelijk, de verpleegkundige opleiding te beginnen in een kinderziekenhuis; aan het eind daarvan kon dan nog een jaar in een gewoon ziekenhuis worden gewerkt en gestudeerd om het Ziekendiploma-A met aantekening te behalen. Voor de opleiding na 1972 gold als toelatingseis het bezit van het A-diploma of HBO-V of MBO-V.

Op het gebied van de zorg voor kinderen heeft de ‘Bond ter bescherming van zuigelingen’ (1908, later ‘Bond tot bescherming van zuigelingen en kleuters’ geheten) zich zeer verdienstelijk gemaakt, onder meer door in diverse plaatsen consultatiebureaus te vestigen. Het eerste type daarvan werd in 1901 geopend door dr. B.P.B. Plantenga, in navolging van het in 1892 te Parijs gevestigde ‘Consultations de Nourissons’. Het doel daarvan was tweërlei: geregelde geneeskundige controle van het gezonde kind, om vroegtijdig ziekten of gebreken te kunnen constateren; bevordering van de zorg voor het kind door het geven van adviezen over de voeding en de hygiëne. Naast deze preventieve en voorlichtende taak hadden – en hebben – dergelijke bureaus ook een sociale functie: niet zelden komt mede de toestand in het gezin ter sprake, in zoverre deze de gezondheid van het kind nadelig beïnvloedt.

De toeneming van de levenskansen van kinderen en de zich specialisende kindergeneeskunde noopten uiteraard ook tot uitbreiding van de medische studie. Aan de Amsterdamse universiteit werd in 1898 het eerste lectoraat in de kindergeneeskunde ingesteld. De andere universiteiten volgden in dat spoor.

2.7.3 Sanatoria

Het sanatorium is opgericht als een instelling voor bepaalde groepen van zieken bij wie de behandeling aanvankelijk grotendeels bestond uit verblijf in een gezonde en rustige omgeving. Zo ontstond in 1903 het Christelijk Sanatorium voor zenuwlijders te Zeist, als instelling voor lichtere psychische stoornissen; het was lange tijd voor velen een baken van rust en bezinning. Door fusie met de Willem Arntsz Hoeve en het Willem Arntsz-huis ging het in 1992 op in de H.C. Rümke Groep.

De meeste sanatoria zijn gebouwd voor tuberculosepatiënten. De longtuberculose (tbc, tering) was in het begin van de negentiende eeuw als een zelfstandige ziekte erkend zonder de besmettelijkheid ervan te beseffen. Omstreeks 1900 was tbc een van de belangrijkste volksziekten. De bestrijding ervan had naast medische ook sociale en politieke aspecten. Tot op zekere hoogte zijn de maatregelen tegen tuberculose illustratief voor het denken over volksgezondheid in het algemeen. De tuberkelbacil werd in 1882 door Robert Koch (1843-1910) als verwekker van de – later genoemde – tuberculose aangetoond en werd de ziekte als besmettelijk gekenmerkt. In het begin van deze eeuw telde Nederland tienduizenden besmettelijke patiënten. De regering deed aanvankelijk weinig om de ziekte te bestrijden, een houding die door de hygiënisten sterk werd

afgekeurd. Door particulier initiatief kwam de tuberculosebestrijding toch op gang. Tal van plaatselijke verenigingen werden opgericht; in 1914 waren er reeds 49; 27 ervan beschikten over een consultatiebureau. Diverse sanatoria ontstonden op basis van levensovertuiging. De eerste twee sanatoria voor behandeling van TBC-patiënten in Nederland verschenen te Heiloo (1898) en Renkum bij Wageningen (1898); hierna volgden Putten, Doorn, Hellendoorn en andere plaatsen.

De mogelijkheden tot bestrijding van die ziekte waren aanvankelijk nog gering. Onder invloed van de natuurgeneeskunde ging men ertoe over, de patiënt in zo zuiver mogelijke lucht te brengen, vrij van miasmatische uitwasingen. In de bergen was de lucht het zuiverst. Het eerste sanatorium kwam in 1853 te Davos tot stand; het is nog steeds een internationaal kuuroord. Onder de geneesheer-directeuren van de herstellingsoorden bestond noch aangaande de werking van geneesmiddelen, noch aangaande de behandelingsstrategie en de beste plaats van vestiging overeenstemming (Schuurmans Stekhoven 1925).

Bij verpleging thuis was het gebruik, patiënten in draaibare tentjes in de buitenlucht te laten kuren. Sommige ziekenhuizen kregen draaibare lighallen met veel glas. De behandeling en verpleging van deze patiënten waren langdurig, en vooral gericht op rust, hygiëne en versterking van de lichamelijke verweerkraft. Koude baden en zoveel mogelijk ligging in de buitenlucht behoorden tot de toegepaste middelen.

Ingezien werd, dat voorkomen beter is dan genezen, een actueel thema van de hygiënisten. Vooral de omstandigheden waaronder mensen wonen en werken

Het Nederlands sanatorium te Davos

Hendrik Burgerhout (1870-1959) – die enige tijd zowel de medische leiding had van het sanatorium te Davos als van dat te Hellendoorn – concludeerde na een door hemzelf gedaan onderzoek, dat de resultaten van de beide inrichtingen vergelijkbaar waren; het klimaat had volgens hem geen merkbare invloed uitgeoefend (*NTvG* 46 (1902) II 837- 861).

Het Nederlands sanatorium te Davos was initiatief van de ‘Vereeniging tot Behartiging der Belangen van Nederlandsche Longlijders’. Het werd geopend op 1 september 1897. Het ziekenhuis begon klein. Het groeide door uitbreidingen uit tot een capaciteit van 90 patiënten in 1920. De ligkuur kende strakke schema’s. Gedurende de rusturen mochten de patiënten hun stoel niet dan bij dringende noodzaak verlaten. Na de Tweede Wereldoorlog was de toeloop zo groot, dat hotels en pensions werden gehuurd. Het later afnemend aantal patiënten noopte tot verandering van bestemming. Omstreeks 1980 had de inrichting zich omgeschakeld tot ‘Nederlands Astmacentrum Davos’

zijn bepalend voor de mate waarin tuberculose optreedt. De theorie en de praktijk leidden tevens tot onvatbaarmaking door behandeling met een anti-tuberculose-vaccin waarmee reeds eerder proefnemingen waren gedaan. Albert Léon Charles Calmette (1863-1933), Frans bacterioloog en hygiënist, kwam in samenwerking met Camille Guérin (medicus) met een tuberkelbacil die na jarenlange kweking op een galhoudende voedingsbodem van zijn kwaadaardige eigenschappen was beroofd en tevens onvatbaar makende eigenschappen behield. Het BCG-vaccin (van Bacille Calmette Guérin) werd gebruikt om een kind, pas geboren in een gezin waarin tuberculose voorkwam, te immuniseren. Het vaccin moest theelepelsgewijs aan zuigelingen van tuberculeuse ouders worden toegediend (1921). In 1925 heeft Calmette onder meer aan Nederland een BCG-cultuur afgestaan om het vaccin verder te beproeven; het is aan duizenden kinderen toegediend. De collapsbehandeling (stilleggen) van een aangetaste long vond ook ingang. Later kwam ook operatief ingrijpen in aanmerking.

Het sterftcijfer per jaar daalde in de eerste helft van de twintigste eeuw aanzienlijk. Was dit in 1900 nog 190 per 100.000 inwoners, in 1952 was het gedaald tot 12,3. Na 1940 werden doeltreffender geneesmiddelen gevonden.

De ‘Nederlandse Centrale Vereniging tot bestrijding der Tuberculose’ (NCVT, 1903) heeft tot dat resultaat veel bijgedragen. Zij beoogde een band te vormen tussen verschillende verenigingen, stichtingen en personen die op het gebied van de tuberculosebestrijding actief waren, alsmede bevordering van wetenschappelijk onderzoek. Ook leidde zij huisbezoeksters op. Later werd die taak beëindigd en aan de cursussen voor de aantekening wijkverpleging en aan de scholen voor Maatschappelijk werk overgedragen. Van haar *Leerboek der Tuberculosebestrijding* verschenen acht drukken. Ook organiseerde de vereniging vanaf 1910 een jaarlijkse collecte, vanaf 1912 ‘Emmabloemcollecte’ geheten, een belangrijke inkomstenbron. Tevens gaf zij een jaarboekje en het tijdschrift *Tegen de Tuberculose* uit. Vanaf 1947 werd aan de NCVT de coördinatie van het bevolkingsonderzoek opgedragen; deze stelde zich tot doel de gehele bevolking röntgenologisch op longtuberculose te onderzoeken.

Wat deed de staat? In 1904 verscheen voor het eerst een bedrag van f 10.000,- voor de tuberculosebestrijding op de begroting. Deze post groeide geleidelijk aan tot enkele miljoenen gulden. De plaatselijke verenigingen konden jaarlijks subsidie-aanvragen indienen; de regering vroeg daarover aan de NCVT om advies.

De preventieve zorg heeft ook goede resultaten geboekt: het drinken van rauwe melk – zo gevaarlijk voor de gezondheid – kwam minder voor; er kwam toezicht op de kwaliteit van de melk; en de melk werd beter gekoeld. Een deel van de bevolking werd verplicht, zich op consultatiebureaus te laten doorlichten; iedereen die bij het onderwijs was betrokken moest zich jaarlijks laten keuren. Dit gebruik verviel tegen 1960. Tevens geraakten toen zowel deze sanatoria als de op doorlichten ingerichte consultatiebureaus in onbruik. In 1934 kwam een wet tot stand tot bescherming van leerlingen tegen besmetting door personeel van onderwijsinrichtingen. Sinds 1 september 1949 werd de tuberculose voor ver-

pleegsters en ander personeel, werkzaam in ziekeninrichtingen, als beroepsziekte erkend in de zin van de Ongevallenwet 1921.

Het aantal gevallen van tuberculose daalde tot 1984. Daarna trad een kentering in, niet alleen in Nederland maar ook in andere Westerse landen. De strijd tegen de tuberculose moet opnieuw beginnen; de resistent geworden bacil maakt een macabere rentree, mede door sterk toegenomen buitenlandse contacten. Bij de verpleging blijven drie algemene verpleegkundige problemen bestaan: de besmettelijkheid van tbc, de tijdelijke isolatie van de patiënt en de medicamenteuze behandeling van de patiënt.

2.7.4 Verpleeghuizen

De verzorging en verpleging van zieken hadden eerst plaats in de familiekring. Later transformeerde zich het gasthuis tot ziekenhuis. Tevens bleef althans verzorging van zieken of hulpbehoevenden een huishoudelijke en familiale aangelegenheid. Deze 'mantelzorg' veranderde althans in de westerse maatschappij naarmate de mensen minder van elkaar afhankelijk en op elkaar aangewezen konden zijn. Van invloed op die ontwikkeling was vooral dat men bepaalde diensten betaald door anderen kon laten verrichten. Enerzijds werd de afhankelijkheid van de familie of de naaste omgeving geringer, anderzijds kwam er behoefte aan professionele dienstverlening. Ook de emancipatie van vrouwen speelde hierbij een rol: een toenemend aantal meisjes en vrouwen kreeg meer voortgezet en hoger onderwijs dan voorheen, en het aantal werkende vrouwen nam toe. Een en ander veroorzaakte dat het huis als verzorgingsinstituut wel niet verdween, maar toch in betekenis afnam. Aan het licht trad hoe kwetsbaar mensen zijn die niet (meer) gesteund c.q. gecorrigeerd worden door hun omgeving, een partner of familieleden op momenten dat het minder goed gaat. Dan is er maar weinig nodig om te gaan afwijken of afglijden, dan wel om de weg naar verwaarlozing in te slaan.

Dit had consequenties voor de zorgverlening. Het toenemend aantal bejaarden dat niet in gezinsverband kon worden verzorgd was vanaf 1920 aanleiding tot stichting van 'verpleeghuizen'. Tevens deed de verpleeghuisarts zijn intrede, en werd de verpleeghuisgeneeskunde als specialisme erkend. Deze instellingen groeiden uit tot een onmisbare tak van verzorging in de samenleving. Verpleging thuis verdween naarmate de gezondheidszorg omvangrijker kon worden. Het werd langzamerhand ondoenlijk en zelfs onverantwoord gevonden bejaarden – waaronder chronisch hulpbehoevenden – thuis te verplegen. Het gezin dat nog een van zorg afhankelijk familielid kon of wilde verzorgen, ging tot de zeldzaamheden behoren. Het 'waarheen' met de zorgbehoevenden werd een probleem dat alleen oplosbaar werd geacht door inschakeling van gespecialiseerde verzorgingsinrichtingen of rusthuizen.

De oprichting van een verpleeghuis was vrij; controle op de kwaliteit van deze vorm van verpleging was voorlopig gering of geheel afwezig. In de jaarverslagen van de Stichting Centraal Bureau voor Particuliere Rust- en Verpleegtehuizen en

in publikaties van de Vereniging voor Maatschappelijk Werk klonken klachten door over de te grote soberheid van de accommodatie en verzorging, en over het ontbreken van algemene criteria bij de selectie van de voor opname in aanmerking komende.

Het tekort aan verplegend personeel in de verpleeghuizen was na Wereldoorlog II aanleiding tot intensief overleg van betrokkenen met diverse instanties. Deze inrichtingen telden in de eerste jaren na 1945 gemiddeld ongeveer vijftig bedden voor bejaarden, invaliden en herstellenden. Het verplegend personeel bestond uit leidinggevende verpleegkundigen met helpsters of verzorgsters die een geïmproviseerde huisopleiding kregen (zie hoofdstuk 3). De plaatselijke huisarts nam de medische zorg op zich. Die opzet verschilde niet veel van het oude gasthuismodel uit de vorige eeuwen. Gaandeweg kreeg het verpleeghuis een algemeen erkende plaats in de samenleving, mede doordat de ziekenhuizen na 1945 – medisch-technische verbeteringen – van karakter veranderden: behandeling kwam centraal te staan (*Jaarversl. Geneesk. Hoofdinsp. 1946/1947*). De outillage werd in snel tempo gemoderniseerd, en daarbij paste een specialistische staf. Een en ander noopt tot oprichting van meer verpleeghuizen voor langdurig zieken en herstellenden (Caljouw e.a. 1979; Van Gemert en Spijker 1990).

2.7.5 Thuiszorg

Thuiszorg als specialisme vormt de eerstelijnszorg, samen met onder meer huisartsen en maatschappelijk werkers. Steeds meer instellingen voor kruiswerk, kraamzorg en gezinszorg gaan integreren, met als hoofddoel: het bieden van een zo uitgebreid en flexibel mogelijk aanbod van hulp aan cliënten.

Gespecialiseerde verzorging wordt gegeven in gevallen waarin zich meervoudige, dikwijls psychosociale problemen voordoen. Deze vereisen sociale en begeleidende kennis en vaardigheden van de medewerkers (vgl. p. 59). Wijkverzorging houdt in: persoonsgerichte verzorging, meestal als aanvulling op huishoudelijke zorg gedurende een korte periode per dag. Avondhulp en weekeindhulp zijn zo nodig inbegrepen. Dagverzorging houdt in dat een aantal geestelijk en/of lichamelijk gehandicapte cliënten buitenshuis wordt ondergebracht. Onder gastgezinshulp wordt verstaan: tijdelijke opvang van volwassenen en/of kinderen in een gastgezin; de thuiszorginstelling bemiddelt daarin. De centrale instelling voor dit werk is de 'Landelijke Vereniging voor Thuiszorg' (LVT).

Een zeer vroege vorm van gezinsverpleging voor zwakzinnigen ontstond te Geel (België) en omstreken in de Middeleeuwen. Tot heden bestond deze zorgverlening voort (zie p. 61).

2.7.6 Andere specialisaties

Ook afwijkend van opzet zijn specialisaties als kraaminrichtingen, oogheelkundige klinieken. Van meer recente datum zijn kankerinstituten, reumaklinieken en tehuizen voor astmapatiënten die veel aan research doen. In die lijn ligt ook

Gezinsverpleging te Geel

Een vroeg voorbeeld van eerstelijnszorg op het gebied van de zwakzinnigenzorg (oligofrenie, van Gr. *oligos*, weinig, en *frèn*, geest of verstand) is de gezinszorg of thuiszorg in de Belgische plaats Geel. Het begin ligt bij de Britse koningsdochter Dymphna uit de Middeleeuwen. Nadat haar vader weduwnaar was geworden wilde hij met zijn dochter trouwen. Zij weigerde, en vluchtte met behulp van een geestelijke naar Geel. Daar wist haar vader zijn dochter terug te vinden. Toen zij bij haar weigering bleef sloeg hij haar in een vlaag van verstandsverbijstering het hoofd af. Sindsdien werd Geel een bedevaartsplaats voor 'zwakken van geest', om in de kerk waar Dymphna (ook: Dimpna) begraven was genezing te zoeken. De toevloed werd zo groot dat het intussen aan de kerk gebouwde ziekenverblijf te klein werd. Een met succes gedaan beroep op de gemeenteleden resulteerde in particuliere gezinszorg voor zwakzinnigen. Gesteund door de kerk en professionele zorgverleners (arts, wijkverpleegster) bleef deze dienstverlening in en rondom Geel voortbestaan, onder meer ook in Maastricht (M.H. Koyen, *Krankzinnigenzorg St. Dimpna en Geel*. In: *Spiegel Historiae* 9 (1974) 10 515-521); Stadsarchief Geel.

Naast de term 'thuiszorg' is ook het begrip 'zelfzorg' ingeburgerd. Dit neemt in zorgtheorieën een belangrijke plaats in. Er wordt mee bedoeld het deel van de gezondheidszorg dat iemand aanwendt om gezond te blijven dan wel gezond te worden. Ook kan het samenhangen met (mede)werken aan herstel van een ziekte of kwaal. De verpleegkundige kan bij zelfzorg ondersteunend werken, zelfstandig of in samenwerking met een arts. Onderscheiden worden: het medisch primair proces (de arts concentreert zich in een direct contact met de patiënt op vragen die betrekking hebben op gezondheid of ziekte), en het verpleegkundig primair proces (dat slaat op vragen die betrekking hebben op de zelfzorg van de gezonde of zieke, dan wel op voorlichting over zelfzorg. Hier komt de traditionele 'verlengde arm-constructie' in het licht te staan van het deel van de verpleging dat het professionele en het deskundigheidskarakter van de verpleegkunst accentueert. Dit in die zin dat de arts en de verpleegkundige elkaar ten volle als vertegenwoordigers van twee disciplines beschouwen en aanvaarden, en elkaar in hun beroepsuitoefening niet kunnen missen.

Uiteraard laadt ondersteuning van zelfzorg in de vermelde betekenis een grote verantwoordelijkheid op de zelfzorgverleners, en zal de opleiding tot verpleegkundige een grotere medische component moeten omvatten naarmate het zelfzorg-idee wortel schiet (vgl. H. Masselink, 1994, *passim*, en A. van Eindhoven in *TvZ*, 1994, p. 270-273).

de oprichting van verpleeg(te)huizen (voor chronisch en langdurig zieken), geriatrie ziekenhuizen (voor ouderdomsziekten) en revalidatiecentra (voor patiënten die door ziekte of ongeval invalide zijn geworden). ‘Revalidatie’ is: het nemen van medische en sociale maatregelen die tot doel hebben de validiteit van patiënten zo goed mogelijk te herstellen. In een revalidatie-inrichting leert de patiënt zich aanpassen aan een gebrek, zo nodig door hem vertrouwd te maken met een hulpmiddel, bijvoorbeeld een prothese. Verder wordt getracht de patiënt zelfvertrouwen te geven en – eventueel door omscholing – terugkeer naar de maatschappij voor te bereiden.

De specialisatie en differentiatie in de geneeskunst en heelkunst was een onstuitbaar proces dat uiteraard ook de verpleegopleiding raakte. Diverse studieboeken getuigen daarvan (zie hoofdstuk 3). De ziekenhuizen – het eerst de academische – stelden zich gaandeweg in op de voortgaande differentiatie. Daarbij breidde zich het systeem van de poliklinieken aanzienlijk uit. Niemand regelde die ‘evolutie’, iedere specialist kon zichzelf als zodanig presenteren en dit blijven doen zolang de patiëntentoevoer deze verbijzondering rechtvaardigde.

Anders verliep die vernieuwing in de psychiatrie. De psychiaters ontleenden hun bestaansrecht aan hun werk in de psychiatrische inrichtingen; deze kenden aanvankelijk alleen gestichtsartsen. Het eerste specialisme in die beroepsgroep was dat van A.W. van Renthergem en Frederik van Eeden; zij openden in 1908 een psychotherapeutische polikliniek te Amsterdam, de bakermat van de psychoanalyse in Nederland (Goudsmit 1978).

2.8 Zorgen en verplegen in het leger en op zeeschepen

2.8.1 *Medische verzorging in het leger*

In vroegere eeuwen werd in een aantal landen een tijdelijke legermacht geworven. Later bleek het voordeliger de soldaten gedurende een geheel jaar in dienst te houden en deze in de zomermaanden – waarin meestal niet gevochten werd – in garnizoenen te legeren. Verbetering van de organisatie van de legers voerde hun bruikbaarheid voor de staten op. Een nationaal leger bestond nog niet. Buitenlanders dienden in de legers van Oostenrijk, Zweden en de Republiek der Verenigde Provinciën. Franse militairen waren er in de strijdmacht die onder leiding van de stadhouders Maurits en Frederik Hendrik vocht in de Tachtigjarige Oorlog (1568-1648), toen de overheid van de Republiek opstond tegen het Spaanse gezag. Eerst bestonden er kleine legers van huursoldaten die grotendeels door Willem I en zijn familie werden gerecruiteerd en bekostigd, tot in het laatste decennium van de zestiende eeuw een Staatsleger werd gevormd (1576), eveneens van huursoldaten. De gewesten Holland, Zeeland, Overijssel, Gelderland, Utrecht, Groningen en Friesland hadden zich toen al aaneengesloten om de Spaanse vijand te weerstaan. De sterkte van het leger hing samen met de binnenlandse en buitenlandse politiek, alsmede met de materiële belangen van de kooplieden. In 1672 zag de lucht er dreigend uit. Frankrijk probeerde de

Republiek te veroveren. Verder voerde het land ook vier zeeoorlogen tegen Engeland. Deze strijd duurde, met onderbrekingen, voort tot 1795. Intussen waren diverse bondgenootschappen gesloten en verloren gegaan. Vanaf 1673 speelde de landoorlog zich af buiten de grenzen van het land, hoofdzakelijk in de Zuidelijke Nederlanden, het toenmalige slagveld van Europa. Het leger was in die periode het best georganiseerd. Na de Gouden Eeuw verloor de Republiek haar hegemonie zowel te land als op zee, terwijl haar welvaart ging dalen.

De Spanjaarden hadden in hun Rijk diverse verspreide medische diensten, compleet met mobiele en permanente hospitalen. De Nederlanders waren bij hun militaire activiteiten nooit ver van de steden verwijderd. Zij maakten – afgezien van enkele mobiele veldhospitalen – zoveel mogelijk gebruik van de bestaande gezondheidsvoorzieningen, inclusief de plaatselijke medische en verplegende staf.

Het leger van de Republiek kende het leger te velde en het leger in garnizoen. Het veldleger had een tijdelijk karakter. Simon Stevin, ingenieur en kwartiermeester, heeft zo'n legerkamp uitvoerig beschreven. Naarmate de oorlog vorderde ontstond een eigen medische legerdienst. De kwartiermeester was niet alleen verantwoordelijk voor de huisvesting (en de daarmee verbonden vestingbouw en planologie), maar ook voor de financiën; tevens hield hij een patiëntenadministratie bij. Een andere dienstdoende militair regelde de opname van de patiënten in de gasthuizen, kocht het nodige in en had toezicht op de keuken en de uitrusting.

Doctoren, chirurgijns, verplegers en apothekers vergezelden de legers in oorlogstijd. Voor hen viel daar veel te doen. Geschat wordt dat in het Europa van de zeventiende eeuw bijna een miljoen militairen door oorlogshandelingen omkwamen. Gevaarlijker nog dan de wapens waren de epidemieën die de troepen decimeerden: 2,2 miljoen mensen zouden aan ziekten overleden zijn. Voor het moreel van de soldaten waren een medische en verpleegkundige dienst buitengewoon belangrijk. Zij kregen erdoor het idee dat zij in geval van ziekte of verwonding niet aan hun lot zouden worden overgelaten.

Ernstig gewonde militairen van het leger, soms ook die van de oorlogsvloot (beschikkend over hospitaalschepen) kwamen in een gasthuis terecht. Ze werden gewoonlijk op dezelfde zaal verpleegd als de burgers. Operaties werden op de ziekenzaal verricht. Amputaties gebeurden in snel tempo, want de techniek van verdoving – in oude culturen niet onbekend – werd niet toegepast; verplegers hielden de patiënt dan stevig vast. Een speciaal voor gewonde soldaten ingericht gebouw was het 'soldatengasthuis' te Amsterdam, opgericht in 1587 omdat het stadsbestuur opname van soldaten in het gasthuis ongewenst vond. Maastricht kreeg in 1680 een Soldatengasthuis. Verder werden soms in andere steden leegstaande gebouwen als ziekenhuis gebruikt. In die inrichtingen waren de landsdoctor en de landschirurgijn met de behandeling van zieke en gewonde militairen belast. Dit gold ook voor schepelingen van de oorlogsvloot. Bij overstelpende drukte lieten die landsmedici zich bijstaan door chirurgijns en hun leerlingen uit het gasthuis. Bij overvolle gasthuizen werden de militaire patiënten wel tegen betaling bij burgers ingekwartierd.

Voor de militairen was opnemning in een gasthuis aanvankelijk een dure aangelegenheid. Het daggeld bedroeg vier stuivers per dag, bijna de helft van hun soldij. De totale som kwam weliswaar ten laste van de gewestelijke overheid, maar de verpleegkosten werden op de soldij van de patiënt ingehouden. De Unie van Utrecht (1579) bevatte een betere regeling: de gewesten werd verplicht, de verpleegkosten van zieke of gewonde soldaten voor hun rekening te nemen. Overigens schijnen de opnemning van militaire patiënten en de daaraan verbonden kosten steeds aanleiding tot meningsverschillen te hebben gegeven.

De soldaten hebben de gasthuisbeheerders veel last bezorgd. Klachten over baldadigheden werden herhaaldelijk geuit. Geen wonder dat ‘de meiden’ van het ziekenhuis soms extra loon kregen.

Soldaten die genezen uit het gasthuis werden ontslagen ontvingen reisgeld om naar hun compagnie terug te gaan. Dit om te voorkomen dat zij al bedelend en/of stropend naar hun onderdeel vertrokken. Oude en verminkte soldaten kwamen in aanmerking voor een betrekking als bewaker, of voor een karig pensioen. Oorlogsinvaliden ontvingen een uitkering waarvan de grootte afhing van de ernst van de invaliditeit. Een commissie bestaande uit chirurgijns en gecommitteerde raden beoordeelde de fysieke toestand van de voor pensioen in aanmerking komenden. Voor uitbetaling aan weduwen en kinderen was een bedrag in de oorlogsbegroting opgenomen.

2.8.2 Militair-geneeskundige dienst en Militair-medische school

Van de geneeskundige verzorging in het leger was bekend dat het verlies aan manschappen door ziekte vaak groter was dan door oorlogshandelingen. De opleiding geschiedde bij de troepen. De chirurgijn-majoor, verantwoordelijk voor de opleiding van leerling-heelmeesters, moest uit een bescheiden toelage boven zijn tractement zelf voor de geneesmiddelen voor de manschappen zorgen. Het vraagstuk van de gezondheidszorg in het leger kreeg meer aandacht toen bij de invoering van de Bataafse Republiek in 1795 een centraal nationaal bestuur de gewestelijke autonomie verving. Voor het eerst werden nu uniforme eisen gesteld aan de verschillende klassen van militaire chirurgijns. Ook een hulpchirurgijn (‘aide-chirurgijn’) moest een examen afleggen. Alleen de leerlingen (*élèves*) werden zonder examen aangenomen. Om beter bepaalde bekwaamheidseisen te kunnen stellen werd in 1803 te Leiden, later ook te Leuven, een niet-academisch militair opleidingsinstituut opgericht (tot op zekere hoogte vergelijkbaar met de Klinische scholen (medische vakscholen) in de periode 1823-1866, zie p. 37, 64, 81). Die opleiding legde de basis voor regulier onderwijs voor aspirant-officieren van gezondheid. Vanaf 1822 werd die opleiding alleen nog gegeven aan de vierjarige ‘Kweekschool voor Militaire Geneeskundigen’, gevestigd in het Militaire Hospitaal te Utrecht; dit gebeurde in samenwerking met de universiteit aldaar. Het instituut leverde officieren van gezondheid der derde klasse voor de land- en zeemacht af, alsmede die voor het leger in Oost-Indië en vanaf 1852 eveneens voor West-Indië.

De opleiding tot chirurgijn

De opleiding had een theoretische en een praktische component. Het praktijkwerk omvatte zowel behandelen als verplegen van de zieken. De hospitaaldienst duurde de gehele dag. Tussen de lesuren oefenden de studenten zich in het observeren van zieken, het opmaken van ziekerapporten en het bijwonen van lijkopeningen. Het behoorde tot hun studie zich op de theoretische en de praktische ontleedkunde toe te leggen. Zij konden worden ontboden op de zalen wanneer er zich bijzondere verschijnselen bij hun patiënten voordeden. Wanneer er patiënten met wonden, ontwrichtingen, beenbreuken of ziekten werden opgenomen verleenden zij eerste hulp. Ook zagen zij toe bij de verpleging door helpers, en/of assisteerden zij hen daarbij. In het laatste studiejaar hadden zij beurtelings 24 uren hospitaalwacht; zij waren dan verantwoordelijk voor alles wat er in het gebouw voorviel.

Het voortbestaan van deze Kweekschool kwam in een kritieke fase naarmate in de eerste helft van de negentiende eeuw het streven naar een wetenschappelijke eenheid van de geneeskundige stand scherpere contouren begon aan te nemen (zie ook p. 103). Het was de bedoeling dat alle medische studenten eenzelfde opleiding zouden volgen, zodat het onderscheid tussen burgerartsen en militaire genees- en heelkundigen zou vervallen. Op 1 juni 1865 traden de geneeskundige wetten in werking. De bestaansgrond van de militaire Kweekschool en de nog te noemen Klinische scholen scheen hiermee te vervallen. De wet hield voor de officieren van gezondheid in, dat voor die functie alleen de wettelijk bevoegden voor de uitoefening van de geneeskunde in aanmerking zouden komen. De opleiding van de Kweekschool werd overgebracht naar het garnizoenshospitaal te Amsterdam; dit sloot aan bij het medisch onderwijs aan het Athenaeum Illustre.

Daarmee had zich een proces voltrokken ('academiseren') dat we aanstonds ook bij de Klinische scholen (1823-1866) aantreffen: vanuit een buiten-universitaire positie opgaan in een universiteit. Dat opklimmen tot wettelijk erkend hoger onderwijs hebben ook de andere sectoren gekend (veeartsenijkunde 1821-1917/1925, polytechniek 1842-1905, landbouwkunde 1815/1876-1917, economie 1846-1913/1937). Voor de militairen restte de periode tussen 1865 en 1880 nog een overgangstijd. De wet van 1880 regelde ten slotte definitief de betrekkingen en rangen, de opleiding en de bevordering van het personeel der geneeskundige dienst bij de landmacht.

2.8.3 Buitengaats behandelen en verplegen I (1500-1800)

In de loop van de zestiende eeuw begon de zeevaart zich naar alle streken van de aarde uit te strekken. Voorziening in genees- en verpleegkundige hulp werd voor

de handels- en oorlogsschepen dringend nodig. De in de zeventiende eeuw opgerichte Oost- en Westindische Compagnieën voorzagen in die behoefte door aanmonstering van chirurgen, verplegers en hulppersoneel. In 1688 waren er – ongeacht de dienaren in de hospitalen – ongeveer 200 personen als heelmeeester, ziekentrooster of in een andere functie bij die geneeskundige zorg in dienst; in de achttiende eeuw was dat aantal opgelopen tot 300.

De kandidaten voor een post als chirurg werden aan een examen onderworpen; het werd afgenomen door plaatselijke doctoren en chirurgijns, in aanwezigheid van enkele bewindhebbers. In sommige steden waar een Kamer van de VOC was gevestigd werd onderscheid gemaakt tussen een ‘huijsproeve’, vereist om lid van het gilde te worden, en een ‘zeeproeve’ die bevoegdheid gaf tot uitoefening van de chirurgie aan boord en overzee. Chirurgijns werden als regel na twee of drie leerjaren als gezet aangesteld; deze kreeg na nog twee jaren zijn leerbrief. Daarmee kon hij zich aanmelden voor het examen tot meesterchirurgijn. Volgens een resolutie van het Collegie der Admiraliteit te Amsterdam stond de Lands-doctor aan het hoofd van de geneeskundige dienst aan boord. Hij was verantwoordelijk voor het examineren van scheepsheelmeeesters, de leverantie van geneesmiddelen voor de chirurgijnskisten, de controle op de behandeling van het scheepsvolk, de behandeling van zieken in het gasthuis en het geven van lessen aan scheepsheelmeeesters aan de wal. De aan boord dienende chirurgijns waren onderscheiden in opper-, seconde- en onderchirurgijns; deze werden afzonderlijk geëxamineerd.

Aangezien het animo voor die gevaarlijke en gezondheidsbedreigende zee-reizen gering was, werden ook wel niet-geëxamineerden aangemonsterd. Het grote ziekte- en sterftecijfer op zee was algemeen bekend. De gevreesde scheurbuik eiste veel slachtoffers. Andere ziekten waren: gele koorts, malaria, cholera, dysenterie, tyfus, pest, longaandoeningen, verkoudheid en geslachtsziekten. Door een permanent tekort aan zeelieden kwam keuring bij aanmonstering vaak niet eens in aanmerking. Vandaar dat zich onder hen nauwelijks herstelden en chronisch zieken konden bevinden.

Voor de vloot en de vestigingen aan de wal had de OIC naast Europees personeel veel buitenlandse zeelieden in dienst, waaronder militairen, ambachtslieden, schrijvers, koks en barbiers.

Aan de wal werden hospitalen gesticht. Ze hadden een belangrijke taak bij de behandeling en verpleging van de zieken. In tegenstelling tot uit de gasthuizen ontstane ziekenhuizen waren die hospitalen van een andere klasse. In de Nederlanden waren de gasthuizen voornamelijk bestemd voor de allerarmsten die thuis niet konden worden verpleegd. De hospitalen van de Compagnie namen zieken op uit militaire en zakelijke overwegingen: zieken verstoorde de geregelde gang van de zeevaart en de handel; zij veroorzaakten kostenverhoging en dus vermindering van de winst. Dit rationele uitgangspunt, waarbij de belangen van de Compagnie parallel liepen met de gezondheidstoestand van haar werknemers, heeft onder meer in Oost-Indië en West-Indië geleid tot stichting van een over de gehele archipel verspreide keten van hospitalen. Daarin werd de

geneeskundige zorg door chirurgijns, hospitaalsoldaten (verplegers) en hun helpers (waaronder slaven en slavinnen) waargenomen.

De geneeskundige dienst aan boord bij de Westindische Compagnie was op dezelfde leest geschoeid als die bij haar oudere zuster. De kortere reizen en gunstiger verhoudingen aan boord, alsmede meer ruimte voor de verblijven begunstigden de gezondheidstoestand van het personeel. Dat er voor de chirurgijns aan boord en in de hospitalen trouwens genoeg te doen was blijkt uit een rekening van het ziekenhuis te Curaçao van 1713: twintig gekwetsten leden aan zware verbrandingen, schedelbreuken en amputaties van ledematen. Een andere rekening vermeldt schot-, snij- en steekwonden bij slachtoffers van een schermutseling.

Genoeg te doen was er ook op de slavenschepen. Hoe voortreffelijk liet zich hier de spreekwoordelijke Hollandse zin voor reinheid verenigen met die voor handelsegewin. Was op een Frans, Portugees en Engels slavenschip alles even stinkend en vuil en ongezond, de vaderlandse schepen blonken uit door zindelijkheid en zorgverlening, zo gaat het verhaal. De chirurg en zijn helpers hadden daarbij tot hoge taak, zoveel mogelijk de hygiëne te betrachten. Alleen zo konden de onvermijdelijke verliezen aan mensenlevens – en dus aan kostbare waar – binnen de perken blijven. Evenwel, ondanks alle voorzorgen bij de aankoop en inscheeping aan de Afrikaanse westkust was de kans op besmettelijke ziekten in het overvolle slavenruim groot. Dit gebeurde vooral wanneer zwaar weer verhinderde dat de negers regelmatig aan dek kwamen om hun slecht geventileerde gevangenis een ogenblik te ontvluchten en zich aan dek te vertreden. Maar het effect van de zorg was, nog afgezien van het weer en de kans op schipbreuk, onvoorspelbaar. Behalve de genoemde ziekten waren de in Afrika endemisch heersende pokken een blijvend gevaar en een grote risicofactor voor iedere lading slaven, en ook voor de bevolking in het land van aankomst.

In dat land van bestemming bedreigden nog andere gevaren het leven en de gezondheid van de kolonisten. Na bijvoorbeeld de kustlanden en het gebied langs de grote rivieren in Guyana en Suriname in bezit te hebben genomen kregen zij te maken met schuwe doch krijgslustige Indianenstammen; deze lieten niets na om hun rechtmatige rechten op de jachtgronden te verdedigen. Een ander probleem was van financiële aard. Wilde men op de plantages iets bereiken dan moesten werkkrachten worden aangevoerd zoals reeds eerder op verschillende Westindische eilanden was gedaan. De financiering ervan was mogelijk met voorschotten, verstrekt door de Westindische en andere handelscompagnieën. Daardoor was aankoop mogelijk van slaven, voornamelijk aangevoerd van de Afrikaanse westkust, hetzij direct, hetzij indirect over Barbados, Trinidad en Curaçao. De aanvoer gebeurde in grote hoeveelheden, 400 à 500 per schip. Naarmate de slaven duurder werden, nam de drang naar selectie op de slavenmarkt toe; het was het werk van chirurgijns, slaven goed- of af te keuren. Ook bestrijding van ziekten, infecties en epidemieën was dringend noodzakelijk. Stichting van hospitalen kwam derhalve vooral voort uit economische motieven.

Aan de slavenhandel en andere activiteiten kwam een 'natuurlijk' einde. Lieten de laatste decennia van de zeventiende eeuw reeds een economische neergang zien, de achttiende eeuw was een eeuw van wegvloeiende bedrijvigheid, slinkende ondernemingszin en toenemende armoede. De vierde Engelse oorlog (1780-1784) openbaarde wat iedereen al wist: Nederland was als wereldmacht uitgeschakeld. De aanvoeren uit Indië stagneerden. De kinderen en de kleinkinderen van de succesvolle vaders werden rentenier. Daarbij vervielen de handelshuizen; de winsten die eertijds mede aan de nijvere ambachtsman ten goede waren gekomen, droogden op. In 1795 kwam de Oostindische Compagnie onder staatstoezicht, en even roemloos was het einde van de Westindische Compagnie die al in 1791 haar bezittingen aan de staat had vermaakt. Wat er nog aan handel overbleef ging teloor in de oorlogsjaren waarin Nederland van Frankrijk afhankelijk en ten slotte een Franse provincie werd.

Scheepschirurgie

De ziekenboeg aan boord was klein. Daardoor kon deze slechts enkele zieken opnemen. Waren er meer zieken dan sliepen die bij de gezonden in het toch al overbevolkte verblijf van de bemanning. Dit laatste was meer het geval naarmate er soldaten, bestemd voor de koloniën, aan boord waren. De doden werden in een stuk zeildoek genaaid en, na een korte afscheidsplechtigheid, verzwaard met een paar kanonskogels overboord gezet. Een chirurgijn werd aan boord noodgedwongen ook met de geneeskunde (behandelen en verplegen) geconfronteerd. Hij hanteerde het mes en de zaag, werd geacht aderlating en purgeermiddelen te kunnen toepassen, en was verantwoordelijk voor de nazorg (verpleging). Zijn bloederige operaties tijdens en na een zeegevecht of na een ongeluk mislukten vaak door gemis aan asepsis en antiseptica, en door het optreden van tetanus, gangreen en wondkoorts. Welk een verantwoording werd onder zulke ellendige omstandigheden geladen op de schouders van jongens die thans nauwelijks met hun studie zouden beginnen. Een snelle promotie aan boord kwam regelmatig voor door de grote sterfte op zee. Een veertienjarige jongen voer eens als derde meester met zijn vader/chirurgijn mee naar de Middellandse zee. Hij nam onderweg de plaats in van de onderchirurgijn die op zijn beurt op een ander schip uit de vloot een gestorven opperchirurgijn moest vervangen.

Vgl. Barend-van Haefen, M., *Oost-Indië gespiegeld*. (1992) 37; Acda, G.M.W., *Voor en achter de mast* (1976) 17-29.

2.8.4 *Buitengaats behandelen en verplegen II (1800-1950)*

Na de herwinning van 's lands zelfstandigheid in 1813 veranderde de Hollandse aanwezigheid in Nederlands-Indië van karakter. De staat had in de Franse tijd de koloniën van de VOC en de WIC geërfd. Anders dan de koopman kreeg de regering tot taak, de koloniën te besturen, en het volk rechtvaardig te behandelen en te beschermen tegen willekeur. Naast het oude idee dat de koloniën er zijn voor het moederland voegde zich het nieuwe uitgangspunt: het moederland heeft primair de belangen van de koloniën te dienen. Achter het streven naar het laatste zit de gedachte dat een goed beleid de belangen van beide partijen behartigt, en dus wederzijds voordelen biedt.

Voor de gezondheidszorg brak een periode aan van zoeken naar ordening in de veelheid van geneeskundige bevoegdheden. De scheepsheelmeesters kregen in 1816 een wettelijke regeling. De wet van 1818 had drie categorieën van heekundigen onderscheiden: heelmeesters of operateurs met dezelfde bevoegdheid als de academische chirurgiae doctores; plattelandsheelmeesters (voor eenvoudige gevallen, een vage omschrijving); en scheepsheelmeesters (examenvakken: farmacologie, inwendige ziekten en 'ziekten der schepelingen'). Daartoe behoorden ook officieren van gezondheid eerste en tweede klasse. De officieren van gezondheid bij de zeemacht met twintig of meer dienstjaren werden later zonder examen bevoegd verklaard.

De Geneeskundige wetten van 1865 maakten een eind aan de onhoudbaar geworden toestand inzake de bevoegdheden. Sindsdien gold formeel slechts één categorie van medici, namelijk de academisch opgeleide 'genees-, heel- en verloskundigen'. Alle anderen, waaronder de scheepsheelmeesters, werden onbevoegd verklaard.

Die wetgeving viel in een tijdperk van grote veranderingen op het gebied van de industrie, de techniek en de beroepenstructuur (vgl p. 80). De oorlogsmarine heeft steeds beschikt over kleine en grotere scheepshospitalen, en over ziekenverplegers die de zieken en gewonden verzorgden. Ook de rederijen hadden uiteraard belang bij een zo goed mogelijke gezondheidstoestand van de bemanning. Gaandeweg werd meer geld besteed aan maatregelen tot verbetering van de verpleging aan boord. Deze was aanvankelijk primitief zoals we reeds zagen. De behuizing van de equipage liet veel te wensen over. Ook was hygiëne ver te zoeken doordat met water zuinig moest worden omgesprongen. De functie van ziekenverpleger aan boord van passagiersschepen werd in 1872 ingevoerd; zij verving de 'scheerder' op de zeilschepen die, varende met een scheepsheelmeester, geen vaste ziekenverzorger kenden. Eerst na 1890 was een ziekenoppasser aan boord regel. De houten schepen waren intussen ijzeren stomers en veel groter geworden. Voor de ziekenboeg kwam meer ruimte en aan de ziekenverzorging werd meer aandacht besteed.

Oorspronkelijk werden de ziekenverplegers gerecruteerd uit de leden van de bemanning, onder anderen uit hen die afkomstig waren van het Indisch leger of van de Marine. Onder hen waren gediplomeerde autodidacten; hun diploma

werd later – na aanvullende opleiding – gelijkgesteld met het staatsdiploma. Door de verhoging van de functiewaardering, de verbetering van de hospitalen, de vermindering van de gevaren op zee en de stijging van de gage, meldden zich voor de zeevaart ook gediplomeerde ziekenverplegers uit de ziekenhuizen. Voor hen kon kennismaking met de koloniën ook aanleiding zijn om daar desgevraagd een betrekking als verpleegkundige te aanvaarden.

De verpleging van vrouwen en kinderen op de mailschepen was het werk van hofmeesters. Na 1900 durfden ook gediplomeerden het aan, hun diensten aan boord van schepen te verlenen. Gaandeweg kwamen naast tijdelijke krachten (om hun gezichtskring uit te breiden en/of tropenervaring op te doen) ook wel ‘scheepsverpleegsters’ en ‘scheepsverplegers’ in vaste dienst. De dienstverhouding aan boord hield in dat de scheepsdokter de dienstchef was van het verplegend personeel. De verplegenden verleenden tijdens het spreekuur assistentie. Ook maakten zij de medicamenten gereed; daarbij fungeerden ze dus als apothekersassistenten.

Intussen waren de hospitalen aan boord tevens aangepast aan nieuwe inzichten. Eertijds speelde de gezondheidszorg zich af op het tussendek. Later kwam daarvoor het bovendek of zelfs het hoogste dek beschikbaar, een kostbare vernieuwing want dat was een voor passagiers gunstig gelegen plaats. Nu kon aan moderne eisen worden voldaan: genoeg licht en lucht; afzondering van passagiers en bemanning; rust en stilte; verwarming; beschutting tegen de tropenzon; goede bereikbaarheid; goede sanitaire inrichting en afvoer van faecaliën; en voldoende beschikbare desinfectiemiddelen. Daarbij voegden zich: geschikte kunstverlichting, een aangrenzende apotheek en vastzetbare, ‘roerende’ inventaris. Alles wat roerend was moest natuurlijk vaststaan. Menig instrument is onbruikbaar geworden bij zware zeegang en/of doordat het schip plotseling ging wenden of overhellen. Alles wat daarop niet was berekend liep kans te breken.

Aan boord van grote schepen was het regel dat de dokter, de verpleger en de verpleegster bij goed weer oefenden in het klaarzetten van alles wat nodig was voor bijvoorbeeld een urgente operatie, tracheotomie, laparotomie, appendicitis en hernia incarcerata. De sterilisator, gebruikt bij het voorkomen van infectieziekten, werd regelmatig met behulp van de machinist/elektrotechnicus ter beproeving in werking gezet. Hierdoor behielden de bij behandeling en verpleging betrokkenen een overzicht van het materiaal.

Het verplegend personeel had een bijzonder moeilijke taak bij de verpleging van en het toezicht op psychiatrische patiënten. Gewoonlijk werden die zieken niet met een mailboot, maar met een vrachtschip vervoerd. Een speciale hut was daartoe aan de buitenzijde voorzien van traliewerk; breekbare delen mochten er niet in voorkomen, en in de hutdeur was een glazen schijf aangebracht die eventueel ingeslagen kon worden. De gekwalificeerde verplegende die was meegegeven moest gemachtigd zijn tot het geven van medicamenten of injecties.

Waardoor kwam op de Nederlandse passagiersschepen de verpleegdienst gaandeweg in trek? Trok het avontuur, de zeelucht, het werken in de prachtige ‘gordel van smaragd’ en in andere gebiedsdelen? Het werk leek aantrekkelijk,

maar de werkelijkheid viel vaak tegen. Het was een afwisselende en zelfstandige taak; deze was echter tevens vol gevaren en onzekerheden; veel improvisatietalent kwam eraan te pas, en je moest wennen aan een strakke hiërarchische organisatie vol rangen en standen. Niettemin werd na 1900 de toeloop groot. Wie voor die baan in aanmerking wilde komen kwam op een wachtlijst te staan.

Het werd ook mogelijk geplaatst te worden op emigratieschepen die naar Canada en Australië voeren. De emigranten werden in Nederland, Duitsland en landen aan de Middellandse Zee aan boord genomen. Via het Suezkanaal duurde de reis veertien weken heen en terug. Grote schepen hadden voor de Nederlandse emigranten een staf van twee artsen, acht verpleegkundigen, een apotheker(es) en administratief personeel beschikbaar. In buitenlandse havens kwam daarbij nog zo'n groep voor personen uit andere landen. Naast diverse ziekenzalen was er een aparte zaal voor besmettelijke ziekten. Sommige schepen waren drijvende steden met liften, zwembaden, bioscopen en sportaccommodatie; beroemd was het RMS Statendam. Maar lang niet alle schepen waren zo groot en comfortabel. Regel was improvisatie, waardoor de passagiers veelszins met aanzienlijk minder luxe genoeg moesten nemen.

In 1940 kwam een knik in die opwaarde beweging (zie p. 171 v.v.). Zes jaar later begon de repatriëring van ondervoede, uitgeputte en/of zieke Nederlanders uit de Japanse kampen. De desillusie was algemeen. Allen hadden onnoemelijk veel te verwerken. Velen leden onder een geknakte gezondheid. Eveneens velen hadden persoonlijke verliezen aan gezins- of familieleden te betreuren, en/of liepen rond met frustraties die levenslang zouden blijven doorwerken.

2.8.5 Gezondheidszorg overzee I. Problematische Oost-West-verhouding

De Oost-West-geschiedenis is altijd vooral een psychologisch probleem geweest. Naast politieke en economische kwesties was het meest diepgaand dat mensen tegenover mensen stonden als overwinnaars tegenover overwonnenen. Toen dat in de negentiende eeuw tot breder kring doordrong begon het zien van de overzeese gebiedsdelen als wingewest als vanzelf schuldgevoelens op te roepen. Dit forceerde een ommekeer in de verhouding tussen Nederland en de Indië. De mensonterende slavernij en de slaventransporten waren toen reeds in discredit gekomen (vgl. p. 67). Het besef groeide dat de koloniën, tot dan beschouwd als rechtmatig verkregen bezit van onschatbaar economische waarde, in ethisch-zedelijk opzicht te kort waren gekomen. De geschiedenis van zending en missie leert dat het christendom ertoe heeft bijgedragen, de inheemse bevolking te leren zichzelf te zijn en te blijven. De verzelfstandiging van de Indische kerk en de autonomie van de kerken aldaar zijn de staatkundige ontwikkelingen een halve eeuw vooruit gesneld.

Voor die omwenteling – met als nieuwe doelstelling een ethisch-koloniale politiek – zijn ook andere invloeden gunstig geweest. In die tijd, volgend op het optimistisch vooruitgangsgeloof van achttiende-eeuwers, is de grondslag gelegd voor de huidige maatschappijbeschouwing. Hildebrands *Camera Obscura* (1839)

bevatte nog een milde kritiek. Maar Potgieters vlijmscherpe *Jan, Jannetje en hun jongste kind* (1842) wees op 's lands Jan Saliegeest, en op ingebakken maatschappijgebreken. Hij hekelde de gezapigheid van parvenu's die, door de overzeese handel rijk geworden, ijverig in het knippen van couponnetjes en afkerig van alle nieuwigheid waren, en tevens te vadzig om de nationale bedrijvigheid te stimuleren. En dan het rumoer rondom de publikaties van Eduard Douwes Dekker alias Multatuli, alsmede diens schorsing en ontslag als Oostindisch ambtenaar. Deze en andere publikaties hebben bij 's Nederlands 'bekering' inzake de overzeese gewesten als even zovele katalysatoren gewerkt. Vooral Multatuli's *Max Havelaar* (1860) trok de aandacht door de vlammende aanklacht tegen het Nederlands bewind in Indië en zijn dienaren; het boek werd tevens bewonderd als kunstwerk, door de originele structuur, de boeiende tekst en de poëtische ondertoon.

In die periode was er van een tropische geneeskunde nog geen sprake (vgl. p. 66). De toenmalige medici hadden geen kennis van de essentie van besmettelijke ziekten en volksziekten, laat staan van de oorzaak der gesels die de tropen teisterden. Daarbij kwam een felle afweerreactie tegen nieuwe inzichten, waaronder Semmelweis' pleidooi en dat van de 'Hygiënist' (zie p. 44) voor een hygiënische leefwijze in het algemeen en behandeling van zieken in het bijzonder.

Omstreeks 1890 begon verzet op te komen tegen de nog achterlijke toestand waarin de Nederlandse bevolking leefde. Daaraan gingen vooraf ideologische veranderingen en politieke verschuivingen; daardoor nam het vertrouwen in het vanaf de Bataafse Republiek volgehouden, sterk liberaal getinte overheidsbeleid af. Dat had ook invloed op het Indië-beleid. Er kwam verzet tegen de herendiensten, het cultuurstelsel en het voortbestaan van dwangarbeid. Die reactie uitte zich in een 'revolutie': een ethisch-koloniale politiek. Deze is mede voor het onderwijs en de gezondheidszorg aldaar gunstig geweest. De gevolgen werden het eerst duidelijk merkbaar in de grotere centra. Vóór die tijd had de Westerse cultuur in haar contact met de primitieve maatschappij, ondanks de daarvoor gebrachte offers, weinig succes geboekt. Dit werd veroorzaakt door een algemeen tekort aan inzicht in de – naar westerse begrippen – primitieve mentaliteit van de bevolking. Weliswaar gelukte het meestal wel de bevolking te winnen voor enige medische behandeling, en verheugden zich de rondom een medisch centrum gelegen poliklinieken in een grote toeloop; maar een radicale inbreuk op de nog onderontwikkelde maatschappij was eerst mogelijk nadat niemand de gunstige gevolgen van de nieuwe medische aanpak kon ontkennen. Zo was er weerstand tegen inenting totdat de opzienbarende werking van neosalvarsan tegen framboesia tot iedereen doordrong. Groot was overigens het verschil tussen de stad en het land. Toen in de steden de medische hulp – waaronder preventieve geneeskunde en hygiënische voorzieningen – reeds gretig aanvaard was, bestond daarvoor in vele landelijke gebieden nog grote afkeer. In een stad als Batavia was de bevolking rijp voor moderne civilisatie, voorlichting en medische zorg, terwijl dezelfde maatregelen op Nieuw-Guinea, Centraal-Borneo of West-Indië nog weinig effect hadden. Het verzet gold trouwens niet alleen de geneeskunst. Ook andere uitingen

van Westerse cultuuroverdracht inzake de landbouw, de bosbouw, de planologie en het onderwijs hadden met soortgelijke moeilijkheden te maken.

2.8.6 Gezondheidszorg overzee II. Naar pluriforme gezondheidszorg

Voor het antwoord op de vraag, hoe de gezondheidszorg in Nederlands Oost-Indië vanaf het begin op gang en op peil is gekomen, zetten we een paar stappen terug in de geschiedenis. Tijdens de eerste vestigingen van Hollanders in Indië werden keuren inzake de gezondheid van Europeanen uitgevaardigd. Er kwamen militaire hospitalen, zowel voor militairen als voor Europese ambtenaren en particulieren (De Vogel, 1940). De verplegers waren volgens militair-geneeskundige richtlijnen opgeleide hospitaalsoldaten. Het bestuur van de O.I. Compagnie had slechts oog voor de gezondheidstoestand van de schepelingen en hun familieleden. Onder hen waren de sterftcijfers zo hoog en de toenmalige geneeskunst was zo machteloos tegen tropische ziekten dat hulp aan inheemsen niet eens overwogen werd. Naast de militaire hospitalen gingen inlandse ziekenhuizen van het gouvernement functioneren. Deze waren oorspronkelijk bestemd voor zieke niet-Europese gevangenen en infectieuze prostituées, later voor inheemsen en vreemde Oosterlingen. In die inrichtingen werden bovendien door de politie opgebrachte landlopers en bedelaars opgenomen.

Eerst na 1800 kreeg de eigenlijke zorg voor de inheemsen aandacht, met name de bestrijding van pokken en geslachtsziekten. Het eerste reglement op de volksgezondheid van de bevolking stamt uit 1822. Na 1850 werden scholen voor inlandse artsen en vroedvrouwen opgericht.

Hiermee begon de genoemde historische omslag in de houding van de Nederlanders tegenover de inlandse bevolking. Krachtens het gouvernementsbesluit van 2 januari 1849 ontstond twee jaar later een vakschool voor aanstaande inheemse artsen en vroedvrouwen, opgericht door de Stichting Opleiding voor Inheemse Artsen (STOVIA) te Weltevreden (woonstad voor alle bevolkingsgroepen binnen Batavia). Deze medische Nederlandstalige opleiding was eerst tweejarig; de afgestudeerden kregen de titel Dokter-Djawa. Reorganisatie op reorganisatie volgde. Geleidelijk kwam de opleidingstijd op 7 jaar. De belangrijkste veranderingen in het geneeskundig en het verpleegkundig onderwijs gebeurden na 1900; ze vielen samen met een toenemende zorg van de overheid voor de volksgezondheid. In 1913 werd een nieuwe STOVIA-school gebouwd. De reeds eerder toegepaste tweedeling (voorbereidende afdeling en geneeskundige afdeling) bleef gehandhaafd. Het onderwijs was voor iedereen – zowel mannelijke als vrouwelijke studenten – toegankelijk na voor een vergelijkend examen (eindniveau driejarige HBS) geslaagd te zijn. De titel van de gediplomeerden veranderde in Indisch arts. De in 1851 met 12 studenten begonnen Stovia-school telde in 1925 331 studenten. Tegelijkertijd zag een Nederlands-Indische Artsen-school te Soerabaja het licht.

Intussen was een commissie benoemd die instelling van hoger medisch onderwijs zou voorbereiden. Het was de bedoeling een universiteit met diverse

Analfabetisme in Nederlands-Indië

Uit de meest bedrevenen groeiden helpers in de ziekenverpleging. Uiteraard was het nog steeds heersende analfabetisme een belemmerende factor zodra aan de ervaringspraktijk theoretisch onderwijs werd toegevoegd. Voor de Tweede Wereldoorlog was ruim 90% van de inlandse bevolking analfabeet. Rondom 1900 verzuimde 60% van de kinderen die voor onderwijs in aanmerking kwamen de school. In Nederland was dat percentage toen 10. De meeste ouders, vooral de armsten onder hen, toch al niet of weinig overtuigd van het nut van basisonderwijs, meenden dat hun kinderen beter konden helpen bij bezigheden thuis en in het veld. Eerst in de loop van de twintigste eeuw begon de overheid het primaire onderwijs systematisch krachtiger te bevorderen. Daardoor breidde zich het aantal basisscholen (driejarige 'volkscholen' en vijfjarige -standaardscholen') gestadig uit.

Degenen die de leeskunst niet rijk waren ondervonden daarvan geen al te grote hinder. Evenals in de Europese Middeleeuwen waren het voorlezen en het vertellen zeer in zwang, en de beeldende kunsten zorgden voor het visuele contact tussen de ongeletterde enerzijds en wereld van mystiek en religie anderzijds. Door allerlei oorzaken verzwakte de band met de oude cultuur. Daarmee verbleekte de organische verbinding tussen leven en lezen, en ook de herinnering aan een maatschappij waarin lezen en schrijven normale functies zijn.

Ter toelichting nog het volgende. In een ver verleden was er een tijd waarin daar veel mensen het schrift machtig waren, dus niet meer 'letterblind' (het woord analfabetisme is in het Indonesisch *boeta hoeroef*, letterblind). Het doel was: beheersing van de leeskunst, de mogelijkheid scheppend de voortbrengselen van de Indonesische dichtkunst te lezen, een kunst die rijk is aan zedelijke lessen en de herinnering aan het glorierijke verleden van de 'gordel van smaragd' levendig houdt. In dat rijke verleden overheerst de magische kracht die in de vorst zetelt. De Javaanse vorsten voeren hun afstamming enerzijds terug tot de Hindoe-goden, anderzijds via Mohammed tot Adam, de eerste mens in het Bijbelverhaal. Voor wie de betekenis van de vorst voor zijn volk zo begrijpt, en de incarnatie van een Hindoe-godheid als rechtstreekse afstammeling van de Profeet duidelijk is, krijgt de cultuurbeleving en de culturele ontwikkeling van een volk in al zijn geledingen diepe zin.

faculteiten te stichten. Het liep anders. Eerst kwam een Indische Technische Hogeschool tot stand (1920), hierna een Rechtshogeschool (1924). Ten slotte maakte de STOVIA plaats voor een Geneeskundige Hogeschool, in 1927 opgericht te Batavia (De Langen 1933).

2.8.7 Gezondheidszorg overzee III. Naar volwaardige mantri-verpleegkunst

De verbetering en uitbreiding van de medische opleiding hadden uiteraard gevolgen voor de verpleegkunst, want deze stond nog in de kinderschoenen. Tot omstreeks 1900 bestond het verplegend personeel van de ziekenhuizen nog uit dwangarbeiders, oorspronkelijk ingezet voor technisch onderhoud, huishoudelijke bezigheden en verpleeghulp. Tevens dienden herstelde zieken als oppassers. Volgens tijdgenoten was de verleende verpleging gebrekkig en onhygiënisch. Het inlands personeel was niet opgeleid. Uit de meest bedrevenen groeiden min of meer bruikbare helpers. Laboratoriumpersoneel werd gerecru-teerd uit de meest intelligenten onder de oppassers. Vooral kwamen voor dit werk in aanmerking jongelieden uit goede Indische families die althans enig onderwijs hadden genoten. Het bleek dat de inheemse bevolking voor het technische precisiewerk veel aanleg had. Dat was ook al opgemerkt in de labora-toria van landbouw-proefstations en suikerfabrieken. Daar en trouwens in alle bedrijven was gezondheidszorg geboden, zelfs welbegrepen eigenbelang. Elke dag, elk uur ziekte van de mandoers (opzichters), toekangs (ambachtslieden) en koelies (dagloners) betekende immers een economische verliespost.

Allengs kwam er van Nederlandse zijde belangstelling voor deskundige verpleeg-taken. In 1894 slaagde een Nederlands comité tot uitzending van zendingszusters er in, twee gediplomeerde verpleegsters naar Indië te laten vertrekken. De door hen en verlofgangers gesignaleerde grote behoefte aan geschoold personeel in de gezondheidszorg drong in Nederland tot breder kring door. Dit leidde in 1895 tot oprichting van de 'Vereeniging voor Ziekenverpleging in Nederlandsch-Indië'.

In de eerste decennia van de twintigste eeuw deed de invloed van de Westerse cultuur zich sterker gelden op het bestuur, de landbouw, de veeteelt, de visserij, het verkeer en de gezondheidszorg. Dr. W. Th. de Vogel, organisator van de Burgerlijke Geneeskundige Dienst in Nederlands Oost-Indië, in 1913 tot hoofd-inspecteur van die dienst benoemd, zag de gezondheidszorg gesplitst in twee groepen: (a) individuele ziekenbehandeling en (b) voorkoming van ziekten. Het curatieve deel – behandelen en verplegen, een leven redden, gezondheid teruggeven – is zelfs voor de meest primitief ontwikkelde mens zichtbaar en spectaculair; daarvoor zijn bekwame medici, verpleegkundigen en goed ingerichte ziekenhuizen nodig. Het andere, preventieve deel is minder zichtbaar. Het is ook minder populair, want de door de medicus opgelegde maatregelen impliceren individuele vrijheidsbeperking.

Geleidelijk verschenen door plaatselijke particuliere verenigingen – waar- onder die van zending en missie – opgerichte ziekenhuizen voor in hoofdzaak

Opleidingsschema Dienst van de Volksgezondheid in Nederlands-Indië

De dienst van de volksgezondheid in Nederlands-Indië heeft zich in verscheidene richtingen kunnen ontplooiën. Het opleidingsschema zag er aldus uit:

- a. vooropleiding tot aspirant-verplegende (twee jaar);
- b. mantri-verpleegkundige;
- c. mantri-v-eerste klasse;
- d. laborant(e) + een jaar laboratoriumopleiding als stagiair(e);
- e. vroedvrouw;
- f. vroedvrouw eerste klasse;
- g. mantri voor de volksgezondheid (mantri-v en aantekening laboratoriumwerk + twee jaar stage).

Europese patiënten. Aanvankelijk werd gewerkt met geïmporteerd Europees personeel dat hetzij gediplomeerd, hetzij summier opgeleid was. Later brachten vooral de medische zending en de missie de opleiding voor inheemsen op hoger peil. Voor dit werk werden door zendingsartsen en Europese gediplomeerde zendingszusters de meest geschikten uitgekozen. De Vereniging Het Nederlandse Roode Kruis (zie p. 119) zond in 1914 twaalf ongehuwde, gediplomeerde verpleegsters – onder wie vier hoofdverpleegsters – naar Nederlands-Indië. Verplegen in dat verre land betekende meer dan wennen aan een tropisch klimaat en overwinnen van taalmoeilijkheden. Het medisch-verpleegkundig team moest vaak te paard verder gaan wanneer een tocht met een ander vervoermiddel onmogelijk was. Hoewel het toenmalige hospitaalpersoneel weinig aanzien genoot, boden zich voldoende meisjes en vrouwen aan. Veelbelovend was dit onderwijs vooral doordat het sociale stijging in het vooruitzicht stelde. Zo was het verworven diploma de aanzet voor de taak van vroedvrouw; dat beroep stond in hoge ere en verzekerde van een vast bestaan. Het gouvernement stimuleerde hierbij; het kende aan opleiders een premie toe voor elke geslaagde leerling, welk bedrag de medische zending en missie ten goede kwam.

Op andere wijze kwam de verpleging voor arbeiders van land- en mijnbouwondernemingen tot stand. Vóór 1880 werden de patiënten onder hen behandeld door Maleise en Chinese wonderdokters. Verpleging was het werk van burens en familieleden. Daarin kwam verbetering door uitbreiding van de militaire hospitaalen. Ook de hieraan verbonden officieren van gezondheid konden van de diensten gebruikmaken. Tevens werden eigen Europese particuliere artsen aangesteld;

zij wijdden zich uitsluitend aan de behandeling van Europese en inheemse werknemers. Voorts verplichtte de 'koelie-ordinantie' van 1880 de ondernemers in de geneeskundige behandeling van hun arbeiders te voorzien. Zo ontstond op iedere grote onderneming een klein hospitaal als centrum van verspreid gelegen polikliniekjes. Een arts bezocht deze inrichtingen op gezette tijden.

Uit dit stelsel van pover ingerichte hospitaaltjes en kliniekjes groeiden grote inrichtingen. De opleiding van personeel paste zich daarbij aan. Het leerplan was zo ingericht dat het met goed gevolg afgelegd examen als grondslag diende voor de functie van aspirant-verpleegster of -verpleger. Een vol jaar dienst in een ziekenhuis vormde het sluitstuk. In die proeftijd werd beoordeeld of de titel van 'mantri-verpleger/verpleegster' bereikt was (*mantri* of *mantrie*, Maleis, dezelfde betekenis als mandarijn, ambtenaar of opzichter). Alleen voorzien van die kwalificatie konden aspiranten bevordering tot een hogere rang verwachten. Zo'n verheffing kon bijvoorbeeld bestaan in het leiderschap van 'dessa-poliklinieken' die in de kampongs waren opgericht (zie boven). Een mantri-v-eerste klasse kon opklimmen tot hoofd-mantri-v, aan wie onder toezicht van een arts-directeur van het hospitaal de behandeling van de poliklinische patiënten was toevertrouwd.

In die zin heeft de dienst van de volksgezondheid in Nederlands-Indië zich in verscheidene richtingen kunnen ontplooien. De toegepaste personeelsselectie heeft gunstig gewerkt. De verpleging door inheemse krachten in de gouvernements burgerlijke ziekenhuizen kon vergelijking met de verpleegkunst in Nederland met glans doorstaan. Daardoor konden patiënten van elk sociaal milieu of elke nationaliteit opgenomen worden.

Aan de ontwikkeling in de gezondheidszorg kwam een abrupt eind door de Tweede Wereldoorlog. In 1942 bezetten de Japanners dit eilandrijk. Vele Nederlanders leden fysiek en psychisch in de gevangenkampen, of kwamen om. Na het vertrek van de Japanners kreeg de reeds lange tijd smeulende vrijheidsbeweging ruim baan; deze liep eerst uit op een vrijheidsstrijd; hierna volgden politionele acties en onderhandelingen. Herhaald ingrijpen van de Veiligheidsraad leidde in 1949 tot de soevereiniteitsoverdracht en de stichting van de staat Indonesië.

Intussen was getracht het ziekenhuiswezen weer op peil te brengen. Hiertoe werden in de eerste jaren na de oorlog ongeveer 1500 verpleegsters en hulpverpleegsters naar Indonesië uitgezonden. Daardoor werd in Nederland het toch al bestaand tekort aan verplegenden vergroot. Dat tekort was mede aanleiding tot bezinning op de structuur en de inhoud van de opleiding, alsmede op de sociaal-economische positie en de status van de verplegenden (zie p. 130).

den zijn. Overal vindt men zieken, die eene goede verzorging noodig hebben, in het huis van den rijken zoowel, als in de hutten der armen. En hoe het met die verzorging vaak gesteld is! wij Artsen zijn het best in de gelegenheid, het op te merken en er ons over te bedroeven. Zelfs onder de hoogere en gegoede standen is het niet zeldzaam, dat, bij langdurige slepende ziekten, of ook bij epidemiën, waarin meerdere personen in één gezin achtereenvolgens door de heerschende ziekte worden aangetast, de huisgenooten en vrienden, wier hulp ter verpleging is ingeroepen, weldra zoo afgetobt en door nachtwaken uitgeput geraken, dat men in 't eind' radeloos verlegen staat, niet wetende, werwaarts zich om frissche hulp te wenden. Onder de geringere of behoeftige volksklasse? Ik wil u niet bedroeven door de schildering van tooneelen, waarvan ik dikwerf ooggetuige was, noch den schijn op mij laden, als ware het mij te doen, om u *Geheimen van Amsterdam* te openbaren. Toch moet men die hollen van ellende doorkropen hebben, om te kunnen gelooven en begrijpen, wat daar geleden wordt, en hoe vele slagtoffers daar vallen, die de kunst wellicht nog had kunnen redden, zoo hare onmisbare bondgenoot, eene goede verpleging, haar niet ontbroken had. Ik zwijg van het aantal reizigers en vreemdelingen, die, in logementen of tijdelijk gehuurde kamers, door eene ziekte overvallen, meestal zóó verlaten en onverzorgd ter nederliggen, dat daardoor alléén hun lijden als verdubbeld wordt. Maar wat voorál opmerking verdient, is dit. Ook bij de hoogste mate van barmhartigheid en hulpvaardigheid — een karaktertrek, die onzer natie niet geheel ontzegd kan worden — missen verreweg de meesten de *geschiktheid*, om met zieken om te gaan, hun toestand dragelijk te maken en door eene verstandige verpleging de genezing in de hand te werken. Zelfs de overgrootte zorgzaamheid en barmhartige ijver van sommigen bewerkt niet zelden juist het tegenoverstaande. Die geschiktheid nu is slechts in hoogst zeldzame gevallen eene aangeborene. Meestal moet zij, en kan zij alleen door opleiding en

H[eije, J.P.], Over de Vereeniging tot Ziekenverpleging te Amsterdam. In: *Bijdragen tot bevordering van de kennis en den bloei der Maatschappij tot Nut van 't Algemeen* (Amsterdam 1846/47).

Dr. J.P. Heije (1809-1876) was niet alleen een veelzijdig medicus-dichter en inspirator van de verplegingsopleiding, maar hij nam ook in de Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst, en de Maatschappij tot Nut van 't Algemeen een vooranstaande plaats in.

HOOFDSTUK 3

Verpleging en opleiding. Drijvende en vertragende krachten

3.1 Ziekenverpleging en arbeidsbestel. Onderwijs en beroeps-aanzien

De vernieuwing en uitbreiding van het ziekenhuiswezen waren eensdeels vrucht van een geleidelijke ontwikkeling in de achttiende eeuw, dankzij de vernieuwingstendens van de Verlichting. Bovendien waren er sterke katalysatoren nodig om de veranderingen te bewerkstelligen die nu onze aandacht vragen; twee daarvan waren revoluties. Een van deze was de Franse Revolutie. De inzet was adembenemend. Vrijheid, gelijkheid en broederschap, wie zou de daarin besloten beloften niet uitbundig prijzen? Die beloften waren echter vooralsnog niet na te komen. Want abrupt werden de sociaal hoogste standen – de adel, de patricische families, de geestelijkheid en de intellectuelen – in discredit gebracht en zelfs gedeeltelijk geëlimineerd. Daarmee werd in de periode van de Grote Revolutie de standenstaat aangetast. Een geweldige gebeurtenis met nauwelijks te peilen gevolgen. De onderste sociale lagen kwamen nu aan bod. Dat had nog vóór de bevrijding in 1813 gevolgen voor het onderwijs, in de Nederlanden alleen op papier. Hierna werd op de plannen voortgeborduurd; een democratiseringsproces zette in. Vooral het beroepsonderwijs kreeg meer ruimte. Een in kracht toenemend streven naar zedelijke verheffing van de minvermogenden, de be-deelden, de kansarmen manifesteerde zich. Onderwijsvernieuwer J.H. Swildens (1745-1809) had al jaren voor 1789 uitgezien naar die vrijheid, gelijkheid en broederschap.

De waardy van den mensch kan niet bestaan in zijn geld; want het geld is immers niet de mensch zelf. Zy kan ook niet daarin bestaan, dat hy van aanzienlyke afkomst is: want zyne Ouders of Voorouders zyn immers wederom niet hy zelf; en een Prins, die een deugniet is, is zelfs een veel onwaardiger en verachtlyker mensch, dan een Bédelaar, die een deugniet is.

Dat schreef deze vurige patriot in 1781 in zijn *A-B voor de Nederlandsche jeugd*, acht jaar voor de guillotine begon te werken. Hij heeft het niet beleefd, de sociale

rechtvaardigheid die hij op het oog had. Maar de beginselen ervan schoten wortel, mede gedreven door een andere katalysator: de Industriële Revolutie die in korte tijd handkracht gedeeltelijk verving door stoomkracht. Als vrucht van een en ander kwam er meer ruimte voor het gehele beroepsonderwijs, ook voor meisjes en vrouwen. In Nederland gebeurde dat langzaam – want de Nederlandse overheid had tachtig jaar nodig om zich van het waandenkbeeld te bevrijden, als zou de staat alleen maar voor ‘algemene’ vorming’ (geformuleerd naar eigen snit) behoeven te zorgen (zie p. 135).

De systematische opleiding van aanstaande verplegenden, in de loop van de negentiende eeuw begonnen, maakte eveneens deel uit van het streven naar bredere ontwikkeling van de gehele beroepsbevolking. Dat streven uitte zich onder meer in een aantal rapporten van staatscommissies (Goudswaard 1981, p. 21-64; 1986 p. 76-87; zie ook p. 82). De opwaartse lijn werd onderbroken toen de eerste Benelux (1815-1830) uiteenviel. Later getuigde het parlementaire debat over het wetsontwerp tot regeling van het middelbaar onderwijs (1862/3) van de nieuwe inzichten. Een (kleine) oppositie bepleitte gelijkwaardigheid van wettelijk algemeen vormend (cognitief gericht) en beroepsgericht onderwijs. Het eerste heette niet-beroepsgericht te zijn, het andere bevatte zowel algemene als praktijkvakken. De wetsontwerper (minister Thorbecke) hield echter vast aan zijn idee, dat de wet alleen had te regelen ‘algemeen’, cognitief onderwijs als basis voor daarop volgend voortgezet onderwijs. De minister won.

Op dat moment waren echter reeds alle bestaande algemene, niet-praktijkgerichte scholen én (nog buitenwettelijke) beroepsgerichte opleidingen, alsmede de universiteiten, opgenomen in een modern arbeidsbestel. Dit bestel behoefde tevens niet alleen beroepsgericht, theoretisch én praktijkgericht onderwijs op diverse niveaus, maar ook de erkenning, dat beroepsgerichtheid ook een ‘algemene’ (persoonsvormende) component bevat. Dit vraagt nadere toelichting.

Toen Francis Bacon (1561-1626), de vader van het empirisme, aan het begin van de nieuwe tijd het bekende woord ‘science is power’ sprak, had hij het niet over de ‘zuivere’ wetenschapsbeoefening (vrij van maatschappelijke bijbedoeelingen), maar schetste hij in drie woorden de nominale aard van de moderne natuurwetenschap (die toen nog in de kinderschoenen stond). Die aard was niet meer theoretisch beschouwend (zoals eertijds in Hellas, zie hoofdstuk 1), maar praktisch toepasbaar, bewerkbaar, berekenbaar. Daardoor kon de mens toekomen aan natuurbeheersing, in welke lijn zowel de techniek als de geneeskunst en de verpleegkunst gelegen zijn.

Eeuwenlang was de geneeskunst bedreven als vrucht van ervaring. Men richtte zich op symptomen zonder veel besef te hebben van de oorzaken van ziekten. Maar in de tweede helft van de negentiende eeuw werden de denkwijzen en de methodiek van de natuurwetenschappen van grote betekenis. Er kwam licht in zaken die voor elke arts een voortdurende onzekerheid geweest waren: de bronnen van ontstekingen en infectieziekten.

Vakgericht onderwijs in de periode 1300-1800

Voorbeelden van vakgericht onderwijs in de periode 1300-1800: opleiding van toekomstige doctores medicinae, juristen en leraren aan universiteiten; opleidingen (leerlingstelsels) voor aspirant-gezellen en -meesters in het kader van het gildewezen (1300-1798); hiertoe behoorden de opleiding van barbiers en chirurgijns; zeevaarkundig onderwijs in havensteden vanaf het midden van de zestiende eeuw; een school voor ingenieurs en landmeters, van 1600 tot 1670 verbonden aan de Leidse universiteit; tekenscholen en -academies (in Nederland vanaf 1653), met onafhankelijk van de gildeopleidingen functionerend vakonderwijs voor de ambachten en de industrie; cursussen in landmeetkunde en/of vestingbouwkunde, gegeven aan universiteiten en athenea, en door particulieren; ingenieursopleidingen voor aspirant-officieren bij de genie en een beperkt aantal burgers. Voorbeelden in de negentiende eeuw, afgezien van de opleiding van aanstaande medici (in Nederland vanaf 1575 op universitair niveau en van 1823 tot 1866 aan niet-academische, praktijkgerichte klinische scholen, bestemd voor toekomstige plattelandsdokters, zie p. 37, 65), juristen en leraren; technisch onderwijs aan universiteiten (1825); bedrijfsopleidingen, vanaf 1832 gegeven door werkgevers; maatschappijgerichte tweede afdelingen van de Latijnse scholen, gymnasia en athenea (vanaf 1812, in 1863 opgegaan in de hogere burgerscholen), als antwoord op de vraag naar een in hoofdzaak theoretische basisopleiding voor diverse vormen van beroepsuitoefening in de nijverheid; technisch, agrarisch, en handelsonderwijs, alsmede op vrouwelijke beroepen (waaronder het verpleegkundig beroep) gericht onderwijs. Als regel werden succesvol doorlopen opleidingen met een diploma of getuigschrift in een feestelijke bijeenkomst bekroond.

In het verlengde van Bacons uitspraak lag *sapere aude* – durf te weten; zo typeerde Immanuel Kant (1724-1804) de emancipatiegedachte van de Verlichting. De wetenschap zou de weg wijzen naar vooruitgang, onder het motto ‘wetenschap is macht’.

Die wijsheid had trouwens altijd al gegolden. De vraag naar onderwijs ging vooraf aan het onderwijsaanbod naarmate in de praktijk van de nijverheid en de zeevaart niet alleen praktisch, maar ook theoretisch onderlegd personeel nodig was. De na 1300 ontstane opleidingen waren het gevolg van de vraag ernaar. Informatie over vacatures ontbrak niet. Zo begaven zich gezellen, reizend op ambacht om elders met nieuwe gewoonten, technieken en arbeidsomstandigheden in aanraking te komen, bij aankomst in een stad naar het gildehuis – het toenmalige arbeidsbureau – waar zij gegevens kregen over openstaande arbeidsplaatsen; zij kregen toegang tot een toen al functionerend centrum dat

later 'arbeidsmarkt' (het geheel van vraag naar arbeid en beschikbaarheid van arbeidskrachten) zou heten. Gewestelijke besturen en werkgevers konden selecteren op getuigschriften en/of waargenomen prestaties.

Na 1850 kon in principe de gehele bevolking een greep naar voortgezet onderwijs maken doordat, dankzij de stuwende werking van de industriële revolutie, het statische beroepenpatroon een dynamisch karakter kreeg en een structurele beroepsmobiliteit van mannen en vrouwen intrad. De modernisering van het arbeidsbestel en de werking van de arbeidsmarkt stonden meer dan ooit in wisselwerking: ze waren zowel de oorzaken als de resultanten van de in het voorgaande geschetste krachtlijnen.

De bepaling van de sociale status naar prestaties, capaciteiten en diploma's was geen nieuw verschijnsel; het kreeg de naam 'meritocratie', volgens de formule: *intelligence + effort = merit* (M. Joung 1961).

Over de betekenis van onderwijs-voor-allen verschenen uitvoerige studies van Charles Dupin (1784-1873), werken die ook in Nederland grote bekendheid kregen. Hij toonde na experimenten en statistisch onderzoek het verband aan tussen studie, toenemende bedrijvigheid en welvaart voor alle burgers.

De genoemde overheidsinitiatieven vonden mede in Dupins publikaties hun oorsprong; in de eerste Nederlandse statistiek (*Nationale Statistiek*, Brussel 1827, p. 62-71) komt over Dupin en zijn baanbrekend werk een uitvoeringe, aanbevelende beschrijving voor. Het rapport van de commissie-Roëll (1829) getuigt ook van het nieuwe inzicht. Een minderheid (vier Belgische leden) vond uitbreiding van pluriform middelbaar en hoger beroepsonderwijs dringend noodzakelijk. Het eerste Nederlandse proefschrift over de verhouding onderwijs-welvaart verscheen in 1838, toen in Nederland het Latijn nog de academische voertaal was. Het was van Augustus Johannes Houck (1750-1806), en getiteld: *De Industria technica ope technicarum scholarum in patria nostra promovenda* (Oprichting van technisch-industriële scholen aangeprezen als middel om kunsten, handwerken, fabrieken en trafieken in ons vaderland te bevorderen). Houck schreef ook *De ware verhouding tusschen hooger-, middelbaar- en lager onderwijs, ...* (Deventer 1840). De schrijver betoogt dat elk beroep in aanzien en waardering stijgt naarmate gedegen studie eraan ten grondslag ligt (tot heden in de verplegingssector een actueel thema, zie hoofdstuk 7); hij bepleit vernieuwing van het beroepsonderwijs door dit op wetenschappelijke basis te plaatsen. Pieter Otto Coenraad Vorsselman de Heer (1809-1841), letterkundige, classicus, sterrenkundige, zeevaart-, wis- en natuurkundige, lid van het Koninklijk Instituut van Wetenschappen (zie Goudswaard 1981, p. 275), hamerde op hetzelfde aambeeld. In zijn beroemde redevoeringen (waaronder die van 1841) hekelde hij de rijksoverheid om haar afstandelijke beleid inzake het beroepsonderwijs, en hij preees de 'zucht naar standsverheffing' die velen zo vreesden (vgl. D.K. van Meerten 1845). Evenals Houck ziet hij volwaardig beroepsonderwijs als onmisbaar voor de gezondmaking zowel van de economie als van de sociale verhoudingen.

Twee jaar later bleek de medicus J.P. Heije te behoren tot hen, die de essentie van die boodschap inzake het verpleegkundig onderwijs onderschreven. Zoals

gezegd hadden de ontwerper van de wet op het middelbaar onderwijs en een meerderheid van de Tweede Kamer voor die boodschap weinig oog, en nóg minder voor de maatschappelijke betekenis van toegepaste, pragmatische wetenschapsbeoefening (zie p. 80).

In die tijd en in de gehele rest van de negentiende eeuw was het voor jongens nog een voorrecht te mogen leren en studeren; meisjes kwamen daaraan nóg moeilijker toe. De genoemde uitspraken laten zien dat zich toen aftekende een trend van onderwijs als voorrecht naar onderwijs als recht en noodzaak. In het oude bestel ging veel talent verloren doordat slechts weinigen er in slaagden een bres in de standsmuren te slaan. Een moderne maatschappij kon en kan zich zo'n immens verlies aan capaciteit van mensen niet veroorloven. Dit geldt ook voor veel van de toenmalige vrouwen. Zij zwoegden in werkplaatsen en fabrieken, op het land, in boerderijen. Zij stonden in vreemde keukens en aan andermans wastobbes en strijkplanken. Velen brachten, om te kunnen bijverdienen, hun kinderen onder bij matrassen; zij wisten in de moeilijkste omstandigheden moederschap en karig betaalde arbeid te verenigen lang vóór de tweede feministische golf de samenleving bereikte.

Door de geschetste omwenteling kreeg het regulier onderwijs sleutelmacht. Alternatieve onderwijswegen openden zich. Ze verleenden aan vele autodidacten het aureool dat zij door hun geslaagde poging tot sociale stijging verwierven en verdienden. Reeds in de negentiende eeuw werd het duidelijk dat in de nieuwe maatschappij van jongs af aan geleerd en gestudeerd moet worden. Naar diploma's wordt men gerangschikt, niet meer naar milieu van herkomst. Daarbij is niet alleen het verworvene aan ontwikkeling en positie bepalend voor 's mensen welzijn en welbevinden, maar ook – veel meer dan voorheen – opening van gesloten deuren die állen toegang verlenen naar culturele mogelijkheden tot ontwikkeling en ontspanning, en naar evenwicht tussen beroepsarbeid en vrij zijn hiervan.

De sleutelrol van de meritocratie kon in die turbulente eeuw niemand ontgaan. Geen instelling, geen onderneming, geen ziekenhuisdirectie kon het zich meer veroorloven, de te verrichten taken alleen naar eigen inzicht volgens de methode van *trial and error* toe te wijzen. Investeren in scholing en bijscholing van het personeel werd in toenemende mate noodzakelijk. En wat dat personeel betreft: gericht studeren werd voor iedereen onmisbaar om welk werk dan ook bekwaam te kunnen uitvoeren.

Het opleidingsniveau is sindsdien gestaag gestegen; onderwijs werd een hoeksteen van de samenleving, vooral na 1945. In 1958 volgde 7,3% van de negentienjarigen en 0,9% van de vierentwintigjarigen voltijdsonderwijs, in 1993 waren die percentages gestegen tot respectievelijk 50 en 13. Tevens echter werd de vraag naar het rendement ervan actueel: overscholing is een dreigend gevaar geworden (zie p. 209).

3.2 Ziekenverpleging als emancipatorische component

Aan de vrouw zijn van nature de grondslagen of de vermogens tot de grondslagen van alle kunsten en wetenschappen gegeven.

ANNA MARIA VAN SCHURMAN (1607-1678)

Het vrijheidsbeginsel als vrucht van de Verlichting en het veranderende beroepenpatroon betroffen ook de positie van de vrouw zoals we al zagen. Het lag geheel in de lijn van Betje Wolff (*Proeve over de opvoeding aan de Nederlandsche moeders*, 1779), Wolff en Deken (*Sara Burgerhart*, 1782) en Wolff (*Geschrift eener bejaarde vrouw*, 1802) meisjes uit welgestelde milieus tot ontwikkelde, opofferingsgezinde en zedelijk hoogstaande huisvrouwen en moeders te vormen, zonder hen 'geleerden' te maken. Dat overschreed weliswaar de grenzen van wat in die tijd (en nog een eeuw hierna) voor vrouwen toelaatbaar werd gevonden. Maar zolang in hun nevenactiviteiten dienstbaarheid aan idealen centraal stond – bijvoorbeeld caritatieve zorg voor misdeelden en andere hulpbehoevenden – gaf die verheffing weinig aanstoot. De nieuwe krachtlijn bewoog zich nog binnen de grenzen van wat doorging voor vrouwelijkheid, en was gesitueerd zoals het toen behoorde, namelijk onder de hegemonie van de man.

De meisjes voor wie die vorming bestemd was behoorden aanvankelijk tot de hogere burgerij, een kleine minderheid in de samenleving. Veel groter was het aantal vrouwen dat tot de lagere burgerij en 'het volk' behoorde, de grote groep (naar schatting 80%) onderaan de sociale ladder. In de achttiende eeuw was een groot deel van de bevolking sterk in welvaart achteruitgegaan door stagnatie van de economie. De standsverschillen waren groter geworden. Niet alleen 'het volk' verpauperde, maar ook een deel van de ambachtsbazen in de nijverheid. Er ontstond grote sociale onrust.

Het inzicht groeide, dat onkunde en onwetendheid de oorzaak van veler achterstand in beschaving, ontwikkeling en beroepsbekwaamheid was. De overheden, zich buigend over dit vraagstuk, zagen eerst in herleving van de 'kunstzin', 's lands roem in de Gouden Eeuw, hét middel tot activering van ambacht en industrie. De Maatschappij tot Nut van 't Algemeen ('t Nut', 1784) had een democratische doelstelling; zij maakte zich verdienstelijk door bevordering van algemeen onderwijs (lagere scholen, herhalingsscholen met enig handelsonderwijs) en beroepsgericht onderwijs (tekenscholen, tekenacademies, industriescholen), stichting van bibliotheken, uitgave van schoolboeken en voorlichting op allerlei terrein.

In de loop van de negentiende eeuw zien we ook de positie van vrouwen en het haar toekomstige onderwijs in discussie komen. Er tekenden zich drie stromingen af. (1) De ene beweging ging uit van de gedachte, dat de vrouw 'nu eenmaal' bestemd was voor de taak van echtgenote, huisvrouw en moeder, en dat dit zo moest blijven. (2) Een andere beweging vond die rolomschrijving te beperkt en bepleitte algemene ontwikkeling van vrouwen, om hen beter hun huishoudelijke functie naar behoren te laten vervullen, en hen tevens in staat te

stellen naast hun huisvrouwelijke en huismoederlijke bezigheden een beperkt aantal sociale taken op zich te nemen. (3) De derde stroming omarmde het onder (2) genoemde, maar ging verder, en was het meest baanbrekend; deze beweging benadrukte het verschijnsel, dat lang niet ieder meisje trouwt, en dat overigens iedere vrouw in principe moet worden voorbereid zowel voor de huishouding en het moederchap als voor een mogelijke beroepsuitoefening buiten het gezin.

Onder hen die de beide laatstgenoemde uitgangspunten verdedigden waren twee vrouwen. Elise van Calcar-Schiotling (1822-1904) zag de ontwikkeling van de vrouw als onder (2), Anna Margaretha Storm-van der Chijs (1814-1895) als onder (3) genoemd.

Onder de krachten die het vrouwenleven in beweging brachten, springen de volgende in het oog. Ten eerste heerste er grote nood in de gezinnen die door de algemene verarming in de laatste decennia van de achttiende eeuw en vooral in de tijd van de Bataafse Republiek waren getroffen. Maar nood leert werken, althans werken naast bidden, ondanks het heersend vooroordeel tegen betaalde vrouwenarbeid.

Hiernaast ontstond een toenemende belangstelling voor het zoeken naar de oorzaak van de negatieve krachten die de samenleving als geheel en de rol van vrouwen in het bijzonder beïnvloedden. Dat zoeken ging niet alleen gepaard met zelfonderzoek en zelfkennis, maar ook met een groeiend onbehagen over de hegemonie van de mannen en de daaruit voortvloeiende maatschappelijke beknotting van de vrouw. Zo kwam Elise van Calcar-Schiotling tot een credo dat een offensief op het mannenregime inluidde:

De invloed der vrouw is zoo groot, zoo doordringend, ja zoo onwederstaanbaar en machtig, als hij onmerkbaar en onzichtbaar schijnt te zijn. Zooals zij elk huis een andere gedaante kan geven, zoo kan zij ook allengs heel de maatschappij doordringen en omkeeren, en geen macht ter wereld is tegen de hare bestand. (Tabitha 1856).

Een derde kracht dreef naar een bredere ontwikkeling van vrouwen door de opkomst van de na omstreeks 1850 expanderende middenstand en dienstensector. In de eerste helft van de eeuw speelden de winkeliers nog een ondergeschikte rol. De stedelingen kochten het nodige op de markt, kramers gingen de huizen langs, de ambachtsman en de boer leverden op bestelling, de patroon verrichtte zijn arbeid met zijn gezellen in dezelfde werkplaats en er was een levendige ruilhandel in textielgoederen en landbouwprodukten. In de tweede helft veranderde dat beeld. Het fabriekswezen, eerst nog gekenmerkt door een ambachtelijke structuur en een beginnende mechanisatie met stoom als nieuwe tractie, ging meer het industriële pad op. De middenstand veranderde drastisch van structuur en nam in omvang toe. De dienstensector breidde zich sterk uit; er kwam behoefte aan opgeleid personeel in winkels, handelskantoren, bedrijven en fabrieken. Bij die impuls voegde zich vanaf 1843 de vraag naar kundige verpleegsters (welk thema verderop aan de orde komt). Beroepsgericht voortgezet dagonder-

wijs was hierop het maatschappelijke antwoord van particuliere en gemeentelijke initiatieven. De genoemde opzienbarende, want abrupte koerswending van het overheidsbeleid in 1890 (zie p. 135) was het politieke antwoord op die evolutie.

Toen het credo van Elise van Calcar gepubliceerd werd waren er al initiatieven ontplooid die tot doel hadden, ook meisjes en vrouwen meer kennis en vaardigheden bij te brengen. Je kon als meisje 'industrie-onderwijs' bijwonen op een 'werkschool', verbonden aan een openbare lagere school (hoofdzakelijk vervaardiging van textielproducten). Jongens (soms ook meisjes, maar dan apart) konden in de avonduren lessen van allerlei aard aan een avondtekenschool (na 1825 ook avondindustrieschool) bijwonen. Voorts waren er voor jongens en meisjes herhalingsscholen die de leerstof van de lagere school aanboden. Desgewenst werden die lessen uitgebreid met het oog op de huisindustrie, het ambacht, de handel of het agrarisch bedrijf. Ook konden Franse scholen, alsmede kostscholen worden bezocht. Voor onderwijzeressen stelde de regering in 1827 een staatsexamen in, de studie tevens aanmoedigend door beurzen te verstrekken. En in 1857 voegde zich bij het lager onderwijs MULO (meer uitgebreid lager onderwijs). Dat was een onderwijstype dat zich al decennia eerder aan 'burgerscholen', 'tusschenscholen' (lagere scholen voor kinderen van burgers die schoolgeld konden betalen) en Franse scholen (waaronder kostscholen) in embryonale staat had afgetekend.

Tegelijkertijd kwam er meer in beweging. De op de kennis van de humaniora gebaseerde algemene vorming van de Latijnse scholen (reeds voor 1800 informeel, vanaf 1838 formeel gymnasia genoemd) kreeg vanaf 1812 een injectie van 'moderne', eveneens voor jongens bestemde opleidingen. Dat waren de 'tweede afdelingen', in het programma waarvan vakken voorkwamen als wis- en natuurkunde, moderne talen en economie. Te Maastricht heette die afdeling 'Industrieschool' (1848); dat was een grote, als afzonderlijke, maatschappijgerichte opleiding samenwerkend met het Atheneum aldaar. Deze in 1862 tot een dertigtal uitgebreide maatschappijgerichte schoolsoorten waren de prototypen van de in de wet op het middelbaar onderwijs (1863) geïntroduceerde hogere burgerscholen (HBS-en) en middelbare meisjesscholen (MMS-en). Door het gros van de mannen werd toelating van meisjes tot de HBS en het Gymnasium, vanouds jongensdomeinen, echter als een ongeoorloofde infiltratie beschouwd. Het verzet van die tegenstanders van coëducatie was evenwel vruchteloos. In diezelfde tijd (vanaf 1865) ontstonden er beroepsdag- en avondscholen voor huishoudkunde en andere vrouwelijke beroepen (zoals kostuumnaaister, linnen-naaister, coupeuse, kunsthandwerkster, verkoopster, kamenier, huishoudster, kindervrouwe, dienstbode, kok en hofmeester, boerinnen en administratieve functies in bedrijven en inrichtingen). Daarbij voegde zich scholing van meisjes en vrouwen voor de sector van de gezondheidszorg, niet primair bedoeld als voorbereiding voor liefdewerk, maar met het oog op betaalde beroepsarbeid. Daarmee was de ontwikkelingslijn naar professionalisering van de ziekenverpleging aangezet.

Het voorgaande maakt duidelijk dat het streven naar ontwikkeling van meisjes en vrouwen deel uitmaakte van een pluriform maatschappelijk emancipatieproces. Hierdoor kwam niet alleen sociale mobiliteit voor jongens en mannen (vgl. p. 82), maar ook die voor meisjes en vrouwen in een stroomversnelling. Zeer uiteenlopende groeperingen met soms tegengestelde doelstellingen waren onderhevig aan dezelfde opwaartse beweging. De nieuwe stijgingskansen door de dynamiek in de beroepenstructuur en een zich (vanaf 1863) sterk uitbreidend algemeen en beroepsgericht onderwijssysteem-voor-iedereen vielen nu ten deel aan een bevolkingsgroep die voorheen van voortgezet onderwijs verstoken was geweest.

Voor de maatschappelijke positie van de vrouw was die dynamiek en het daaruit voortkomende onderwijsaanbod de inleiding tot een revolutionaire ontwikkeling. Men sla er *De Gids* (1837) op na. Dat tijdschrift was rondom de eeuwwisseling nog een professoraal blad van en voor mannen; bijdragen van dames waren daarin nog ver te zoeken. Maar dan beginnen enkele vrouwen zich te weren. In een gespierd artikel komt dr. Aletta Jacobs langs verschillende richtingen tot haar aanval op de hegemonie van de mannen en navenante heersende gebruiken. ‘Het doel der vrouwenbeweging’ legt zij in gepeperde taal uit (maart 1899). Zij eist onder meer: economische zelfstandigheid voor de vrouw; gelijkheid van man en vrouw voor de huwelijkswet; politieke ontvoogding als grondslag voor een rechtvaardige wetgeving; nuancering van de zogenaamde natuurlijke bestemming van de vrouw voor het moederschap. Een soortgelijke strekking heeft het opstel van Martina G. Kramers over het ‘Vrouwenkiesrecht’ (september 1904) en ‘De plaats der vrouw in maatschappij en staat’ (juli 1907). Zij betoogt dat het de moderne vrouw niet schort aan intellect, noch aan maatschappelijk besef, verantwoordelijkheidsgevoel en inzicht, en dat de afwezigheid van vrouwen in het openbaar bestuur grove verspilling is van talenten. Johanna Naber laat zich in soortgelijke zin uit in ‘Het feminisme in zijnen modernen vorm’, gedetailleerd ingaand op de motieven van de vrouwenbeweging (oktober 1910). En ten slotte verwijt C.K. Elout de mannenmaatschappij dat slechts een helft van het menselijke wezen in de wetgeving tot uiting komt, terwijl de tijd reeds lang rijp is voor algemeen vrouwenkiesrecht (1913 III, 510).

3.3 Ziekenverpleging als onmisbare beroepsarbeid

De opkomst van de moderne ziekenverpleegkunst als betaald beroep was een der resultanten van de beschreven maatschappelijke krachten. Drie andere krachten waren: de stormachtige verwetenschappelijking van het medisch beroep, de expansie van dat beroep en de modernisering van de traditionele gasthuizen. Die factoren maakten deel uit van een totale metamorfose in alle maatschappelijke geleidingen. Tevens ontwaakte het sociale geweten van de burgers en de overheid over de maatschappelijke positie van het minder welgestelde deel van de bevol-

king; dit liep uit op een snel groeiend verenigingsleven en kiesrecht voor iedereen (voor mannen in 1917, voor vrouwen in 1922).

De zich uitende behoefte van meisjes en vrouwen aan zinvolle en gewaardeerde arbeid was, zoals gezegd, in de negentiende eeuw nog een braakliggend terrein. De verplegenden in de traditionele gasthuizen hadden nog een lage status. Naarmate het gasthuis zich transformeerde tot ziekenhuis kwamen er meer mogelijkheden tot behandeling en verpleging dan thuis konden plaatshebben. De religieuzen die zich aan gezondheidszorg wijdde (zie p. 39, 92) ontleenden hun status aan hun roeping en hun dienende liefde; het lage aanzien van hun arbeid accentueerde het opofferingskarakter ervan. Hun protestantse tegenhangers waren de voorboden van een derde categorie, die van 'beschaafde vrouwen'. Elke vernieuwer van de verpleging keek naar hen uit.

Het waren aanvankelijk vrouwen die zich het droevig lot van de negentiende-eeuwse zieken aantrokken. Het was alsof tal van vrouwen in afwachting stonden om met ziekenzorg te kunnen beginnen, eerst in hoofdzaak gevormd in de leerschool van de praktijk, later systematisch zowel theoretisch als praktisch geschoold. Uit de groep van de 'beschaafden' en later ook uit de categorie van vrouwen uit de andere sociale milieus groeide een leger van meisjes en vrouwen, werkzaam in de sector van de zich moderniserende gezondheidszorg.

De Geneeskundige wetten van 1865 waren de eerste pogingen tot drastische sanering van de gezondheidszorg. De universiteiten werden nu formeel de enige plaatsen voor de opleiding van alle burgerlijke en militaire genees- en heekundigen. De Wet op de besmettelijke ziekten volgde in 1872. Verder noopte de steeds verder oprukkende industrie tot overheidsmaatregelen op het gebied van hygiëne, huisinrichting, beroepsziekten, kinderarbeid en openbare voorzieningen, waaronder waterleiding, riolering en reiniging van stadsgrachten. De vooruitgang van de medische wetenschap opende de weg naar het ziekenhuis-nieuwe stijl mede voor de opkomende burgerklasse c.q. de uitdijende middenstand en de zich opwerkende arbeidersbevolking. Particuliere ziekenhuizen beijverden zich, het gasthuis kwalitatief te overtreffen in medische en verpleegkundige zorg.

Het streven naar emancipatie van meisjes en vrouwen uit alle kringen door middel van voortgezet, algemeen en beroepsgericht onderwijs paste in dat proces van vernieuwing. Omstreeks 1865 waren de maatschappelijke positie van de vrouw en aanstelling van bekwame verpleegkundigen actuele onderwerpen geworden. Vrouwen uit de burgerij, niet blind voor het probleem van de verpleging, zagen dat werk liggen in de sfeer van de hun toegestane caritatieve bezigheden. Voor de vrouwen uit de andere milieus bood het zich ontsluitende nieuwe werkkterrein echter ook kansen op nuttige en tevens eervolle arbeid in de zorgsector; dat gebied lag tot op zekere hoogte in het verlengde van wat genoemde industriescholen voor meisjes en vrouwen (1865), alsmede de spoedig daarop volgende huishoudscholen, kookscholen en andere beroepsopleidingen al op het oog hadden: gewaardeerde, nuttige, betaalde zelfstandigheid in het vooruitzicht stellende beroepsarbeid van vrouwen. Bovendien ging het werken in de ziekenhuizen gepaard met een gratis opleiding bij gratis inwoning, een moeilijk te overschatten voorrecht in die dagen.

Hierbij kwam dat tal van veranderingen vooral de ongehuwde vrouw raakten. De boerin verloor – niet zonder protesten – een deel van haar vierluik (echtgenote/huisvrouw/moeder/bedrijfshulp) (Goudswaard 1986, p. 178-184). De fabriek nam namelijk de zuivelbewerking geheel of grotendeels over, zodat bezigheden die vanouds deel uitmaakten van haar beroepseer, geheel of gedeeltelijk vervielen. Verder behoefde de huisvrouw niet meer zelf wol te spinnen en brood te bakken. De naaimachine vereenvoudigde de ongezonde huisindustrie. De opkomende winkelstand kon uit voorraad leveren, zodat thuisbezorging vrijwel in onbruik raakte. Een deel van hen vond eertijds een uitweg in het ouderlijk huis of in dat van familie, nu werden dié mogelijkheden beperkter; een ander, eervol perspectief opende zich nu: diverse vormen van betaalde beroepsarbeid, waaronder de verpleegkunst.

Wel ging de wordingsgeschiedenis van het moderne verpleegstersberoep gepaard met grote spanningen. Het mystieke motief van dienende liefde, roeping en opoffering vroeg uitschakeling van de eigen belangen; daarentegen ging de technische opgave die intelligentie, kunde, kunst en verantwoordelijkheid eiste gepaard met prestatiegerichtheid en eigen belangenbehartiging. Ook was de onduidelijke positie waarin de verpleegkundige arbeid terechtkwam een groot probleem. Onmiskienbaar was toen al het verpleegkundig beroep verwant aan het beroep van de medici, maar van een gezonde beroepsrelatie met de medici was nog geen sprake. Tussen beide vormen van beroepsuitoefening ontstond van meet af aan een kloof. Waardoor? Zowel door het grote verschil in vooropleiding en opleiding als door de heersende mening, als zou de verpleegkunst slechts een kwestie zijn van gemakkelijk aan te leren doen, en niet uit doen én denken bestaat. Grondige scholing van de aanstaande verplegenden, voorafgaand aan het zware verpleegwerk, had in de lijn van de bestaande wetgeving gelegen.

Had niet het wetgevend genie Thorbecke, in 1862 terug als regeringsleider en minister van Binnenlandse Zaken, bijna het gehele parlement in 1962/3 ervan overtuigd, dat aan alle beroepsarbeid een beroepsvoorbereidende periode van twee à vijf jaar vooraf moest gaan?

Maar men greep de meest voor de hand liggende en ook de goedkoopste oplossing: een leerlingstelsel in bedrijfsverband (combinatie van verplegen en leren). Uitzonderingen daargelaten bleef de academicus (die wél een beroepsvoorbereidende opleiding – en nog wel een universitaire – had genoten) zich boven de verplegenden hoog verheven voelen.

Gezien het marginale van de theoretische lessen kon de beloning van het ziekenhuispersoneel aanvankelijk karig zijn. Immers er was – en is – een sterk verband tussen de kwaliteit en de duur van de opleiding enerzijds, en de beloning van beroepsarbeid anderzijds. Voor de verpleegster uit de burgerstand was een geringe salariering geen bezwaar; het ziekenhuis bood haar immers bovendien kost, inwoning en gratis geneeskundige behandeling en verpleging. Voor de arbeidersdochter was dat materiële aspect evenmin een bezwaar, tenzij haar verdiensten dringend nodig waren om het gezinsinkomen te versterken. Voor haar bood de verpleegkunst een goed alternatief van andere, qua status lagere betrekkingen.

Men beantwoorde de hier opkomende vragen tegen de achtergrond van die tijd. Een keus kon nu worden gemaakt tussen de rol van 'nette dienstbode van onbesproken gedrag' en die van een functie in het zich perfectionerende en verheffende medisch bedrijf; een functie met uitzicht op het bieden van beroepshulp aan zieken in moeilijke levensfasen. Onmiskienbaar wenkte hier de mogelijkheid van emancipatie. Wel verbleekte die glans bij die van andere beroepen waaraan HBS of MMS voorafgingen doordat de opleidingstijd en -inhoud voor de leerling-verplegenden relatief sober was. De beroepen, uitgeoefend na volwaardig middelbaar onderwijs, boden materieel meer, belastten minder zwaar, kregen meer aanzien. Een ander negatief aspect sneed diep in dat 'aanzien': herziening van de grondslagen van het verplegingsberoep niet via de bestaande wet op het middelbaar onderwijs, maar via een aparte, aarzelende en brokkelige wetgeving (zie hoofdstuk 4).

Twee pioniers moesten in die turbulente tweede helft van de negentiende eeuw toch wel een bondgenootschap sluiten: de geneesheer als academisch opgeleide arts in de medische gezondheidszorg, en de in een leerlingstelsel opgeleide verpleegkundige. Die beroepsmatige combinatie was door de immense vorderingen op medisch gebied een katalysator voor het inzicht, dat de verpleegarbeid, evenals de geneeskunst en alle andere vormen van beroepsarbeid, een wetenschappelijke basis vereiste. Als consequentie hiervan zou later het karige 'zakgeld' van de verpleegkundige uitdijen tot een salaris, gunstiger arbeidsvoorwaarden en – ruim een eeuw later – wettelijke omschrijving van de beroepsverhouding medici-verpleegkundigen (BIG-wet 1993, zie p. 166).

Het startsein voor een ontwakend beroepsbesef bij vervaging van het oude liefdesideaal was nu gegeven. De beoefening van sociale en caritatieve arbeid was toe aan opwaardering tot een volwaardig beroep. De leden van orden en congregaties, gesticht voor werken van barmhartigheid, werden grotendeels betaalde krachten. Het liefdewerk kreeg een economische inslag; liefdadigheid paste niet (meer) in een zich emanciperende maatschappij. Bekwaamheid werd koopwaar. Dat proces vorderde langzaam en niet zonder strubbelingen, maar het was onstuitbaar op die rationeel-economische weg. Enerzijds kreeg deze tak van menselijke arbeid een gerespecteerde plaats; anderzijds oefende de samenleving op de ziekenhuisbesturen zodanige druk uit, dat de bewezen diensten op den duur naast immaterieel ook materieel erkend en gehonoreerd moesten worden.

3.4 Verpleging door orden en diaconessen. Particuliere initiatieven

Bij de geschetste maatschappelijke veranderingen in de negentiende eeuw voegde zich een herleving van de diaconaatsgedachte van de eerste christengemeenten, de kloosters en de verpleegstersorden. Deze veroorzaakte hier en daar een opmerkelijke vernieuwing op verpleegkundig gebied. Opnieuw vond de oproep uit het Evangelie weerklank in de oren van mensen die oog kregen voor wantoe-

standen. Zij wilden iets doen aan de rechtsongelijkheid van velen, en aan de alom heersende armoede, gebrek, ziekte en ongezonde huisvesting.

Deze beweging was een protestantse variant van de Orde van de Zusters der Barmhartigheid. In Duitsland speelde Amalie Sieveking (1794-1859), geboren in Hamburg, een voortrekkersrol. Hier kwam de natuurwetenschappelijke geneeskunde op relatief hoog peil waardoor ook aan de verpleegkunst hogere eisen dienden te worden gesteld. Sieveking vormde een kring van meisjes om zich heen. Zij wijdden zich aan liefdadigheid en verbetering van verpleging en verzorging in de brede betekenis van het woord. Toen in 1831 een pestepidemie in Hamburg uitbrak kreeg Amalie in het hospitaal gaandeweg de leiding van het verpleegwerk toebedeeld. Daarbij wist zij het vooroordeel van de artsen te trotseren en hun sympathie te winnen. Hierna stichtte zij 'Vrienden van de armen', een protestantse vereniging die zich richtte op sociale zorg en wijkverpleging. Amalie verzorgde de theoretische en praktische opleiding van de leden. De onverwacht grote bloei van de vereniging leidde tevens elders tot navolging.

Ook heeft grote invloed uitgeoefend de school, verbonden aan het in 1836 door pastor Theodoor Fliedner (1800-1864) en zijn vrouw Frederika Münster (1800-1842) geopende Diaconessenhuis te Kaiserswerth. Fliedner had als werkstudent theologie aan de universiteiten te Giessen en Göttingen gestudeerd. Het echtpaar richtte de 'Evangelische Verein fuer christliche Krankenpflege' op. Eerst bouwde de pastor in zijn tuin eigenhandig een zomerhuisje. Dit werd een verblijfplaats voor verschoppelingen, het begin van genoemde verplegingsinrichting met opleidingsschool. De Fliedners eisten een goede theoretische en praktische opleiding binnen het ziekenhuis. Als leerboekje werd gebruikt *Anleitung zur Krankenwartung* van J.F. Dieffenbach (Berlijn 1832). De leerlingen doorliepen eerst een proeftijd van drie maanden. Een oudere diacones werkte hen in. Werden zij aangenomen dan verbonden zij zich voor vijf jaar aan het werk: ziekenzorg, armenzorg en opvangen van vroegere gevangenen. Na beëindiging van de opleiding werden de zusters door de pastor ingezegend en tot diacones gewijd. Later werden ook psychisch gestoorden verpleegd.

Deze inrichting telde in 1861, een jaar na de oprichting van de nog te noemen verpleegstersschool van Florence Nightingale, reeds 340 opgeleide diaconessen en leerling-diaconessen in Kaiserswerth en elders in Duitsland. Van die Duitse inrichting en haar onderwijs is veel invloed ten goede uitgegaan. De leiding en het personeel brachten orde, hygiëne, organisatie en een voor zieken weldadige sfeer, zodat zij het vertrouwen van artsen, patiënten en burgerij verwierven. Vele ingewijden en belangstellenden bezochten de beroemd geworden inrichting te Kaiserswerth; onder hen was Florence Nightingale die er in 1850 en 1851 enige tijd verbleef. Een haar gedaan aanbod, het directoraat van de opleiding (een eervolle functie, een bijzonderheid voor een vrouw in die tijd) op zich te nemen, sloeg zij af; zij had andere plannen zoals we nog zullen zien. In haar brochure *The Institution of Kaiserswerth on the Rhine for the practical training of deaconesses* (Londen 1851) omschreef zij haar ideeën over verpleegkundig onderwijs.

Het echtpaar Fliedner kreeg van vele kanten uitnodigingen om de ziekenverpleging naar hun beginsel en systeem in te richten of te moderniseren. Daarbij gold als voorbeeld het diaconaatwerk in de tijd van de eerste christenen. De diaconessen werden gehuisvest, gevoed, gekleed en opgeleid door de inrichting, en ontvingen enig zakgeld. Toen pastor Fliedner stierf functioneerden er 100 naar zijn beginsel gebouwde en ingerichte diaconessenhuizen, verspreid over vele landen. Hun gemeenschappelijk motief was drieërlei: dienende christelijke liefde; streven naar de best mogelijke verzorging van zieken; op principiële gronden integreren van hoofd en handen (kennis en vaardigheden) en hart (toewijding uit innerlijke gedrevenheid).

In de eerste helft van de negentiende eeuw zien we Nederlandse vrouwencongregaties (of zustercongregaties) eveneens teruggrijpen op de christelijk liefdadige traditie van zorg voor behoeftigen en wezen, en die van ziekenverpleging. In 1820 verscheen de eerste religieuze ziekenverplegende Congregatie. Ook ontstond een vrouwencongregatie in 1837 die naar haar patroonheilige ‘liefdezusters van de H. Carolus Borromeus’ heette. Het doel van deze ‘Zusters Onder de Bogen’ (in 1878 te Amsterdam en omgeving werkzaam) was drieërlei: christelijke opvoeding van meisjes; bevordering van het eeuwig en lichamelijk welzijn van zieken; en beoefening van andere liefdewerken. De zusters waren goedkope arbeidskrachten die plichtsgetrouw en zuinig waren, en hygiënisch omgingen met patiënten in gasthuizen en woningen. Zij vestigden zich in diverse plaatsen in Nederland.

Deze activiteiten en de reorganisatie in eigen gelederen waren voor dr. J.P. Heije, arts en dichter, in 1843 aanleiding, in protestantse kring de ‘Vereeniging voor Ziekenverpleging’ (VVZ) te Amsterdam op te richten; deze introduceerde een jaar later ‘beschaafde vrouwen’ als ‘pleegzusters’, een nieuwe naam voor ‘krankenoppassers’ of ‘ziekenoppassers’. Het doel was: opleiding van vrouwen die ‘het gewichtig werk van eene goede ziekenverpleging in al haren omvang zouden begrijpen en naar vermogen trachten te volbrengen’ (Calisch 1851, 230, 231; vgl. p. 94).

De aspirant-verpleegsters moesten ongehuwd zijn, verstandelijk en godsdienstig ‘eenigszins ontwikkeld’, en ‘vaardig in huishoudelijke kennis’. Ze kregen ‘behoorlijk onderrigt in het behandelen van zieken’. Als opleiders fungeerden medici onder de bestuursleden (waaronder dr. J.P. Heije en dr. C.B. Tilanus).

Reeds het volgende jaar werd begonnen met thuisverpleging (later ‘wijkverpleging’ genoemd, nadat in sommige steden het verpleegwerk in wijken was verdeeld). De zusters werden in een huis op de Binnen-Amstel, later in de Kerkstraat gehuisvest. Na zeven jaar waren door deze vereniging aan 1114 huizezinnen diverse vormen van verpleging verleend. Te Utrecht kwam in diezelfde tijd (1844) een ‘Inrichting voor diaconessen’ tot stand, met als doel: ‘aan christelijke vrouwen de gelegenheid te verschaffen (...) tot verlichting van alle geestelijke en tijdelijke ellende (...) uit geloof aan het Evangelie en hartelijke liefde tot God en den naaste’ (Calisch 1851, 235). Alle beloning voor bewezen diensten kwam aan ‘het gesticht’ ten goede. In 1851 telde de inrichting (een daartoe ingerichte woning) negen diaconessen en vier leerling-verpleegsters. Er waren toen in

de afgelopen zeven jaar ongeveer 1000 patiënten opgenomen geweest. In 1845 vestigde het 'Nederlandsch-Israëlich armbestuur' te Amsterdam een 'geneeskundig gesticht voor behoeftige krankzinnige Israëlieten'. De patiënten werden behandeld door geneesheer dr. V. Möller en heelmeester T.I. Philips. Het aantal patiënten bedroeg 13 in 1846 en 16 in 1850.

Afgaande op het *Handboek voor pleegzusters en ziekenoppassers Anno 1848* (van G.H. Meijer) was in die tijd vakbekwaam verpleegkundig personeel dringend noodzakelijk. Paragraaf 4 daarin: 'Het is beklagenswaardig te zien, welke menschen men veelal als ziekenoppassers aanstelt. Iedere oudere vrouw, die aan den drank verslaafd, leepogig, lam, kreupel, afgeleefd, in één woord, die tot niets meer in de maatschappij te gebruiken is, is evenwel naar de meening der menschen, nog goed genoeg tot oppasser. Menschen, die een eerloos leven hebben geleid, ledigloopers, deugnieten, deze allen schijnen aan velen nog geschikt voor ziekenoppasser. Zoo is dit schoone, edele beroep in een slecht daglicht gekomen!' Doch ook worden 'menschen gevonden, welke met waarlijk hemelsch geduld den lijdenden troosten, den zwakken laven en verkwikken'. Zij zijn 'een voortreffelijk voorbeeld voor velen'.

De vereniging VVZ kreeg in 1856 een eigen ziekenhuis te Amsterdam. Evenals in Duitsland slaagden zich uitbreidende diaconessenhuizen en andere ziekenhuizen erin, de verpleging door bevordering van reinheid en meer persoonlijke aandacht voor de patiënten op hoger peil te brengen. Deze en de bovengenoemde eerstelingen richtten zich mede op het systematisch opleiden van reeds praktizerende pleegzusters; die opleiding bestond uit theoretisch onderwijs en begeleide praktijk, als basis voor deskundige uitoefening van de verpleegkunst.

Utrecht kreeg in 1844 zo'n inrichting; 's-Gravenhage volgde in 1865. Ook daar stonden het te Kaiserswerth begonnen diaconessenwerk en verpleegsters-onderwijs model. Soortgelijke inrichtingen kwamen tot stand te Haarlem in 1882 en 1887, te Amsterdam in 1886 en 1891, te Rotterdam in 1892, te Hilversum in 1897 en te Groningen in 1903.

Naast Duitsland kende ook Engeland zijn pioniers op het gebied van de verpleegkunde. Elisabeth Fry-Gurney (1780-1845) kon tijd vrijmaken voor bezoek aan zieken, onder meer in de Newgate gevangenis. Moreel en daadwerkelijk ondersteunde zij allen die leden onder ziekten en kwalen. Na het echtpaar Fliedner en hun diaconesseninrichting bezocht te hebben, stichtte Fry te Londen 'The Institution of Nursing Sisters'. Zij nam als verpleegsters vrouwen en meisjes aan die in één huis woonden en een praktijkopleiding in ziekenhuizen kregen. Daarna gingen zij als wijkverpleegster – vaak in arme gezinnen – werken. Gezien haar grote gezin – zij kreeg elf kinderen – moet deze vrouw niet alleen sociaal sterk bewogen zijn geweest, maar ook fysiek onvermoeibaar.

In diezelfde tijd werd in Engeland 'The order of Saint John' gesticht (1848). Daartoe traden anglicaanse vrouwen die zich eveneens als 'nursing sisters' dienstbaar maakten, voornamelijk aan arme zieken. In het King's College Hospital in Londen kregen zij een opleiding.

De 'Vereeniging voor Ziekenverpleging'

Het doel van de 'Vereeniging voor Ziekenverpleging' (1843) was tweërlei: (a) aanstelling en opleiding van pleegzusters om zieken aan deskundige verpleging en verzorging te helpen, en verbetering van de maatschappelijke positie van burgervrouwen (die in afwachting van een huwelijksaanbod het huwelijk misten, weduwen waren of anderszins). Voor het verpleegsterschap golden de volgende aanstellingseisen: christelijke gezindheid; onberispelijke levenswandel; het kunnen lezen en schrijven; fysiek gave conditie; leeftijd tussen 25 en 45 jaar. De 'arbeidsovereenkomst' hield in: proefperiode van twee maanden waarin theoretisch en praktisch onderwijs gegeven zou worden; proeftijd van een jaar, waarin het theoretisch onderwijs zou worden voortgezet en waarna bij gebleken geschiktheid vaste aanstelling – desgewenst voor het leven – zou volgen; verpleging van minvermogenden en welgestelden zonder aanzien van levensovertuiging, rang of stand; blijvende zorg in het levensonderhoud en de huisvesting, ook als ziekte of ouderdom het verplegen onmogelijk zou maken.

De theoretische en praktische lessen, gegeven door enkele artsen-bestuursleden, vingen eerst aan in een daartoe ingerichte woning ('Moederhuis') onder leiding van een 'besturend zuster', later mede in het Binnengasthuis onder leiding van dr. G.E. Voorhelm Schneevoogt (1814-1871), eerste geneesheer aldaar. Het theoretisch onderwijs werd ook gegeven aan de Klinische school, en wel door de arts dr. C.B. Tilanus (1796-1883) die daaraan als hoogleraar tot 1867 verbonden was.

De zusters droegen 'het kleed van de vereeniging'. Geschenken mochten zij niet aannemen. Alle beloning kwam ten goede aan de vereniging. Als zakgeld kregen de verplegenden f 78,- per jaar (vgl. p. 92).

Een samenstel van zes krachtlijnen was tijdens de oprichting van de onderhavige vereniging werkzaam: (a) de rijksoverheid bereidde zich al vanaf 1808 via rapporten van staatscommissies en interne studies voor op een wet tot regeling van 'midden-onderwijs', gesitueerd tussen het lager en het hoger onderwijs; (b) de tweede afdelingen en de klinische scholen waren twee van de door particuliere initiatieven voortgebrachte vormen van dat onderwijs; (c) de artsen waren vanaf de eeuwwisseling doende hun opleiding en beroepsuitoefening tot hoger peil en meer aanzien op te voeren; (d) daarbij werden zij gehinderd doordat de thuisverpleging in handen was van onopgeleide, laag in aanzien staande verplegenden; (e) de diaconale activiteiten van de Fliedners te Kaiserswerth waren ook tot Nederland doorgedrongen; (f) tal van ongetrouwde vrouwen en weduwen ondervonden hinder van het taboe op beroepsarbeid, en wachtten op mogelijkheden tot ontwikkeling en taakverrichting op allerlei gebied.

3.5 Florence Nightingales offensief op sociaal en verpleegkundig gebied

Op de weg naar volwaardige verpleegkunde en verpleegkunst bevond zich eveneens Florence Nightingale. Zij was zeer gedreven ('God spoke to me and called me to his service') en had haar tijd in Duitsland – onder anderen bij de Fliedners te Kaiserswerth – goed besteed. Zij had verre reizen gemaakt. Ook kende zij Elisabeth Fry en haar sociale arbeid. Voorts had zij grote ervaring opgedaan bij de organisatie van het verpleegwerk en de verzorging van gewonden tijdens de Krimoorlog (1853-1856). Daar was zij 'the lady with the lamp' die ook bij nacht en ontij haar patiënten bezocht en behandelde. Zowel haar dagboeken als haar publikaties (o.a. *The Institution of Kaiserswerth*, 1851, *Letters from Egypt*, 1854, *Female Nurses in Military Hospitals*, 1857) geven van haar werk en indrukken een uitvoerig verslag. Na haar terugkeer uit Scutari nam zij belangrijke initiatieven, waaronder de oprichting van een verpleegstersschool, verbonden aan het St. Thomas Hospital in 1860.

Een jaar eerder was haar beroemd geworden boek *Notes on Nursing: what it is and what it is not* (15.000 exemplaren van de eerste druk verkocht in enkele weken) verschenen. Daarin presenteert Miss Nightingale mede richtlijnen en aanbevelingen voor een menswaardige huisvesting. Zij benadrukt de noodzaak van een hygiënische en frisse omgeving voor iedereen.

Another extraordinary fallacy is the dread of night air. What air can we breathe at night but night air? The choice between pure night air from without and night air from within. Most people prefer the latter. An unaccountable choice. What will they say if it is proved to be true that fully one-half of all the disease we suffer from is occasioned by people sleeping with their windows shut? An open window most nights in the year can never hurt any one. This is not to say that light is not necessary for recovery. In great cities, night air is often the best and purest air to be had in the twenty-four hours. I could better understand in towns shutting the windows during the day than during the night, for the sake of the sick. The absence of smoke, the quiet, all tend to making night the best time for airing the patients. One of our highest medical authorities on Consumption and Climate has told me that the air in London is never so good as after ten o'clock at night.

Always air your room, then, from the outside air, if possible. Windows are made to open; doors are made to shut – a truth which seems extremely difficult of apprehension. I have seen a careful nurse airing her patient's room through the door, near to which were two gaslights, (each of which consumes as much air as eleven men), a kitchen, a corridor, the composition of the atmosphere in which consisted of gas, paint, foul air, never changed, full effluvia, including a current of sewer air from an ill-placed sink, ascending in a continual stream by a well-staircase, and discharging themselves constantly into the patient's room. The window of the said room, if opened, was all that was desirable to air it. Every room must be aired from without – every passage from without. But the fewer passages there are in a hospital the better.

If we are to preserve the air within as pure as the air without, it is needless to say that the chimney must not smoke. Almost all smoky chimneys can be cured – from the bottom, not from the top. Often it is only necessary to have an inlet for air to supply the

De Nightingale School

In de genoemde Nightingale School, verbonden aan het St. Thomas Hospital, begon Florence met vijftien leerlingen haar opleiding in de verpleegkunde. De aldaar gediplomeerden werden, zoals dat gaat, door de voorstanders van vernieuwing enthousiast ontvangen, door anderen met argwaan of op zijn best met gemengde gevoelens. Maar spoedig werden elders soortgelijke opleidingsscholen gevestigd. In Liverpool kwam in 1970 een school voor wijkverpleegsters tot stand. Zaalmeiden werden gaandeweg door afgestudeerde verplegenden vervangen. Het inzicht groeide dat de kans op herstel soms nog meer afhankelijk is van doeltreffende verpleging dan van geneeskundige behandeling. De verpleegstersopleiding was, mét Semmelweis' bekende pleidooi voor reinheid bij de behandeling en verpleging bij zieken en kraamvrouwen (1847), een stap naar het belangrijkste kenmerk van het moderne ziekenhuis: zijn zindelijkheid, zijn hygiëne.

De intense toewijding van Florence Nightingale bleek ook uit het volgen van de loopbaan van de gediplomeerden. Zij onderhield met hen briefwisseling en persoonlijk contact. Ook werd zij geraadpleegd als deskundige in ziekenhuisbouw en -inrichting, zowel in Engeland als in het buitenland. Daarbij ontging haar het detail niet: tal van kleine verbeteringen voerde zij in. Haar verpleegkundig werk gedurende de Krimoorlog had haar gezondheid geknakt, maar vanaf haar ziekbed bleef zij een positieve invloed uitoefenen op de kwaliteit van de gezondheidszorg. Na Scutari was zij ziek, en in haar laatste levensjaren blind. Het vijftigjarig jubileum van haar verpleegstersopleiding werd in 1910 gevierd. Tevens hielden haar bewonderaars in de Carnegie Hall te New York een magistrale herdenking. In datzelfde jaar stierf deze baanbreekster. Ondanks haar bescheidenheid ('I do not wish to be remembered when I am gone') was en bleef haar naam een symbool voor toewijding, creativiteit en bekwaamheid. Een eeuw na haar verrichtingen op het oorlogsveld op de Krim herleefden haar naam en werk in de verpleegkundige arbeid van Génévieve de Galard in Vietnam tijdens de Indo-Chinese oorlog. Deze tweede 'Lady with the lamp' kreeg de eretitel 'Engel van Dien Bien Phoe'.

fire, which is feeding itself, for want of this, from its own chimney. On the other hand, almost all chimneys can be made to smoke by a careless nurse, who lets the fire get low and then overwhelms it with coal; not, as we verily believe, in order to spare herself trouble, (for very rare is unkindness to the sick), but from not thinking what she is about.

In 1860 verscheen van dat boek een uitgebreide versie, en in 1861 *Notes on Nursing for the Labouring Classes*, met een hoofdstuk speciaal over kinderverpleging. Beide boeken brengen primair een boodschap aan iedereen – in het bijzonder aan hen die in kommervolle omstandigheden leefden – over levenskunst. Secundair gaan ze over verpleegkunde en verpleegkunst. De werken bevatten een hartstochtelijk betoog dat tot nadenken en vernieuwing op allerlei gebied stimuleerde. Aan reeds praktizerende en potentiële verplegenden zei Miss Nightingale dat de verpleegkunst een volwaardig en hoogstaand beroep moest worden; over de hoofden van de onmondigen heen riep zij zowel overheden als particuliere, invloedrijke personen toe dat zij verantwoordelijk waren voor tal van wan-toestanden, dat zij moesten ingrijpen, dat een grootse en dankbare taak hen wachtte.

Publikaties over woningen, ziekenhuizen, kraamverpleging en organisatie van de verpleging volgden; ze waren een openbaring voor haar tijdgenoten. Zij stuurde aan op verpleging als volwaardige beroepsuitoefening in het kader van de medische praktijk. ‘Verplegen is een kunde (kennis, theorie, wetenschap) en een kunst (toegepaste kunde, praktijk)’; ‘de verpleegster is de geschoolde dienaar van de geneeskunde, de chirurgie en de hygiëne’, aldus de schrijfster. Zij trok de lijn van Kaiserswerth en andere initiatieven (verplegen op basis van kennis en oefening) door naar Engeland. Volgens een tijdgenoot verdiende zij de erenaam ‘the lady with the hammer and the crowbar’; want zij hamerde op de deur die niet snel genoeg openging en sloopte de muur die haar streven in de weg stond. Daarbij legde zij de vinger op sociale wan-toestanden op het gebied van de geneeskunde, het ziekenhuiswezen, de huisvesting van vele landgenoten, de slechte sociale verhoudingen en de torenhoge afstand tussen de standen. Een en ander legde een basis voor de erkenning van de verpleegkunde als een specifieke, onmisbare, hoogwaardige beroeps categorie.

De verpleging mocht naar het oordeel van Miss Nightingale niet langer uitsluitend vrijwillige liefdadigheid zijn, maar een volwaardig professionele, naar waarde gesalarieerde beroepsuitoefening. Daarbij wees zij categorisch af dat de verpleegster een soort van hulp in de huishouding zou zijn die tevens aan ziekenzorg deed (*Notes*, p. 24, 25). Zij vulde het traditionele begrip ‘roeping’ aan met doelgerichte eisen, te stellen aan de verpleegarbeid. Ook behoorde Florence tot de eersten die de statistiek in de gezondheidszorg (*Hospital Statistics and Hospital Plans* 1862) toepasten, daarmee een wetenschappelijke component aan de verpleegkundige studie en praktijk toevoegend.

Florence Nightingale komt in haar werk naar voren als een zeer ontwikkelde, zelfstandige vrouw die jarenlang over het vak ‘verpleegkunst’ moet hebben nagedacht. Zij is de geschiedenis ingegaan als een heldin, als een heilige bijna.

En inderdaad was zij een toonbeeld van initiatief, doorzettingsvermogen en opofferingsgezindheid. Haar werk tijdens de Krimoorlog droeg daaraan in sterke mate bij. Ook haar ongezouten kritiek op de sociaal-economische positie van de armen en hun armzalige huisvesting, en die van de dienstbaren in de welgestelde gezinnen en de arbeiders in fabrieken deed veel toe aan haar imago van pionier op sociaal en verpleegkundig gebied.

3.6 Florence Nightingale als drijvende kracht en kind van haar tijd

3.6.1 Haar rol in haar tijd

In de recente literatuur is getracht Florence Nightingales historisch imago discutabel te stellen, i.c. haar roem in een 'objectiever' historisch licht te plaatsen (zie p. 240). Van die roem blijft dan meestal weinig over. Daarbij worden gemakkelijk drie factoren over het hoofd gezien: (1) ook Florence was mens onder de mensen en kind van haar tijd; (2) voor historici blijkt het vaak moeilijk een beschreven gebeurtenis of stroming te plaatsen in het raam van haar tijd; (3) een vrouw werd in die tijd en later meer als een sloof en een lustobject voor mannen gezien dan als een volwaardig menselijk wezen, evenals mannen in staat tot grootse prestaties.

Zoals zovele Groten in het verleden maakten Miss Nightingale en haar werk deel uit van een stroom die reeds eerder en elders was ontsprongen, en zeker niet alleen in Engeland. Dit geldt zowel haar baanbrekende arbeid op sociaal en verpleegkundig gebied als haar aandeel in de emancipatiebeweging van vrouwen. Florence heeft zichzelf niet gezien als de grondlegster van de moderne verpleging; zij bouwde voort op wat anderen reeds eerder ondernomen hadden. Wél heeft zij wellicht als geen ander geaccentueerd en gepropageerd een verpleegkunst als hoogwaardige en erkende beroepsuitoefening in samenwerking met medici. Zij kon dat doen met deskundigheid en een doordrijverige ijver die tegenstanders in korte tijd tot medestanders maakten.

Objectieve beoordeling van een vrouw in het verleden vanuit een riant maatschappelijke constellatie waarin (a) men het verleden soms gemakshalve vanuit de eigen vooroordelen – die ook verworvenheden kunnen heten – benadert, (b) elk uur betaald en elk overuur dubbel betaald wordt; (c) zowel sociale zorg als ziekenzorg in ruime mate beschikbaar zijn, en (d) de onmondigheid van vrouwen is opgeheven is geen kleine opgave. Florence was rijk genoeg om een luxueus leven te leiden, maar koos de moeilijkste weg: sluimerende krachten wakker roepen, wegen banen door een oerwoud van vooroordelen, de evenknie van mannen zijn in een door mannen geregeerde wereld, tot in het leger toe in een relatief korte tijd hervormingen forceren die niemand voor mogelijk had gehouden. Dit wil niet zeggen dat pioniers geen beperkingen kennen: niet alles kan ineens worden vernieuwd, niet iedereen ligt aan de voeten van de nieuwlichter, niet alles verloopt zonder sterke tegenstand op te roepen.

3.6.2 Haar beperkingen

De bezielde roeping en drijfkracht van Miss Nightingale waren in conflict met haar onwetenschappelijke zelfverzekerdheid op medisch gebied. Zo hield zij lang vol dat er geen specifieke ziekten waren (*Notes on Nursing*, p. 10), hoewel toch in haar tijd de specificiteit van infectieziekten vrij algemeen bekend was. Met haar betoog over infecties overschreed zij vanuit haar verpleegkundige aanbevelingen de grens naar de medische wetenschap die zij niet beheerste. Het was juist een grote prestatie van de geneeskunde met klinische blik een aantal ziekten als 'specifiek' herkend te hebben, terwijl de bacteriële afgrenzing van die ziekten nog niet eens ontdekt was. Die oneffenheden laten we voor wat ze zijn; immers de medicus had het medisch beroep uit te oefenen, niet de verplegende zoals zij zelf herhaaldelijk verklaarde.

Verder was de veel geprezen Florence niet altijd consequent: zij had moeite met de opkomende tendens naar democratisering in het zich vormende leger van verpleegkundigen. De jongere generatie verpleegsters in Engeland beseftte dat meer nodig was dan goede wil; zij streefden naar staatszorg, naar wetgeving inzake regulier verpleegkundig onderwijs, naar zelfstandigheid van het verpleegkundig beroep. In de lijn van dit laatste lag ook het streven naar een eigen verenigingsleven. Florence Nightingale had moeite met die verzelfstandiging. Zij vreesde verzwakking van de individuele inzet en motivatie van de verpleegsters, waardoor het eigenlijke doel, mede te werken aan de genezing van de zieke, niet te bereiken zou zijn. Het verpleegwerk moest volgens haar een integraal deel blijven van het ziekenhuiswerk als geheel. Haar gezag was zo groot dat de oppositie eerst een kwart eeuw na de stichting van de Nightingale School met een eigen verenigingsleven kon beginnen. Die oneffenheden verbleken echter bij de glans van haar boodschap, dat in het leven en het werk van allen een strijd tegen onhygiëne, ongezonde arbeid en mensonwaardige huisvesting van velen moest worden aangebonden. Tegenover haar beduchtheid voor democratisering stond dat zij burgers en overheden opriep tot revolutionaire vernieuwing van de sociale verhoudingen. Miss Nightingale in november 1892 in een brief aan de Buckinghamshire County Council:

We must create a public opinion which will drive the Government, instead of the Government having to drive us – an enlightened public opinion, wise in principles, wise in details. We hail the County Council as being or becoming one of the strongest engines in our favour, at once fathering and obeying the great impulse for national health against national and local disease. For we have learned that we have national health in our own hands – local sanitation, national health. But we have to contend against centuries of superstition and generations of indifference. Let the County Council take the lead.

Dit was háár democratisering: een appel tegen de onmondigheid van de massa, een oproep tot sociale krachtsinspanning van allen, een wakker schudden van het geweten der natie.

Verpleegkunst-nieuwe stijl

In de beginfase van de moderne verpleging heersten er nog profetische ideeën over verzorging en verpleging. In het eerste nummer van het *Maandblad voor Ziekenverpleging* (september 1890) staat een leerdicht van Maria Beets:

*Uw zachte hand moet zeker zijn en vast,
Door geen gebaar van wie gij helpen moet, verrast.
Grijp moedig aan, maar wil 't niet overdrijven;
Doortastend moet gij zijn, maar nogtans vrouwelijk blijven.
Niet haastig in uw helpen, maar zorgvuldig,
Uw hart niet slechts, uw hand toont zich geduldig.*

(...)

*Beveel niet, maar beheersch met daad en woord,
Spreek ernstig, maar toon nimmer u verstoord.
Wees niet te week, maar toon uw mededogen,
En schaam u niet, al komt u het vocht in d'ogen.
Geloof en hoop, wees door de liefde sterk,
God zal uw steun zijn bij uw heerlijk werk!*

Florence Nightingale rekent dertig jaar eerder alleen al in haar *Notes on Nursing* af met lyriek, devotie en poëzie. Zij rekent af met plichtmatige barmhartigheidsbehoeften van zich vervelende theetantes die het vuile werk in de ziekeninstellingen overlaten aan zaalmeiden, zichzelf koesterend in de stralen van fatsoenshalve beoefende liefdadigheid.

Dit is uiteraard wat al te generaliserend gezegd; er zullen ook goede zaalmeiden zijn geweest, evenals trouwens ook aardige theetantes en nobele regentessen. Zij allen waren in de sociale stand van hun geboorte vastgeroest, in die door standenmystiek doorspekte negentiende eeuwse samenleving. Zij, Florence, doorbrak het taboe van de stand waarin zijzelf gevangen zat. Had zij dat niet gedaan – hoe moeiteloos zou haar leven zijn geweest, maar ook ... nooit zouden wij iets van haar en haar baanbrekende arbeid gehoord hebben. Zij was, kortom, een der Groten die de 'verpleegkunst' van de op hun terugtocht gebrachte adel en patriciaat door de verpleegkunst-nieuwe stijl lieten overnemen.

3.6.3 Haar sociale en verpleegkundige vernieuwingsarbeid

Miss Nightingale zag de verpleegkunst niet als een verlengstuk van het huishoudelijk werk en dat van de medicus. De verpleegkundige diende zich naar haar overtuiging te houden aan een verpleging die steunde op verpleegkunst als theoretische en toegepaste wetenschap, dus als na studie verworven kunde en kunst; het huishoudelijk werk moest overgelaten worden aan speciaal voor die taak aangewezen personeel. Met haar thema inzake de verhouding verpleging-medische taakvervulling was Florence haar tijd decennia vooruit. De bekwame dokter en de bekwame verpleegster hadden als gelijkwaardigen in samenwerkingsverband deel te nemen aan het behandelings- en verplegingsproces van de patiënt. Dit in die zin, dat beide functionarissen elk hun specifieke beroepsbezigheden zouden kennen, erkennen en waarderen. Haar uitspraak 'beter een eersterangs verpleegster dan een derderangs dokter' is een gevleugeld woord geworden. De werkelijkheid van de verpleging – een onmisbare vorm van geneeskunst in samenwerking met de medici – formuleerde zij aldus: 'de verpleegster is de geschoolde dienaar van de geneeskunde'. Dat ging de geschiedenis in als 'The Nightingale system'. Het propageren van het verpleegkundig werk als een eerzaam én zowel materieel als inmaterieel gewaardeerd beroep was daarmee in volle overeenstemming. Het valt niet moeilijk te ontdekken, dat hierdoor de juiste richting was aangewezen en ingeslagen, een grootse prestatie.

3.6.4 Haar grootheid als mens onder de mensen

Florence Nightingale was een idealistische, begaafde en vooruitstrevende vrouw die in de relevante historische literatuur een belangrijke plaats kreeg. Haar tijdgenoten moeten haar hebben gezien als een uitzonderlijk charismatische, bijna metafysische persoonlijkheid. Zij koos als welgestelde dame voor een in die tijd nog oneervol beroep; zij beschikte over een uitgebreide kennis van wiskunde, statistiek en waarschijnlijkheidsberekening (Cook 1913, I 331, 352, 428, II 439-444), een kennis die zij toepaste bij haar activiteiten als verpleegster in het leger en als mentor van commissies; zij had niet altijd gelijk, maar zij bereikte altijd – zij het soms met grote vertraging – haar doel dat zij helder voor zich zag: verbetering van de levensomstandigheden en de gezondheidszorg speciaal van de armen. Zij werd door duizenden mensen die haar eerst sceptisch hadden beoordeeld op de handen gedragen. Misschien heeft bij de haar ten deel vallende verering een rol gespeeld dat zij een uiterst merkwaardige, scherpzinnige, veelzijdige vrouw was die tal van tegengesteld lijkende karaktereigenschappen scheen te bezitten. Om haar doel te bereiken was haar geen berg te hoog en geen middel te ongepast. Zij kon tiranniek zijn én liefdevol, chanterend én meegaand, woedend én zachtzinnig, ongeduldig én gedwee (in afwachting van betere tijden), autoritair én democratisch. Haar biografieën vermelden dat mensen die haar ontmoetten soms het gevoel kregen een glazen scherm tussen hen en haar te ervaren. Maar diezelfde werken gewagen van trouw aan vriendschap,

onverwoestbare kameraadschap, zorgzaamheid, tederheid, charmante omgangsvormen en sympathieke dienstbaarheid. Het is echter overdreven haar te verheffen tot ‘de’ stuwende kracht achter de uitbreiding en vernieuwing van de ziekenverpleging in de tweede helft van de negentiende eeuw. Zij was één van die belangrijke krachten; ook anderen kwamen met ideeën en eigen initiatieven die tot navolging leidden. Bedacht moet worden dat: (1) iedere historische figuur die boven de gemiddelde prestaties uitsteekt bij alle verdiensten een mens blijft die in sommige opzichten kan falen, hoogstens het goede voorbeeld kan geven en een richting kan aanwijzen die tijdgenoten nog niet opgemerkt hebben, dan wel niet durven of willen volgen; (2) anderen die eveneens een belangrijke rol spelen en nog in de schaduw van de geschiedschrijving blijven, verdienen door niet aflatend bronnenonderzoek eveneens in het hun toekomstig historisch licht geplaatst te worden.

3.6.5 *Dag van de Verpleging*

Niet kan worden ontkend dat Florence Nightingale een van de belangrijkste, meest invloedrijke figuren in de geschiedenis van de verpleegkunst is geweest, en dat zij in menig opzicht als ‘the lady with the lamp’ letterlijk en figuurlijk licht bracht in de toenmalige duisternis. Haar grootheid is juist gelegen in haar menszijn onder de mensen, en in haar moed, niet opzij te gaan voor alles wat een mens in de moeilijkste omstandigheden kan overkomen.

Als Florence Nightingale na een eeuw nog overeind is gebleven dan heeft dat juist te maken met haar menselijke eigenschappen. Dit is een soort van menselijkheid die in beginsel ieder van ons eigen is: dat wat mensen kan motiveren en verwarmen om in de moeilijkste omstandigheden overeind te blijven. Het is niet de doctrine, de leerstelling, de theorie die mensen staande doet blijven om het uit te houden. Het zijn de diepste gevoelens die in staat stellen het meest mens te zijn onder de mensen. Het accent ligt hier op het motief, medeverantwoordelijk te willen zijn voor een betere wereld. Miss Nightingale is groot doordat zij in de meest bizarre omstandigheden haar hoge doel in het oog bleef houden.

Het is dan ook goed haar geboortedag op de Dag van de Verpleging (12 mei) te herdenken. Het doel van die herdenking is viererlei: haar pioniersarbeid zien als een symbool van een sociale en verpleegkundige vernieuwing waaraan velen hebben meegewerkt, een vernieuwing die zieken en behoeftigen in toenemende mate ten goede zou komen; de jeugd opmerkzaam maken op de mogelijkheid, verzorging en verpleging als eervol beroep te kiezen; hen die voor dat beroep in opleiding zijn, wijzen op de pluriforme waarde van dat beroep, waartoe – afgezien van de medische (of paramedische) taken – behoort: omgang met mensen in vaak moeilijke omstandigheden; de verzorgenden en verplegenden eren om de keuze van hun beroep dat voortdurende studie en flexibele aanpassing vraagt door snelle veranderingen in verpleegkundig, medisch en organisatorisch opzicht.

3.7 Verbrokken beleid. Groei naar ‘onoverzichtelijk geheel’

Met de invoering van de Nederlandse geneeskundige wetten en het staatsexamen voor artsen in 1865 kregen de medici ‘eenheid van stand’ en beroeps-, opleidings- en titelbescherming in de schoot geworpen. Schril steekt daarbij af de situatie van de verpleegkundige sector: deze kon nog niet steunen op een traditie. Hier ontbrak ook een met het medisch onderwijs vergelijkbare vooropleiding en opleiding. De verpleging van zieken en gewonden was nog grotendeels het werk van ongeschoolde mannen en vrouwen. Het was al een vooruitgang dat de toegenomen medische kennis en de genoemde verbeteringen in een aantal buitenlandse ziekenhuizen hier in Nederland aanleiding gaven tot kritisch denken over de marginale positie en de onvoldoende kwaliteit van de eigen ziekenverpleging. Met de genoemde omwenteling in de beroepenstructuur en de nieuwe inzichten op medisch gebied móest de houding van de staat en die van de bevolking aangaande de zorg voor zieken wel veranderen.

Maar gemakkelijk ging dat niet. De dringend nodige systematische vakopleiding voor de sector van de verpleging kwam uiterst langzaam en moeizaam op gang; er viel teveel tegelijk te verbeteren, zowel op sociaal gebied als in de ziekenhuizen en de preventieve zorg daarbuiten. De gezondheidstoestand vooral van jeugdige en oudere werkers in fabrieken en de huisindustrie schreeuwde om maatregelen. Een van de weinige roependen in de woestijn was de eerder genoemde arts S.Sr. Coronel (1827-1892). In een reeks publikaties over arbeidstoestanden, volksbelangen, ziekteverschijnselen, armenwezen, kinderarbeid en verpleging van kinderen probeerde hij het slapend geweten van het lezend publiek wakker te schudden. Drankmisbruik kwam veel voor. Volgens Coronel bestond het hoofdvoedsel van de meeste werklieden voornamelijk uit aardappelen en jenever. De gezondheid van vele arbeiders was slecht; in sommige beroepen waren zij nog in de jaren zestig zo krachteloos en traag, dat voor veel werk vreemdelingen moesten worden aangetrokken. Dit overigens niet alleen daardoor: op technisch gebied was Nederland door het ontbreken van voldoende beroepsopleidingen zo achterlijk dat openbare utiliteitswerken (spoorlijnen en stoomtreinen, gasfabrieken, stoomgemalen) door buitenlandse ingenieurs en arbeiders moesten worden ontworpen en uitgevoerd. Ook Ferdinand Domela Nieuwenhuis (1846-1919), de meest tot de verbeelding sprekende pleitbezorger van de arbeidersbeweging uit die tijd, liet zich kritisch uit over de arbeidssituatie en de gezondheidszorg. Onder de vrouwen was Aletta Henriëtte Jacobs (1854-1929) een prominente figuur zoals we zagen. Zij was in Nederland de eerste vrouw die een graad als arts behaalde en ook nog promoveerde in dat vak. Haar bijdrage op medisch, sociaal en altruïstisch gebied is groot geweest.

Direct en indirect hebben ook andere pioniers nog sluimerende krachten gestimuleerd tot het scheppen van betere levensomstandigheden. Aanvankelijk bestonden er echter wetten noch regels die de voortrekkers steunden in hun strijd tegen misstanden. In sommige bedrijven was de gemiddelde leeftijd 26 tot 30 jaar. Nederland was trouwens geen uitzondering op dit punt. Op de

De Wet op de Besmettelijke Ziekten (1872)

De wet op de Besmettelijke Ziekten verordende: (1) registratie van besmettelijke ziekten door de arts te verplichten, deze ziekten aan het gemeentebestuur te melden; (2) isolering van desbetreffende patiënten; (3) ontsmetting van besmette huizen en reiniging of vernietiging van besmette goederen; (4) maatregelen inzake het vervoer van patiënten en van aan de ziekte overledenen.

De wet had een lange voorgeschiedenis. Amsterdam liet in 1811 geen kinderen op de lagere school toe die niet gevaccineerd waren. De eerste landelijke regeling bepaalde in 1818, dat kinderen uit een gezin waarin besmettelijke ziekte was geconstateerd, gedurende die ziekte niet op school mochten komen. Dr. J.P. Heije bepleitte in 1838 een herziening van de gezondheidsregeling voor het onderwijs. Voorts was de inspectie op het lager onderwijs actief, mede dankzij activisten als J.P. Heije, S.Sr. Coronel en anderen. Men bond de strijd aan voor ruimere, beter verlichte en geventileerde schoollokalen, zuiver drinkwater en sanitaire voorzieningen.

In 1863 verscheen een opzienbarende rede in druk van J.J. Cremer, getiteld: *Fabriekskinderen, een bede, doch niet om geld*. Thorbecke besepte de ernst van de toestand, maar reageerde aarzelend. Fabrieken boden soms een relatief beter klimaat dan een huis met stoffige huisindustrie.

De eerste Gezondheidswet (1865) stelde staatstoezicht in met drie doelstellingen: onderzoek naar de staat van de volksgezondheid; aanwijzing en bevordering tot verbetering van de volksgezondheid; handhaving van wetten en verordeningen inzake de volksgezondheid. Opzienbarend was de staatsenquête van 1869: ergerlijke wantoestanden kwamen aan het licht in huisindustrie, werkplaatsen en fabrieken. Er kwam nu ook aandacht voor de hoge sterftecijfers, vooral in gezinnen van paupers en arbeiders in bepaalde beroepen. Artikelen verschenen over hoog schoolverzuim en over kinderen die in half slapende toestand in de vroege morgen naar fabrieken werden gedragen. Coronel hield in 1871 een rede waarin hij aandacht vroeg voor het kind. Hij drong aan op wettelijke regelingen, waaronder die tot beteugeling van beroepsziekten en van kinderarbeid. Ten slotte verscheen in 1872 een wetsontwerp op besmettelijke ziekten; het hield onder meer in dat geen onderwijzer of leerling de school ongevaccineerd mocht betreden. Sommige confessionele groeperingen maakten bezwaar. Niettemin trad de wet in werking. Twee jaar later werd de eerste – nog uiterst summiere – arbeidswet van kracht. De zesjarige leerplicht trad in 1901 in werking.

gebrekkige arbeidswetgeving ter bestrijding van beroepsziekten en op overmatig lange werkdagen werd reeds in 1847 door de Fransman Daniel Legrand gewezen; in zijn *Appel respectueux aux gouvernements ...* dringt hij aan op maatregelen van overheidswege. In Duitsland gold vanaf 1853 het verbod, kinderen jonger dan twaalf jaar arbeid te laten verrichten. Engeland kreeg in 1878 zijn 'Factory and Workshopsact'. In Nederland kwam in 1874 de 'Kinderwet-Van Houten' tot stand. Maar de 'vernieuwing' liet zien dat de afstand tussen een wet en de doeltreffende uitvoering ervan groot kan zijn: blijkens de enquêtecommissie van 1886 ging van de maatregel zo goed als geen positief effect uit. Na dat nog povere begin volgden de Arbeidswetten van 1889, 1895 en 1902, die later vele keren werden gewijzigd en aangevuld.

Een stap vooruit was de reeds genoemde, in 1872 ingevoerde Wet op de Besmettelijke Ziekten. Deze stimuleerde verdere uitbreiding van de ziekenhuis- en de thuisverpleging. De wettelijke voorschriften waren resultante van een groeiende belangstelling voor lichaamsverzorging (gymnastiek en baden), afschaffing van begraven in kerken, en aanleg van waterleidingnetten en rioleringen. Daarbij werd vanuit de maatschappij steeds sterker aangedrongen op staatsverantwoordelijkheid voor en staatsbemoeiing met directe en indirecte gezondheidszorg.

De op gang gebrachte wetgeving bracht niet de verhoopde doorbraak, zo rapporteerden de provinciale Gezondheidsraden en de staatsinspecteurs van de volksgezondheid. Dat falen noopte tot maatschappelijke correcties. Deze forceerden een opmerkelijke verhouding tussen de staatszorg en de particuliere verantwoordelijkheid. Op het gebied van het beroepsonderwijs – inclusief het verplegingsonderwijs – betekende dat: kiezen voor intensief particulier initiatief van allerlei verenigingen en commissies; vroeg of laat volgden dan overheidsbijdragen en wetgeving.

De voortdurend geuite, vaak tegenstrijdige klachten, wensen, adviezen en aanbevelingen waren voor de directeur-generaal van de Volksgezondheid (dr. L. Peerbolte) aanleiding tot het bijeenroepen van bij de opleiding betrokken organisaties op 20 april 1933. De Raad voor de volksgezondheid bracht daarover rapport uit, en publiceerde later over diverse fricties. Een krachtig vernieuwingsstreven kan daaruit niet geconcludeerd worden. Zo was de Raad verdeeld over het opgaan van diploma A + B in één diploma, alsmede over de Aantekeningen, de toelatingseisen en de rol van de staat in dit proces.

Dat proces was produkt van diverse vormen van initiatief, niet van een krachtig en wijs bevoegd gezag. Daardoor ontstond een aarzelend en grillig beleid met betrekking tot de onderhavige opleidingen. Dit door twee oorzaken: effectieve coördinatie van de activiteiten ontbrak en bleef ontbreken; en de opleiding kwam te ressorteren onder twee ministeries. Vandaar dat een staatscommissie nog in 1991 kwam tot drieërlei oordeel: (1) er was door gebrek aan een doelmatige regelgeving 'roofbouw gepleegd op een kwetsbare groep'; (2) de opleidingen tot verplegende en verzorgende beroepen waren 'niet voldoende aangepast aan de eisen van de moderne beroepsuitoefening'; (3) de opleidingen waren uitgegroeid tot een 'onoverzichtelijk geheel' (zie hoofdstuk 7 p. 221 v.v.).

3.8 Verpleegkunde en geneeskunde gescheiden verworven

In de laatste decennia van de negentiende eeuw begon het verpleegstersberoep zich aan te dienen als een eervolle kans op een typisch vrouwelijke bezigheid met een relatief hoge status. De voortrekkers van het eerste uur kwamen uit de deftige burgerstand; onder hen waren Anna Reijnvaan, Jeltje de Bosch Kemper en A.J.M. Teding van Berkhout. Daarbij voegden zich later leerling-verpleegsters uit de middenstand, nog weer later uit de gehele burgerij. Naarmate de beroeps-mobiliteit toenam (zie p. 82) was er meer drang naar diverse vormen van betaalde beroepsbeoefening die zelfstandigheid van vrouwen in petto had. De verpleging maakte daarvan deel uit. Er was echter een ernstig knelpunt: de beroepsverhouding arts-verplegende.

Dit vraagstuk werd kernachtig verwoord door Jeltje de Bosch Kemper in haar openingsrede in het nieuwe Wilhelmina Gasthuis te Amsterdam (1892), aldus samengevat: 'Een vijftien jaar geleden was het voldoende als een vrouw (...) toewijding in zich voelde, om zieken te verplegen. Toewijding alleen is echter niet meer voldoende (...). Een gedegen opleiding is noodzaak, want de verpleegster moet in staat zijn taken van doktoren over te nemen. Bovendien gaan kennis en toewijding goed samen. Des te meer men eene zaak kent, des te hoger zal men die houden' (*TvZ* 1992, p. 1).

Verpleegsters taken van artsen te laten overnemen – dat vond niet bij alle artsen een gunstig onthaal. Een van hen (dr. Rotgans) verklaarde dat de theoretisch geschoolde verpleegster niet meer kon zijn dan een 'halfbakken geleerde'; 'haar tevredenheid wegnemen' zou het gevolg zijn.

Tegen deze achtergrond steekt scherp af de reuzenarbeid van hen die doorzetten. De besturen van de Kruisverenigingen behoorden daartoe (zie p. 119). Belangrijk was ook de oprichting van de Nederlandsche Bond voor Ziekenverpleging (NBZ, 1893). Als pluriform doel gold: samenwerking van betrokkenen bij de opleiding van leerling-verplegenden en bij examens; vorming van een middel tot overleg tussen ziekenhuisbesturen onderling, alsmede tussen deze en verpleegsters; instelling van jaarlijkse bijeenkomsten; uitgifte van een jaarboekje met namen en adressen van gediplomeerde verpleegsters.

Zoals gezegd recruteerden de ziekenhuisbesturen eerst jonge vrouwen uit de hogere en de middenstand. Het aanbod daaruit verminderde om diverse redenen. Meisjes uit de betere sociale milieus die graag wilden gaan verplegen kregen daarvoor van hun ouders niet altijd toestemming. Dit had voor relevante leidende kringen aanleiding kunnen zijn, na te denken over het plaatsen van het verpleegkundig onderwijs op een bredere basis en een hoger niveau; dit had kunnen betekenen: instelling van een attractieve vooropleiding (bijvoorbeeld in een preklinische studieperiode); regeling van de opleiding in de wet op het middelbaar onderwijs (deze functioneerde vanaf 1863); en vergelijkbaar maken van de opleiding met andere beroepsopleidingen die materieel meer perspectief boden. Een en ander gebeurde echter niet. Daardoor kwam het verpleegkundig onderwijs in een marginale positie terecht; dit verklaart veel van wat volgde aan

gefragmenteerde wetgeving (zowel structureel als inhoudelijk) en moeizame erkenning van de verpleging als materieel en immaterieel volwaardige beroepsuitoefening.

Zeker zo nadelig was de nu groeiende verhouding tussen de medische en de verpleegkundige discipline: de afstand tussen beide beroepsgroepen was van meet af aan groot, en wel door drieërlei oorzaak: (1) de medische studenten en de leerling-verpleegsters kwamen uit sterk verschillende levenssferen; (2) de leerling-verpleegsters hadden een onvergelijkbare vooropleiding achter de rug; (3) de opleiding van de leerling-verpleegsters speelde zich af in de marge van lange arbeidsdagen, terwijl de medische studenten een voltijdsopleiding genoten.

De Amerikaanse psycholoog Erikson heeft in zijn betoog over de menselijke levensloop gewezen op de betekenis van de studieperiode voor het identiteitsbesef van jonge mensen. De maatschappij verleent aan de student een 'vrijstelling', een moratorium, een tijdelijke opschorting van maatschappelijke verantwoordelijkheden. Dit om zich voor te bereiden op een zelfstandige deelneming aan de samenleving in het algemeen en de beroepsarbeid in het bijzonder. De in de levenspraktijk zich vormende jongere kent niet zo'n vrijblijvend leerproces: zijn voorbereiding omvat onmiddellijk vaktheoretische en praktische componenten, omgang met volwassenen en al spoedig het dragen van verantwoordelijkheid (Erikson 1958).

Hierbij komt dat de student aan de toenmalige universiteit leefde en studeerde in een kleine, besloten samenleving. Deze werd tot de jaren zestig van de twintigste eeuw (zie p. 188) beheerst door oude tradities; de gemeenschappen die er zich vormden kenden een duidelijke sociale controle met eigen omgangsregels. Men sloot vriendschappen met sommigen bij uitsluiting van anderen. Een paternalistische geest van de hoogleraar tegenover de student en van de oudere student tegenover de jongere ontbrak niet. Er was nog geen sprake van een wetenschappelijke samenleving met zijn honderden hoogleraren en wetenschappelijke medewerkers zoals wij die nu kennen.

Vandaar dat het voor de minder afhankelijk en meer onafhankelijk van de maatschappij opgeleide arts vanzelfspekend was, de eigen denkbeelden en kennis als superieur te zien, en de verpleegkunst van de totaal anders, 'lager' opgeleide verplegende niet te aanvaarden als een integraal en belangrijk deel van geneeskunst. Het praktische inzicht van de verpleegster, haar pragmatische kunst met als kern deskundige bedverpleging, haar zorgverlening, haar benadering van de patiënt als lijdend mens, het kunnen omgaan met mensen in een fysiek en/of psychisch problematische positie, het in opdracht van de arts uitvoeren van medische taken, ze wogen niet zwaar genoeg om de verplegende te aanvaarden als volwaardige beroepsgenoot. Waar de wetenschap prevaleert legt de waardering voor de praktijk het loodje. Blijkbaar was het te moeilijk beide sferen in elkaars verlengde te zien en te aanvaarden. Toch is de praktijk van de verpleging van groot belang voor het dagelijks leven en voor dat in en aan het ziekbed. De praktijk kan niet zonder theorie, maar zij kent ook haar eigen theorie. Zij impliceert menskunde, ervaring, inzicht, omgangskunst van mens tot mens,

aanvoelen wat de zieke hier en nu behoeft, toewijding, inzicht, handigheid, en ... genoeg tijd krijgen voor dat alles. De zieke heeft in zijn moeilijke uren soms meer aan een bekwame verpleegkundige dan aan een geleerde dokter indien deze denkt en spreekt in termen van diagnostiek: de maagzweer op kamer 8, het hartinfarct op intensive care, de pneumonie die het niet redt. De goede verpleegkundige is een beoefenaar van de verpleegkundige geneeskunst die een volwaardige evenknie is van de typisch medische kunst.

Dit inzicht zien we thans verwoord in de stageverslagen van medische studenten die sinds enkele jaren verplicht zijn in hun eerste jaar een aantal weken ervaring op te doen met verpleegwerk van ziekenhuizen (zie p. 197).

De relatief late koerswending van het overheidsbeleid naar staatszorg (in 1890), met wettelijke regeling ervan als eindresultaat (in 1919, 1921 en later) werkten willekeur en wildgroei in de hand. De vorm en de inhoud van de opleiding in de verpleegkunst waren daardoor geen vrucht van landelijke wetten of altruïstische overwegingen, maar primair van zakelijke motieven der ziekenhuisdirecties. Uitgangspunt was dat het ziekenhuiswerk moest doorgaan, en dat de leerling-verplegende het verpleegvak al doende had te leren; het was al mooi dat aanvulling van de praktijk met theorielessen noodzakelijk werd gevonden. Nu ja, mooi... de theorie was dringend nodig want de verplegende werd het verlengstuk van de medische arm. Hierbij kwam dat de beschreven opwaarts gerichte tendenzen (modernisering van het arbeidsbestel, beroepsmobiliteit, vrouwenemancipatie) al gauw een groot aanbod van aspirant-verpleegkundigen veroorzaakten; bovendien werd de verpleging algemeen gezien als een goede voorbereiding op de 'eigenlijke' rol van de ideale vrouw: de liefhebbende en handige echtgenote, en de zorgvolle moeder. Doordat de wetgever in het algemeen volger is en geen voortrekker (zie hoofdstuk 4) greep hij laat in en dan nog mondjesmaat. Dus konden de directies van de ziekenhuizen ongehinderd hun economische belangen laten prevaleren. 'Eenheid van stand' en van onderwijs – voorafgaand aan de verpleegkundige beroepsuitoefening zoals bij de medici – lag nog ver in het verschiet (vgl. p. 17, 103). Zo groeide een emancipatorisch systeem met bedenkelijke kanten: men kon uit het aanbod van jonge vrouwen selecteren; met karig loon kon worden volstaan (er waren toch genoeg gegadigden); en de benepen huisvesting (op zolders, vier tot zes leerlingen in één kamertje) stuitte niet op grote bezwaren (want de meeste sollicitanten waren thuis niet veel beter gewend).

Wat stond er aan sociale antithese tegenover? De genoemde Nederlandse Bond voor Ziekenverpleging bijvoorbeeld. Deze bestond echter voornamelijk uit ziekenhuisdirecties, dus van die kant kon geen tegenwicht verwacht worden. De geopperde voorstellen aangaande rijks-dagscholing voor de verpleging gingen dan ook prompt de mist in (om eerst na een 'tachtigjarige oorlog' weer aan de orde te komen).

Maar uit onverwachte hoek verscheen toch een nieuw licht, en wel uit twee richtingen: (a) publikatie van diverse studieboeken, waaronder het *Handboek*

der ziekenverpleging van A.N. Nolst Trenité (1894); (b) oprichting van de onafhankelijke 'Nederlandsche Vereeniging tot bevordering der belangen van verpleegsters' (1900), later Nosokomos genoemd. De oprichters van die vereniging waren de arts Aäron Aletrino, (filosoof, schrijver en criminoloog) en zijn echtgenote Julia van Stockum (verpleegster van professie).

Deze steun in de rug van verplegenden die streefden naar bredere opleiding en betere arbeidsvoorwaarden maakte wel veel indruk, maar Aletrino's geesteskind Nosokomos kreeg weinig aanhang onder de verplegenden. De tijd was blijkbaar nog niet rijp voor een hogere organisatiegraad, en voor georganiseerde initiatieven inzake evenwichtig verpleegkundig onderwijs dat althans een preklinische periode (zie p. 141, 174) kende. Deze beroepsgroep bevond zich mutatis mutandis nog in een moeilijker situatie dan die van de medische stand van vóór 1849, het oprichtingsjaar van de Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (NMG): groot was de willekeur in de opleiding, en beroepsbeoefenaars waren van ongelijksoortige beschaving en bekwaamheden. De geneeskundigen, na genoemd jaar eendrachtig en verenigd, stelden hun eisen tot verbetering van toezicht, vakbekwaamheid en opleiding. Eerst toen toonde de overheid zich bereid daarnaar te luisteren, als resultaat waarvan de geneeskundige wetgeving tot stand kwam (zie p. 69, 88). De verpleegkundige beroepsgroep kwam pas een halve eeuw later aan die ontwikkeling toe zoals we nog zullen zien.

3.9 Verplegen en studeren. Arbeidsvoorwaarden. Leerboeken

3.9.1 Beroepsinhoud verpleegkunst

Rondom de eeuwwisseling waren de verpleging en de verpleegsters, alsmede de opleiding van de leerlingverpleegsters, hun sociale positie en de beroepsmatige verhouding dokter-verpleegster actuele en wereldwijde onderwerpen geworden. In de halve daaraan voorafgaande eeuw was bereikt dat velen het verpleegwerk, als een onmisbaar deel van de gezondheidszorg, als beroepsarbeid waren gaan zien. Het onderwerp 'beroepsinhoud verpleegkunst' kwam in toenemende mate aan de orde.

Vergeleken met de taakomschrijving in het *Handboek anno 1848* (zie p. 93) was er omstreeks 1900 reeds veel aan verpleegkunde en -kunst bereikt. Er moest echter nog een lange weg worden afgelegd voor overal algemeen erkende en volwaardige verpleging regel was, en de verplegenden in de ogen van de buitenwereld een eervol beroep uitoefenden. Als regel heerste er nog een Victoriaanse mentaliteit. Een verpleegster op mannezalen toelaten ging met weerstand gepaard. Verder hadden de eerste geneesheer-directeuren te kampen met het probleem, dat vrouwen al eerder dan zij een leidende functie bekleedden. Omgekeerd moest een tot directrice aangestelde functionaris soms een gevecht aangaan met medici en verplegenden die zich keerden tegen nieuwlichterij in hygiënisch en organisatorisch opzicht. Dergelijke fricties markeerden de

overgang naar een nieuwe periode waarin het ziekenhuis onder medische leiding kwam.

Met de gang naar erkenning van een nieuwe status van de verpleegster hingen uiteraard ook haar arbeidsvoorwaarden nauw samen; deze waren nog verre van rooskleurig. In haar *Verpleegstersbelangen* (1901) stelde zr. H. Speyer het 'verdichtsel' van het roepingsideaal tegenover de 'harde werkelijkheid' van de toenmalige praktijk in de verpleging. Die hardheid van de werkelijkheid was niet te loochenen: de werkdag omvatte twaalf tot veertien uur per dag. Tot de eerste verbeteringen in de arbeidsvoorwaarden behoorde aanvankelijk bekorting van de werkdag tot 11 uur. In 1916 werden een tienurige werkdag en een vrije dag per week ingevoerd.

De wettelijke regeling van het onderwijs in de verpleegkunde (zie hoofdstuk 4) was een kleine, zij het relatief late stap vooruit. Maar tot de jaren vijftig bleef veel willekeur heersen aangaande de salariëring en andere arbeidsvoorwaarden.

Voorts bleef de combinatie van verplegen én studeren geen geringe opgave. De lessen en de studie vielen in de vrije tijd. In de economisch moeilijke jaren dertig werd de werkdag weliswaar teruggebracht tot 9 uur per dag, maar meestal kon daarmee niet worden volstaan; voltooiing van de dagtaak leidde vaak tot overschrijding van de limiet. De andere vormen van beroepsonderwijs, geregeld in de nijverheidsonderwijswet van 1919, bestonden eveneens bij de gratie van de economie, dus van het nut; een stagnerende economie beknotte de vrijheid tot modernisering en uitbreiding van de beroepsscholen. Tot op zekere hoogte gold dat ook voor de zorgsector. Reeds spoedig na de inwerkingtreding van de wet van 1921 viel de economie terug, en na de beursval van 1929 trad een periode van diepe malaise in. De werkloosheid nam ernstige vormen aan, zowel voor volwassenen als voor jongeren. De overheidssalarissen verminderden met 7 tot 10%, en ook de ziekenhuisbesturen aarzelden niet op de toch al zeer lage salariëring van de verplegenden te beknibbelen.

Een voorbeeld in een der ziekenhuizen: het salaris van de eerstejaars leerlingen of aspiranten bedroeg boven kost, inwoning en bewassing f 60,- in 1894, f 115,- in 1907, f 400,- in 1927, f 250,- in 1937.

Het kwam voor de ziekenhuisbesturen in die crisisjaren goed uit, het verpleegstersberoep als een erebetrekking te blijven beschouwen. Het oude adagium herleefde: benadrukt werd dat verpleging 'liefdewerk' en een 'roeping' moest zijn; het oude beginsel van de diaconessen 'uw loon is dat gij dienen mag' paste goed in het raam van de bezuinigingsoperaties in de gezondheidszorg en het desbetreffende beroepsonderwijs.

Daarbij bleven aan de verplegenden fysiek hoge eisen gesteld, mede doordat improvisatie nodig was om de lessen te kunnen bijwonen. De dag- en nachtdienst (een drieploegenstelsel) compliceerde dit vraagstuk (vgl. p. 127). De cursus viel in de diensttijd van de docenten (overwegend artsen), dus overdag, een opvallend aspect van het onderhavige opleidingstype. Had de cursist(e)

overdag dienst dan moest vrij gevraagd worden; de lessen diende men dan te 'lenen' van een collega die in de avonduren dienst had. Die geleende tijd moest 'terugbetaald' worden, zodat het voorkwam dat de diensttijd van de studerende uitliep tot elf uur per dag. Had een cursist(e) nachtdienst, dan sliep zij/hij overdag. In dat geval was het nodig de betrokkene te wekken. Bij de minder sterken was die onderbreking van de nachtrust fnuikend voor hun gezondheid en uithoudingsvermogen. Bovendien was het in sommige ziekenhuizen nog steeds regel dat de verplegenden bij toerbeurt ook het 'ruwe' werk deden. Uiteraard was die gang van zaken alleen mogelijk doordat het verplegend personeel inwonend was. Een en ander illustreert de sociale positie en de werkdruk van de toenmalige leerling-verpleegkundigen en de gediplomeerden. Eerst na 1945 kwam de salariering op hoger peil, en werden ook de andere arbeidsvoorwaarden verbeterd.

Voorts kwam een discussie op gang over vernieuwing van de structuur en de inhoud van de opleiding. De regelmatig geuite en vaak met elkaar strijdige klachten, wensen en rapporten waren ten slotte voor de overheid in 1933 aanleiding een Raad voor de Ziekenverpleging te benoemen. Deze Raad bracht rapporten uit over de A- en B- opleiding, en over de aantekeningen daarop. Daarover verschenen diverse artikelen in tijdschriften. Blijkbaar bestond er een spanning tussen de behoefte aan opleiding en de behoefte aan dienstverlening. Dit betekende tevens: een spanning tussen de verbinding van praktijk en studeren enerzijds en het 'als werkkraacht fungeren' anderzijds. Ook was nu de aard van de opleiding in het geding; gepleit werd voor 'persoonsvorming' van de leerling. In dat verband paste een hernieuwd pleidooi voor volwaardig dagonderwijs. Dit idee vinden we reeds verwoord in het rapport van de Inenschakelingscommissie (1910), maar in de hierop aansluitende wet (1919) is het verpleegkundig onderwijs noch in het regulier nijverheidsonderwijs, noch in het wettelijk leerlingstelsel terechtgekomen (zie p. 138). Vooralsnog bleven de meeste ziekenhuisdirecties het roepingskarakter van het verpleegkundig beroep huldigen. Verplegen uit roeping suggereerde werken om niet, op basis van de traditionele moederrol en van werken op bevel; het hield nog niet in: werken op basis van een zakelijke, redelijke overeenkomst betreffende materiële en immateriële arbeidsvoorwaarden, door beide partijen nauwkeurig omschreven en als bevredigend aanvaard. Ook kwamen de meeste artsen er niet toe, de verplegenden te zien als volwaardige medewerkers in het vak van de genees- en heelkunst. Bij de mannen bestond de neiging, de vrouwen in hun nieuwe rol te blijven zien als het symbool van huiselijkheid en moederlijkheid; de verplegenden wilden die rol echter juist ontvluchten, althans uitstellen.

De door de verpleegsters in en na de eerste reorganisaties in het ziekenhuiswezen te nemen hindernissen hebben ons al iets verteld over hun gecomplieeerde taak, gezien door hun eigen bril en door die van de artsen. Een kritische instelling van de verpleegster was eertijds riskant. Tutoyeren was uitgesloten. De verhouding arts-verpleegkundige was een dilemma.

3.9.2 Dilemma: verhouding verpleegkundige-arts

Actueel bleef voorlopig het zoeken naar antwoord op drieërlei vraag: (1) dient verplegen en verzorgen van zieken te gebeuren uit roeping en is het per definitie liefdewerk, of is het een volwaardige beroepsuitoefening waaraan een gedegen opleiding, althans een preklinische periode vooraf dient te gaan? (2) indien dit laatste niet gebeurt, hoe precies is dat beroepsmatig verplegen dan te omschrijven? (3) hoe moet de verhouding van de moderne verpleegkundige tot de moderne arts zijn?

Decennia lang bleef dat onderwerp zeer controversieel. Dr. S.K. Hulshoff benadrukt in zijn *Ziekenverpleging* (1892), dat 'streng tucht in elk hospitaal onontbeerlijk is', tucht in de betekenis van 'eerbied voor de boven de verpleegsters gestelde macht' (p. 11). 'De verhouding van de verpleegster tot den geneesheer' formuleert hij aldus: 'de verpleegster is de helpster van den arts. Zij helpt als plaatsvervangster van den geneesheer om zijn werk tot stand te brengen. Zij gehoorzame hem in al wat hij haar opdraagt. Niemand, allerm minst zijzelve, zal haar ter verantwoording roepen voor de gekozen behandeling. Zijne voorschriften voert zij uit, volledig en nauwkeurig, zelfs al strijden deze met wat zij vroeger geleerd heeft. Haar eersten plicht noemde ik zwijgen, – haar tweede is te gehoorzamen'. Hierbij wijst dr. Hulshoff op 'de langdurige wetenschappelijke voorbereiding van den arts, en op zijn kennis en ervaring', tegenover de korte, beperkte voorbereiding van de verpleegster (p. 13-15).

Wijzen deze uitspraken over de positie van de verplegenden enerzijds op de tendens, hun aandeel in de gezondheidszorg in de schaduw te plaatsen van de geneesheer en zijn dominerende positie ('de verpleegster kan geen wetenschappelijk doel najagen', p. 89), anderzijds kon dr. Hulshoff niet heen om de werkelijkheid, dat arts en verplegenden beroepsverbonden zijn. Die verbondenheid houdt hem wel bezig: hij analyseert verplegen en de medische taak van de verpleegster. Die dubbele taak is pluriform: helpen, deskundig observeren en functioneren als vervangster van de arts bij diens afwezigheid. Hij – de arts – kan slechts kort contact met zijn patiënten hebben, zodat zijn verpleegsters de noodzakelijke rest van dat contact hebben te verzorgen; die rest is: door de waarnemingen 'het geheele beloop der ziekte' leren kennen (p. 87, 88).

De arts A.N. Nolst Trenité worstelde ook met dat probleem. Aan de ziekenverpleegster stelde hij de eis dat haar hoofdeigenschap 'liefderijkheid' moest zijn, niet 'geleerdheid' (*Handboek* 1894). Geleerdheid mocht echter niet gehéél ontbreken; de leerboeken dienden een wetenschappelijke grondslag te hebben. Een verpleegster was de hulp van de dokter en moest het vertrouwen van de patiënt in de dokter aankweken en onderhouden. Echter diende zij daarbij geen 'verpleegmachine' te zijn, maar een zekere zelfstandigheid te verenigen met oordeelsvermogen en stipte gehoorzaamheid aan de dokter. Verplegen moest een van de middelen zijn om de patiënt te genezen of zijn lijden te verzachten.

Deze erkenning, dat verpleegkunst deel uitmaakt van de geneeskunst, impliceert althans gelijkwaardigheid van de arts en de verpleegkundige; die gelijk-

'Moeilijk en veelomvattend'

Dr. Hulshoff, tevens docent, voelt het dilemma aan. De verpleegster moest lange werkdagen maken, ervaring opdoen, veel begrijpen van ziekten en ziekteprocessen, huishoudelijke en verpleegkundige arbeid combineren; én zij moest op zich nemen het deel van de medische taak dat de arts niet kon vervullen, terwijl het theoretische deel van de opleiding marginaal was en bleef. Na zijn analyse verzucht hij dan ook: 'moeilijk en veel omvattend is de arbeid van de verpleegster; ja hij vereischt zoo vele eigenschappen van hoofd en hart, dat velen – m.i. terecht – nog twijfelen of men alles wat men tegenwoordig van een ziekenverpleegster eischt, wel in ééne persoon vereenigd zal kunnen vinden' (p. 6).

Wie een boek wil inzien dat zowel gaat over geneeskunde als over de menselijke en beroepsmatige verhoudingen in de ziekenhuiswereld neme M.J.G.W. van Daal en A. de Knecht-van Eekelen, *Joannes Juda Groen* (Rotterdam 1994) ter hand. Het gaat over 'een arts op zoek naar het ware welzijn' (ondertitel). Dr. Groen deed in zijn kliniek in het Wilhelminagasthuis te Amsterdam onderzoek op velerlei terrein. Hij was omringd door bekwame en enthousiaste mensen. Voor het goed functioneren van de kliniek zag hij het belang in van goede interne verhoudingen: de relatie arts-patiënt, werd in die tijd graag in autoritaire zin beantwoord. Groen, geroemd om zijn methodische en didactische kwaliteiten, had daarover een progressieve mening. Voor de behandeling van een ziekte waren voor hem de betrokken patiënt, de verpleging en de arts even belangrijk. In 1952 voerde hij op zijn afdeling de plenaire stafbesprekingen in, een noviteit in die dagen toen stafopleidingen nog moesten beginnen. Bij die vergaderingen waren alle gekwalificeerden betrokken: artsen, assistenten, verplegenden, analisten en andere paramedici. Aan de zaalvisite hechtte hij grote waarde, in de overtuiging dat de klachten en ziekteverschijnselen van de patiënt vooral aan het ziekbed in hun volle actualiteit uit de eerste hand konden worden waargenomen. De medewerkers vormden een soort van familie; een hecht team dat werkte op basis van vertrouwen, het grootste goed in een samenleving, en vooral in die waarin mensen mensen nodig hebben (p. 95-103 en passim).

waardigheid was evenwel nog ver te zoeken. De antropobioloog A. de Froe merkte op dat vrijwel alle mensen op een laag niveau wel gelijk zijn (ieder gezond mens kan lezen, lopen en zingen), maar de ongelijkheid komt aan het licht naarmate hogere kwaliteitseisen worden gesteld (1977, p. 70).

De taakomschrijving van de verplegenden en de verhouding arts-verplegende, in het bovenstaande reeds aangestipt, kwamen meer in het geding naarmate de verpleegkunst door opleiding op hoger peil kwam, een hogere status kreeg, haar onmisbaarheid evident was en meer medische taken ging omvatten. Vooral het laatste bracht *de facto* meer evenwicht in de beroepsverhouding, zodat de medische component tot juridische en economische gelijkwaardigheid van arts en verpleegster had kunnen leiden. De werkgever, vooral kijkend naar de kostprijs, kwam echter laat en moeizaam over die brug. Gelijkwaardigheid van mannelijke en vrouwelijke artsen riep trouwens al tegenstand op; zo was de aanstelling van vrouwen in het medisch team van het Wilhelmina Gasthuis te Amsterdam in het begin van de twintigste eeuw een groot probleem (Querido 1966, p. 224-227).

Het problematische van de overgang naar vernieuwing blijkt uit de tot heden gedane pogingen, de zich moderniserende verpleegkunst in een definitie te vangen. Het hier beschreven dilemma bleef tot heden een actueel onderwerp; het wordt thans, ondanks de nog te vermelden voortdurende vernieuwing van het verplegingsonderwijs, in het veld niet ervaren als een gedateerd verschijnsel (vgl. TVZ 1994, p. 282-283).

3.9.3 Verpleegkunde in geneeskundig perspectief

Illustratief voor de verhouding arts-verplegende zijn ook de verschenen leerboeken voor leerling-verplegenden. De leerstof was aanvankelijk schaars of ongeschikt. Vandaar dat de docenten hun lessen al onderwijzend hadden op te bouwen; de leerlingen maakten daarbij aantekeningen.

Eerst verschenen twee leerboeken die ontleend waren aan het Duitse taalgebied. Het *Handboek voor Pleegzusters en Ziekenoppassers* van G.H. Meijer kwam uit in 1848, dus in de tijd van de opzienbarende gebeurtenissen naar aanleiding van Semmelweis' pleidooi voor hygiënische behandeling van kraamvrouwen (1847). Het boek biedt een overzicht van het werk van de toenmalige verplegenden. Het boek van S.P. Gualtherie van Wezel is getiteld *Het verplegen onzer zieken in huis* (1877). Het geeft een beeld van de thuisverpleging en de veranderingen die zich voltrokken na de invoering van de narcose (1846), de antisepsis en de asepsis (1865), veranderingen die, met de latere ontdekking van de bacteriën (1876) de therapeutische vernieuwing in de ziekenhuizen en de opkomst van de moderne verpleging inluiden.

In 1891 verscheen een studieboek over de psychiatrie, *Handboek der Krankzinnigenverpleging* door dr. J. van Deventer (geneesheer-directeur van het Amsterdamse Buitengasthuis, later van 'Meerenberg', promotor van de B-opleiding). In 1898 volgde *Handleiding bij het verplegen van krankzinnigen en zenuwlijders* door

Het Handboek der Ziekenverpleging (1894)

Het *Handboek der Ziekenverpleging* van Nolst Trenité is in dit kader vooral interessant door twee factoren.

Ten eerste het tijdsillustreerend karakter van het boek. Dit verscheen in de overgangsfase tussen verplegen uit roeping en verplegen als beroepsuitoefening. De opkomst van deze moderne verpleging had plaats in een door mannen gedomineerde maatschappij en een door mannen gedomineerde ziekenzorg. De verpleging-nieuwe stijl had alleen maar een vruchtbare voedingsbodem nodig om zo op te kunnen wassen dat eraan een wetenschappelijke grondslag werd gegund. De moderne zorgkunst en verpleegkunst hadden geen autonome groeikracht. Ze waren resultante van sociale, economische, ethische, medische en politieke krachten. De medische vorderingen hadden zonder deskundige verpleging geen schijn van kans op succes. Algemene en beroepsopleidingen voor meisjes en vrouwen rezen spontaan uit de sociale en economische bodem terwijl nog geen wet of regel deze materieel en immaterieel ondersteunde. In dat kader paste verplegingsonderwijs, of iemand dat vond passen in zijn denkwereld of niet. Er was, kortom, geen houden aan. In 1894, het jaar waarin het onderhavige *Handboek* verscheen, waren de kwaliteit en de kwantiteit van de verpleging als beroepsuitoefening weliswaar nog volop in discussie en bijna overal ook 'weersproken', maar niemand kon de loop der geschiedenis stuiten.

De tweede factor is, dat geen ziekenhuis, geen dokter, geen zieke meer buiten deskundige zorg kon die onlosmakelijk verbonden was aan de medische arbeid. Dat aspect zien we weerspiegeld onder meer in het genoemde, twee jaar eerder verschenen werk van Hulshoff en ook in dat van Trenité. Vandaar hun aandacht niet alleen voor de verpleegkundige arbeid, maar ook voor de positie van de verplegenden ten opzichte van die der medici. De schrijver gaat in op de vrees bij sommigen voor een te groot aandeel van de verpleegkundige in de medische behandeling. We zullen nog zien dat die factor, de beroepsverhouding arts-verplegende/zorgende bij de medische praktijk, alsmede de positie van de verplegenden in het zich vormend behandelend medisch team, nog omstreeks 1950 een problematische was (vgl. Querido 1966, p. 267 en Van Daal/de Knecht-van Eekelen 1994, p. 100). De autoriteit van de arts was toen nog vanzelfsprekend. Vandaar dat de verpleegkunst in perspectief kwam te staan van de geneeskunst, en dat de verplegende geacht werd als 'verlengde arm' te fungeren. Beide aspecten raken de verpleegkunst als professionele beroepsuitoefening met een eigen identiteit.

dr. D. Schermers (in 1892 in Bloemendaal begonnen als geneesheer, huismeester, docent en geestelijk verzorger; de vierde druk kwam uit in 1921, de schrijver was intussen geneesheer-directeur van het Christelijk Sanatorium voor Zenuwzieken te Zeist geworden).

Onder de schrijvers van de eerste leerboeken voor de verpleging was – zoals we al zagen – ook dr. Hulshoff, geneesheer-directeur van het Kinderziekenhuis te Utrecht en docent van de opleiding verpleegsters onder auspiciën van de ‘Nederlandsche Bond voor Ziekenverpleging’ (1893). Zijn *Ziekenverpleging* (lessen gegeven aan de leerling-verpleegsters der vereniging ‘ziekenverpleging’ te Utrecht 1892, herdrukt in 1895) bevat een gedetailleerde beschrijving van de taak der verpleegsters, hun ‘werkplaats’, hun werkkring, hun hulp aan het ziekebed en het sterfbed, ziekteverschijnselen, geneesmiddelen, de verpleging van reconvalescenten en de verhouding van de verpleegster tot de patiënt. De betekenis van de theoretische lessen voor de verpleegpraktijk krijgt grote nadruk. De positie van de verpleegster in de organisatie van het ziekenhuis (‘streng tucht is in elk hospitaal onontbeerlijk’), haar verhouding tot ‘hare meerderen in het hospitaal’, de omgeving en de ‘plichten tegenover zich zelve’ zijn nauwgezet omschreven. Ook hier valt op de scherpe formulering van de relatie arts-verpleegster (zie p. 112). In *De verpleging van pasgeborenen* (1897) motiveert dr. Hulshoff zijn streven, voor kinderverpleging speciaal opgeleide verpleegsters aan te stellen. Dit omdat ‘de verpleegster van kinderen nog over meerdere en een geheel andere kennis en ook over andere eigenschappen zal moeten kunnen beschikken dan eene ‘algemeene ziekenverpleegster’. Zijn leerboek bespreekt uitvoerig het ‘regelmatig beloop van het eerste levenstijdperk’ en ‘ziekelijke afwijkingen bij pasgeborenen’.

Niet minder belangrijk is het reeds terloops genoemde *Handboek der Ziekenverpleging* van dr. Nolst Trenité, hulpgeneesheer aan het Gemeente Ziekenhuis te 's-Gravenhage. Het werk, oorspronkelijk bedoeld voor de opleiding van ‘Roode Kruiszusters’, behandelt drie hoofdafdelingen: anatomie en fysiologie, ziekteleer en de verpleging. Het voorwoord was van Jacob van Deventer, geneesheer-directeur van ‘Meerenberg’, geneeskundig gesticht voor Krankzinnigen. Opmerkelijk is de door de schrijver geuite kritiek op het aanstonds te noemen boek van dr. Stumpff, gehinderd als hij was door ‘de voortdurende toon van ontzettende hoogheid, van neerbuigende genade van den Dokter, die wel zoo goed wil zijn om van zijn ontzettende kennis wat af te staan aan zijn leerlingen’ (citaat bij Van Lieburg, *Nolst Trenité* (1983)). De heren moeten elkaar goed gekend hebben.

De practicus in de schrijver verklaart zich niet tegen ‘onnatuurlijke’ verplegingsarbeid als koken en andere huishoudelijke bezigheden, waaronder ‘meidenwerk’; ‘eene grondige bekwaming in de huishoudelijke kundigheden’ moest aan de cursus van de dokter voorafgaan. Evenmin is hij tegen verpleegstershulp op de operatiekamer; de verpleegster is nu eenmaal ‘de hulp van den dokter’. Opmerkelijk is voorts dat de hoofdeigenschap van de verplegende ‘liefderijkheid’ moet zijn, niet ‘geleerdheid’. Geleerdheid mocht echter niet geheel ontbreken; de

boeken dienden een wetenschappelijke grondslag te hebben; als intelligente doktershulp moesten de verpleegsters de medische termen kennen.

Het boek van dr. J.E. Stumpff (oud-geneesheer/directeur van het Binnengasthuis te Amsterdam), getiteld *Voorlezingen over ziekenverpleging* (1906) bestrijkt het gehele gebied van de geneeskunde; het geeft uitvoerig weer wat reeds aan onderwijs was gegeven. Tekenend voor de aanleiding tot dit uitvoerige, met tal van afbeeldingen voorziene boek is het voorwoord:

Tot de uitgave van mijne lessen in ziekenverpleging ben ik overgegaan, om eindelijk aan een herhaald verlangen van mijne leerlingen te voldoen; zij voelden de behoefte, het gehoorde op den cursus nauwkeuriger te kunnen nagaan dan uit hare aantekeningen mogelijk was.

Elk poseren als liefdezuster is ongewenst, aldus de geneesheer/docent. Het optreden van de verpleegster moet op één lijn staan met dat van de geneesheer die naast zijn kennis ook de volheid van zijn gevoelsleven behoeft om velerlei lijden te verzachten.

Het eerste leerboek voor de leerling-verpleegsters speciaal aangaande de chirurgische verpleging (dr. H.A. Laan, chirurg, 1907) gaat in op de vraag, of en in hoeverre de chirurgische verpleegster een andere taak heeft dan de gewone verpleegster. Het werk van de laatstgenoemde is omschreven als: verdrijving van verveling (sic), verzachting van leed, waarneming van de patiënt, uitvoering van de voorschriften en hulpverlening aan de behandelend arts. Aan een operatiezuster worden hogere eisen gesteld: ze moet niet alleen een goede verpleegster zijn, maar ook assistente van de chirurg. Deze moet op zijn verpleegster volledig kunnen vertrouwen betreffende de aard van de operaties, het gebruik van de instrumenten en grondige kennis omtrent asepsis. Daarbij kunnen in een chirurgische afdeling alle mogelijke ziekten worden aangetroffen. De opleiding van de chirurgische verpleegster moet dan ook berekend zijn op verwerving van een 'algemeen denkbeeld der verschillende ziekten, alsmede op de oorzaken der infecties en de bestrijding ervan. De behandeling van geopereerden en genarcotiseerden zal hare dagelijksche bezigheid zijn. Vooral de kennis der voeding bij geopereerden moet haar zeer vast in het hoofd zitten', aldus de auteur.

Van een enigszins andere aard is het studieboek van zr. H.A. Melk, *De Praktijk van de Ziekenverpleging* ('s-Gravenhage 1931). Ook in dit werk komt een groot aantal onderwerpen betreffende de algemene ziekenverpleging – inclusief de operatiekamer – aan de orde. Het ademt typisch de kennis en ervaring van de toegewijde verpleegster die geen detail van het praktische deel van haar arbeid over het hoofd ziet. Zo ontbreken de onderwerpen 'herstellenden', 'nachtdienst' en 'hulp aan stervenden' niet. De auteur heeft zich laten leiden door een opeenvolging van haar lessen in die zin, dat praktijk en theorie zijn geïntegreerd. Deze lessen hebben betrekking op de vooropleiding en de daarop volgende drie leerjaren. In zijn voorrede verklaart dr. E.A. Koch dat de 'vooruitgang

Vernèdes Geschiedenis van de verpleging (1927)

Decennia lang schreven artsen leerboeken die wel over geneeskunde en verpleegkunde gingen, maar niet over de geschiedenis ervan. In dat licht gezien was het werk van C.H. Vernède, *Geschiedenis der Verpleging* (Haarlem 1927) van bijzondere betekenis. Hier greep een deskundige de pen, een ingewijde nog wel, en met grote liefde voor het eigen vak: een oud-hoofdverpleegster-docente aan het Gemeentelijk Ziekenhuis te Rotterdam. Het rijk geïllustreerde werk verscheen op verzoek van haar leerlingen, en uit warme belangstelling voor haar beroep. Oorspronkelijk was zij begonnen aan een vertaling van *A History of Nursing* van haar vakgenoten Miss Dock en Miss Nutting. Bij nadere beschouwing kwam het haar praktischer voor een uittreksel te maken. Hiertoe vertaalde zij sommige hoofdstukken meer of minder vrij, terwijl mede fragmenten werden gebruikt uit andere bronnen. Haar doel was: verzameling van materiaal, om te komen tot een overzicht van de geschiedenis van het verpleegkundig beroep, en tot een beschrijving van de verpleegstersarbeid. Ook leefde bij haar de hoop, de verpleegsters ertoe te brengen zich in die onderwerpen te verdiepen. Dit in de verwachting, dat sommigen aangemoedigd zouden worden tot grondiger studie om hun 'mooie werk er nog liever door te krijgen'.

De schrijfster begint bij de ziekenzorg van de primitieve mens, geeft een beeld van die zorg in oude culturen, en komt via het christelijke en het nchristelijke tijdperk, alsmede de eeuwen hierna tot de uitreiking van de eerste diploma's en de oprichting van de eerste vakverenigingen.

In een slotbeschouwing typeert zij de in gang gezette strijd voor betere arbeidsvoorwaarden, verpleegkunst mede plaatsend in ethisch perspectief. Onze tijd vraagt naar 'rechten', zo besluit zr. Vernède haar omvangrijke boek. Goed. Maar 'er zal een tijd komen waarin ingezien zal worden dat dit niet het hoogste doel is en de erkenning van die rechten niet volstaat om een leven gelukkig te maken. Want (...) wij moeten ons weer diep bewust worden dat al onze verlangens slechts wortelen mogen in een hoog begrip van en verlangen naar 'dienst'. (...) Eerst dan zal ons bij uitstek vrouwelijk en door haar geschiedenis gesanctioneerd beroep, weer de besten der beste dienaren vinden en de plaats in de samenleving innemen waarop zij het volste recht heeft' (p. 378).

der medische wetenschap' de verpleging reeds tot een zelfstandig vak had ontwikkeld.

3.9.4 *Geneeskunde in verpleegkundig perspectief*

In de beschreven studieboeken staat de geneeskunde centraal, zodat de verpleegkunde is gezien in geneeskundig perspectief. Naarmate de professionalisering van de verpleegkunst vorderde kon het niet uitblijven dat eens het omgekeerde thema zich zou aandienen: het zien van de geneeskunde in verpleegkundig perspectief. Toch duurde het een eeuw na het begin van de verplegingsopleiding voor het zover was. In *Geneeskunde in verpleegkundig perspectief* van H.F.M. Masselink (Utrecht 1990) is het geneeskunde-onderwijs op de korrel genomen. Het speelt nog onvoldoende in op de veranderende verhoudingen, waardoor het blijft steken in de kennis van ziektebeelden, aldus de auteur. In de praktijk wordt de samenwerkingsrelatie daardoor gekleurd. Verwachtingen van artsen aangaande ondersteuning blijven onbesproken, terwijl de gevolgen die onderzoek en therapie hebben voor de zelfzorg, het verpleegkundig deskundigheidsgebied, onbehandeld blijven. Het boek analyseert de werkwijze van artsen; het biedt vanuit de methodiek van het medisch handelen een beeld van beroepsgenoten die samenwerken, gebaseerd op aanvaarding van elkaars gelijkwaardigheid en deskundigheden.

3.10 Opleiding door Kruisverenigingen en verwante instellingen

3.10.1 *Het Rode Kruis*

De in het voorgaande beschreven opleiding voor de verpleging van zieken (zie p. 92, 109) werd uitgebreid met die onder auspiciën van Kruisverenigingen. Deze verleenden gezondheidszorg buiten het ziekenhuis.

Het Rode Kruis nam in de sector van die verenigingen een aparte plaats in. Het marmeren kruis nabij Balaclava (Memorial Cross, zie Cook, 1913, I 294) kreeg grote publiciteit. Het bleef gewijd aan de nagedachtenis van de gevallen en de leden van haar staf. Dat kruis werd het symbool van een wereldwijde beweging ten gunste van hulp aan en verzorging van gewonden in tijden van oorlog, later ook in die van andere rampspoed. Initiatiefnemer was Henri Dunant (1828-1910) die in 1859 de slag bij Solferino bijwoonde. Onder de indruk van het lijden der gewonden en het gebrekkige van de hun geboden hulp, schreef hij daarover artikelen. Daarin en in zijn beroemd geworden boek *Un Souvenir de Solferino* (1862) deed hij een beroep op de gehele mensheid; vele Europese staatshoofden ontvingen van dat werk een exemplaar. Nadat Dunant een aantal staatshoofden had bezocht werd een internationale conferentie te Genève gehouden. Deze leidde in 1864 tot oprichting van het 'Internationale Rode Kruis'.

Deze beweging maakte deel uit van het 'neorealisme', opgekomen na en in reactie op de 'romantiek' van de eerste helft der eeuw. Het was een omwenteling

die het ontwaken, de mondigwording van de massa inluidde. De sociaal laagste klasse, alsmede de gebeurtenissen uit het dagelijks leven – waaronder oorlogen, onwetendheid, standsverschillen en rechtsongelijkheid – kwamen meer in de belangstelling te staan.

Het 'Nederlandsche Roode Kruis' werd ingesteld bij K.B. van 19 juli 1867 (*Stbl.* 210). Het doel was: hulpverlening aan zieke en gewonde militairen in oorlogstijd. Inschakeling van vrijwilligers en gebruikmaking van vrijwillige bijdragen van het Nederlandse volk maakten dat mogelijk. In 1909 kwam daarbij: hulpverlening bij rampen in binnen- en buitenland.

Voor het geneeskundig en verpleegkundig werk moesten mannen en vrouwen worden opgeleid. Naast de genoemde verenigingen zorgde daarvoor ook het Rode Kruis. De doelstelling was en bleef: voorkoming of verzachting van menselijk leed, zo nodig in samenwerking met daarvoor in aanmerking komende instellingen en verenigingen. De geneeskundige zorg van het Rode Kruis betrof hoofdzakelijk de heelkunde; veel chirurgen waren dan ook lid van die vereniging. Het bestuur onderkende het nut van een verpleegkundige opleiding; zijn activiteiten konden echter niet meer zijn dan een oefening voor gebeurtenissen in oorlogstijd. Vandaar dat andere verenigingen aangaande de opleiding het voortouw namen. Het hoofdcomité liet het opleiden van verplegers en verpleegsters over aan de plaatselijke afdelingen. Tevens kreeg het gedaan dat officieren van gezondheid in de militaire hospitalen van Bergen op Zoom en 's-Gravenhage praktische oefeningen gaven aan leerling-verplegers.

Het was echter moeilijk daarvoor voldoende vrijwilligers aan te trekken. Ook diverse pogingen van plaatselijke comités, leerlingen te plaatsen in burgerlijke ziekenhuizen, faalden; er was nog geen breed maatschappelijk draagvlak voor de gedachte, dat ook de praktijk van een verpleegster op een wetenschappelijk fundament moest rusten.

De Frans-Duitse oorlog (19 juli 1870 - 28 januari 1871) was voor de vereniging aanleiding, ambulances uit te zenden met verplegend personeel. Dat bestond gedeeltelijk uit cursisten van de afdelingen. Na die oorlog slaagde een aantal comités erin, een praktische opleiding tot ziekenverpleegster op te richten.

De eerste volledige opleidingen (theorie en praktijk) van het Rode Kruis ontstonden in grote ziekenhuizen. In Nederland gebeurde dat vanaf 1888 in het ziekenhuis aan de Coolsingel, na twintig jaar onderhandelen daarover. De theorielessen werden verzorgd door de medische staf van het ziekenhuis. Deze opleiding kwam ook het ziekenhuis ten goede, want in 1891 viel het besluit, de lopende opleiding van het Rode Kruis eveneens open te stellen voor leerling-verpleegsters van het Coolsingelziekenhuis. Een aan de directeur ondergeschikte inwonend directrice werd als hoofd van de verpleegsters aangesteld; zij zou mede in dienst zijn van het Rode Kruis. Een jaar later begon de ziekenhuisdirectie zelf met een verpleegkundige opleiding. Het verloop onder de verpleegsters was door diverse oorzaken groot. Van de negentien sinds 1888 gediplomeerden waren er na zeven jaar nog vier over. In maart 1897 besloot het hoofdcomité de opleiding te beëindigen.

Vanzelfsprekend was de uitbreiding van deze opleiding tot andere ziekenhuizen niet. Deze instellingen verkeerden alle nog in het prille stadium van zoeken naar wegen waarlangs de gezondheidszorg-oude stijl kon worden geleid naar volwaardige behandeling en verpleging. Men zag in dat dit – wat het laatste betreft – alleen bereikbaar was door leerlingen zowel praktisch als theoretisch op te leiden. Het Haagse Gemeenteziekenhuis volgde in 1886 in het Rotterdamse spoor. Het ontving van het aldaar vanaf 1868 bestaande Vrouwencomité het verzoek, enkele leerling-verpleegsters van het Rode Kruis toe te laten tot de zojuist begonnen opleiding. Dat ging schoorvoetend: eerst werd één leerling-verpleegster van het Rode kruis toegelaten, een tweede een jaar later.

De Vereniging Het Rode Kruis heeft zich – met wisselend succes – grote inspanning getroost om personeel te laten onderwijzen in burgerlijke en militaire ziekenhuizen. Nadat de Rodekruisleerlingen hun grote verpleegkundige waarde hadden bewezen begonnen verscheidene ziekenhuizen leerlingen voor de eigen dienst op te leiden. Vanaf 1910 deden gediplomeerde verpleegsters hun intrede in het militair hospitaal te Utrecht en dat te Amsterdam. Het uitbreken van de Eerste Wereldoorlog was er de oorzaak van dat de verpleegster een belangrijke plaats in de militaire geneeskundige dienst ging innemen.

We zagen reeds dat thuisverpleging en thuiszorg toenamen in betekenis naarmate meer mensen daarop een beroep gingen of moesten doen (zie 2.7.5). De ziekenhuiszorg verschoof naar andere behandelvormen; deze bekorten de opnametijd zoveel mogelijk, laten patiënten thuis revalideren, gaan meer tot poliklinische behandeling en dagbehandeling over. De vergrijzing van de bevolking werkt thuiszorg eveneens in de hand; ouderen stellen de verhuizing naar een verpleeg- of verzorgingshuis zo lang mogelijk uit. De Landelijke Vereniging voor Thuiszorg (LVT) is vanaf 1990 de organisatie van de thuiszorg, het kruiswerk, de kraamzorg, de gezinsverzorging en de ent-administraties in Nederland. Als hoofddoel is gesteld: integratie van de lidinstellingen voor kruiswerk en gezinsverzorging.

3.10.2 Het Witte Kruis en andere kruisverenigingen

Een eveneens belangrijk initiatief was te danken aan de vereniging het Witte Kruis, in 1875 opgericht door dr. J. Penn, geneeskundig inspecteur van de Volksgezondheid in Noord-Holland. Het doel was: hulpverlening bij de bestrijding van besmettelijke ziekten. Aanleiding daartoe was de gebrekkige uitvoering van de wet op de besmettelijke ziekten (1872). Een provinciaal comité overkoepelde de plaatselijke afdelingen (elf in 1875 met 600 leden). Tot de taken behoorden eerst: isolering van besmettelijke zieken en functionering van de besmettingsdiensten. Daaraan werden later toegevoegd: ziekenverpleging aan huis (thuisverpleging, wijkverpleging), uitlening van verpleegartikelen en bevordering van hygiënische verbeteringen in de gemeenten (waaronder reiniging van straten, aanbrengen van riolering, vervanging van krotten door goede woningen. Was er in 1900 slechts 'één provinciale kruisvereniging (Het Witte Kruis, Noord-Holland), tien jaar later telde elke provincie er een.

Naast het Witte Kruis kwamen ook andere kruisverenigingen tot stand, waaronder het Groene Kruis (1909). In 1911 werd als landelijk orgaan de Algemene Nederlandsche Vereeniging 'Het Groene Kruis' opgericht. Verder zagen het licht het Wit-Gele Kruis (1916, het Groene Kruis als confessionele, r.k. organisatie) en het Oranje-Groene Kruis (1938, kruisvereniging op protestants-christelijke grondslag).

De plaatselijke verenigingen hebben zich in 1925 verenigd in provinciale verenigingen. Dat apartheidsaspect moet gezien worden tegen de confessionele achtergrond. De provinciale eenheden werden later overkoepeld door de Stichting Samenwerkende Landelijke Kruisverenigingen (SSLK). Als vanzelf kwamen – om versnippering en overlapping van activiteiten tegen te gaan – in lokaal verband samenwerkingsvormen of fusies tot stand. Het wijkgebouw werd het centrum van curatieve en preventieve zorg, met de wijkverpleegster als centrale deskundige.

Het initiatief van de kruisverenigingen is een groot succes geworden. Ze werden door de rijksoverheid erkend, aanvullend gesubsidieerd en ingeschakeld bij de openbare gezondheidszorg. Hoewel het ideaal van de oprichters 'door allen voor allen' door de genoemde versnippering niet verwerkelijkt is, heeft de differentiatie er waarschijnlijk toch toe bijgedragen dat de leden zich in hun kring intensief betrokken én medeverantwoordelijk voelden voor dit werk. De taken waren onderscheiden in: verplegen van zieken in de wijk; moederschapszorg; kinder-consultatiebureau; bestrijding van besmettelijke ziekten, waaronder tuberculose; revalidatie; behartiging van volksgezondheid; kraamzorg; bejaardenzorg; voorlichting inzake gezondheid en opvoeding. Die zorg kon van plaats tot plaats verschillen. Zo had het Limburgse Groene Kruis een breed spectrum van doeleinden: naast de genoemde activiteiten volks- en schoolbaden, ziekenhuisbouw, sanatoriumbouw, kinderhygiëne, kinderruizing en drinkwatervoorziening.

Doordat de wijkverpleging zich in de samenleving afspeelt wordt dit werk door de patiënt en zijn omgeving sterk beïnvloed. Een voorbeeld hiervan is de vraag naar meer voorlichting. De massa-media stellen zich daarop in. De recente heroriëntatie en herordering van het Kruiswerk per regio hebben geresulteerd in een uitgave van de Stichting Kruiswerk, getiteld *Gezond Thuis*. Daarin komt veel informatie voor, bijvoorbeeld over hulp en verzorging thuis, 'thuiswinkels', hulp voor kinderen met gebreken, gezond eten, bepaalde diëten, verschillende soorten van diabetes en 'welvaartsziekten'. Ook gegevens over vrijwilligerswerk en cursussen zijn in het blad te vinden. Daartoe behoort 'mantelzorg' (vanouds regel in min of meer gesloten gemeenschappen). Deze omvat zorgzaamheid van mensen uit de naaste omgeving, aangevuld met maatschappelijke hulp. Het woord is veelbetekend: het straalt sociale warmte uit, nodig voor allen die het leven niet meer alleen aankunnen; het heeft, evenals verzorgen en verplegen, een antropologische, dienende dimensie.

3.10.3 Thuiszorgverenigingen

De ziekenhuiszorg verschoof naar andere behandelvormen; deze bekorten de opnametijd zoveel mogelijk, laten patiënten thuis revalideren, gaan meer tot poliklinische behandeling en dagbehandeling over. De vergrijzing van de bevolking werkt thuiszorg eveneens in de hand; ouderen stellen de verhuizing naar een verpleeg- of verzorgingshuis zo lang mogelijk uit.

De Landelijke Vereniging voor Thuiszorg (LVT) is vanaf 1990 de organisatie van de thuiszorg, het kruiswerk, de kraamzorg, de gezinsverzorging en de ent-administraties in Nederland. Als hoofddoel is gesteld: integratie van de lidinstellingen voor kruiswerk en gezinsverzorging. In 1992 werd op 29 september voor de derde keer de Dag voor de Thuiszorg georganiseerd. In dat jaar bood de thuiszorg aan ruim 125.000 mensen een veelzijdige en boeiende werkring. Zij komen jaarlijks bij ongeveer 2 miljoen mensen aan huis zorg verlenen.

De arbeidsmarkt illustreert de behoefte. Een van de factoren is het natuurlijk verloop van het aantal verplegenden en verzorgenden. Een aantal mensen kiest voor relatief zelfstandig verrichte arbeid, eigen verantwoordelijkheid en/of afwisselend werk. Tot de functies behoren: gezinshelpende, gespecialiseerd gezinsverzorgende, kraamverzorgende, kraamverpleegkundige, wijkziekenverpleegkundige, diëtist en consultatiebureau-arts.

De opleiding voor deze thuiszorgsector is drieërlei. Ten eerste het reguliere dagonderwijs met stage (vervolgopleiding HBO-verpleegkunde/diëtik, MDGO-Vp, MDGO-Vz); ten tweede het inservice-onderwijs (werken en studeren in het leerlingstelsel); ten derde (vervolg)opleidingsvormen voor mensen die op een andere wijze werken en studie willen en kunnen combineren. De cursusduur bedraagt, afhankelijk van de vooropleiding en de gewenste richting, een tot vier jaar.

3.11 Opleiding in algemene ziekenhuizen (A-diploma)

De toeneming van het aantal nieuwe of zich moderniserende ziekenhuizen in de laatste decennia van de negentiende eeuw (zie hoofdstuk 2) betrof niet alleen de algemene ziekenhuizen, maar ook de krankzinnigeninrichtingen en de kinderklinieken. De nieuwe ziekenhuizen waren vooral bestemd voor de zieken die voorheen thuis behandeld en verpleegd werden. Het gasthuis was lange tijd een instelling voor de zieke en behoeftige armen geweest, het nieuwe ziekenhuis werd een instelling met een sociaal breed kader, in principe bestemd voor alle geledingen van de maatschappij.

We zagen reeds dat religieuze congregaties vanaf 1820 begonnen met verplegingswerk nadat daaraan een vormingsperiode was voorafgegaan. De Vereniging voor Ziekenverpleging (VVZ) te Amsterdam, opgericht in 1843, begon een jaar later met een opleiding van leerlingverpleegsters; enkele medici onder de bestuursleden fungeerden als docenten. Het doel was eerst thuisverpleging, later mede ziekenhuisverpleging (zie p. 92). Behalve het genoemde Vrouwencomité

van het Rode Kruis te 's-Gravenhage verschenen in andere steden organisaties met dezelfde voornemens.

Intussen had de Afdeling Amsterdam van Het Witte Kruis in 1878 kans gezien, de externe theoretische opleiding in de verpleging van zieken, die zij enige tijd eerder provisorisch begonnen was, uit te breiden met een interne praktijkcursus in het Binnengasthuis. Twee jaar later stagneerde die onderwijslijn: er ontstond verschil van mening met het Amsterdamse stadsbestuur over de wens van de initiatiefnemer, het 'ruwe werk' (huishoudelijke arbeid als schoonhouden en schrobben) te scheiden van de eigenlijke verpleging. Dit liep uit op het besluit, alleen een theoretische cursus te geven, afgesloten met een examen.

Nadat de Amsterdamse gemeenteraad in 1883 een reorganisatie van de stadsziekenhuizen had doorgevoerd en zowel het Binnengasthuis als het Buitengasthuis een nieuwe directie had gekregen, opende zich een nieuw perspectief. In het Binnengasthuis deed de Duitse diacones Ida von Bieberstein als adjunct-directrice haar intrede, in het Buitengasthuis Anna van Reynvaan. Na de opening van het nieuwe Wilhelminagasthuis introduceerden de directrice en de geneesheer-directeur (Jacob van Deventer) een leerlingstelsel, naar het model van de vroegere gildeopleidingen: combinatie van praktijk en theorie in bedrijfsverband. Een soortgelijke tweeledige interne opleiding begon in 1883 in het Amsterdamse Burgergasthuis (dat de gegoede burgers een 'eerste klas' behandeling en verpleging bood). Andere ziekenhuizen volgden in het spoor van die opleiding; men kon met goed fatsoen niet achterblijven bij de vernieuwing. Het Stads- en Academisch Ziekenhuis aan de Catharijnesingel te Utrecht telde in 1892 zijn eerste opgeleide verpleegsters onder het personeel.

De verpleegstersopleiding werd bekroond met een A-diploma en het daarbij behorende wittekruis-insigne.

In sommige ziekenhuizen konden de afgestudeerden kiezen tussen verplegen in een ziekenhuis, particuliere verpleging aan huis of andere bezigheden. In andere inrichtingen kregen de verpleegsters na voltooiing van hun studie ontslag. Hun directies stemden het beleid bij voorkeur af op het aantrekken van leerlingverpleegsters, om zo aan goedkope arbeidskrachten te komen. Dat beleid had naast een negatief ook een positief effect: de aanwas van gediplomeerde verpleegsters werd erdoor bevorderd.

Doordat nog geen wet de opleiding regelde en de verpleegsterstitel beschermde mocht iedereen zich verpleegster noemen. De welgestelde gezinnen die een zieke hadden te verzorgen gaven er veelal de voorkeur aan gekwalificeerden in dienst te nemen. Nosokomos verleende bemiddeling voor dat doel; later volgden ook de Nederlandse Bond voor Ziekenverpleging en andere belangenorganisaties in dat spoor.

Omstreeks 1900 was in meer ziekenhuizen met de leerlingopleiding een begin gemaakt. Aangaande de vooropleiding bestonden nog geen uniforme eisen. In de ziekenhuizen kwamen aanvankelijk bij voorkeur 'meisjes van goeden huize' voor de verpleging in aanmerking, maar ook andere toelatingseisen konden gelden.

Vroedvrouwen hadden al enige opleiding genoten, de bakkers werkten in de vrije maatschappij. Ze werden desgewenst toegelaten tot de theorielessen en de praktische oefeningen.

De eerste opleidingen duurden één tot drie jaar. De leerstof moest nog worden ontwikkeld. Voor de opleiding gold geen vastgestelde regeling. Vaak werden de lessen overdag gegeven door dokters; de leerlingen moesten hun ‘verzuimde’ tijd inhalen. Soms gaf een ervaren verpleegster verbandleer. De directrice was verantwoordelijk voor het praktisch onderricht. Zij gaf ook wel les in sommige vakken. De arbeidstijd was lang: 14 uur, in 1900 11 uur per dag; de combinatie van werken en studeren moet niet gemakkelijk zijn geweest. Een en ander paste in het raam van de toenmalige arbeidscondities. Het systeem kende ook zonnige kanten: het ‘nabije’ van het werk en de onderlinge verbondenheid van de verplegenden; verplegen als voldoening gevende arbeid; vgl. p. 118.

Niet iedereen vond het aldus ontstane leerlingstelsel bevredigend. Zo overwoog de Bond voor Ziekenverpleging in 1915, verpleegstersscholen met internaat te stichten; dit om de opleiding een onafhankelijk karakter te geven, op bredere grondslag te plaatsen en het aanzien van het verplegingsberoep te verhogen. Dat idee bleef echter rusten tot de tijd daarvoor rijp genoeg was. Het onderhavige leerlingstelsel bleef in stand; het kwam in 1921 niet terecht in de sinds 1863 geldende wet op het middelbaar onderwijs, maar in een aparte wet (zie daarover in Wet en opleiding, hoofdstuk 4).

3.12 Opleiding in psychiatrische ziekenhuizen (B-diploma)

De voorgeschiedenis hiervan dateert uit 1841, het jaar waarin de eerste Krankzinnigenwet in Nederland werd ingevoerd. De genoemde stichting van het Nederlands-Israëlich armbestuur te Amsterdam en ‘Meerenberg’ te Santpoort begonnen met die verpleging respectievelijk in 1845 en 1846. Onder invloed van de in 1884 herziene wet werden – op initiatief van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie en Neurologie – hogere eisen gesteld aan verplegenden. De toen begonnen opleiding werd met een ‘huisdiploma’ (later ook met het diploma-B) bekroond. De eerste B-diploma’s met het zwartekruis-insigne werden voor het eerst uitgereikt in 1893 door ‘Meerenberg’.

Deze instelling werd in 1846 gebouwd op het landgoed Meer en Berg te Santpoort (later Provinciaal Ziekenhuis genoemd). Een jaar eerder was te Amsterdam een ‘geneeskundig gesticht voor behoeftige krankzinnige Israëlieten’ gevestigd (Calisch 1851, p. 240), de enige inrichting van die soort sedert de geesteszieken uit het Buitengasthuis naar ‘Meerenberg’ waren overgeplaatst.

Psychiatrische inrichtingen bouwden voort op de overtuiging, dat de krankzinnige als een zieke menswaardig diende te worden verpleegd. Psychiatrie werd een medisch specialisme; dit hield in: onderzoek, diagnostiek en behandeling

Het oude Buiten-Gasthuis

Groot was de ommekeer in de psychiatrische sector zodra duidelijk werd dat krankzinnigen zieken waren. Hun behandeling en verpleging kregen een nieuwe inhoud, en in het psychiatrisch ziekenhuis ging een milder klimaat heersen. Er bleven ontevreden buitenstaanders die in de overgangstijd de verpleging in het Amsterdamse Buitengasthuis een ‘satanische behandeling’ noemden. Maar ooggetuige adjunct-directrice Anna Reynvaan wist wel beter. We laten zr. Reynvaan aan het woord:

De zalen zijn in rustige verblijfplaatsen herschapen. Alles wordt gedaan om het lijden van de zieken te verzachten. Dwang is afgeschaft. Aan godsdienstige behoeften van alle groeperingen wordt voldaan. Twaalf jaar eerder vond men het ondoenlijk, voor de kribben van de mannelijke patienten gordijnen te hangen. De lijdens lagen slordig in bed en gaven tonelen te zien die niet voor vrouwen geschikt waren. De overige patiënten liepen blootsvoets of op klompen in lompen gekleed door de zalen. Nu geen dwangbuizen meer, geen straffen, geen vrees. Aan helder gedekte tafels gebruiken de patienten hun middagmaal. (...) Na de maaltijd gaan allen die daartoe in staat zijn naar de tuin, iedere afdeling heeft haar eigen plekje grond. In de afdeling voor arbeidstherapie worden boeken gebonden, portefeuilles gemaakt, hout gesneden, platen geplakt, matrassen gemaakt, kleden gestopt, geschilderd, kussens gevuld, matten gevlochten. Verder wordt de dag doorgebracht met damspel en dominospel, ook wel met muziek en zang. Hoe is veel ten goede veranderd! Men denke aan de vreselijke tonelen van kort geleden, aan de dolhuizen die als kijkspel fungeerden, aan de in hokken opgeborgen zieken, aan op kermissen tentoongestelden. En nu dit beeld van zorg en toewijding!

A. Reynvaan, Een wandeling door het oude Buiten-Gasthuis. In: *Maandblad voor de Ziekenverpleging* (1891) nr. 12

van zieken met psychische problemen. ‘Arbeidstherapie’ werd gaandeweg een belangrijk onderdeel van het verpleegkundig werk. Deze had een gunstige uitwerking op de patiënten. De verpleging in deze gestichten stond aanvankelijk slecht aangeschreven; het werk was uitermate moeilijk, en moest concurreren met dat in algemene ziekenhuizen. Er was dan ook een groot verloop onder het verplegend personeel.

Hier beperken we ons tot ‘Bloemendaal’, een van de door de Vereniging voor Christelijke Verzorging van Zenuw- en Geesteszieken opgerichte psychiatrische ziekenhuizen. Deze instelling bouwde tussen 1892 en 1920 acht paviljoens op een bosterrein van 56 ha. Elk paviljoen kreeg een eigen organisatievorm en was omgeven door een hoog hekwerk. Erbinnen leefde een ‘gezin’ van beroepsgenoten

en patiënten. Later volgden meer van die gebouwen. De medische staf wilde het de patiënten zo gezellig mogelijk maken, vandaar het gezinsidee.

De koppeling van werken en studeren moet vooral in deze zorgsector voor de leerling-verplegenden fysiek en geestelijk zwaar zijn geweest. De dienst was langdurig, het salaris zelfs voor die tijd uiterst karig. Van iedereen werd verwacht volledige beschikbaarstelling voor de patiënten, zowel overdag als 's nachts. Het afzonderlijk huisgezin-in-het-groot bestond uit een hoofdverpleegster, een waarnemend hoofd, verplegenden en leerling-verplegenden. De gezinsconstructie werd benadrukt door aan het hoofd van elk mannenpaviljoen een kinderloos echtpaar als 'vader' en 'moeder' te plaatsen. Deze werden bijgestaan door verplegers. Aan het hoofd van een vrouwenpaviljoen stond een 'moeder', geholpen door verpleegsters. De gezinsleden en de gezinshuishouding in de paviljoenen werkten als in een gewoon gezin: de gezonde leden verzorgden de zieken zonder te letten op tijd of uur of vermoeidheid.

Na enkele jaren werd een dag- en nachtdienst ingevoerd om de werkdruk enigszins te verlichten. Iedere verplegende kreeg toen 14 dagen vakantie per jaar, alsmede elke maand een vrije zondag en een halve vrije werkdag. Alle ongehuwde verplegenden waren inwonend en verplicht, de maaltijden met de patiënten te nuttigen. De gehuwde verplegers kregen overdag anderhalf uur vrij om thuis het middagmaal te gebruiken. Dit bleef zo tot vanaf 1927 ook de overige personeelsleden apart van de patiënten mochten eten. Verpleging van mannen door vrouwen was bij uitzondering toegestaan; in de Eerste Wereldoorlog moest men daartoe wel meer overgaan naarmate verplegers gemobiliseerd werden. Het was trouwens altijd al erg moeilijk geweest, huisvaders en -moeders aan te stellen; dit gebruik verdween in de jaren dertig geheel.

De in 1921 afgekondigde Wet tot Bescherming van het Diploma Ziekenverpleging trad in 1924 in werking. De wet regelde onder meer de B-opleiding, bekroond met een staatsdiploma; het bleef verbonden aan de psychiatrische verpleging. Het nieuwe elan van na de Tweede Wereldoorlog bracht grote veranderingen in de psychiatrische behandeling en verpleging van patiënten. In Wetgeving en opleiding (hoofdstuk 4) zien we hoe 'het veld' en de wetgever daarop reageerden.

3.13 Opleiding in verpleeghuizen (Zv-diploma)

De oprichting van een verpleeghuis was vrij zoals we zagen (p. 59). Controle op de kwaliteit van deze vorm van zorg ontbrak voorlopig vrijwel geheel. Vandaar dat wet noch regel aanstelling van gediplomeerde verpleegsters voorschreef. In de jaarverslagen van de Stichting Centraal Bureau voor Particuliere Rust- en Verpleegtehuizen en in publikaties van de Vereniging voor Maatschappelijk Werk klonken klachten door over te grote soberheid van de accommodatie en verzorging, over het ontbreken van algemene criteria bij de selectie van de voor opname in aanmerking komenden, en over te weinig gediplomeerd personeel.

Volgens het *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* (3 juli 1937) was van de in deze tehuizen werkzame verpleegkrachten slechts 55% voorzien van het diploma ziekenverpleging A en/of B.

Het tekort aan verplegend personeel in de verpleeghuizen was na Wereldoorlog II aanleiding tot intensief overleg van betrokkenen met diverse instanties. Deze inrichtingen telden in de eerste jaren na 1945 gemiddeld ongeveer vijftig bedden voor bejaarden, invaliden en herstellenden. Het verplegend personeel bestond uit leidinggevende verpleegkundigen met helpsters of verzorgsters. De laatstgenoemden kregen een geïmproviseerde huisopleiding. De plaatselijke huisarts nam de medische zorg op zich (Van Gemert en Spijker 1990³).

Bij de ontwikkeling van deze nieuwe tak van verpleging en verzorging met een eigen opleiding speelde de complexer wordende verpleegarbeid in de algemene ziekenhuizen een rol. Veel technisch werk, vanouds uitgevoerd door artsen, was steeds meer tot het werk van verplegenden gaan behoren. In dat raam paste een hernieuwde discussie over het huishoudelijk werk; dit werd door meer ingewijden niet langer als een vanzelfsprekende taak van de verpleegster beschouwd. Een ander vraagstuk behelsde een tekort aan deskundige verzorging in de verpleeghuizen. Dit tekort werd mede veroorzaakt doordat de A- en B-gediplomeerden zich minder tot dat werk voelden aangetrokken. Het tekort kan worden weggewerkt of verminderd, aldus een desbetreffend rapport: een deel van de patiënten, waarop de behoefte der ziekenhuizen is gebaseerd, kan volstaan met een 'goedkoper bed', i.c. met goedkopere hulp voor de verpleging.

Als vanzelf resulteerde nu uit de aan dit onderwerp gewijde besprekingen en rapporten het voorstel, aan het verpleegsterskorps voor hun taak opgeleide 'helpsters' toe te voegen. Die helpsters, zaalhelpen of ziekenverzorgsters konden dan zowel het huishoudelijk werk als het eenvoudige verpleegwerk doen. De gediplomeerde zuster kon dan het onwelkome werk afstoten en zich meer wijden aan haar eigenlijke verpleegtaken. Dat zou voor haar betekenen: statusverhoging van het beroep. De verzorgsters zouden – zo werd verwacht – de zorg voor die patiënten onder leiding van gediplomeerde verpleegsters op zich kunnen nemen.

Het Zonnehuis te Beekbergen begon in 1940 provisorisch, in 1953 definitief met een eigen leerlingstelsel (inservice-opleiding) voor 'ziekenverzorging'. Daarmee werd aan de bestaande opleiding tot verpleegster een voor Nederland nieuwe, op deze zorg toegespitste dimensie toegevoegd. Het tweejarige leerplan was ongeveer gelijk aan dat van het eerste leerjaar van de A-opleiding voor verpleegsters. In 1958 begon de Katholieke Vereniging van Verpleeghuizen eveneens met een eigen opleiding. De leerplannen van beide instellingen werden op elkaar afgestemd. Opmerkelijk is de ingebouwde hiërarchie: de ziekenverzorgende moest ondergeschikt zijn aan de gediplomeerde verpleegster. Het Rapport Ziekenverzorgster (1959) van de Voorlopige Verplegingsraad begint met deze omschrijving: 'In vakkringen is reeds geruime tijd bekend, dat er een grote behoefte bestaat aan eenvoudige, goed opgeleide krachten die werkzaam kunnen zijn bij de verzorging van zieken, mits zij onder leiding van een verpleegster werken (p. 3).

Er bleek veel belangstelling voor verpleeghuizen te bestaan. In 1963 kwam, in samenwerking met de zich wijzigende praktijk van het verpleegwezen, de wet op de ziekenverzorger en ziekenverzorger tot stand. Deze trad in 1965 in werking (zie voorts Wetgeving en opleiding, hoofdstuk 4).

3.14 Opleiding voor de zwakzinnigenzorg (Z-diploma)

Zwakzinnigen vormen een aparte groep in de samenleving door hun intellectuele en andere defecten. Ze worden door die uitzonderlijkheid bedreigd en zouden zich zonder hulp en zorg vrijwel allen in onmaatschappelijke zin ontwikkelen. Het voorkómen van maatschappelijke ongeschiktheid en/of onbeholpenheid, alsmede vermindering van de kans op ontsporing zijn de belangrijkste taken van de zwakzinnigenzorg. In goedwerkende diensten kunnen wij aantreffen: de sociaal-pedagoog, de maatschappelijk werker, de psychiater-medicus, de verpleegkundige en – in levensbeschouwelijke diensten – de predikant of de priester.

Eertijds behoorde het verplegen van zwakzinnigen en krankzinnigen tot de discipline van de psychiatrie en die van de B-opleiding. Bij de zwakzinnigenbehandeling lag het accent zowel op zorg voor goede hygiëne en goede voeding als op het bieden van rust en veiligheid. Zwakzinnige ‘gehandicapten’ of ‘geesteszwakken’ zijn strikt genomen geen patiënten; ze zijn meer aangewezen op paramedische, psycho-sociale en pedagogische zorg dan op medische behandeling. Toch kan de medische behandeling en verpleegkundige begeleiding voor hen veel betekenen. Vandaar dat deze groep ook in dit boek thuishoort.

Opmerkelijk is het zeer vroege begin van zwakzinnigenzorg in België. Daar werd vanaf de zevende eeuw in Geel en omstreken de verpleging van zwakzinnigen in de eerstelijnszorg opgenomen (zie 2.7.5).

Op het gebied van de zwakzinnigenzorg heeft de ‘Vereniging tot opvoeding en verpleging van geesteszwakke kinderen’ (1890) belangrijk werk verricht. De inrichtingen van de vereniging waren ’s Heeren Loo (1891) en Lozenoord (1911) te Ermelo, de Dr. Mr. Willem van den Bergh-Stichting te Noordwijk-Binnen (1923) en Groot Schuylenburg te Apeldoorn (1952). In 1910 werd opgericht de ‘Vereniging tot Stichting van Christelijke Inrichtingen voor Verpleging van Zwakzinnigen. Later heette deze instelling ‘Vereniging Rekkense Inrichtingen’, sinds 1982 ‘Van Ouwenaller-vereniging’, naar de naam van haar oprichter, de Amsterdamse filantroop E. René van Ouwenaller. Ook andere instanties, stichtingen en verenigingen hebben zwakzinnigeninstituten opgericht. In 1969 bedroeg hun aantal ongeveer 45; in 1985 waren er 121 instituten met ruim 30.000 verpleegden.

In 1957 werd de naam ‘Inspectie voor het Staatstoezicht op Krankzinnigen en Krankzinnigengestichten’, daterend uit 1844, gewijzigd in ‘Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid’. De eerste inspecteur speciaal voor de zwakzinnigenzorg werd in 1968 aangesteld.

‘Juffrouw zus en zoo’

De hier in het geding zijnde positie van de verpleegster en haar opleiding is meer discutabel geworden naarmate de ‘verlengde arm-constructie’ een grotere rol is gaan spelen. De verpleegkundige taak ging ‘vertechniseren’ omdat (...) zich geen opleiding aandiende die gericht zou zijn op het deel van de medische handelingen waaraan de arts niet toe kon of wilde komen. Door dat manco kreeg de verpleegster taken toegeschoven die niet overeenkwamen met ‘verplegen’ in de eigenlijke betekenis van het woord: ‘zich met zorg wijden aan een zieke’. De oud-hoofdverpleegster/docente zr. C.H. Vernède (1875-1957), auteur van het eerste Nederlandse boek over de geschiedenis van de ziekenverpleging, liet bij haar vijftigjarig verpleegsters-jubileum (1949) de volgende waarschuwing horen: ‘Als wij staan in een tijd als de onze, die vol gevaren is en dreiging, dan moeten wij als wachters in de nacht, ons werk bewaken en beschermen tegen de verdorrende en vernietigende invloeden van een vermaterialiseerde en vertechniseerde wereld. Wie dit niet erkennen, en meegaan met deze stromingen die ons werk dreigen aan te tasten en te beschadigen, die worden niets meer dan technische verlengstukken van de medische wetenschap, een belachelijk soort van tusschendingen, die noch bij rechts, noch bij links behoren: een parodie op wat door de eeuwen heen ‘verpleging’ genoemd werd. Dan worden wij “juffrouw zus en zoo”, technische helpsters, want op de zuster-naam hebben wij dan geen recht meer.’ Wij zullen nog zien dat dit thema tot heden niets aan actualiteit verloren heeft.

Voor de verpleging van zwakzinnigen begon in 1958 een driejarige opleiding tot Z-verpleegkundige. Het leerplan was in hoofdzaak opgebouwd uit de leerstof van de opleiding-B en de opleiding Kinderbescherming-A; de studie omvat mede emotionele en gedragsstoornissen. Kennis en methoden betreffende de sociale, psychologische en pedagogische wetenschappen hebben de zorg voor geestelijk gehandicapten gewijzigd en verrijkt. Bezinning op de behandeling en verpleging hield daarmee gelijke tred. Het leerplan van de Z-opleiding aangaande de zwakzinnigenverpleging kreeg in 1978 een wettelijke regeling (zie Wetgeving en opleiding in hoofdstuk 4).

3.15 Positie van de gediplomeerden in het geheel van de beroepen

In de overgangstijd van verplegen als liefdewerk naar verpleegkunst als deskundige en gesalarieerde beroepsuitoefening kwam er geen eensluitend antwoord op de vraag naar de positie van de verplegenden als beroepsgroep. Dit vooral

doordat een van het huwelijk onafhankelijk bestaan van vrouwen nog weinig voorkwam. Die overgangstijd is te dateren tussen omstreeks 1836 en 1920. Trouwen moest toen nog het eigenlijke doel van de vrouw zijn, velen stonden onwennig tegenover onafhankelijk en betaald werken van vrouwen. De opkomst van het verpleegberoep viel samen met en werd noodzakelijk door het toenemend medisch kennen en kunnen van de chirurgie en de interne geneeskunst. Reeds tegen 1900 was het beroepsperspectief van de verpleegster genuanceerder geworden. De gediplomeerde kon kiezen uit verschillende mogelijkheden: zelfstandig wonen en werken als 'vrij' particulier verpleegster; wonen en werken in vaste dienst in een ziekenhuis; zelfstandig wonend werken als dagzuster, maandzuster of jaarzuster in een ziekenhuis; zich wijden aan thuisverpleging c.q. wijkverpleging, inwonend samen met beroepsgenoten (diaconessen en religieuzen) of zelfstandig wonend.

Was er toen reeds sprake van een 'betrekkelijk onafhankelijke' betrekking zoals Aletrino in 1900 formuleerde? Dat was inderdaad het geval, mits het adjectief 'betrekkelijk' de juiste betekenis krijgt. De verpleegkunst was evenzeer afhankelijk van de medische praktijk als de timmerman, de elektriciën en de aannemer dat waren van de architect, de ontwerper van het plan. Het omgekeerde is echter niet minder waar: de arts is voor de uitoefening van zijn beroep aangewezen op bekwame verplegenden, de architect op bekwame uitvoerenden van het bouwwerk. Beide – en nog veel meer – beroepsgroepen zijn 'tot elkaar veroordeeld' om als zodanig met een eigen karakter en relatief zelfstandig te kunnen voortbestaan. De moeilijke discussie over werkelijke of vermeende autonomie van het verpleegkundig beroep komt mede voort uit oneigenlijke vooringenomenheden. Deze zijn gevolg van het zwakke en van andere opleidingen geïsoleerde begin van de verplegingsopleiding. Het stelsel ontstond en bestond voort uit economische overwegingen, en de wetgever verzette tot 1921 geen stap om bredere doelstellingen door te voeren. Zelfs werden de bakens niet tijdig verzet toen de medische component van de verpleegkunst (medisch-technische behandeling in opdracht van de arts) almaar groter werd. De groei naar wettelijke regeling van het A- en B-diploma (1921, zie hoofdstuk 4) laat die uitzonderingspositie al zien. Het verpleegkundig onderwijs was een vorm van *middelbaar onderwijs* die eigenlijk in de wet van 1863 thuishoorde. Die wet kende aan *het vormings- en beroepsvoorbereidingslement* de grootste betekenis toe. De in 1921 reeds bestaande verpleegkundige opleiding was óók een middelbare beroepsopleiding ('middelbaar', want gesitueerd tussen het hoger (academisch) en het lager onderwijs). Het werd als zodanig echter niet erkend doordat het een zware praktijkcomponent kende. Door dezelfde oorzaak was de chirurg vóór 1865 ondergeschikt aan de academisch opgeleide doctor medicinae, en werden diverse andere beroepsopleidingen in 1863 buiten de wettelijke regeling van het middelbaar onderwijs gesloten.

De overheid bleef het verpleegkundig onderwijs als beroepsonderwijs beschouwen en depriveren. Een voorbeeld daarvan. Het ontstane systeem van examinatoren en gecommitteerden werd in de wet van 1921 gelegaliseerd. Enkele

Kamerleden stelden de minister voor, ook gediplomeerde verpleegsters als rijksgecommitteerden aan te stellen; dat mocht echter niet.

Wij denken hierbij terug aan het woord van Aletrino: ‘staatszorg voor de opleiding der verpleegsters (...) is nodig’, evenals ‘staatsbemoeienis voor het vaststellen van een program voor de opleiding en voor examinering. Dit om een eind te maken aan willekeur, exploitatie, schijnknipheid, onbekwaamheid, slechte of in het geheel geen opleiding.’ Het is nodig ‘het beroep van verpleegster te verheffen uit de jammerlijke diepte waarin het langzamerhand dreigt te verzinken door ziende-blindheid, conservatisme, onwil en het vergrooten der bezwaren’ (*Opleiding en examen van verpleegsters*, 1904).

Na 1921 werd er steeds een stukje bijgeregeld. Een totaalvisie alsook het noodzakelijke persoonsvormend element bleven uit doordat het verplegingsvak in een aparte wet was terechtgekomen, coördinatie van de afzonderlijke opleidingen ontbrak en voor brede vorming voldoende middelen ontbraken. Toch werd tegelijkertijd beroepsmatige samenwerking van artsen met verpleegsters onvermijdelijk: de verpleegkunst ging steeds meer fungeren als een onmisbare medische beroepsactiviteit. Met andere woorden: het kon niemand ontgaan dat verpleegkunst deel uitmaakt van de geneeskunst. De vooruitgang in de medische kunst ging gepaard met grotere waardering voor de dokter; die voor de verpleegster hield daarmee evenwel geen gelijke tred doordat het nutsprincipe van de opleiding, alsmede haar verbrokkelde en marginale positie onveranderd bleven. De wetgever volgde in dat spoor van onderwaardering, gesteund door de latente argwaan van velen tegen zelfstandigheid van vrouwen. Zelfs lanceerde Carl Paul Maria Romme (1896-1980) in 1937 – in het hart van de crisisjaren – het voorstel, betaalde arbeid van gehuwde vrouwen te verbieden. (Het ging niet door omdat de alom heersende werkloosheid, Rommes hoofdmotief, een jaar later begon af te nemen.)

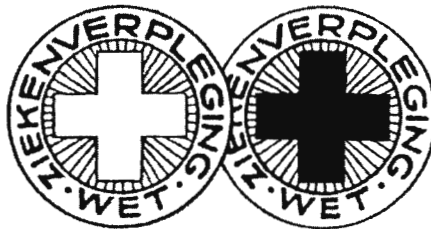
Meer voorbeelden van deprivatie? (1) Hoewel de tussen 1951 en 1963 in diverse stadia ontworpen wet op het voortgezet onderwijs (WVO) alle vormen van het intussen tot grote omvang uitgedijde beroepsonderwijs – vanaf 1957 gesplitst naar middelbaar en hoger beroepsonderwijs – van een regeling voorzag, trof een belangrijk deel van de praktijkgerichte verpleegkundige opleiding (het leerlingstelsel) het lot, daarbuiten te blijven. (2) Toen het bestuur van de verpleegstersschool van de Vrije Universiteit te Amsterdam, een brede vorming van de studerende nastrevend (zie p. 177), de minister in 1974 vroeg te mogen samenwerken met het twee jaar eerder opgerichte hoger beroepsonderwijs voor de verpleging (HBO-V), luidde het antwoord afwijzend; toch werd datzelfde inservice onderwijs van het AZVU, mét alle zusteropleidingen van dat type, in 1988 geacht samen met het HBO-V op het ‘eerste deskundigheidsniveau’ te functioneren (vgl. p. 179). (3) In maart 1993 gaf de minister blijk van zijn voornemen, de in 1988 geformuleerde twee deskundigheidsniveaus te laten samensmelten tot één opleidingstype van middelbaar niveau, qua structuur gesitueerd onder het toekomstige HBO-V met sterk gewijzigde doelstellingen (zie p. 168). (4) Voorts getuigde ook de financiering van achterstelling (zie p. 206).

Dit laatste vereist nadere toelichting. Tot de inwerkingtreding van het Ziekenfondsbesluit (1941) is de ziekenverpleging particulier bekostigd. Voor grote investeringen werden obligatieleningen gesloten. De rijks-, provinciale en/of lokale overheid financierde de geneeskundige armenzorg. De lonen van het verplegend personeel waren voortdurend voorwerp van politiek geharrewar. De ziekenhuisdirecties konden zich bij hun personeelsbeleid beperken tot enkele hoofdverpleegsters; de andere verplegenden waren werkenden-in-opleiding. Hun loopbaanperspectief was daardoor ook niet florissant. Het systeem van weinig dure gediplomeerden en veel goedkope leerlingen bleef tot heden (1993) deel uitmaken van het beleid en het budget. Dit laatste aspect ging steeds zwaarder wegen.

(5) Een laatste voorbeeld is te vinden in de historische literatuur. Wie onderschrijft dat verpleegkunst een integraal, dus onmisbaar deel is van de geneeskunst, en met dat inzicht gewapend de door artsen samengestelde geschiedenisboeken – waaronder gedenkboeken – doorbladert, staat voor een raadsel. De lezer ontdekt namelijk weinig van die onmisbare verbondenheid.

Alleen in de recente geschiedschrijving wordt door sommige geschiedschrijvers getracht, die omissie goed te maken. Querido constateert een hinderlijke kloof tussen geneeskundigen en verpleegkundigen. De overbrugging ervan kan geschieden 'door de verpleegster op de hoogte te houden van wat de artsen over de patiënten denken en wat zij pogen te bereiken.' Dit is 'niet alleen nodig om goede onderlinge verhoudingen te scheppen, maar ook om de verplegenden inzicht te geven in de vraagstukken waarbij zij zelf betrokken zijn ...' (1967, p. 177). Dit werd geschreven door de directeur van de Gezondheidszorg van Amsterdam, na een eeuw ontwikkeling van de opleiding tot verpleegkunde en verpleegkunst ...

Het imago van de verpleegkundige is sindsdien een actueel onderwerp gebleven. 'Jan en alleman gaan er klakkeloos van uit dat verplegen louter een kwestie is van 'doen' en dat er geen 'denken' aan te pas komt, verpleegkundig denken welteverstaan', klaagt een ingewijde nog in 1994 (*TVZ* 1994, p. 283).



Aanvankelijk werden door ziekenhuisbesturen en examencommissies het bij een bepaald diploma behorend insigne uitgereikt. De ziekenhuizen en commissies die zich daarna bij de Bond van Ziekenhuizen aansloten, verbonden na een geslaagd examen het Bondsinsigne aan het diploma. De Wet van 1921 voerde wettelijke insignes in. De bezitters van het oude insigne konden toen kiezen voor het oude insigne of het nieuwe volgens de wet.

HOOFDSTUK 4

*Wetgeving en opleiding***4.1 Wetgever is volger. Middelbaar onderwijs wettelijk gefragmenteerd**

De geschiedenis van het beroepsonderwijs laat zien dat de rijksoverheid – uitzonderingen daargelaten (zie p. 81) – geen pionier, maar volger was. Regeren is vooruitzien volgens een bekend gezegde. Maar als regel is regeren afwachten totdat het maatschappelijk klimaat voor verandering rijp is. Onderwijswetten volgden meestal op succesvol gebleken particuliere initiatieven. In het denken over de staatsfunctie bestond er in de negentiende eeuw een spanning tussen een activistische lijn, uitgaande van de macht, en een meer afstandelijke houding, steunend op krachten die geacht werden elders voortgebracht te kunnen worden (vgl. Goudswaard, 1981, 54-60; 176 v.v).

Na een tijd van improviseren met leerstof, leermiddelen en organisatieschema's begon er tegen 1900 meer eenheid in de opleiding tot verpleegkundige te komen. De bonden droegen daaraan bij door met artsen samen te werken aan opleiding en examinering. Ook kwam overleg tot stand tussen ziekenhuisbesturen onderling en met verpleegsters. Dit toont aan dat het verpleegberoep gaandeweg een meer erkende en gewaardeerde plaats in de samenleving begon in te nemen.

Toen de rijksoverheid omstreeks 1890 een begin maakte met subsidiëring van en toezicht op diverse vormen van beroepsonderwijs welke de vraag op: is de overheid bereid die opwaartse lijn ook voor het verplegingsonderwijs door te trekken? Van haar zou immers afhangen of de voorstellen van de betrokkenen, die aandrongen op eenheid van beroepsverplegenden en op regulier verpleegkundig onderwijs, verwerkelijkt konden worden.

Maar rondom de eeuwwisseling was het beroepsonderwijs nog steeds vrucht van particulier initiatief. Het is de verdienste van dr. Abraham Kuiper (1837-1920) geweest dat hij ingreep, mede ten gunste van het vakonderwijs. Kuiper, vanaf 1901 minister van Binnenlandse Zaken in het door hem gevormde en geleide Kabinet, had de onderwijssystemen in binnen- en buitenland grondig bestudeerd; daarover had hij intensief overleg gepleegd met ir. Jacob Kraus (1861-1951), civiel ingenieur, in 1980 hoogleraar aan de universiteit te Santiago, in 1898 benoemd tot hoogleraar aan, in 1900 tot directeur van de Polytechnische

Wetgeving

Reeds in 1893 kwam de wenselijkheid van wetgeving voor de verpleging en de instelling van officiële examinering naar voren. Daarop volgde een discussie over het voor en tegen van die staatsbemoeiing. Na de invoering van de wet in 1921 rees de vraag of het naast de nu beschermde titels 'verpleger' en 'verpleegster' nodig was ook het 'verpleegsterskleed', i.c. een uniforme kleding voor gediplomeerden voor te schrijven. Dat ging niet door; in plaats daarvan werd voortgeborduurd op het reeds voor 1921 bestaande gebruik, met insignes de aard van het diploma aan te duiden. Behalve de besluiten die betrekking hadden op het onderscheid tussen het A- en het B-diploma, en op de aantekeningen daarop, verschenen ook besluiten over de vorm van de diploma's (1923) en registratie van gediplomeerden (1924), alsmede over het examen voor kinderverpleging (1929), kraamverpleging (1929) en wijkverpleging (1933).

Voor de verplegenden werd ook van betekenis de Arbeidswet van 1928. Deze is ook van toepassing verklaard voor de verplegingsarbeid, uitgezonderd hen die in verplegingsinrichtingen werkzaam waren (sic). Het besluit bevat regelingen voor arbeids- en rusttijden.

Voorts zijn ook in de algemene wetgeving bepalingen opgenomen die tevens voor verplegenden geldig waren en nog zijn. Zo is in het Burgerlijk Wetboek het arbeidscontract geplaatst, onderscheiden in drie soorten waarbij een partij zich verbindt tegen loon arbeid voor de wederpartij te verrichten. Verplegenden vallen onder de 'arbeidsovereenkomsten' in engere zin, indien deze niet een rijks- of gemeentelijke inrichting betreffen (in artikel 1637z maakt de wet een uitzondering voor personen in dienst van publiekrechtelijke lichamen). Ook zijn van belang de bepalingen aangaande het beroepsgeheim. De wet geeft geen duidelijkheid over de beroepen die aan een beroepsgeheim zijn gebonden. Indien aangenomen wordt dat ook de verplegende een beroep kan doen op het zogenaamde 'verschoningsrecht' (het recht om zich te onthouden van het afleggen van getuigenis over feiten en omstandigheden waarvan de wetenschap de beroepsbeoefenaar als geheim is toevertrouwd) moet aangenomen worden dat behalve op de arts ook op de gediplomeerde verpleegkundige het beroepsgeheim betrekking heeft.

School te Delft. De tweede verdienste van Kuyper was, dat hij de hervorming van het onderwijssysteem uit handen van de politici nam en onderwijsdeskundigen inschakelde. Het gehele onderwijsstelsel en vooral het vakonderwijs waren een zorgenkind van de regering geworden. Het was hem duidelijk dat de wetgever van 1863 de toen al bestaande sterke behoefte aan wettelijk vakonderwijs over het hoofd had gezien.

Een commissie werd ingesteld om een grote achterstand in wetgeving in te lopen.

In het geheel der wetgeving ontbrak systeem. Incidenteel waren, ten gevolge van behoeften die in de loop der jaren voorziening hadden vereischt, de verschillende wetten en hare wijzigingen tot stand gekomen; maar van eene volledige herziening was geen sprake, en daarenboven: er was geen aaneensluiting naar een weldoordacht plan, zodat botsingen niet konden uitblijven.

Aldus de staatscommissie-Woltjer (Ineenschelingscommissie, 1903-1910, I, p. II) in haar rapport. Zij had de opdracht gekregen, het gehele onderwijsstelsel, uitgezonderd het hoger onderwijs, zodanig te reorganiseren, dat een betere 'ineenschakeling' tussen de algemene en de beroepsgerichte onderwijsvormen mogelijk zou worden.

De IC constateerde na diepgaand onderzoek ongecoördineerde wildgroei in verschillende onderwijssectoren. Het omvangrijke werkstuk (1700 pagina's) oordeelde dat het vakonderwijs – *waaronder dat voor de verpleging* – weliswaar een wettelijke regeling behoefde, maar moeilijk meer te passen was in de nog geldende wet op het middelbaar onderwijs van 1863. Het vak- of beroepsonderwijs zou, zo werd gemeend, mede door zijn langdurige voorgeschiedenis een vreemde eend in het wettelijk MO-systeem zijn; het moest krachtens zijn traditie bij voortdoring bestaan bij de gratie van zijn maatschappelijk nut, en dus uitgesproken beroepsgericht blijven.

Kennelijk werd er nog steeds een tegenstelling gezien tussen het algemeen en het beroepsgericht onderwijs. De gedeeltelijk op het IC-rapport geënte wet op het nijverheidsonderwijs (NO-wet, 1919) is van dat nutsidee geheel doortrokken.

Consequent was die ingreep niet. Hoewel de wettelijke regeling van het middelbaar onderwijs formeel bleef uitgaan van het principe dat algemene vorming richtpunt moest zijn, had de hogere burgerschool immers al na korte tijd beroepsgerichte vakken voor de diensten, de handel en de landbouw geïntroduceerd. De bovenbouw van de HBS en die van de MMS hadden dus ook verpleegkundig onderwijs kunnen opnemen. Dát gebeurde echter niet.

Opmerkelijk is de veelzijdigheid van het IC-onderzoek en de door haar aangeslagen progressieve toon met betrekking tot ons onderwerp:

Door zedelijke en sociale misstanden en andere bijzondere omstandigheden worden vele ouders niet zelden gedwongen bij de opvoeding hunner dochters ook met de waarschijnlijkheid rekening te houden, dat deze op lateren leeftijd in hun eigen onderhoud moeten voorzien, zelf een middel van bestaan hebben, en dus in hare jeugd moeten leeren wat daarvoor noodig is ... (IC-rapport II, p. 836).

Die progressiviteit was trouwens geen noviteit zoals we zagen. Immers werd reeds in de eerste helft van de negentiende eeuw genoemd het hier aangevoerde argument tot ondersteuning van de eis, meisjes dezelfde onderwijsmogelijkheden te gunnen als jongens (zie p. 85). Onder vakonderwijs verstond de commissie: '(...) alle onderwijs – behalve het hooger – dat niet algemene ontwikkeling, maar voorbereiding voor bepaalde beroepen en bedrijven ten doel heeft' (IC-rapport I, p. V). Het in de wet te regelen onderwijs zou lager vakonderwijs ('hetwelk het algemeen vormend lager onderwijs ten grondslag heeft') en middelbaar vakonderwijs ('hetwelk het middelbaar algemeen vormend onderwijs ten grondslag heeft') kennen (IC-rapport I, p. 233-279). De opleiding van verplegers/verpleegsters werd onderscheiden in drie sectoren: (a) algemene ziekenverpleging; (b) verpleging van zenuwlijders en krankzinnigen; (c) kweekscholen voor vroedvrouwen.

In de hierna volgende wetsontwerpen aangaande het vakonderwijs komt verpleegkunde echter niet meer voor. Het verplegingsonderwijs kwam terecht in een aparte wet. Die apartstelling vloeide voort uit de moeilijkheid, overeenstemming te bereiken over het 'aanzien', de beroepsintentie en de beroepsrangorde van de in de NO-wet op te nemen soorten van vakonderwijs. Er bestonden in de wereld van de beroepen vele rangen en standen. Vandaar dat in de discussie over de wetsontwerpen diepgewortelde taboes en statusoverwegingen meedelden. Intussen had vakonderwijs geleidelijk een lagere status gekregen dan middelbaar onderwijs (hoewel beide in strikte zin 'middenonderwijs' – want gesitueerd tussen het lager en het hoger onderwijs – waren). Enkele soorten van beroepsgericht onderwijs kwamen in het nieuwe wetsontwerp voor, andere evenwel niet (waaronder het verpleegkundig onderwijs). Wereldoorlog I vertraagde de voortgang van de parlementaire afwikkeling.

In het Voorlopig Verslag over het ontwerp en een amendement (van Th. M. Ketelaar (1864-1936), o.a. schoolopziener, later wethouder van Onderwijs- en Kunstzaken te Amsterdam) vinden we nog eens terug de wens, daarin ook 'scholen voor verpleegsters' op te nemen. Dit stuitte echter op verzet. Argument: 'De heer Scheurer (J.G., arts, 1864-1928, G.) bestreed uitvoerig het denkbeeld om het onderwijs voor ziekenverpleging in deze wet te regelen. Die opleiding zou van den Staat moeten uitgaan, wat hij met het oog op het Christelijk standpunt en hooger beginsel van de Christelijke Barmhartigheid niet gewenscht acht. Hier gaat het naar zijn meening niet alleen om de opleiding in een vak'. Bij de behandeling van de M. van Antwoord verviel het amendement-Ketelaar. De voorkeur ging uit naar 'scholen voor huishouden, vrouwelijke handwerken en maatschappelijk werk'. De minister van O., K. en W. nam dát amendement over en voegde daaraan nog 'landbouwhuishouden' toe (Hand. Tw. K. 24/25 juni 1919, 2722-2776).

Door dat gearrewar over de definiëring van 'vakonderwijs', over 'de status' van het middelbaar onderwijs en over het 'hooge beginsel' van de verpleegkunst was het eind-wetsontwerp nog slechts gedeeltelijk op het rapport van de IC gebaseerd. Het bevatte zowel het leerlingwezen (exclusief de verpleging, inclusief het ambacht en de industrie), als het dag- en avondonderwijs voor andere beroepen. Ook scholen voor maatschappelijk werk (later sociale academies

genoemd) kregen een plaats in de wet. Ze omvatten de studierichtingen maatschappelijk werk, opbouwwerk, cultureel werk en personeelsfuncties; hun programma betrof de menswetenschappen. Die scholen waren dus sterk verwant aan het onderwijs in de verpleegkundige wetenschappen. Echter zag het confessionele deel van het parlement (een meerderheid) in 1919 blijkbaar een tegenstelling zowel tussen staatszorg en verpleegkundig onderwijs als tussen beroepsuitoefening en christelijke barmhartigheid.

Het wetsontwerp werd ten slotte in 1919 aangenomen onder de naam 'Wet op het Nijverheidsonderwijs'. Deze wet bleef gelden tot – in 1968 – de wet op het voortgezet onderwijs in werking trad. Twee jaar eerder was een afzonderlijke wet op het leerlingwezen door het parlement aangenomen, merkwaardig genoeg opnieuw zonder het leerlingstelsel voor de gezondheidszorg daarin op te nemen.

Hier liggen dus de wortels van de fragmentering van het middelbaar onderwijs, alsook van de apartstelling van het verplegingsonderwijs. Toen voltijds dagonderwijs geboren werd (1972, zie p. 154) kwam het te ressorteren onder het ministerie van O. en W.; de rest bleef budget-gebonden ressorteren onder het ministerie dat voor de gezondheidszorg verantwoordelijk was.

Intussen had de Centrale Gezondheidsraad (sinds 1901 adviescollege op het gebied van de Volksgezondheid) een afzonderlijke koers gevaren. In 1911 had hij een rapport uitgebracht naar aanleiding van door Nosokomos geuite klachten over de verpleegstersopleiding. De Raad vond dat verbetering van die opleiding inderdaad dringend noodzakelijk was en stelde voor, speciale particuliere opleidingsscholen te stichten, gesteund door de staat. In 1915 verklaarde de Nederlandsche Bond voor Ziekenverpleging zich echter tegen dat idee, zowel om financiële redenen als uit vrees voor een tekort aan verplegenden. De bond stelde voor (a) aan huishoudscholen een vooropleiding voor toekomstige verpleegsters te verbinden; (b) een inspectie op de opleiding in te stellen; (c) de examens onder staatstoezicht te stellen; (d) de titel van verpleegster te beschermen; (e) een Tuchtraad in te richten. Ten slotte werd in 1920 door de minister van Binnenlandse Zaken en die van Arbeid een wetsontwerp ingediend. In de hierop volgende parlementaire discussies bleek een deel van de Tweede Kamer de voorkeur te geven aan een 'all-round' diploma (A + B + Kraam), te verwerven aan vakscholen voor verpleegsters. De ministers hielden echter voet bij stuk; het verplegingsonderwijs bleef gesplitst in een opleiding voor het diploma-A en die voor het diploma-B zoals we in het volgende zullen zien.

4.2 Titelbescherming en diplomering (A-opleiding)

Na het beschreven voorwerk van de Ineenschakelingscommissie en de Centrale Gezondheidsraad trad in 1921 een 'Wet op de Ziekenverpleging' in werking. De Staatsbegroting voor 1924 vermeldt, dat de staat niet financieel zou bijdragen; de aan de uitvoering van de wet verbonden kosten zouden worden gedekt door de

inkomsten uit examengelden en insignes. De wet regelde de examinering voor het staatsdiploma-A (algemene ziekenverpleging). Aan de Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Volksgezondheid werd het toezicht op de opleidingen toevertrouwd. De verordende titelbescherming hield in, dat alleen gediplomeerden zich verpleegster of verpleger mochten noemen. Er was echter een manco: de door Nosokomos voorgestane erkenning, dat de verpleging uitsluitend door daartoe opgeleide, dus bevoegde beroepsbeoefenaars mocht worden uitgeoefend, werd niet in de wet opgenomen. Deze beslissing, gevoegd bij de beschreven wettelijke apartstelling, groefde diepe sporen in de hierna volgende geschiedenis van het verpleegkundig onderwijs die tot heden niet zijn uitgewist. Ziekenhuisdirecties en particulieren moesten zelf maar blijven uitmaken of ze gediplomeerde, dan wel ongediplomeerde verplegenden zouden aanstellen. Aanvulling van de wet had plaats in 1923, 1924 en 1925 in die zin, dat nu ook het reeds bestaande B-diploma officieel erkend werd (zie de volgende paragraaf).

Het doel van de opleiding-A en de duur ervan kregen nu landelijke geldigheid. Een belangrijke stap vooruit. Er kwam een eind aan de verscheidenheid in de insignes. Het A-diploma ('Het Witte Kruis') kon worden behaald in een erkend ziekenhuis. De driejarige opleiding bleef bestaan uit een praktisch en een theoretisch gedeelte. Een ministeriële beschikking bepaalde, dat een 'praktijkboekje' en een 'rapportenboekje' (als ondersteuning van de opleiding) bij de examinering dienden te worden getoond. Erkend werd ook de aanvullende opleiding voor de wijkverpleging, de kraamverpleging en de kinderverpleging. Na een desbetreffend examen te hebben afgelegd kreeg de geslaagde een 'aantekening', gehecht aan het A-diploma. Als draagbaar en dus zichtbaar symbool van de voltooide kraamopleiding gold het A-insigne, met daarin 'het ooievaartje' gegraveerd.

Na de wettelijke regeling van het A-diploma werden diverse wijzigingen in de opleidingsnormen aangebracht. De ontwikkeling van de geneeskunde, alsmede die van de onderwijsdidactiek en -methodiek maakten steeds aanpassing nodig. Ook de samenwerking op internationaal niveau noopte tot bijstelling. Dit hield mede verband met het streven van de Raad van Europa, een conventie op te stellen voor wederzijdse gelijkstelling van diploma's.

De A-opleiding kreeg geen regeling in de Wet op het leerlingstelsel (1966), noch in die op het Voortgezet Onderwijs (WVO, 1968); zij bleef een apart geregeld leerlingstelsel. Sommige andere opleidingen voor de gezondheidssector zijn, mét andere vormen van beroepsonderwijs, wel in de WVO opgenomen, namelijk onder het hoofd 'sociaal-pedagogisch onderwijs'.

Met name genoemd worden: kinderbescherming, gezondheidszorg en maatschappelijk werk (jeugdvorming, volksontwikkeling, opleiding voor gezinsverzorgsters, verpleegster maatschappelijke gezondheidszorg, bezigheidstherapeuten, sportleiders). Die scholen zijn onderscheiden in middelbare en hogere scholen voor sociaal-pedagogisch onderwijs. Dit in tegenstelling tot de regeling voor de andere soorten van beroepsonderwijs, want hier ontbreken de 'lagere' scholen, de LBO-scholen (thans: VBO-scholen).

Het programma van de A-opleiding ging krachtens het besluit van het ministerie van Sociale Zaken en Volksgezondheid (1966) bestaan uit (a) basisvakken (minstens 180 lesuren); (b) verpleging en zorg voor de zieke (minstens 380 lesuren); (c) medische vakken (minstens 240 lesuren); (d) praktische opleiding (aanteekening waarvan in een praktijk- en rapportenboekje – nu ‘Overzicht Praktische Opleiding’ (OPO) genoemd – verplicht is). Leerstofomschrijvingen vulden de bestaande regeling aan, en ook werden landelijke schriftelijke examens en een ‘eindgesprek’ ingesteld.

Theoretische vakken

De theoretische vakken zijn aldus gespecificeerd: (a) anatomie en fysiologie; natuur- en scheikunde; psychologie en sociologie; overige algemeen vormende vakken; (b) verpleegkunde en beroepsethiek, geschiedenis van de verpleging, maatschappelijke gezondheidszorg, hygiëne, ehbo en verbandleer, voedingsleer, kooklessen en dieetleer; (c) ziektenleer, interne geneeskunde, chirurgische geneeskunde, kindergeneeskunde, obstetrie, immuniteitsleer en infectieziekten, revalidatie en overige specialismen; (d) de praktische opleiding in de ziekenhuizen geschiedt onder bevoegde leiding en moet zich onder meer uitstrekken over tenminste 35 verschillende ziekten, bijwoning van operaties, bevallingen en klinische lessen.

De opleiding vangt aan met een preklinische periode van twee tot drie maanden, waarna de leiding van de inrichting beoordeelt of de leerling voldoende geschikt is om de opleiding te vervolgen. Het praktische deel omvat de verpleging van patiënten op vier afdelingen: interne en chirurgische afdeling elk 24 weken; kinderafdeling 12 weken; verloskundige afdeling 16 weken. Het examen is mondeling en wordt afgenomen in de vakken verpleegkunde, anatomie en fysiologie, interne geneeskunde, chirurgie, obstetrie en kindergeneeskunde.

Het genoemde ‘Overzicht Praktische Opleiding’ (OPO) verving, zoals gezegd, het Praktijk- en Rapportenboekje. De opleidingsduur kwam op 3 jaar, de minimum leeftijds grens op 17 jaar en 7 maanden.

In verband met een verzwaaring van het onderwijsprogramma gold vóór 1968 als vooropleiding: HBS-driejarige cursus, Gymnasium driejarige cursus, MMS of Handelsschool vierjarige cursus, onderwijzersdiploma en gelijkwaardige opleidingen.

In 1968 had 57% van de leerling-verpleegkundigen het ULO of MULO doorlopen; dit aantal nam tussen 1959 en 1969 met 72% toe. De vooropleiding van de leerlingverpleegkundigen was tussen 1964 en 1968 aldus:

	1964 %	1966 %	1968 %
VHMO	7,1	9,2	11,9
MAVO en daarmee gelijkgesteld	60,2	71,7	84,5
VGLO	31,4	18,6	3,4
LO/VGLO	1,3	0,4	0,1

Bron: Statistiek Stichting Nationaal Ziekenhuisinstituut, 1968

Vanaf 1968 werden de vooropleidingseisen in de VWO uitgedrukt in de nieuwe namen LAVO, LBO, MAVO, HAVO en VWO. De Volksgezondheidsnota van 1966 gaf als hoofdindeling aan:

vooropleiding	opleiding in de verpleging
VWO	wetenschappelijk onderwijs
HAVO/HBO	staffunctionarissen
MAVO/MBO	verpleegkundigen/paramedische beroepen
LAVO en LBO	verzorgende beroepen

In 1968 werd ook de 'Wet tot bescherming van de opleiding Verpleegkundige' ingevoerd. Deze bepaalde onder meer, dat verplegenden 'verpleegkundigen' zouden heten, en dat het beroep ook zou openstaan voor mannen. Ook hier was de wetgever volger: een en ander sloot aan bij een reeds lange tijd bestaand gebruik.

De opleiding voor het diploma verpleegkundige-A werd in 1973 opnieuw herzien. De leerplannen kregen een uitvoeriger omschrijving. Tevens werden landelijke schriftelijke examens verordend, afgesloten met een 'eindgesprek'. De term 'inservice-opleiding' – eerder al ingeburgerd – kwam nu officieel in gebruik. Enkele jaren later volgde opnieuw een verandering op basis van de richtlijnen van de EG (1986). De opleidingsduur werd gesteld op 3 jaar en 10 maanden. Het OPO leefde voort als 'Praktijk Opleidingsboek' (POB). De te behalen 'aantekeningen' (zie p. 140) hebben betrekking op kinderverpleging (cursusduur 10 maanden) en maatschappelijke gezondheidszorg inzake de extra-murale gezondheidszorg (wijk-, school- districts- en sociaal/psychiatrisch verpleegkundige, cursusduur 22 maanden). Andere voortgezette cursussen betreffen kader- en docentenopleiding.

4.3 Titelbescherming en diplomering (B-opleiding)

De genoemde 'Wet op de Ziekenverpleging' regelde ook de B-opleiding, inclusief bescherming van de titel; voortaan mochten zich alleen gediplomeerden zich verpleegster of verpleger noemen. Het eindexamen werd nu een staatsexamen.

Het B-diploma (het 'Zwarte Kruis') gold voor 'de verpleging van zenuwzieken en krankzinnigen'. De driejarige opleiding bleef bestaan uit een praktische en een theoretische component. Een praktijk- en een rapportenboekje, bevattend informatie over de vorderingen van de leerling, diende bij de examinering te worden getoond. Deze opleiding bleef, evenals de A-opleiding (zie p. 139) gegeven als leerlingstelsel in dienstverband; daarbij is de studerende zowel werknemer als leerling.

Het diploma kon worden behaald in een erkend ziekenhuis. Krachtens de wet waren de A- en B-opleiding voorbehouden aan erkende ziekenhuizen met minstens 28.000 verpleegdagen per jaar. De door de Geneeskundige Hoofdinspectie aan de examencommissie toegevoegde gecommiteerden garandeerden een zeker opleidingspeil.

De toenemende dynamiek in de geneeskundige diagnostiek vergrootte het spanningsveld tussen de theoretische kennis en de praktische verpleegkunst. Velerlei vernieuwingsgedachten waren daarvan het gevolg. Ze hielden beloften in voor de toekomst, en blijkens tal van rapporten en vakbladartikelen was het verpleegkundig onderwijs toe aan modernisering. Enkele commissies groeiden uit tot een 'Voorlopige Verplegingsraad' (VVR) die verbetering en differentiëring van de opleiding nastreefde.

De opleiding tot het B-diploma bevatte ook na 1945 nog veel kennis omtrent verpleging van zieken in het algemeen en verzorging van krankzinnigen in het bijzonder. Jaarlijks werden in enkele inrichtingen bijeenkomsten gehouden van leidinggevende B-verplegenden, met als onderwerp: beroeps- en opleidingsvraagstukken. Onderkend werd dat zowel aan de opleiding als aan de professionalisering van het beroep nog veel ontbrak. Het leervak ziekenverpleging werd gegeven als in de A-opleiding. De verpleging van en de omgang met geesteszieken was vanaf het begin onderdeel van het vak psychiatrie, met een psychiater als docent. Een 'studiegroep leidinggevende B-verplegenden' bevorderde modernisering van de leerstof. Hieruit ontstonden psychiatrische leerboeken die aansloten op de in hoofdstuk 3 genoemde werken.

Voorts werd de naam 'B-zuster/broeder-verpleegkundige' vervangen door 'psychiatrisch verpleegkundige'. Het ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne bracht een nieuw 'Leerplan voor de opleiding tot psychiatrisch verpleegkundige' uit. Ook werden kaderopleidingen gegeven, en was het mogelijk een docentenopleiding te volgen. Psychiatrische verpleegkunde verdween uit het leerplan van de B-opleiding. Dit vak werd geïntegreerd gegeven in de A- en de B-opleiding binnen het leergebied verpleegkunde.

Stimulerend voor het streven naar vernieuwing was het wetsontwerp Voortgezet Onderwijs (1951-1963). De wet op het voortgezet onderwijs bevatte een indeling in lager, middelbaar en hoger voortgezet onderwijs. Dit moet voor de drie gezamenlijke studiecmissies van de 'Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie en Neurologie', de 'Vereniging van Katholieke Gestichtsartsen' en de 'Vereniging tot Christelijke Verzorging van Geestes- en Zenuwzieken' aanleiding zijn geweest eveneens te komen met een voorstel tot invoering van die driedeling:

Lager beroepsonderwijs verpleging: voorbereidend onder meer op verzorgende beroepen.
Middelbaar beroepsonderwijs verpleging: voorbereidend op een praktische vorming in de ziekenhuizen.

Hoger beroepsonderwijs verpleging: voor toekomstige docenten en leidinggevendenden voor de intra- en extramurale gezondheidszorg.

Van 'lager' verpleegkundig onderwijs is niets gekomen. Het adjectief 'lager', in de NO-wet van 1919 geïntroduceerd, zette een negatief stempel op dat type van beroepsonderwijs. De wetgever verving eerst in 1990 de term lager beroepsonderwijs (LBO) door voorbereidend beroepsonderwijs (VBO). Middelbaar en hoger beroepsonderwijs voor de verpleging begonnen in 1972 (zie p. 154, 155).

Belangrijk was ook de opkomst van de 'sociale psychiatrie', voor sociale begeleiding van uit de inrichting ontslagen patiënten. Tevens ontstond een B-nazorgopleiding. Behalve nazorg werd nu ook voorzorg gegeven door de 'vooren nazorgdienst'. In 1970 waren er in Nederland ongeveer dertig sociaal-psychiatrische diensten werkzaam. Daartoe behoren ook de medisch opvoedkundige bureaus (MOB's), vanaf 1928 opgerichte, zelfstandige of van een stichting voor geestelijke volksgezondheid deel uitmakende instellingen. Deze bieden hulp aan kinderen met opvoedings-, leer- en gedragsmoeilijkheden en hun gezinnen, bij inschakeling van een team bestaande uit een kinderpsychiater, een psycholoog, een kinderarts, een psychiatrisch maatschappelijk werker/verpleegkundige en/of een orthopedagoog.

Vanaf 1972 werden – naast de bestaande inservice-opleidingen – scholen voor verpleegkundig dagonderwijs opgericht (zie p. 179). Een inservice-opleiding kon – zoals gebruikelijk was – gevolgd worden in algemene en psychiatrische ziekenhuizen (A- en B-diploma), in zwakzinnigeninrichtingen (Z-diploma) en in verpleeginrichtingen (Zv-diploma). Opvallend is de uitbreiding van het aantal lesuren voor het B-diploma sinds 1900: 240 in 1900, 840 in 1960 en 1320 in 1990 (Kramer, 1990, p. 146).

De vervolgoopleidingen voor B- en HBO-V-gediplomeerden vallen onder de Maatschappelijke Gezondheidszorg (MGZ); twee richtingen bestaan daarin: (1) de Algemene Gezondheidszorg (AGZ, wijkverpleegkundige); (2) de Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ, sociaal-psychiatrisch verpleegkundige).

Als perfectionering van dit systeem is te zien het in 1988 door enkele hogescholen en Regionale Instituten voor Nascholing en Opleiding in de GGZ (RINO) genomen initiatief. Dit behelst een tweedefase-opleiding, de VO-GGZ. Deze is bestemd voor HBO-opgeleide psychiatrisch verpleegkundigen die zich willen specialiseren binnen de klinische en ambulante GGZ.

De geschetste vernieuwingstendens in de opleiding ging gepaard zowel met organisatorische als met medische veranderingen. Deze raakten de onderlinge verhouding tussen de personeelsleden en de patiënten blijvend; ze beïnvloedden ook de aard van en de opleiding tot de verpleging. Een bredere benadering van de patiënten diende zich aan. Daardoor zijn ook de grenzen tussen de hulpverleners en de hulpvragenden in discussie gekomen.

Zo ontstond een meer gevarieerde behandeling van patiënten. Naast genoemde therapieën kwamen creatieve therapie, bewegingstherapie en gesprekstherapie in gebruik. Sociotherapie doet een beroep op de sociale krachten van de patiënt. Hierbij wordt zoveel mogelijk uitgegaan van de gezonde functies. Dit betekent: bevordering van eigen initiatieven, eigen verantwoordelijkheidsbesef, verhoging van de weerbaarheid. Er zijn gesloten, open en half open afdelingen c.q. inrichtingen gekomen. Vanzelfsprekend kregen ook de taken en functies van de verplegenden een duidelijker omschrijving. De twee beroepsprofielen van 1988 (zie p. 196, 252, 253) werden in 1993 aangevuld met een 'Functieprofiel Psychiatrisch Verpleegkundige'. Een toenemende professionalisering van de beroepsgroep verplegenden en verzorgenden hield gelijke tred met die veranderingen. Er kan nu ook een beroep worden gedaan op het RIAGG (Regionaal Instituut voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg, 1982) en op het GLIAGG (van gereformeerde signatuur, 1974). Ambulant staat hier voor hulpverlening in het kader van een 'mantelzorgsysteem'. Dit systeem houdt in: thuisverpleging door de directe sociale omgeving (familieleden, burens, vrienden), bij aanwending van deskundige hulp of begeleiding door de huisarts, de wijkverpleegkundige en/of het RIAGG en het GLIAGG. En recentelijk is het – blijkens een rechterlijke uitspraak – ook de minderjarige toegestaan hulp te vragen indien het gedrag van de ouders daartoe aanleiding geeft.

De genoemde thuisverpleging duidt al op een omwenteling in de psychiatrische behandeling en verpleging. Deze beweging begon hier en daar in het buitenland. Experimenten leidden tot 'regionalisatie' van de geestelijke gezondheidszorg: vervanging van een aantal grote klinische instituten door kleinschalige ambulante voorzieningen in de woonomgeving van de patiënten. Deinstitutionalisering en deconcentratie van psychiatrische behandeling waren daarvan het gevolg. Alternatieven werden: beschutte wooneenheden en dagopvangcentra, alsmede dagbehandeling in klinieken en andere instituten.

Deze verruiming van de mogelijkheden voor psychiatrische patiënten kreeg ook in Nederland aandacht. Sommige psychiatrische centra werden gedecimeerd ten gunste van genoemde 'transmurale' psychiatrie, d.i. het scheppen van regionale voorzieningen waar een tekort aan opnamecapaciteit bestaat. In bestaande en/of nieuwe woonkernen zijn of worden 'sociowoningen' voor hulpafhanke-lijken ingericht, al dan niet verzorgd of begeleid door verpleegkundigen.

Dit laatste betekent voor een aantal verpleegkundigen: het verlaten van hun gedifferentieerde taakvervulling in besloten dienstverband, én een verruiming van het loopbaanperspectief voor gediplomeerde en nog studerende verplegenden. Immers is hier een ander organisatiepatroon in een ambulante 'buitendienst' ontstaan. Dit professionele werk houdt in: op begeleiding, ondersteuning en raadgeving gerichte verpleging of verzorging; deze gaat er van uit dat de bewoner/hulpvragende zo lang mogelijk zelfstandig blijft leven en wonen.

4.4 Titelbescherming en diplomering (Zv-diploma)

Voor de verzorging en verpleging in verpleeghuizen bleek grote behoefte te bestaan (zie p. 59, 127). Een interim-rapport (commissie-Heelsum, 1955) wees op de noodzaak tot invoering van een vernieuwde opleiding voor leerling-verplegenden, en op de specificiteit ervan: verzorging en verpleging van chronisch zieken, chronisch invaliden en reconvalescenten. Hierna volgden drie rapporten van de VVR: het rapport-Ziekenverzorgster, het rapport-Basisdiploma Verpleegster en het rapport-Basisdiploma Verpleger (1959). In 1963 kwam, in samenwerking met de zich wijzigende praktijk van het verpleegwezen, de wet op de ziekenverzorgers en ziekenverzorgsters tot stand. Deze trad in 1965 in werking. Ook werden het diploma en het insigne (ontworpen door de Federatie van Verpleeghuizen voor Langdurig Zieken) wettelijk erkend en beschermd. Een uitvoeringsbesluit verscheen na besprekingen met de verpleegorganisaties, de ziekenhuisorganisaties en de Verplegingsraad, alsmede met het toenmalige ministerie van Sociale Zaken en Volksgezondheid en dat van Onderwijs, Kunsten en Wetenschappen. Het besluit regelde nader: (a) de tweejarige opleidingsduur met een theorie- en een praktijkgedeelte; (b) het examenprogramma; (c) de bepaling, dat de opleiding gescheiden moest zijn van de opleiding tot het verpleegkundige A- en B-diploma indien de opleiding ziekenverzorging ook in het ziekenhuis of in de psychiatrische kliniek zou plaatshebben.

De nieuwe wet legde de verantwoordelijkheid – de opleiding inbegrepen – bij het eerstgenoemde ministerie. De geneeskundige hoofdinspectie van de volksgezondheid nam het uitvoerend werk voor haar rekening. Daartoe behoorde ook de registratie van alle ziekenverzorgenden van de bij de verpleeghuizen aangesloten opleidingsinrichtingen: 64 verpleeginrichtingen, 7 sanatoria of specifieke klinieken, 2 psychiatrische ziekenhuizen, 2 ziekenhuizen met A-opleiding en 3 kleine ziekenhuizen zonder A-opleiding.

In 1966 begon ook een experiment om ziekenverzorgenden in de wijkverpleging te introduceren. Later werd voor de wijkziekenverzorging (extramuraal gezondheidszorg) het volgen van een applicatiecursus verplicht gesteld.

De titel ‘verpleegkundige’ zien we in 1964 eveneens opgenomen in de naam van de ‘Nederlandse Vereniging van Verpleegkundigen en Ziekenverzorgenden’. Blijkbaar kwam de term ‘verzorgkundigen’ om onbekende redenen niet in aanmerking. In 1966 haakte de ‘Regeling Opleiding Verplegenden Diploma A’ op de nieuwe titel in, door in artikel 3b van ‘verpleegkundigen’ te spreken. De ‘Wet tot bescherming van de Opleiding Verpleegkundige’ (1967) nam die naam ook over.

In de jaren tachtig was het vraagstuk van de niveaudifferentiatie nog steeds actueel. Daaruit vloeide een nieuwe terminologie voort: de ‘verzorgende’ werd ‘verplegende’ die een opleiding op middelbaar beroepsniveau ontving, vanaf 1984 de MDGO-Vz (middelbaar dienstverlenend en gezondheidsonderwijs voor verplegenden) genoemd (zie p. 154).

De afbakening van functies tussen ziekenverzorgenden en verpleegkundigen gaf moeilijkheden. De Centrale Raad voor de Volksgezondheid bracht daarover

een advies uit. Als oorzaken worden genoemd: (a) het opdragen van handelingen, waaronder medisch-technische taken, die niet in de opleiding zijn opgenomen; (b) tewerkstelling op gespecialiseerde afdelingen in ziekenhuizen; (c) het in verband met (b) laten volgen van gespecialiseerde opleidingen; (d) het functioneren als hoofd of waarnemend hoofd van een afdeling in een verpleeghuis en het belast worden met de leiding over een afdeling in een ziekenhuis. Niet minder eenvoudig was de salarisregeling voor de ziekenverzorgenden. Ook later bleef het moeilijk te komen tot een aanvaardbaar compromis, mede gelet op de salariering in de andere sectoren van de gezondheidszorg (NRV 1990, 1991).

Intussen waren de ziekenverzorgenden zich gaan inzetten voor een eigen beroepsprofilering; daartoe kwam er beweging in het leerplan. Het aantal theorieuren werd verhoogd van 400 tot 550. Spoedig hierna viel het besluit, het aantal theorieuren in vier fasen op te voeren tot 840. Dit aantal werd in 1990 gebracht op 990, verdeeld over een voorbereidende periode van 30 weken, een eerste leerperiode van 52 weken en een tweede leerperiode van 48 weken (GIGV 1991, p. 18-19). De versterking van de theoretische component ging uiteraard ten koste van de praktische component (aanstonds zien we de weg terug inslaan). Verder verlangden de ziekenverzorgenden toegang tot verpleegkundige vervolgcursussen. Aanvankelijk voelden de verpleegkundigen echter niets daarvoor. In het streven naar professionalisering pasten ook kaderopleidingen voor ziekenverzorgenden.

Deze onderwijstak zou, zo werd verwacht, het ernstig arbeidstekort in de gezondheidszorg zo niet opheffen, dan toch verminderen. Die hoop ging echter niet in vervulling. De opleiding bleek in toenemende mate 'lekkages' te vertonen: een aanzienlijk deel van de leerlingen behaalde het diploma niet.

In 1991 constateert de Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid (GIGV), dat de inservice-opleiding voor ziekenverzorgende, geplaatst op het 'tweede' deskundigheidsniveau, gebreken vertoont; de inspectie vat het probleem aldus samen:

Uitgaande van de doelstelling van de opleiding en de doelgroep (jonge mensen met een lage vooropleiding die meteen willen werken), alsmede van de onderzoeksresultaten van het NEI, de Samenwerkende Organisaties in de Volksgezondheid ten behoeve van het Onderwijs voor Verplegende en verzorgende beroepen (SOVOV) en GIGV concludeert de inspectie, dat de structuur van de opleiding onvoldoende aansluit bij de behoeften en de mogelijkheden van de leerlingen (p. 17).

De verontrustende uitval uit de inservice-opleidingen maakt deel uit van het totale personeelsverloop. De mentale werkdruk is de belangrijkste oorzaak van de uitval. Andere redenen zijn: er is te weinig tijd voor contacten met bewoners/patiënten; lichamelijke werkdruk; de combinatie van werken en leren; en onvoldoende begeleiding bij de opleiding (p. 13-16).

De kans van slagen is het grootst voor personen tussen 20 en 25 jaar. De leerlingen beginnen dan op latere leeftijd met de inservice-opleiding; ze hebben veelal tussen het verlaten van het voortgezet onderwijs en hun deelname aan de opleiding een of meer andere beroepen uitgeoefend, of andere opleidingen gevolgd. In die gevallen heeft de inservice-opleiding typisch het karakter van tweedekans-onderwijs. Bij de ziekenverzorgenden speelt het vooropleidingsniveau een belangrijke rol, ongeacht of een mavo- of lbo-opleiding al dan niet afgerond is (passim).

Het NEI-onderzoek toont ook aan dat het salaris geen doorslaggevende reden is voor vertrek. Ideële motieven, omgang met mensen en de zorg voor de medemens blijken het belangrijkste bij de keuze voor werken in de gezondheidszorg. Die ideële, hoopgevende motivatie zien we ook weerspiegeld in de cijfers van de beroepswisseling: 40% van de uitvallers blijft binnen de gezondheidszorg actief (13% als leerling bij een andere instelling en 27% als werknemer in de gezinsbejaardenzorg (Onderzoek NEI 1990, p. 2).

Het viel de GIGV op hoezeer de theoretische inslag van de opleiding gaandeweg was versterkt ten koste van de praktijkvakken. Zij stelde voor, de weg terug in te slaan door aanzienlijk meer aandacht aan de praktijkopleiding te besteden.

Mogelijk heeft de GIGV zich hierbij laten leiden door de ervaring met 'verpleeghulpen' (vaak ex-ziekenverzorgende leerlingen die voor een theoretisch gedeelte van de opleiding zijn afgewezen). Deze verpleeghulpen, aangesteld om het tekort aan personeel enigszins te compenseren, bleken op de afdelingen naar tevredenheid te functioneren (GIGV 1991, p. 9).

Uit de voorgestelde vernieuwing vloeit wijziging van de urentabellen voort. Tevens vraagt de GIGV de begeleiding van de leerling te verbeteren. Daartoe moet per klas een mentor aangewezen worden, om aandacht te besteden aan de problemen die samenhangen met het volgen van de opleiding. Ook dient op de verpleegafdeling een mentor te functioneren. Bovendien zou een praktijkbegeleider een coördinerende taak moeten vervullen met betrekking tot de praktische opleidingsuren. De GIGV neemt aan dat deze verandering in experimentele vorm deel zal uitmaken van de huidige experimenten in zes regio's (zie p. 192).

Zorg voor bejaarden en chronisch zieken

Zo ergens, dan komt in deze sector van de gezondheidszorg de holistische benadering van de mens in aanmerking. Bejaardenzorg en zorg voor chronisch zieken hebben hun eigen problematiek. Eens kreeg een verpleeghuis een nieuwe, actieve, ideeënrijke directeur. In een bijeenkomst van de bewoners uitte hij zijn voornemen, de betrokkenen een dienst te bewijzen door de bloembakken op de gangen (voorzien van overvloedig bovenlicht) door het personeel te laten verzorgen. Er kwam dan ook meer eenheid in de bloemenpracht, hetgeen het aanzien van het huis en het welzijn van zijn bewoners zeker ten goede zou komen. De verwachte ovatie bleef uit; daarentegen daalde een diepe stilte neer. Toen stond een van de bovengenoemde verpleeghulpen op. Zij vroeg de directeur van zijn plan af te zien en wel om twee redenen. Ten eerste zou het wegvallen van de eigen creatieve zorg voor de bloemen een groot verlies voor de mensen betekenen. En ten tweede zou hun het ongedwongen onderlinge contact tijdens de bloemenzorg ontnomen worden. Het idee werd niet verwerkelijkt.

Opmerkelijk is, dat deze Zv-gediplomeerden tot heden een afzonderlijke categorie in de gezondheidszorg zijn gebleven. Bij de stichting van het Landelijk Centrum voor Verzorging en Verpleging (LCVV) komen we dit aspect weer tegen (zie p. 225).

4.5 Titelbescherming en diplomering (Z-opleiding)

In de Krankzinnigenwet werd weinig aandacht besteed aan opnemingen in verpleeghuizen en zwakzinnigeninrichtingen. Dit veranderde in het wetsontwerp Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen (BOPZ, 1971, aangenomen in 1993), bedoeld om betere waarborgen te scheppen voor de rechten van mensen in de gezondheidszorg. De wet onderscheidt vrijwillige opneming, onvrijwillige opneming (dwangopneming) en een tussenvorm (opneming via commissies van mensen die noch bereidheid tot noch bezwaar tegen opneming uiten).

In 1973 begon de Interdisciplinaire Werkgroep Z-erkenning een regeling van de Z-opleiding voor te bereiden. Het leerplan van de Z-opleiding aangaande de zwakzinnigenverpleging kreeg in 1978 wettelijke erkenning. Met terugwerkende kracht werden nu Z-diploma's officieel erkend die waren behaald na examens, sinds 1961 afgenomen onder toezicht van de vereniging van directeurs van zwakzinnigeninrichtingen. Deze Z-opleiding en andere specialistische opleidingen zijn van het inservice-type, evenals bijvoorbeeld de opleiding-A, -B, -Zv en -wijkziekenverzorsters. Sinds 1972 kan het basisdiploma verpleegkundige eveneens worden behaald via dagonderwijs (zie p. 154).

De leerling vervult ook bij deze inservice-opleiding een dubbelrol van werkracht en leerling. In 1972 bracht de toenmalige Centrale Raad voor de Volksgezondheid een advies uit over het verpleegkundig beroepsopleiding. Dit bevatte mede de aanbeveling, het onderwijs te storten op een bredere beroepsuitoefening. De Nationale Raad voor de Volksgezondheid heeft dit beginsel herhaald in zijn adviezen van 1984, 1986 en 1987. Volgens het 'Verpleegkundig Beroepsprofiel' van 1988 (zie p. 196) hebben verpleegkundige bijstand en advies ook betrekking op problemen met dagelijkse levensverrichtingen die het gevolg zijn van 'lichamelijke en/of geestelijke ziekteprocessen, handicaps, ontwikkelingsstoornissen en hun behandeling voor de fundamentele levensverrichtingen van het individu' (NRV 1988, p. 19). Verplegen heeft dus ook een plaats in de zorg voor verstandelijk gehandicapten, inclusief elementaire hygiënische, medisch-technische en pedagogische verzorging.

Deze uiterst moeilijke tak van behandeling en verpleging is ook voortdurend 'in beweging'. Hulpverleners in deze zorgsector stuiten op tal van verschijnselen die nopen tot het beproeven van nieuwe methoden. Daartoe behoort het 'snoezelen' (samentrekking van snuffelen en doezelen) bij zwakzinnigen: zich bevinden in een ruimte met kleuren, beelden, voorwerpen en geluiden die aangenaam prikkelen en de relatievorming gunstig beïnvloeden. Snoezelen speelt

in op zintuiglijk waarnemen; de snoezeltechniek kan het welbevinden van psychische patiënten (waaronder dementen) bevorderen en de arbeidsvreugde van verplegenden verhogen, zo leert de ervaring van de goede waarnemer.

‘De verstandelijk gehandicapten en de Z-verpleging hebben de verpleegkundige beroepsgroep als geheel iets te zeggen’, aldus G.C.M. Evers, als hoogleraar verbonden aan het Centrum voor Ziekenhuiswetenschap van de Universiteit te Leuven (referaat, gehouden op het symposium van 7 oktober 1992 te Rotterdam, onder het motto: ‘De Z-verpleging in beweging’). Dat ‘iets’ omvat een les: ‘de verstandelijk gehandicapte leert ons, verpleegkundigen en verzorgenden, vragen te stellen bij onze opvatting en beleving van menselijkheid, menswaardigheid, mondigheid en vrijheid (...). Dat impliceert een grotere voorzichtigheid in het hanteren van het begrip rede en keuzevrijheid als criterium voor volwaardig menselijk functioneren (...). Verstandelijk gehandicapten hebben een morele, ethische en juridische boodschap voor de verpleegkundige discipline’.

Zorgverleners in deze sector weten hoe moeilijk het is woorden en methoden naar de praktijk te vertalen. Het gedrag van zwakzinnigen ‘toont, net als dat van ons, tal van variaties. (...) Ons beroep schrijft voor, zaken methodisch aan te pakken, te handelen volgens de wet van oorzaak en gevolg. En als dat niet lukt, leidt dat bij ons tot wat we eufemistisch ‘handelingsverlegenheid’ noemen maar gewoon onmacht is. Met als interventie symptoombestrijding (...)’. Het is voor de zorgverlener ‘balanceren tussen betrokkenheid en afstand’ (Verhagen, in *TvZ* 1993, p. 531).

4.6 Wetgeving en bevoegdheid van leraren

In de jaren tachtig heersten tijdens de pogingen tot drastische vernieuwing twee denkrichtingen inzake de bevoegdheden van leraren: de ene richting wijst naar voortgezette regulering volgens de geldende wetgeving, de andere naar deregulering, dus naar kans op willekeur op het punt van bevoegdheden.

Het in maart 1987 gewijzigde besluit van 2 januari 1986 (*Stcrt.* 23 januari 1986, nr. 16) reguleert de inservice-opleidingen inzake het aantal praktijkkuren, tussentermen, eindtermen, toetsen en bevoegdheidseisen van praktijkbegeleiders. Alle docenten dienen te beschikken over: vakbekwaamheid op het desbetreffende gebied; didactische vaardigheden; ervaring en affiniteit met het betreffende veld van de gezondheidszorg.

De bevoegdheidsregeling voor alle opleidingstypen werd flexibel en tevens vaag door het hierna te bespreken dereguleringsstelsel. Dit legt de verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van het lesgeven in handen van de schoolbesturen.

De vrijwel tegelijkertijd ingestelde deregulering van bevoegdheden is voortgekomen uit de moeilijkheid in het beroepsonderwijs, voldoende theoretisch onderlegde docenten aan te trekken die tevens praktisch bekwaam zijn. Om te trachten dat vraagstuk op te lossen is gediscussieerd over ‘deregulering’. Dit is

Leergebieden

Het leergebied **A-verpleegkundige** omvat de vakken: (a) verpleegkunde; (b) omgangskunde; (c) gezondheidskunde; (d) ziektenkunde; (e) algemeen beroepsondersteunende vakken. De voorbereidende periode omvat 690 uren, het totaal per leergebied 1320 uren. Het leergebied verpleegkunde omvat verpleegkunde, beroepsethiek, geschiedenis van de verpleging en visies op het verplegen. Bevoegd zijn: gediplomeerde A-verpleegkundige, MBO-V of HBO-V en één jaar praktijkervaring na de diplomering; gediplomeerde leraar verpleegkunde, gediplomeerde docentopleider of gediplomeerde aan een hogere opleiding voor verpleegkundigen. Voor de onderdelen EHBO, verbandleer, juridische aspecten, psychiatrische verpleegkunde en thuiszorg zijn bevoegd respectievelijk instructeurs EHBO, artsen, juristen en verpleegkundigen onder nader omschreven voorwaarden.

Het leergebied **omgangskunde** omvat de vakken psychologie, agogiek, pedagogiek, sociologie, sociale psychologie en sociale vaardigheden. Bevoegd zijn respectievelijk: doctorandus in het betreffende vakgebied; gediplomeerde MO-A pedagogiek; verpleegkundige onder nader omschreven voorwaarden. Het leergebied **gezondheidskunde** omvat de vakken gezondheidskunde en preventie; organisatie gezondheidszorg; wetgeving; anatomie en fysiologie; voedingsleer, ziekenhuishygiëne. Bevoegd zijn onder bepaalde voorwaarden: verpleegkundige, arts, drs. in de geneeskunde of de biologie, MO-biologie-gediplomeerde, diëtist, docent N 17, N 18 of N 19, docent eerstegraads opleiding gezondheidskunde, bacterioloog of assistent-bacterioloog.

Het leergebied **ziektenkunde** omvat de vakken: ziektenkunde, interne geneeskunde, chirurgische geneeskunde, kindergeneeskunde, psychiatrie, psychopathologie, menselijke voortplanting/gynaecologie, geneesmiddelenleer, fysiotherapie en ergotherapie, logopedie, diëtieleer. Bevoegd zijn respectievelijk: specialisten in het betreffende vakgebied; artsen en assistent-artsen, apotheker, fysiotherapeut, ergotherapeut, logopedist, diëtist en docent eerstegraads gezondheidskunde met differentiatie diëtiëk.

Het leergebied **beroepsondersteunende vakken** omvat de vakken: creatieve vorming, lichamelijke opvoeding, bewegingsleer, geestelijke stromingen, levensbeschouwing, natuurkunde, scheikunde, rekenen, organisatiekunde, onderwijskunde, economie van het ziekenhuis, sociale wetgeving, informatica. Bevoegd zijn degenen die door het hoofd van de opleiding geschikt worden geacht.

Voor het praktisch gedeelte van de opleiding wordt gebruik gemaakt van een *Praktijk-opleidingsboek*. Hierin worden door of vanwege het hoofd van de opleiding aangetekend alle soorten van werkzaamheden, verricht in het kader van de praktijkopleiding.

Een soortgelijke regeling gold de leergebieden **B-verpleegkundige**, **Z-verpleegkundige** en **Zv-Ziekenverzorgende**.

Het leergebied **B-verpleegkundige** omvat de vakken: (a) verpleegkunde (visies op verpleegkunde, systematiek van verplegen, methodiek van verplegen, basiszorg en specifieke zorg); (b) gezondheidsleer (anatomie, neuro-anatomie, voedingsleer, psychologie, sociologie, antropologie, filosofie, rechts- en wetskennis, organisatie van de gezondheidszorg, psycho-sociale hygiëne, andragogie, geschiedenis van de verpleging); (c) algemene en speciale ziektenleer, neuropathologie, psychiatrie, psychopathologie, dieetleer; (d) methoden en technieken.

Het leergebied **Z-verpleegkundige** omvat de vakken: (a) verpleegkunde (Z-verpleegkunde, capita selecta verpleegkunde, eerste hulp en verbandleer en gezondheidszorg); (b) gezondheidsleer (anatomie en fysiologie, gerontologie, voedingsleer, gezondheidsvoorlichting en -opvoeding, gezondheidsleer); (c) ziektenleer (algemene en speciale ziektenleer, algemene en speciale neurologie, psychogeriatric, dieetleer, fysiotherapie, ergotherapie).

Het leergebied **Zv-ziekenverzorgende** omvat de vakken: (a) verpleegkunde (algemene en specifieke verpleegkunde, beroepsethiek, geschiedenis van het verplegen, verplegen in maatschappelijk perspectief, theorievorming aangaande verpleegkunde, methodiek en systematiek, eerste hulpverlening, juridische aspecten van het beroep); (b) omgangskunde (psychologie/sociale psychologie/sociologie, agogiek/sociale vaardigheid); (c) gezondheidskunde (algemene gezondheidskunde, maatschappelijke gezondheidszorg, wettelijke regelingen gezondheidszorg, anatomie/fysiologie, begrippen uit de natuurwetenschappen, seksuologie, voedingsleer, hygiëne); (d) ziektenkunde (pathologie/geriatrie, psycho-pathologie/psychogeriatric, fysiotherapie, ergotherapie, logopedie en akoepedie, dieetleer, geneesmiddelenleer); (e) ondersteunende vakken (creatieve vorming, activiteitenbegeleiding, bewegingsleer, methodiek van de instructie, levenbeschouwelijke stromingen, organisatie/financiering van de instellingen, leerlingbegeleiding, sociale geschiedenis, informatica).

De studievakken van het HBO-V en het MBO-V zijn verwant aan de hierboven genoemde. Het verschil ligt vooral in de abstractiegraad van het onderwijs en de aard van de praktijkcomponent (die in het leerlingstelsel 'begeleid verplegen' heet, en in het regulier dagonderwijs 'stage').

een systeem dat de schoolbesturen ontslaat van de geldende bevoegdheidsregelingen en dus vrij laat, inzake benoeming van leraren naar eigen inzicht te handelen. Dit bracht meer variatie in het aanstellingsbeleid. Ook de verpleegkundige sector kreeg daarmee te maken. Deregulering werd zowel in het MBO als in het HBO een sleutelwoord. Nieuwe opleidingsreglementen kwamen aan de orde in de nota 'Hoger onderwijs: autonomie en kwaliteit' (HOAK 1985). De bewaking van de kwaliteitszorg, gecoördineerd door de HBO-raad, kwam daardoor uiteraard in het gedrang. De wettelijke regelingen inzake lessentabellen en bevoegdheidsnormen werden gedeeltelijk terzijde geschoven. Gedeeltelijk, want de inservice-opleidingen kwam, zoals we zagen, nog in 1986 te vallen onder een nieuwe regulering aangaande het aantal praktijkmensen, tussen- en eindtermen, toetsen en bevoegdheden van praktijkbegeleiders. Dit betekent: exact omschreven bevoegdheidseisen, ingaand tegen het principe van deregulering.

Twee ministeries, twee richtingwijzers? Tijdelijk. Want de nieuwe richtlijn drong ook tot het leerlingstelsel door: gedereguleerde opleidingsvrijheden naast de formeel vereiste didactische en vaktechnische kennis. Hetzelfde ging voor het MBO-V gelden. Dit geheel in het kader van het streven in alle sectoren van het beroepsonderwijs, de verantwoordelijkheid voor het onderwijs te decentraliseren.

In die lijn lag het ook, de subsidiëring van de eerstegraadsopleiding van de Maastrichtse RUL te verminderen, en later te beëindigen. Tevens trad een nieuwe bevoegdheidsregeling voor HBO-docenten in werking. Deze decreeteerde dat iedere aan een HBO-school of universitair afgestudeerde tijdelijk als docent in het HBO mocht worden benoemd. Vaste aanstelling kon volgen na een pedagogisch-didactische cursus doorlopen te hebben (wijziging artikel 54 WHBO 27 juni 1990).

Historisch gezien is de nieuwe trend belangwekkend; ze heeft iets weg van een getijdenbeweging. Eerst ontstonden nationale regelingen voor leraren om de kwaliteit van de opleidingen te garanderen en op hoger peil te brengen. Centralisatie dus. De wetten van 1921 begonnen daarmee, en die van 1963 (WVO) en later volgden in dat spoor. Een gedegen opleiding werd ook nagestreefd door de Vereniging Belangenbehartiging Gezondheidszorg (VGB) en de Vereniging van Opleidingsinstituten voor Verplegende en Verzorgende Beroepen (VOVB). De Leraren Opleiding Verpleegkunde (LOV) legde in haar nota van 1987 vast dat de docenten minstens één deskundigheidsniveau dienen te bezitten die overeenkomt met haar tweedegraads eindtermen.

Een ministeriële nota van 1991 (Beroepsvereisten voor leraren) gaat in op dit onderwerp, verwijzend naar artikel 23 van de Grondwet. Daarin staat dat het geven van onderwijs vrij is 'behoudens het onderzoek naar bekwaamheid en zedelijkheid van hen die onderwijs geven, een en ander bij wet te regelen'. De nieuwigheid komt – aldus de nota – voort uit de vraag naar meer effectiviteit van de gekozen 'sturingsinstrumenten'. Deze vrijheidstendens sluit de kans op willekeur in. Zodra deskundigheidsvoorwaarden voor docenten, praktijkbegeleiders en instructeurs door de individuele instelling worden bepaald, kan deze

zich door irrelevante – waar onder budgettaire – overwegingen laten leiden. Een groot gevaar voor de onderwijskwaliteit. Vandaar dat voorkoming van willekeur door instelling van een deskundig controlerend orgaan (een overkoepelende bevoegdheidsinstantie met de inspectie als centrum bijvoorbeeld) onmisbaar is.

4.7 Wettelijke regeling van het MBO-V, MDGO-Vp en MDGO-Vz

Met de vanaf 1953 naast de A- en B-opleiding op gang gekomen opleiding voor de verzorgende beroepen (Vz-opleiding) leek het systeem voltooid. Het bleef echter in beweging, mede doordat de discrepantie tussen vraag en aanbod voortduurde. Op initiatief van staatssecretaris Kruisinga besprak een ‘beraadconferentie’ dit onderwerp op 25 en 26 februari 1970; ook kwamen bezwaren tegen de structuur van de opleidingen aan de orde. Hieruit kwam de commissie-Von Nordheim voort. Haar Nota (1970) geeft een aanzet voor een plan op lange termijn, en voor een dagopleiding in de overgangsfase naar een nieuwe basisopleiding voor de verpleging. Dit plan legde de grondslag voor twee op elkaar aansluitende dagschooltypen: een driejarige Middelbare Beroepsopleiding Verpleegkundige (MBO-V) en een vierjarige Hogere Beroepsopleiding Verpleegkundige (HBO-V). In 1972 begon – onder auspiciën van de eerste regionale school voor gezondheidszorg te Eindhoven – aldaar een experimentele MBO-V. Hierna volgden soortgelijke initiatieven te Leeuwarden, Hoogeveen, Rotterdam en Leidschendam.

Men lette op de hier geconstrueerde historische boog: de wetgever weigerde eertijds de opleiding in de verpleegkunde in de wet op het middelbaar onderwijs (1863-1968) op te nemen. De wet op het voortgezet onderwijs (1968, ook een middelbaar onderwijswet, zij het onder een andere naam) volgde in dat spoor. En eerst in 1972 was het inzicht rijp, althans een deel van het verplegingsonderwijs bij het regulier onderwijs te voegen.

Naast elkaar functioneerden er zo verschillende basisopleidingen. Dat leidde tot wijziging van de wet op het diploma ziekenverpleging (p. 141 v.v.). Alle gediplomeerde verpleegkundigen kregen nu gelijke rechten inzake titelbescherming, rechtspositie en salariering.

Het MBO-V ressorteerde aanvankelijk onder het ministerie van Sociale Zaken, later onder het ministerie van WVC en nog weer later onder het ministerie van Onderwijs en Wetenschappen (1980). Als doel gold: het bieden van een brede verpleegopleiding in alle sectoren van de gezondheidszorg, aansluitend op een voltooide opleiding MAVO-4.

Omstreeks 1980 kwam een discussie op gang over het peil van de verpleegopleidingen, de ‘deskundigheidsniveaus’. Gaandeweg veranderde daarbij de terminologie. De ziekenverzorgende werd geacht te werken op het ‘tweede’ deskundigheidsniveau en kreeg de titel ‘verplegende’; de ‘verpleegkundige’ dankte zijn/haar titel aan een opleiding op het ‘eerste’ deskundigheidsniveau. De verplegende ontving een beroepsopleiding op ‘middelbaar’ niveau. Het pro-

gramma voor het eerste jaar van het MBO-V bevatte uitsluitend theorievakken; dat voor het tweede en het derde jaar was zowel gewijd aan theorie als aan stage (begeleide praktijk).

Sinds 1984 valt het MBO-V officieel onder het ‘middelbaar dienstverlenings- en gezondheidszorgonderwijs’ (MDGO). Het kwam mede voort uit de herstructurering van de opleidingen in het sociaal-pedagogisch onderwijs (MSPO) en het middelbaar huishoud- en nijverheidsonderwijs (MHNO). Dit met het doel, de leerlingen een zo breed mogelijke basisopleiding te bieden die de weg naar velerlei beroepsuitoefening zou openen. Na de invoering van deze reorganisatie werden er geen eerste leerjaren van de dagopleidingen in het MHNO en het MSPO meer gevormd (uitgezonderd de afdelingen VHBO en de interim algemene schakelopleiding – INTAS – van het MHNO).

Het MDGO bereidt voor op het beroep ‘verpleger’/‘verpleegster’ in algemene ziekenhuizen, psychiatrische ziekenhuizen, verpleeghuizen, zwakzinnigenzorg en maatschappelijke gezondheidszorg.

De taakafbakening tussen verpleegkundigen en ziekenverzorgenden gaf moeilijkheden. De Centrale Raad voor de Volksgezondheid constateerde overlappingen van de taken, alsmede instabiliteit en vage begrenzing tussen beide beroepstypen. Dit verbaast overigens niet als gelet wordt op het gemeenschappelijk grensgebied ertussen (lijkt zorgen niet op verplegen en omgekeerd, en zijn beide niet zeer veelzijdig?) en de begrijpelijke neiging, het ‘middelbare’ als een voorportaal van (en lager dan) het ‘hogere’ te beschouwen. De Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid (GIGV) signaleert in een discussienota een zekere terugval in zorgkwaliteit en -kwantiteit. Om tekorten aan personeel enigszins te compenseren worden ‘verpleeghulpen’ aangesteld.

Deze medewerkers zijn vaak ex-leerlingen uit de opleiding tot ziekenverzorgende; ze hebben weliswaar hun studie niet voltooid en zijn dus formeel beperkt inzetbaar, maar ze functioneren op de afdelingen naar tevredenheid, aldus de GIGV. Hier kunnen we dus spreken van een informeel ‘derde’ deskundighedsniveau, waarop ook de nota van de commissie-Koopman wijst (mei 1991, zie p. 219). Deze verplegenden functioneren ook in de buitenlandse ziekenzorg; in de VS heten ze ‘practical nurses’, in Engeland ‘health care assistants’.

4.8 Wettelijke regeling van het HBO-V

De introductie van het hoger beroepsonderwijs voor de beroepssectoren bij KB van 10 mei 1958 hield in, dat zich tussen het academisch onderwijs en het middelbaar beroepsonderwijs nog een andere, een hogere vorm van middelbaar onderwijs genesteld had. Deze gaf weliswaar geen ‘hoger’ onderwijs, maar stond toch hoger aangeschreven dan de ‘gewone’, de middelbare variant. Vandaar de term ‘hoger beroepsonderwijs’ (HBO).

Wensen en bezwaren

Het onderwerp 'Hoger beroepsonderwijs voor de verpleging' was actueel. Uit een enquête onder directieleden van ziekenhuizen, hoofdverplegenden, docenten en een aantal oud-leerlingen kwamen de volgende wensen naar voren:

- subsidiëring van de opleiding door de rijksoverheid, in plaats vanuit het budget der ziekenhuizen;
- een lossere binding van de opleiding aan het ziekenhuis;
- verzorging van de opleiding door het ministerie van Volksgezondheid;
- de A-opleiding moet een praktijkopleiding blijven (70% praktijklessen, 30% theorielessen);
- meer aandacht moet er komen voor het leren observeren, inschakeling van instructiezusters (deskundige praktijkbegeleiding), invoering van keuzevakken (waaronder sociale en lichamelijke vaardigheden), schoolgebonden eindexamens (tentamens, eindgesprek);
- integratie van de bestaande opleidingstypen (waardoor er een meer algemeen geldend diploma kan worden behaald, dus A + B + Z in één opleiding);
- werkkraftstatus vervangen door leerling/studentstatus (i.c. opleiden onafhankelijk van de ziekenhuisdirecties);
- hoger verpleegkundig onderwijs aan het bestaande onderwijs toevoegen.

Methodisch sloot dat onderzoek aan bij soortgelijke onderzoeken in het buitenland. De geuite klachten en bezwaren werden geanalyseerd en ondergebracht in vier categorieën: (1) bezwaren gericht tegen de positie van het verpleegkundigonderwijs in het geheel van de Nederlandse onderwijsvoorzieningen; (2) bezwaren tegen de structuur van de opleidingen; (3) bezwaren tegen de inhoud van de opleidingen; (4) bezwaren tegen de wijze waarop de inhoud van de opleiding werd gerealiseerd. Veel van de uitkomst van deze enquête zien we aanstonds terug in de in hoofdstuk 7 genoemde commissierapporten, vooral in het rapport-Werner met zijn 21 aanbevelingen.

In 1966 werden op initiatief van de directeur-generaal van de Volksgezondheid – mede op verzoek van de ziekenhuis en andere organisaties – besprekingen gevoerd over de personeelsvoorziening in de gezondheidssector. Het ontbreken van zo'n hogere beroepsopleiding (HBO) werd ook voor de verplegingssector als een manco gevoeld.

Een wettelijk erkende niveaudifferentiatie lag nu in het verschiet. Een 'HBO-V-commissie' stelde voor, een studiegroep betreffende de structuur en de inhoud van het verpleegkundig onderwijs in te stellen. In drie werkgroepen werd dat thema nader uitgewerkt. Als resultaat hiervan verscheen een plan, dat stichting van hoger beroepsonderwijs voor de verpleging (HBO-V) aanbeval.

Het HBO-V begon in 1972 op twee plaatsen, namelijk aan het Seminarium voor Gezondheidszorg te Leusden en aan de Katholieke Hogere School voor Verplegenden te Nijmegen. Dat was mede de tastbare uitkomst van het rapport van de Interdepartementaire Commissie Overleg Onderwijs-Volksgezondheid (ICOOV, de commissie-Graamans, 1971). De doelstelling van het nieuwe hoger onderwijs is tweeledig: brede, op praktijk gerichte opleiding tot 'all-round' bevoegde verpleegkundigen; voorbereiding tot universitaire vervolgstudie. Het aantal HBO-V's liep gaandeweg op tot zestien.

Voor de verpleging in de psychiatrie is in 1988 door enkele hogescholen en Regionale Instituten voor Nascholing en Opleiding (RINO) een nieuwe vorm van tweedefase-opleiding begonnen, de VO-Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ). Deze biedt in het hoger onderwijs opgeleide psychiatisch verpleegkundigen de mogelijkheid tot specialisatie binnen de klinische en de ambulante GGZ.

Onder hogere gezondheidszorg vallen ook de opleidingen voor: diëtiëk, voorbereidend op het beroep diëtist en voedingsdeskundige; verpleegkundige in de maatschappelijke gezondheidszorg (MGZ); ergotherapie (HBO-ET), voorbereidend op het beroep van ergotherapeut die de revalidatie verzorgt van blijvend of tijdelijk gehandicapten; logopedie, gericht op de behandeling van patiënten met stem- en spraakafwijkingen; fysiotherapie, gericht op de paramedische beroepsuitoefening van de fysiotherapeut; en docenten (op eerste- en tweedegraads niveau).

Van de docentenopleiding is de tweedegraads cursus (1981) gericht op de kunst (de praktijk) van het lesgeven in de vakken van de verpleegkundige opleidingen. Het onderwijs kent geen differentiaties. Deze bevoegdheid geldt de A-, B- en Z-verpleging. Het eindexamen omvat onderwijskunde en een keuze van twee uit de vakken sociologie, psychologie, agogiek en organisatiekunde. Een scriptie en een examengesprek over een praktijksituatie vormen het sluitstuk. Na afsluiting van de eerstegraads opleiding (1983) is de gediplomeerde bevoegd te doceren aan HBO-scholen en -cursussen. Dit opleidingstype kreeg in de jaren tachtig nieuwe wettelijke regelingen. Kortlopende cursussen in 'Basisvaardigheden I en II' sluiten daarop aan. Cursus I ('basisdidactiek') is nuttig voor vakdocenten in het gezondheidsonderwijs die zich niet voldoende pedagogisch-didactisch geschoold vinden. Cursus II ('verdiepte didactiek') kan worden gevolgd door docenten in

het gezondheidszorgonderwijs die reeds pedagogisch-didactisch geschoold zijn en de kwaliteit van hun onderwijskunst willen vergroten.

4.9 Verplegingswetenschap en wetgeving

Academisch Onderwijs moet leren zien, leren vergelijken, leren denken, niet vóórzien, vóórpraten en vóórdenken

J.P. HEHLE, IN AVG, 1842, III, 354

4.9.1 Voorgeschiedenis

De aanvulling van de verpleegkundige opleiding met onderwijs en onderzoek op academisch niveau, i.c. met verplegingswetenschap (VW) begon in 1980 te Maastricht bescheiden, namelijk als afstudeerrichting van wat toen ‘sociale Gezondheidskunde’ heette. Het is de moeite waard bij deze aanwinst en bij de wortels ervan een ogenblik stil te staan.

Verplegingswetenschap is de discipline die onderzoek verricht voor de verpleging van en de zorgverlening aan intra- en extramurale patiënten. Deze beroepsuitoefening omvat ook de geestelijke gezondheidszorg (psychiatrische en psycho-geriatrische verpleging, en die van verstandelijk gehandicapten); zij heeft ook betrekking op mantelzorg.

Verplegingswetenschap is – evenals de medische wetenschap – doelgericht; zij is dus geen ‘zuivere’, maar ‘toegepaste’ wetenschap, en als zodanig een kunst, een ambachtelijke bekwaamheid. De student in de verpleegkunde wordt opgeleid tot verpleegkundige; de studie richt zich niet op zuiver weten, maar op doen (vgl. Kuijjer 1992/1993, p. 2, 3). De student verplegingswetenschap moet in dienst staan van de toekomstige taak als verpleegkundige. Daarbij stelt toegepaste wetenschap alleen niet in staat; zelfs als de psychologie en de sociologie als hulpwetenschappen worden benut, dan nog is verpleegkunst meer dan toegepaste wetenschap; immers spelen emotionele en andere irrationele factoren een betekenisvolle rol.

Voorals ziende op de verplegingswetenschap in de Verenigde Staten springt in het oog, hoe lang het duurde aler de Nederlandse verpleegkundige opleiding werd bekroond met die op academisch niveau. Daar kwamen de eerste vormen van academisch onderwijs en onderzoek op het gebied van de verpleegkunde tot stand. Reeds omstreeks de eeuwwisseling functioneerden er diverse opleidingen in de verpleegkunde. In 1899 werd ook een cursus voor leidinggevende verpleegkundigen aan de Columbia University te New York opgericht. Dat was een stafopleiding zoals in Nederland vanaf 1947 van de grond kwam (zie 5.4.1). De eerste hoogleraar werd in 1907 aangesteld. Aan dezelfde universiteit ontstond een verpleegkundige leergang, bekroond met een baccalaureaats graad (1916). Voorts traden enkele andere universiteiten in dat voetspoor. Na 1952 kwamen master’s

degree opleidingen op gang; deze groeiden uit tot volwaardige beoefening van de verplegingswetenschap. In de VS waren er in 1989 250 verpleegkundigen met een doctorsgraad en 250 met als hoofdvak verwante basiswetenschappen (psychologie, physiologie, sociologie en biologie); ruim 200 verpleegkundigen hadden een doctorsgraad in de onderwijskunde behaald. Eenjarige of tweejarige postdoctoraatsopleidingen richtten zich op nieuwe researchprogramma's. Thans dienen ervaren onderzoekers als mentoren voor jonge wetenschappers. Daarnaast geven ze leiding aan de onderzoeksprogramma's waarin zij zelf doceren. Ook ondergaan zij periodieke herscholing om hun onderzoeksbekwaamheid op de actuele eisen af te stellen. Belangrijk is voorts de opmars van een institutionele infrastructuur. Daartoe behoren: 'departments of research' aan universiteiten, en oprichting van centra voor adviezen en diensten tot bevordering van de toepassing der onderzoeksresultaten. Door een en ander worden de wetenschappelijke staf en de studenten gestimuleerd bij het sturen van hun onderzoek en de opbouw van hun onderzoekswerk voor het maatschappelijk welzijn.

Hoe zijn daar die studie en de vorming van een dergelijk kader van verpleegkundige wetenschappers gefinancierd? Aanvankelijk kwamen studiefondsen beschikbaar uit institutionele particuliere en openbare bronnen. Ook particuliere stichtingen – waaronder de Rockefeller Foundation en het Kellogg Fellowship – droegen aanzienlijk bij. Sinds 1949 is de verplegingswetenschap een object van federale staatszorg betreffende opleiding en onderzoeksobjecten. Geleidelijk is een duidelijke organisatiestructuur ontstaan. Daaraan zijn middelen toegevoegd, terwijl uit fondsen voor individuele pre- en postdoctoraats studiebeurzen kan worden geput. Tevens steunt de overheid het houden van regionale en nationale researchconferenties.

In Israël kwam in de jaren zestig een plan tot stand dat leidde tot gefaseerde herstructurering van het verpleegkundig onderwijs. De bestaande inserviceopleidingen zouden worden getransformeerd tot twee deskundigheidsniveaus, gekenmerkt door overwegend praktisch onderwijs op onafhankelijke dagscholen (voor de 'practical nurses') en overwegend theoretisch onderwijs op universiteiten (voor de 'professional nurses with baccalaureate education'). In 1968 werd met de uitvoering van dat ontwerp een begin gemaakt.

4.9.2 Buitenlandse contacten

Uit het bovenstaande blijkt al, dat de verplegingswetenschap op universitair niveau elders aanzienlijk eerder begon dan in ons land. De oorzaak daarvan is – afgezien van het beschreven trage, improvisatorische, buitenwettelijke begin van het verpleegonderwijs – te vinden in het verschil van mening over de essentie van academisch onderwijs en onderzoek. Toen in Nederland nog zwaar gediscussieerd werd over 'haar wezen', de functie en de inrichting van 'de' universiteit, en het al dan niet handhaven van het Latijn als academische voertaal, kwamen er in de Verenigde Staten reeds tal van pragmatisch ingestelde universiteiten tot stand (29 tussen 1862 en 1900). Toegepaste wetenschapsbeoefening in universitair

verband was in Nederland nog onbekend toen dat in de Verenigde Staten vanzelfsprekend werd gevonden. In Nederland is de exclusiviteit van de universiteiten wel lange tijd volgehouden, maar ook hier was ten slotte introductie van de toegepaste wetenschapsbeoefening op het hoogste platform onvermijdelijk. Daarmee werd erkend, dat beoefenaren van de wetenschap alle kanten op moeten kunnen denken, met inbegrip van doelgericht beroepsonderwijs en inventief onderzoek. Deze completering hield in de erkenning, dat wetenschappers met een creatieve geest een onschatbare bijdrage kunnen leveren aan het denken over het menselijk bestaan en presteren. Toch staan velen zelfs thans nog onwennig tegenover de in de jaren tachtig opgedoken term 'de ondernemende universiteit'. Daarmee wordt aangeduid dat de huidige universiteit zich mede is gaan richten op 'maatschappelijke bijbedoelingen'. Deze zijn echter niet zo vreemd als vaak wordt aangenomen. Immers, het Nederlandse hoger onderwijs heeft altijd al een academische, mede beroepsgerichte opleiding gekend. Men denke aan de vorming van aanstaande medici, theologen, juristen en leraren (vgl. p. 81 en Goudswaard 1986, p. 129).

Aan de overzijde van de Atlantische oceaan heeft die gevoeligheid nooit bestaan. Daar werd dan ook van meet af aan naast de 'zuivere' wetenschapsbeoefening niet alleen 'nuttig', beroepsgericht onderwijs én onderzoek, maar ook puur beroepsgerichte cursussen als die voor aspirant-ingenieurs, -architecten, -makelaars en -verpleegkundigen vanzelfsprekend en noodzakelijk gevonden (vgl. p. 201). Positief voor Nederland werkte het genoemde lidmaatschap van de International Counsel of Nurses; het noopte tot vergelijking, afstemming en innovatie. Soortgelijke impulsen gingen uit van deelnemers aan bijeenkomsten van het wetenschappelijk hoger onderwijs, alsmede van internationale contacten op het gebied van de wetenschap, het onderwijs en de beroepsuitoefening. Ontwerp en uitvoering van theorieën, verpleegkundige 'diagnoses' en organisatie-modellen werden daardoor gestimuleerd; ze droegen bij aan wederzijds bevruchtend overleg over en modernisering van de discipline.

Eerst na de Tweede Wereldoorlog kwam ook in Europa belangstelling voor de verplegingswetenschap als sluitstuk van het verpleegkundig onderwijs. Het buitenland verrichtte voor Nederland in velerlei opzicht een voortrekkerstaak, ook inzake de verplegingswetenschap. Echter ging nu niet Duitsland als voorbeeld dienen (zoals eertijds gebeurde inzake het technisch en het agrarisch onderwijs), want daar is verplegingswetenschap op academisch niveau nog niet begonnen. In Nederland bepleitte de commissie-Sanders in 1951 academisch verpleegkundig onderwijs en onderzoek.

Haar rapport inzake de Opleiding van Verplegenden (december 1951, uitwerking van het in 1949 door de Subcommissie Verplegend Personeel van de Ministeriële Ziekenhuiscommissie uitgebrachte concept-rapport) is veelzijdig doordat het mede de buitenlandse vorderingen op het gebied van de verplegingsopleiding weergeeft.

Voorts gaf het in 1956 aan de Universiteit te Edinburgh opgerichte 'Department of Nursing Studies' eveneens de toon aan. In de jaren zeventig begon het idee sterker te leven. Dat relatief late begin hing samen met de mate waarin de

verpleging kon uitgroeien tot een beroep met een eigen identiteit. De in 1972 ingevoerde differentiatie (waaronder regulier dag-HBO-V, zie boven) was een grote stap vooruit. Een jaar later werd de 'Werkgroep Universitaire Opleiding Verpleegkundigen' gevormd. Die werkgroep (voorzitter: J. von Nordheim) bracht in 1975 haar eerste rapport uit (zie Centrale Raad voor de Volksgezondheid, Advies 1979). Verder volgde op de conferentie 'Collaborative Research and its Implementation in Nursing' (Woudschoten 1978) de oprichting van de 'Workgroup of European Nurse Researchers'; deze ging in Europa congressen organiseren.

Tot slot kon aan de universiteit te Maastricht in 1980 begonnen worden met de opleiding Verplegingswetenschap (VW). Particulieren namen het voortouw, waarna minister Pais toestemming gaf. Het onderwijs werd een afstudeer-richting van de Sociale Gezondheidskunde, later van de Gezondheidswetenschappen. Deze laatste kende als afstudeerrichtingen 'Beleid en Beheer van de Gezondheidszorg', 'Verplegingswetenschap' en 'Gezondheidsvoorlichting en -opvoeding'. Daartoe werden aangetrokken gediplomeerde verpleegkundigen die reeds konden steunen op verpleegkundige studie en arbeid. In die zin verhoogt de nieuwe trend het aanzien van het verpleegkundig beroep; daarmee wordt tot stand gebracht wat in Nederland in de technische, economische en agrarische sector reeds driekwart eeuw eerder zijn beslag kreeg. Ook en vooral begunstigt de nieuwe universitaire onderwijstak het eerder genoemde streven naar verzelfstandiging van het verpleegkundig beroep. Immers wie erkent dat de verpleegkunst naast de geneeskunst deel uitmaakt van de gezondheidszorg onderschrijft, dat de gekwalificeerde verpleegkundige mede bevoegd is tot het uitvoeren van bepaalde medische handelingen en met de arts op gelijk niveau moet samenwerken in de praktijk van de geneeskunde en de menswetenschap (een uitgangspunt dat we onder meer omschreven zien in de Wet-BIG van 1993, zie p. 166).

4.9.3 Verplegingswetenschap in Nederland

De oprichting van de studierichting 'Verplegingswetenschap' (VW) aan de Rijksuniversiteit te Maastricht in 1980 maakte toen nog geen deel uit van een landelijk plan. Wel was intussen te Utrecht een opmerkelijk initiatief genomen: in 1966 werd opgericht het Seminarium voor Praktische Gezondheidszorg (waaruit de Hogere School Midden Nederland (HMN) te Leusden – vanaf 1987 onderdeel van de Hoge School Midden Nederland – zou voortkomen). Het bestuur en de directie van het Instituut voor Hoger Gezondheidsonderwijs van de nog in oprichting zijnde HMN en het bestuur van de geneeskundige faculteit aan de Rijksuniversiteit te Utrecht (RUU) onderkenden terdege de behoefte aan verplegingswetenschap in Nederland. In 1986 besloten de RUU en de HMN i.o. samen te werken met betrekking tot academisch verplegingsonderwijs en -onderzoek.

Op de noodzaak van een nationaal plan wees een beleidsnota, getiteld 'Voorstel voor de Landelijke Opleiding Verplegingswetenschap met Vestigingsplaatsen te Maastricht, Utrecht en Groningen' (1988), op verzoek van de minister van Onderwijs en wetenschappen samengesteld door de universiteiten te Maastricht, Utrecht en Groningen (de MUG-nota). Deze nota vroeg aan de minister toestemming, de VW uit te breiden door instelling van voltijd- en deeltijdopleidingen, te vestigen in Maastricht, Utrecht en Groningen. Dit met het oog op de onmogelijkheid van vele gegadigden om van de zo excentrisch gelegen Maastrichtse opleiding gebruik te maken. Verwacht werd dat spoedig met een dergelijke opleiding voor HBO-V-gediplomeerden begonnen kon worden. Het ministeriële antwoord liet echter op zich wachten doordat tegen de voorgestelde uitbreiding bezwaren waren gerezen. Dit bleek uit de in 1990 uitgebrachte nota 'Hoger Onderwijs en Onderzoek Plan' (HOOP-nota).

In de adempauze die volgde kwam – naar aanleiding van de voorgaande besprekingen en de daarin geschetste perspectieven – de gedachte op, dat een dergelijke toestemming van het ministerie niet eens nodig was. Ook de reeds gegeven goedkeuring, de HBO-V-opleiding uit te breiden met een 'doorstroomprogramma' aan de universiteiten, gaf daartoe aanleiding, en nodigde uit tot eigen initiatief. Vandaar een buiten de minister om bereikte overeenkomst in MUG-verband. Krachtens die overeenkomst begon op 1 september 1990 de deeltijdopleiding Verplegingswetenschap. Deze komt neer op een verkorte doctoraalopleiding ('doorstroomopleiding' volgens de wet) die volgt op een voltooide HBO-studie. Toen hadden zich 142 deeltijdstudenten aan de RUL, 27 aan de RUU en 30 aan de RUG aangemeld. Op 1 september waren in totaal ongeveer 600 studenten VW ingeschreven. Intussen had de minister zich tegen de genoemde overeenkomst gekeerd, in het onzekere verkerend of er in Nederland wel voldoende behoefte aan verplegingswetenschappers bestond. Vooralsnog kwamen Utrecht en Groningen derhalve officieel niet in aanmerking voor die VW-opleiding. Wel mochten studerende hun studie voltooien, maar over voortzetting van het MUG-programma zou eerst na de evaluatie van de RUL-opleiding worden beslist. In juni 1992 werd een voorlopige beslissing genomen. De deeltijd-studie verplegingswetenschappen van de Universiteit Limburg mocht de komende twee studiejaar ook in Utrecht en Groningen worden verzorgd. Na die twee jaar zou een definitief besluit volgen, aldus minister Ritzen in een brief aan de Tweede Kamer. Spoedig hierna viel het besluit, de verplegingswetenschap ook aan de RUU en de RUG te verbinden.

Toen had het streven naar behoud van de verplegingswetenschap te Utrecht al geleid tot het besluit van de faculteit Geneeskunde, in samenwerking met de Hogeschool Midden Nederland (HMN) te Leusden een opleiding VW voor te bereiden. Daaraan was dienstbaar een in 1987 begonnen project VW onder leiding van de oud-verpleegkundig directeur van het AZU te Utrecht, J.C.M.H. Speekenbrink. De tweeledige doelstelling was: behoud van de bestaande opleiding; uitbreiding daarvan met een verkorte deeltijdopleiding voor HBO-V-gediplomeerden en voor verpleegkundigen met een aan HBO-V gelijkwaardige opleiding.

Opmerkelijke conclusies

De geschetste gang van zaken inzake de verplegingswetenschap ging gepaard met onderzoek naar de behoefte daaraan. Enkele werkgroepen kwamen tot een aantal opmerkelijke conclusies:

- a) de traditionele inservice-opleiding is aan herziening toe;
- b) vele verpleegkundigen zijn onvoldoende toegerust voor hun beroepsuitoefening;
- c) vele werkgevers zijn bezorgd over het huidige opleidingsniveau van verpleegkundigen, en over het gebrek aan eensgezindheid over mogelijkheden tot verbetering;
- d) er is dringend behoefte aan afgestudeerden in de verplegingswetenschap;
- e) het gehele verpleegkundig onderwijs is toe aan herstructurering en inhoudelijke vernieuwing, omdat thans van de verpleegkundigen kennis en vaardigheden worden verlangd die in hun opleiding niet of onvoldoende aan de orde zijn gekomen. De onder a, b en c genoemde uitspraken zijn een aanklacht zowel tegen de werkgevers, die van meet af aan hun inservice-opleidingen deel lieten uitmaken van hun budget, als tegen de overheid die zich weinig heeft aangetrokken van de verzoeken, gedaan in de enquête van 1972. Immers daarin is het onder a, b en c genoemde nadrukkelijk uitgesproken.

Spoedig bleek het gestelde doel echter niet snel bereikbaar. Dit was voor de projectleider aanleiding contact te zoeken met de University of Wales (UW). Hieruit vloeide een overeenkomst tussen de HMN en de UW voort. Daardoor kon te Utrecht een opleiding tot Master of Nursing (in 1993 veranderd in Master of Science in Nursing, MSN) beginnen. Deze is vergelijkbaar met de Nederlandse doctoraalstudie. Het doel is HBO-gediplomeerden academisch verpleegkundig onderwijs te geven.

De gegradueerde kan een bijdrage leveren aan de verpleegkunst als onderzoeker, beleidsmaker, manager en/of docent. Meer in het algemeen kan deze nog relatief jonge aanwinst ertoe bijdragen, dat de verpleegkunst het gezag en de positie verwerft die in het voorgaande is bepleit: erkenning van het verpleegkundig beroep als materieel en immaterieel gewaardeerd integraal deel van de geneeskunst.

Deze internationaal erkende opleiding tot MSN begon in 1988, in het Centrum Voortgezette en Specialistische Opleidingen (CVSO), onderdeel van de Faculteit Gezondheidszorg Opleidingen. Dit CVSO, grotendeels gevestigd te Leusden, telde in 1992 450 cursisten en 30 medewerkers. Het CVSO heeft als accent verzorging van vervolgonderwijs voor beroepen binnen de gezondheidszorg. Binnen het CVSO worden onderscheiden: (a) Master Degree-opleidingen;

(b) Voortgezette Opleidingen Gezondheidszorg; (c) Post HBO-opleidingen; (d) Opleidingen op HBO-niveau.

De ontstane vruchtbare samenwerking tussen de Nederlandse en de Engelse school lijkt veelbelovend voor de voortgaande academisering van de VW in Nederland en Europa. Vanaf september 1991 wordt in samenwerking met het King's College te Londen een tweejarige part-time opleiding verzorgd voor fysiotherapeuten die minstens drie jaar zijn afgestudeerd. Deze internationalisering gaat door. Zo kunnen studenten met het diploma-A die de vrijstellingen HBO-V volgen, vanaf oktober 1993 door een samenwerking met de universiteit te Wolverhampton een deel van hun opleiding in Engeland volgen; verwerving van het getuigschrift Bachelor Degree in Nursing (BSc) is op die manier mogelijk.

De onder d genoemde behoefte aan verplegingswetenschappers werd door de rijksoverheid erkend: in 1992 viel het besluit, ook de aan de universiteit te Utrecht en die te Groningen bestaande opleiding in de verplegingswetenschap te legaliseren. In datzelfde jaar bleek op het Europese congres – gehouden van 11-14 oktober te Amsterdam – dat de in het voorgaande geschetste problematiek in geheel West-Europa actueel is. Daar kwamen de verplegingswetenschap, de positie van de verpleegkundige beroepsgroep als geheel en nieuwe visies aan de orde; het motto was: 'Reassessing nursing care: a challenge for nurses in the 21st century'. Belangrijke onderwerpen waren: het veranderende aandeel van verpleegkundigen in de gezondheidszorg en hun veranderende visie op die zorg op micro- en op macro-niveau. Tal van inleiders uit Europese landen behandelden gevarieerde thema's, zoals verpleegkundige opleiding, zorg voor ouderen, psychiatrische patiënten en chronisch zieken, ethiek en verpleging, werkgelegenheid en arbeidsmarkt.

De Nederlandse bijdragen gingen over voorlichting in de verpleegkundige zorg aan patiënten, reductie van angst vóór medische hulp wordt geboden, functieniveaus, gerontologische verpleegkunde in de opleiding, standaardverpleegplannen, verpleegkundige diagnose als component van professionalisering van de verpleging, research-verpleegkundige bij klinische studies en verpleeghuis- patiënten, en revalidatie. Verder vallen te noemen: een interventiestudie over 'de (wijk)verpleging en de kankerpatiënt met pijn' (het Nederlands Kankerinstituut); een onderzoek naar verpleegkundige diagnoses en slaapmoeilijkheden van ziekenhuispatiënten (RU Limburg); een studie over coronary care, de informatiebehoefte van patiënten die een coronaire bypass-operatie hadden ondergaan of een myocardinfarct hadden gekregen (RU Limburg en Groningen); een andere studie over coronary care, namelijk over de angst van patiënten als zij acuut met een myocardinfarct op de CCU worden opgenomen (Verpleegkundige Adviesraad van de Nederlandse Hartstichting); bespreking van een driejarig project inzake gerontologische verpleegkunde van negen verpleegkundige faculteiten in Ontario; training in moderne opleidings-, verpleegkundige en managementvaardigheden (Hogeschool van Amsterdam).

Steeds meer blijkt hoe veelzijdig verzorgen en verplegen is. In het onderzoek van de verplegingswetenschap zijn thans de onderwerpen management, beleid

en beheer populair. Niet minder belangrijk zijn de lichamelijke, geestelijke en sociale zorgtaken, en alles inzake de 'omgang' met patiënten; deze onderwerpen verdienen eveneens grote aandacht te krijgen.

De relatie opleiding-kleinschalig onderzoek wordt door studenten verplegingswetenschap gedaan als onderdeel van hun studie. De begeleiding gebeurt door universitair docenten die verantwoordelijk zijn voor het onderzoeksproject waarvan het doctoraalonderzoek afgeleid is. Het uiteindelijke doel van de verplegingswetenschap is: *kwaliteitsverbetering van de verpleegkundige zorgverlening*. Op de weg erheen staat de wetenschapper voor de belangrijke opgave, hoe de kloof tussen praktijk en wetenschap te overbruggen.

In het volgende hoofdstuk komt de doorstroming verplegingswetenschap-HBO-V aan de orde. Hierop vooruitlopend volgt nu een schets van de oprichtingsfase van de verplegingswetenschap te Groningen.

De verplegingswetenschap te Groningen begon in 1988 zoals we zagen. Een werkgroep verplegingswetenschap had voorbereidend werk verricht. In deze groep hadden zitting vertegenwoordigers uit het HBO-V, de medische staf, de sector gezondheidszorg, de vakgroep Gezondheidswetenschappen en de Raad van bestuur/AZG zitting. Haar rapport bevatte de conclusie dat er in Nederland een maatschappelijke behoefte bestond aan wetenschappelijk geschoolde verpleegkundigen (Aukes, 14, 15).

De genoemde MUG-samenwerking (zie p. 162) leidde in 1990 tot het begin van een driejarig doctoraalprogramma verplegingswetenschap in deeltijd voor HBO-opgeleide verpleegkundigen te Maastricht, Utrecht en Groningen. De tweede stap was het integreren van het tweejarig programma van de Posthogere Opleiding Verplegingswetenschap (PHOV) in het doctoraalprogramma.

Het programma bestond uit de volgende blokken: Wetenschapsfilosofie; Verpleegkundige theorieën en Aspecten van zorg; Verpleegproblemen en Verpleegkundige diagnoses; Organisatie en Werkomgeving; Management en Beleid; Methoden en Technieken; Statistiek en Computergebruik. Daaraan waren toegevoegd: trainingen in Ondersteunende vaardigheden; Bibliotheekgebruik; Lezen van wetenschappelijke teksten; het houden van voordrachten; een wiskunde-cursus voor studenten met een wiskundedeficiëntie.

In 1991 studeerden de eerste verplegingswetenschappers af. In september 1993 waren 31 verplegingswetenschappers afgestudeerd. Zij ontvingen een doctoraal-diploma van de Rijksuniversiteit Limburg, studie gezondheidswetenschappen, afstudeerrichting verplegingswetenschap.

De opleiding is een doorstroomopleiding. Deze is bedoeld om HBO-opgeleiden de gelegenheid te geven, in een verkort programma universitair te studeren. Ruim de helft van de studenten heeft een kader-, docenten- of wijkopleiding achter de rug. Het aandeel HBO-V-afgestudeerden was gemiddeld 45%.

4.10 Wetgeving herzien: wetsontwerp-BIG (1986-1993). Registerverpleegkundigen

In het voorgaande zagen we, dat de verschillende vormen van beroepsuitoefening in de gezondheidszorg in de loop van anderhalve eeuw geregeld werden in diverse wetten, besluiten en ministeriële beschikkingen. Die spreiding was niet bevorderlijk voor samenhang en overzichtelijkheid, en eens moest dat vastlopen. Tot dat inzicht kwamen diverse organisaties in de jaren tachtig. Ook tot de overheid drong het euvel door, vandaar het wetsontwerp 'Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg' (Ontwerp-BIG, 1986-1993). Daarin werd een vernieuwingsplan in breed verband uitgewerkt. Een erin opgenomen register omvat acht beroepen die actief zijn in de gezondheidszorg. Het wetsvoorstel werd door de Eerste Kamer op 9 november 1993 aangenomen. De wet stelt deels nieuwe eisen aan de relevante beroepsbeoefenaars. Opmerkelijk is het uitgangspunt, dat in principe iederéén gezondheidszorg mag verlenen; aan 'bevoegde' beroepsbeoefenaars 'voorbehouden handelingen' zijn daarvan uitgezonderd. De BIG-wet is een kaderwet. Het is de bedoeling binnen enkele jaren te komen tot invulling van het geboden raamwerk. Doel is in hoofdzaak: *bevordering en bewaking van de kwaliteit van de beroepsuitoefening in de gezondheidszorg en bescherming van de patiënt tegen ondeskundig en/of onzorgvuldig handelende beroepsbeoefenaars.*

Het verpleegkundig beroep wordt waarschijnlijk als eerste in het kader van deze wet geregeld. De registratie en de titelbescherming van verpleegkundigen zullen in 1995 beginnen; artsen, tandartsen, apothekers, verloskundigen, fysiotherapeuten, psychotherapeuten en klinisch psychologen komen hierna aan de beurt.

De wet voorziet in een reeds lang gevoelde en geuite behoefte. De vanaf 1865 geldende wetten op de uitoefening van de geneeskunst stelden een algemeen geldend verbod in op onbevoegde uitoefening van de geneeskunst. Bepaald werd dat alleen academisch opgeleide artsen en onder voorwaarden ook tandartsen, verloskundigen en paramedici geneeskundige handelingen mochten verrichten. De niet-academische klinische scholen (1823-1866) – die een medische opleiding boden voor aanstaande artsen op het platteland – werden een jaar later opgeheven. De strenge regeling van 1865 paste evenwel al spoedig niet meer in de veranderende gezondheidszorg en medische praktijk. Massaal is het verbod op onbevoegde uitoefening van de geneeskunst dan ook overtreden, bijvoorbeeld door tal van ongekwalficeerde alternatieve genezers. Verder boden de geneeskundige wetten van 1865 geen grond voor het ingeslopen gebruik, sommige medische handelingen ook door gediplomeerde verpleegkundigen – in opdracht van de artsen – te laten verrichten; echter waren de opleidingseisen voor de aspirant-verpleegkundigen (vanaf 1921) wel min of meer op wettelijke leest of overheidsbesluiten geschoeid. De BIG-wet bedoelt aan die discrepantie een eind te maken.

Voor de verpleegkunst zijn vastgesteld: (a) deelgebieden van de verpleegkundige zorg; (b) voorschriften aan welke deskundigheden en criteria de

verpleegkundigen en hun opleidingen moeten voldoen; (c) de titulatuur van de verpleegkundige specialisten voor de in de wet geregelde acht beroepen.

De wet gaat uit van de overtuiging, dat de verpleging een eigen deskundigheidspatroon heeft, en dat de verpleegkundigen bevoegd zijn tot zelfstandig oordelen en handelen. De in het volgende hoofdstuk te bespreken deskundigheidsniveaus (zie p. 194) getuigen daarvan. De grens tussen het medische terrein en dat van de verpleging dient bij voortduring afgebakend te worden. Verwacht wordt dat verpleegkundigen in de toekomst minder medische handelingen zullen verrichten. Nu worden die handelingen aan het inzicht van de beroepsbeoefenaars ter plaatse overgelaten. De wet verklaart de verpleegkundige bevoegd tot het uitvoeren van *omschreven voorbehouden handelingen* als deze hiertoe opdracht heeft gekregen van een bevoegd arts en daartoe bekwaam is. De arts is verantwoordelijk voor de opdracht, de verpleegkundige voor de uitvoering.

Het oude dilemma blijft zichtbaar: enerzijds is de monopolie-positie van de arts ingedamd, anderzijds is deze indamming discutabel door een opsomming van uitzonderingen. De waarborgen voor de verpleegkundige bestaan uit de titelbescherming en het voorbehouden van risicovolle handelingen. Bovendien worden regelingen getroffen voor opleidingen, bijscholing, intercollegiale toetsing en periodieke registratie voor een bepaald tijdvak.

Dit laatste is een stok achter de deur: hernieuwde inschrijving in het register hangt af van de vraag of de bekwaamheid van de ingeschrevene nog voldoende is te noemen.

Een andere vernieuwing betreft het tuchtrecht; dit is onvoldoende in staat gebleken, de kwaliteit van de beroepsuitoefening te bewaken. Voor de bewaking van de kwaliteit der beroepsuitoefening is het algemene strafrecht niet toereikend; dit omdat de criteria voor een juiste, aan de eisen van het patiëntenbelang beantwoordende beroepsuitoefening niet aan het gewone strafrecht kunnen worden ontleend. De nu ingegane regeling kent strafmaatregelen bij het veroorzaken van schade of bij een kans op schade. Volgens de wet wordt het veroorzaken van schade bij een patiënt door niet-gekwalificeerde beroepsbeoefenaars strafbaar gesteld. Door die bepaling is de schijnbare vrijheidsgedachte van de BIG-wet inzake de patiëntenbescherming streng geclausuleerd.

Naast het tuchtrecht bevat de wet ook een ongeschiktheidsregeling. Deze geldt voor alle beroepsbeoefenaars die in een register staan ingeschreven. Volgens die regeling kunnen door een college van medisch toezicht maatregelen worden opgelegd aan beroepsbeoefenaars die wegens ongeschiktheid hun beroep niet meer kunnen uitoefenen. Ook kan een in het register ingeschreven beroepsbeoefenaar daaruit verwijderd worden. De klager en de aangeklaagde kunnen in beroep gaan tegen een uitspraak van het tuchtcollege.

4.11 Ministerieel plan voor drieërlei vernieuwing

In 1993, het jaar waarin het wetsontwerp-BIG tot wet werd verheven, presenteerde de minister van Onderwijs en Wetenschappen een nieuw ordeningsplan, min of meer voortkomend uit de in het voorgaande genoemde studie. Het plan houdt drie vernieuwingen in: (a) de bestaande driejarige opleiding MDGO-Vp wordt vierjarig en gedualiseerd (participerend leren d.i.: verbinding van werken en leren); (b) de inhoud van bestaande inservice-opleiding tot verpleegkundige wordt gelijk aan die van de onder (a) genoemde duale opleiding; (c) de bestaande inservice-opleiding en de MDGO-Vp-opleiding moeten integreren tot een nieuwe duale opleiding (*Stcrt.* 23 maart 1993).

Dit vierjarig MBO-onderwijs is hier gezien als een basisopleiding. Deze zal bestaan uit een betaalde stage en tien theorieuren per week. Het verschil met de huidige MBO-Vp-opleiding is dat gediplomeerden verpleegkundigen zullen zijn in plaats van verpleegster/verpleger (en dus in het BIG-register thuishoren). De twee verschillende titels versmelten zo tot één titel. Daardoor kunnen zij, zo wordt nu verwacht, beter met de inservice-opgeleiden ‘concurreren’. Volgens de minister maakt het systeem van werkend leren een betere koppeling mogelijk tussen praktijk en theorie; bij invoering ervan vloeien de beide beroepsprofielen van de NRV (bijlagen 2 en 3) ineen.

Het plan is een reactie op het twee jaar eerder verschenen rapport-Werner. Dit constateert, zoals we nog zullen zien, dat de huidige opleidingsmogelijkheden in het verpleegberoep onvoldoende aansluiten op de praktijk. Deze is niet alleen complex, maar ook voortdurend in beweging. Het is de bedoeling dat het nieuwe project deel gaat uitmaken van de zes in 1991 begonnen regionale experimenten. Op deze manier wil de minister meer samenhang in het opleidingsaanbod brengen. Deze opleiding-nieuwe-stijl zal, zo luidt de verwachting, de grootste toeleverancier voor de groep van verpleegkundigen worden.

Wat dan te doen met het HBO-V? Opwaarderen tot een opleiding die meer specifiek gericht is op leidinggevende en specialistische functies, althans volgens de minister. Dat HBO zal dan geen HBO-V meer zijn, maar HBO-M(angement) of iets dergelijks (zeer opmerkelijk, zie onder en hoofdstuk 7). Het is de ministeriële bedoeling, een kleinere, maar kwalitatief anders opgeleide groep van verpleegkundigen af te leveren, een groep die speciaal voor het leiding geven in instellingen is toegerust. Uiteraard heeft ook ‘het veld’ zijn eigen inzichten en actieradius. Niet zelden was, zoals we zagen, een ontwikkeling vanuit de basis realistischer dan een overheidsbeleid (vgl. p. 81, 135).

Houdt dit in dat voor de eigenlijke verpleegkundigen een krimpend loopbaanperspectief in het verschiet ligt? Dit lijkt niet waarschijnlijk, gezien de toenemende pluriformiteit van de ziekenzorg. Uiteraard zal bijscholing permanent noodzakelijk zijn en blijven.

Laten wij aannemen dat het jongste experiment voldoende zal corresponderen met de arbeidsmarkt en dat het in het opleidingssysteem verwerkelijkt wordt. Dan blijft het niet bij genoemde ingrijpende verandering. Thans laat de

hiërarchische opbouw doorstromig toe: na Inservice A, B of Z, dan wel MDGO-Vp of MBO-V, is HBO-V-voltime te volgen op drie dagen per week, terwijl ook deeltijdstudie mogelijk is. Zonder doorvoering van het nieuwe plan is te verwachten dat de vraag naar hoger opgeleiden volgens het huidige stelsel zal afnemen, terwijl het middelbaar beroepsonderwijs het meest zal inspelen op de vraag naar diverse typen van verpleegkundigen die zowel theoretisch als praktisch geschoold zijn. Die vraag naar verpleegkundigen is in toenemende mate gecompliceerd geworden. Dit in die zin, dat er in veel gevallen meer sprake is van verpleegsituaties dan van omschreven verzorgende, verpleegkundige en medische taken. Tevens zijn de 'niveaus', in 1988 zorgvuldig en beslist naar twee beroepsprofielen omschreven, uitgebreid tot een reeks van situatieniveaus en functieniveaus, terwijl informeel ook een derde deskundigheidsniveau bestaat. Op die reeks zullen zowel een flexibele, drieledige onderwijsstructuur en onderwijsinhoud als gevarieerde vooropleidingseisen zich moeten instellen op de reeds lange tijd bestaande vierdeling behandelen, verplegen, verzorgen en helpen.

Over die vierdeling laat ook de Raad-BIG zich in zijn jongste adviezen uit (B1/94, B2/94 en B3/94). Anders dan het geschetste ministeriële plan wil deze instantie, ziende op de eisen, gesteld aan de moderne beroepsuitoefening van de verpleegkundige, een opleiding op HBO-V-niveau reserveren voor registerverpleegkundigen. De Raad meent, dat de nieuwe opleiding tot verpleegkundige moet liggen in de lijn van de Europese richtlijnen. De MBO-gediplomeerden zullen dan niet in het BIG-register opgenomen kunnen worden. Op dit dilemma komen we in het laatste hoofdstuk terug.

De relatie opleiding/verplegingsdienst: een noodzakelijke wisselwerking

De opzet van directrice Groneman was: een gedegen opleiding voor verpleegsters met als belangrijkste uitgangspunt: eerst theorie en dan praktijk! 'Natuurlijk', zeggen we nu, maar 25 jaar geleden was dat voor dit bij uitstek vrouwelijk beroep iets heel bijzonders en zeer vooruitstrevend. Tenslotte werd in die tijd in de meeste ziekenhuizen in Nederland de verpleegstersopleiding aangepast aan de mogelijkheden van het ziekenhuis en niet andersom, zoals het de oprichtster van de school voor ogen moet hebben gestaan. De 'Verpleegstersschool' zoals die toen op de wegwijzer stond aangeduid – mannelijke leerlingen waren er nog niet – stond niet voor niets in Amstelveen, 4 km van het ziekenhuis in Amsterdam verwijderd, want een eigen identiteit was belangrijk. Ook dat klinkt heel modern.

Wat is opleiden? Daarover werd en wordt verschillend gedacht, denk ik. Tijdens de introductiedagen hoorde ik het Zr. J. van de Burg, één der coördinerend hoofdverpleegkundigen in het ziekenhuis zó formuleren: 'opleiden in een academisch ziekenhuis betekent van je ene been op je andere been gaan staan en weer terug op je ene been, met je handen op je rug, telkens weer opnieuw beginnen, want als ze iets weten gaan ze weg'. Zelden heb ik het begrip praktijkopleiding kernachtiger horen uitleggen.

Op de school was het uitgebreide lesrooster door een wiskundig brein in elkaar gevlochten en in vrolijke kleuren op een zwarte wand aangegeven, een lust voor het oog. Ik was daarvan erg onder de indruk, ik had nog nooit zoiets gezien. Maar welke relatie was er eigenlijk tussen school en ziekenhuis, deze twee aparte werelden met eigen directies? Tegenwoordig zou je zeggen: een L.A.T.-relatie, een living-apart-together van twee groepen mensen, elk met eigen doelstellingen, die door beiden met verve werden verdedigd. Uiteindelijk ging het om hetzelfde: een zo goed mogelijke patiëntenzorg, waarbij de leerlingen vooral niet te vroeg mochten worden opgezadeld met teveel verantwoordelijkheden, zoals in het verleden nogal eens was voorgekomen.

Het contact tussen school en ziekenhuis werd op de verpleeg-eenheden onderhouden door de praktijkdocente, die samen met de hoofdverpleegkundige en haar staf garant stond voor de noodzakelijke wisselwerking tussen theorie en praktijk.

HOOFDSTUK 5

Krachtlijnen met pluriforme initiatieven als resultante

5.1 Internationale contacten relativeren het eigen gelijk

5.1.1 *Gemeenschappelijke kenmerken en problemen*

Door de wetgeving op de voet te volgen zagen we hoe en waardoor de kunde en de kunst van zorgen en verplegen geordend werden en op hoger plan kwamen. Het nu volgende hoofdstuk licht dit nader toe aan de hand van krachtlijnen die de beschreven initiatieven als resultante hadden. Na 1945 ontstond een sterk streven naar vernieuwing op allerlei gebied; de gezondheidszorg maakt daarop geen uitzondering.

Veel belangstelling kwam er voor de 'Boerhaave-cursussen', een serie voordrachten over het onderwerp 'Arts en Verpleegkundige in het ziekenhuis' (Jongsma, Leiden 1970). Het waren bijdragen over de opleiding tot verpleegkundige, zowel met het oog op de verpleging als op de 'Klinisch Pastorale Vorming' (KPV).

Andere studies over de ontwikkeling van de verpleegkundige opleidingen in Nederland richtten zich vanaf 1945 mede op soortgelijke opleidingen in het buitenland. Deze vertoonden kenmerken die veel overeenkomst hadden met die in het voorgaande ter sprake kwamen en/of in het navolgende nog aan de orde komen.

5.1.2 *Diverse studies: stuwing naar volwaardig verplegingsonderwijs*

Genoemde studies pasten in het raam van de na 1945 op gang gekomen discussie over vernieuwing van de opleiding in de sector van de gezondheidszorg. Het CICIAMS (Comité Internationale des Associations Catholiques d'Infirmières et d'Assistantes medico Sociales, 1928) hield in 1947 te Rome een congres. De Nederlandse afgevaardigde (de verpleegkundige L. Siebers) releveerde de problemen inzake de opleiding volgens het verpleegonderwijs in Nederland. Ook het tweede congres (1950) was gewijd aan de principiële grondslagen van het verpleegkundig beroep. Tevens kwam het in vele landen bestaande tekort aan verplegenden aan de orde. Tot de conclusies behoorde, dat perfectionering van de opleiding en meer materiële voorzieningen nodig waren, maar deze zouden niet in staat zijn tot opheffing van het tekort. Evenzeer werd nodig geacht een 'morele

Internationale trends

Diverse andere landen kampen met moeilijkheden die vergelijkbaar waren met die in Nederland. De meest in het oog springende zijn:

- groeiproces naar volwaardige beroepskennis en beroepsuitoefening;
- de rol van de overheid (wetgeving), de organisaties en het verenigingsleven in dat groeiproces;
- introductie van een leerlingstelsel (opleiding inservice), later ook van dagscholing en voortgezette opleidingen;
- naast theoretische dagscholen ontstaan van dagscholen met een meer praktisch gericht programma;
- verschillen in de verhouding tussen theorie en praktijk;
- ontstaan van een verhouding tussen de geneeskunst en de verpleegkunst en die tussen geneeskundigen en verpleegkundigen;
- de discutabele status van de verpleegkunst;
- de discutabele status van de leerling-verplegende ('leerling én werkracht' of 'leerling als studerende');
- doorstroming naar het academisch onderwijs;
- het programma omvat mede een pre-klinische oriëntatieperiode (voorafgaande algemene voorbereiding gedurende 2 tot 8 maanden);
- didactiek volgens het 'bloksysteem' (een aantal maanden begeleid praktijk per ziekenafdeling, ná theoretische voorbereiding), een en ander met het oog op brede geldigheid van het diploma;
- verschillende voor de opleiding verantwoordelijke instantie(s);
- discussie over de financiering van de opleidingen;
- ontstaan meer 'deskundigheidsniveaus';
- gedifferentieerder wordend opleidingssysteem door de dynamiek in de medische sector.

Vooral de verhouding tussen de deskundige werkers in de ziekenhuizen was en is een actueel onderwerp gebleven. We komen dat aspect tegen in Querido's *Wilhelmina Gasthuis* (1966). Het heet op p. 267: 'na de oorlog hebben op verschillende afdelingen artsen getracht de verplegenden een nader begrip van het medisch handelen bij te brengen.'

herbewapening': persoonsvorming die de grondslag moet leggen voor een bredere verpleegkundige en sociale scholing. Ook in andere internationale congressen bleken de moeilijkheden vrijwel overal vergelijkbaar. De International Council of Nurses (ICN, 1900) heeft eveneens na de Tweede Wereldoorlog twee congressen gehouden (in 1947 en 1949). Een van de aanbevelingen was, de leerling-verpleegsters tijdens hun opleiding niet als werkkrachten in het ziekenhuis in te zetten, en daarin alleen stage te laten lopen. Tevens kwamen ter sprake eisen inzake leerplan en leermiddelen waaraan opleidingen voor verpleegsters en ziekenverzorgsters zouden moeten voldoen. Het 'Comité d'experts des soins infirmières' van de Wereldgezondheidsorganisatie kwam tot soortgelijke aanbevelingen (1950).

Het in 1950 gehouden congres van het 'Comité d'experts des soins infirmières' van de Wereldgezondheidsorganisatie stelde vast dat er behoefte was aan drie groepen van verplegenden: (a) leidinggevend; (b) verpleegkundigen; (c) hulp-

Internationale problemen

Op het Internationale Ziekenhuiscongres, in 1949 gehouden te Amsterdam en te Groningen, werden de volgende problemen aan de orde gesteld:

1. Het opleidingsprogramma voldoet niet meer aan de eisen die een goede verpleging stelt.
2. Er zijn te weinig volledig opgeleide verplegenden en docenten.
3. De toegepaste systemen van scholing verschillen onderling te sterk.
Bekend zijn:
 - opleidingsscholen met dagonderwijs;
 - theorie/praktijkopleiding (leerlingstelsel of inservice-opleiding die leren en werken afwisselt en waarbij de studerende zowel leerling als werkkraft is);
 - inservice-opleiding die het theoretische deel inricht als 'bloksysteem' (zie p. 174, 177);
 - inservice-opleiding die het theoretische deel delegeert aan regionale scholen.
4. Daar waar de leerling geen werkkraft maar student is worden 'hulp-verplegenden' (*practical nurses, health care assistants*) ingeschakeld; zij verrichten het werk dat voorheen tot de taak van de leerling-verpleegkundigen behoorde.

Hier zien we de gegroeide drie deskundigheidsniveaus genoemd die ook in Nederland – zij het informeel – waren ontstaan; in het rapport-Koopman (zie hoofdstuk 7) komen we dat aspect opnieuw tegen.

verplegenden. Voorgesteld werd de basisprogramma's te herzien; dit om de verplegenden beter te kunnen voorbereiden op de eisen van de moderne volksgezondheid.

5.3 Commissie-Sanders: zicht op de toekomst

Contacten met buitenlandse ziekenhuisorganisaties en eigen zoeken naar verbetering van de opleiding stimuleerden in enkele ziekenhuizen tot structurele en inhoudelijke vernieuwing. Daartoe behoorden: invoering van een preklinische periode voor leerlingen; invoering van studieblokken; het geven van theoretische lessen buiten diensttijd. Een studie die daarop aandrong en tevens voor Nederland nieuwe wegen aanbeval was afkomstig van de commissie-Sanders.

Het werkstuk van de commissie onder voorzitterschap van rector A.A.M. Sanders was getiteld 'Rapport inzake de Opleiding van Verplegenden'. Het werd geschreven naar aanleiding van het door de Subcommissie Verplegend Personeel van de Ministeriële subcommissie in 1949 uitgebrachte concept-rapport. Dit baarde nogal opzien, getuige het hiertegen bij de minister van Sociale Zaken ingediend schriftelijk bezwaar van de Vereniging van Katholieke Ziekenhuizen. De vereniging verzocht aan bovengenoemd rapport geen uitvoering te geven vooraleer ook van katholieke zijde de in deze kring heersende zienswijze zou zijn bekend gemaakt.

Dit verzoek werd ingewilligd. Daaraan danken we de uitvoerige studie, in aanhef genoemd. De commissie kweet zich grondig van haar taak door ook studie te maken van de opleidingen in het buitenland. Zij stond een radicale reorganisatie voor die besloten ligt in de volgende uitgangspunten:

De beroepsopleiding tot verpleegkundige moet ressorteren onder het ministerie van Onderwijs, Kunsten en Wetenschappen. Zij dient geconcentreerd te zijn om de leerlingen zelf, en nog niet om de patiënt. Het is niet verantwoord de leerling al aanstonds het grootste deel van de dag te laten meelopen in de gewone gang van zaken in het ziekenhuis, omdat zij daarvoor geestelijk nog niet klaar is. Dit is nadelig voor de zieke en brengt een goede persoonlijkheidsvorming in gevaar. Wat voor de opleiding van sociale werkers reeds lang is geaccepteerd, een schoolopleiding in de volle zin des woords, moet ook voor de verpleegkundigen als ideaal worden gesteld.

Op deze uitspraak sluiten de volgende aanbevelingen aan. (a) De leerling fungeert niet als werknemer, maar als studerende (de opleiding wordt los gemaakt van het ziekenhuis door stichting van opleidingsscholen) (b) De theoretische kennis moet verbonden worden aan het praktische leven; men hoede zich voor te veel abstracte theorie. (c) De opleiding dient twee fasen te kennen, namelijk een pre-klinische en een klinische periode; een pre-klinische periode van drie of vier maanden omvat persoonlijkheidsvorming, alsmede oriëntatie op en inleiding tot het verpleegwerk i.c. een algemene voorbereiding voor het werk en de grondslagen van het beroep); praktische oefeningen onder deskundige begelei-

ding maken daarvan deel uit. (d) In de hierop volgende klinische periode doen de leerlingen onder deskundige, speciaal daárvóór aangestelde leiding praktische ervaring op, en zij ontvangen daarnaast voortgezette theoretische lessen. (e) Als opleidingsmethode biedt het *blocksystem* – zoals dit in het buitenland is doorgevoerd en door de Stichting Vronestein te Voorburg is opgezet – de meeste kans van slagen. (f) De opleidingen moeten niet alleen gericht zijn op vakvorming, maar ook op mentale vorming. (g) Sluitstuk van het opleidingssysteem dient te worden: opleiding tot verpleegkundige op academisch niveau.

5.4 Nieuwe opleidingsinitiatieven

5.4.1 Stafopleidingen

Na 1945 kwam veel op de helling in het kader van een omvangrijk herstel- en vernieuwingsprogramma. Voor het bedrijfsleven en het onderwijs werd een opleidingstype geïntroduceerd dat voorzag in de behoefte aan opgeleide leidinggevenden, hoofden van diensten, directeuren, adjunct-directeuren, uitvoerders en opzichters.

Ook de verplegingssector kreeg met die vernieuwing te maken: stafopleidingen werden gegeven aan gediplomeerden die daarvoor belangstelling hadden. Daaronder waren zowel praktizerende als potentiële hoofdverpleegsters en hoofden van diensten.

In deze externe opleiding, verzorgd door daarin gespecialiseerde bureaus, werden moderne methoden toegepast, zoals het rollenspel en gespeelde conflicten met hun oplossingsmogelijkheden. Deze vorming was een voorloper van de latere uitbreiding van het middelbaar onderwijs met hoger, niet-academisch onderwijs, (zie het KB van 10 mei 1958), alsmede verplegingswetenschappelijk onderwijs en onderzoek. Tevens werden in toenemende mate populair door bedrijven georganiseerde interne en externe cursussen, zowel tot opvoering van de produktiviteit en als tot verbetering van de interne organisatie.

5.4.2 Vronestein

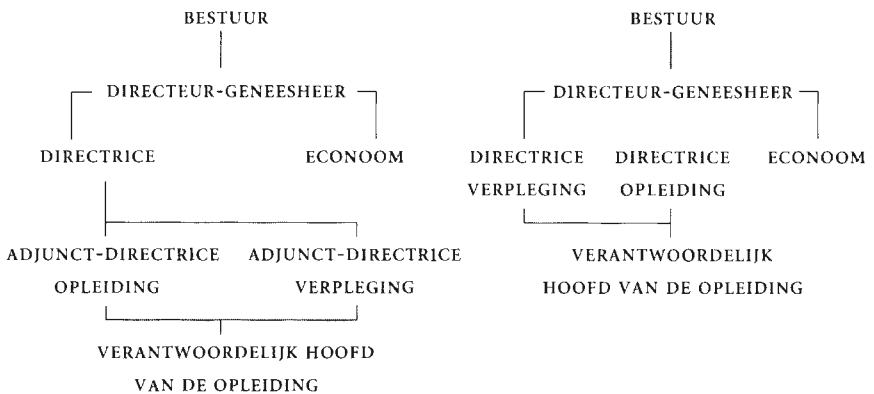
De eerste Nederlandse dagschool die nieuwe wegen baande was de Katholieke Opleidingsschool voor verpleegkundigen van de Stichting 'Vronestein' te Voorburg (1947). Veertig jaar later ging die instelling op in het Regionaal Instituut 'Florence Nightingale' te 's-Gravenhage.

Vronestein was tevens internaat (zoals trouwens tot 1970 vrijwel alle ziekenhuizen met een intramurale eigen opleiding). Het werd gehuisvest in een villa en voor de praktijk verbonden aan het R.K. Ziekenhuis St. Antonius te Voorburg. Gedurende hun opleiding verbleven de toekomstige verpleegsters in het internaat. Het driejarige leerplan berustte op genoemd blokstelsel: vooropleiding van 4 maanden, daarna twee blokken van een maand elk voor gedifferentieerde studie (naar afdeling en specialisme). In de overige maanden deden zij de praktijk-

Voorlopers van de vernieuwing

Ook de rapporten van de Voorlopige Verplegingsraad (1958/1959) over ziekenverzorgsters, verpleegsters en verplegers bieden 'zicht op de toekomst'. Ze zijn in verscheidene opzichten voorlopers van de genoemde en latere vernieuwingsgedachten (waaronder de beroepsprofielen van 1988 en de in hoofdstuk 7 beschreven studies tot radicale vernieuwing van het onderwijs voor de verzorging en de verpleging). Zo bepleit de Raad, de leerling in die sectoren als leerling te beschouwen, en niet als werkkraft. Een preklinische periode van drie maanden is noodzakelijk. De leerling-verpleegsters krijgen in een 'school' theoretische lessen, en doen de praktijk in een ziekenhuis in de vorm van stages (deelneming aan het werk zonder daarbij als verantwoordelijke functioneel te zijn ingeschakeld). Ook is een poging gedaan 'beroepsprofielen' te formuleren, en valt de naam 'basis-diploma'.

Voor een nauwere relatie met het ziekenhuis waar de leerling voor de praktische opleiding geplaatst is, stelt de VVR instelling van een opleidingsinstituut-nieuwe stijl voor. Dat moet onder het bestuur en de directie van het ziekenhuis zo ressorteren dat de opleiding een eigen eenheid vormt. Een van de volgende organisatieschema's zou daartoe kunnen dienen:



(bron: *Rapporten Voorlopige Verplegingsraad, 1958/1959, p. 3-25*).

stages in het ziekenhuis. De leerlingen waren verdeeld in kleine groepen, ieder met een eigen speciaal daarvoor aangewezen leidster. Iedere groep kreeg taken die rouleerden. Het huishouden – inclusief de maaltijden – werd verzorgd door de leerlingen.

Na enige ervaring met deze opleiding en haar leerlingen te hebben opgedaan kwam de voorzitter van de Stichting Vronestein (dr. Th.F. Bloem, tevens geneesheer-directeur van het ziekenhuis) tot de overtuiging, dat drie verschillende klassen moesten worden opgeleid: aanstaande hulpverpleegsters, zelfstandige verpleegsters en leidinggevende verpleegsters (de drie deskundigheidsniveaus die verderop aan de orde komen).

5.4.3 *Verpleegstersschool AZVU*

Een soortgelijk voorbeeld van vernieuwing was de oprichting van de ‘Verpleegstersschool’ (in 1970: ‘school voor Verpleegkundigen’), eveneens met internaat, verbonden aan het Academisch Ziekenhuis van de Vrije Universiteit te Amsterdam. Daarover was al gedacht vanaf 1956, toen de bouw van het Academisch Ziekenhuis van de Vrije Universiteit begon. Kort hierna viel het besluit van het College van Bestuur, een eigen Verpleegstersschool te stichten. Deze werd in 1961 ingericht naar ingewonnen adviezen. Een van de belangrijkste punten was de separatie van ziekenhuis en school. Zr. J.C. Groneman, directrice van de school (1959-1969), bracht haar ‘bloksysteem’ mee uit haar functie als directrice van het ziekenhuis te Enschede. Zij ontwierp het hierna te noemen leerplan. Tevens was van invloed een verslag over een studiereis door Denemarken en Zweden, gemaakt door zr. N. Verburg, directrice Academisch Ziekenhuis van de VU van 1958-1976. Als voornaamste motief gold, te komen tot een permanente aanwas van personeel dat zowel deskundig zou zijn als de beginselen van de VU kon onderschrijven. Als basis van het leerplan diende het ‘Plan Basisopleiding’ van de Voorlopige Verplegingsraad; dit bevatte aanbevelingen inzake minimaal aan de A-opleiding te stellen eisen. Een officieel verzoek tot wettelijke erkenning van deze opleiding werd ingediend en in 1963 verkregen.

De school begon in oktober 1961 met 36 leerlingen. Als vooropleiding gold middelbaar onderwijs en (M)ULO met een goed examenresultaat. Elk kwartaal werd een groep van 36 leerlingen in opleiding genomen. Iedere groep werd verdeeld in twee klassen, elk geleid door een eigen verpleegkundige als klasselerares. Tot 1971 was gebruikmaking van het internaat verplicht. In de eerste jaren – toen de ziekenhuisbouw van het AZVU nog niet voltooid was – werkten de leerlingen als gedetacheerden in verschillende ziekenhuizen en verpleeghuizen in het gehele land. Later stond het VU-ziekenhuis daarvoor in hoofdzaak beschikbaar.

Voorafgaand aan de eerste praktijkwerkperiode (werkstage) was er een schooltijd van drie maanden, de preklinische studie- en oriëntatieperiode. Daartoe behoorde ook oefening in eenvoudige ‘bedverpleging’, om alvast te leren waarop de studie uitloopt; dit in de overtuiging, dat een goed contact van de verplegende met de patiënt van onschatbare waarde is.

Het opleidingsschema omvatte verder de volgende studieperioden: kinder- verpleging, kraamverpleging, psychiatrie, verpleging chronisch zieken, kleine specialisaties (KNO, oogheelkunde en gynaecologie), sociale verpleging, operatieafdelingen, interne verpleging en heelkundige verpleging.

Deze perioden waren onderverdeeld in een theoretisch en een praktisch deel, alsmede een nabespreking. De verhouding tussen theorie, praktijk en nabespreking was 3:13:1. Ten slotte volgde een algemene periode van 2 weken, voorafgaand aan het staatsexamen voor het A-diploma. Het aantal studieperioden bedroeg 44 weken, het aantal praktijkwerkperioden 118 weken en het aantal vakantieperioden 18 weken, totaal 180 weken, verdeeld over de cursusduur van 3 jaar. Gastdocenten en excursies vulden de lessen van de verpleegkundig docenten aan. Nagestreefd werd een evenwicht in de afwisseling van school- en praktijkperioden.

Door de praktijkbegeleiding kon de theoretische kennis in de praktijk worden verdiept. Essentieel was dat de lerares/praktijkbegeleidster geen deel uitmaakte van de ziekenhuisorganisatie. Dit bleek een sterke zijde van de school. In de ziekenhuiswereld vereisten de verbeterde diagnostiek en de grotere therapeutische mogelijkheden een grotere verpleegkundige inzet als onderdeel van de geneeskunst. Verpleging van patiënten mede door middel van ingewikkelde apparatuur vroeg steeds meer kunde en een werkelijk nieuwe benadering van de patiënt. De inhoud van het medisch-theoretische deel van de opleiding werd in nauwe samenwerking met de medische staf van het AZVU opgezet. Voor het verpleegkundig deel werd overlegd met de verpleegkundige ziekenhuisstaf van het AZVU en de ziekenhuizen waar specialistische onderdelen werden gevolgd. Begeleiding van de leerling aan het ziekbed, alsmede oefening in de bediening van de meest voorkomende apparatuur was de inhoud van de 'preklinische periode'. Een goede beheersing van de emotionaliteit in de omgang met zieken en hun familieleden werd nagestreefd. Vandaar ook plaatsing van het studievak psychologie in het programma van alle onderdelen.

De beoordeling van de leerling in de praktijkwerksituatie in verhouding tot de theorielessen behoorde tot de taak van de begeleidende lerares. De afdelingsverpleegkundige was voor het werk op de afdeling inzake de patiëntenzorg verantwoordelijk en gaf de eindbeoordeling van de leerling. Regelmatige bijscholing van de docenten en de begeleidende functionarissen via voordrachten en cursussen bleek noodzakelijk en werd gerealiseerd.

Hier speelde zich een unieke theorie-praktijk-methodiek af. Deze legde de grondslag voor een verpleegkunst die een essentieel deel van de geneeskunst is. Praktijk werd niet gezien als een gevolg van theorie, maar als verweven ermee. Praktijk is zo niet alleen toegepaste wetenschap, zij is zelf ook wetenschap, een volwaardige evenknie van de theoretische wetenschap. Dit axioma wordt veronachtzaamd in elke beroepsopleiding waar de theorie gaat overheersen ten koste van de praktijk. Vandaar dat deskundige en als zelfstandig studievak gehanteerde praktijkbegeleiding een onmisbaar deel moet uitmaken van elk verpleegkundig leerplan. Hierbij gaat het niet om verwerving van in korte tijd te

leren handigheid, maar om vaardigheden en inzicht die zeer tijdrovend – en dus duur – zijn.

Acht jaar lang konden deze unieke onderwijsstructuur en -inhoud worden volgehouden. In 1969 vertrok de schooldirectrice in verband met functioneel leeftijdsontslag. Hierna volgde er een moeilijke periode (zie AZVU *Even stilstaan 1961-1986*) waarin veel van de oorspronkelijke doelstellingen verloren gingen.

Gezien de opzet en de breedte van deze dagopleiding in de periode 1961-1970 is deze School voor Verpleegkundigen toen wel als de eerste goede HBO-V-school beschouwd. Nog daaraan terugdenkend verzocht het schoolbestuur het ministerie, samenwerking met het HBO-V goed te keuren. De inspecteur voor het sociaal-pedagogisch onderwijs (C.A.R. Graamans) maakte echter in 1974 duidelijk, dat samengaan van 'twee ongelijksoortige opleidingen' uitgesloten was. Het ongelijksoortige zat in de verschillende aard van de studie: de op brede vorming en integratie van theorie en praktijk gerichte School voor Verpleegkundigen met leerlingen die een leer-arbeidscontract hebben getekend, tegenover de overwegend abstract-theoretische inslag van het HBO-V met studerende die in hun stageperioden student zijn. Die ongelijksoortigheid verhinderde overigens enige tijd later niet, beide opleidingstypen formeel op hetzelfde, d.i. het eerste 'deskundigheidsniveau' te plaatsen (zie p. 194).

Hier verlaten we de Amsterdamse School voor Verpleegkundigen. Verscheidene aspecten van het verschil tussen leerlingstelsel en onafhankelijk dag-onderwijs, alsmede dat tussen MBO-V en HBO-V komen we in de loop van deze geschiedschrijving als vanzelf weer tegen.

5.4.4 Regionale scholen voor extramurale opleidingen

Een vierde vernieuwing betrof de organisatie van de interne inservice-opleidingen. Grote ziekenhuizen brachten hun opleiding onder in een vleugel van het ziekenhuis of in een apart gebouw. Kleinere instellingen kwamen overeen, op het gebied van de opleiding te gaan samenwerken. Als vrucht daarvan verschenen tot 1970 dertien 'regionale scholen voor verpleegkundigen' (RSV). Toen werd reeds 15% van het aantal leerlingen voor het A-diploma aan die scholen opgeleid. Het grote voordeel van deze scholen was tweërlei: (a) het theoretisch onderwijs kwam los te staan van het ziekenhuis, dus ook los van al zijn organisatorische problemen; (b) het onderwijs werd niet meer gegeven in de vrije tijd van de leerlingen, maar als volwaardig deeltijd-dagonderwijs.

Voorts besloten enkele grote, vooruitstrevende ziekenhuizen tot invoering van studieblokken, naar enkele buitenlandse voorbeelden en waarmee Vronestein en Enschede al begonnen waren (zie boven) overeenkomstig de aanbevelingen van de VVR.

5.5 Letteropleidingen en dagscholen. Hun sterke én kwetsbare zijden

Genoemde scholen leidden op voor bij wet van 1921 omschreven diploma's. De geldigheid hiervan was formeel beperkt. Dit bleef een bezwaar. Het HBO-V streeft een 'all round'-opleiding, zie p. 157; dit diploma biedt bredere beroepsperspectieven. Na een letter-opleiding (A, B, Z, Zv) is de gediplomeerde aangewezen op slechts één sector van de verpleging. Wie in een ander deel van de gezondheidszorg wil gaan werken – bijvoorbeeld verhuist van algemeen ziekenhuis naar psychiatrie – moet een vrijwel geheel nieuwe opleiding doorlopen. Dat betekent: verspilling van energie, en hindernissen van de werknemers bij wisseling van werkkring. Iets dergelijks doet zich voor bij de vervolg- en specialistische opleidingen: verscheidene hiervan zijn niet wettelijk erkend, en vertonen overlappingsen; dit werd in 1991 door de commissie-Werner ernstig bekritiseerd (zie 7.4).

De opleiding voor het onderhavige 'ambacht' kan ook lopen via geheel zelfstandige dagscholen. Deze kwamen in Nederland vanaf 1972 tot stand; zij verschillen in vierlei opzicht van de in het voorgaande genoemde opleidingen: (1) aanbidding van abstract en overwegend cognitief onderwijs; (2) de stages spelen zich af in de werkelijkheid, om school en ziekenhuispraktijk te verbinden; (3) de leerling is student; (4) het diploma heeft een brede geldigheid (en beperkt zich dus niet tot A, B, Z of Zv). Om het abstracte karakter te nuanceren voerden de beide hogerop genoemde scholen (Vronestein en de VU-verpleegstersschool) een systeem in dat integratie van studeren en werken nabij komt. Dit 'participierend' of 'dual' opleiden komt vooral tot zijn recht door een associatie met een groot ziekenhuis; daardoor kan de leerling het praktijkwerk in alle specialistische afdelingen ervaren als een integraal deel van de studie.

De stages van autonome dagscholen zijn daarentegen verspreid over diverse inrichtingen van gezondheidszorg. Het sterke punt van die stages kán zijn: deskundige begeleiding die van de ziekenhuisorganisatie onafhankelijk en op directieniveau geregeld is (bijvoorbeeld begeleiding door de docenten van de school zoals in het eerste leerplan van de VU-school was opgenomen). Daarentegen kan het een zwak punt zijn, de begeleiding over te laten aan de toevallige beschikbaarheid van deskundig ziekenhuispersoneel; dit is oncontroleerbaar en onverantwoord, doordat teveel aan het toeval moet worden overgelaten.

5.6 Personeelsbezetting. Wervingsacties bij groot verloop

Het tekort aan verpleegkundigen nam na 1945 ernstige vormen aan. Dit verschijnsel kwam mede voort uit de veelheid van mogelijkheden voor gediplomeerden.

Het tekort maakte uiteraard een eind aan de gewoonte van sommige ziekenhuisdirecties, een deel van de gediplomeerden te ontslaan en het meeste werk door leerling-verpleegsters te laten doen. Mede waren van invloed: (a) het toenemend aantal opnamen (vergroot aantal patiënten door een in de oorlog opgelopen

'Het' verpleegkundig beroep anno 1945

In 1945 konden verpleegkundigen geplaatst worden als:

- verpleegster, zaalzuster, eerste verpleegster, polikliniekzuster, hoofdverpleegster, operatiezuster, assistente bij röntgen- en fysieke therapie en directrice in ziekenhuizen, klinieken, sanatoria, psychiatrische en andere verpleeginrichtingen, kinderkolonies, rusthuizen, bejaardenhuizen en kraaminrichtingen;
- leidster van een kleuterverblijf en parkherstellingsoord; verpleegster voor de nazorg in de buitendienst en maatschappelijk werk; districtsverpleegster;
- assistente op bureaus voor kinderuitzending en gebrekkigenzorg;
- wijkverpleegster, schoolverpleegster, assistente op consultatiebureaus;
- huisbezoekster voor tbc-bestrijding en zuigelingenverzorging, in dienst van kruisverenigingen en geneeskundige diensten;
- huisbezoekster bij de bestrijding van geslachtsziekten; districtszuster, inspectrice, zuster in algemene dienst bij kruisverenigingen;
- particuliere verpleegster, bootverpleegster en fabrieksverpleegster; docente in de verpleegkunde in ziekenhuizen, voor moeder- en kleuter-cursussen, in huiselijke hygiëne en voor kraamverzorgster; leidster van een kraamcentrum.

Verplegers konden terecht als:

- verpleger-afdelingshoofd, assistent polikliniek, röntgen-afdeling, fysieke therapie en arbeidstherapie;
- functionaris bij opnamediensten en eerste-hulpdiensten; verbandmeester in fabrieken;
- verpleger-vakman op vakscholen voor onvolwaardige arbeiders.

achterstand en slechte gezondheidstoestand van velen); (b) de afnemende toeloop van leerling-verplegenden; (c) het verloop van gediplomeerden dat de aanwas van leerling-verplegenden overtrof; (d) een sterker streven naar een zelfstandige betrekking voor vrouwen; (e) uitzending van verpleegsters en verpleeghulpen naar Indonesië; (f) de invloed van progressieve bewegingen die de schijnwerper richten op de sociaal-economische positie van de vrouw in het algemeen, terwijl tegelijkertijd de 'exploitatie' en de 'onderbetaling' van de verpleegster meer aandacht kregen; (g) de sterk toenemende bevolkingsgroei.

Daarbij kwam een groeiende belangstelling voor ziekten en gebreken van de ouderdom. De zich daarop richtende geriatrie werd een gespecialiseerde tak van de gezondheidszorg. Ditzelfde gold voor de gerontologie die zowel de medische als de sociaal-economische aspecten van de ouderdom bestudeert. Een 'Vereniging voor Gerontologie' werd in 1946 opgericht.

Ook had het tekort te maken met meer gedifferentieerde en tijdrovende zorg per patiënt. Toch verminderde het aantal zieken per verplegende. In 1957 waren er per verplegende 2.01 patiënten, in 1971 1.27 patiënten. De verpleeglast per persoon is toegenomen: de patiënten gaan na de behandeling sneller weg dan vroeger, zodat alle patiënten veel tijd vragen.

Door diverse oorzaken heeft het CBS die gegevens later anders verwerkt. Wel is vastgesteld dat de gemiddelde verpleegduur is blijven afnemen. Deze bedroeg in algemene, academische en categorale ziekenhuizen: 16,1 in 1975, 14 in 1980, 12,5 in 1985 en 11,5 in 1989 (CBS, *Intramurale gezondheidszorg 1989*, Voorburg/Heerlen 1991).

Voor die tegengestelde beweging (vermindering van het gemiddeld aantal patiënten per personeelslid en signalering van toenemende werkdruk) zijn diverse oorzaken aan te wijzen. Zo voegden zich steeds omvangrijker geworden typisch medisch-technische taken bij het eigenlijke verplegen en verzorgen (vanouds de kern van het verpleegkundig beroep: de basisverpleegkunst). Verder kwamen door schaalvergroting wijdlopende ziekenhuisplattengronden in gebruik; dat betekende verlenging van de looplijnen. Tevens vervingen kleine kamers (2 à 6 bedden) grote zalen (24 à 30 bedden). Ook werden kortere werktijden ingevoerd.

De ingevoerde niveaudifferentiatie en afstoting van verpleegtaken naar verzorgenden konden genoemd tekort aan verplegenden niet opheffen. Als nooit tevoren bleken voldoende vakbekwame verpleegkundigen essentieel te zijn voor het goed functioneren van een modern ziekenhuis.

Eerst werd het personeel zwaarder belast. Hier en daar moest zelfs een aantal bedden buiten gebruik worden gesteld; daardoor werd een opnamestop nodig. Een – gedeeltelijk succesvolle – werving van verpleegsters in het buitenland bracht incidenteel enig respijt.

Meer ingrijpend was het aantrekken van gehuwde vrouwen/oud-verpleegsters. Het probleem analyserend onderscheidde een door de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid ingestelde werkgroep drie categorieën: (a) verpleegkundigen die na het sluiten van hun huwelijk in dienst blijven; (b) oud-verpleegkundigen met jonge kinderen; (c) oud-verpleegkundigen met oudere kinderen.

De onder (a) bedoelde verpleegkundige nam meestal ontslag bij de geboorte van het eerste kind. De onder (b) genoemde was in staat, opnieuw in dienst te treden zodra voldoende crèches voorhanden waren. De verpleegster met oudere kinderen kwam het meest in aanmerking voor heropvatting van haar oude beroep. Deze c-groep kon het grootste aantal verpleegsters leveren; zij waren echter het langst uit de verpleegpraktijk en hadden de meest recente veranderingen niet meegemaakt; bijscholing was vooral voor hen nodig.

De oud-verpleegkundigen kregen bij indiensttreding te maken met de intussen verder gemoderniseerde technologie en nieuw ingevoerde organisatorische veranderingen. Al spoedig begonnen enkele ziekenhuizen (Den Haag en Amsterdam) met een 'opfrissingscursus': een nascholing voor verpleegkundigen.

Andere ziekenhuizen gingen ook hiertoe over. Sindsdien kreeg de uitwerking van dit vraagstuk aandacht, maar opgelost werd het niet geheel. Om de avond- en de nachtdienst aantrekkelijker te maken werd daarvoor een toeslag op het salaris verstrekt. Die maatregel was succesvol. Ook werkte mee, dat de drang naar werken van gehuwde vrouwen toenam. Hun kansen op de arbeidsmarkt werden en worden echter beïnvloed door de mate waarin de ziekenhuisbesturen er in slagen, het hardnekkig blijvend personeelstekort op te heffen.

De recente acties tot vermindering van de 'werkdruk' en tot verhoging van de geldelijke beloning zijn even zovele aanwijzingen, dat er nog veel te (be)sturen valt op dit terrein. Die werkdruk is bij de pogingen tot verbetering van de personeelsvoorziening en de arbeidsvoorwaarden een sleutelbegrip geworden. Advertenties tot werving van verpleegkundigen ontvouwen beleidsplannen die suggereren, dat de verpleegkundige arbeid aantrekkelijker begint te worden.

We kunnen daarin bijvoorbeeld lezen dat de verplegingsdienst 'volop in beweging' is, en dat 'stapsgewijs een patiëntgerichte verpleging' is ingevoerd (in plaats van taakgerichtheid, met het accent op meer zelfstandigheid) (*TvZ*, 1992, 12, p. 459; vgl. p. 220).

Blijkbaar blijft onverminderd een als te hoog ervaren werkdruk voortduren. Duizenden verpleegkundigen verlaten jaarlijks om lichamelijke of psychische redenen hun werkkring, en komen in de WAO terecht. Het jaarverslag (1991) van de bedrijfsvereniging BVG signaleert 'een steeds grotere werkdruk' als voornaamste oorzaak van het grote verloop. Tal van oud-verpleegkundigen ontvangen een uitkering doordat zij de combinatie verplegen-eigen gezinszorg niet kunnen volhouden. Een deel van hen begint later opnieuw zodra de kinderen wat ouder zijn. Vooral in het weekeinde functioneren veel gezondheidsinstellingen dank zij zulk deeltijd-personeel. Uitzendbureaus spelen hierbij vaak een bemiddelingsrol.

Genoemd arbeidstekort heeft de zorg in de medische sector lange tijd ondermijnd. Volgens een rapport van de geneeskundige hoofdinspectie voor de geestelijke volksgezondheid van december 1991 werkten toen 531.000 personen in de gezondheidszorg. Veel leerlingen (5.000 à 8.000 per jaar) maken de opleiding niet af. Jaarlijks verlaten 22.000 verpleegkundigen en ziekenverzorgenden de gezondheidszorg, alle investeringen in werving en selectie ten spijt. Verwacht wordt dat de huidige instroom van 20.000 leerlingen zal teruglopen tot 14.500 in het jaar 2000. Het Centraal Planbureau voorziet op basis van de huidige trend dat in het jaar 2000 het arbeidstekort oploopt tot 63.000.

Vooral de verpleeghuizen stonden onder druk; sommige ervan konden niet meer het gehele etmaal zorg garanderen. Noodgedwongen werkte hier het 'verdringingsverschijnsel' (dat overigens in engere zin ook een positieve kant kan hebben, zie p. 208) extra sterk: ziekenverzorgenden worden wel als afdelingshoofd aangesteld doordat er zich geen verpleegkundigen voor die functie beschikbaar stellen. Ook blijft een aantal verpleeghuisbedden onbezet. In het algemeen was er te weinig aanbod van gediplomeerd personeel, terwijl er te

weinig gediplomeerden bleven werken. Dit betekende enerzijds onvoldoende zorgverlening aan patiënten, anderzijds een onverantwoorde druk op het personeel.

Naar de oorzaken van deze verschijnselen is onderzoek gedaan. Niet de salariering, maar de mentale werkdruk en het onzekere loopbaanperspectief blijken belemmeringen te zijn voor voldoende arbeidsaanbod en leerlingenaanwas. Maar er is meer. Zo besteden veel instellingen in de gezondheidszorg geringe aandacht aan kinderopvang. Volgens een enquête van de Nieuwe Unie '91 bestaat 80 % van het verpleeg- en zorgkundig personeel uit vrouwen. Van de instellingen biedt 47% kinderopvang voor kinderen van 0-4 jaar, maar in slechts 7 % van de 609 instellingen kan hiervan in overeenstemming met het dienstrooster gebruik worden gemaakt. Daarbij komt, dat in 61% van de instellingen de werknrusttijden voor zwangere werkneemsters niet bevredigend worden aangepast. Een en ander verklaart volgens ingewijden mede het grote verloop.

Uiteraard heeft het tekort aan personeel in de gezondheidszorg sterk gefluctueerd; het houdt mede verband met het werkloosheidsprobleem in het algemeen. Zo nam het tekort in de tweede helft van 1993 af van 25% tot enkele procenten. Op sommige plaatsen ontstond zelfs een overschot aan personeel, zo blijkt uit het rapport 'Hollen of stilstaan' van de Provinciale Raad voor de Volksgezondheid in Zuid-Holland. Het verminderen van het personeelstekort in de gezondheidszorg wordt toegeschreven aan de toenemende werkloosheid. Ook blijkt het verloop binnen de gezondheidszorg geringer dan voorheen. De raad adviseert de bestaande opleidingscapaciteit voor het personeel niet te kortwieken; dit met het oog op te verwachten personeelstekorten tegen het jaar 2000.

Thans komen verpleegsters uit alle delen van de wereld. Dank zij de grote personeelstekorten in de laatste tien jaar – mede door het als zwaar ervaren werk en de relatief laag geachte salariering – hebben vooral verpleegkundigen uit Suriname en de Antillen een betrekking in de Nederlandse gezondheidszorg kunnen vinden. De tekorten verminderden mede doordat vrouwen langer blijven werken of hun oude verpleegstersberoep weer opzoeken.

5.7 Rolverdeling tussen mannen en vrouwen

Samenhangend met het streven naar opheffing van het tekort aan personeel in de gezondheidszorg kwam in de jaren zestig ook de gevestigde rolverdeling tussen mannen en vrouwen aan de orde. Deze hing niet alleen samen met de wijze waarop en de mate waarin de gezondheidszorg modernisering doorvoerde, maar ook met de sociaal-economische positie van het werkende deel der bevolking.

Vanouds was het voor mannen niet aantrekkelijk, in de ziekenhuizen verpleegwerk te doen. Niet alleen werd dit bij voorkeur aan vrouwen toegedacht, maar ook moest het mannenwerk vaak onder leiding van vrouwen gebeuren. Tevens was de kans op promotie van mannen gering.

Naar een vijfdaagse werkweek

Het laat zich verstaan dat het streven naar een vijfdaagse werkweek in het bedrijfsleven, tegen 1958 opgekomen, in de wereld van de produktieve en de dienstensectoren, en ook in die van de ziekenzorg grote opschudding veroorzaakte. In dat jaar bedroeg het aantal gewerkte uren per week in Nederland gemiddeld 49 (tegen 40,2 in Canada, 39,2 in de VS, 46,8 in Zwitserland, 45,1 in Frankrijk, 45,5 in West-Duitsland en 45,3 in Engeland).

Ingewijden betwijfelden dan ook of die arbeidsverkortung wel uitvoerbaar zou zijn. In de discussie hierover kwam naar voren dat werktijdverkortung met het oog op vermoeidheidsverschijnselen ogenschijnlijk gunstig was, maar toch ongewenst omdat de bestaande werkdruk zou toenemen.

Voor de organisatie en de personeelsbezetting zou verkortung van de arbeidsweek uiteraard grote gevolgen hebben. Met het oog daarop rees de vraag naar een taakanalyse. Voor het eerst vroegen meer betrokkenen zich in bredere kring af wat een verpleegster eigenlijk deed op een dag. Welk deel was organisatie, welk deel huishoudelijke arbeid, welk deel verplegen en verzorgen, welk deel medisch-technische behandeling in opdracht van of ter ontlastung van de arts?

Ook buitenlandse studies onder meer het onderzoek van de Nuffield Provincial Hospital Trust *The work of nurses in hospital wards; report of a job-analysis* (Londen 1953) werden bestudeerd.

Hangende voortgaande studies en discussies viel de beslissing, in de zuigkracht van wat er gebeurde in het bedrijfsleven en de dienstensector: de vijfdaagse werkweek werd ingevoerd, zij het in etappes. Het SER-advies over deze arbeidstijdverandering en de 'Algemene Aanwijzing' van de Staatssecretaris gaven aan, dat de kosten van de aanstaande overeen te komen verbeterungen in de lonen of andere arbeidsvoorwaarden – waaronder de arbeidstijdverkortung – niet in de verpleegprijzen mochten worden doorberekend. De kosten moesten worden bestreden uit de reeds aanwezige 'economische ruimte', ontstaan door produktiviteitsverhogungen in het verleden, en/of uit een extra stijging van de produktiviteit.

Dit vraagstuk kreeg in de algemene ziekenhuizen eerder een andere uitwerking dan in de psychiatrische inrichtingen. Over mannen als verpleegkundigen werd niet in de eerste plaats gedacht. Een zieke vrouw kon zich toch niet door een man laten verzorgen? Verplegers waren eertijds werkzaam in een gasthuis of in particuliere dienst. Voor de bewaking van patiënten in dolhuizen werden sterke mannen aangesteld die fysiek opgewassen waren tegen moeilijk behandelbare 'dollen'. Naarmate deze 'krankzinnigen' werkelijk ziekenzorg genoten moesten aan het personeel andere en hogere bekwaamheidseisen worden gesteld. Geleidelijk verdwenen de zaalmeiden en de zaalknechten. In de eerste publikaties over verpleegkundige opleidingen is er alleen sprake van 'zusters', 'pleegzusters' en 'verpleegsters'. Verplegen uit roeping bleef immers lange tijd een ideaalbeeld. Toen in 1919 het wetsontwerp-De Visser tot regeling van het vakonderwijs in de Kamer aan de orde kwam gingen de heren akkoord met het idee van een der (uitsluitend mannelijke) leden, 'ziekenverpleging' noch als een 'vak' te beschouwen, noch dit staatszorg te verlenen, omdat (...) daarmee 'christelijke barmhartigheid' niet te verenigen viel (vgl. p. 138, 232).

In die tijd ontstond een streven naar meer mannelijke verplegenden in de verpleging. De in 1906 opgerichte Nederlandsche Verplegers Vakvereniging getuigt daarvan. Streed dr. Aletrino van Nosokomos voor gelijke rechten en plichten van beide seksen, de verplegersvereniging doorkruiste dat streven door te pleiten voor verpleging door meer mannen. Daartoe was alle aanleiding: in 1922 werkte van de gediplomeerde verplegenden in de algemene ziekenhuizen 6% gediplomeerde verplegers, in 1946 5% (resp jaarverslag GHI, 1926 p. 122, 123 en 1948/1949 p. 13).

De positie van de verplegers was als regel weinig rooskleurig. Aan hen werd, meer dan aan verpleegsters, vaak werk opgedragen dat niets met verplegen te maken had (*TvZ* 15 januari 1910). Voorts werkten broeders in mannenpaviljoens, mannen in vrouwenpaviljoens. Zowel verpleegsters als verplegers kregen ontslag als zij wilden trouwen. Ontstond een intieme verhouding tussen een verpleegster en een broeder, dan moest een van beiden een andere inrichting kiezen. Vrouwelijke patiënten wilden zich niet door mannen laten verplegen.

Dit verschijnsel is opmerkelijk: mannelijke artsen – al dan niet in opleiding – konden ongehinderd vrouwenzalen betreden en vrouwen behandelen; voor broeders werd dat 'onzedelijk' gevonden.

De vraag kan rijzen waardoor de verpleging voor mannen niet populair werd, zelfs niet in de jaren dertig die zich kenmerkten door omvangrijke werkloosheid en werkverschaffingsobjecten. Behalve de reeds genoemde aspecten (waaronder het magere imago van het beroep door de vage wetsgrond en de lage toelatingsdrempel) zijn daarvoor nog tal van andere oorzaken te noemen. Vooreerst decreeteerde de Arbeidswet van 1919 een 8-urige werkdag en een 45-urige werkweek, maar deze bepalingen golden niet voor de sector van de gezondheidszorg en andere diensten, en voor de agrariërs. De verplegenden kenden toen nog een twaalfurige of langere werkdag en veelszins koppeling van het huishoudelijk werk aan de verpleging. Ten tweede bleef de positie van de verplegenden een

heet hangijker. Militanten onder hen – gesteund door een gering aantal artsen – bleven, ongeacht de vereiste medisch-technische vaardigheden, de verpleegkunst zien als een relatief autonoom beroep met een eigen identiteit waarover de meeste artsen geringschattend oordeelden. Zij – de artsen – beschouwden de verpleegkunst als een onontkoombaar verlengstuk van de eigenlijke geneeskunst, continueerden stelselmatig de ondergeschikte positie van de verplegenden en weigerden met hen als collegae om te gaan. Ten derde hadden de ziekenhuisdirecties om economische redenen belang bij aanstelling van zoveel mogelijk goedkoop personeel. Kortom, al deze factoren, regelmatig aan de orde komend in de pers en het verenigingsleven met zijn lage organisatiegraad, waren weinig geschikt potentiële jongemannen enthousiast voor het verpleegkundig beroep te maken.

Na 1945 bleef de sector van de zorgverlening overeenkomstig de traditionele rolverdeling grotendeels in handen van vrouwen. Toch groeide de deelneming van mannen aan de verpleging naarmate deze op hoger peil kwam, betere arbeidsvoorwaarden gingen gelden, de professionalisering van het vak toenam en het ziekenhuis uitgroeide tot een medisch instituut met vele geledingen en kaderfuncties. Het aantal mannen dat slaagde voor het A-diploma bedroeg in 1939 nog slechts 2%. Dit percentage liep op tot 5 in 1969 en 13,4 in 1986. Het aantal mannen in het dienstverlenings- en gezondheidsonderwijs was in 1990/91 aldus: 27% in het deeltijd middelbaar onderwijs; 26% in het deeltijd hoger onderwijs; 10,7% in het voltijd middelbaar onderwijs; 21% in het voltijd hoger onderwijs; 11,5% in de korte opleidingen (CBS, *Statistisch Jaarboek 1993*). Het is duidelijk dat de Opleidingsbeschikking van 1966 (zie p. 141, verlenging en vernieuwing A-opleiding) en het ontstaan van MBO-V's en HBO-V's vanaf 1970 (zie p. 154, 155) prestigeverhoging van het beroep betekenden en de aantrekkelijkheid van de verpleging voor mannen verhoogden. Dit laatste door tweeërlei oorzaak: die scholing kwam los te staan van de bevoogding door medici en vrouwelijke verpleegkundigen in de intramurale zorg, en bovendien kreeg het beroep meer prestige doordat de opleiding daarvoor niet langer alleen verliep via het leerlingstelsel, maar ook via dagscholen (die niet onder curatele van bedrijven stonden).

De voorkeur van mannen gaat meestal uit naar technische en/of leidinggevende bezigheden, waaronder ambulancedienst, technische apparatuur en laboratoriumdienst (vgl. Rapport Basisdiploma Verpleger in *TVZ*, 1960, 83-85). Enerzijds voert die trend weg van directe zorgverlening, anderzijds is de kans van mannen op promotie aanzienlijk groter geworden.

Overigens is het opgevallen dat de traditionele mening, als zouden meer mannen dan vrouwen zich voor techniek en typisch medisch-technische taken interesseren, ongegrond is. De technische component in het medisch beroep is steeds sterker geworden; de ervaring heeft geleerd dat veel verpleegsters c.q. verpleegkundigen voor het technische werk zeer geschikt zijn, en dat zij dit ook ambiëren.

5.8 Opleidingsstructuur en doorstromingsmogelijkheden

Het inservice-onderwijs, in de ziekenhuizen ontstaan als een ‘bedrijfs’opleiding of leerlingstelsel, bleef tot heden voortbestaan. Wel werden de lessen in het leslokaal van het ziekenhuis gaandeweg vervangen door deeltijd-dagonderwijs aan regionale scholen. De duur van de opleiding kan per opleidingsrichting verschillen. In het inservice-onderwijs heet de studerende nog steeds leerling-verpleegkundige of leerling-ziekenverzorgende, en zijn leren en werken gecombineerd. Beide componenten zijn geregeld in een leer-arbeidsovereenkomst tussen de leerling en het ziekenhuis of de instelling; als systeem komt het overeen met dat van de andere leerlingstelsels.

Het ‘reguliere’ beroepsonderwijs (HBO-V en MBO-V) wordt door diverse onderwijsinstellingen verzorgd. Het grootste deel is dagonderwijs, maar ook deeltijdopleidingen komen voor. De onderwijsinstellingen leiden op tot verpleegkundige, verplegende of verzorgende in alle sectoren van de gezondheidszorg. Onderscheid bestaat tussen de MDGO-verpleger/verpleegster, de MDGO-verzorgende en de HBO-verpleegkundige. De MDGO-opleidingen zijn driejarig, de HBO-opleidingen vierjarig. Bovendien bestaan diverse andere beroepsopleidingen voor arbeid in de gezondheidszorg, onder andere die tot bejaardenverzorg(st)er, kraamverzorgster en de inservice-opleiding tot gezinsverzorg(st)er.

Een uitgebreid pakket aan cursussen stelt de verpleegkundigen in staat zich te specialiseren en de functie te wijzigen of te verbeteren. Vaak geschiedt dit per ziekenhuisafdeling. Die cursussen worden dan intern gegeven; ze bieden uitzicht op het behalen van ‘huisdiploma’s’.

Verder vallen te noemen: kaderopleiding, intra- en extramurale tweedegraads- en eerstegraadslerarenopleiding, en bijscholingscursussen. De duur van die opleidingen varieert tussen 9 maanden en twee jaar in deeltijd- of voltijd-studie. Vervolgopleidingen in de gezondheidszorg hebben onder meer betrekking op verpleegkundige beroepsvernieuwing of management. Daaronder vallen ook de post-HBO-cursussen op het gebied van klinisch specialisme, onderzoek en management.

5.9 Organisatorische omwenteling

Voor de huidige organisatorische verhoudingen heeft de bekende democratiseringsgolf in de jaren zestig de basis gelegd. Dit vernieuwingsproces raakte de universiteiten het eerst en zette zich voort in de rest van de maatschappij. Het was een opstand van de jongeren tegen de ouderen, een protest tegen het traditionele paternalisme. Jaren lang waren gehoorzaam de conventies gevolgd, nu doorzagen de vernieuwers hun ongerijmdheid, en forceerden een breuk daarmee. Het wezen van de universiteit, haar taken, haar opleidingsstelsel, haar verouderde structuur, reeds in de negentiende eeuw discutabel gesteld (zie p. 80), kwamen nu in veel sterkere mate op de helling. Meer vrijheid werd opgeëist,

Arbeidsplaatsen in 1991

In de sector van de Nederlandse gezondheidszorg werkten in 1991, terugerekend naar voltijdse arbeidsplaatsen, 255.000 verplegenden en verzorgenden in:

ziekenhuizen	90.000
psychiatrische ziekenhuizen	20.000
intramurale zwakzinnigenzorg	23.000
verpleeghuizen	60.000
bejaardenhuizen	30.000
gezinnen	14.000
kruiswerk, kraamzorg, bedrijfsgezondheidsorganisaties	15.000

(CBS, *Vademecum Gezondheidszorg Statistiek 1993*)

meer gelijkheid ook. De wet op het wetenschappelijk onderwijs (WVO, 1961) en de wet universitaire bestuurshervorming (WUB, 1971) kwamen voort uit dit verzet tegen de gegroeide verhoudingen en hiërarchie; horizontalisme en medezeggenschap in leiding en studie en studieresultaat kregen prioriteit.

Ook de ziekenhuisorganisatie kreeg te maken met die anti-paternalistische beweging. De traditionele functiepiramide was aldus. Aan de top stond de directrice. Daaronder bevonden zich per gespecialiseerde afdeling de coördinerende hoofden die aan de directrice verslag uitbrachten. Het coördinerend hoofd stond boven de hoofdverpleegster met hun eerste-verpleegsters en waarnemend-verpleegsters. De hoofdzuster gaf leiding aan de leerling-verpleegsters.

Deze hiërarchische structuur veranderde in een meer horizontale geleiding. De geneesheer-directeur werd medisch directeur of directeur patiëntenzorg. Tevens fungeerde hij als voorzitter van de Raad van Bestuur. Hij behoefde zelfs niet meer medicus te zijn. De administrateur werd economisch directeur, de directrice verpleegkundig directeur. Aan het hoofd van een afdeling kwam een manager te staan. Daaronder functioneerde een teamleidster met haar verpleegkundigen en leerlingen. Kleine afdelingen werden organisatorisch over de grotere afdelingen verdeeld. Grote ziekenhuizen zijn ertoe overgegaan, de verplegingsdienst op te bouwen uit zelfstandig werkende teams. Aan elkaar verwante teams zijn dan ondergebracht in sectoren die gestalte geven aan de uitvoering van het beleid.

Tegelijkertijd eindigde het u-tijdperk, tutoyeren werd regel. De resultante van al die krachtlijnen moest een samenwerkingsverband, een multidisciplinaire organisatie en een 'patiëntgerichte verpleging' opleveren.

Een belangrijke verandering in het ziekenhuiswerk was ook, dat intern wonen verviel. Het uniform van de verpleegster, vanouds het symbool van diaconaat en

Functiepiramide

De jaren zestig zijn de geschiedenis ingegaan als een periode waarin de traditionele hiërarchie door de jongeren als gedateerd en schadelijk aange-merkt werd. Rebellerende studenten eisten gratis onderwijs voor iedereen, vertegenwoordiging in het universiteitsbestuur, vervanging van hoorcolleges door werkgroepen en inspraak bij de vaststelling van de studieresultaten. Kortom, de maatschappelijke machtsverdeling kwam op de helling. Dit liet het ziekenhuis niet onberoerd. De traditionele functiepiramide van de verplegingssector zag er aldus uit:

*directrice en waarnemend directrice
afdelingen met coördinerende hoofden
hoofdverpleegster per afdeling
eerste verpleegsters en waarnemend eerste verpleegsters
leerling-verpleegsters*

Deze verticale geleding verdween ten gunste van een horizontale. De voornaamste kenmerken daarvan waren teamvorming, afdelingsbesprekingen en plenaire stafbesprekingen.

liefdewerk en roeping, werd na het werk uitgedaan. De witte jas van de dokter was al eerder in discussie gekomen. Het dragen van een witte jas demonstreert verantwoordelijkheid en speciale deskundigheid. Witte kleding – symbool van hygiëne – bleef in het ziekenhuis in gebruik, echter niet in alle spreekkamers van de huisartsen en de specialisten.

5.10 Kabinetsbesluit van 1980. Centraal probleem: praktijkbegeleiding

De economische recessie, ingetreden omstreeks 1975, ging gepaard met toenemende werkloosheid. Dit ging niet aan de gezondheidszorg voorbij: het personeelsverloop verminderde, evenals de opleidingscapaciteit van de inservice-opleiding.

Bovendien werd een oud vraagstuk actueel: het al dan niet voortbestaan van het tweesoortig verpleegonderwijs (leerlingstelsel naast regulier dagonderwijs, ressorterend onder twee ministeries). Voor het toenmalige Kabinet-Van Agt was een en ander op 27 juni 1980 aanleiding tot het nemen van een ingrijpend besluit: de op de verpleegpraktijk ingestelde inservice-opleidingen (IO) moesten voortaan samengaan met of opgaan in het overwegend abstract-theoretisch hoger dagonderwijs (HBO-V).

Twee vragen. (1) Waardoor die omslag in het denken over het aloude leerlingstelsel, het systeem van 'werkend leren' dat meer dan een eeuw lang verplegenden in de gelegenheid had gesteld zich zowel praktisch als theoretisch in het vak te bekwamen? (2) Waardoor kwam het besluit niet tot uitvoering?

Blijkbaar waren in 1980 de omvang en de gevolgen van de ingreep onvoldoende doorzien en overzien. De financiële consequenties waren niet geanalyseerd. Het was dus als een jagen naar een nog onbekend doel. Veel onderzoek lag aan het besluit niet ten grondslag, en invoering van een geforceerde integratie zou een slag in de lucht en tevens zeer kostbaar zijn geweest. Op dat moment werd nog verreweg het grootste deel van de verpleegkundigen en verzorgenden opgeleid via het inservice-systeem (87% in 1980, 72% in 1985, NEI 1991). Ook inhoudelijke overwegingen telden mee. De betrokkenen hadden – en hebben nog – de overtuiging, dat beide onderwijssoorten zowel voor- als nadelen kennen.

Voorstanders van het IO-systeem wijzen op de aantrekkelijkheid en het nut van gecombineerd leren en werken voor een groot deel van de studerende, nog afgezien van factoren als aanleg en aard van de intelligentie. Ook in andere typen van beroepsonderwijs (en trouwens ook in het 'algemeen' onderwijs) is gebleken dat de belangstelling van een groot aantal leerlingen meer uitgaat naar praktijkgerichte opleidingen dan naar abstract-theoretisch onderwijs. Voor herintredende oud-verplegenden en voor elders gediplomeerden die in de gezondheidssector willen gaan werken is die combinatie van praktijk en theorie zelfs het meest voor de hand liggend. Tegenstanders van het IO noemen de werknemerstatus van de leerling als bezwaar. Voorstanders van dagonderwijs accentueren de positieve betekenis van ongestoord studeren naast perioden van stages met 'deskundige praktijkbegeleiding'. Ook is een meer algemene, brede geldigheid van schooldiploma's aantrekkelijk, hoewel de noodwendig abstracte aard van de dagscholing (de invloed waarvan evenwel niet geheel wordt gecompenseerd door de stages, zie het rapport-Werner in hoofdstuk 7). Als verontrustend aspect komt naar voren de ervaring van sommige afgestudeerden, dat de werkelijkheid van de verpleging vaak weinig overeenkomt met het tijdens de studie gevormde beeld ervan (de kloof tussen 'verdichtsel en werkelijkheid' die eerder ter sprake kwam).

Over die voorgenomen samensmelting van het aloude IO met het HBO-V is dan ook veel te doen geweest. Daardoor kregen het principe en de uitgangspunten veel aandacht; de discussie hieromheen had echter meer een filosofische of ideologische dan een realistische inslag. Het vraagstuk werd nu eens benaderd vanuit het leerlingstelsel, dan weer vanuit de dagopleidingen. Daarbij stond centraal de vraag of de voornoemde praktijkbegeleiding in de dagopleiding wel deskundig en gegarandeerd systematisch verzorgd kon worden. Studies uit die tijd tonen aan dat beide systemen inderdaad zowel voor- als nadelen kennen, en een eensluidend oordeel bleef dan ook ontbreken. Zo begon in 1986 het WVC-leerlingenplan (plan-Hijzen). Dit ging de knelpunten te lijf inzake de integratie van theorie en praktijk, de tussen- en eindtermen en de arbeidsvoorwaarden. Verder werd geëxperimenteerd met een beroepsvoorbereidende periode van

zeven maanden, verkorting tot 36 uur voor jongeren en bestrijding van de jeugdwerkloosheid door het scheppen van nieuwe banen in de gezondheidszorg.

Tien jaar na genoemd Besluit maakten minister Ritzen en staatssecretaris Simons bekend, dat de ombouw van inservice-onderwijs naar dagonderwijs financieel niet haalbaar was gebleken (9 mei 1990).

Vrijwel alle knelpunten zien we terug in latere studies, vooral in het rapport van de commissie-Rauwenhoff en dat van de commissie-Werner en de Raad-BIG (zie p. 217, 221 en 169). Blijkbaar stond en staat nog steeds het beleid voor een dilemma. Het was achteraf gezien dus goed het in 1980 genomen besluit niet direct uit te voeren; het was verstandig te wachten tot zich een bruikbare synthese zou aanbieden.

5.11 Zoekend beleid. Zes experimenten

Door gebrek aan overeenstemming over de voorgenomen vernieuwing en toch zoekend naar verbetering van de onderhavige opleidingen nam de overheid – afgezien van het wetsontwerp-BIG (1986-1993) – een drietal initiatieven.

Ten eerste werd in 1986 de inservice-opleiding uitgebreid met een beroepsvoorbereidende periode van 7 maanden. Dit onder de druk van maatschappelijke en technologische ontwikkelingen die het werken in de gezondheidszorg complexer hadden gemaakt. De ‘ziekenhuisopleiding’-oude stijl (praktijkopleiding + aanvullende interne theoriecursus) is grotendeels verschoven naar externe cursussen (op regionale scholen voor deeltijdonderwijs). Tevens worden aan de onderwijsgevendende hogere kwalificatie-eisen gesteld die vergelijkbaar zijn met de aan de docenten van het reguliere dagonderwijs gestelde eisen. Als onderwijstype bleef het IO in principe onveranderd voortbestaan: ‘bedrijfs’-onderwijs (leerlingstelsel) met een praktische en een theoretische component. Bij de stagnatie van de operatie die de reconstructie van de inservice-opleiding naar dagonderwijs beoogde hielden diverse krachten elkaar in evenwicht: (a) de nieuwe regeling van 1986 verbeterde het inservice-onderwijs belangrijk; (b) de personeelsvoorziening bleef problematisch, mede door het grote personeelsverloop; ‘de overheid zag tegen de dreigende kostenverhoging op; (c) sommige verenigingen – waaronder de Vereniging van Opleidingsinstituten voor Verplegende en Verzorgende Beroepen (VOVB, 1974) – lieten zich tevreden uit over het voortbestaan van beide onderwijswegen.

Ten tweede kwam – naar buitenlands voorbeeld – een ‘verpleegkundig beroepsprofiel’ tot stand, geschetst door de ‘Nationale Raad voor de Volksgezondheid’ (1988); een aantal daarmee samenhangende adviezen werd daaraan toegevoegd. Een en ander is gebaseerd op de bestaande twee deskundigheidsniveaus (zie onder en de bijlagen 2 en 3).

Ten derde begonnen in 1991 zes regionale experimenten in de regio’s Zuid-Limburg, Oost-Brabant (het Dommel-Dieze-project), Zeeland, Amsterdam, Rotterdam en Friesland. Deze projecten hebben ten doel: onderzoek naar de

De situatie omstreeks 1990

Omstreeks 1990 was er een aarzeling over de te volgen onderwijsweg waarneembaar. Het inzicht was op dat moment:

- meer empirisch onderzoek is nodig om de voor- en nadelen van de beide hoofdsystemen naar waarde te kunnen beoordelen;
- praktijkbegeleiding voor de opleiding volgens het leerlingstelsel moet (door de dubbelrol van de leerlingen) organisch met ‘het werk’ worden verweven en ingebouwd (de kwaliteit van de praktijkbegeleiding voor stagiair(e)s (studenten) staat en valt met de kwaliteit van en de ‘ruimte’ (verleend door de ziekenhuisdirecties) voor de docent/begeleiders;
- de kloof tussen theorie en praktijk voor het dagonderwijs-systeem is moeilijker te overbruggen dan voor het leerlingstelsel-systeem;
- het verschil tussen realiteit en verwachting voor HBO-afgestudeerden is groot, voor leerlingstelsel-leerlingen nihil of gering;
- sommige ziekenhuizen kennen geen of onvoldoende praktijkbegeleiders doordat de instroom van studenten niet constant is en er geen uniforme stageperioden bestaan;
- de abstractiegraad van de praktijkbegeleiding is aanzienlijk groter voor de studenten dan voor de leerling-verplegenden (voor de eersten is de stage zowel studie als vrijblijvend, voor IO-ers harde werkelijkheid);
- om beide systemen naar waarde te kunnen schatten moeten de praktijkbegeleidingsmodellen in kwalitatief en kwantitatief opzicht gelijk en gelijkwaardig zijn, en als zodanig algemeen erkend worden;
- over de vorm en de inhoud van de praktijkbegeleiding bestaat geen overeenstemming;
- de organisatorische positie van de praktijkbegeleiders is in de organisatie van ziekenhuizen nog niet uitgekristalliseerd;
- de hulpverlening in de ziekenhuizen is aan voortdurende verandering onderhevig (verschuiving van bedverpleging naar poliklinische behandeling en korte opnameduur; bedden zijn niet langer het hart van het ziekenhuis; in bepaalde gevallen wordt een hotel ingeschakeld dat een goedkoper bed biedt dan een ziekenhuis). Zie als voorbeeld van het laatste 2.4.8.

hogerop genoemde synthese: zoeken naar een bevredigende reorganisatie van het gehele onderwijssysteem betreffende de reguliere beroepsopleidingen HBO-V en de inservice-opleidingen-nieuwe stijl. Het Kabinetsbesluit van 1980 blijft hierbij meetellen; het wordt intensief op zijn mogelijkheden getoetst.

De ervaring in deze experimenteerfase is als die van de stuurman: al varend moet hij rekening houden met de windkracht en de stroom waarop het schip drijft. Vandaar dat het landelijk procesmanagement (Pro6) moeilijk kan komen tot een antwoord op de vraag van O & W en WVC, hoe het nieuwe samenhangend opleidingsstelsel eruit moet zien. Want al experimenterend vervagen de grenzen tussen taken en functies. Verpleging die gisteren intramuraal werd verleend is vandaag ook extramuraal toegepast. Patiëntencategorieën die eertijds binnen één sector werden verpleegd zijn thans verspreid over verschillende deelsectoren. Afbakening van werkgebieden is gedeeltelijk verdwenen. De opleiding moet daardoor niet meer functioneren binnen één ziekenzorgtype, maar flexibel zijn om de gediplomeerden voor te bereiden op diverse zorg- en verpleegsituaties. Dit ziet op drastisch snoeiwerk in leerwegen en diploma's. Invoering van één basisopleiding waarop nascholing en specialisatie aansluit zal niet vermeden kunnen worden. Zo'n basisopleiding is in het geding bij de invulling van de raamwet-BIG (zie 4.10).

5.12 Drie beroepsprofielen. Beroepsethiek. Twee niveaus van deskundigheid

De aarzeling van de regering, het in 1980 genomen besluit uit te voeren, krijgt reliëf als men let niet alleen op de dynamiek in de gezondheidszorg, maar ook op de financiële consequenties van de voorgenomen vernieuwing. Immers, een transformatie van het inservice-systeem in dagonderwijs betekent dat de leerling student wordt; de praktijk zal dan stage heten. Terwijl verder gezocht werd naar de best mogelijke structuur en inhoud van de opleiding was de praktijk aldoor 'in beweging'. Ditzelfde geldt voor het definiëren van het begrip 'verplegen' en 'medisch handelen' in opdracht van artsen, het onderwerp dat centraal staat in de wet-BIG zoals we zagen.

Intussen was het verpleegkundig beroep scherper 'geprofileerd'. De termen samenwerking, arbeidsdifferentiatie, onderwijsvernieuwing, patiëntgerichtheid, medisch-technische vaardigheid en beroepsethiek vroegen om nauwkeurige omschrijving. Er kwam behoefte aan een moderne 'deskundheidsomschrijving' aangaande het beroepsprofiel van de verpleging. Alleen als dat vaststond kon de in 1980 voorgenomen reorganisatie onder ogen gezien worden.

Na 1945 was reeds een aantal studies over twee verwante onderwerpen verschenen: (a) opstelling van een 'verpleegplan' of 'zorgplan'; (b) analyse van 'verplegen' in moderne zin. Aan een nieuwe definitie van verplegen waagde zich V.S. Fry in 1953. Zij zag een verpleegplan als een belangrijke opdracht voor alle verplegenden, en introduceerde de term 'Nursing Diagnosis' (in de zin van verpleegproblemen).

In kringen van verpleegkundigen kwam die term aanvankelijk vreemd over door de associatie met de medische betekenis 'diagnose' (zie p. 164). 'Verpleegproblemen' zijn: patiëntenproblemen die tot de competentie van de verpleegkundigen behoren. Een 'verpleegkundige diagnose' is een gedefinieerd patiëntenprobleem.

Uiteraard was daarbij een analyse van de verpleegkunst als basis van die opdracht onmisbaar. Virginia Henderson hanteerde de omschrijving: de verpleegkundige heeft tot taak, zieken en gezonden te helpen bij de activiteiten die bijdragen tot gezondheid of herstel van zieke mensen, en wel binnen het kader van veertien 'basisbehoeften' (1971).

Een andere goed doordachte, pluriforme benadering van 'beroepsmatig verplegen' onderscheidt een objectieve en een subjectieve c.q. zedelijk-ethische component (J.A. van den Brink-Tjebbes 1982). De eerste analyseert de methodiek, de systematiek en de techniek van het verplegen, omvattend de regels die afgeleid zijn uit het wezenlijke van verplegen, verzorgen en medisch-technisch handelen. De andere component is normatief en mentaal van aard: de hulpverlening moet mede betrekking hebben op en geïnspireerd zijn door de bij de eigen levensovertuiging behorende normen en waarden. De eerste component is zakelijk en van toepassing op de patiënt als object. De tweede wortelt in waarden die religieus, ethisch, filosofisch en/of sociaal van karakter zijn, en ziet op de verhouding van mens tot mens. Die waarden zijn subjectief met een personalistische ondertoon; ze bepalen hoe de verplegende met de verpleegde als persoon omgaat, en hoe de een met de ander in een 'verpleegrelatie' van mens tot mens wil staan. Het geheel omvat – naast beroepskundigheid – zowel beroepsverantwoordelijkheid als beroepsaansprakelijkheid. De verpleegde kan de verplegende op een en ander aanspreken.

Andere publikaties en de door de NANDA (zie onder) aanbevolen verpleegkundige diagnoses (formeel gedefinieerde verpleegproblemen, 1982) gaan ook in op factoren als 'het klimaat' (de psychologische situatie) waarin de verpleegkunst – de praktijk – zich afspeelt.

Deze discussies wijzen op omvangrijke veranderingen in de sector van de geneeskunst en in die van de verpleegkunst sinds de wetten op de uitoefening van de geneeskunst in 1865 in werking traden. Deze wet voorzag niet in een bevoegdheidsregeling voor beroepsbeoefenaars die in opdracht van de arts medische handelingen verrichten. Het kabinetsbesluit van 1980 toonde aan dat de overheid althans het verplegingsonderwijs in een eigentijds kader wilde plaatsen. Dat vond zijn bezegeling in het wetsontwerp 'Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg' (Wetsontwerp BIG) zoals we al zagen. De voorgenoemde registratie van verpleegkundigen en verzorgenden, het werk van de Raad-BIG, krijgt met het volgende te maken.

Hangende het onderzoek met de wet-BIG als eindresultaat formuleerde de Nationale Raad voor de Volksgezondheid (NRV) – op voordracht van de werkgroep – G.C.M. Evers en in nauwe samenwerking met de onderhavige beroepsbeoefenaars – twee jaar na de indiening van het wetsontwerp-BIG twee

beroepsprofielen, een voor de verpleging en een voor de verzorging van patiënten (zie de bijlagen 2 en 3). De NRV ging uit van een opleiding via het inservicestelsel en het regulier onderwijsbestel op HBO- en MBO-niveau, en kwam met twee niveaus van deskundigheid.

Beroepsmatig verplegen is het herkennen, analyseren, alsmede advies en bijstand verlenen ten aanzien van feitelijke of dreigende gevolgen van lichamelijke en/of geestelijke ziekteprocessen, handicaps, ontwikkelingsstoornissen en hun behandeling voor de fundamentele levensverrichtingen van het individu. Verpleegkundig handelen houdt tevens in het zodanig beïnvloeden van mensen, dat menselijke vermogens worden benut met het oog op de instandhouding en het bevorderen van gezondheid.

De NRV heeft vooral de door de NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) en de ANA (American Nursing Association) gegeven omschrijving van het verpleegkundig beroep mede als uitgangspunt gebruikt.

Is hier met de gegeven definitie en aanbevelingen het verpleegkundig beroep volledig omschreven? Aangenomen dat ‘beroep’ en ‘professie’ synoniem zijn (daarover heerst geen eenstemmige mening, vgl. Johnson 1977), is kenmerkend voor ‘beroepsvorming’ of ‘professionalisering’: (1) groei naar ‘zelfstandigheid’ van de beroepsbeoefenaars als beroepscategorie; (2) interactie tussen theorie en praktijk door middel van volwaardig beroepsonderwijs; (3) een zekere status van deze beroepscategorie; (4) erkenning van het beroep door relevante personen en instellingen als een geïnstitutionaliseerd en gelegitimeerd kader waarbinnen een omschreven vorm van arbeid wordt verricht.

Afgezien van de vraag wat precies ‘volwaardig beroepsonderwijs’ is laat de definitie een ruime interpretatie toe. Ook is het verplegingsberoep duidelijk getekend: nadrukkelijk is aangenomen dat de verpleegkundige beroepsbeoefenaars een eigen competentiegebied en een eigen deskundigheid kennen. Het verpleegkundig proces is, aldus de NRV, te onderscheiden in vier fasen: (a) het vaststellen van de verpleegkundige zorgvraag; (b) het voorschrijven en plannen van verpleegkundige zorg; (c) het uitvoeren van verpleegkundige zorg; (d) het evalueren van verpleegkundige zorg. Het onder (b) genoemde plan bleef in studie. Een – voor Nederland eerste – ‘consensusbijeenkomst’ (1992) had als onderwerpen: actuele verpleegproblemen in het algemeen en ‘verpleegkundige verslaglegging’ in het bijzonder. Ontworpen werden een beschrijving van een gefaseerd verpleegkundig plan, alsmede de uitvoering ervan.

De verpleegkundige beroepshouding kent als componenten: (a) gerichtheid op de patiënt of groepen van patiënten; (b) gerichtheid op collegiale samenwerking met teamgenoten.

Deze beroepshouding krijgt vorm in de beroepsethiek die internationaal is vastgelegd door de International Council of Nurses. In de praktijk van de ziekenverpleging is het functioneren meer en meer aangekomen op samenwerking (‘teamwork’): een groep mensen wijdt zich aan een taak; niemand voor zich kan die taak op eigen houtje voltooien. Zo is het ook in de gezondheidszorg, aldus de NRV: tesamen wordt gewerkt aan het proces dat de patiënt het gevoel

geeft ‘ik word deskundig en toegewijd verpleegd en behandeld’; het proces dat genezing brengt, het leven verlent of zonder waarneembaar resultaat blijft.

De huidige accentuering van het verpleegkundig beroep als zelfstandige categorie is de NRV niet ontgaan. Die accentuering ‘leidt momenteel zowel tot een versterkte nadruk op het zelfstandig karakter van het beroep, als tot het zoeken naar een verduidelijking van het beroepsbeeld. Het leggen van een te sterke nadruk op de zelfstandigheid heeft twee grote gevaren. In de eerste plaats kan de samenwerking met de beoefenaars van andere beroepen worden bedreigd. Dit is in de gezondheidszorg ontoelaatbaar, aangezien juist hier een netwerk van relaties nodig is waarin de eigen positie ondenkbaar is zonder die van de anderen. In de tweede plaats zou de centrale positie van de patiënt in de gezondheidszorg kunnen worden vergeten’.

Beide gevaren kunnen worden vermeden – aldus nog steeds de NRV – als ervan wordt uitgegaan dat de hoofddoelstelling van gezondheidszorg ‘gezondheid’ is. Het is niet mogelijk dat een dergelijke veelomvattende doelstelling door één soort deskundige kan worden verwezenlijkt (p. 15).

In 1993 verscheen een derde profiel, het ‘Functieprofiel Psychiatrisch Verpleegkundige’ (zie bijlage 4); het werd uitgebracht door de Vereniging STIP (Vereniging voor Staffunctionarissen verpleging/verzorging en vertegenwoordigers van verpleegkundige vakgroepen in Intra- en semimurale instellingen voor Geestelijke Gezondheidszorg), alsmede de Vereniging VLVGG (Vereniging van Leidinggevendenden aan de Verplegingsdienst in de intramurale Geestelijke Gezondheidszorg).

Als definitie van ‘verplegen’ is aangehouden die van de NRV (zie p. 196). Het Functieprofiel PV gaat ervan uit dat het de taak van de verpleegkundige is, de patiënt te begeleiden en te ondersteunen. Het Profiel geeft aan dat de psychiatrisch verpleegkundige in de multidisciplinaire samenwerking informatie verstrekt over de mate waarin en de manier waarop de patiënt al dan niet zijn leven kan structureren en hieraan inhoud weet te geven. Door breed overleg met het relevante verenigingsleven heeft dit beroepsprofiel een breed draagvlak; het heeft de steun van NU ’91, AbvaKabo en CFO.

5.13 Verpleegstages van medische studenten

De discussie over ‘medische handelingen van verpleegkundigen’ in opdracht van artsen, nu in de Wet-BIG na een zesjarig voorbereidend onderzoek erkend en geregeld, moet de medische faculteiten hebben geleid bij de invoering van verplichte stages van medische studenten. Thans hebben zes van de acht medische faculteiten een verpleegstage in het curriculum opgenomen. In Groningen ontvangen de deelnemende ziekenhuizen per stageplaats een bedrag. Bij andere faculteiten ontvangen de deelnemende ziekenhuizen geen vergoeding.

Hier bepalen wij ons tot de universiteit te Groningen. Sinds de invoering van een nieuw curriculum in het cursusjaar 1986-1987 is de verpleegstage een verplicht onderdeel van de propaedeuse. Verpleegkundigen en paramedici zijn vrijgesteld van dat onderdeel. Daarvóór bestond de stage reeds enkele jaren als keuze-project. Met 12 algemene ziekenhuizen zijn contracten afgesloten voor 130 stageplaatsen. Met het Academisch Ziekenhuis Groningen (AZG) bestaat een overeenkomst voor 80 stageplaatsen. Om de kwaliteit van de stage te bewaken en op de hoogte te blijven van de indrukken die studenten tijdens hun stage opdoen, is in 1987-1988 begonnen met een jaarlijkse studentenevaluatie. De duur van de stage varieert van twee tot vijf weken. De eerstejaarsstudent geneeskunde bestudeert ook de geschiedenis van de geneeskunst. Hij/zij loopt stage in verschillende afdelingen van een of meer ziekenhuizen. Iedere student krijgt een coördinator/contactpersoon en een vaste begeleider op de verpleegafdeling van het ziekenhuis toegewezen. De begeleiding houdt in, dat de stagiair(e) verschillende werkzaamheden uit de dagelijkse zorg voor de patiënten te verrichten krijgt. Tussentijds zijn er evaluatiebijeenkomsten ingelast, om samen met de andere studenten en de contactpersoon ervaringen uit te wisselen en na te gaan of de leerdoelen zijn gerealiseerd. Aan het eind van de stage levert de student een stageverslag in.

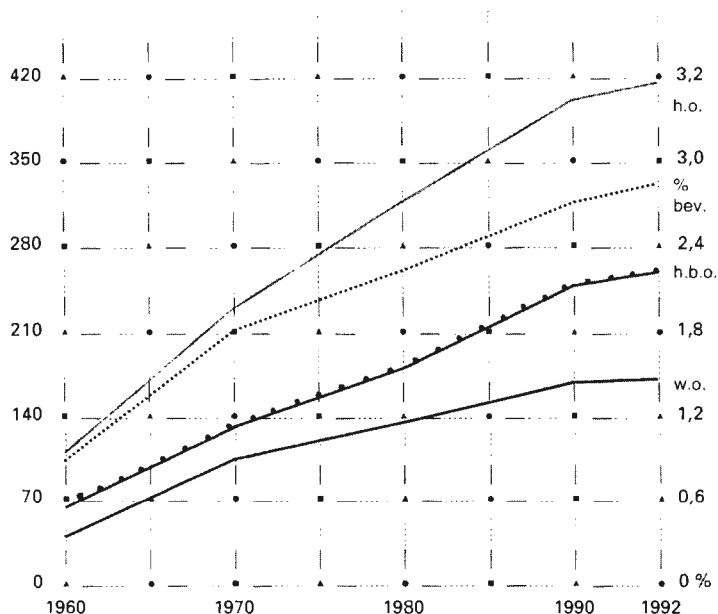
Uit enkele stageverslagen van studenten. (1) 'Het belangrijkste doel van onze verpleegstage is dat je in contact komt met mensen die medische hulp en verzorging nodig hebben. Dat contact kan je het beste leggen als je met een verpleegkundige meeloopt, dus als je meehelpt de patiënt te verzorgen en te begeleiden.' (2) 'Het viel me op hoe nauw betrokken de verpleegkundigen waren bij de patiënten. Ze steken veel tijd in de psychische en sociale begeleiding van de kinderen en doen echt hun best om het ziekenhuisverblijf zo prettig mogelijk te maken. Doordat verpleegkundigen dag en nacht met de patiënten bezig zijn kunnen ze artsen belangrijke informatie verschaffen, daar moet je als arts niet aan voorbijgaan.' (3) 'Vooral de eerste paar dagen waren erg vermoeiend. Ik kon me nuttig maken door mijn begeleidende verpleegkundige te assisteren met het verplegen van patiënten. (...) Ik heb gedurende mijn stage veel verpleegkundige anamneses bijgewoond, geassisteerd bij wondverzorging, patiënten vervoerd naar de ok, patiënten opgehaald van de ok of recoverykamer, dienstoverdrachten meegemaakt en enkele visites meegelopen. Over het algemeen waren de patiënten erg tevreden over hun behandeling en de manier waarop ze verzorgd werden.' (4) 'Het viel me op dat de verpleegkundige zoveel verantwoordelijkheid draagt.' (5) 'Veel indruk maakte het feit dat mij onbekende patiënten binnen een minuut nadat wij aan elkaar waren voorgesteld hun gevoelsleven en problemen aan mij kwijt wilden, alleen vanwege mijn witte jas. Ik vond het de eerste keren moeilijk om hierop antwoord te geven. Later ging dat gemakkelijker ook omdat luisteren meestal voldoende bleek te zijn (RUG, *Verpleegstages* 1992).'

Er is onderscheid gemaakt tussen drie soorten van ziekenhuizen: (a) Academisch Ziekenhuis Groningen; (b) ziekenhuizen waar ook co-assistenten uit Groningen

werken; (c) ziekenhuizen waar (b) niet gerealiseerd is. Dit is gedaan om te beoordelen of en in hoeverre de kwaliteit van de stage en de waardering door de studenten afhankelijk zijn van het stage-ziekenhuis. De meeste studenten hebben geen ervaring in de gezondheidszorg als ze aan de verpleegstage beginnen. Anderen deden hun ervaring op gedurende vakantiewerk in een verpleeghuis, het eerste jaar HBO-V of hun verblijf als patiënt in een ziekenhuis.

Uiteraard is de begeleiding tijdens de stage van groot belang. In het AZG wordt de werkbegeleiding geheel verzorgd door gediplomeerde verpleegkundigen. Bijna alle studenten hebben tijdens hun stage voldoende tijd om met de patiënten in contact te komen en met hen te spreken. Uit een verslag van een verpleegkundige/co-assistent en een arts/onderwijscoördinator: alle studenten vinden de stage zinvol tot zeer zinvol' (*Bulletin Medisch Onderwijs* 8 (1989) 94-97; Heijlman, J., De verpleeghulpstage, *Medisch Contact* 41 (1985) 1268-1270).

Ontwikkeling aantal ingeschreven studenten (voltijd + deeltijd) (x 1000 en als % van de bevolking)



Bron: CBS en O. en W. gegevens; voor de jaren 1960 en 1970 indicaties ontleend aan CBS 90 jaar in de statistiek.

Vier factoren spelen hierbij een rol: de studieduur, het aanzien van de behaalde diploma's en titels, de mate waarin de rijksoverheid bereid is het onderwijs te financieren en het verschijnsel van de 'verdringing'. Wat dit laatste betreft: wegens bezuinigingen moet bijvoorbeeld de Rijksuniversiteit Limburg 25% van de banen afstoten (1994). De studieduur en de titels zijn niet minder ingrijpende variabelen. De titulatuur en de studieduur in het buitenland verschillen nogal met die in Nederland. In verband met de gewenste internationalisering van opvoeding en titulatuur is dit onderwerp zeer actueel geworden. Mede van belang is de onvastheid van sommige betekenissen. Immers voor 1876 was universitair onderwijs identiek aan hoger onderwijs. Vanaf 1905 mochten de middelbare Polytechnische School te Delft en de latere instellingen van dat niveau zich 'hogescholen' noemen. Vanaf 1957 zagen hogere scholen, voortkomend uit middelbare scholen het licht. En recentelijk werd de naam 'hogere school' vervangen door 'hogeschool'. Hiermee was het binaire systeem ingevoerd, en tevens het dilemma van de titelvoering. De titel 'verpleegster' werd eertijds na veel strijd verworven. Vervolgens werd 'verpleegkundige' (eerste deskundigheidsniveau) hoger aangeslagen dan 'verplegende' (tweede deskundigheidsniveau), en die benaming weer hoger dan 'verzorgende' (derde deskundigheidsniveau). De aanstaande registratie van verpleegkundigen volgens de wet-BIG is een heet hangijzer. Want de insertie-opgeleiden menen ook recht te hebben op de titel verpleegkundige, opgeleid via het hoger beroepsonderwijs en die via het leerlingstelsel, bovendien al dan niet een titel mogen voeren, en welke titel dat zal zijn. Dit nog afgezien van de vraag, of op dit punt een HO-gediplomeerde gelijkgeschakeld wordt met een HBO-gediplomeerde.

HOOFDSTUK 6

*Gegroeid opleidingssysteem
vertoont knelpunten***6.1 Verhouding Verplegingswetenschap-HBO**

De in het voorgaande besproken doorstroming van het hoger naar het academisch onderwijs houdt verband met de mate waarin dit maatschappij- of beroepsgericht wordt nagestreefd. De universiteiten waren al tijdens hun ontstaan in de late middeleeuwen plaats en symbool van de gehele cultuur. Dat wil zeggen: de universiteit is de instelling die twee werelden vertegenwoordigt, de wereld van de zuivere en die van de toegepaste wetenschapsbeoefening. Over die tweeërlei wereld schreef administrateur (staatssecretaris in huidige termen) D.J. van Ewijck aan koning Willem I in 1825 (Goudswaard 1981, p. 33). De hierna verschenen ambtelijke rapporten en rapporten van staatscommissies werden beheerst door dat thema. Minister Abraham Kuyper (1837-1920), theoloog en staatsman, wierp de knuppel in het heilige hoenderhok. Hij was, om eenzijdigheid te vermijden, stringent voorstander van 'eenheid van wetenschap', onderscheiden in zuivere en toegepaste, doelgerichte wetenschap (De Ru 1953, pp. 117, 118). In de aan dit onderwerp gewijde parlementaire discussie (1903) toonde de minister uitstekend op de hoogte te zijn van de ontwikkeling in het buitenland op dit punt. Op dit probleem van de 'two cultures' haakte C.P. Snow in (1959). In het gelijknamige boek hierover is de controversie 'scientist' en 'non-scientist' c.q. theoreticus en practicus als een van de meest besproken onderwerpen van de recente generaties getypeerd.

De invulling van de term 'hoger onderwijs' is sindsdien actueel gebleven. Verscheidene Westerse landen zetten de poorten naar pluriform hoger onderwijs wijd open. Daardoor ontstond het binaire onderwijs: de universiteiten introduceerden meer maatschappijgerichte richtingen, of ernaast kwamen rivaliserende onderwijsinstellingen van de tweede categorie tot stand. Nederland kreeg vanaf 1958 'hogere' scholen (in 1986 'hogescholen' genoemd), Frankrijk ingenieurscholen, Groot-Brittannië 'polytechnics', Duitsland 'Fachhochschulen'. In Nederland is met de verplegingswetenschap (VW) als sluitstuk van de opleidingen voor de verplegingssector in 1980 een begin gemaakt zoals we zagen. Sinds 1986 heeft iedereen die een opleiding aan een hogeschool heeft voltooid toegang tot

promotie. Desgewenst kan daarbij de doctoraalstudie worden overgeslagen; dit betekent dat het diploma van de hogeschool in principe met een doctoraal diploma gelijkgesteld is.

De verwachting ligt voor de hand dat vanaf de 'ivoren toren der wetenschap' veel van de actuele vraagstukken in de gezondheidszorg kan worden opgelost. Zeker zullen het wetenschappelijk verpleegkundig onderwijs en -onderzoek kunnen resulteren in belichting en eventueel ook oplossing van brandende vraagstukken, mits een vruchtbare verhouding en een voortdurende wisselwerking ontstaan tussen dat onderwijs en onderzoek enerzijds en een doelmatige toepassing daarvan in de praktijk van de gezondheidszorg anderzijds.

Het juist onder het academisch onderwijs gesitueerde HBO-V heeft de neiging, ook in dat wetenschappelijke vaarwater te komen. Hiermee is reeds ervaring opgedaan in andere beroepssectoren; daar is de grens tussen het naar de doelstelling overwegend praktijkgerichte HBO en het daarboven gelegen universitair onderwijs niet verdwenen, maar wel vager geworden. Dit brengt spanningen met zich mee. De vraag of het binaire stelsel (HBO naast WO) is vol te houden, werd en wordt ook in het buitenland gesteld. Het probleem won aan actualiteit naarmate ook de 'algemene' universiteiten (die vanouds de naam hadden te functioneren omwille van de 'zuivere' wetenschapsbeoefening zonder maatschappelijke bijbedoelingen) zich meer zijn gaan richten op toegepast, pragmatisch en praktijkgericht, dus doelgericht wetenschappelijk onderwijs en onderzoek. Daarbij bleek en blijkt de interpretatie van 'wetenschap' aan verandering onderhevig te zijn (zie p. 158). Vandaar dat de term 'de ondernemende universiteit' ook in Nederland ingang heeft gevonden, en niet meer zo omstreden is als een jaar of twintig geleden. Heeft het HBO zowel een theoretische als een praktijkgerichte inslag, het academisch verpleegkundig onderwijs pretendeert zich te kenmerken door de verbinding van onderwijs en onderzoek. Bij aanvaarding van dit verschil ligt het in de lijn van de ontwikkeling, te komen tot een vruchtbare samenwerking van beide opleidingstypen in universitair verband.

Die samenwerking wordt bevorderd door de neiging van studenten, een zo hoog mogelijke onderwijsvorm te kiezen. Dit hetzij langs de 'koninklijke' onderwijsweg (via VWO naar WO), hetzij via een lange weg (via MBO, HAVO en HBO naar WO). Ongeveer 25% van de afgestudeerde MBO-ers stroomt door naar het hoger beroepsonderwijs, en bijna 15% van de HBO-ers studeert verder in het wetenschappelijk onderwijs. Het beleid is thans gericht op versterking van het wetenschappelijk karakter van het universitair onderwijs (Ontwerp-HOOP 1994, zie ook p. 162). Daartoe moet dienen een scherpere selectie bij de toelating tot de universiteit via verbetering van de tweede fase van het voortgezet onderwijs; dit laatst door daarop de vwo-eindexamens in te stellen.

Het HOOP-1994 wekt de indruk dat het criterium bestaat in het onderscheid 'oriëntatie op de beroepspraktijk' (HBO) versus 'verwevenheid van onderwijs met onderzoek' (WO). Het is de vraag of die koers kan worden volgehouden. Een uittocht van programma's uit de universiteiten naar de hogescholen zou van

Titulatuur

De in 4.9 genoemde samenwerking tussen Nederlandse en Engelse universiteiten, alsmede de hier aangestipte verhouding VW en HBO vragen naar een oplossing van de titulatuurproblematiek. De aansluiting van het Nederlandse universitaire onderwijs op het internationale circuit is gebrekkig. In Nederland moet de student veelszins een langere weg gaan dan buitenlanders om een internationaal erkende titel te behalen. De Nederlandse doctorandus-titel is in het buitenland niet erkend; omgekeerd geldt hetzelfde voor de bachelor's en de master's degree krachtens het Angelsaksische vijfjarige tweefasenmodel met een modulaire structuur. Uitwisselingen van studenten leert dat het drs-niveau soms wel, soms niet vergelijkbaar is met de Masters-titel in Engeland en de VS. Het onderwijsniveau is variabel. Niet de titel bepaalt het niveau, maar veeleer de instelling die hem uitreikt. Dit komt voort uit grote verschillen in onderwijsstructuur, examen-eisen en examenvormen. Niet alleen de manier van beoordeling en becijfering maakt vergelijking moeilijk, ook houden universiteiten met een hoge status scherpe toelatingsexamens. Vandaar dat onze drs-titel inhoudelijk elders niet of niet overal vergelijkbaar is met een Masters-titel. Wel gaan de meeste universiteiten ervan uit dat zij een masters-opleiding geven.

Complicerend is verder dat Nederland twee soorten van hoger onderwijs kent. De Nederlandse HBO-opleiding, krachtens een KB van 10 mei 1958 in het leven geroepen, heet vanouds een praktijkgericht karakter te hebben. Afgestudeerden vullen hun studie wel aan met een tweejarige Masters-opleiding in het buitenland. Het huidige streven van de Nederlandse universiteiten naar ondernemende, dus doelgerichte en praktijkgerichte onderwijs- en onderzoeksprogramma's maakt uiteraard de marge tussen HBO en academisch onderwijs smaller. Samensmelting van die twee vormen van hoger onderwijs zou de onduidelijkheid ertussen wegnemen. Elk land heeft overigens zijn verleden mee te torsen. Frankrijk heeft zijn 'Grande Ecoles', België zijn kortlopende 'Licenciaatopleidingen' die volgen op de eerste fase aan een universiteit. Maar ook daar is het systeem aan revisie toe: de noodzaak van internationale mobiliteit wordt steeds sterker gevoeld.

die koers het gevolg zijn. Alleen kleine universiteiten, gericht op onderzoek en opleiding van onderzoekers, zouden overblijven. De hogescholen zouden omvangrijke leerfabrieken worden die geen structurele band hebben met aan de beroepsopleidingen ten grondslag liggende ontdekkingen. Dit uitgangspunt gaat voorbij aan de sinds de late middeleeuwen gegroeide relatie tussen hoger onderwijs (in brede zin) en beroepsgerichte opleidingen. Afgezien van de moeilijkheid hoe 'niveau' in verschillende tijden op verschillende plaatsen te definiëren, lijkt het enige criterium dat van de niveaoverschillen: het ene instituut van hoger onderwijs leidt op tot een hoger niveau dan het andere. In de VS en Canada is het criterium: sommige scholen geven programma's tot aan het bachelors-niveau, andere tot aan het masters-niveau, nog weer andere geven PhD-opleidingen. Overigens verschillen de universiteiten van stad tot stad. Voor een makelaarsopleiding kan men op de ene universiteit wel terecht, op een andere, meer statusrijke niet. In het algemeen laten talrijke universiteiten het bachelors- en masters-traject sporen met de PhD-opleidingen, zodat het hoogste niveau via een gebaande leerweg is te bereiken. We zagen reeds dat het ontstaan van de universiteiten deel uitmaakte van maatschappelijke processen: het veld geeft de toon aan (zie p. 80, 81).

De geschiedenis van het onderwijs leert, dat een al te ver op de maatschappelijke trend vooruitlopend overheidsinitiatief gedoemd is te mislukken. Maatschappelijke correcties zijn sterker gebleken dan een vooruitziend overheidsbeleid. Een krachtige overheidsbemoeiing zal een implosie of 'homogenisering' van het binaire systeem niet kunnen verhinderen. Twee katalysatoren zijn daarbij vanuit de basis werkzaam. Een eerste katalysator is wat in de Engelstalige literatuur de 'academic drift' heet, de opstuwung van het HBO naar het hoogste platform, dat van de 'research university'. Dit proces komt op gang zodra alle gegadigden in de gunstigste en meest statusrijke sferen willen belanden. Het proces van de 'vocational drift' is een tweede katalysator, eveneens homogenisering van het hoger onderwijs bevorderend. Steeds meer beroepsgerichte opleidingen komen dan het hoger onderwijs binnen. Gaat dit proces in die richting door dan ontstaat er een vermenging van de universiteit als research instituut en als praktijkgericht instituut, al dan niet op basis van gelijkwaardigheid.

6.2 Verhouding HBO-IO-MBO

De relatie tussen het hoger beroepsonderwijs (HBO-V), het inservice-onderwijs (IO) en de middelbare beroepsopleiding voor verplegenden (MBO-V) is voortdurend in discussie. Vanaf 1984 werd het MBO-V onderscheiden in verpleging en verzorging, respectievelijk genoemd MDGO-Vp en MDGO-Vz. Dat juist onder het HBO gelezene heeft ook de neiging, omhoog te stuwen, hetgeen niet de bedoeling is geweest, althans niet voorzien is. Het blijkt dat bijna 50% van de gediplomeerden MDGO-Vp-ers doorstroomt naar het HBO-V en het voorbereidend HBO-V. Het motief is tweërlei: het willen behalen van de titel verpleegkun-

dige, én het kunnen beschikken over een ruimer loopbaanperspectief. Ook studeert een aanzienlijk deel van de MDGO-Vp-gediplomeerden verder in verschillende inservice-opleidingen (Commissie MDGO-Vp, Evaluatierapport 1991). En daaraan is niet gedacht toen de opleiding voor ziekenverzorgenden (het MDGO-Vz op het tweede deskundigheidsniveau, voorheen de opleidingen gezins-, kraam- en bejaardenverzorging) in zee ging. Hoezeer die doorstroming klemt blijkt uit het recente streven naar een derde deskundigheidsniveau in het MBO-V, namelijk voor 'basiszorgverleners' (een niveau dat er trouwens informeel al lang is). Het jongste idee van het ministerie lijkt uit te gaan van het idee, aan de voortgaande fragmentering van het verpleegkundig onderwijs althans gedeeltelijk een halt toe te roepen (zie p. 168).

Indien dat idee verwerkelijkt wordt komt ook een eind aan de onduidelijkheid aangaande de deskundigheidsniveaus. Het HBO-V en het IO zijn op hetzelfde deskundigheidsniveau geplaatst, terwijl dat IO formeel niet als 'hoger' beroeps- onderwijs staat genoteerd. Toch jagen beide opleidingstypen vergelijkbare doeleinden na; de diploma's hebben echter een verschillende geldigheid. Het HBO-V-diploma biedt uitzicht op betrekkingen in de gehele zorgsector, het IO-diploma alleen op een beroepssector waarop de opleiding betrekking heeft. Toch is een aanzienlijk deel van de programma's inzake de verpleegkunde vergelijkbaar; vandaar dat beide opleidingstypen op hetzelfde deskundigheidsniveau geplaatst zijn. Evenwel moet een IO-afgestudeerde, verder gaand in het HBO-V, vrijwel de gehele cursus doorlopen; geen fraaie constructie.

De Raad van Europa (Council of Europe) heeft zich in 1984 met 'vocational training' (waartoe het inservice-verpleegkundig onderwijs behoort) in het algemeen beziggehouden (p. 5-12). De Raad bepleitte een zodanig brede vorming, dat de behaalde diploma's een brede geldigheid hebben; hierbij werd gewezen op 'reizen op ambacht' (dat in staat stelde in verschillende situaties brede ervaring op te doen). In Nederland is, na het wegvallen van de gildeopleidingen (1798), de hierna ontstane segmentering van de beroepsopleidingen een probleem gebleven. Om aan die voortgaande splitsingsneiging althans iets te doen stelt de minister van Onderwijs en Wetenschappen thans in een concept-wetsvoorstel voor, het middelbaar beroepsopleidingen en het leerlingwezen in elkaar te laten opgaan (vgl. 4.11).

6.3 Verhouding MBO-Basiszorgverlening

Genoemde opstuwingsverschijnselen zijn niet alleen in Nederland, maar ook elders waarneembaar (vgl. 4.9.2 en 5.1). Er ontstaat op de 'gewone' werkvloer een tekort aan hen die het gewone, ofschoon edele handwerk nog kunnen en willen beoefenen; dit wordt mede veroorzaakt door het handwerk onvoldoende status te geven. In het onderhavige geval betekent die opklimming: de hoog opgeleide verpleegkundige moet overal zijn, maar loopt de kans voor het werk 'aan het bed' geen tijd (meer) te hebben of zich daarvoor niet opgeleid te voelen.

Ziekenzorg is dan gereduceerd tot ziekenbehandeling, met vermindering van een essentieel deel ervan, het deel dat vanouds 'toegewijd en deskundig verplegen en verzorgen' is genoemd.

In nota's en rapporten over het verpleegkundig onderwijs in het algemeen en de academische verplegingswetenschap in het bijzonder komen termen voor als 'multidisciplinaire en interdisciplinaire benadering binnen de organisatie'. Het kan niemand ontgaan dat overal waar die begrippen in praktijk worden gebracht, een deel van de beschikbare tijd heengaat aan vergaderen; en dat vergaderen is nodig om de afdelingen in het ziekenhuis van het nodige bindend cement te voorzien. Zodra de verpleegkundige echter 'aan het bed' verstek moet laten gaan loopt de zieke in dat bed de kans het gevoel te krijgen, dat de toch zo noodzakelijke, persoonlijke aandacht voor de mens in de verpleegde verwaarloosd wordt. En juist dat sociale, humane, mentale deel van de zorg is van ouds een van de belangrijkste elementen van 'verplegen' geweest, en wel in de diepste betekenis van het woord. De zorg voor de zieke volgens die interpretatie heeft nog niets aan noodzaak ingeboet.

Overigens wijst de praktijk duidelijk in die richting: zoveel mogelijk poliklinische behandeling en zo kort mogelijke dagverpleging. Het vraagstuk van de bedverpleging en dat van de humane zorgverlening geldt uiteraard niet in dezelfde mate voor alle verpleegkundige arbeid. In de psychiatrie bijvoorbeeld vertaalt zich een onvoldoende relatie tussen behandelen en verplegen onmiddellijk in het gedrag van de patiënt; als vanzelf wordt daar de verhouding verpleegkundige-arts een innige, en is 'samenwerking' in de volle betekenis van het woord geboden.

Opmerking verdient ook, dat juist de mentale component van het werk niet of nauwelijks expliciet, hoogstens impliciet in een opleiding kan worden verwerkt, tenzij deze hierop van meet af aan is berekend. Een humane beroepsattitude is moeilijk aan te leren als die component onvoldoende onderkend wordt. Deze is slechts werkzaam op basis van aanleg en affectieve toewijding. Tevens is die op de mens gerichte 'omgang' ook vrucht van de eerder genoemde 'atmosfeer' in het onderwijs en op een afdeling, terwijl deze ook niet tegen een hoger salaris te koop is.

6.4 Financiering: discutabele erfenis

De fragmentering van de wettelijke regeling inzake het middelbaar onderwijs (1863) en die op het voortgezet onderwijs (1968), alsmede het netwerk van wetten en besluiten inzake het leerlingstelsel en de dagscholing voor de ziekenzorg bezorgden de huidige gezondheidszorg een discutabele erfenis: consequente voortzetting van de aloude scheiding tussen beroepsgericht en algemeen onderwijs. De wettelijke kronkelweg inzake het verpleegonderwijs kreeg een vervolg toen in 1972 het dagonderwijs een plaats kreeg in de WVO 1968, terwijl de rest (het inservice-onderwijs) erbuiten bleef.

Dat aspect zien we terug in de huidige financiering van het voortgezet onderwijs. Het ministerie van Onderwijs en Wetenschappen bekostigt het HBO- en het MBO-dagonderwijs uit de onderwijsbegroting; de studenten krijgen de normale studiefinanciering. Het inservice-onderwijs echter, nog steeds gezien als een soort van bedrijfsopleiding, is een buitenbeentje gebleven; het behoort tot het domein van het ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur (WVC). Dit departement verrekent de onderwijskosten via de budgetten van de daaronder vallende instellingen. ‘Ombuiging’ – een eufemisme van bezuiniging – van die financiering raakt ook het aloude ‘leren door en naast doen’-systeem in de ziekenhuizen. Dit – en vooral het deel van de ‘deskundig begeleide praktijkopleiding’, zie p. 178 – lopen steeds de kans, een sluitstuk van de begroting en een variabele in het gehele financieringsproces te zijn.

De hoogte van de kosten in de ziekenhuizen loopt sterk uiteen. Eveneens verschilt van plaats tot plaats hetgeen aan opleiding wordt gedaan, ook al doordat deze tot verschillende diploma’s (A, B, Z en Zv) leiden.

In de Tweede Kamer ontspon zich in 1954 een interessante discussie over dit vraagstuk (Min. van Soc. Z. en V., dienstjaar 1954, Hand. p. 3442 en 3443). Voorgesteld werd de opleidingen en de vervolgscholing (stafopleidingen, gespecialiseerde cursussen) voor een rijksbijdrage in aanmerking te laten komen. De salarissen van de verplegenden waren, zo werd ingezien, ontoereikend om hen de onderwijskosten te laten betalen. De Memorie van Antwoord was echter ontwijkend, en dus nietszeggend. De minister verklaarde dat het onderwerp zijn volle aandacht had, en dat eventuele reorganisatie in de voorgestelde zin mede van particuliere instanties zou afhangen.

Uiteraard bleven klachten niet uit. Zo kwam onder meer in de eerder genoemde enquête van 1972 als groot bezwaar naar voren, dat de verpleegkundige opleidingen niet zijn ingepast in de WVO van 1968. De unieke kans, de oude kloof tussen de twee onderwijsgebieden te overbruggen of te dichten, was in de wet van 1968 (WVO) niet benut. Een vast budget voor het leerlingstelsel-verpleegkundig onderwijs is blijven ontbreken: de kosten komen bij voortduring niet uit de algemene middelen, maar maken deel uit van de verpleegprijzen.

De bedrijfsvereniging voor de gezondheidszorg (BVG) draagt zorg voor de regeling betreffende ziekte en arbeidsongeschiktheid. Echter niet voor de salarissen van de verplegenden, want daarover gaat het Kabinet in laatste instantie. Aangezien die salarissen deel uitmaken van het budget van de ziekenhuizen is er een relatie tussen zorg en loonsverbetering: elke verhoging leidt tot minder geld voor de zorg zelf, tenzij het budget verruimd wordt.

Kritische beoordelaars van dat financieringsprobleem hebben voorgesteld, de studerende de normale studiebeurs te geven. Tijdens hun praktijkbeoefening, hun ‘stageperiode’, zouden ze dan werknemers zijn die loon ontvangen; die oplossing is een kenmerk van het Nederlandse leerlingstelsel en het Duitse duale systeem. Ook voor de organisatie en de leiding van het verpleegkundig en verzorgend onderwijs is, aldus de kritiek, de gesplitste verantwoordelijkheid voor verplegende en verzorgende beroepen een negatieve factor. Deze belem-

mert snelle en flexibele aanpassing van de opleiding aan de zich voortdurend wijzigende eisen van de moderne beroepsuitoefening.

Deze redenering lijkt plausibel: de opleiding voor de gezondheidszorg behoort óf geheel toevertrouwd te worden aan het beleid van het ministerie dat de Volksgezondheid behartigt, óf aan dat van het ministerie van Onderwijs en Wetenschappen. Vooral de commissie-Sanders (1951, zie 5.3) heeft zich sterk verzet tegen de koppeling leerling-werknemer. Haar rapport is door zijn veelzijdigheid een belangrijk geschiedenisdocument, mede omdat het al in een vroeg stadium de noodzaak van academische opleidingen in de verpleegkunde bepleit.

6.5 Verdringing

Een veel voorkomend verschijnsel is dat van de ‘verdringing’: bij gebrek aan evenwicht tussen het arbeidsaanbod en de arbeidsvraag kan een deel van de hoger opgeleiden terecht komen op een lager niveau dan waarvoor is opgeleid. Bijvoorbeeld: een HBO-gediplomeerde rekende tijdens de studie op een leidinggevende plaats, althans op een ‘hogere’ positie dan de werkelijk bereikte erna, hoger bijvoorbeeld dan de inservice-opgeleide. ‘Verdringt’ de hoger opgeleide de lager opgeleide inderdaad, dan ontstaat arbeidsonvrede. De zich achtergesteld voelende denkt dan terug aan de zware studie en de daar gewekte hoge verwachtingen, en wendt zich teleurgesteld af.

Zodra lager opgeleiden zich inspannen om een hogere kwalificatie te verwerven doen hoger opgeleiden dat ook; de gehele onderwijsverdeling schuift dan omhoog. Lager opgeleiden kunnen echter alleen profiteren van bijscholing indien de zich boven hen functionerenden zich daarvan onthouden.

Geeft de aard van de opleiding aanleiding tot een zich afwenden van een te laag geachte baan, dan kan dat in sociaal opzicht toch relatief positieve aspecten hebben. Zo signaleert de inspectie van de geestelijke volksgezondheid in een discussienota van december 1991, dat het arbeidstekort in de gezondheidszorg tot improvisatie noopt, vooral in de verpleegtehuizen. Daar worden wel ziekenverzorgenden aangesteld als afdelingshoofd doordat voor die functie zich te weinig gediplomeerde verpleegkundigen beschikbaar stellen. Hier krijgt het natuurtalent zijn kans: de geschiedenis van de beroepsopleiding en -praktijk leert, dat sluimerende krachten – door late rijping of andere oorzaak vertraagd op hun onderwijsweg – indien deze de ruimte krijgen, tot ongedachte prestaties en dus tot ‘sociale stijging’ in staat stellen; uiteraard is daarbij aanvullende deeltijd-vervolgstudie – in ruime mate beschikbaar – onmisbaar. Het genoemde dereguleringsprincipe (zie p. 150) berust op dat fenomeen, en kan genoemde ‘laatkomers’ ruim baan geven.

6.6 Kloof tussen onderwijsstructuur en arbeidsmarkt. Overscholing

De bestaande spanning tussen de arbeidsvraag en het arbeidsaanbod biedt nog een ander aspect: een optimistische drang naar 'hogerop' in een daartoe uitnodigend onderwijssysteem. Dat optimisme is misplaatst indien de arbeidsvraag niet correspondeert met de genoten opleiding. Voorbeeld: diverse beroepen – waaronder de verpleging – kampen met een ondermaat aan 'practici'. Dit zijn personen die in hun opleiding een pluriform programma met een evenwichtig aantal theoretische en praktische vakken verwerkt hebben. De spanning tussen de verpleegopleiding en de verpleegfuncties (zie daarover 7.2: functiedifferentiatie en functiewaardering) is uit dat manco te verklaren. De moeilijkheid hierbij is, dat in een democratisch geregeerd land vrijwel geen instrumenten beschikbaar zijn om de opleiding vroegtijdig (dus reeds in het voortgezet onderwijs) én effectief af te stemmen op de toekomstige beroepsperspectieven. Bovendien is futurologie een weinig betrouwbare graadmeter gebleken, zodat ook vooruit regelen – alleen mogelijk in autoritair geregeerde staten – de kans heeft op een fiasco uit te lopen.

Aangezien onderwijshervormers nogal eens de neiging hebben op de lopende band van de bestaande onderwijsstructuur terecht te komen (en dus niet werkelijk te vernieuwen) kan de bestaande segmentering voortwoekeren en structurele scheefgroei voortbestaan. Er is echter een middel dat die afwijking corrigeert: afstemming van de onderwijsstructuur en -inhoud op de systematisch afgetaste werkelijkheid (d.i. de arbeidsmarkt) en niet – zoals thans – op de spontane toestroom naar de afzonderlijke, nog wel over twee ministeries verdeelde opleidingen.

De huidige opbouw is die van een piramide. De top is het meest begeerlijk. De onderliggende lagen stuwen omhoog. Dit niet doordat het in die top altijd zo heerlijk werken is, maar doordat de onderwijsstructuur opklimming als 'natuurlijk' eindpunt van de opleiding suggereert en hoge status symboliseert. 'Hoger', 'academisch' onderwijs lijkt nu eenmaal nóg hoger dan 'hoger' onderwijs, terwijl hoger onderwijs ook hoger is dan middelbaar onderwijs. Zo kon, bij wie met een dergelijke bril op aan hoger onderwijs begon, de mythe wortel schieten dat voldoende banen op HBO-V-niveau en academisch niveau voor het opscheppen liggen. De discrepantie tussen verwachting en werkelijkheid kan dan gemakkelijk over het hoofd gezien worden.

'Overscholing' kan dan optreden. Deze ontstaat als het opleidingsniveau van de beroepsbevolking sneller stijgt dan het functieniveau van de werkgelegenheid. Een stijgend verwachtingsniveau hangt nauw samen met de werking van het maatschappelijk selectiemechanisme. Is dat ingesteld op voorkeur voor cognitief onderwijs en veronachtzaming van de praktische elementen die in geen beroep ontbreken, dan is theoretisering van het onderwijs het logische gevolg.

Toch mag hier de invloed van het onderwijs niet overschat worden. Enerzijds wordt steeds meer beklemtoond dat het onderwijs breed moet opleiden en moet

voorbereiden voor flexibiliteit omdat een beroepsloopbaan doorgaans door grote veranderingen gekenmerkt wordt. Anderzijds wordt van beroepsopleidingen verwacht dat ze gediplomeerden opleveren die direct bruikbaar zijn. Ontstaan er fricties op de arbeidsmarkt dan wordt het onderwijs aangewezen als de boosdoener. Onderwijs is echter niet de enige bron van kwalitatieve ontwikkeling. Ook oefenen krachten elders invloed uit, zoals socialiserende instanties, waaronder het gezin, die elk voor zich bepaalde waardenpatronen uitstralen.

6.7 Deskundigheidsniveaus

Een knelpunt vormt ook de formalisering van deskundigheidsniveaus. Het werken daarmee is gecompliceerd doordat er diverse soorten van zorg en verpleging zijn waartussen het grensgebied breed is. Dat grensgebied tussen de medische staf en de patiënten is vager geworden naarmate medische taken aan het eigenlijke verplegen en verzorgen geruisloos zijn toegevoegd. Door de acties in 1988 – het jaar waarin twee deskundigheidsniveaus geconstrueerd werden – en hierna zijn de leden van de beroepsgroep zich bewuster van hun beroep, hun beroepsinhoud en de afbakening van de werkterreinen geworden. Dit mede in die zin dat recente aanvragen vanuit de medische praktijk aangaande nieuwe taken – bijvoorbeeld verzorging van laboratorium-uitslagen – niet bijval, maar kritiek ontmoet hebben. Eveneens wordt scherper gelet op het grensgebied tussen verpleging en verzorging. Door sommigen worden de verschillen in opleiding en bijscholing, het imago en de taken geaccentueerd; anderen wijzen op de veelzijdigheid van het beroep, de overlappingsen in het werkveld, de overeenkomst van vele verplegings- en verzorgingsfuncties en de essentie van de tweërlei beroepsopdracht: (1) het willen en kunnen zijn de verplegende en/of verzorgende van de zieke mens; en (2) het willen en kunnen zijn de ogen en de handen van de medici ten dienste van de hulpvragende patiënt (vgl. BIG-wet 1993). Een goede balans tussen alle onderhavige opleidingen en praktijkvelden is onmisbaar; daarnaar zoekt thans de Raad-BIG (zie p. 166).

6.8 Karakter van verplegings‘wetenschap’

Een eveneens intrigerend onderwerp betreft het karakter van de verpleegkunde als verplegings‘wetenschap’. Zijn verplegen en verzorgen eerder een praktische dan een theoretisch geaarde geneeskundige beroepsuitoefening, voor de verplegingswetenschap geldt het omgekeerde. Daar gaat het om creatief denken dat dienstbaar kan zijn aan de gezondheidszorg en de hierop gerichte opleidingen. Voeding vanuit de basis (de verpleegpraktijk) is even onmisbaar als het omgekeerde, zo leert de geschiedenis. Over welke basis hebben we het dan? Welke wetenschappelijke vragen worden vanuit de verpleegpraktijk door verpleegkundigen en docenten, en vanuit de medische behandelingspraktijk gesteld? Wie

Vraag en aanbod op de arbeidsmarkt

Dr. Jan Tinbergen (1903), bekend om zijn bondige antwoorden op moeilijke vragen, zei het eens zo. Vraag: hoe voorkom je almaar stijgende werkloosheid bij een structurele arbeidsvraag? Antwoord: laat iedereen een vak leren waaraan behoefte bestaat. In de verplegingssector zien we Tinbergens antwoord nogal eens ongenuanceerd onderschreven, met negatieve gevolgen. Ondervonden is namelijk dat een opleiding moeilijk kan floreren bij een dynamische marktwerking. Er heerste en heerst in de gezondheidszorg een wisselende spanning tussen vraag en aanbod op de arbeidsmarkt, een spanning die een permanente bedreiging voor de opleiding vormt. We zagen reeds dat het verloop onder het personeel groot was en blijft. Die onzekere factor, gevoegd bij die van het fluctuerend aantal herintreders en deeltijdwerkers, is een hindernis voor de continuïteit van het opleidingssysteem dat steunt op het arbeidscontractueel combineren van werken en leren. Blijkbaar kunnen de ziekenhuisdirecties de opleidingscapaciteit moeilijk afstemmen op de toekomstige plaatsingsmogelijkheden. Het is herhaaldelijk voorgekomen dat via veelbelovende toezeggingen in advertenties en bij sollicitaties leerlingen geworven werden die kort voor of spoedig na hun afstuderen een ontslagbrief kregen aangeboden. Hierbij speelt een negatieve rol dat (a) het inservice-onderwijs gebonden is aan het ziekenhuis dat dit financiert (en dus een beperkte actieradius heeft), (b) het onderwijs bestaat bij de gratie van zijn nut (dat daardoor van een kortzichtig adhoc-beleid getuigt) en (c) het onderwijs willekeurig al dan niet kan worden gehandhaafd, ingekort of uitgebreid. Een en ander komt noch het imago van de verplegenden en het verpleegkundig beroep ten goede, noch het beroepsperspectief van de opleiding en de docenten. Hoezeer het ook gewenst is, toewijding te blijven vragen, deskundigheid en onderwijscontinuïteit zijn absolute voorwaarden voor de beeldvorming van het beroep en de kwaliteit van de beroepsuitoefening. Het verdient aanbeveling een bredere onderwijsbasis na te streven en een op lange termijn gericht opleidingsbeleid te voeren, alsmede een onafhankelijke instantie verantwoordelijk te stellen voor de onderhavige verhouding tussen arbeidsmarkt en opleiding. In afwachting daarvan zouden werkelijke of vermeende gebroken beloften van ziekenhuisdirecties aangaande het verband tussen arbeidscontract, opleiding en ontslag van gediplomeerden aan het in 1993 verordende tuchtrecht (volgens de Wet-BIG) worden getoetst.

nodigt uit tot vraagstelling, hoe wordt bereikt dat de verplegingswetenschap een professionele, praktijkgerichte discipline is en in de praktijk als nuttig wordt ervaren?

Voortgaand onderzoek dient hierop antwoord te geven. We gingen al in op het verschijnsel dat niet alleen de verplegenden zelfstandiger zijn geworden, maar ook de patiënten, de publieke opinie, de samenleving. Steeds meer komt van bij de zorg betrokkenen de vraag op naar verantwoording voor hun praktijkvoering. Hetzelfde geldt voor de verplegingswetenschap. Kortom, de verhouding tussen de academische verpleegkunde en de praktijk in de gezondheidszorg – verpleegkunst als geneeskunst – is actueler geworden nu de academische verplegingswetenschap is uitgegroeid tot een afzonderlijke discipline.

De verplegingswetenschap is een grote aanwinst. Zij richt zich op 'onderzoek van zorg' in alle geledingen. Daarmee is haar terrein afgebakend. In de definiëring van deze academische discipline komt niet alleen voor 'vorming van onderzoeksbewustheid met betrekking tot verplegen en verzorgen', maar ook: 'wetenschappelijk onderzoek naar de oorzaak en de voorkoming van ziekten', als onderliggende wetenschap bij de eigenlijke verplegingswetenschap. Daarmee grenst deze aan de medische wetenschap.

De verhouding verplegingswetenschap-verpleegkunst-medische praktijk vraagt eveneens aandacht. Afgezien van de materiële aspecten is deze wetenschapsbeoefening niet langer problematisch naarmate een systematische wisselwerking in alle sectoren van de gezondheidszorg doordringen kan. Het nu voltooide systeem kan zo bijdragen tot revaluatie van het verpleegkundig beroep.

De vertaling van verpleegkundig wetenschappelijk onderzoek naar de praktijk lijkt overigens niet gemakkelijk realiseerbaar te zijn. Op een seminar van verpleegkundige promovendi in Israël werd onlangs de vraag gesteld naar het effect van het onderhavige verrichte onderzoek. Op die vraag volgde een ogenblik van 'stille verlegenheid'. De bijdrage aan de verpleegpraktijk had aanzienlijk groter kunnen zijn, maar de plannen en de organisatie tot verspreiding en benutting van de onderzoeksresultaten ontbraken, aldus de deelnemers (*Ziekenhuis management* (1991) 304).

Een van de daaruit getrokken conclusies is een wijze les voor alle betrokkenen: 'We moeten de oog- en oorkleppen verwijderen om naar elkaar te zien en te luisteren, evenals naar de wereld om ons heen. En we moeten inspanningen en middelen combineren om de kloof tussen theorie, onderzoek, praktijk en onderwijs te overbruggen' (idem).

Het vraagstuk van de relatie verplegingswetenschap-verpleegkundigen in hun praktijk stond ook centraal in het op 30 oktober 1993 te Groningen gehouden Tweede Congres van de Stichting tot bevordering van het Wetenschappelijk onderzoek in de Verpleging in Nederland (SWV). Een van de doelstellingen van het congres was: uitwisseling van informatie over verplegingswetenschappelijk onderzoek in Nederland en Vlaanderen. De referaten waren zowel belangwekkend voor verplegingswetenschappers als voor verpleegkundigen in de praktijk van de pluriforme patiëntenzorg. Om de band met de praktijk te onderhouden

streeft de SWV ernaar, haar activiteiten onder te brengen bij het Landelijk Centrum Verpleging & Verzorging (LCVV, zie p. 225).

6.9 Complexe beroepstaken in pluriforme en dynamische ziekenzorg

Het laatste knelpunt in dit hoofdstuk betreft de 'beroepsuitoefening in een veranderende gezondheidszorg', een climax na anderhalve eeuw verpleegkundige arbeid en opleiding. De ontstane materiële en immateriële arbeidssituatie heeft niet bij alle betrokkenen het aureool van voldoening, tevredenheid en arbeidsvreugde gekregen. Integendeel, meer dan ooit geven de arbeidsomstandigheden aanleiding tot kritiek. Tal van studies en zwartboeken verschenen daarover.

Daarin worden als nadelen genoemd: te zware werklast en werkdruk; gebrek aan voldoende maatschappelijke en materiële waardering; moeizaam verlopende samenwerking met andere beroepsgroepen; onduidelijke afbakening van de eigen bevoegdheden en taken; weinig of geen ruimte om het werk zelfstandig en naar eigen inzicht te kunnen verrichten; fluctuaties in de arbeidsomstandigheden; te lage status en beloning van het beroep, in aanmerking genomen de zwaarte van de studie, de verantwoordelijkheid voor het werk en de aard van het beroep.

Complicerend is ook de recente 'Schaalvergroting, Taakverdeling en Concentratie'. Deze 'STC-operatie' resulteerde in bouw van grote tot zeer grote ziekenhuizen c.q. medische centra, ter vervanging van de oude gebouwen. Gebleken is echter dat hiermee niet altijd financiële besparing en betere arbeidscondities zijn te bereiken. Zo is een omvangrijke, veel vergadertijd vergende interdisciplinaire organisatie onvermijdelijk. Ook de door de wijdlopgheid van de plattegronden ontstane verlenging van de looplijnen verzwaart de werklast. Als derde factor dient genoemd het verlies aan 'nabijheid' van de medewerkers en behandelenden, de omgang met patiënten en beroepsbeoefenaars die alleen in kleine ziekenhuizen nog mogelijk is.

Tegelijkertijd worden aan de verplegenden zwaardere eisen gesteld door de tot grote perfectie opgevoerde medische technologie, de inkorting van de opname-duur (CBS: in ziekenhuizen gemiddelde verpleegduur 23,6 dagen in 1940, 14 in 1980 en 11 in 1991) en andere oorzaken (zie onder). Daardoor loopt de verpleegkundige de kans, nauwelijks nog te kunnen toekomen aan de kern van het beroep, de zorg, de basisverpleegkunst, de benadering van de patiënt als mens in zijn vaak moeilijke situatie.

Verder spelen een rol: extra vrije dagen door invoering van ATV-maatregelen, verruiming van ouderschaps- en zwangerschapsverlof, verbetering van het onderwijs (verlenging cursusduur, zwaardere leerstof, minder leerlingen/studenten); groot aantal vacatures; wisseling en verloop van personeel (tast continuïteit aan); tijdrovende administratieve verplichtingen; reeds genoemde tijdvergende, overigens broodnodige overlegsituaties (vergaderingen, inherent aan specialisatie, interdisciplinaire organisatievormen en decentralisatie van de verantwoorde-

lijkheden). Al deze veranderingen zijn ingevoerd zonder dat meer personeel het ontstane hogere werktempo kon verminderen, hetzij doordat het budget toch al te krap was, hetzij doordat meer personeel zich niet aanbood.

Zo is het verpleegwerk terechtgekomen in de bekende vicieuze cirkel: een hogere werkdruk veroorzaakt meer uitval van de verplegenden door ziekte, en meer ziekte leidt tot een nóg hogere werkdruk als er onvoldoende aanbod is van personeel.

Toch zijn in de gezondheidszorg belangrijke resultaten geboekt. Immers heeft de geneeskunst – mede dank zij de verpleegkunst – vooral in en na de laatste decennia van de negentiende eeuw immense vorderingen gemaakt. Thans behoort de gemiddelde levensverwachting in Nederland met enkele andere landen tot de hoogste ter wereld, terwijl onze zuigelingensterfte relatief zeer laag is. Om dat resultaat te bereiken wordt hier bijna 10% van het bruto nationaal inkomen aan gezondheidszorg – inclusief bejaardenzorg en gezinszorg – besteed. Kostbare en tijdrovende medische ingrepen – van harttransplantatie tot microchirurgie en in vitro fertilisatie – worden verricht. Het lijden aan chronische ziekten, dichtgeslibde bloedvaten, kanker, luchtwegen en dementie doen een zwaar beroep op medische en verpleegkundige zorg.

Door die medische evolutie is het aanzien, de status van de geneeskundigen navenant gestegen. Het ligt voor de hand dat de verplegenden die gang omhoog eveneens voor zich opeisen naarmate zij betrokken worden bij en onmisbaar zijn voor genoemde modernisering. Ziekenhuizen waarin de zorgverleners werken, krijgen algemene voorzieningen en specialistische afdelingen. Hulpwetenschappen als farmacie, chemie, technologie, natuurkunde en elektronica dragen bij tot die hoge vlucht. Reeds lang is in gebruik een afdeling vol machines en apparaten, aangeduid met de naam ‘intensive care’, een dynamische bedrijfszorg

Veranderingen in de ziekenzorg

Samenvattend vallen als veranderingen in de ziekenzorg te noemen:

- verschuiving naar andere behandelvormen;
- bedden zijn meestal niet langer het hart van het ziekenhuis;
- ruim de helft van de ziekenhuis‘productie’ wordt thans poliklinisch gerealiseerd (dagbehandeling, ‘low-care’ opname, ‘short-stay’ opname);
- inrichting van traumacentra (die mede in verkorting van de opname-duur en snellere revalidatie resulteren);
- verdwijning van kleine ziekenhuizen (met hun informele zorg, korte relatielijnen en flexibele ‘omgang’) en door middel van fusies vorming van medische centra met hun netwerk van relatielijnen, vergaderingen, en organisatiestructuren.

die continue kennis, kunst en toewijding vraagt gedurende 24 uur per etmaal. En ook deze afdeling is steeds meer gespecialiseerd en verfijnd. De 'lieve zusters' staan in toenemende mate voor gecompliceerde taken. Zij moeten kunnen werken in teamverband; een kunst apart. Zij moeten medisch en sociaal-psychologisch geschoold zijn, terwijl de emotionele aspecten niet verwaarloosd mogen worden. Zij dienen over tal van instrumentele vaardigheden te beschikken. Zij werken vaak op de scheiding tussen leven en dood. Van hen wordt in bepaalde afdelingen veel psychische begeleiding van de patiënten verwacht. In de 'intensive care'-afdeling, maar ook in de gewone ziekenkamer overlapt het werk van de verplegende dat van de arts, die zelf te maken heeft met medisch bijna onbegrensde mogelijkheden.

Dit laatste is een actueel onderwerp. De commissie-Dunning (*Kiezen en delen*, 1991) heeft getracht de vraag te beantwoorden of alles wat medisch kán, in onze zorg ook aan ieder die er behoefte aan heeft móet worden geboden. Het antwoord luidt naar haar mening ontkennend; er moeten grenzen worden gesteld. De beschreven mengeling van medische, technologische, psychologische, ethische, financiële en sociale factoren heeft een nieuwe dimensie aan de ziekenzorg toegevoegd. Daaruit is het recente streven naar heroriëntering van het verpleegvak, zowel in materiële als in immateriële zin, te verklaren. In bijzondere mate geldt dit voor het werk der verplegenden in het grensgebied tussen de medische en de verpleegkundige praktijk. 'De verplegenden en de verzorgenden liepen een achterstand op in beleidszaken; daaruit kwam voort dat de genoemde negatieve factoren te weinig aandacht kregen', aldus de commissie-Werner in haar rapport over de *Positiebepaling beroep van verpleegkundige en verzorgende* (juni 1991).

Blijkbaar moet er nog veel 'achterstallig onderhoud' weggewerkt worden: voortdurende afbakening van de verpleegkundige taken ten opzichte van die van de artsen en specialisten ('functionele taakverdeling'), verwerking in de functie-waardering van psychische belasting, nieuwe ontwikkelingen op technisch en technologisch gebied, op nieuwe leest schoeien van organisaties, en vooral: een vaste plaats innemen in allerlei advies- en overlegorganen. Het is onvermijdelijk dat in alle ziekenhuizen en andere instellingen voor gezondheidszorg de verplegenden en verzorgenden – evenals de artsen – rechtstreeks betrokken moeten worden bij het relevante beleid van de instelling. Dit betekent dat er een interdisciplinaire organisatie ontstaat waarvan de instandhouding op zichzelf al een immense en tevens grootse opgave is. Die interdisciplinaire organisatie stelt hogere eisen aan de medewerkers naarmate allochtonen in allerlei functies zijn ingeschakeld. Het centrale probleem is steeds meer geworden 'hoe hulpvragenden ziekenhuiszorg te blijven bieden in een voortdurend veranderende situatie'.

In het nu volgende laatste hoofdstuk komen aan de orde studies die op die ontwikkeling betrekking hebben. Ze streven na: modernisering c.q. verbetering van de onderhavige opleidingsstructuur en -inhoud.

Aansluiting onderwijs-arbeidsmarkt is instrument

Verbetering van de relatie tussen onderwijs en arbeidsmarkt komt slechts ten dele tegemoet aan de problemen die (zullen) ontstaan op de arbeidsmarkt. Hogere participatie van vrouwen, toename van het aantal banen en vermindering van het aantal werkenden dat voortijdig ophoudt met werken zijn noodzakelijk wanneer we willen voorkomen dat de arbeidsmarkt in Nederland in grote problemen raakt. Maar ook sociaal gezien mag onze samenleving niet berusten in een situatie waarin grote groepen mensen permanent buiten de welvaartsdeling vallen.

Onderwijs en scholing vormen in het totale sociaal-economische beleid een belangrijk instrument dat bijdraagt aan oplossing van bovengenoemde knelpunten en problemen.

Met name bij vrouwen is sprake van een groot aantal (her)intreders; scholing zal hier specifiek gericht moeten zijn op het inhalen van de achterstand die is ontstaan door een aantal jaren niet buitenshuis werken. Gezien de specifieke affiniteit van vrouwen voor verzorgende beroepen én gezien het grote verwachte arbeidskrachtentekort in die sector ligt het trouwens voor de hand, voor intredende én voor herintredende vrouwen de verzorgende sector aantrekkelijker te maken dan die nu is, door middel van een pakket van maatregelen: continue scholing met goede carrièremogelijkheden (onder andere door functiedifferentiatie), specifieke scholing gericht op herintreden, verbetering primaire en secundaire arbeidsvoorwaarden. De Commissie verwijst naar de notitie die hierover onlangs door het Kabinet is uitgebracht.

HOOFDSTUK 7

Wegwijzers naar reorganisatie

De werkring van de verpleegster is moeielijk en veelomvattend tevens; ja hij vereischt zoo vele eigenschappen van hoofd en hart, dat velen nog twijfelen of men alles wat men tegenwoordig van een ziekenverpleegster eischt, wel in ééne persoon vereenigd zal kunnen vinden.

S.K. HULSHOFF, 1892

7.1 Rapport-Rauwenhoff. Vernieuwingsoffensief

De in het voorgaande terloops genoemde aanbeveling tot 'luisteren naar elkaar en naar de wereld om ons heen' (zie p. 212), is vrucht van een permanent streven naar reorganisatie van het onderhavige onderwijs, ook in Nederland. Dat streven zien we voortleven in het nog steeds actuele rapport van de commissie-Rauwenhoff, getiteld 'Onderwijs-arbeidsmarkt: naar een werkzaam traject' (1990). De commissie is uitgegaan van drie doelstellingen: (a) een meer gelijke deelname aan onderwijs en scholing; dit moet leiden tot een zekere minimale 'startkwalificatie' waarmee ieder in het beroepsleven kan treden en een basis heeft om verder te leren; (b) een niet-vrijblijvende (dus: verplichte) overgang tussen beroepsonderwijs en beroepspraktijk door middel van 'dualisering'; (c) zelfstandige scholen die eigen beslissingen kunnen nemen en de kwaliteit kunnen leveren die ons land nodig heeft.

Het rapport pleit voor 'levenslang leren' dat voortduurt tijdens de deelname aan het arbeidsproces. Daarbij gaan de gedachten uit naar voornoemd 'duaal leren', in principe reeds toegepast in diverse leerlingstelsels (vier dagen naar school + een dag onderwijs) en in het kort-MBO. Dualiseren is: combineren van leren en werken, speciaal in de laatste fase van het beroepsonderwijs, aansluitend bij de mogelijkheden en behoeften zowel in de bedrijfstakken als in de onderwijssectoren. Daartoe dient 'contractonderwijs', om werken en schoolgaan te kunnen afstemmen op de arbeidsmarkt. In Duitsland is dit scholingstype meer populair dan in Nederland. Ook in de VS en Canada zijn daarmee gunstige resultaten bereikt. Dat duaal leren – studeren, afgewisseld met 'leren door doen' –

is een variant van de aloude bedrijfs- of inservice-opleiding; dit evenwel in die zin, dat de betrokkenen de status van studerenden krijgen en tijdens de duur van de opleiding afwisselend een aantal maanden (deskundig begeleid!) werken en een aantal maanden onderwijs ontvangen. Het systeem is in de sector van de Nederlandse gezondheidszorg uitgebreid beproefd, echter met dit verschil, dat de leerling tevens werknemer was en nog steeds is. In sommige andere vormen van HBO verkeert het voorgestelde 'co-makship' (samenwerking scholen/opleidingen met bedrijven) in een experimenteel stadium. Een gevarieerde rechtspositie gaat met dit laatste gepaard. Werk en studie worden gehonoreerd. De dualisering komt dan in de plaats van de huidige stages. Alle beroepsscholen zullen zo met bedrijven overeenkomsten treffen zonder tussenkomst van landelijke organen. Daardoor ontstaat maximale bewegingsvrijheid 'op maat' voor alle betrokkenen (p. 19, 20).

Al lijkt die studiemethode veel op het ons zo bekende inservice-systeem, toch wijkt zij hiervan belangrijk af, en wel in drie opzichten: niet langer is de studerende leerling-werknemer; 'werkend leren' is vervangen door 'studeren en leren in een gevarieerde arbeidssituatie'; en aan de praktijkfactor wordt hoge waarde toegekend. De HBO-V-scholen hebben, gesteund door enkele instellingen, de minister gevraagd met dat duale stelsel te mogen beginnen. Deze variant is door de overheid echter (nog) niet officieel toegestaan. Zij vreest een verschuiving van leerlingen uit het nog steeds omvangrijke inservice-onderwijs naar het dag-onderwijs-nieuwe stijl; die verandering zou tot aanzienlijke kostenverhoging (i.c. nóg duurder gezondheidszorg) leiden.

Die kostenverhoging is niet denkbeeldig. Invoering van een structureel begeleidingssysteem voor stagiair(e)s vereist aanstelling van vakkundige en pedagogisch-didactisch bekwame docenten/begeleiders die niet tegelijkertijd verantwoordelijk kunnen zijn voor een 'bedrijfstak'. Daarin verschilt dit duaal leren-nieuwe stijl van het leerlingstelsel dat in het gildewezen tot 1798 functioneerde. Het verschilt ook van de leerlingopleiding, toegepast in bedrijven sinds 1832 en in de ziekenhuizen sinds 1844. Immers in die drie bedrijfsregionen geschiedde c.q. geschiedt het 'lerend werken' en 'werkend leren' in een productief systeem; daarin zijn de leerlingen direct of spoedig na hun indiensttreding productief.

Of het duaal leren-nieuwe stijl in de gezondheidszorg hét goede alternatief van het aloude inservice-systeem in de gezondheidszorg is moet uiteraard nog bewezen worden. Het ministerie van Onderwijs en Wetenschappen en dat van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur hebben in 1990 de Tweede Kamer ingelicht over hun beleid betreffende het onderwijs voor verpleegkundige en verzorgende beroepen (Kabinetsreactie op Onderwijs en Arbeidsmarkt, november 1990). De opleiding in dienstverband en het door O & W bekostigde onderwijs (van de dagscholen) blijven voorlopig naast elkaar bestaan. De genoemde zes thans lopende regionale experimenten moeten uitwijzen hoe beide systemen kunnen worden vernieuwd of gecombineerd, en wel zo dat een meer bevredigende opleidingsstructuur ontstaat dan thans het geval is.

7.2 Functiedifferentiatie en functiewaardering

Na het uitbrengen van het rapport-Rauwenhoff is druk beraadslaagd over de te volgen weg(en). Door de 'Commissie Positiebepaling Beroep van Verpleegkundige en Verzorgende' zijn in december 1990 en april 1991 hoorzittingen gehouden waarop tal van organisaties waren uitgenodigd.

In mei 1991 bracht de werkgroep-Koopman van die commissie een nota uit. Deze bevat een scherpe analyse van de verpleegkundige en verzorgende beroepsbeoefening. Deze analyse is tevens een aanklacht, aldus verwoord: in de verpleging wordt in het algemeen niet voldaan aan 'de behoefte van mensen om hun capaciteiten te gebruiken en taken en functies uit te oefenen die passen bij hun opleidingsniveau en capaciteiten' (p. 4).

Veel factoren bemoeilijken een beleid dat de functies en de taken overzichtelijk maakt en de continuïteit bevordert. Een complicerende factor is, aldus nog steeds de commissie, dat verschillende groepen – de beroepsgroep zelf, alsook de overheid, werkgevers, patiëntenorganisaties, verzekeraars en beleidsinstanties – ieder hun eigen beeld hebben van de zorgverlening. Zij hebben ieder hun eigen invalshoek.

De commissie laat het niet bij analyse en kritiek: ook is nagegaan hoe het werk in de verplegende en de verzorgende sector kan worden verbeterd i.c. gedifferentieerd naar onderscheidene niveaus, waarbij de kwaliteit van de zorg gehandhaafd blijft. Aan de orde komen de onderwerpen: professioneel verplegen; functies, taken en functiedifferentiatie; arbeidsdeling; een derde deskundighedsniveau. De commissie concludeert: (a) functiedifferentiatie op twee niveaus en benaderd vanuit de optiek van een professionele verpleging; (b) functiedifferentiatie als proces van arbeidsdeling, met de nadruk op taakverruiming en taakverrijking, alsmede op toename van verantwoordelijkheid en besluitvorming; (c) het proces van functiedifferentiatie gerelateerd aan de ontwikkeling van verpleegsystemen; doorvoering van een arbeidsdeling die 'patiënttoewijzing' centraal stelt.

Terloops maakt deze commissie een kritische opmerking die wij aanstonds ook in het rapport-Werner aantreffen: de scholing kent differentiatie, maar differentiatie in functies, gebaseerd op inhoudelijke gronden, ontbreekt in de beroepsuitoefening; geen wonder dat 'onderwijs en beroepsuitoefening niet op elkaar zijn afgestemd' (p. 4). Vandaar de hartekreet van de commissie: de afgestudeerden komen terecht in 'een grijze brij' die onder hen verdeeld wordt (p. 17).

Het eindrapport van de werkgroep-functiewaardering verscheen in mei 1991 (rapport-Van der Donk). Vier onderwerpen zijn hierin aan de orde: (a) de functiewaarderingssystemen betreffende: gezinszorg en maatschappelijk werk; kruiswerk en kraamzorg; gezinsvervangende huizen en dagverblijven; ambulante geestelijke gezondheidszorg; ziekenhuiswezen; bejaardenoorden; rechtspositieregelingen van de gemeentelijke, provinciale en academische ziekenhuizen; (b) waar en wanneer het beeld is ontstaan dat in de verpleging heeft geleid tot

Verpleegsystemen

Als verpleegsystemen zijn bekend:

- **Taaktoewijzing of taakgerichte verpleging.** Het werk op de afdeling wordt opgedeeld in taken voor verpleegkundigen en leerling-verpleegkundigen; leerlingen mogen sommige taken wel, andere taken niet uitvoeren. Het is niet of niet altijd duidelijk wie verantwoordelijk is voor wat.
- **Patiënttoewijzing of patiëntgerichte verpleging.** Deze vervangt de taaktoewijzing. Centraal staat als beginsel: beslissingsbevoegdheid van de verpleegkundige inzake het verpleegkundig proces, en verantwoordelijkheid van de verpleegkundige voor de patiënt; de verpleegkundige heeft dan minder snel een beroep te doen op een hogergeplaatste in de organisatie, waaronder ook de arts; de verpleging valt onder de verantwoordelijkheid van de verpleegkundige, en primair niet onder die van de arts. De patiënt weet wie verantwoordelijk is voor haar/zijn verpleging.
- **Integrerende verpleging.** Deze staat tegenover de taakgerichte verpleging, en vloeit voort uit de patiëntgerichte verpleging die toename van de beslissingsbevoegdheid voorstaat.
- **Teamverpleging.** Reactie op taakverpleging. Een aantal samenwerkende verpleegkundigen is verantwoordelijk voor de patiënten op een afdeling.
- **Groepsverpleging.** Andere naam voor teamverpleging. Reactie op taakverpleging. Een groep van verpleegkundigen werkt samen op een afdeling.
- **Systeem van eerst-verantwoordelijk verpleegkundige.** Een van de verpleegkundigen treedt op zoals vroeger een hoofdverpleegster.
- **Functiedifferentiatie.** Betrekking hebbend op individuen en op groepen. Werkstructurering is hiervan een synoniem. Het werk op de afdeling wordt verdeeld (= arbeidsdeling of -verdeling). Het bedrijfsmatig functioneren van de organisatie staat centraal volgens geldende criteria van het beroep. Specialisaties en differentiaties in de gezondheidszorg kunnen aanwezig zijn. Onderscheiden worden: verticale differentiatie (integratie van taken, zelfcontrole en verantwoordelijkheid in besluitvorming); horizontale differentiatie (sneller andere deskundigen inschakelen); mogelijkheid van standaardisatie en routine.
- **Verpleegkundige functie.** Een gemeenschappelijke doelstelling van een aantal, uit hoofde van hun gelijksoortigheid en gelijkwaardigheid samengebundelde verpleegkundige en verzorgende werkzaamheden; daarbij zijn de waarden en de normen in overeenstemming met de beroepscode en het beroepsprofiel van de NRV.

een gevoel van onderwaardering voor de beroepsbeoefenaars (bepaalde aspecten worden niet of onvoldoende gewaardeerd, zoals zorg, psychische belasting, complexiteit en nieuwe ontwikkelingen in de beroepspraktijk); mogelijke oplossingen voor de gesignaleerde knelpunten; (c) de financiële dekking bij invoering van functiewaarderingssystemen; (d) knelpunten bij de functiewaardering.

De commissie vraagt aan de systeemhouders van de functiewaarderingssystemen hun systemen te onderzoeken op conservatieve waarden en normen; zij vraagt ook de systemen aan te passen aan de huidige maatschappelijke waarden en normen. Het rapport beveelt modernisering van de functiewaarderingssystemen aan, en verwacht daarvan een bijdrage aan een grotere herkenbaarheid onder de beroepsgroepen. Ook moeten tot heden onvoldoende gemeten aspecten (zoals zorg, psychische belasting en complexiteit) alsnog een plaats krijgen binnen de systemen. Samenvattend vindt de commissie herijking en actualisering van functies nodig om onvrede van verplegenden en verzorgenden – en daarmee de kans op nieuwe arbeidsonrust in de toekomst – weg te nemen.

7.4 Rapport-Werner: constructieve kritiek en 21 aanbevelingen

Het rapport van de commissie-Werner (CW, 1991), getiteld 'In Hoger Beroep' is te beschouwen als een apotheose van de in het voorgaande genoemde studies. Het beschrijft en propageert een beroepsmatig uitgeoefende, zelfstandige verpleging. De commissie werd mede ingesteld naar aanleiding van acties die van onvrede getuigden over de positie van verplegenden en verzorgenden. De commissie consulteerde ongeveer 45 organisaties, waaronder vakbonden, werkgeversorganisaties en opleidingsinstituten.

Het rapport richt zich op vier onderwerpen: (1) positieverbetering van verplegenden en verzorgenden, (2) verbetering van het opleidingssysteem, (3) de arbeidsomstandigheden en (4) de arbeidsmarkt. Het analyseert de huidige opleidingstypen en de daarbij behorende problematiek in de gezondheidszorg. De commissie schrijft dat de groep verpleegkundigen en verzorgenden (173.000 personen in volledige dienst) meer stem in het beleid en beheer moeten krijgen. In 'Werken aan het beroep' (1992), het antwoord van het Kabinet op het rapport, worden de verpleegkundigen aangemoedigd, hun krachten daartoe te bundelen (bedoeld zal zijn: de organisatiegraad te verhogen). Tevens wordt aangeraden hun ervaringen en opvattingen te laten steunen op wetenschappelijk onderzoek (met een buiging in de richting van de verplegingswetenschappen).

Ook stelt het rapport een radicale vernieuwing voor, omdat noch het inservice-onderwijs (praktijk- en theorieopleiding in bedrijfsverband), noch de dagopleidingen (zelfstandige scholing in een overwegend abstracte school-situatie) erin geslaagd zijn een bevredigende oplossing te vinden voor een goede relatie tussen het onderwijs, de onderwijsvragenden en de arbeidsmarkt. Mede door de toegenomen vraag naar verpleegkundigen en ziekenverzorgenden doen zich personeelstekorten voor, vooral in de Randstadprovincies (p. 25).

Het rapport-Werner

Het rapport-Werner (1991) beveelt aan een radicale reorganisatie van het verpleegkunde-onderwijs, vervat in de volgende aanbevelingen:

1. Voor een goed functioneren van de verpleging en verzorging binnen instellingen en organisaties is een vertegenwoordiging in beleid en management op alle niveaus onontbeerlijk. De commissie stelt voor dat de instellingen en organisaties een stafconvent verpleging en verzorging instellen om op centraal niveau in de organisatie de stem van de beroepsgroep te laten klinken.
2. De commissie volstaat hier met het memoreren van enkele belangrijke maatregelen ter verbetering van de werksfeer en de arbeidsomstandigheden die veelvuldig worden genoemd in recente nota's vanuit de beroepsgroepen, de koepelorganisaties en de overheid. Voor een groot deel zijn dit maatregelen die het management binnen instellingen zelf kan uitvoeren:
 - onderzoek naar de feitelijke ontwikkelingen in werklast en werkdruk;
 - meer onderzoek naar de oorzaken van ziekteverzuim en personeelsverloop;
 - concrete maatregelen om het blijven werken aantrekkelijker te maken zoals het naleven van het werktijdenbesluit voor Verplegings- en Verzorgingsinrichtingen, het uitbreiden van de bedrijfsgezondheidsdiensten, het verbeteren van de begeleiding van stagiaires, leerlingen en beginnende gediplomeerden, goede kinderopvang, ouderschapsverlof en flexibele roosters.
3. De commissie stelt voor het onderwijsstelsel in de verplegende en verzorgende beroepen te herzien. Voor het beoefenen van de functie allround verpleegkundige is een opleiding op HBO-niveau vereist. De uitvoerende verplegende en verzorgende moet een opleiding op MBO-niveau hebben gevolgd. De inhoud van het onderwijs moet goed aansluiten op het beroepsprofiel op twee niveaus, op de beroepsuitoefening in de praktijk en op de arbeidsmarkt. Van groot belang is het formuleren en toepassen van uniforme eindtermen. De commissie beschouwt de regionale experimenten in het onderwijs als een goede weg om te onderzoeken hoe het onderwijsstelsel in de verplegende en verzorgende beroepen herzien en aangepast kan worden aan het voorgestane beroepsprofiel. De commissie beveelt een zorgvuldige begeleiding en evaluatie van de experimenten aan.
4. Een actieve betrokkenheid van de beroepsgroep bij het onderwijs maakt deel uit van de professionalisering. De commissie bepleit het oprichten van een orgaan dat toezicht houdt op de kwaliteit van de opleidingen. Dit orgaan kan, analoog aan de andere beroepsgroepen, visitatie-commissies instellen.
5. De commissie stelt voor dat tenminste twee universiteiten de mogelijkheid bieden voor het volgen van de opleiding verplegingswetenschap en het verrichten van wetenschappelijk onderzoek.
6. De commissie bepleit een actieve betrokkenheid van de beroepsgroep bij de wetenschappelijke ontwikkeling van instrumenten voor de beroepsuitoefening zoals het ontwikkelen van systemen voor het bewaken en toetsen van de kwaliteit.
7. De beleidsverantwoordelijkheid voor de opleidingen vanuit twee ministeries is een belemmerende factor voor een evenwichtig en samenhangend onderwijsstelsel. De commissie acht het raadzaam om de verantwoordelijkheid voor het onderwijs uiteindelijk onder één ministerie te brengen, namelijk Onderwijs en Wetenschappen.
8. Gezien de huidige ontwikkelingen op de arbeidsmarkt beveelt de commissie aan om de komende jaren naast instroombevorderende maatregelen nog meer energie te steken in het verminderen van de uitval uit de opleidingen en de uitstroom van personeel. Het verminderen van de uitstroom zal naar haar mening moeten berusten op een breed scala van maatregelen gericht op het aantrekkelijker maken van het beroep. In dit rapport worden concrete maatregelen genoemd op het terrein van de organisatie van de dagelijkse werkzaamheden, de functiedifferentiatie en de functiewaardering.
9. De commissie is op grond van haar studie tot de conclusie gekomen, dat het terrein van de verpleegkunde een duidelijke afbakening behoeft. Het verpleegkundig beroepsprofiel van de NRV is daarbij uitgangspunt. De invoering van dit beroepsprofiel stelt eisen aan de organisatie en aan de kwalificaties van de beroepsbeoefenaars.

10. De commissie stelt voor om de door haar bepleite functiedifferentiatie binnen het Verpleegkundig domein in een drietal proefstations uit te testen in verschillende velden in de gezondheidszorg. Een dergelijke proefopstelling van de voorgestane differentiatie in de verpleging op 2 niveaus moet wetenschappelijk worden begeleid.
11. Wettelijk verankerde bevoegdheden en helder geformuleerde beroepseisen vormen de basis voor zelfstandige beroepsuitoefening. Het daartoe strekkende wetsontwerp BIG moet met de grootste mogelijke voortvarendheid tot wet worden verheven [is gedaan in 1993, G.].
12. Teneinde de beroepsgroep in staat te stellen een door de overheid erkend orgaan in te stellen met betrekking tot de regeling, erkenning en registratie van verpleegkundige specialisten moet de overheid financiële ondersteuning bieden.
13. De commissie acht het raadzaam om voor de beroepsbeoefenaren op het tweede deskundigheidsniveau op het terrein van de verpleging één titel te hanteren, namelijk verpleegster/verpleger.
14. De commissie constateert, dat wegens het gebrek aan financiële middelen overceengekomen f.w.-systemen niet volledig kunnen worden toegepast. Dit leidt in de praktijk tot grote frustraties bij de beroepsgroep. De commissie beveelt met klem aan om dit 'oud zeer' zo snel mogelijk op te lossen. Dat kost voor het kruiswerk, de gezinsverzorging en de bejaardenoorden naar schatting 350 miljoen gulden.
15. De huidige f.w.-systemen in de gezondheidszorg lopen achter bij de feitelijke beroepsuitoefening van verplegenden en verzorgenden. De commissie bepleit een spoedige actualisering van deze systemen. Inhalen van dit 'achterstallig onderhoud' heeft uiteraard ook financiële gevolgen.
16. De commissie constateert dat de beroepsgroep zich ondergewaardeerd voelt doordat de f.w.-systemen onvoldoende rekening houden met enkele specifieke aspecten van het werk zoals zorg, psychische belasting, complexiteit en nieuwe ontwikkelingen in de beroepspraktijk. De commissie bepleit de bestaande f.w.-systemen op deze aspecten te actualiseren in nauwe samenspraak met de beroepsorganisaties.
17. Het is de commissie opgevallen hoezeer de belangenbehartiging van de verplegende en verzorgende beroepen is verbrokkeld. Dit maakt de behartiging van de beroepsbelangen kwetsbaar. De beroepsgroepen zullen zich zelf beter moeten organiseren om hun wensen en noden op alle niveaus met gezag in te kunnen brengen. Dit proces maakt een wezenlijk onderdeel uit van een verdere professionalisering van deze beroepen en is onmisbaar voor het bereiken van een betere positie voor de verpleegkundigen en verzorgenden. De commissie dringt er bij alle beroepsverenigingen die op dit terrein actief zijn op aan zich beter te organiseren. Alleen op die manier kunnen gezamenlijke standpunten ontstaan en met kracht worden ingebracht in het beleid.
18. De commissie bepleit een vertegenwoordiging van de verplegende en verzorgende beroepsgroep in de Ziekenfondsraad, in het College voor Ziekenhuisvoorzieningen en in de Nationale Raad voor de Volksgezondheid, net als andere beroepsgroepen die in deze organen zijn vertegenwoordigd. Voor een goede uitoefening van de wettelijke taken van deze organen is een krachtige vertegenwoordiging van verpleging en verzorging onmisbaar.
19. Naar het oordeel van de commissie is gestructureerd overleg tussen de beroepsgroep en het ministerie van WVC nodig. Ook binnen het ministerie is een herkenbare en aanspreekbare inbedding van verpleging en verzorging in de organisatie gewenst.
20. De commissie meent dat bij de inspectie voor de volksgezondheid een afzonderlijke afdeling voor verplegenden en verzorgenden wenselijk is die systematisch aandacht kan schenken aan de positie van de beroepsgroep. Net als bij de medische beroepsgroep gaat het daarbij om het toezicht op zaken als de beroepsuitoefening, het bewaken van systemen voor kwaliteit en de registratie van beroepsbeoefenaars.
21. De commissie stelt voor in de budgetformules een functie- en verrichtingenparameter verpleging en verzorging op te nemen. Een adviesaanvraag van de Staatssecretaris aan het C.O.T.G. hoe aan dit voorstel vorm gegeven kan worden, wordt door de commissie aanbevolen om het beleidsproces op gang te brengen.

De problematiek in het beroepsonderwijs was voor de commissie-Wagner (1982 en 1983) aanleiding voor te stellen, de opleidingen in bedrijfsverband (de leerlingstelsels) te versterken en een hogere status te geven. De verpleging is vanaf haar ontstaan ook als een arbeidsmarktprobleem beschouwd en behandeld. Het beleid van de overheid is vervat in de ziekenhuis-CAO. Deze overeenkomst beoogt de werking van de arbeidsmarkt te verbeteren.

De voorgestelde vernieuwing moet volgens de CW gericht zijn op een flexibele opleiding binnen één stelsel of systeem; dit moet inspelen op de ontwikkelingen in de beroepsuitoefening, en op de opleidingswensen van het werkveld en de arbeidsmarkt. Hierbij gaan de gedachten uit naar herstructurering van het onderwijsstelsel voor de gezondheidszorg. Het ontwerp bouwt voort op de bestaande structuur; het gaat uit van de twee deskundigheidsniveaus, geanalyseerd en omschreven in de beroepsprofielen van 1988. Het inservice-onderwijs en het door Onderwijs en Wetenschappen bekostigde onderwijs blijven voorlopig naast elkaar bestaan. In experimenten wordt uitgezocht hoe beide leerwegen naar elkaar kunnen toegroeien.

Volgens het rapport-Werner moet het nieuwe stelsel, behalve de verplegingswetenschap, in hoofdzaak omvatten: (1) opleiding tot verpleger of verpleegster op MBO-niveau; driejarige cursusduur; vooropleiding MAVO, LBO of gelijkwaardig niveau; eindtermen gerelateerd aan het tweede deskundigheidsniveau van het beroepsprofiel (1988); gemeenschappelijke beginfase die afhankelijk is van modulen; door stages afgewisselde theorieperioden waarin op beroepsoriëntatie een specifieke opleiding volgt; (2) opleiding tot verpleegkundige op HBO-niveau; dezelfde structuur als de onder (1) genoemde; vierjarige cursusduur; vooropleiding HAVO, VWO, MBO of gelijkwaardig niveau; gemeenschappelijke beginfase die afhankelijk is van modulen; door stages afgewisselde theorieperioden waarin op een brede beroepsoriëntatie specialisatie c.q. differentiatie volgt.

Over de bekostiging van het onderwijs merkt de commissie op, dat de huidige verschillen in studiefinanciering samenwerking tussen c.q. integratie van de bestaande opleidingsvormen in de weg staan. Zij stelt voor de leerling (hier voortaan student te noemen) tijdens de theorieperioden van de opleiding de normale studiebeurs te geven, en tijdens de stageperiode te beschouwen als een student die een studiebeurs ontvangt. Zo worden werk en studie gehonoreerd. De studenten hebben dan niet de status van werknemers, maar die van studeren. Ten slotte beveelt de CW onder andere aan: concrete maatregelen om de 'uitval' te beteugelen.

Dit programma van wensen illustreert, hoezeer beroepsonderwijs uit de pas van de werkelijkheid kan lopen. 'Het onderwijs schenkt onvoldoende aandacht aan de differentiatie in en de dynamiek van de beroepsuitoefening', aldus de commissie-Werner (p. 24).

De gedane 21 aanbevelingen (zie pp. 222, 223) beogen werkelijke vernieuwing; deze komt – historisch gezien – eens nadat de these en de antithese zijn versmolten tot een synthese, een nieuw begin. Die synthese is hier: de resultante van de

twee onderwijstypen, namelijk van werken/leren in de werkelijkheid, en op de werkelijkheid voorbereidende dagscholing. Het is deze synthese die in de huidige experimenten centraal staat.

7.5 Landelijk Centrum Verpleging en Verzorging

Een deel van de genoemde aanbevelingen zien we terug in de doelstellingen van het op 13 oktober 1993 te Utrecht opgerichte Landelijk Centrum Verpleging & Verzorging (LCVV). Voorzitter is mr E. Veder-Smit, oud-staatssecretaris Volksgezondheid. Nu beschikt de verplegende en verzorgende sector over een eigen bureau. Dit instituut stelt centraal de positieverbetering en de opleiding van de verplegenden en verzorgenden; het richt zich op verbreding van het draagvlak van deze beide beroepsgroepen. Het is bedoeld als centrum zowel om discussies op gang te brengen over alle actuele vraagstukken en knelpunten als om samenwerking van alle betrokkenen te bevorderen.

Eensgezindheid over het nieuwe 'gesprekscentrum' is er echter nog niet: een chronisch meningsverschil over deskundigheidsniveaus, functieniveaus en opleidingsstructuren openbaart zich ook rondom de oprichting van dit LCVV. Zo distantieert de vereniging Nu '91 zich van het LCVV; het bezwaar is dat de door haar als 'lager' gekwalificeerde zorgsector bij de oprichting mede uitgenodigd was (de verzorgenden waren al uit Nu '91 geweerd omdat zij lager opgeleid zijn dan de verplegenden, een aspect dat ook eigen is aan het Deense organisatie-*wezen*, zie rapport-Werner, p. 45). 'Verplegenden en verzorgenden hebben een verschillende status', aldus R. Berkhout in LCVV, 1993. NU '91 wil de gegroeide beroepsprofielen (overeenkomend met twee functieniveaus), de aanbevelingen van het rapport-Werner en het onderscheid tussen verpleegkundigen en verplegenden aanhouden. Onder verpleegkundigen blijft deze vereniging verstaan: gediplomeerden van het HBO-V, het inservice-onderwijs A, B en Z; onder verplegenden: MDGO-opgeleiden en inservice-ziekenverzorgenden. Overigens gaat het bij deze organisatie bovendien om een fundamentele koerswending: de gezondheidszorg laten beheersen door zorgvragers en zorgaanbieders, met gelijktijdige beëindiging van het bureaucratische overleg van sociale partners waarbij de arbeidsmarkt centraal staat.

Het verschijnsel van de splitsing in verpleegkundigen en verplegenden (verzorgenden) illustreert de tendens, alle scholing en arbeid in hoog en laag te verdelen. Het imago van de arbeid stijgt naarmate eraan een hogere graad van theoretisch-wetenschappelijk onderwijs ten grondslag ligt. Een docente verwoordt dit probleem aldus: 'Verpleegkundigen zijn opgezadeld met medische ballast en hebben niet verpleegkundig leren denken (...)'. Bij de scholing klinkt almaar de roep om medisch georiënteerde zaken; bij verpleegkundige kwesties haken de studenten al snel af (P. de Bok in LCVV, 1993).

Het zien van de gezondheidszorg als een organische eenheid en dat door-trekken naar de organisatie en de personele verhoudingen is, zoals we zagen, van

meet af aan problematisch geweest. Op de oorzaken van dat vraagstuk is in het voorgaande gewezen. Het nog kersverse LCVV dient zich nu aan als het orgaan dat wil samenbinden, coördineren, stimuleren, activeren; dit om samenspreking en samenwerking van de kwart miljoen burgers, werkend in verzorgende en verplegende functies, te bevorderen.

7.6 Aspect van synthese: breed en samenhangend onderwijsstelsel

Vanouds is aan het begrip ‘werkend leren’ of ‘participerend leren’ een rijke en tevens genuanceerde inhoud gegeven. Deze inhoud varieert van ‘al doende leren’ (de vaktheorie wordt geheel in de praktijk zelf gegeven) tot extramuraal theorielessen (cursussen in en door de instelling of externe dagscholing met een meer abstracte inslag daarbuiten). En die dagscholing kan dan nog worden genuanceerd van pure abstractie tot theorie die door middel van deskundig begeleide stages zoveel mogelijk praktijkgericht is. Het onderzoek van de Commissie-Werner heeft onder meer uitgewezen, dat afgestudeerden van de dagscholen, ondanks hun stages, de werkelijkheid in de verpleging vaak ervaren als een ‘reality shock’. Een HBO-gediplomeerde mag meer theoretische ondergrond hebben, wat de praktijk betreft heeft de inservice-opgeleide een voorsprong. Beiden kunnen dus veel van elkaar leren, mits geheel openstaand voor elkaar en elkaars kunde en kunst.

Het grote belang van dát pluriform ‘leren’ was te Utrecht aanleiding te beginnen met een samenwerkingsproject tussen drie ziekenhuizen en de Hogeschool Midden Nederland (HMN). Dit project beoogt een alternatief HBO-V met een meer praktijkgerichte inslag dan het overwegend theoretisch georiënteerde HBO-V-bestaande stijl biedt. Met die HBO-V-variant is te Nijmegen reeds enige ervaring opgedaan. Daar bevat het programma in het eerste jaar uitsluitend theorievakken; in de volgende drie jaar krijgt de student naast theorie een echte werkkring als leerling-verpleegkundige in een ziekenhuis. Verwacht wordt dat zo’n praktijkbeleving realistischer, en dus waardevoller is dan een stage van een aantal weken. Een gelijksoortige ontwikkeling doet zich voor in het MBO-V. Die voor het verpleegonderwijs nieuwe varianten vormen de eerder genoemde synthese. Deze is ook in andere beroepen onvermijdelijk gebleken: vroeg of laat verschijnt naast het steeds meer abstract-theoretisch geworden beroeps-dagonderwijs een praktijkgerichte variant. Het is een onderwijstype dat zich principieel instelt op koppeling of zelfs integratie van werken en leren; aan de praktijk als discipline wordt daarbij grote waarde toegekend.

Deze praktijkgerichtheid zien we ook verwerkelijkt in de recente vernieuwde A-opleiding van het Academisch Ziekenhuis te Utrecht; dit als vrucht van een voorstel, in 1990 gedaan door de Dienst Sociale Zaken. De opleiding blijft 3,25 jaar duren en is verwerkelijking van de gedachte, dat de verpleegkundige naast de arts een zelfstandig beroep uitoefent. De vakken verpleegkunde (theorie) en verpleegkunst (toegepaste theorie) staan centraal. In het geheel nieuwe lespro-

gramma is de tweedeling zorgcomponent en medische component te herkennen. De leerling gaat op zoek naar het antwoord op de vraag 'wat precies is de taak van de verpleegkundige in de beroepspraktijk'. Om dat antwoord te formuleren en in praktijk te brengen wordt de opleiding verdeeld in drie modules: studie (praktijkgerichte theorie), oefening (verwerving van vaardigheden) en functioneren in de praktijk (uitvoeren van opdrachten). Iedere moduul betreft een afgerond onderwerp, een specifiek leerdoel, onderscheiden in twee componenten: een technische en een sociale component. Het systeem gaat ervan uit dat de leerling zich voorbereidt op elke les en zich went aan zelfstandig studeren. Deze innovatie dringt ook door in de stage. De leerlingen gaan nu eerder en regelmatig gespreid over een periode op stage. De lessen van de modules sluiten aan op de bijbehorende stage; dit wil zeggen dat in de stage geen zaken aan de orde komen waaraan in het onderwijs nog geen aandacht is besteed. De eerste stage valt reeds na de zeven weken durende voorbereidende periode (hoofdzakelijk theorie); deze kent vijf modules, omschreven in een boek. Verder is een stage gesitueerd na elke volgende zes weken opleiding. Een werkgroep volgt de gang van zaken op de voet en stuurt bij waar dat nodig is. Deze op integratie van theorie en praktijk gebaseerde opleiding doet sterk denken aan die van de Verpleegstersschool van de Vrije Universiteit in de periode 1961-1968 (vgl. p. 177 v.v.).

7.7 Dilemma op kruispunt van wegen

Toch rest mij een sprankje hoop! De verwachting toch is in de laatste jaren in mij levendig geworden, dat de verpleegsters meer en meer zullen inzien dat het hare zaak, háár beroep, háár werkkring geldt en dat zonder goede opleiding, zonder degelijk onderwijs, zonder zooveel mogelijk geschoold te zijn, het haar op den duur onmogelijk is op zoodanige wijze haar plicht te doen tegenover hen voor wie zij moeten zorgen, als men mag eischen van iemand die zich den onbaatzuchtigen werkkring van ziekenverplegen heeft gekozen.

A. ALETRINO (1904) 6

Zowel bij de totstandkoming van de BIG-wet (zie p. 166 v.v.) en het ministeriële plan tot structurele reorganisatie van de opleidingen (zie p. 168) als bij de opening van het Landelijk Centrum Verpleging en Verzorging (zie p. 225) bestond over de regeling van het verpleegkundige beroep nog veel onduidelijkheid. Ditzelfde geldt voor de uitkomst van de zes regionale experimenten: het Procesmanagement van de regionale onderwijsexperimenten (Pro6) kon tot heden niet komen tot een consensus over 'de' identiteit van 'de' verpleegkundige.

Het BIG-wetsontwerp legt de basis voor een stelsel van titelbescherming, maar dit moet nog uitgewerkt worden. Onder de nieuwe wet zal het mogen voeren van de titel verpleegkundige gekoppeld zijn aan het ingeschreven staan in een door de overheid aangehouden register. Nu moeten de onderhavige beroepstypen en de voorbehouden handelingen nog wettelijk verankerd worden.

Bij nader inzien blijkt de kwestie van de titulatuur en die van de hiërarchie op basis van diploma's moeilijker dan gedacht is. In het huidige bestel is het voeren van de titel verpleegkundige toegestaan indien de beroepsbeoefenaar één van de wettelijk voorgeschreven diploma's heeft behaald. De vraag, wie zich in Europees verband verpleegkundige mag noemen, is echter nog niet beantwoord. Het al dan niet aanhouden van de 'Europese richtlijnen' komt hierbij namelijk in het geding.

De Nationale Raad voor de Volksgezondheid (NRV) stelde op verzoek van het ministerie van WVC in een 'Raad beroepen individuele gezondheidszorg' (Raad-BIG, vervanger van de in mei 1993 ingestelde Commissie-BIG). Het is de bedoeling van die Raad, bij de uitwerking van de wet de Europese richtlijnen te respecteren. Dit heeft echter consequenties, want geen enkele Nederlandse opleiding voldoet daaraan. Om bijvoorbeeld in het bezit te komen van het in artikel 32 bedoelde getuigschrift (rechtgevend op inschrijving als verpleegkundige in het register) moeten de opleidingseisen veranderen. Het huidige opleidingssysteem onderscheidt immers A-, B-, Z- en HBO-V verpleegkundigen, terwijl er ook een diploma MBO-V (tot 1987 uitgereikt) bestaat.

We zagen reeds dat de Verpleegkundige beroepsprofielen uitgaan van verschillende vaardigheden voor de beroepsuitoefening van verpleegkundigen, verpleegsters/verplegers en ziekenverzorgsters. Verder zijn twee deskundigheidsniveaus onderscheiden. Voor de HBO-V- en de inservice-afgestudeerden geldt de titel verpleegkundige, werkzaam op het 'eerste deskundigheidsniveau'. De term 'tweede deskundigheidsniveau' betreft de beroepsbeoefenaar die opgeleid is op het niveau van middelbaar beroepsonderwijs, voerend de titel verpleger/ verpleegster en ziekenverzorgende. De HBO-V-gediplomeerde en de MBO-V-gediplomeerde zijn bevoegd tot het voeren van de titel verpleegkundige op alle gebieden van de gezondheidszorg. Blijkens advertenties gaan de instellingen echter uit van de gedachte, dat diverse gediplomeerden de verpleegfuncties kunnen vervullen. Voorbeeld: een psychiatrisch ziekenhuis vraagt een medewerker, genoemd 'verpleegkundige/ziekenverzorgende/MDGO-Vp'. Bezitters van het diploma A, B, HBO-V, MDGO-Vp of Zv kunnen solliciteren. Enerzijds streeft de beroepsgroep naar professionalisering op het eerste deskundigheidsniveau; anderzijds verschuiven in de praktijk taken of functies naar arbeid op een tweede of derde deskundigheidsniveau. Kortom, de begrenzingen tussen de werkvelden zijn aldoor aan het vervagen (vgl. p. 218, 232). Het werken met twee functieniveaus blijkt in de praktijk van de verpleging tot verhoging van de kwaliteit en een flexibele organisatie te leiden (vgl. p. 219 en *TvZ* 10 (1994) 315).

In de vorige hoofdstukken is uitvoerig aandacht besteed aan de beroepsinhoudelijke ontwikkelingen en de toenemende complexiteit van de verpleging. Steeds hogere eisen zijn gesteld aan de beroepsuitoefening van de verpleegkunst en de zorgverlening. Bovendien is er de tendens, de verpleegduur in het ziekenhuis steeds korter te maken door zoveel mogelijk over te gaan op poliklinische behandeling en dagverpleging.

Deze aspecten staan centraal in het nu verschenen Voorlichtingsadvies en het Advies opleidingseisen van de Raad-BIG. Volgens beide adviezen moet, om aan de veranderde en steeds veranderende eisen tegemoet te komen, de opleiding tot verpleegkundige vergelijkbaar zijn met een opleiding op HBO-niveau (Advies B2/94, p. 10, 17, 20).

Deze visie zou doorslaggevend zijn bij de erkenning van de taak en de plaats van de verpleegkundige in het geheel van de gezondheidszorg. Maar opname in het register van MBO-ge диплоmeerden komt niet overeen met de ministeriële uitspraak, dat voldaan moet worden aan de EG-richtlijn. Bij voortduring – en aansluitend op het rapport-Werner – is nu de vraag actueel, wat thans precies is te verstaan onder de aard, de omvang, de diepgang en de geldigheid van de verpleegkundige opleiding. Hierbij is complicerend, dat het in de praktijk niet of niet altijd relevant is, welk diploma behaald is of op welk deskundigheidsniveau de verplegende geacht wordt te functioneren. Dit is uit het gezichtspunt van personeelsbeleid zeer merkwaardig. Werkgevers (én de minister, zie p. 168) vinden voor veel functies – nog afgezien van de persoonskwaliteiten – een opleiding op MBO-niveau voldoende. Om in vacatures uitsluitend af te gaan op diploma's lijkt niet te werken. Het gezaghebbend rapport-Werner is hierover duidelijk: het beveelt twee titels aan (verpleegkundige en verpleger/verpleegster), maar de beroepsorganisaties moeten zelf regelingen instellen betreffende de formulering van opleidingen, de voorschriften voor registratie en de mate waarin een diploma bepalend is voor de taken of functies.

Het thans voorliggend advies van de Raad-BIG is tweemaal: degenen die gediplomeerd of in opleiding zijn worden krachtens de overgangsregeling ingeschreven in het register; en de tekorten moeten worden opgeheven door afstemming van de ingang zijnde vernieuwing van het onderwijsstelsel op de Europese richtlijnen. Een structurele en inhoudelijke omvorming van de opleidingen ligt in het nabije verschiet. Hierbij staat het beleid voor het volgende dilemma: (a) vaststellen van de opleidingseisen zonder aanduiding van het niveau, zodat de titel van verpleegkundige kan worden verkregen zowel op MBO- als op HBO-niveau; (b) vaststellen van de opleidingseisen op HBO-niveau (bijgesteld in overeenstemming van het Eindrapport van de Visitatiecommissie HBO-Verpleegkunde van december 1991).

Een houvast biedt de Raad-BIG die de nieuwe opleiding, te bereiken via dagonderwijs of anderszins, aldus definieert: *'De opleiding tot verpleegkundige is een specifieke full-time beroepsopleiding die minimaal drie studiejaren dan wel 4600 uren theoretisch en praktisch (klinisch) onderwijs omvat. Het programma omvat minimaal 15 theorievakken, verdeeld over de leergebieden verpleegkunde, basiswetenschappen en sociale wetenschappen.'* Het klinisch praktisch onderwijs richt zich op 7 onderdelen. Breedte- en dieptewerking zijn ingebouwd door voor te schrijven, dat de studie zich moet richten op kennis, inzicht, vakbekwaamheid en beoordeling van verpleegkundige zorg, een en ander in relatie tot de individuele patiënt. Tevens wordt van belang geacht de aspirant-verpleegkundigen kennis te laten nemen van de resultaten van verplegingswetenschappelijk onderzoek (Advies B2/94).



Centraal staat de positieverbetering van de verplegenden en de verzorgenden. Een beroep is interessant door de inhoud van de functie.

Dit hangt samen met het zelfbeeld. Door zelfbewustheid kunnen we het beeld dat anderen van ons hebben verbeteren. Ook moet samen met de bonden en de beroepsorganisaties gewerkt worden aan een verbreding van het draagvlak voor de beroepsgroep.

Het bureau van het Landelijk Centrum Verpleging & Verzorging dient te worden een thuishaven voor verschillende beroepsorganisaties, een belangrijk kanaal voor onderzoeksaanvragen uit de praktijk en een informatiecentrum, inclusief een bibliotheek. Een en ander moet leiden tot een samenhangend raamwerk van overleg en wetenschappelijk onderzoek.

Het is eveneens nodig de zes lopende experimenten nauwgezet te volgen; deze zijn voor de beroepsgroep van levensbelang. De functiestructuur kan de basis vormen voor de opleidingsstructuur. Een beleidsplan voor de verplegende en verzorgende beroepen kan wellicht de resultante zijn van een achttal proefprojecten in verschillende organisaties in uiteenlopende vormen.

Tot de doelstellingen behoren ook onderwijsstructuur, functieopbouw en registratie in het kader van de BIG-wet. Van samenwerking met adviesraden, bonden en beroepsverenigingen, werkgevers en overheid moet veel verwacht worden.

Epiloog

Deze inleiding tot de geschiedenis van de verpleegkunst eindigt midden in een discussie. De Wet-BIG legt de beroepsmatige autonomie vast, blijkend uit een zelfstandige beroepsuitoefening, zelfstandig uit te voeren voorbehouden handelingen en zelfstandige benutting van het tuchtrecht. Hinderlijk is echter de onzekerheid over het niveau van de geregistreerden: zal het register openstaan alleen voor HBO-gediplomeerden of ook voor MBO-gediplomeerden?

Op het eerste deskundigheidsniveau in de verpleging is de HBO- opleiding geplaatst. Ditzelfde geldt voor de inservice-opleiding A en B. Deze loopt echter de kans, door de overheid als middelbaar onderwijs te worden gekwalificeerd (zie 4.11). Waarheen vaart nu het schip van het verplegingsonderwijs? Vanuit de beroepsgroep komt geen eensluidend antwoord; daarvoor is blijkbaar de organisatiegraad te laag en de opinie te verdeeld. Veel kleine organisaties (57 volgens het LCVV) houden zich bezig met de belangenbehartiging van de leden en de inhoud van hun beroep. Als de verplegenden niet als één organisatie kunnen optreden zal een consensus over de te volgen weg nog lang op zich laten wachten.

Er is echter één troost: als regel wijst niet de wetgeving de weg naar aanpassing en vernieuwing zoals we zagen, maar de beroepspraktijk. Daarvan getuigen ook de indringende vragen, door de minister van WVC aan sociale partners, onderwijsorganisaties en docenten voorgelegd. In die zeven vragen is de gehele discussie geanalyseerd.

Kunt u er mee instemmen dat in het herziene stelsel van opleidingen voor verplegende en verzorgende beroepen de beschrijving van zorgsituaties wordt gehanteerd als basis voor het ontwerpen en structureren van opleidingen?

Is het onderwijskundig mogelijk om een opleiding in te richten die zich met zijn eindtermen voor een beginnend beroepsbeoefenaar breed richt op alle categorieën van zorgsituaties?

Is de voorgestelde indeling van de verplegende, de verzorgende en de assisterende/helpende beroepsuitoefening in drie onderscheiden niveaus van functioneren hanteerbaar in het organiseren van de zorg? Kunt u instemmen met de in de vorige vraag omschreven functiestructuur waarop het toekomstig samenhangende stelsel zal worden gebaseerd?

Bent u van mening dat de verpleegkundige beroepsuitoefening op het tweede niveau en de verzorgende beroepsuitoefening op dat niveau van elkaar onderscheiden moeten zijn of dat zij juist in elkaar moeten worden geïntegreerd?

Kunt u instemmen met de aanwezigheid van een verpleegkundig beroepsbeoefenaar op zowel het tweede functieniveau (MBO-niveau) als op het eerste functieniveau (HBO-niveau), die beide zijn bedoeld als bij de (kamer)behandeling van de Wet-BIG beoogd te worden geregeld in artikel 3 en dus geregistreerd zouden kunnen worden als verpleegkundige?

Kunt u instemmen met het opleiden langs twee leerwegen, te weten 'werken/ leren' en 'leren/stage', voor ieder van de door de regionale experimenten aangegeven niveaus?

Het CFO heeft daarop in een brief aan de minister gereageerd. Deze organisatie kiest voor integratie van verpleegkundige en verzorgende beroepsuitoefening. Dit krachtens de ervaring, dat de beroepsbeoefenaars steeds vaker op elkaars gebied werkzaam zijn. Een onderscheid naar verpleegkundige of verzorgende beroepsuitoefening vindt deze federatie dan ook gedateerd. De verplegenden dienen door hun opleiding breed, gedifferentieerd en flexibel inzetbaar te zijn. In die lijn ligt ook het voorstel, beroepsbeoefenaars op beide functieniveaus (MBO en HBO) de titel verpleegkundige toe te kennen. De aspirant-assisterenden, bestemd voor het derde functieniveau, worden opgeleid via het kort-MBO. Diverse vervolgopleidingen verlevendigen dit opleidingspatroon. Te denken valt aan vormen van extramurale zorg waaronder kraamverpleging en thuiszorg, dit laatste zowel voor psychogeriatrische en psychiatrische patiënten als voor zwakzinnigen.

Hier is opnieuw de verhouding theorie-praxis in discussie. Echter is een inherent kernvraagstuk, dat van de gelijkwaardigheid der beroepen, niet aangeroerd. We zagen reeds dat de oprichting van het LCVV gepaard ging met strubbelingen over de doelstelling: een deel van de georganiseerden wilde de sector van de verpleging en die van de verzorging niet in één organisatorisch verband ondergebracht zien. Ook dat aspect zien we thans onder ogen.

Bij de medici was in het verleden, althans na 1900, weinig te merken van een dergelijke controverse. Of een arts nu als huisarts fungeerde, of als specialist, docent, afdelingshoofd (chef de clinique), bedrijfsarts, in principe waren ze vrije ondernemers en meestal niet in loondienst. Die 'eenheid van stand' werd in 1865, na een halve eeuw werken daaraan, wettelijk verankerd. Daardoor konden de medici zich organiseren in genootschappen en verenigingen zonder toelatingsdrempels. Zij konden zich vooral wijden aan inhoudelijke beroepsaangelegenheden omdat de materiële zijde van het beroep in toenemende mate riante vormen begon aan te nemen. Waardoor lukte een en ander niet in de beroepsgroep van verplegen en zorgen? Zes factoren vallen op:

(1) De beroepsgroep kreeg te maken met een wetgeving die materieel, noch immaterieel vergelijkbaar was met die van de medici. Opmerkelijk is de argumentatie toen *the point of no return* in 1919 aanbrak: de Tweede Kamer nam afstand van het wetsvoorstel van 1910 (waarin de verpleging was opgenomen) omdat ... 'staatszorg voor ziekenverpleging zich niet liet verenigen met het christelijk standpunt en het hooger beginsel van de christelijke barmhartigheid' (formule-

ring van dr. J.G. Scheurer die zijn kamerlidmaatschap wist te verenigen met de functie van geneesheer bij de Stichting 's-Heerenloo te Ermelo. Toch had christelijke barmhartigheid niet minder te maken met diens beroepsuitoefening, terwijl haar wettelijke verankering bijzonder hecht was (vgl. p. 132, 136, 138, 139).

(2) De beroepsgroep kon door tal van oorzaken niet tot 'eenheid van stand' komen. Het is geprobeerd. Na een halve eeuw wildgroei op het gebied van het organisatiewezen paste in het kader van het naoorlogse vernieuwings-elan oprichting van een 'Federatie van Verenigingen' die zich 'bevordering van de verpleging en andere onderdelen van de gezondheidszorg, ten doel stelde. Dit gebeurde in 1945, dankzij het initiatief van de Bond van Directrices en Adjunct-directrices (1899), alsmede dat van de toenmalige minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid (W. Drees). De minister wilde een centrale organisatie, om het overleg te vergemakkelijken. Evenwel verdween die federatie in 1975 geruisloos. De organisatiegraad was laag gebleven, zodat de initiatiefnemers en hun opvolgers weinig succes hadden kunnen boeken. Degenen die zich nog organiseerden (naar schatting nauwelijks 20%) verspreidden zich over een aantal al dan niet verzuilde vakbonden en vakverenigingen.

(3) Materiële en immateriële componenten zijn veelszins verstrengeld aangepakt. Onderhandelingen over de CAO en soortgelijke aspecten worden overgelaten aan het CFO en AbvaKabo, dan wel aan een bond die deel uitmaakt van het CNV of het FNV. Minder vanzelfsprekend komen aan de orde inhoudelijke onderwerpen die het onderhavige beroep een bredere basis, meer homogeniteit en een hoger aanzien kunnen geven. Nog minder is men ertoe gekomen de betekenis van de verpleging voor de gezondheidszorg in het algemeen en voor de geneeskunst in het bijzonder in een helder licht te plaatsen. Een apart actieorgaan had wellicht aan de zich evoluerende beroepsinhoud speciale aandacht kunnen besteden. Dit orgaan had over de randen van het eigen nest heen een blik kunnen werpen bijvoorbeeld op de verhouding theorie-praxis in de technische sector. Daar komt geen kwalitatief hoog produkt tot stand tenzij de uitvoerenden en de ontwerpenden als gelijkwaardigen worden beschouwd en gesalarieerd volgens een redelijke schaalverdeling, terwijl statuskwesities achterwege blijven. In landen als Duitsland en Japan bijvoorbeeld staan dual leren en ambachtelijk handwerk aanzienlijk hoger aangeschreven dan in Nederland.

(4) Het beroepsbeeld is uitermate pluriform. In de periferie rondom de kern (algemene verpleging) is de identiteit van sommige disciplines minder scherp omschreven. Zo worden verpleegkundigen in de geestelijke gezondheidszorg geacht bij het medisch circuit te behoren, maar psychiatrisch verpleegkundigen hebben zich wel sociotherapeuten genoemd, terwijl de verpleegkundigen in de zwakzinnigenzorg zich meer pedagogisch-didactisch georiënteerde beroepsbeoefenaars vinden dan verplegenden van zieken. Ook is de betekenis van 'zelfzorg' en 'mantelzorg' onvast en tevens veelomvattend: de situatie is vaak bepalend voor de taakverrichtingen. Vandaar dat de term 'het beroepseigene' moeilijk te definiëren is. Hoe meer variabelen een rol spelen, des te moeilijker is het, 'verpleegkunst' in een definitie te vangen.

(5) Een trend naar 'hogerop' heeft zich geleidelijk duidelijker afgetekend. Enerzijds brachten de toenemende medische kennis en mogelijkheden met zich mee dat ook de verplegenden daarvan steeds meer moesten weten. Anderzijds behoefden verplegen en verzorgen als zodanig niet voor alle beroepsbeoefenaars het enige en het eigenlijke richtpunt meer te zijn. Wie hogerop wilde en meende te kunnen dacht eertijds aan een functie als eerste verpleegster, hoofdverpleegster, directrice zelfs. De toenmalige kleinschaligheid van de ziekenhuizen en het intern wonen van de zusters maakten het toen nog mogelijk 'verplegen' als een 'nabije', gemeenschappelijke bezigheid te beleven, en aan 'omgang' de juiste waarde toe te kennen. Later, nadat uitwoning regel was geworden en de horizontalisering van de organisatie in de jaren zestig de traditionele hiërarchie had weggevaagd, verruimde zich het beroepsperspectief. Men kon zich desgewenst via stafopleiding, Boerhaave-cursus, andere vormen van vervolgonderwijs en/of hoger onderwijs (men lette op het adjectief, vóór 1905 was hoger onderwijs universitair onderwijs) hogerop werken tot teamleidster, afdelingshoofd, verpleegkundig consulent, specialistisch verpleegkundige, adviestaken, docentschap. Tegelijkertijd schreden schaalvergroting en concentratie onstuitbaar voort. Dit laatste met als gevolg: moeilijker wordende kenbaarheid van veler 'verplegende' beroepsuitoefening. 'Management' en 'managen' werden magische woorden met grote aantrekkingskracht. De tot leidende arbeid gepromoveerde verplegende zat in die hogere sferen niet meer 'in smetteloos wit aan het bed', maar kon dat 'gewone werk' aan anderen overlaten; zij had op de afdeling of elders een hoger gekwalificeerde functie of was, in burger gekleed, functioneel bezig op kantoor-tijden, het nachtwerk aan anderen overlatend.

(6) De opleidingseisen weerspiegelden niet of nauwelijks de beschreven omwenteling. Wel namen sommige stafopleidingen het punt 'organisatie rondom het ziekbed, op in het programma (zie p. 175), maar de *Regeling Opleiding Diploma A-verpleegkundige* (1986) bevatte slechts de vrijblijvende bepaling: 'de organisatie van de gezondheidszorg is ter beoordeling van het hoofd van de opleiding'. Ook de beroepsprofielen van 1988 laten zich vaag uit over de kunst van het leiding geven als zelfstandige kwaliteit. Nog het duidelijkst is het beroepsprofiel voor de psychiatrische verpleging (1993) over dit onderwerp (zie p. 253). Hierbij komt dat sommige instellingen, naast de door O & W en WVC erkende opleidingstypen, een eigen huisopleiding zijn begonnen voor leidinggevende functies waaraan behoefte is ontstaan.

Kortom, de positie van de verplegenden en verzorgenden is altijd in beweging geweest, en deze is door de recente dynamiek in de gezondheidszorg in een stroomversnelling geraakt. Daarin is het moeilijk te sturen en gestuurd te worden. Hierbij is de statuskwestie steeds meer een rol gaan spelen. Eerst werd het deel van de verpleegkundige arbeid dat in toenemende mate als 'verlengde arm' van de dokter mocht worden verricht als eervol ervaren. Later gaf dat overnemen van medisch-technische taken aanleiding tot versmalling van de afstand arts-verplegende, en tot jaloersheid op diens hogere salaris en status. Wie

met VWO als vooropleiding het HBO-V gaat volgen in plaats van geneeskunde te studeren krijgt soms te horen: 'dat is toch zonde met zo'n diploma'. Zo hebben basisverrichtingen als 'verzorgen' en 'verplegen' een geur van 'laag' gekwalificeerde arbeid, dus van lage status gekregen; rondom alles wat daar boven uitging kwam het aureool van 'hogere', dus 'begeerlijke status' te hangen.

Vergelijking met de organisatie van de artsen gaat dus nog niet op, en toch verdient dat aanbeveling wil de verhouding geneeskunst-verpleegkunst werkelijk op hoger plan komen. Ondanks hun beider ambachtelijke inslag zijn verpleegkunst en geneeskunst in het dagelijks werk als beroep in materiële en immateriële zin zeer blijven verschillen. Activisten hebben er reeds op gewezen dat dit een fundamentele onjuistheid is. Verplegen/verzorgen is weliswaar anders gestructureerd en inhoudelijk bepaald dan het uitoefenen van de geneeskunst, maar niet minder belangrijk voor de patiënt. Alleen al met het oog daarop is de hernieuwde poging, betrokkenen bij verpleging en verzorging binnen één centrum (het LCVV) de gelegenheid te geven tot samenspreking en samenwerking in de volle zin des woords, 'eenheid van stand' althans na te streven en 'verplegen en verzorgen' te leren zien als één organisatorisch verband, uiterst belangrijk. Deze instelling lijkt de aangewezen om de groeiende diversiteit van de medische technologie het hoofd te bieden. Dit in tweeërlei zin: herwaardering en herdefiniëring van de onderhavige beroepsgroepen vanuit het perspectief van de patiënten en de cliënten onder de loep nemen, en de betrokken groeperingen aan de ronde tafel te brengen en te houden. De centrale doelstelling blijve daarbij: het dienen van de patiënten. Zij hebben immers geen weet van verpleegkundige diagnoses, verpleegplannen, taxonomieën, patiëntgerichte verpleging en zelfzorgtheorieën, hoe belangrijk deze ook zijn voor de professionalisering van het beroep. Zij willen als zorgvragenden alle wetenschappelijke, handvaardige en menslievende hulp en aandacht ontvangen die zij in hun situatie nodig hebben. Het is die driedimensionale hulp waaromheen in de gezondheidszorg alles draaide, draait en zal blijven draaien.

De lezer is lang opgehouden bij gebeurtenissen die markeren hoe die verhouding steeds in een wisselende maatschappelijke context veranderde en tot fricties aanleiding gaf. Slagen en falen bij de pogingen tot vernieuwing lagen vaak dicht bij elkaar. In die zin is er niets nieuws onder de zon. Het is ook thans met één oog kijken naar het heden, en met het andere naar een betere toekomst. Indien de onderwijshervormer naast de kennis van het heden ook die van het verleden benut zal hij wellicht met redelijk succes zowel vernieuwer als futurist kunnen zijn. Dit alles met hoog in het vaandel de lijfspreuk van onderwijshervormer J.H. Swildens (1745-1809):

Wat zou de verbetering der Wetenschappen
baten onder een Volk indien het Volk
zelf daar door niet verbeterd wierdet

Bronnen en literatuur

Archieven

Algemeen Rijks Archief (ARA)
 Archief Academisch Ziekenhuis Utrecht (Archief AZU)
 Historisch Museum Amsterdam (HMS)
 Historisch Museum St-Janshospitaal te Brugge (HMB)
 Historisch Museum van het AZU te Utrecht (HMU)
 Archief Rijksuniversiteit Groningen (RUG)
 Stadsarchief te Geel (SAG)
 Stadsarchief 's-Hertogenbosch (SAH)
 Stadsarchief Amsterdam (SAA)
Archief voor geneeskunde I, II en III (Amsterdam 1841-1846).

Tijdschriften

Geneeskundig Tijdschrift voor Nederlandsch-Indië
Geschiedenis der Geneeskunde
 Gewina. Tijdschrift voor de geschiedenis der geneeskunde, natuurwetenschappen, wiskunde en techniek
Medisch Contact (MC)
Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde (NTvG)
Ons Ziekenhuis (OZ). Orgaan van de Vereniging van Katholieke Ziekenhuizen
SOVOV Magazine (SM)
Tijdschrift voor de geschiedenis der verpleegkunde (TGV) Verpleegkunde Gezien vanuit het Verleden
Tijdschrift voor Ziekenverpleging (TVZ)
Verpleegkunde. Nederlands-Vlaams wetenschappelijk tijdschrift voor verpleegkundigen
Ziekenhuismanagement Magazine (ZMM)
Het Ziekenhuiswezen (ZW)

Biografische woordenboeken

Aa, A.J. van der, *Biografisch woordenboek I-VII* (Haarlem 1852).
 Charité, J. e.a., *Biografisch woordenboek van Nederland 1-3* ('s-Gravenhage 1979-1989).
 Molhuysen, P.C. en P.J. Blok e.a. *Nieuw Nederlandsch Biografisch Woordenboek 1-10* (Leiden 1911-1937).

Algemene raadpleging

Abel-Smith, B., *A history of the nursing profession* (Londen 1960).
 Ackerknecht, E.H., *Geschiede der Medizin* (Stuttgart 1977).
 Aggebo, *De kunst van ziek zijn en van het omgaan met zieken* (vert. van J.D. Domela Nieuwenhuis). ('s-Gravenhage 1959).
 Andel, M.A. van, *Volksgeneeskunst in Nederland* (Amsterdam 1909).
 Andel, M.A. van, *Chirurgijns, vrije meesters, beunhazen en kwakzalvers 1400-1800* (Amsterdam 1981; 4e druk).

- Bakker-van der Kooij, C., Mara. Pleegzuster zijn (...) 1870-1920, *Tweede Jaarboek voor Vrouwengeschiedenis* (1981) 193-221.
- Barnes, E., *Mensen in het ziekenhuis. Aspecten der sociale werkelijkheid*, (Oorspr. titel: *People in hospital*, Londen 1961). (Utrecht/Antwerpen 1967).
- Baumann, E.D., *Uit drie eeuwen Nederlandsche geneeskunde* (Amsterdam z.j.).
- Bergsma, J., *Psychologie in het ziekenhuis* (Lochem 1971; 2e druk).
- Boogert, J.A., *De andere zijde van het ziekenhuis* ('s-Gravenhage z.j.).
- Bosman-Jelgersma, H.A., *Vijf eeuwen Delftse Apothekers* (Amsterdam 1979).
- Bosman-Jelgersma, H.A., *Poeders, Pillen en Patiënten. Apothekers en hun zorg voor de gezondheid door de eeuwen heen* (Amsterdam 1983).
- Boyd, W., *Geschiedenis van onderwijs en opvoeding* (oorspr. titel: *The History of Western Education*, Londen 1964), (Utrecht 1969).
- Bremer, J.J.C.B., *De ziekenhuispatiënt* (Utrecht/Nijmegen 1964).
- Burke, P., *De Italiaanse Renaissance* (oorspr. titel: *The Italian Renaissance*, 1972), (Amsterdam 1986).
- Burke, P., *Popular culture in early modern Europe* (New York 1978).
- Cassee, E.Th. en C.J. Lammers, *Mensen in het ziekenhuis* (Groningen 1971).
- Commissie Keuzen in de zorg (Rapport-Dunning), ('s-Gravenhage 1991).
- Commissie-Lievegoed, *Zicht op de Toekomst. Grondslagen en Doelstelling* (Groningen 1964).
- Couvee, H. en A.H. Boswijk, *Vrouwen Vooruit* ('s-Gravenhage 1962).
- Daal, M.I.G.W. van en A. de Knecht-van Eekelen, *Joannes Juda Groen (1903-1990)* (Rotterdam 1994).
- Dane, C., *Geschiedenis van de ziekenverpleging* (Lochem 1967).
- Darembert, C., *Histoire de la médecine* (Parijs 1870).
- Dock, L.L. en I.M. Stewart, *A short history of nursing from the earliest times to the present day* (Londen 1934).
- Doorn, C. van en M. Zeldenrust, *Beleving en verwerking van zwaar ziek-zijn. Gesprekken met patiënten en artsen* (Weesp 1984).
- Douwes, A.C. (red.) e.a. 150 jaar ontwikkeling van de verpleegkunde, *Nederlands Tijdschrift voor Medische Studenten* 18 (1970) 233-295.
- Dunning, A.J., *Broeder ezel. Over het onvermogen in de geneeskunde* (Amsterdam/Utrecht 1981).
- Dunning, A.J., *Uitersten. Beschouwingen over het menselijk gedrag* (Amsterdam 1990).
- Eeghen, I.H. *De Gilden. Theorie en praktijk* (Bussum 1974).
- Erikson, E.H., *Het kind in de samenleving* (oorspr. titel: *Childhood and Society* (1963), (Utrecht/Antwerpen 1970).
- Evers, G.C.M., *Theorieën en principes van verpleegkunde* (Leuven 1991).
- Festen, H., *125 jaar geneeskunst en maatschappij* (Utrecht 1974).
- Froe, A. de, *De mens. een vraag zonder antwoord* (Amsterdam 1977).
- Goosman, F.C.L. en J.C.M. Johannesma, *Het hanteren van de relatie door de verpleegkundige in de ziekenhuissituatie* (Lochem 1971).
- Graaf, T. de e.a., *Literatuur, ziekte en gezondheid. Tien ontmoetingen* (Lochem 1990).
- Guthrie, D., *A History of medicine* (Londen 1945).
- Haan, M.C. de, *Relatie verpleegkundige, verzorgende/patiënt in het ziekenhuis*, In: Haarlem, A. van, e.a., *De een heeft de ander nodig* 1974.
- Haarlem, A. van, e.a., *De een heeft de ander nodig. Denken over relatie en communicatie in verpleging en verzorging* (Lochem 1974).
- Haggard, H.W., *Van medicijnman tot geneesheer* (Oorspr. titel: *Devils, drugs and doctors*; vertaald en bewerkt door W. Schuurman Stekhoven), (Amsterdam 1951).
- Hampton, E., *Nursing: Its principles and practice* (Philadelphia 1893).
- Hampton, R., *Educational standards for nursing* (Cleveland 1900).
- Houtzager, H.L., *Medicyns. Vroetwyfs en Chirurgyns* (Amsterdam 1979).
- Huisman, F., *Stadsbelang en standsbesef. Gezondheidszorg en medisch beroep in Groningen 1500-1730* (Rotterdam 1992).
- Huizinga, J., *Memorable mensen en momenten uit de geschiedenis van de intramurale gezondheidszorg* (Lochem 1991).
- Jongsma, M.W. e.a., *Arts en verpleegkundige in het ziekenhuis* (Leiden 1970).
- Korst, J.K. van der, *Om lijf en leven. Gezondheidszorg en geneeskunst in Nederland circa 1200-1960* (Utrecht/Antwerpen 1988).
- Kossmann-Putto, J.A., *Armen- en ziekenzorg in de Noordelijke Nederlanden*, In: *Algemene geschiedenis der Nederlanden* 2, (1982) pp. 254-267.
- Krogt, T. van der, *Professionalisering en collectieve macht* ('s-Gravenhage 1981).

- Kübler-Ross, E., *Levendend voor levenden. Gesprekken met stervenden* (Bilthoven 1973).
- Lazarus, R.S., *Persoonlijkheidsvorming* (Utrecht/Antwerpen 1967).
- Lenep, M.C.T., *De ontwikkeling der Inwendige Zending in Nederland* ('s-Gravenhage 1946).
- Lindeboom, G.A., Geneeskunde, In: *Algemene geschiedenis der Nederlanden* 7 (Bussum 1980) p. 362-374
- Lindeboom, G.A., *Inleiding tot de geschiedenis der geneeskunde*. Opnieuw bewerkt door M.J. van Lieburg. (Rotterdam 1993).
- Linssen, G.C.P. (red.) e.a., *Tot heil der zieken* (Roermond 1981).
- Maanen, J.M.Th. van, *Een model voor de verpleging* (Lochem 1973).
- Masson, M.A., *A pictorial history of Nursing* (Twickenham 1985).
- Meyboom, F., *Grepen uit de geschiedenis van zorgen en verzorgen* (Amsterdam/Brussel 1970).
- Meij-de Leur, A.P.M. van der, *Van olie en wijn. Geschiedenis van de verpleegkunde, geneeskunde en sociale zorg* (Amsterdam 1981; 4e druk).
- Meijler, F.L., *Van Aardappel naar Walvis. Afscheidscollege 28 april 1993* (Utrecht z.j.).
- Mercer, L.S. en P.O'Connor, *Elementaire sociale vaardigheden* (Lochem 1971).
- Mulder, J., *Redevoering over de redenen, waarom de Nederlanders in het algemeen zeer weinig tot verbetering en uitbreiding van de heel- en verloskunde hebben toegebracht* (Leeuwarden 1797).
- Nutting, A. en L.L. Dock, *A History of nursing*. I Pre-Christian period; II From the first to the close of the eighteenth century, New York/Londen, 1907.
- Nutting, M.A., *A sound economic basis for Schools of Nursing* (New York 1926).
- Oldendorff, A., *Mensen onder elkaar. Mens en medemens. Aspecten der sociale werkelijkheid* (Utrecht/Antwerpen 1956).
- Oldendorff, A., *De psychologie van het sociale leven* (Utrecht 1955).
- Opzoomer, C.W., *De Restauratie* (Amsterdam 1854).
- Petersen, J.W., *Van zoete wijn en bittere medicijn* (Zutphen 1989).
- Rijnberk, G. van, *De geneesheer en de geneeskunst in Nederlandsche prentverbeeldingen, NTvG* 73 (1929) I 1123-1126.
- Rijpstra-Verbeek, M., *Dienend in het wit. Het levensverhaal van Zuster F. Meyboom* (Lochem 1962).
- Ringoir, D.J.B., *Plattelandschirurgijns in de 17e en 18e eeuw* (Bunnik 1977).
- Romein, J. en A. Romein-Verschoor, *De lage landen bij de zee* (Utrecht 1949).
- Romein, J. en A. Romein-Verschoor, *Erflaters van onze beschaving* (Amsterdam 1956; 7e druk).
- Roskam Abbing, P.J. (red.) *Wat drijft of bezielt ons* (Meppel 1974).
- Ruigt, A.J.G., *Report about Basic, Further and Refresher training* (Straatsburg 1984).
- Russell, B., *Geschiedenis der Westerse filosofie* ('s-Gravenhage 1948).
- Schenk, M.G. e.a. *Vrouwen van Nederland 1898-1948* (Amsterdam 1948).
- Schepers, R., *De opkomst van het medisch beroep in België. De evolutie van de wetgeving en de beroepsorganisaties in de 19e eeuw* (Amsterdam 1989).
- Schotel, G.D.J., *Het Maatschappelijk leven in de XVIIe eeuw* (Leiden 1905).
- Seidler, E., *Geschichte der Pflege des kranken Menschen* (Stuttgart 1972).
- Seymer, L., *A general history of nursing* (Londen 1932).
- Sleeswijk, J.G. e.a., *De ouderdom van geneeskundig standpunt beschouwd* (Amsterdam/Antwerpen 1948).
- Sondervoort, F.A., *Geschiedenis van de geneeskunde in België* (Brussel 1981).
- Spiering, A.M., *De keerzijde van het leven* (Groningen 1950).
- Steenbergen, B. van (red.) e.a., *Afscheid van de twintigste eeuw. Vernieuwing van de cultuur* (Rotterdam 1993).
- Störig, H.J., *Geschiedenis van de wetenschap in oudheid en middeleeuwen* (Utrecht/Antwerpen 1961).
- Störig, H.J., *Geschiedenis van de wetenschap in de negentiende eeuw. De Natuurwetenschappen* (Utrecht/Antwerpen 1966).
- Storm, W., *Betaalde liefde, De Vlam* 2 (1946) 1-2.
- Swaan, A. de, *Het medisch regiem: affectuïshouding in een ziekenhuis*. In: idem, *De mens is een mens een zorg* (Amsterdam 1982).
- Thiedens, A.J.H. en M.J. Smulders-Ashina, *De verpleegkundige die ons toekomt* (Deventer 1971).
- Velema, W.H., *Mensen in relatie*, In: *Denken over relatie en communicatie in verpleging en verzorging* (Lochem 1974).

Florence Nightingale

- Baly, M.E., *Florence Nightingale and the nursing legacy* (Londen 1986).
 Cook, E.T., *Florence Nightingale I en II* (Londen 1913).
 Cope, Z., *Florence Nightingale and the actors* (Londen 1958).
 Davies, C. e.a., *Rewriting nursing history* (Londen 1980).
 Ispording, B., *Florence Nightingale en de verpleging toen en nu* (Lochem 1970).
 Nightingale, F., *Notes on Nursing: what it is and what it is not* (Londen 1859).
 Reverby, S.M., *Ordered to Care. The Dilemma of American nursing, 1850-1945* (Cambridge 1987).
 Rubens, R., Florence Nightingale, grondlegster van de verpleegkunde, *Geschiedenis der Geneeskunde* 1 (1993) 56-64.
 W[intle], W.J., *The story of Florence Nightingale* (Londen 1928).
 Wordham-Smith, C., *Florence Nightingale 1820-1910* (Londen 1955).

Gedenkboeken/monografieën

- Fuchs, J.M., *Verzorgen en verplegen. Luthers Diaconessenhuis 1772-1967* (Amsterdam 1967).
 Gaarlandt-Kist, A.F. (red.) e.a., *400 jaar St. Elisabeth's of Groote Gasthuis te Haarlem* (Leeuwarden 1981).
Gedenkboek Koninklijke Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst 1849-1924 (Amsterdam 1924).
Gedenkboek Honderdjarig bestaan der Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst 1849-1949 (Amsterdam 1949).
Gedenkboek 75 jaar Bloemendaal 1892-1967 ('s-Gravenhage 1967).
 Hammes, Th. e.a., *Gedenkboek 50 jaren Tijdschrift voor Ziekenverpleging 1890-1940* (Amsterdam 1940).
 Hoppenbrouwers, R.W.J.N. (red.) e.a., *Gedenkboek Ooglijdersgasthuis 1858-1983* (Utrecht 1983).
 Hut, L.J. e.a., *De Willem Arntz Stichting 1461-1961* (Utrecht 1961).
Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst. Gedenkboek 1849-1949 (Amsterdam 1949).
 Lieburg, M.J. van, *Het Sophia Kinderziekenhuis 1863-1975* (Rotterdam 1975).
 Lieburg, M.J. van, *Het Coölsingelziekenhuis te Rotterdam (1839-1900)* (Amsterdam 1986).
 Moulin, D. de e.a., *Vier eeuwen Amsterdams Binnengasthuis* (Wormerveer 1981).
 Oosterbaan, D.P., *Zeven Eeuwen Geschiedenis van het Oude en Nieuwe Gasthuis te Delft* (Delft 1954).
Psychiatrisch Centrum Bloemendaal. Honderd jaar bestuur ('s-Gravenhage 1992).
 Querido, A., *Het Wilhelmina Gasthuis* (Lochem 1966).
 Stilma, L., *Tussen hoop en wanhoop. Tachtig jaar Willem Arntz Hoeve* (Kampen 1991).
 Verschoor, F. e.a., *Psychiatrisch Centrum Bloemendaal 1892-1992* ('s-Gravenhage 1992).

Gezondheidszorg in het leger, op zee en overzee

- Acda, G.M.W., *Voor en achter de mast. Het leven van de zeeman in de 17e en 18e eeuw* (Bussum 1976).
 Barend-van Haefen, M., *Oost-Indië gespiegeld. Nicolaas de Graaff, een schrijvend chirurgijn in dienst van de VOC* (Zutphen 1992).
 Brons, J.C., *Het Rijksdeel Suriname* (Haarlem 1952).
 Gaastra, F.S., *De geschiedenis van de V.O.C.* (Haarlem 1982).
 Hoeven, J. van der, E.K. Rodschied, Een West-Indisch tropenarts uit het einde van de 18e eeuw, *NTvG* 73 (1929) 1101-1112.
 Leuftink, A.E., *De geneeskunde bij 's Lands oorlogsvloot in de 17e eeuw* (Assen 1953).
 Leuftink, A.E., *Harde heelmeeesters. Zeelieden en hun dokters in de 18e eeuw* (Zutphen 1991).
 Nortier, C.W., *Van zendingsarbeid tot zelfstandige kerk in Oost-Java* (Hoenderloo 1939).
 Penris, P.W.L., *Geneeskundige Verzorging van Arbeiders bij Landbouwondernemingen op Java* (Amsterdam 1930).
 Peverelli, P., *Over Oost en West. De zorg voor de Volksgezondheid in Nederlands-Indië* ('s-Gravenhage z.j.).
 Rijkevorssel, L. van, De invloed der missie. In: Wormser (1946) 124-136.
 Ruten, A.M.G., *Apothekers en chirurgijns. Gezondheidszorg op de Benedenwindse Eilanden van de Nederlandse Antillen in de negentiende eeuw* (Assen/Maastricht 1989).
 Schoute, D., *De geneeskunde in dienst der O.I. Cie in Nederlands-Indië* (Amsterdam 1922).
 Schulten, C.M. en J.W.M., *Het leger in de zeventiende eeuw* (Bussum 1969).
 Uralnis, B.Z., *Bilanz der Kriege. Die Menschenverluste Europas vom 17. Jahrhundert bis zur Gegenwart* (Berlijn 1965).

- Utermöhlen, G.P., Verpleging aan boord gedurende de laatste vijftig jaren, In: *Gedenkboek TVZ 1890-1940* (Amsterdam 1940) p. 517-527.
- Verdoorn, J.A., *Verloskundige hulp voor de Inheemsche bevolking van Nederlandsch-Indië* ('s-Gravenhage 1941).
- Vries, D. de, *Culturele aspecten in de verhouding Nederland-Indonesië* (Amsterdam 1947).
- Vogel, W.T. de., De ontwikkeling der ziekenverpleging in Nederlandsch-Indië, In: *Gedenkboek TVZ 1890-1940* (Amsterdam 1940) p. 490-516.
- Walch, E.W., *Het goed recht der hygiëne, hare toepassing in Nederlandsch-Indië. Rede, uitgesproken op 28 maart 1930* (Weltevreden 1930).
- Wormser, C.W. (red.), *Wat Indië ontving en schonk* (Amsterdam 1946).

Leerboeken

- Bergh-Braam, A.H.M. van den, *Leerboek Algemene Verpleegkunde* (Leiden 1971).
- Bergsma, J.J., *Heelkunde. Leerboek voor de ziekenverpleging* (Lochem 1961; 6e druk).
- Deventer, J. van, *Handboek der krankzinnigenverpleging* (Amsterdam 1891).
- Dugas, B.W., *Basisboek verpleegkunde* (Groningen 1980).
- Duijker, H.C.J. e.a., *Leerboek der psychologie* (Groningen 1966).
- Hulshoff, S.K., *Ziekenverpleging, algemeene voorschriften. Lessen, gegeven aan de leerling-verpleegsters der Vereeniging Ziekenverpleging te Utrecht* (Utrecht 1892).
- Hulshoff, S.K., *De verpleging van kinderen. I. De verpleging van pasgeborenen* (niet verder verschenen), (Utrecht 1897).
- Juchli, L., *Leerboek Verpleegkunde* (Amsterdam 1980).
- Kuijjer, P.J., *In goede handen. Inleiding tot de chirurgie. Leerboek voor de verpleging* (Leiden 1968).
- Kuijjer, P.J., *Syllabus Geschiedenis en theorie der Geneeskunde* (Rijksuniversiteit Groningen, 1992).
- Laan, H.A., *Leerboek der chirurgische ziekenverpleging* (Utrecht 1927).
- Meijers, F.S., *Inleiding tot de sociale Psychiatrie* (Brussel/Rotterdam 1949).
- Melk, H.A., *De praktijk der ziekenverpleging* (Gorinchem 1931).
- Nolst Trenité, A.N., *Handboek der Ziekenverpleging, met een voorwoord van J. van Deventer Szv* (Amsterdam 1894).
- Schermers, D., *Handleiding bij het verplegen van krankzinnigen en zenuwlijders* (Leiden 1898).
- Schermers' leerboek bij het verplegen van krankzinnigen en zenuwzieken (bewerkt door J.H. Haverkate en B.Chr. Hamer), (Leiden 1932).
- Smulders, M., *Beknopt overzichtelijk studie- en repeteerboekje voor verpleegsters* (Nijmegen/Utrecht 1947).
- Stumpff, J.E., *Voorlezingen over ziekenverpleging* (1e druk 1906, 13e druk Haarlem 1939).
- Tjebbes, J.A., *De theorie van de verpleegkunde naar haar aard en functie gedacht* (Lochem 1975).
- Vernède, C.H., *Geschiedenis der ziekenverpleging* (Haarlem 1927).
- Vernède, C.H., *De ziekenverpleging. Roeping en beroep* (Utrecht 1950).
- Zaaijer, J.H., *Handboek der ziekenverpleging. Verpleging en behandeling van heelkundige zieken* (Kampen 1944).

Ministeries

- Ministères de France, *La Formation Professionnelle* (Parijs z.j.).
- Ministerie van Onderwijs en Wetenschappen, *Studiemogelijkheden MBO en HBO* ('s-Gravenhage 1985).
- Ministerie van Onderwijs en Wetenschappen, *Hoger Onderwijs: autonomie en kwaliteit* ('s-Gravenhage 1985).
- Ministerie van Onderwijs en Wetenschappen, *Regionale experimenten. Opleidingen Verzorging/Verpleging* ('s-Gravenhage 1990).
- Ministerie van Onderwijs en Wetenschappen, *Meer mogelijkheden om leraar te worden in beroepsonderwijs, Uitleg 9* ('s-Gravenhage 1991).
- Ministerie van Onderwijs en Wetenschappen, *Beroepsvereisten voor leraren* (Zoetermeer, 1991).
- Ministerie van Onderwijs en Wetenschappen en Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, *Toekomst Opleidingen en Ziekenverzorgenden* ('s-Gravenhage 1990).
- Ministerie van Sociale Zaken en Volksgezondheid, *Regeling opleiding verpleging diploma A* ('s-Gravenhage 1966).
- Ministerie van Sociale Zaken en Volksgezondheid, *Rapporten Werkgroep Hogere Beroepsopleidingen Verplegenden* ('s-Gravenhage 1969).

- Ministerie van WVC, *Rapport-Dunning. Advies in hoofdzaken. Kiezen en delen* ('s-Gravenhage 1990).
- Ministerie van WVC, *In hoger beroep. Een perspectief voor de verplegende en verzorgende beroepen. Rapport van de commissie-Werner over de Positiebepaling Beroep Verpleegkundige en Verzorgende* (Rijswijk, 1991).
- Ministerie van WVC, *Nota Beroepskrachtenplanning. Gezondheidszorg 1990/1991* (Rijswijk 1991).
- Ministerie van Onderwijs en Wetenschappen, *Kabinetsreactie op het Rapport tijdelijke Adviescommissie Onderwijs en Arbeidsmarkt* ('s-Gravenhage 1990).
- Ministry of Education and Science, *Dutch higher education and research* ('s-Gravenhage 1988).
- Onderwijsverslagen vanaf 1816. ARA, Archief Min. van Binnenlandse Zaken, inv. Onderwijs.

Onderzoek van het Nederlands Economisch Instituut

- Knol, H.W. en J. Voogd, *De uitval uit inservice-opleidingen verpleegkundigen en ziekenverzorgenden* (Zoetermeer 1990).
- Nationale Raad voor de Volksgezondheid, *Commentaar NEI-rapport Arbeidsmarkt verpleegkundigen en verzorgenden* (Zoetermeer 1988).
- Nationale Raad voor de Volksgezondheid, *Onderzoek NEI, Uitval uit inservice-opleidingen verpleegkundigen en verzorgenden* (Zoetermeer 1990).
- Nationale Raad voor de Volksgezondheid, *Advies Functiedifferentiatie* (Zoetermeer 1990).
- Nationale Raad voor de Volksgezondheid, *Advies eenduidig verpleegkundig begrippenkader* (Zoetermeer 1991).
- Nationale Raad voor de Volksgezondheid, *Mobiliteit op de Arbeidsmarkt. Onderzoek onder werkzame en werkloze verpleegkundigen en ziekenverzorgenden* (Zoetermeer/Rotterdam 1991).
- Nationale Raad voor de Volksgezondheid, *Commentaar op NEI-onderzoek inzake mobiliteit en arbeidsmarkt van verpleegkundigen en ziekenverzorgenden* (Zoetermeer 1991).
- Nationale Raad voor de Volksgezondheid, *Verwachte loopbanen van aankomende verpleegkundigen en ziekenverzorgenden, NEI-onderzoek 13/92* (Zoetermeer/Rotterdam 1992).
- Nationale Raad voor de Volksgezondheid, *Advies NEI-onderzoek naar mobiliteit op de arbeidsmarkt verplegende beroepen* (Zoetermeer 1992).
- NEI, *De arbeidsmarkt voor verpleegkundigen en verzorgenden* (Rotterdam 1988).
- NEI, *Uitval uit inservice-opleidingen verpleegkundigen en ziekenverzorgenden* (Rotterdam 1990).

Rapporten van onderwijsvernieuwend commissies en personen

- Bakker, J.H. en M.J.M. le Grand-Van den Bogaard (red.), *Nationale Raad voor de Volksgezondheid, Verpleegkundig Beroepsprofiel* (Zoetermeer 1988).
- Commissie-Sanders, *Rapport inzake de Opleiding van Verplegenden, Ons Ziekenhuis* (1951) 299-332.
- Commissie-Wagner, *Adviescommissie inzake de voortgang van het industriebeleid (VIB) I januari-juni 1982; II juli 1982-januari 1983*.
- Ewijck, D.J., *Rapport voor het Onderwijs, de Kunsten en de Wetenschappen aan de Minister van Binnenlandse Zaken* (handschrift). (ARA, Algem.Z. nr. 94, 10 mei 1825, exh. 13 mei 1825 nr. 27).
- Ewijck, D.J. aan de Minister van Binnenlandse Zaken. *Pln tot herziening van het gehele onderwijsstelsel* (handschrift). (ARA, 12 januari 1828, nr 90, inv.nr. 2081).
- Houck, A.J., *De ware verhouding tussen hooger, middelbaar en lager onderwijs* (Deventer 1840).
- Rapport commissie-F.J. van Maanen (KB 20 november 1841) over reorganisatie geneeskundige aangelegenheden (23 april 1842).
- Rapport Staatscommissie-Van Ewijck. Wetsontwerp op het Hoger Onderwijs. K.B. van 15 januari 1849* ('s-Gravenhage 1849).
- Rapport Staatscommissie-Woltjer, voor de reorganisatie van het onderwijs volgens het KB van 21 maart 1903, nr 49, I en II* ('Ineenschelingscommissie') ('s-Gravenhage 1910).
- Rapport der Commissie voor Advies in Opleidings- en Examenzaken, samengesteld door negen artsen en twee directeuren (NBvZ), *TVZ 42* (1932) 344-362.
- Reglement voor het Koninklijk Nederlandsche Instituut van Wetenschappen, Letterkunde en Schoone Kunsten, ondertekend door Koning Willem I op 6 april 1816. (ARA, inv.nr. 4028).
- Staatscommissie-Van Swinden, *Rapport over het Stelzel van Openbaar Onderwijs en tot alle inrigtingen die tot het zelve middelrijk of onmiddellijk behooren* (handschrift), (ARA, Staatssecr. I.od. Nap, inv.nr. 249, 8 november 1808; 26 juli 1809, nr 1).
- Staatscommissie-Roëll, *Rapport krachtens het KB van 13 april 1818, nr 100, betreffende het Hooger Onderwijs (met een rapport van de minderheid)* ('s-Gravenhage 1830).

- Staatscommissie-Van Ewijk krachtens het KB van 15 januari 1849. Stbl. nr 3. Ontwerp van wet op het Hooger Onderwijs (met bijgevoegd rapport en memorie van toelichting) ('s-Gravenhage 1849).*
- Staatscommissie H. van Sonsbeck. Rapport inzake 5 wetsontwerpen geneeskundige onderwerpen (30) juni 1849, 's-Gravenhage 1851).*

Wetten en Besluiten

- Bax, C., *Wetgeving voor de genees-, heel-, voed- en artseneijmengkunde in het Koninkrijk der Nederlanden* (Haarlem 1818).
- Cannegieter, D., *Honderdvijftig jaar gezondheidswet* (Assen 1954).
- Groot, H.J. de, *Nijverheidsonderwijswet* (Alphen aan den Rijn 1930).
- Kreenen, J.J., *Wet van den 2 Mei 1863 (Stbl. nr. 50) op het Middelbaar Onderwijs en de daarvoor gehouden beraadslagingen* (Schiedam 1864).
- Geneeskundige Wetten, *Stbl.* 1 juni 1865 no. 58.
- Querido, A., *Een eeuw staatstoezicht op de volksgezondheid* ('s-Gravenhage 1965).
- Regeling Opleiding Diploma-A*, ('s-Gravenhage 1966).
- Regeling Opleiding Z-verpleegkundige*, *Stert* nr. 19, 10 januari 1978.
- Regeling Opleiding Diploma A-Verpleegkundige*, 2 januari 1986 *DGVGZ/AVGO nr 57980, Stert 23 januari nr 16, zoals laatst gewijzigd maart 1987* (Lochem 1987).
- Schenck, C.M., *Wetten en Besluiten en hun belang voor verplegenden*, In: *Gedenkboek TVZ 1890-1940* (Amsterdam 1940) p. 646-651.
- Uitvoerend Bewind. Instructie voor den Agent der Nationaale Opvoeding, waaronder begrepen is de Geneeskundige Staatsregeling, de vorming der Nationaale Zeden, de bevordering van het Openbaar Onderwijs en van Kunsten en Wetenschappen (handschrift, 57 artikelen) (ARA, Uitv.Bew. Inv.nr. 502, 28-12-1798).
- Verlinden, J.A.A., *De Mammoetwet* (Deventer 1968).
- Wet op het Middelbaar Onderwijs. Voorontwerpen vanaf 1809; eerste ontwerp-Thorbecke, 6 juni 1862; tweede ontwerp-Thorbecke 23 oktober 1862; aangenomen door de Tweede Kamer op 1 mei 1863, door de Eerste Kamer op 2 mei 1863. Wet in werking getreden op 1 juli 1863. Wetsontwerp-Heemskerk/Cort van der Linden tot regeling van het vakonderwijs, 2 mei 1915.
- Wetsontwerp-De Visser tot regeling van het lager en het middelbaar vakonderwijs, met Memorie van Toelichting, 8 mei 1919; voorstel-Ketelaar: 'ziekenverpleging' toevoegen; voorstel-Scheurer: 'ziekenverpleging' weglaten (door Kamer aangenomen); bij amendement Van der Molen naam 'vakonderwijs' vervangen door 'nijverheidsonderwijs'.
- Wet tot regeling van het Nijverheidsonderwijs, 4 oktober 1919; Koninklijk Besluit tot inwerkingtreding van de NO-wet, 13 augustus 1921.
- Wet tot Bescherming van het Diploma Ziekenverpleging, 's-Gravenhage, 2 mei 1921. Besluiten regelend diploma's: 21 december 1923; registers voor gediplomeerden, 1 februari 1924; onderscheidingstekens, 22 en 31 maart 1924; aantekeningen voor kraamverpleging, kinderverpleging en wijkverpleging, 21 december 1928; voorwaarden opleiding en examen kinderverpleging en kraamverpleging resp. 10 en 15 januari 1929; opleiding examens diploma A en B, 2 en 6 december 1929; idem die voor wijkverpleging, 8 november 1933. Besluit van 1928, de Arbeidswet van toepassing te verklaren op de verplegingsarbeid. .
- Wet tot regeling van het Voortgezet onderwijs; voorontwerpen vanaf 1951; ontwerp Cals aangenomen op 12 februari 1963; wet in werking getreden op 1 augustus 1968.

Literatuur per hoofdstuk

Hoofdstuk 1

- Adriani, J.H. e.a., *Diaconale studiën* (Utrecht 1919).
- Ariès, Ph en G.Duby (red.), *Geschiedenis van het persoonlijk leven. Van het Romeinse Rijk tot het jaar duizend* (oorspr. titel: *Histoire de la vie privée*, Parijs 1985), (Amsterdam 1987).
- Atiya, S., *The crusade in the later Middle Ages* (Londen 1938).
- Baissette, R.G., *Hippocrate* (Parijs 1931).
- Baruch, J.Z., *Geneeskunde in het oude Israël* (Amsterdam 1961).
- Baumann, E.D., *De Heilige ziekte. Een bijdrage tot de geschiedenis der geneeskunde in de oudheid* (Amsterdam 1918).
- Baumann, E.D., *Studiën over de Hippocratici* (Rotterdam 1923).
- Beeck Calcoen, A.J.L., e.a., *Diaconaal handboek ten dienste der Gereformeerde diaconieën* (Rotterdam 1929).
- Biesterveld, P), e.a. *Het Diaconaat* (Hilversum 1907).
- Bodlaender, M.L., Politeia. *Groote mannen over staat en maatschappij van Plato tot Kant* (Amsterdam/Brussel 1950).
- Brandt, D.J., *Kruisvaarders naar Jeruzalem* (Utrecht 1950).
- Cerfaux, L. en J. de Keyser, *De oude volken van het Oosten* (Brussel 1942).
- Dolmans, M.Th.R.M., Militaire hospitalen in het Romeinse rijk, In: *Geschiedenis der geneeskunde 1* (1993) 19-26.
- Elaut, I., *Het medisch denken in de Oudheid, Middeleeuwen en Renaissance* (Antwerpen/Amsterdam 1952).
- Farrington, B., *Greek science. Its meaning to us* (New York 1944).
- Grant, M., G. Huxley e.a., *Griekenland en Rome* ('s-Gravenhage 1964).
- Huxley, G. e.a. *Geboorte der westerse beschaving. Griekenland en Rome* ('s-Gravenhage 1964).
- Keyzer, J. de, *Beschavingsgeschiedenis van het Oude Oosten* (Brussel 1953).
- Leclère, C., *Romeinse Geschiedenis* (Brussel 1938).
- Lindeboom, G.A., *Hippocrates* (Antwerpen/Amsterdam 1948).
- Loenen, D., *Mens en cultuur van Hellas* (Amsterdam 1960).
- Milis, L., Kerstening en kerklijke instellingen tot circa 1070, In: *Algemene Geschiedenis der Nederlanden 1* (Haarlem 1982), p. 266-285.
- Pfister, K., *Ondergang van het Romeinse Imperium* (Amsterdam 1941).
- Pijper, F., *De Kloosters* ('s-Gravenhage 1916).
- Pohlentz, M., *Hippocrates und die Begründung der wissenschaftlichen Medizin* (Berlijn 1938).
- Reimer, P.J., *Leven in Hellas* (Amsterdam/Brussel 1956).
- Sassen, J., *Het Klooster. Cultuurhistorische beschouwingen* (Roermond 1922).
- Scarborough, J., *Roman medicine* (Londen 1969).
- Schouten, J., *De slangestaf van Asklepios als symbool van de geneeskunde* (Utrecht 1963).
- Taplin, O., *Greek fire. The influence of ancient Greece on the modern world* (New York 1990).

Hoofdstuk 2

- Andel, M.A. van, Geschiedenis der geneeskunde. Geneeskunde en hygiëne op de slavenscheepen in den Compagnietijd, *NTvG 75* (1931) I 614-637.
- Blécourt, W. de, W. Frijhoff en M. Gijswijt-Hofstra (red.), *Grenzen van geneezing* (Hilversum 1993).
- Brondgeest, P.Q., *Bijdragen tot de geschiedenis van het gasthuis (...) te Utrecht* (Hilversum 1901).
- Bruijn, M.W.J. de e.a. *Dertien eeuwen Utrecht* (Utrecht 1984).
- Bruinsma, J.J., *Geschiedenis der ziekenverpleging te Lecuwarden* (Dokkum 1883).
- Calisch, N.S., *Liefdadigheid te Amsterdam. Overzicht van al hetgeen er in Amsterdam wordt verrigt ter bevordering van de stoffelijke, zedelijke en godsdienstige belangen, voornamelijk der minvermogenden en behoeftigen* (Amsterdam 1851).
- Caljouw, J.C. e.a., *De identiteit van het verpleeghuis. Een bundel opstellen samengesteld onder auspiciën van de Vereniging Het Zonnehuis* (Lochem 1980).
- Cobben, J.J., *De opvattingen van Johannes Wier over bezetenheid, hekserij en magie* (Assen 1960).
- Danner, S.A., Tuberculose: geen 'overwonnen' ziekte, *TvZ 103* (1993) 561-564.
- Eden, P.H. van, *Ziekenverpleging en Eerste Hulp bij ongelukken in het huisgezin* (Haarlem 1914).
- Frijhoff, W., Johan Wier en Jacob Vallick, In: W. de Blécourt e.a., *Grenzen van geneezing* (1993) p. 17-45.
- Gedenkboek 50 jaren Tijdschrift voor Ziekenverpleging 1890-1940* (Amsterdam 1940).

- Gezelle Meerburg, G.F., Verslag van de vergaderingen der afd. 'Amsterdam' in Februari gehouden, *TVZ* 38 (1928) 148-150.
- Goei, L. de, *In de kinderschoenen. Ontstaan en ontwikkeling van de universitaire kinderpsychiatrie in Nederland 1936-1978* (Utrecht 1992).
- Grijpsdonck, M., Specialisatie in de verpleging, In: *Verslag symposium Kwaliteitsbevordering door specialisatie in de verpleging* (Nijmegen 1987).
- Gualtherie van Weezel, S.P., *Het verplegen onzer zieken in huis* (Amsterdam 1877).
- Hammes, Th. e.a., *50 jaren Tijdschrift voor Ziekenverpleging 1890-1940* (Amsterdam 1940) p. 433-446.
- Heije, J.P., Over geneeskundige staatsregeling. In: *Archief voor geneeskunde, onder medewerking van eenige vaderlandsche geleerden* I, (Amsterdam 1842).
- Houwaart, E.S., *De hygiënisten. Artsen, staat en volksgezondheid in Nederland 1840-1890* (Groningen 1991).
- Huizenga, J., *Memorable mensen en momenten uit de geschiedenis van de intramurale gezondheidszorg* (Lochem 1991).
- Krieken, N. van, Historische feiten rondom opleidingsherziening en opleidingsvernieuwing, In: *Verpleegkunde, gezien vanuit het verleden* 11 (1993) nrs. 1, 2 en 3; *Tijdschrift voor de geschiedenis der verpleegkunde*, 1 (1994) nr. 1.
- Levack, B.P., *De heksenjacht in Europa* (Nijmegen 1987).
- Maréchal, G., *De sociale en politieke gebondenheid van het Brugse hospitaalwezen in de middeleeuwen* (Kortrijk/Heule 1978).
- Maréchal, G., Armen- en ziekenzorg in de zuidelijke Nederlanden, In: *Algemene geschiedenis der Nederlanden* 2 (Haarlem 1982), p. 268-280.
- Meijer, G.H., *Handboek voor pleegzusters en ziekenoppassers* (z.pl. 1848).
- Michels, J.J.M., In relatie tot de patiënt. Praktijk in verpleeghuis en daarbuiten. In: *Denken over relatie en communicatie in verpleging en verzorging* (Lochem 1974).
- Querido, A., *Godshuizen en gasthuizen* (Amsterdam 1974).
- Rijcke, L. de, *Geschiedenis van de verpleeg- en geneeskunde* (St. Martens Latem, 1981).
- Scheltema, G., *Wetenschappelijke en Maatschappelijke Kenmerken van de Kindergeneeskunde. Rede bij de aanvaarding van het ambt van buitengewoon hoogleraar aan de rijksuniversiteit te Groningen, den 22 september 1909 uitgesproken* (Groningen 1909).
- Schuermans Stekhoven, W., *De tuberculose. Populair-geneeskundige beschouwingen over wezen, verschijnselen, behandeling en voorkoming* (Amsterdam 1925).
- Waardt, H. de, *Toverij en samenleving. Holland 1500-1800* ('s-Gravenhage 1991).
- Wijs, J.J.C. de, *Bouwkundige Bijdragen van de Maatschappij tot bevordering der bouwkunst* 24 (1878); *Ibidem* 15 (1879).

Hoofdstuk 3

- Aerts, R., *De Gids sinds 1837* ('s-Gravenhage 1987).
- Aletrino, A., *Zuster Bertha* (Amsterdam 1891).
- Aletrino, A., *Het leven der verpleegsters* (Amsterdam 1900).
- Aletrino, A., *Opleiding en examen van verpleegsters* (Amsterdam 1904).
- Bakker-van der Kooij, C., De maatschappelijke positie van verpleegsters in de periode 1880-1940, *TvG* 96 (1983) 454-475.
- Baumhauer, E.H. von, *Voorlezingen over de Nederlandsche nijverheid* (Haarlem 1856).
- Beeck Calcoen, A.J.L. e.a., *Diaconaal handboek ten dienste der Gereformeerde diaconieën* (Rotterdam 1929).
- Biesterveld, P. e.a., *Het Diaconaat* (Hilversum 1907).
- Binnenkade, C., *Honderd jaar opleiding tot verpleegkundige in Nederland 1872-1972*. (Leiden 1973).
- Binneveld, H. en R. Wolf, *Een huis met vele woningen. 100 jaar katholieke psychiatrie Voorburg in Vught 1885-1985* (Rotterdam 1985).
- Blécourt, W. de, W. Frijhoff en M. Gijswijf-Hofstra (red.), *Grenzen van genezing* (Hilversum 1993).
- Boon, L. (red.) *Stichting Sympos. Arbeidsomstandigheden in de gezondheidszorg* (Amsterdam 1990).
- Brink-Poort, M. van, en A.G. van Hulst, *Algemene Nederlandse Vereniging Het Groene Kruis* (Utrecht 1960).
- Brink-Poort, M. van, en A.G. van Hulst, *Anna Reynvaan* (Amsterdam 1963).
- Brugmans, I.J., *De arbeidende klasse in Nederland in de 19e eeuw 1813-1870* (Utrecht 1925).
- Calisch, N.S., *Liefdadigheid te Amsterdam. Overzicht van al hetgeen er in Amsterdam wordt verrigt ter bevordering van de stoffelijke, zedelijke en godsdienstige belangen, voornamelijk der minvermogenen en behoeftigen* (Amsterdam 1851).
- Coronel Sr., S., De ziekten der calicotwevers, *NTvG* (1860) 497.

- Coronel Sr., S., *De gezondheidsleer toegepast op de fabrieksnijverheid* (Haarlem 1861).
- Coronel Sr., S., De Leidsche wolfabrieken en haar invloed op de gezondheid der arbeiders, *NTvG* (1864) 651.
- Coronel Sr., S., De eerste vrouwen-vereeniging tot bevordering der gezondheidsbelangen in Nederland, *NTvG* 47 (1871) 325-327.
- Coronel Sr., S., Herstellingsoorden voor verzwakte minvermogene kinderen in het buitenland, *NTvG* (1882) 533.
- Coronel Sr., S., Herstellingsoorden voor ziekelijke minvermogene kinderen in het binnenland, *NTvG* (1882) 549-564.
- Council of Europe/Conseil de l'Europe. *Vocational training: basic, further and refresher training* (Straatsburg 1984).
- Dasberg, L., *Grootbrengen door kleinhouden* (Meppel 1975).
- Delprat, C.C., *De wording en de geschiedenis van het Genootschap ter bevordering van natuur-, genees- en heekunde (1790-1915)* (Amsterdam 1915).
- Douma, A.M.H., *Anna Maria van Schurman en de Studie der Vrouw* (Amsterdam 1924).
- Eijt, J., Zindelijkheid en zuinigheid, *Gewina* 16 (1993) 80-91.
- Eindhoven, A. van, *Een systeem van eerstverantwoordelijk verpleegkundige* (Lochem 1970).
- Erikson, E.H., *Young Man Luther* (New York 1958).
- Evers, G.C.M., *De Z-verpleging in beweging* (referaat) (Rotterdam 1992).
- Fritschy, W., *Fragmenten Vrouwengeschiedenis* ('s-Gravenhage 1980).
- Gemert, V. van en T. Spijker, *Verdichtsel en werkelijkheid* (Lochem 1990).
- Gezelle Meerburg, G.F., Verslag van de vergaderingen der afd. 'Amsterdam' in Februari gehouden, *TVZ* 38 (1928) 148-150.
- Goudsmit, J., *Anderhalve eeuw dokteren aan de arts. Geschiedenis van de medische opleiding in Nederland* (Amsterdam 1978).
- Goudswaard, N.B., *Vijfenzestig jaren Nijverheidsonderwijs* (Assen 1981).
- Goudswaard, N.B., *Agrarisch onderwijs 1783-1983* (Culemborg 1986).
- Hammes, Th. e.a., *50 jaren Tijdschrift voor Ziekenverpleging 1890-1940* (Amsterdam 1940) p. 433-446. *Handelingen der Staten-Generaal* 1919; idem 1861/1863 met bijlagen.
- Hleijje, J.P.J., Over de Vereeniging tot Ziekenverpleging te Amsterdam. In: *Bijdragen tot bevordering van de kennis en den bloei der Maatschappij tot Nut van 't Algemeen* (Amsterdam 1846/47) p. 38-40.
- Hoeven, G.G. van der, *De onuitgegeven parlementaire redevoeringen van Mr. J.R.Thorbecke, I-VII* (Groningen 1900-1912).
- Hoof, J.J.van en J. Dronkers, *Onderwijs en Arbeidsmarkt* (Deventer 1980).
- Horchner, W.G., Anna Reynvaan, *TVZ* 74 (1964) 165-166.
- Kramer, F., *Geschiedenis van de zorg voor geesteszieken* (Lochem 1990).
- Krieken, N. van, Historische feiten rondom opleidingsherziening en opleidingsvernieuwing, In: *Verpleegkunde, gezien vanuit het verleden* 11 (1993) nrs. 1, 2 en 3; *Tijdschrift voor de geschiedenis der verpleegkunde*, 1 (1994) nr.1.
- Kwant, R.C., *Het arbeidsbestel* (Utrecht/Antwerpen 1962).
- Lieburg, M.J. van, De tweede geneeskundige stand, *Tijdschrift voor Geschiedenis* 96 (1983) 433-453.
- Lindeboom, G.A., Doctor Jan Pieter Heye - vooruitstrevend negentiende-eeuws geneeskundige, *NTvG* 120 (1976) 2169-2173.
- Masselink, H., *Geneeskunde in verpleegkundig perspectief* (Utrecht 1993; 2e druk).
- Meerten, D.K. van, *Over de zucht naar standsverheffing ...* (Leiden 1845). Bekroonde Prijsverhandeling, door de Maatschappij tot Nut van 't Algemeen 'in druk gebracht'.
- Meyboom, F., Van Oppaster tot geschoolde behoedster der volksgezondheid, In: M.G. Schenk e.a., *Vrouwen van Nederland 1898-1948* (Amsterdam 1948) p. 119-129.
- Mollenhauer, K., *Vergeten samenhang* (Meppel 1986).
- Naber, J.W.A., *Wegbereidsters* (Utrecht 1928).
- Naber, J.W.A., *Het leven en de werken van Jeltje de Bosch Kemper* (Haarlem 1928).
- Posthumus-van der Goot, W.H. en A. de Waal (red.), *Van moeder op dochter. De maatschappelijke positie van de vrouw in Nederland vanaf de Franse tijd* (Nijmegen 1977).
- Reys, J. (red.), *De eerste feministische golf* (Nijmegen 1985).
- Sillem, J.A., *De politieke en staathuishoudkundige werkzaamheid van Isaac Jan Alexander Gogel* (Amsterdam 1864).
- Sneller, Z.W., *Economische en sociale denkbeelden in Nederland in den aanvang der 19e eeuw 1814-1830* (Haarlem 1922).
- Speyer, H., *Verpleegstersbelangen. Een drietal beschouwingen over verdichtsel en werkelijkheid in 't leven der*

- verpleegsters (Amsterdam 1901).
- Spijker, T., *Mooi en beschaafd verplegen. Een historische analyse van een vrouwenberoep* (Lochem 1979).
- Stolk-Van Delen, H.W., *Wijkverpleging in historisch perspectief (1890-ca 1930)* (Amsterdam 1983).
- Stumpel, A.R.J. en M.J. van Lieburg, Het Nederlandse Rode Kruis als opleider van verpleegsters 1867-1897, *Spiegel Historiaal* 19 (1984) 23-29.
- Swildens, J.H., *A-B Boek voor de Nederlandsche jeugd* (Amsterdam 1781).
- [Thorbecke, J.R.], *Over het bestuur van het onderwijs in betrekking tot een wetgeving* (Zutphen 1829).
- Thorbecke, J.R., Over het hedendaagsche staatsburgerschap (1844), In: *Historische Schetsen* ('s-Gravenhage 1860) p. 84-96.
- Thorbecke, J.R., *Parlementaire redevoeringen I-VI* (Deventer 1856-1870).
- Trimbos, C.J.B.J., *De geestelijke gezondheidszorg in Nederland* (Utrecht/Antwerpen 1959).
- Verburgh, H.S. en K. Rosenbrand, Wie was Aletrino?, *NTMS* 16 (1970) 255-256.
- Verdoorn, J.A., *Het gezondheidswezen te Amsterdam in de 19e eeuw* (Nijmegen 1981).
- Vorsselman de Heer, P.O.C., *Redevoering over de voordeelen eener wetenschappelijke beoefening van Handwerken en Kunsten. 2 April 1841* (Deventer 1841).
- Wiegman, N., Zusters in smetteloos wit: een blanco bladzijde in de Nederlandse geschiedschrijving, *Gewina* 16 (1993) 65-81.
- Wiegman, N., Geschiedenis der ziekenverpleging, *Gewina* 15 (1992) 62-64.
- Wiskerke, C., *De Afschaffing der Gilden in Nederland* (Amsterdam 1938).
- Wit-Gele Kruis, *Rapport inzake herziening opleiding verplegenden* (Utrecht 1954).
- Young, M., *The rise of the Meritocracy* (Londen 1961).

Hoofdstuk 4

- Aukes, L. (red.), *Verplegingswetenschap in Groningen. Bundel ter gelegenheid van het eerste lustrum* (z.pl. 1993).
- Bartels, A., *Een eeuw middelbaar onderwijs 1863-1963* (Groningen 1963).
- Binneveld, H. en R. Wolf, *Een huis met vele woningen. 100 jaar katholieke psychiatrie Voorburg in Vught 1885-1985* (Rotterdam 1985).
- Borgerhoff Mulder, H.W., De examen-commissie der Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie en Neurologie van 1891-1940, In: *Gedenboek TVZ 1890-1940* (Amsterdam 1940) p. 567-580.
- Brooten, D., Het ontwikkelen van een research programma voor een onderzoeksafdeling, *ZMM* 7 (1991) 292-299.
- Centrale Raad voor de Volksgezondheid, *Adviesrapport inzake herziening van de opleiding tot het diploma A Ziekenverpleging* ('s-Gravenhage 1976).
- Centrale Raad voor de Volksgezondheid, *Vaste Commissie Verpleging. Advies inzake universitaire opleiding verpleegkunde* (voorbereid door de werkgroep universitaire opleiding verpleegkundigen onder voorzitterschap van J. von Nordheim), (Rijswijk 1979).
- Diepeveen-Speekenbrink, J.C.M.H., Creative international networking towards academic nursing education and research in the Netherlands, *Journal for Advanced Nursing* 15 (1990) 738-743.
- Diepeveen-Speekenbrink, J.C.M.H., Nederlandse instellingsdirecteuren over de behoefte aan verplegingswetenschap: een exploratief onderzoek, *Nederlands-Vlaams wetenschappelijk tijdschrift voor verpleegkundigen* 6 (1992) 185-191.
- Diepeveen-Speekenbrink, J.C.M.H., Verplegingswetenschap in Nederland, *ZMM* 11 (1991) 280-286.
- Hinshaw, A., Verpleegkundig onderzoek: opzet en voortgang, *ZMM* 7 (1991) 305-311.
- Huyer Abu-Saad, H., Verplegingswetenschap: een Nederlands perspectief, *ZMM* 7 (1991) 311-315.
- Koene, G. e.a., *Integrerende verpleegkunde: wetenschap in praktijk* (Lochem 1980).
- Kouwenaar, K. & J. Stannard, *Higher education in The Netherlands. Characteristics, structures, figures, facts* (Zoetermeer 1988).
- Kramer, M.F., Verplegingswetenschap in voortgaande ontwikkeling, *ZMM* 7 (1991) 279.
- Kramer, F., *Geschiedenis van de zorg voor gesteszieken* (Lochem 1990).
- Michels, J.J.M., In relatie tot de patiënt. Praktijk in verpleeghuis en daarbuiten. In: *Denken over relatie en communicatie in verpleging en verzorging* (Lochem 1974).
- Peet, R. van der, Verplegingswetenschap en verpleging, *TVZ* 101 (1991) 759.
- Rang, J.F., *Sociale verpleegkunde en maatschappelijke gezondheidszorg* (Leiden 1966).
- Shortridge, L.M., J.W. Stoop en G.J. Cerfontaine, Een gemeenschappelijk verpleegkundig onderzoeksprogramma, *ZMM* 11 (1991) 287-291.
- Stewart, I., *The Education of nurses* (New York 1943).

- Symposium Z-verpleging in beweging*, 7 oktober 1992 ('s-Gravenhage 1992).
 Vlaskamp, A.A.C., Tuchtrecht en professionalisering, *Verpleegkunde* 1 (1986) 77-83.
 Voorlopige Verplegingsraad (VVR). *Rapporten inzake de Opleiding van Verplegenden* ('s-Gravenhage 1959).
 Voorlopige Verplegingsraad (VVR). *Rapport Ziekenverzorgster. Rapport Basisdiploma Verpleegster. Rapport Basisdiploma Verpleger* ('s-Gravenhage 1959).

Hoofdstuk 5

- ABVA, *Het kan anders. Discussienota over werkdruk en arbeidsmarkt verplegenden en verzorgenden in de intramurale gezondheidszorg* (z.pl. 1990).
 ANA, *Practical nurses and auxiliary workers for the care of the sick* (New York 1947).
 Bakker, J.H. en M.J.M. le Grand-van den Boogaard, *Verpleegkundig Beroepsprofiel* (Zoetermeer 1988).
 Bergen, B. van en L. Hollands, *Naar een profiel van de verpleegkundige* (Lochem 1975).
 Bergman, R., Interrelaties tussen verpleegkundige theorie, research, praktijk en opleiding, *ZMM* 7 (1991).
 Boer, M. de e.a., *Patiëntenvoorlichting doe je met z'n tweeën* (Utrecht 1991).
 Boesjes-Hommes, R.W. e.a., *Personneelsvoorziening in de gezondheidszorg* (Amsterdam 1970).
 Boon, L. (red.), *Stichting Sympos. Arbeidsomstandigheden in de gezondheidszorg* (Amsterdam 1990).
 Brown, E.L., *Nursing for the future* (New York 1948).
 Bruggen, H. van der (red.), *De delta van de Nederlandse verpleging* (Lochem 1989).
 Caroll-Johnson, R.M., Reflexions on the ninth biennial conference, *Nursing Diagnosis* 1 (1990) 50.
 Dehaene, J.L. Het gezondheidsbeleid in België. Plaats van de Verpleegkundige, *Verpleegkundigen en gemeenschapzorg* 40 (1984).
 Diepveen-Speekenbrink, J.C.M.H., De verpleging en haar beroepsopleidingen, *TVZ* 10 (1991) 287-290.
 Diepveen-Speekenbrink, J.C.M.H., Professionaliteit en kwaliteit een uitdaging voor de verpleegkundige, *Verpleegkundig Management* 5 (1991).
 Diepgen, P., *Die Heilkunde und der ärztliche Beruf* (München/Berlijn 1938).
 Fawcett, J., *Analysis and evaluation of conceptual models of nursing* (Philadelphia 1984).
Functieprofiel Psychiatrisch Verpleegkundige, uitgebracht door STIP en VLVGG (Dwingeloo 1993).
 Geneeskundige Hoofdinspectie. Staattoezicht op de Volksgezondheid. Diverse jaarverslagen vanaf 1926.
 Geneeskundig Hoofdinspecteur van de Volksgezondheid. *Jaarverslag 1978* ('s-Gravenhage 1979).
 Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid (GIGV), *Opleiding tot ziekenverzorgende revisited. Discussienota, voorbereid in de projectgroep psychogeriatric (PROP) van de Geneeskundige Inspectie van de GIGV, met gebruikmaking van de adviezen van de Geneeskundige Hoofdinspectie van de Volksgezondheid* (Rijswijk 1991).
 Groneman, J.C., Begeleiding. In: *Gedenkboek VU-Verpleegstersschool* (Amsterdam 1986).
 Haarlem, A. van, Relaties in de psychiatrische verpleging, verzorging en maatschappelijke gezondheidszorg. In: *Denken over relatie en communicatie in verpleging en verzorging* (Lochem 1974).
 Herpers, Th.M.M., De verpleegkundige diagnose, *TVZ* 102 (1992) 198.
Het Beterschap. Historisch Overzicht van de ontwikkelingen van de basisopleidingen voor het verpleegkundig beroep (Utrecht 1986).
Het Beterschap. Beleidsnotitie Basisopleidingen in de Verpleging (Utrecht 1987).
 Johnson, T.J., *Profession and power* (Londen 1977).
 Jongsma, M.W. (red.) e.a., *Arts en verpleegkundige in het ziekenhuis. Verslag van een Boerhaave Cursus* (Leiden 1970).
Kabinetsreactie op het rapport Onderwijs en Arbeidsmarkt (Zoetermeer 1991).
 Kelly, L.Y., *Dimensions of professional nursing* (New York 1985).
 Keuning, D. en D.J. Eppink, *Management en organisatie. Theorie en toepassing* (Leiden 1982).
 Koops, F., Verpleegkundig Specialist. Nieuwe carrièremogelijkheden voor verpleegkundigen, *AZU-Nieuws* juni 1992, p. 12.
 Mumford, E. en J.K. Skipper Jr., *Sociology in hospital care* (New York 1971).
 Nederlandse Maatschappij voor Verpleegkunde. *Beroepscode voor hen die beroepsmatig werkzaam zijn op het terrein van de verpleging* (Lochem 1990).
 Nijhuis, F.J.N. en J.W.H. Haesen, *De positie en taken van de bedrijfsverpleegkundige* (Voorburg 1990).
Rapporten (inzake de opleiding van verplegenden en ziekenverzorgsters, en het basisdiploma verpleegster/verpleger), uitgebracht door de Voorlopige Verplegingsraad, ('s-Gravenhage 1958/1959).
 Reijnders, J., Stages, *HBO Journaal* 6 (1984), 20.
Relatiecongres van de Nederlandse Christelijke Vereniging van Verpleegkundigen en Verzorgenden op 5 april 1974, onder het motto: De een heeft de ander nodig (referaten) (Lochem 1974).

- Rigter, H. en R.B.M. Rigter, Volksgezondheid: een Assepoester in de Nederlandse politiek. Een analyse toegespitst op de sociaal-democratie, *Gewina* 16 (1993) 1-17.
- Royal Danish ministry of health and Royal Danish ministry of Foreign Affairs, *Health care in Danmark* (Kopenhagen 1987).
- Shortridge, L.M., Clinical nursing research. In: J.Roode (red.), *Changing patterns in nursing education* (New York 1987) p. 109-116.
- Simon, H., *Aktivere Krankenbehandlung in der Irrenanstalt* (Berlijn/Leipzig 1929).
- Skipper Jr, J.K. en R.C. Leonard, *Social interaction and patient care* (Philadelphia 1965).
- Sleijffers, W., De verpleger en zijn toekomstmogelijkheden, *TVZ* 75 (1965) 337-340.
- Soethout-Boshuis, I., De eerste groep als buffer?, In: *Gedenkboek VU-Verpleegstersschool, Even stilstaan (1961-1986)* (Amsterdam 1986) p. 16-18.
- SOVOV (Samenwerkende Organisaties in de Volksgezondheid ten behoeve van het Onderwijs voor Verplegende en Verzorgende Beroepen. *Uitval van leerlingen in het inservice-onderwijs* (Utrecht 1990).
- Sticker, A., *Die Entstehung der neuzeitlichen Krankenpflege* (Stuttgart 1960).
- Vaarwel Catherijnesingel. *Een nieuw begin in De Uithof* (Utrecht 1988).
- Veder-Smit, E., Nursing research in the Netherlands, In: J. Roode (ed.) *Changing patterns in nursing education* (1987).
- Veldhuyzen, W.F., Vijftig jaar opleiding in ziekenverpleging, In: *Gedenkboek TVZ 1890-1940* (Amsterdam 1940) p. 554-599.
- Verburg, N., Terugblik, In: *Gedenkboek VU-Verpleegstersschool* (Amsterdam 1986) p. 7-11.
- Verpleegkundig Beleidsplan 1991-1992. April 1991. Archief RUG. Verpleegstage 1-ste jaars studenten, Rijksuniversiteit Groningen, oktober 1992.
- Verpleegkundig beleidsplan Divisie obstetrie en gynaecologie 1991-1992, april 1991, Archief AZU.
- Voorlopige Verplegingsraad (VVR). *Rapporten inzake de Opleiding van Verplegenden* ('s-Gravenhage 1959).
- Voorlopige Verplegingsraad (VVR). *Rapport Ziekenverzorgster. Rapport Basisdiploma Verpleegster. Rapport Basisdiploma Verpleger* ('s-Gravenhage 1959).
- Voorn, Th.B., *De dokter als docent. Rede, uitgesproken op 18 januari 1991* (Houten/Antwerpen 1991).
- VOVB, *Opleiding tot docent verpleegkunde; van analyse tot perspectief* (Rotterdam 1983).
- VOVB, *Evaluatie opleidingsregelingen* (Utrecht 1990).
- VOVB/VBBG, *De LOV Tweedegraads en de docent verpleegkunde in het inservice-onderwijs* (Utrecht/Rotterdam 1987).
- Wilde, I. de, *Vrouwen na Aletta Jacobs* (Groningen 1987).
- Wortman, J.L.C., Amerikaanse opleiding in de ziekenverpleging, *TVZ* 39 (1929) 638-640.

Hoofdstuk 6

- ABVA, *Het kan anders. Discussienota over werkdruk en arbeidsmarkt verplegenden en verzorgenden in de intramurale gezondheidszorg* (z.pl. 1990).
- Bruggen, H. van der (red.) *De delta van de Nederlandse verpleging* (Lochem 1989).
- Commissie-Dunning, *Kiezen of delen* (Den Haag 1991).
- Congresbundel, Congres Stichting tot bevordering van het Wetenschappelijk Onderzoek. Groningen 30 oktober 1993.
- Congresbundel, Council of Europe. *Congres on craftsmanship and conservation* (Würzburg 1984).
- Ministerie van Onderwijs en Wetenschappen, *Hoger Onderwijs: autonomie en kwaliteit* ('s-Gravenhage 1985).
- Ru, C. de, *De strijd over het hoger onderwijs tijdens het ministerie-Kuyper* (Kampen 1953).
- Snow, C.P., *The two cultures* (Cambridge 1988).
- Werkgroep Verpleegkundigen West-Nederland. De taak van de Verpleegkundige, *TVZ* 81 (1971) 479.
- Verplegingswetenschap, themanummer, *Ziekenhuismanagement* 7 (1991) nr. 11.

Hoofdstuk 7

- Bruggen, H. van der (red.) *De delta van de Nederlandse verpleging* (Lochem 1989).
- Commissie Positiebepaling Beroep van Verpleegkundige en Verzorgende. Eindrapport Werkgroep Functie-waardering, 1991.
- Commissie-Rauwenhoff, *Onderwijs-arbeidsmarkt: naar een werkzaam traject* (Alphen aan den Rijn 1990).
- Commissie-Werner, 1991, zie Ministerie.
- Horenberg, T., Nu 91 wil strakke regelgeving, In: *Verpleging Nu!* December 1991.

- Landelijk Centrum Verpleging en Verzorging (LCVV)*, Eenmalige uitgave van het LCVV te Utrecht, Utrecht 1993.
- Ministerie van WVC, *In hoger beroep. Een perspectief voor de verplegende en verzorgende beroepen. Rapport van de commissie-Werner over de Positiebepaling Beroep Verpleegkundige en Verzorgende* (Rijswijk 1991).
- Ministerie van WVC, *Nota Beroepskrachtenplanning. Gezondheidszorg 1990/1991* (Rijswijk 1991).
- Nieuwe Unie 91. *De prijs van verplegen. Tweede Nationale Congres. Lezingen en verslagen* (Utrecht 1992).
- Nota-Koopman, *Differentiatie in de Verpleegkundige Beroepsuitoefening* (Zoetermeer 1991).
- Orem, D.E., *Nursing: Concepts of practice* (New York 1985).

Bijlagen

Bijlage 1. Belangrijke jaartallen

- 1798 De gilden vervallen verklaard
- 1804 Geneeskundige Staatsregeling
- 1818 Herziening Geneeskundige Staatsregeling
- 1820 Eerste moderne religieuze ziekenverplegende Congregatie
- 1823 Klinische Scholen voor praktijkgericht, niet-academisch onderwijs
- 1832 Verpleging van geesteszieken door de Broeders Penitenten in Huize Padua te Boekel
- 1841 Eerste krankzinnigenwet
- 1842 Rapport Commissie-F.J. van Maanen over reorganisatie geneeskundige aangelegenheden
- 1843 Vereniging voor Ziekenverpleging te Amsterdam
- 1844 Theoretische en praktische opleiding door de Vereniging voor Ziekenverpleging
- 1844 Eerste Diaconessenhuis in Nederland
- 1845/6 De stichtingen Nederlands-Israëlich Arbestuur (Amsterdam) en Meerenberg (Santpoort) beginnen met verpleging van geesteszieken
- 1848 Vereniging Zusters van Liefde maken zich onder meer verdienstelijk door zieken te verplegen
- 1851 Vakschool voor opleiding van artsen en vroedvrouwen (STOVIA) te Weltevreden
- 1857 Ziekenhuis der Vereniging voor Ziekenverpleging te Amsterdam
- 1863 Kinderziekenhuis te Rotterdam
- 1863 Wet regelt het middelbaar onderwijs exclusief het vak-, beroeps- of nijverheidsonderwijs
- 1865 Kinderziekenhuis te Amsterdam
- 1865 Geneeskundige wetten. Staatstoezicht op de Gezondheidszorg. Opleiding medisch onderwijs wettelijk geregeld
- 1866/7 Klinische Scholen opgeheven
- 1867 Het Nederlandse Rode Kruis
- 1875 Het Witte Kruis
- 1878 Opleiding te Amsterdam voor verpleegsters bij het Witte Kruis
- 1880 Opleiding tot mantri-verpleegkundige in Nederlands-Indië
- 1884 Wet tot regeling van het staatstoezicht op krankzinnigen
- 1884 Vereniging voor gezondheids- en vakantiekolonies
- 1890 Vereniging tot opvoeding en verpleging van geesteszwakke kinderen
- 1890 *Maandblad voor Ziekenverpleging* opgericht door Anna Reynvaan en Jeltje de Bosch Kemper
- 1890 Koerswending overheidsbeleid. Aanvullende staatszorg voor beroepsonderwijs
- 1891 Zwakzinnigenzorg 's Heerenloo te Ermelo
- 1892 Nederlandse Bond voor Ziekenverpleging
- 1892/3 Meerenberg te Santpoort, het Academisch Ziekenhuis en het Academisch Ziekenhuis te Groningen reiken de eerste diploma's aan afgestudeerde verpleegsters uit
- 1895 Vereniging voor Ziekenverpleging in Nederlands-Indië
- 1896 Vereniging voor wijkverpleging
- 1899 Bond van directrices en adjunct-directrices
- 1900 Vereniging Nosokomos
- 1901 Centrale Gezondheidsraad
- 1902 Centraal Genootschap voor kinderherstellingsoorden en vakantiekolonies
- 1903 Minister Abraham Kuyper legt de basis voor toegepaste wetenschapsbeoefening op academisch niveau en wettelijke regeling van het beroeps- en vakonderwijs

- 1908 Nederlandse Bond tot Bescherming van Zuigelingen
 1909 Het Groene Kruis
 1910 Wetsontwerp (van de staatscommissie-Woltjer) tot regeling van het vakonderwijs, waaronder dat voor de verpleging
 1915 Wetsontwerp tot regeling van het vakonderwijs, exclusief de opleiding voor de verpleging
 1916 Het Wit-Gele Kruis
 1916 10-urige werkweek en één vrije dag per week in de verpleging
 1919 25 juni. De Tweede Kamer verwerpt een amendement dat regeling van het verplegingsonderwijs bevat.
 1919 4 oktober. Wet op het vak- of nijverheidsonderwijs (exclusief het verplegingsonderwijs)
 1919 Arbeidswet brengt een 8-urige werkdag en 45-urige werkweek; dit geldt niet voor de verpleging
 1920 Eerste opleiding voor wijkverpleging
 1921 Wet tot bescherming van het Diploma Ziekenverpleging-A en -B; incl. 'aantekeningen'
 1922 Beileroord voor gezinsverpleging te Beilen, pendant van de gezinsverpleging te Geel
 1923 Nationale Federatie Het Wit-Gele Kruis
 1926 Psychiatrische kliniek met buitendienst te Maasoord (samenwerkend met de GDSZ te Rotterdam)
 1928/9 Wettelijke regeling Wijk-, Kraam- en Kinderverpleging
 1936 Vereniging docenten in de verpleegkunde
 1940 Het Zonnehuis te Beekbergen begint provisorisch met leerlingstelsel voor ziekenverzorging
 1947 Verpleegstersschool 'Vronestein'
 1950 Stafopleidingen
 1953 Het Zonnehuis te Beekbergen zet het leerlingstelsel voor ziekenverzorging op bredere voet voort
 1957 Voorlopige Verplegingsraad
 1958 Driejarige opleiding tot Z-verpleegkundige
 1958 Vanaf dit jaar vijfdaagse werkweek etappegewijs ingevoerd
 1958 Opleiding verpleging zwakzinnigen (Z-diploma)
 1961 Eerste Nederlandse dagziekenhuis (Welgelegen te Velp)
 1961 Verpleegstersschool AZVU
 1962 Vijfdaagse werkweek; etappegewijze invoering in ziekenhuizen
 1963 Wetsontwerp tot regeling van het voortgezet onderwijs (1951), exclusief het verpleegkunde-onderwijs, door het parlement aangenomen
 1965 Wettelijke regeling opleiding ziekenverzorging (Zv-diploma)
 1966 Wet op het leerlingstelsel exclusief dat voor de verpleging
 1967 Herziening A-opleiding
 1967 Wet tot bescherming van de opleiding Verpleegkundige
 1970 Regionale scholen voor de theoretische opleiding (deeltijd-onderwijs)
 1972 MBO-V en HBO-V (voltijds dagonderwijs)
 1973 Programma diploma-A herzien
 1978 Wettelijke regeling van de Z-opleiding
 1980 Verplegingswetenschap te Maastricht, later ook te Utrecht en Groningen
 1982 Wet Gezondheidszorgvoorzieningen
 1982 Regionale Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg
 1984 MBO-V gaat op in MDGO (het middelbaar dienstverlenings- en gezondheidszorgonderwijs)
 1986 Wetsontwerp Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (BIG)
 1986 Wetswijziging programma inservice-opleidingen A, B en Z
 1987 Laatste diploma's MBO-V uitgereikt
 1988 Verpleegkundige Beroepsprofielen voor de verpleging en de verzorging van patiënten
 1988 Tweede-fase-opleiding (VO-GGZ)
 1990 Landelijke Vereniging voor Thuiszorg
 1993 Beroepsprofiel Psychiatrische Verpleegkunde
 1993 Ministerieel plan voor invoering van vierjarige MBO-opleidingen als basisvorming voor de verpleging
 1993 Wet-BIG aangenomen. Tuchtrect voor en registratie van verpleegkundigen in het vooruitzicht gesteld
 1993 Landelijk Centrum Verpleging en Verzorging

Bijlage 2. Beroepsprofiel Verpleegkundigen (1988)

Samenvatting

Het observeren en het toepassen van observatie-instrumenten
 Interviewtechnieken

Meeettechnieken; registratietechnieken; vergadertechnieken; planningstechnieken; verzorgingstechnieken; begeleidingstechnieken
 Instructie- en demonstratietechnieken; voorlichtingstechnieken
 Gedragsmodificatie-technieken; technieken voor assistentie bij groepstherapie
 Technieken voor medische diagnostiek en behandeling, en voor het plaatsen van hulpmiddelen in, aan en om het bed; technieken voor het opmaken en verschonen van bedden
 Technieken voor het reinigen, desinfecteren en steriliseren van linnengoed en verpleegartikelen
 Maatregelen voor het verkrijgen en in stand houden van een gezond leefklimaat

Bijlage 3. Beroepsprofiel verpleegsters/verplegers (1988)

Samenvatting

Het observeren

Interviewtechnieken

Eenvoudige meettechnieken; registratietechnieken; vergadertechnieken; planningstechnieken; verzorgingstechnieken; begeleidingstechnieken

Instructie- en demonstratietechnieken; gedragsmodificatietechnieken

Technieken voor medische diagnostiek en behandeling

Technieken voor het opmaken en verschonen van bedden, en voor het plaatsen van hulpmiddelen in, aan en om het bed

Technieken voor het huishoudelijk reinigen, desinfecteren en steriliseren van linnengoed en verpleegartikelen

Maatregelen voor de verkrijging en instandhouding van een gezond leefklimaat

Bijlage 4. Beroepsprofiel Psychiatrisch Verpleegkundige (1993)

Samenvatting

Vakkennis

Stappen van het verpleegkundig proces; principes van observatie en observatietechnieken; onderscheid tussen objectieve en subjectief gekleurde informatie

Leesbaar en correct rapporteren; vormen van evaluatie en toetsing van verpleegkundig handelen; verpleegkundige theorieën en modellen

Geschiedenis van de verpleegkunde; organisatievormen; de positie en bevoegdheden van de verpleegkundige in het multidisciplinaire systeem

Elementaire kennis voor het correct lezen van vakliteratuur

Elementaire kennis om te functioneren in een organisatie in de gezondheidszorg

Kennis vanuit andere vakgebieden

Elementaire ontwikkelingspsychologie; de begrippen psychisch gezond en psychisch/psychiatrisch ziek

Uitingvormen van psychopathologie; opvattingen over de psychopathologie; kennis van somatiek

Kennis van medicatie om werking en bijwerkingen te onderkennen; het belang van hygiëne

Algemene ontwikkeling

Grondwet, Universele Verklaring van de Rechten van de Mens, patiëntenrecht, verpleegkundigenrecht en jurisprudentie, referentiekaders van de Hoofdinspectie Geestelijke Volksgezondheid, sociale wetgeving

Ethiek van gezondheidszorgverlening; kosten van gezondheidszorgvoorzieningen

Vaardigheden voor patiëntgebonden werk

Technieken om functionele relaties op te bouwen, te onderhouden en af te sluiten

Hanteren van de eigen persoonlijkheid; zich kunnen verplaatsen in anderen; humane beïnvloedings- en overredingsstrategieën

Gedragsmodificatie-technieken; agressie-reducerende technieken; het kunnen opvangen van frustrerende ervaringen

Technieken voor assistentie bij groepstherapie; begeleidingstechnieken

Maatregelen voor het verkrijgen en in stand houden van een gezond leefklimaat

Toepassing van observatie-instrumenten; interviewtechnieken; verzorgingstechnieken

Voorlichtingstechnieken

Technieken voor medische diagnostiek en behandeling

Technieken voor het opmaken en verschonen van bedden, en voor het plaatsen van hulpmiddelen in, aan en om het bed

Technieken voor het huishoudelijk reinigen, desinfecteren, steriliseren en onderhouden van linnengoed en verpleegartikelen

Vaardigheden om te functioneren in een team

Planningstechnieken; registratietechnieken; vergadertechnieken

Kritiek op constructieve wijze leveren en ontvangen. Instructie- en demonstratietechnieken

Bijlage 5. Organisaties, verenigingen en bonden

- 1843 Vereniging voor Ziekenverpleging
- 1849 Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst
- 1864 Het Internationale Rode Kruis
- 1867 Het Nederlandse Rode Kruis
- 1875 Vereniging Het Witte Kruis
- 1882 Chr. Vereniging voor verpleging van lijdens aan Vallende Ziekte
- 1884 Vereniging tot chr. verzorging van geestes- en zenuwzieken
- 1886 Veldwijk Ermelo
- 1890 Vereniging tot opvoeding en verpleging van geesteszwakke kinderen
- 1893-1964 Nederlandse Bond voor Ziekenverpleging
- 1895 Vereniging voor Ziekenverpleging in Nederlands-Indië
- 1896 Vereniging voor Wijkverpleging en Ziekenzorg
- 1899 Bond van Directrices en Adjunctdirectrices van Ziekeninrichtingen en Verenigingen van Ziekenverpleging in Nederland en Nederlands-Indië
- 1899 International Council of Nurses
- 1900 Groene Kruis
- 1900-1928 Nederlandse Vereniging tot Bevordering der Belangen van Verpleegsters en Verplegers 'Nosokomos'
- 1905-1966 Nederlandse Rooms-Katholieke Bond van Ziekenverplegenden 'Salus Infirmorum'
- 1906 Nederlandse Verplegers Vakvereniging
- 1909 Algemene Nederlandse Ambtenaarsbond
Nationaal Verbond van Gemeente Ambtenaren
Algemene Rooms Katholieke Ambtenaren Bond (ARKA)
Algemeene Nederlandse Christelijke Ambtenaren Bond
- 1916 Wit-Gele Kruis
- 1918-1922 Nederlands Christelijke Bond van Verplegenden
- 1926-1966 Sint Canisius Bond
- 1927 Nederlandse Bond voor Wijkverpleegsters
- 1928-1964 Nationale Bond van Verplegenden
- 1930 Bond van Nederlandse Diakonessenhuizen
- 1936 Vereniging van Verplegende Docenten in de Gezondheidszorg
- 1938 Bond van Prot.-Chr. Verenigingen voor Wijkverpleging
- 1945-1975 Federatie van Verenigingen die de Verpleging en andere onderdelen van de gezondheidszorg bevorderen
- 1946 Vereniging voor Gerontologie
- 1946 Nederlandse Christelijke Bond van Overheidspersoneel (NCBO)
- 1946-1966 Bond van Protestants-Christelijke Verplegenden
- 1946 Nederlandse Vereniging van Verplegenden in Bedrijven
- 1947 Algemene Bond van Ambtenaren (ABVA)
- 1948 Oranje-Groene Kruis
- 1949 Vereniging van Tuberculose Huisbezoeksters
- 1949 Katholieke Bond van Overheidspersoneel (KABO)
- 1964-1975 Nederlandse Vereniging van Verpleegkundigen en Verzorgenden (NVVZ)
- 1966-1980 Katholieke Unie van Verpleegkundigen en Verzorgenden (KUVV)
- 1966-1983 Nederlandse Christelijke Vereniging van Verpleegkundigen en Verzorgenden (NCVVV)
- 1974 Vereniging van Opleidingsinstituten voor Verplegende en Verzorgende Beroepen
- 1975-1980 Landelijke Beroepsorganisatie voor Werkers in de Gezondheidszorg (LBWG)
- 1980-1988 Het Beterschap (fusie KUVV en LBWG)
- 1982 ABVAKABO
- 1983 BVV/CFO: aansluiting NCVV bij CFO. CFO: Christelijke Federatie Overheidspersoneel voor

	Overheid, Zorgsector en Verzelfstandigde Overheidsinstellingen
1988-1991	Nederlandse Maatschappij voor Verpleegkunde (komt voort uit Het Beterschap)
1988-1991	Verpleegkundigen en Verzorgenden In Opstand (VVIO)
1991	Nieuwe Unie '91 (uit fusie NMV en VVIO)
1992	Nederlandse Vereniging voor Verpleeghuiszorg (NVVz)
1993	Landelijk Centrum Verpleging en Verzorging (LCVV)
1993	Vereniging voor Verplegingswetenschappers (Verve)

Bijlage 6. Afkortingen

(zie ook organisaties, bijlage 5)

Ag	Assistente in de gezondheidszorg
A	opleiding voor ziekenverpleging
AEIO	Alternatief Erkenningsysteem Inservice-Opleidingen
AGZ	Algemene Gezondheidszorg
AO	Arbeidsovereenkomst
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
AZVU	Academisch Ziekenhuis Vrije Universiteit
B	opleiding voor psychiatrische ziekenverpleging
BIG	Beroepen Individuele Gezondheidszorg
BO	Beroepsonderwijs
BOPZ	Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen
CAO	Collectieve Arbeidsovereenkomst
CBS	Centraal Bureau voor de Statistiek
CGR	Centrale Gezondheidsraad
CICIAMS	Comité Internationale des Associations Catholiques d'Infirmières et d'Assistentes medico Sociales
COTG	Centraal Orgaan Tariieven Gezondheidszorg
CSVO	Centrum Voortgezette en Specialistische Opleidingen
DN	Deskundigheidsniveau
EG	Europese Gemeenschap
FWG	Funciewaardering Gezondheidszorg
FUWA	Funciewaardering Analyse
GDSZ	Gemeentelijke Dienst Sociale zaken
GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg Opleiding
GGV	Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid
GLIAGG	Gereformeerd Landelijk Instituut voor Geestelijke Gezondheidszorg
HAVO	Hoger Algemeen Voortgezet Onderwijs
HBO	Hoger Beroepsonderwijs
HBS	Hogere Burgerschool (tot 1968)
HMN	Hogeschool Midden Nederland
HOAK	Hoger Onderwijs: Autonomie en Kwaliteit
HOOP	Hoger Onderwijs en Onderzoek Plan
IC	Ineenschakelingscommissie
ICN	International Council of Nurses
ICOOV	Interdepartementale Commissie Overleg OnderwijsVolksgezondheid
IMF	Integrale Methode voor Functieclassificatie
INAS	Inrichtingsassistente (tot 1984)
INTAS	Interim Algemene Schakelopleiding (vanaf 1984)
IO	Inservice Onderwijs/Opleiding
KMBO	Kort Middelbaar Beroepsonderwijs
KPV	Klinisch Pastorale Vorming
LBO	Lager Beroepsonderwijs
LOV	Leraren Opleiding Verpleegkunde
LVT	Landelijke Vereniging voor Thuiszorg
LCVV	Landelijk Centrum Verpleging & Verzorging
LSV	Landelijke Specialisten Vereniging
MAVO	Middelbaar Algemeen Voortgezet Onderwijs
MBO	Middelbaar Beroepsonderwijs

MDGO	Middelbaar Dienstverlening Gezondheidszorg Onderwijs
MGZ	Maatschappelijke Gezondheidszorg Opleiding
MHNO	Middelbaar Huishoud- en Nijverheidsonderwijs
MOB	Medisch Opvoedkundig Bureau
MSPO	Middelbaar Sociaal-Pedagogisch Onderwijs
MUG	(Verplegingswetenschap te) Maastricht, Utrecht en Groningen
MULO	Meer Uitgebreid Lager Onderwijs (tot 1968)
NMG	Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst
NRV	Nationale Raad voor de Volksgezondheid
MSPO	Middelbaar Sociaal-Pedagogisch Onderwijs
NANDA	North American Nursing Diagnosis Association
NEI	Nederlands Economisch Instituut
NO	Nijverheidsonderwijs
NU	Nieuwe Unie
NZR	Nationale Ziekenhuisraad
NMV	Nederlandse Maatschappij voor Verpleegkunde
OPO	Overzicht Praktische Opleiding
POB	Praktijk-Opleidingsboek
PRO6	Procesmanagement 6 regionale experimenten
RIAGG	Regionaal Instituut voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg
RINO	Regionale Instituten voor Nascholing en Opleiding
RL	Rijksuniversiteit Limburg
RUG	Rijks Universiteit Groningen
RUU	Rijks Universiteit Utrecht
SNG	Stichting Netwerk Gezinszorg
SSLK	Stichting Samenwerkende Landelijke Kruisverenigingen
STC	Sectorvorming, Taakverdeling en Concentratie
STIP	(Vereniging voor) Staffunctionarissen in de Psychiatrische verpleging/verzorging
STOVIA	Stichting voor Opleiding van Artsen en Vroedvrouwen
SVM	Sectorvorming en Vernieuwing
SVP	Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige
SWV	Stichting Wetenschappelijk onderzoek in de Verpleging
SZW	(Ministerie van) Sociale Zaken en Werkgelegenheid
VBG	Vereniging Belangenbehartiging Gezondheidszorg
VBO	Vorbereidend Beroepsonderwijs
VHZO	Vereniging van Hoofden Z-Opleidingen
VLVGG	Vereniging van Leidinggevenden aan de Verplegingsdienst in de intramurale Geestelijke Gezondheidszorg
VNB	Vereniging van Nederlandse Bejaardenoorden
VO-GGZ	Voortgezette Opleiding Geestelijke Gezondheidszorg
VOVB	Vereniging van Opleidingsinstituten voor Verplegende en Verzorgende Beroepen
VU	Vrije Universiteit
VVO	Verplegenden en Verzorgenden In Opstand
Vp	Verpleging
Vz	Verzorging
VBO	Vorbereidend Beroepsonderwijs
VW	Verplegingswetenschap
VWO	Vorbereidend Wetenschappelijk Onderwijs
Weo	Wet op de erkende onderwijsinstellingen
WHW	Wet op het Hoger en Wetenschappelijk Onderzoek
WVC	(Ministerie van) Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur
WHO	World Health Organization
WMO	Wet op het Middelbaar Onderwijs
WNO	Wet op het Nijverheidsonderwijs
WUB	Wet Universitaire Bestuurshervorming
WVO	Wet op het voortgezet onderwijs
Zz	Zwakzinnigenzorg
Zv	opleiding voor verpleeghuizen

Index

- A-opleiding 128, 139-141, 143, 146, 156, 177, 187, 226, 252
- Aalst 32
- aantekeningen 136, 140
- abstractiegraad van de praktijkbegeleiding 193
- abstractiegraad van het onderwijs 152
- AbvaKabo 197, 233, 254
- academic drift 204
- academisch onderwijs 155, 158, 159, 172, 175, 201-203
- Academisch Ziekenhuis 12, 32, 47, 48, 124, 177, 198, 226, 251, 255
- academische verpleegkunde 212
- academiseren 65
- acties 77, 183, 210, 221
- adviestaken 234
- afdelingshoofd 181, 183, 208, 232, 234
- Afrika 67
- Aletrino, A 109, 131, 132, 186, 227
- Alexandrië 15, 24
- algemeen onderwijs 14, 16, 84, 206
- algemene voorzieningen 214
- algemene vorming 86, 137
- Allebé, G.A.N. 45
- Amersfoort 33
- amputaties 63
- Amsterdam 12, 36, 38-40, 43, 47, 53, 54, 62, 63, 65, 66, 74, 92, 93, 104, 106, 113, 114, 117, 121, 123-125, 132, 133, 164, 173, 177, 182, 192, 251
- ANA 196
- analfabetisme 74
- anatomie 15, 116, 141, 151, 152
- antiseptis 53, 114
- Apeldoorn 129
- apothekers 15, 37, 63, 166
- Arabische wetenschap 34
- arbeidsaanbod 184, 208, 209
- arbeidsbureau 81
- arbeidscontract 136, 179, 211
- arbeidsmarkt 22, 82, 123, 164, 168, 183, 209-211, 216-218, 221, 222, 224, 225
- arbeidsovereenkomst 94, 136
- arbeidstekort 147, 183, 208
- arbeidstherapie 43, 126, 181
- arbeidsverdeling 23
- arbeidsvoorwaarden 11, 16, 45, 90, 109-111, 118, 183, 185, 187, 191
- arbeidsvraag 208, 209, 211
- arbeidswetgeving 105
- arbeidswetten 105, 136
- Aristoteles 22
- Arnhem 32, 38, 41, 54
- Arntsz, W. 56
- asepsis 45, 52, 53, 68, 114, 117
- Asklepios 23, 24
- ATV-maatregelen 213
- avondscholen 86
- B-opleiding 43, 114, 127, 129, 142, 143, 154
- baaierd 34-36
- Babylonië 21, 40
- Bacon, F. 80
- bacteriën 53, 114
- Balaclava 119
- Ballot, A.M. 45
- Bartholomeus Gasthuis 33
- basisdidactiek 157
- basisopleiding 16, 53, 81, 154, 155, 168, 177, 194
- basiswetenschappen 159, 229
- basiszorgverlening 205
- Bataafse Republiek 64
- Batavia 72, 73, 75
- bayart 34
- bedverpleging 107, 177, 193, 206
- begeleiding 148
- Beekbergen 128, 251, 252
- Beets, Maria 100
- begijnen 27-29
- begijnhof 29
- behandelhuis 51
- behandelvormen 121, 123, 214
- Behring, E.A. von 53
- bejaarden 148
- bejaardenverzorging 205
- bejaardenzorg 122, 148, 214
- België 29, 32, 60, 129, 203
- Benelux 80
- Bergen op Zoom 32, 120
- Bernagie, P. 36
- beroep ziekenverpleging 16
- beroepsaanzien 79
- beroepseigene 233
- beroepsgeheim 136
- beroepsgericht onderwijs 14, 38, 45, 80, 84, 88, 137, 138, 160
- beroepsloopbaan 210
- beroepsmatig verplegen 112, 195, 196
- beroepsmobiliteit 82, 106, 108
- beroepsonderwijs 11, 22, 37, 79, 80, 82, 105, 110, 131, 132, 135, 137, 140, 144, 149, 150, 153, 155, 156, 157, 160, 169, 188, 191, 196, 202, 204, 205, 217, 224, 228, 251, 255, 256
- beroepsopleidingen 88, 103, 106, 115, 131, 188, 194, 204, 205, 210
- beroepsprofielen 16, 145, 168, 169, 176, 194, 196, 224, 225, 228, 234, 252
- beroepswisseling 148

- beschaafde vrouwen 88, 92
 besmettelijke ziekten 35, 44, 67,
 71, 72, 88, 104, 105, 121, 122
 besnijdenis 27
 betaalde vrouwenarbeid 85
 bevoegdheid van leraren 150
 bezweringen 41
 Bieberstein, I. von 124
 BIG-wet 90, 166, 167, 210, 227
 bijscholing 83, 167, 168, 178, 182,
 208, 210
 binaire stelsel 202
 Binnengasthuis 94
 binnenmoeder 35
 binnenvader 35
 bisschopskerken 26
 blaassteen-operaties 23
 blocksystem 175
 Bioem, Th.F. 177
 Bloemendaal 116, 126
 bloksysteem 172, 173, 175, 177
 Boccaccio 28
 Boerhaave, H. 36, 42
 Boerhaave-cursus 42, 171, 234
 Bok, P. de 225
 bonden 135, 254
 bootverpleegster 181
 Bosch Kemper, J. de 106, 251
 boxverpleging 55
 Brink-Tjebbes, J.A. van den 195
 Broecke, J.C. van den 45
 Brugge 32, 33, 49
 Brussel 82
 budget 133, 139, 156, 163, 207, 214
 buitenlandse contacten 59, 159
 Burger Gasthuis 124
 Burgerhout, H. 57
 burgervrouwen 94
 Calcar-Schiotling, E. van 85
 Calmette, A.L.C. 58
 Camille Guérin 58
 Canada 71, 185, 204, 217
 CAO 224, 233, 255
 Capitularia 31
 caritas 31
 caritatieve zorg 84
 cellebroeders 28, 29, 48
 cellezusters 27, 28
 Centraal-Borneo 72
 Centraal Planbureau 183
 centrale doelstelling 235
 Centrale Gezondheidsraad 139,
 255
 Centrale Raad voor de Volks-
 gezondheid 146, 149, 155, 161
 CFO 197, 232, 233, 254
 Cheyne, J. 53
 chirurg 23, 36, 52, 66, 67, 117, 131
 chirurgijn 15, 23, 28, 47, 48, 64,
 65, 68
 chirurgische instrumenten 19
 christelijke barmhartigheid 138,
 139, 186
 christelijke cultuur 20
 christelijke naastenliefde 31
 christengemeenten 15, 27, 39, 90
 chronisch zieken 148
 CICIAMS 171, 255
 CNV 233
 coëductie 86
 cognitief onderwijs 80, 180, 209
 Cohen, L.A. 45
 Columbia 158
 combinatie van verplegen en
 studeren 16
 Comité d'experts des soins
 infirmières 173
 commissie-BIG 228
 Commissie-Dunning 215
 Commissie-Rauwenhoff 192, 217
 commissie-Roëll 82
 commissie-Sanders 160, 174, 208
 Commissie-Wagner 224
 Commissie-Werner 180, 192, 215,
 221, 224, 226
 computergebruik 165
 Concilie van Nicea 26
 congregaties 90, 123
 Conolly, J. 42
 Constantijn de Grote 26
 consultatiebureaus 56, 58, 181
 contagionisme 16, 44
 Coronel, S.Sr. 45, 54, 103, 104
 Corpus Hippocraticum 25
 Council of Europe 205
 Cremer, J.J. 104
 cultuur 15, 19-21, 23, 58, 72, 74, 75,
 201, 207, 218, 256
 cultuurperiodes 43
 Dag van de Verpleging 102
 dagscholing 108, 172, 191, 206, 226
 dagverpleging 206, 228
 Dasberg, L. 54
 Davos 57
 De Gids 87
 Decameron 28
 deeltijd-vervolgstudie 208
 demonische krachten 41
 Denemarken 177
 departments of research 159
 deregulering 150, 153
 dereguleringsprincipe 208
 deskundigheidsniveau 132, 147,
 153-155, 169, 179, 205, 219, 223,
 224, 228, 229, 231, 255
 Deventer 32, 40, 82, 114, 116, 124
 diaconaat 15, 39, 189
 diaconessen 26, 27, 32, 52, 90-
 92, 110, 131
 diaconessenhuizen 38, 39, 92,
 93
 diagnose 164, 195, 235
 Dieffenbach, J.F. 91
 Dienst Sociale Zaken 226
 dienstbode 86, 90
 dienstensector 85, 185
 Dijkzigt 47
 diploma-A 139, 164, 252
 diploma-B 125, 139
 diplomering 139, 142, 146, 149,
 151
 docentenopleiding 142, 143, 157
 docentschap 234
 dollen 38, 40, 186
 Domela Nieuwenhuis, F. 103
 domscholen 31
 Doorn 57
 Doornik 32
 doorstroming 165, 172, 201, 205
 doorstroomopleiding 162, 165
 drankmisbruik 103
 Drees, W. 233
 driedimensionale doelstelling
 17, 235
 drogisten 15
 dual onderwijs 14
 duale systeem 207
 dualiseren 217
 dualisering 217, 218
 Duitsland 71, 91, 93, 95, 105, 160,
 185, 201, 217, 233
 duivelbannen 41
 duivelsbezweringen 27
 Dunant, H. 119
 Dupin, Ch. 82
 Edinburgh 160
 Eeden, F. van 62
 eenheid van stand 17, 103, 108,
 232, 235
 eenheid van wetenschap 201
 eerste voorouders 19
 eerstegraads opleiding 151, 157

- EG-richtlijn 229
 Egypte 21, 27, 40
 Eibingen 28
 eigenschappen van hoofd en hart 113, 217
 Eindhoven 61, 154
 eindtermen 150, 153, 191, 222, 224, 231
 Elout, C.K. 87
 emancipatie en verpleging 84, 88
 emancipatie van vrouwen 59, 85
 emancipatieproces 87
 emancipatorisch perspectief 16
 Emmabloemcollecte 58
 emotionele aspecten 215
 empirisme 80
 Engeland 42, 63, 93, 96-99, 105, 155, 164, 185, 203
 enquêtemissie 105
 epidemieën 15, 35, 37, 44, 63, 67
 ergotherapie 151, 152, 157
 Erikson, E.H. 107
 Ermelo 129, 233
 Europese richtlijnen 17, 169, 228, 229
 Evangelie 90
 Evers, G.C.M. 150, 195
 Ewijk, D.J. van 201
 examinering (chirurgen) 66
 examinering (scheepsheelmeeesters) 66
 examinering (verplegenden) 142, 143
 examinering (verzorgenden) 146
 exorciserende geestelijken 41
 exorcisme 15
 experimenten 16, 82, 145, 148, 168, 192, 218, 222, 224, 225, 227, 232
 extramurale opleidingen 179
 extramurale zorg 232
 Fabiola 27
 fabrieksverpleegster 181
 Factory and Workshopsact 105
 Falie zusters 48
 farmacie 49, 69, 214
 federatie van verenigingen 233, 254
 feministische golf 83
 filantropische verenigingen 39
 filantropisme 16
 filantropisten 45
 financiële consequenties 16, 191, 194
 financiering 32, 67, 132, 152, 172, 206, 207
 Fliedner, Th. 91-94
 Florence (Italië) 28
 FNV 233
 forensische psychiatrie 42
 fragmentering 53, 139, 205, 206
 Frank, J.P. 44
 Frankrijk 62, 68, 185, 201, 203
 Frans-Duitse oorlog 120
 Franse klinici 38
 Franse Revolutie 43, 79
 Franse scholen 86
 Fry, E. 93, 95, 194
 functiedifferentiatie 209, 219, 220, 222, 223
 functiepiramide 190
 functieprofiel 145, 197
 functiestructuur 231
 functiewaardering 70, 209, 215, 219, 221, 222, 255
 functionele taakverdeling 215
 fusies 122, 214
 futurist 235
 futurologie 209
 fysiologie 15, 116, 141, 151, 152
 fysiotherapeut 151, 157
 fysiotherapie 151, 152, 157
 Galard, G. de 96
 Galenus, Claudius 15, 24
 Galilei, Galileo 22
 gasthuizen 15, 16, 27, 31-39, 45, 46, 55, 63, 66, 87, 88, 92
 gastverblijven 26
 gastvrije oorden 26
 gedefinieerd patiëntenprobleem 195
 Geel 60, 61, 129
 geestelijke gezondheidszorg 144, 145, 157, 158, 197, 219, 233, 255, 256
 geestesgestoorden 40, 42
 geesteszakken 129
 gekwalificeerde ziekenhuisverpleging 16
 gelijkheid 37, 79, 87, 189
 gelijkwaardigheid 80, 112, 114, 119, 204, 220, 232
 geloven en genezen 20
 Geneeskundige Inspectie 129, 147, 155, 255
 geneeskundige wetten 48, 65, 69, 88, 103, 166
 geneeskunst in oude beschavingen 19
 geneesmeesters 15
 geneesmiddelen 21, 57, 58, 64, 66, 116
 geweten 19, 41, 87, 99, 103
 gezinsbejaardenzorg 148
 gezondheidsvoorlichting en -opvoeding 152, 161
 Gezondheidswet 104
 gezondheidszorg in het leger 15, 64
 gezondheidszorg overzee 71, 73, 75
 Giessen 91
 gilden 32
 gildeopleidingen 81, 124, 205
 gildewezen 23, 81, 218
 GLIAGG 145, 255
 godsdienst 19, 20
 Godshuizen 31, 32, 35
 goedkoper bed 128, 193
 Göttingen 91
 Gouda 35, 38
 Gouden Eeuw 63
 Graamans, C.A.R. 157, 179
 Grauwe zusters 48
 's-Gravenhage 38, 93, 116, 117, 120, 124, 175
 Grieken 15, 21, 22, 24
 Griekenland 15, 21, 22
 Groen, J.J. 113
 Groene Kruis 122, 251
 Groessen 41
 Grondwet 23, 153, 253
 Groneman, J.C. 12, 177
 Groningen 12, 32, 38, 47, 48, 54, 62, 93, 162, 164, 165, 173, 197, 198, 212, 251, 252, 256
 Hamburg 91
 handarbeid 22, 23
 Handelsschool 141
 handwerk 22, 23, 52, 205, 233
 handwerker 22
 HBO-M(angement) 168
 HBO-V-opleiding 162
 health care assistants 173
 heekunde 15, 52, 120
 heekmeesters 15, 37, 64, 69
 Heije, J.P. 39, 45, 78, 92
 Heilige Geest Meesters 35
 Heilige Geesthuizen 32

- Heiloo 57
 heksen 38, 40, 41
 heksenprocessen 41
 heksenwaag 41
 heksenwaan 41
 Hellas 20, 21, 23, 27, 80
 Hellas en wetenschap 21
 Helledoorn 57
 Hellenistische wetenschap 24
 helpsters 60, 128, 130
 Henderson, V. 195
 Hengel, F.J. van den 45
 herberg 34
 herintreders 211
 Herodikos 23
 hiërarchie 128, 190
 Hildebrand 71
 Hildegardis 27
 Hippocrates 18, 22, 23, 25, 39
 historische boog 154
 historische keerpunten 37, 39
 Hoei 29
 hofmeesters 70
 Hofstede de Groot, P. 39
 hoger beroepsonderwijs 132, 155, 204, 255
 hoger onderwijs 59, 65, 94, 137, 138, 153, 157, 160, 162, 187, 201, 203, 204, 209, 234, 255
 Hoogeveen 154
 HOOP-nota 162, 202
 Hoorn 42
 horizontalisering van de organisatie 234
 Hospers-Jansen, A.M.A. 25
 hospikken 26
 hospitaal 26, 31, 32, 36, 49, 50, 64, 77, 91, 112, 116, 121
 hospitaalschepen 63
 hospitaalsoldaten 26, 67, 73
 hospitaalzusters 49
 Hôtel Dieu 27, 34
 Houck, A.J. 82
 huisarts 60, 128, 145, 232
 huisdiploma 43, 53, 125, 188
 huishoudscholen 88, 139
 hulpwetenschappen 158, 214
 Hulshoff, S.K. 54, 112, 113, 115, 116, 217
 humane zorgverlening 206
 humaniora 86
 Hygieia 25, 45
 hygiëne 31, 33, 34, 45, 48, 53, 54, 56, 57, 67, 69, 88, 91, 96, 97, 129, 141, 152, 181, 190, 253
 hygiënisme 16, 44
 hygiënisten 44, 45, 56, 57, 72
 Indië 64, 66, 68, 69, 72-77, 251, 254
 Indonesië 74, 77, 181
 industriële revolutie 80, 82
 industriescholen 84, 88
 Industrieschool 86
 Ineenschakelingscommissie 111, 137, 139, 255
 inenting 72
 infectieziekten 38, 40, 70, 80, 99, 141
 informele zorg 214
 inheemse artsen 73
 inservice-onderwijs 123, 188, 192, 204, 206, 207, 211, 218, 221, 224, 225
 insigne 134, 140
 instrumentele vaardigheden 215
 INTAS 155, 255
 intensive care 108, 215
 interdisciplinaire organisatie 213, 215
 intern wonen 189
 internaat 125, 175, 177
 International Council of Nurses 173, 196, 254, 255
 Internationale Ziekenhuiscongres 173
 internisten 52
 intramurale zorg 187
 intramurale zorgverlening 31
 Israël 15, 20, 21, 159, 212
 Jacobs, A.H. 87, 103
 Japan 233
 Job 20, 185
 Joden 21, 27
 Joung, M. 82
 kaderopleiding 188
 Kaiserswerth 39, 91, 93-95, 97
 Kanaän 21
 Kant, Immanuel 81, 108, 183
 Karel de Grote 26, 31
 Karolingische Renaissance 31
 Karthago 26
 Kellog Fellowship 159
 Kepler, Johannes 22
 kern van het beroep 213
 Ketelaar, Th. M. 138
 kindbescherming 130, 140
 kindergeneeskunde 16, 52, 54-56, 141, 151
 kinderopvang 184, 222
 kinderverpleging 54-56, 97, 116, 136, 140, 142, 178, 251
 Kinderwet-Van Houten 105
 kinderziekenhuis 47, 54, 56, 116
 klassensysteem 50
 klinische lessen 141
 klinische periode 174, 175
 klinische scholen 37, 64, 65, 81, 94, 166
 klinisch pastorale vorming 171
 knelpunten 17, 191, 192, 221, 225
 Koch, R. 53, 56, 117
 koelie-ordinantie 77
 koerswending van het overheidsbeleid 86, 108
 koloniehuzen 24
 Koninklijk Instituut van Wetenschappen 82
 Koninklijke Academie van Wetenschappen 46
 (Koninklijke) Besluiten 120, 155, 203, 243
 koppeling leerling-werknemer 208
 kort-MBO 217, 232
 kostscholen 86
 kraamverzorgster 181, 188
 kraamvrouwen 39
 krachtlijnen 16, 82, 94, 171, 189
 Kramers, M.G. 85, 87
 krankzinnigenwet 125, 149
 Kraus, J. 135
 Krimoorlog 95, 96, 98
 kruiden 19, 26, 33
 kruidkunde 15, 31
 kruisverenigingen 16, 106, 119, 121, 122, 181, 256
 kuuroorden 24
 Kuyper, A. 135, 137, 201, 251
 kwaliteiten 23, 113
 Laan, A.H. 117
 laatkomers 208
 lager beroepsonderwijs 144, 255
 Landelijk Centrum Verpleging en Verzorging 225, 227, 255
 Landelijke kruisverenigingen 122, 256
 landschirurgijn 63
 landsdoctor 63
 Latijn als academische voertaal 159
 Latijnse scholen 81, 86

- lazaretten 24, 26
 LCVV 17, 149, 213, 225, 226, 230, 232, 235, 255
 leerboeken 109, 112, 114, 116, 118, 143
 leergebieden 151
 leerlingstelsel 14, 89, 90, 111, 123-125, 128, 132, 139, 140, 143, 152, 153, 172, 173, 179, 187, 188, 190-193, 206, 207, 218, 251, 252
 leerlingwezen 17, 138, 139, 205
 leerplannen 128, 142
 Leeuwarden 38, 154
 Legrand, F.D. 105
 Leidschendam 154
 lekenorden 28
 Leraren Opleiding
 Verpleegkunde 153, 255
 Leusden 157, 161-163
 levensovertuiging 94
 levensverrichtingen 15, 149, 196
 levensverwachting 214
 lichaams- en geestescultuur 22
 lichaamssappen 23
 liefdadigheid 34, 44, 52, 90, 91, 97, 100
 liefdezusters 92
 lieve zusters 215
 Limburg 162, 164, 165, 192, 256
 Lister, J. 53
 Londen 91, 93, 164, 185
 loodjesboek 35
 loopbaanperspectief 133, 145, 168, 184, 205
 looplijnen 51, 182, 213
 Maastricht 32, 48, 61, 63, 86, 158, 161, 162, 165, 252, 256
 maatschappelijk werk 58, 60, 127, 138-140, 181, 219
 maatschappelijke correcties 105, 204
 maatschappelijke gezondheidszorg 140-142, 144, 152, 155, 255
 maatschappelijke krachten 87
 Maatschappij tot Nut van 't Algemeen 84
 magie 20, 40, 42
 magie en wetenschap 20
 magistra Trotula 28
 management 17, 164, 165, 188, 212, 222, 234
 managen 234
 mannendeel 33
 mannenmaatschappij 87
 mantelzorg 59, 122, 158, 233
 mantri 75-77
 mantri-verpleegkundige 76
 mantri-verpleegkunst 75
 Masselink, H. 61, 119
 master's degree 203
 Max Havelaar 72
 MDGO-Vp-opleiding 168
 medisch centrum 47, 49, 54, 72
 medisch-technisch vakmanschap 19
 medische ethiek 23
 medische evolutie 214
 medische ingrepen 214
 medische macht 13
 medische technologie 213, 235
 medische vakken 141
 medische vakscholen 64
 medische vindingen 13, 38
 Meerenberg 42, 114, 116, 125, 251
 Meerten, D.K. van 44, 82
 Meijer, G.H. 93, 114
 meisjesscholen 86
 melaatsheid 38, 44
 Melk, H.A. 58, 117
 Memlinc, Hans 49
 menskunde 107
 mentale component 206
 meritocratie 82, 83
 MHNO 155, 255
 miasma-leer 44
 middelbaar beroepsonderwijs 255
 middelbaar kader 16
 middelbaar onderwijs 16, 80, 83, 86, 90, 106, 125, 131, 135, 137-139, 154, 155, 175, 177, 187, 206, 209, 231, 256
 middenonderwijs 138
 middenstand 85, 88, 106
 militaire chirurgijns 64
 militaire patiënten 63
 militair-geneeskundige dienst 15, 64
 militair hospitaal 64
 militair-medische school 15, 64
 ministerieel plan 16, 168, 252
 minvermogenden 23, 53, 79, 94
 MMS 86, 90, 137, 141
 mobiliteit 87, 203
 modules 227
 Moederhuis 39, 94
 Mollenhauer, K. 54
 Möller, V. 93
 monniken 27, 31
 Morgagni, G.B. 38
 motivatie 148
 Mozes 21
 MUG-nota 162
 MUG-programma 162
 MULO 86, 141, 256
 Mulder, J. 30
 Multatuli 72
 multidisciplinaire organisatie 189
 Münster, F. 91
 Naber, J. 87
 nachtdienst 111
 NANDA 195, 196, 256
 nascholing 144, 157, 182, 194, 256
 nascholing en opleiding 157, 256
 natuurfilosofen 23
 natuurkundigen 15
 natuurlijke genezing 23
 natuurtalent 208
 natuurwetenschap 80
 Nederlands Economisch Instituut 256
 Nederlands-Indië 69, 74, 76, 77, 251
 NEI-onderzoek 148
 neorealisme 119
 New York 96, 158
 Nicea 26
 Nieuw-Guinea 72
 nieuwe cultuurperiode 43, 45
 Nightingale, F. 16, 91, 95-102, 175
 Nightingale School 96
 Nightingale system 101
 Nijverheidsonderwijswet 110
 niveaudifferentiatie 146, 157, 182
 Nolst Trenité, A.N. 109, 112, 115, 116
 Noordwijk-Binnen 129
 Nordheim, J. von 154, 161
 Nosokomos 109, 124, 139, 140, 186, 251, 254
 NRV 149, 168, 195-197, 220, 222, 228, 256
 nursing diagnosis 194, 196, 256
 O & W 194, 218, 234
 omgang met mensen 14, 102, 148, 165
 omgang met patiënten 213
 omgangskunst 107

- onbevoegde uitoefening van de geneeskunst 166
 ondernemende universiteit 160, 202
 onderwijs en arbeidsmarkt 218
 onderwijs en beroepsuitoefening 219
 onderwijshervormers 209
 onderwijzeressen 86
 ongeschiktheidsregeling 167
 Ontario 164
 oogheelkunde 178
 oorlogsinvaliden 64
 Oost-West-verhouding 71
 Oostindische Compagnie 66, 68
 opfrissingscursus 182
 opklimming 205, 209
 opleiding en vorming 16
 Oranje-Groene Kruis 122
 orden 90
 organisatie rondom het ziekbed 234
 organisatiegraad 109, 187, 221, 231, 233
 organisatie modellen 160
 organisaties 105, 124, 147, 157, 166, 172, 215, 219, 221, 222, 231, 254, 255
 organisatie wezen 225, 232
 orthopedagoog 144
 oude beschavingen 19
 Oudewater 41
 Ouwenaller, E.R. van 129
 overlegsituaties 213
 overscholing 83, 209
 Overzicht Praktische Opleiding 141, 256
 paramedici 113, 166, 198
 Parijs 31, 42, 56
 participeren leren 168, 226
 particuliere initiatieven 16, 90, 94, 135
 particuliere verpleeginrichtingen 40
 passagiersschepen 70
 Pasteur, L. 53
 paternalistische geest 107
 patiëntgerichte verpleging 183, 189, 220, 235
 patiënttoewijzing 219, 220
 patrimonium 33
 paviljoensysteem 50
 Peerbolte, L. 105
 Penn, J. 45, 121
 periodieke registratie 167
 personeelstekort 183, 184
 persoonsvorming 111, 171
 pest 28, 40, 66
 pesthuis 47
 Philips, T.I. 93
 Pinel, Ph. 42
 pioniers 38, 90, 93, 98, 103
 plan-Hijzen 191
 Plantenga, B.P.B. 56
 Plato 21, 22, 24
 plattelandsdokters 81
 Plymouth 50
 polikliniek 23, 47, 51, 54, 62, 181
 poliklinische behandeling 123, 193, 206, 228
 politiole acties 77
 postdoctoraatsopleidingen 159
 posthogere opleiding verplegingswetenschap 165
 Potgieter 72
 practical nurses 155, 159, 173
 praktijkbegeleider 148
 praktijkboekje 140
 praktijkopleiding 93, 148, 151, 156, 173, 192, 207
 preklinische periode 109, 112, 141, 174, 176, 178
 priester 19, 20, 33, 39, 129
 priesteressen 24
 priesterkaste 20
 primitieve mens 19, 118
 Pro6 194, 227
 procesmanagement 194, 227
 professional nurses 159
 professionalisering 11, 86, 119, 143, 145, 147, 164, 187, 196, 222, 223, 228, 235
 prove 33
 proveniers 33
 psychiatrie 16, 42, 52, 62, 114, 125, 129, 143-145, 151, 152, 157, 178, 180, 206
 psychiatrische verpleging 43, 127, 234, 256
 psychische begeleiding 215
 psychische belasting 215, 221, 223
 psycho-geriatrische verpleging 158
 psychogeriatric 152
 psychologische situatie 195
 Putten 25, 57
 Pythagoras 21
 Querido, A. 33, 114, 115, 133, 172
 Raad van Europa 140, 205
 Raad voor de Volksgezondheid 105, 146, 149, 155, 161, 184, 192, 195, 223, 228, 256
 Raad-BIG 17, 169, 192, 195, 210, 228, 229
 rampen 37, 120, 251
 rapport-Koopman 173
 rapport-Rauwenhoff 217, 219
 rapport-Van der Donk 219
 rapport-Werner 156, 168, 191, 219, 221, 222, 224, 225, 229
 reality shock 226
 Reformatie 33, 34, 43
 regionale experimenten 168, 192, 218, 222, 227, 232
 regionale scholen 179, 188, 192, 252
 regionalisatie 145
 register 16, 166-169, 227-229, 231
 registratie 17, 104, 136, 146, 166, 167, 195, 223, 229, 252
 Reijnvaan, J.P. 106, 126
 Reinier van Arkelstichting 40
 reizen op ambacht 205
 relatie verplegingswetenschap-verpleegkundigen 212
 religieuzen 33, 34, 36, 48, 52, 88, 131
 renaissance 20, 31
 Renthergem, A.W. van 62
 reorganisatie 17, 47, 73, 124, 155, 174, 194, 207, 217, 222, 227
 researchconferenties 159
 revalidatie 62, 122, 141, 157, 164, 214
 RIAGG 145, 256
 rijping 208
 RINO 119, 144, 157, 256
 risicovolle handelingen 167
 Rockefeller Foundation 159
 Rode Kruis 119-121, 124, 251
 Rome 15, 20, 24, 27, 31, 171
 Romeinse rijk 24
 Romme, C.P.M. 132
 Rose, W.N. 46, 47
 Rotterdam 38, 46, 47, 50, 54, 93, 118, 150, 154, 192
 Rousseau, J.J. 55
 ruilhandel 85
 salaris 90, 110, 127, 148, 183, 206, 234

- Salerno 15, 28
 Salomo 21
 samenwerking 53, 58, 61, 64, 98,
 101, 106, 120, 129, 132, 140, 146,
 162, 164, 165, 178, 179, 194, 195-
 197, 202, 203, 206, 213, 218,
 224-226, 235
 sanatorium 56, 57, 116
 Sanders, A.A.M. 160, 174, 208
 Santiago 135
 Santpoort 42, 125, 251
 Sara Burgerhart 84
 Sarphati, S. 45
 scheepsheelmeeesters 66, 69
 scheerder 69
 Scheltema, G. 54, 55
 Schermers, D. 116
 Scheurer, J.G. 138, 233
 Schiedam 54
 Schroeder van der Kolk, J.L.C.
 43
 Scutari 95, 96
 segmentering 205, 209
 Semmelweis, Ignaz Philipp 53,
 72, 96, 114
 Siebers, L. 171
 Sieveking, A. 91
 slaven 21, 24, 25, 67
 slavenhandel 68
 slavenmarkt 67
 slavernij 37, 71
 snoezelen 149
 Snow, C.P. 201
 sociaal-pedagogisch onderwijs
 140, 155, 179, 256
 sociaal-psychologisch geschoold
 215
 sociale factoren 215
 sociale gezondheidkunde 158,
 161
 sociale ladder 84
 sociale misstanden 137
 sociale mobiliteit 87
 sociale psychiatrie 144
 sociale stijging 44, 76, 83, 208
 socialiserende instanties 210
 Socrates 22
 soldatengasthuis 63
 Solferrino 119
 Soranus 27
 soevereiniteitsoverdracht 77
 SOVOV 147
 Sparta 21
 specialismen 53, 141
 specialisten 52, 53, 151, 167, 190,
 215, 223, 255
 specialistisch verpleegkundige 234
 specialistische afdelingen 180, 214
 specifieke ziekten 99
 Speekenbrink, J.C.M.H. 12, 162
 Speyer, H. 110
 St. Ewout Gasthuis 36
 St. Jansgasthuis 33
 St. Thomas Hospital 95, 96
 staatscommissies 80, 94, 201
 staatsdiploma 70
 staatsexamen voor artsen 103
 staatssecretaris Kruisinga 154
 staatszorg 132, 135
 stafopleidingen 113, 175, 207, 234,
 251
 stage-ziekenhuis 199
 stages 12, 15, 152, 176, 180, 191, 197,
 218, 224, 226
 stageverslagen 108, 198
 standen 54, 71, 79, 97, 138
 standenstaat 79
 startkwalificatie 217
 statisch beroepenpatroon 82
 statistiek 82, 97, 101, 142, 165, 185,
 189, 255
 status 77, 82, 88, 89, 106, 110, 114,
 138, 172, 196, 203, 205, 209, 213,
 214, 218, 224, 225, 234
 STC-operatie 51, 213
 Stevin, Simon 63
 St. Dimpna 61
 Storm-Van der Chijs, A.M. 85
 STOVIA 73, 75
 studiebeurs 207, 224
 Stumpf, J.E. 116, 117
 Swildens, J.H. 79, 235
 Talmoed 21
 teamleidster 189, 234
 Teding van Berkhout, A.J.M.
 106
 tempeldienst 19, 20
 terminologie 146, 154
 theoretische vakken 141
 theoretisering van het onderwijs
 209
 theorie-praxis 17, 232, 233
 Thorbecke, J.R. 37, 38, 80, 89, 104
 thuisverpleging 27, 36, 55, 92, 94,
 105, 114, 121, 123, 131, 145
 thuiszorg 60, 61, 121, 123, 151, 232,
 252, 255
 Tilanus, C.B. 94
 Tinbergen, J. 211
 titel 12, 24, 73, 77, 139, 142, 146,
 154, 168, 203, 204, 223, 227-
 229, 232
 titelbescherming 103, 139, 140,
 142, 146, 149, 154, 166, 167, 227
 titulatuur 17, 167, 200, 203, 228
 toegepaste wetenschapsbeoefe-
 ning 159, 160, 201, 251
 toelatingseisen 105, 124
 toverij 40-42
 traumacentra 214
 Trotula 28
 tuberculosebestrijding 57, 58
 tuberkelbacil 56, 58
 tuchtraad 139
 tuchtrecht 167, 211, 231, 252
 tutoyeren 111, 189
 tweede afdelingen 81, 86, 94
 tweedekansonderwijs 147
 Twente 49
 Uithof 48
 uitwoning 234
 UIO 141, 177
 uniformering van de
 opleidingen 16
 universiteit 12, 15, 28, 32, 41, 48,
 56, 64, 65, 73, 81, 107, 132, 135,
 150, 158-162, 164, 177, 188, 198,
 201-204, 227, 255, 256
 utiliteitswerken 103
 Utrecht 12, 28, 32, 38, 40, 48, 54,
 62, 64, 92, 93, 116, 119, 121,
 124, 161-165, 225, 226, 252, 256
 vakonderwijs 81, 135, 137, 138,
 186, 251
 valetudinarium 26
 Vallick, J. 41, 42
 Veder-Smit, E. 225
 Verburg, N. 177
 verdringing 208
 verdringingsverschijnsel 183
 Verenigde Staten 158-160
 verenigingen 32, 39, 57, 58, 75,
 105, 119, 120, 122, 129, 192,
 232, 233, 254
 verenigingsleven 11, 52, 88, 99,
 172, 187, 197
 vergrijzing 121, 123
 verhouding arts-verplegende 114
 verhouding geneeskunst-
 verpleegkunst 234
 verhouding theorie-praktijk 21
 verhouding verplegingsweten-

- schap-HBO 201
 verhouding verplegingswetenschap-verpleegkunst-medische praktijk 212
 verlenging van de looplijnen 182, 213
 Verlichters 44
 Verlichting 43, 44, 47, 53, 79, 81, 84
 Verlichtingsideeën 15
 verloskunde 15, 27
 verloskunst 27
 Vernède, C.H. 118, 130
 vernieuwingsoffensief 217
 vernieuwingspogingen 17
 vernieuwingsstreven 16, 105
 verpleegduur 182, 213, 228
 verpleegfuncties 209, 228
 verpleeghuis 51, 59, 60, 127, 147, 148, 164, 199
 verpleeghulp 148
 verpleegkundig handelen 196, 253
 verpleegkundige diagnoses 164, 165, 195, 235
 verpleegkundige verslaglegging 196
 verpleegplan 194
 verpleegstages 16, 197
 Verpleegstersschool AZVU 170, 177, 252
 verpleegsystemen 219, 220
 verplegen als beroep 87, 89
 verplegingswetenschap 12, 15, 16, 23, 158-165, 201, 206, 210, 212, 222, 224, 252, 256
 vervolgopleiding 123
 verzorgenden 148
 verzorgings- of ziekenstad 26
 Vestaalse maagden 24
 VHBO 155
 vier elementen 23
 vierluik 89
 visuele bijbel 33
 vleugelziekenhuis 51
 vocational drift 204
 Vogel, W.Th. 73, 75
 voltijds dagonderwijs 139, 252
 Vondel, J. van den 34
 voor- en nazorgdienst 144
 voorbehouden handelingen 166, 167, 227, 231
 voorbereidend beroepsonderwijs 144, 256
 Voorburg 175, 182
 Voorhelm Schneevooft, G.E. 94
 Voorlopige Verplegingsraad 128, 143, 176, 177, 252
 vooropleidingseisen 141, 142, 169
 voortgezette opleiding 256
 Vorrsselman de Heer, P.O.C. 82
 vrije kunsten 22
 vroedmeesters 15, 27
 vroedvrouwen 15, 27, 37, 73, 125, 138
 Vronestein 175, 177, 179, 180, 251
 vrouwelijke beroepen 81, 86
 vrouwenbeweging 87
 vrouwendceel 33
 vrouwenemancipatie 45, 108
 vrouwenkiesrecht 87
 vrouwenrol in zorgen en verplegen 27
 vrouwenvereniging 39
 VS 155, 159, 185, 203, 204, 217
 wegwijzers naar reorganisatie 17
 Wereldgezondheidsorganisatie 173
 werkdag 110, 127, 186, 251
 werkdruk 111, 127, 147, 182-185, 213, 214, 222
 werkend leren 168, 191, 218, 226
 werkgroep-Koopman 219
 werklust 213, 222
 werktijden 182
 wervingsacties 180
 Westerse beschaving 15, 20
 West-Indië 72
 Westindische Compagnie 66-68
 wet op de besmettelijke ziekten 88, 104, 105, 121
 wet op het middelbaar onderwijs 16, 83, 86, 90, 106, 125, 137, 154, 256
 wet op het nijverheidsonderwijs 137, 139, 256
 wet op het voortgezet onderwijs 132, 139, 143, 154, 256
 wetenschap 13-15, 19-22, 24, 34, 48, 81, 88, 97, 99, 101, 107, 119, 130, 136, 158, 160, 165, 178, 201, 202, 210, 212
 wetgeving 43, 53, 69, 87, 89, 90, 99, 105, 107, 109, 127, 129, 130, 136, 137, 150, 151, 158, 166, 171, 172, 231, 253
 wetsontwerp-De Visser 186
 wetten 16, 20, 31, 40, 48, 65, 69, 88, 103, 104, 108, 137, 153, 166, 195, 206, 243
 Wier, J. 25, 41, 42
 wijldlopgheid van de plattegronden 213
 Wijk bij Duurstede 36
 wijkverpleegster 61, 93, 122, 181
 wijkverpleging 58, 91, 92, 121, 122, 131, 136, 140, 146, 251
 wijkzikenverzorging 146
 Wilhelmina Gasthuis 47, 106, 114, 172
 Willem Arntsz Hoeve 56
 Willem I 62, 201
 Wit-Gele Kruis 122
 Witte Kruis 121, 122, 124, 140, 251, 254
 Wolff, B. 84
 Wolff en Deken 84
 wonderdokters 76
 Woudschoten 161
 WVC 154, 191, 194, 207, 223, 228, 231, 234, 256
 xenodochia 26
 Z-opleiding 130, 149, 252
 zaalknechten 35, 37, 186
 zaalmeiden 35, 37, 96, 100, 186
 Zaandam 54
 zakgeld 90, 92, 94
 zalfmaker 26
 Zeist 56, 116
 zendingszusters 75, 76
 zenuwzieken 116, 143
 ziekenboeg 69
 ziekenoppasser aan boord 69
 ziekenpost 66
 ziekten aan boord 66
 zorgplan 194
 zorgverlening 31, 52, 59, 60, 67, 107, 158, 165, 184, 187, 206, 219, 228
 zorgvraag 196
 zorgvragende 12, 17
 zotel 49
 zucht naar standsverheffing 44, 82
 zusterklooster 49
 zusters 28, 29, 33, 48, 91, 92, 94, 186, 215, 234, 251
 Zusters der Barmhartigheid 91
 Zusters Onder de Bogen 92
 zwakzinnigen 28, 60, 61, 129, 130, 149, 150, 232, 252
 zwakzinnigenzorg 61, 129, 155, 189, 233, 256
 Zwarte Kruis 143

Het thema van dit boek is drieërlei: verpleging van zieken, inclusief thuiszorg, gezinszorg en mantelzorg; de opleiding tot de kunde en de kunst van de verpleging; en de verhouding tussen de verpleegkunst en de geneeskunst. De geschiedenis hiervan gaat terug tot de oudheid. In Nederland werd met de theoretische en praktische opleiding van verplegenden anderhalve eeuw geleden begonnen. Tevens is gezien, hoe het vraagstuk van de verpleging in het leger, op zee en overzee zijn uitwerking vond.

De theorie en de praktijk van de verpleging veranderden naarmate de geneeskunst kon steunen op meer inzicht inzake de oorzaken van ziekten. Dat proces was van invloed op de plaats van de verplegenden in het geheel van de beroepen. Specialisatie van de geneeskunst leidde tot een omvangrijk netwerk van verplegingsopleidingen. Reorganisatie hiervan kwam herhaaldelijk voór. Desondanks groeide bij een een tot actie bereide kern van de kwart miljoen verplegenden en verzorgenden een sfeer van onbehagen over gebrek aan voldoende materiële en immateriële erkenning. Daaruit kwamen onlangs demonstraties en manifestaties voort die de publieke en politieke aandacht mobiliseerden. Mede onder invloed van Europese richtlijnen liggen thans een drastische herwaardering en vernieuwing van de opleiding in het nabije verschiep. Deze hebben naast kwaliteitsverhoging tot inzet: bevordering zowel van een nieuw bewustzijn als van imagoverbetering van de betrokkenen. Naar het zich laat aanzien zal van de historisch gegroeide opleidingsstructuur weinig overblijven.

In dat kader pas samenbundeling van krachten en stelselmatige bezinning op de structuur van het organisatiewezen en de organisatiegraad van deze beroepsgroep. Het onlangs opgerichte Landelijk Centrum Verpleging en Verzorging (LCVV) wil daaraan dienstbaar zijn. Het Centrum – bedoeld als thuishaven van de gehele beroepsgroep – heeft mede tot taak, de positie van de verplegenden en verzorgenden te verbeteren, alsmede hun deskundigheid en zienswijzen duidelijker dan voorheen te laten doorklinken in het beleid en het management van relevante instellingen.