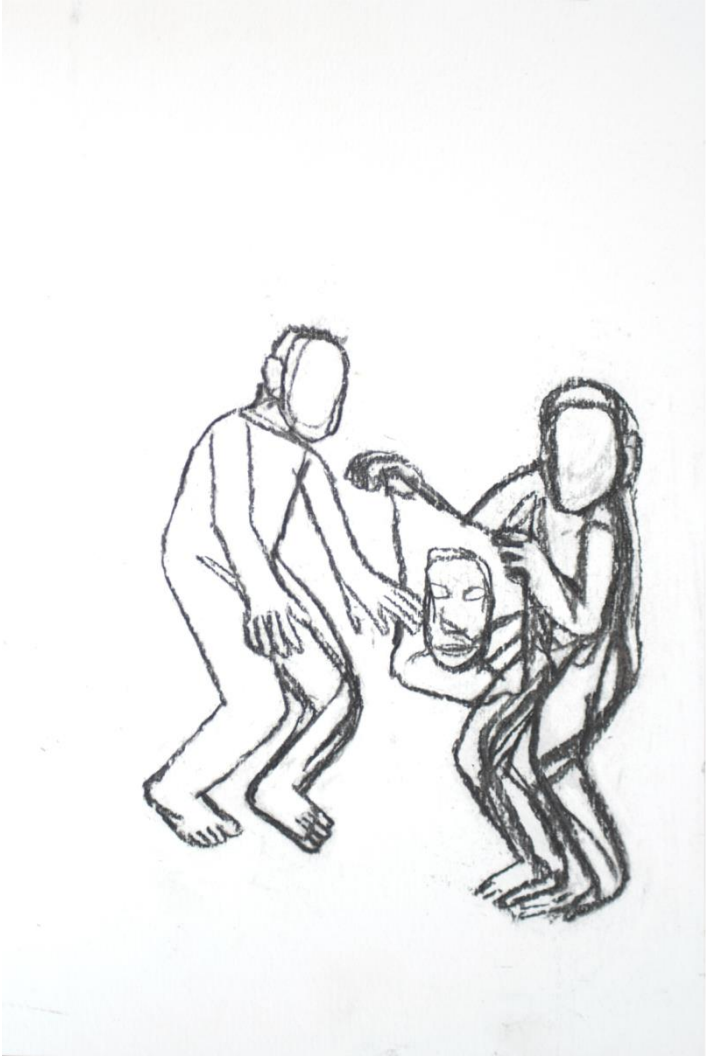
Op zoek naar de ‘totale mens’

Taak, verantwoordelijkheid en identiteit van de verpleegkunde in Nederland 1955-1988



Koos Duivesteijn-Ockeloen

Voor George

Op zoek naar de ‘totale mens’
Taak, verantwoordelijkheid en identiteit van de verpleegkunde
1955-1988

Proefschrift

ter verkrijging van de graad van doctor
aan de Open Universiteit
op gezag van de rector magnificus
prof. mr. A. Oskamp
ten overstaan van een door het
College van promoties ingestelde commissie
in het openbaar te verdedigen

op vrijdag 12 februari 2016 te Heerlen
om 16.00 uur precies

door

Jacobus Duivesteijn
geboren op 13 december 1952 te Bleiswijk

Promotor
Prof. dr. W.J.H. Furnée, Open Universiteit/Radboud Universiteit

Co-promotor
Dr. G. Blok, Universiteit van Amsterdam

Overige leden beoordelingscommissie
Prof. dr. F.G. Huisman, Universiteit Maastricht
Prof. dr. J.C. Kennedy, Universiteit Utrecht
Prof. dr. M.J. Schuurmans, Universiteit Utrecht
Prof. dr. L.H.M. Wessels, Open Universiteit

Op zoek naar de ‘totale mens’

Taak, verantwoordelijkheid en identiteit van de verpleegkunde in Nederland 1955-1988

Koos Duivesteijn-Ockeloen

Rotterdam 2016
NUR 680
ISBN/EAN 978-90-9029488-9
Omslag ‘De Doek’ | Christina de Vos (tekening) | Antoon Duivesteijn (foto)

Inhoud

Voorwoord **1**

Inleiding **3**

Hoofdvraag en deelvragen 6

Historiografie van de verpleegkunde in (naoorlogs) Nederland 7

De jaren zestig en zeventig: maatschappelijke tendensen en protestbewegingen 16

De internationale context: de Verenigde Staten, het Verenigd Koninkrijk en de International Council of Nurses 20

Bronnen en opzet van deze studie 24

1. De A-verpleegkunde in de fuik van de geneeskunde **27**

Misstanden in de verpleging: een spraakmakend debat (1957-1958) 28

Intern wonen: een toenemende behoefte aan privacy 32

Het verpleegsterstekort (1955-1962) 33

Nieuwe plannen voor opleiding en vooropleiding (1955-1961) 36

Nieuwe wettelijke kaders in de jaren zestig 41

Emancipatie van de verpleger in de A-verpleging 43

Afbakening van taken en verantwoordelijkheden: een zoektocht 48

Internationale inspiratiebronnen en regelgevende kaders: de VS en Europa 57

‘Niet praten, maar doen’ of ‘eerst praten, dan doen’? 59

De herinrichting van de A-opleiding (1973-1979) 61

Verpleegkunde als professie 65

Van verpleegsterstekort naar overschot 68

De laatste wettelijke aanpassing in 1986 71

Technische vaardigheden, het eten/de maaltijd en het sterven/de dood in lesboeken 72

Nabeschouwing 79

2. B-verpleegkundige: (socio)therapeut of psychiatrisch verpleegkundige **83**

De herziening van de B-opleiding (1957-1960) 84

Wolfheze: kraamkamer van de sociotherapie 88

De eigen inbreng van verpleegkundigen (1965-1969) 90

De mannelijke verpleger in de B-verpleging 94

De inbreng van psychiaters (1966-1972) 96

De herziening van de B-opleiding (1965-1970) 103

De opkomst van de antipsychiatrie 106
Aktiegroep Willem (1970) 108
De wettelijke herziening van de B-opleiding (1970-1975) 113
De B-verpleging in de jaren zeventig: verwarring, conflict en territoriumstrijd 116
In goede handen: een zoektocht (1969-1980) 126
Nieuwe wettelijke kaders (1978-1986) 129
Het eten/de maaltijd in sociotherapeutisch kader in lesboeken 133
Nabeschouwing 135

3. Zwakzinnigenzorg: geen achterlijke verpleegkunde 137
Zwakzinnig, verstandelijk gehandicapt/beperkt of mensen met mogelijkheden? 138
Pedagogiek en psychologie in de Z-verpleegkunde 139
De Dennendal-affaire (1971-1974) 143
'Alles is zo vaag en onbegrijpbaar'. De eigen wijze van opleiden in Dennendal 147
De wettelijke Z-opleiding: een zoektocht (1963-1977) 152
Pedagogisch verpleegkundige of verpleegkundig pedagogisch medewerker? 156
Het eten/de maaltijd en het sterven/de dood in lesboeken 161
Nabeschouwing 163

4. Ziekenverzorging: van ondergeschoven kindje tot volwassen beroepsgroep 165
De twee oorsprongen van de ZV-opleiding 166
Spanningen tussen ziekenverzorgenden en verpleegkundigen 170
Twee zoektochten in opdracht van het Ministerie van Volksgezondheid (1974-1979) 173
Ziekenverzorgenden terug naar de basiszorg 176
De invloed van de ziekenverzorging op de verpleegkunde 178
Nieuwe wettelijke kaders (1981-1986) 184
Het eten/de maaltijd, het sterven/de dood, technische vaardigheden in lesboeken 186
Nabeschouwing 191

5. De MBO-verpleegkunde: een buiten de traditie ontstane opleiding 193
Het waarom van een MBO-V 194
De eerste experimenten vanaf 1972 199
Worsteling in de praktijk 205
Gevecht om een vierjarige MBO-V 208
Ondergang van de MBO-V 211
Nabeschouwing 213

6. HBO-verpleegkunde: einde van de identiteitscrisis 217
Grondvesting van de HBO-V 219
De eerste ambitieuze jaren vanaf 1972 225
HBO-V: leidster in de zoektocht 230
Strijd van HBO-V'ers in de praktijk 232
Eerste Nederlandse lesboeken verpleegkunde voor de HBO-V vanaf 1983 233
De bestendiging van de identiteit van de verpleegkunde 236
Nabeschouwing 240

Slotbeschouwing 243
Stille revolutie 244
Revolutie? 251
Revolutie! 253

Geraadpleegde bronnen en secundaire literatuur 259
Bronnen 259
Secundaire literatuur 279

Register van personen die in de hoofdtekst worden genoemd 287

Samenvatting 295

Summary 303

Curriculum vitae 311

Bijlagen in aparte uitgave

Voorwoord

Voor je het weet ben je zelf geschiedenis. Dat gevoel kreeg ik toen ik voor dit onderzoek de lesboeken in handen kreeg die ik in de jaren zeventig gebruikte tijdens de inservice-opleiding tot ziekenverzorger en in de jaren tachtig de lesboeken voor de inservice-opleiding tot A-verpleegkundige. In februari 1971 ging ik als achttienjarige de verzorging/verpleging in. Het waren toen bewogen jaren en dit boek laat zien dat die meer bewogen waren dan ik destijds ervoer. Natuurlijk las ik in de eerste helft van de jaren zeventig over de ontruiming van Dennendal en kende ik de strekking van de 'antipsychiatrie', maar mijn blikveld was toen toch vooral gericht op de somatische velden waarin ik werkte onder strenge hoofdzusters waar ik bang voor was, onder artsen die ik ver boven mij verheven vond staan, en waar ik te maken kreeg met slapeloze dagen vanwege de grote verantwoordelijkheid in de nachtdienst. Het onderzoeksresultaat dat in dit boek is beschreven, laat dus meer zien dan één veld in de verpleegkunde. Rekening houdend met de onderzoeksvraag krijgt de ziekenverpleging/verpleegkunde en de ziekenverzorging tussen 1955 en 1988 over de hele breedte de volle aandacht.

Het schrijven van dit proefschrift geschiedde weliswaar veelal in afzondering, maar niet in verlatenheid. In het bijzonder ben ik mijn promotor prof. dr. Jan Hein Furnée en copromotor dr. Gemma Blok zeer dankbaar voor hun grote betrokkenheid en inzicht, voor hun suggesties op het gebied van secundaire literatuur, voor hun heldere interpretaties én voor het behoeden van misinterpretaties, en voor de tijd die ze namen voor de vele redactionele aanwijzingen. Dank gaat uit naar drs. Nannie Wiegman, directeur van het Florence Nightingale Instituut. Altijd werd ik door haar gastvrij ontvangen en kon ik binnen de muren van dit instituut me vrij bewegen en rustig werken in de bibliotheek die een goudmijn is voor verpleegkundig historisch onderzoek. Voorts wil ik Jacomina van Andel en drs. Jeannette Schravesande bedanken voor het lezen van delen van de tekst en hun aanwijzingen. De mensen die op de een of andere manier hebben bijgedragen aan dit proefschrift noem ik in voetnoten bij de hoofdtekst. Grote steun ondervond ik van mijn collega-docenten Yvonne Kuiper en Henk de Jong. Mijn vriend Gerrit Baarens toonde altijd belangstelling en steevast moedigde hij me – op zijn eigen wijze – aan om geduld te hebben.

Dit boek draag ik op aan mijn echtgenoot George Ockeloen. Hij gaf mij alle ruimte, rust, tijd en liefde om dit onderzoek mogelijk te maken.

Koos Duivesteijn-Ockeloen

Inleiding

> Al is men er ook nu nog druk mee bezig. Men zoekt naar een eigen identiteit. [1973][1]

> Heeft de verpleegkundige eigenlijk wel een identiteit? (…) De veranderingen binnen de psychiatrie, de komst van psychologen en agogen, die soms de plaats van de verpleegkundige lijken in te nemen, hebben de onzekerheid vergroot (…) De huidige situatie wijst op een identiteitscrisis, een crisis waar de verpleegkundige *zelf* uit moet komen, zodat men te midden van de vele andere disciplines kan spreken van een eigen, volwassen professie. [1980][2]

Roland Janssen, leerling in de algemene verpleegkunde, stelde in 1973 in het *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* vast dat zijn opleiders hem eigenlijk niet goed konden uitleggen waar zij hem nu precies voor opleidden: zij waren immers nog 'druk bezig' een 'eigen identiteit' te zoeken voor het beroep. Enkele jaren later konden leerlingen in de psychiatrische verpleegkunde in de bekende lesboekenserie *In goede handen* lezen dat hun vak zich zelfs in een heuse 'identiteitscrisis' bevond en nog niet de status van 'volwassen professie' had bereikt. Het was niet bepaald een opwekkende boodschap aan jonge, idealistische mensen, die klaar stonden om hun werkende leven te wijden aan de zorg voor de medemens.

Vanaf het midden van de jaren vijftig stond in Nederland de taak, verantwoordelijkheid en identiteit van de verpleegkunde in toenemende mate ter discussie. Aanvankelijk vond deze discussie plaats vanuit een relatief optimistisch streven om het verpleegkundig beroep aantrekkelijker te maken, op te waarderen en aan te passen aan de moderne tijd. Maar vanaf de jaren zestig werd het debat allengs meer beladen door sterke gevoelens van twijfel, onzekerheid en openlijke conflicten in welke richting het beroep – en de opleiding tot dat beroep – zich zou moeten ontwikkelen. Begin jaren zeventig werd hier en daar zelfs openlijk gesproken dat het beroep zich in een 'identiteitscrisis' bevond.[3] Deze twijfel, conflicten en gevoelens van identiteitscrisis beheersten de werkvloer in alle vier de velden waar jonge verplegenden als werknemers in zorginstellingen ('inservice') werden opgeleid: de algemene A-verpleegkunde, de psychiatrische B-verpleegkunde, de Z-verpleegkunde voor zorgvragers met een verstandelijke beperking, en de ziekenverzorging (ZV), die zich ontwikkelde voor met name de zorg voor ouderen en chronisch zieken. Er werd een identiteitscrisis ervaren omdat nieuwe beroepsbeoefenaren in theorie en praktijk de verpleegkundigen voorbij streefden. De opleidingen konden de ontwikkelingen in de gezondheidszorg niet bij houden. In een poging de identiteitscrisis op te lossen en het beroep een nieuw toekomstperspectief te bieden, stimuleerde de Nederlandse overheid de totstandkoming van nieuwe verpleegkundige opleidingen in het dagonderwijs. Binnen het dagonderwijs waren leerlingen niet langer werknemers. Zij konden dan als stagiaires in de

---

[1] Roland Jans[s]en, 'Wat verwacht de leerling van de opleiding?', *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 26 (1973) 791-794, aldaar 792. Roland Janssen zou later een studie 'richting opleiding' gaan volgen aan een Hogeschool, aldus zijn scriptie: Roland Janssen en Sjef den Uyl, *In-service opleiding door? Leve de MBO-V?* (Nijmegen 1975) Voorwoord.

[2] F.H.L. Westerveld-Post, 'De psychiatrisch verpleegkundige', in: E. Verschoor, coördinatrice, *Psychiatrie 1*. Serie: In goede handen (Leiden 1980) 18-27, aldaar 19. Westerveld-Post was voormalig hoofd B-opleiding Academisch Ziekenhuis te Utrecht.

[3] Zie behalve genoemd citaat van Westerveld-Post ook bijvoorbeeld: A.J.H. Thiadens en M.J. Smulders-Aghina, *De verpleegkundige die ons toe-komt.* Werkgroep 2000, Project 'Ziekenhuis, menselijk en modern' i.s.m. Katholieke Unie van Verpleegkundigen en Verzorgenden (Deventer 1971) 7. Will Robroek, 'Wat verwacht ik – als opleidingsfunctionaris/theoriedocent – van de verpleegkundige?', *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 26 (1973) 795-798, aldaar 795.

verpleegkunde wegwijs worden gemaakt. In 1972 startten binnen het middelbaar beroepsonderwijs en hoger beroepsonderwijs respectievelijk de opleidingen tot MBO-verpleegkundige (MBO-V) en HBO-verpleegkundige (HBO-V). Voor de MBO-V ging dat niet zonder slag of stoot. Deze opleiding sneuvelde al na een decennium. De HBO-V startte onder gunstiger voorwaarden en kon zich ontplooien tot een opleiding die – zoals in deze studie zal worden betoogd – de verpleegkunde uiteindelijk een eigen identiteit zou bezorgen waarmee verpleegkundigen een eigen, meer zelfstandige taak en verantwoordelijkheid in de zorgsector konden verwerven.

De oorzaken van de identiteitscrisis die de Nederlandse verpleegkunde enkele decennia lang in haar greep hield waren veelzijdig, complex en op elkaar van invloed. Een van de belangrijkste 'interne' oorzaken was dat verpleegkundigen vanaf de jaren vijftig in hun dagelijks werk steeds vaker praktische en sociale problemen begonnen te ervaren met hun verhouding tot enerzijds de machtige artsen en anderzijds de vele nieuwe beroepsbeoefenaren die in de zorgsector een steeds prominentere positie kregen. Artsen namen in de hiërarchisch georganiseerde ziekenhuizen traditioneel een machtige positie in, maar in de jaren vijftig begon de band tussen artsen en verpleegkundigen steeds meer te knellen. Verpleegkundigen begonnen te klagen over het 'kastesysteem', waarbij zij slechts beschouwd en behandeld werden als hulpjes van de artsen, terwijl zij in hun eigen beleving vanouds wel degelijk een eigen taak en verantwoordelijkheid zouden hebben in de patiëntenzorg. De technologische ontwikkeling en de voortschrijdende medicalisering en specialisering in de medische zorg had de ondergeschiktheid van de verpleegkundige aan de arts bijna ongemerkt versterkt. Dat werd nog eens in 1952 juridisch bevestigd door een uitspraak van de Hoge Raad. Verpleegkundigen die een door de arts opgedragen geneeskundige handeling uitoefenden, deden dat als 'verlengde arm' en niet als zelfstandig beoefenaar van de geneeskunde.[4] De uitspraak van de Hoge Raad maakte verpleegkundigen bij medische fouten weliswaar minder kwetsbaar voor juridische aansprakelijkheid, maar maakte hun afhankelijke en ondergeschikte rol aan de arts wel explicieter. Bovendien rees de vraag of er bij deze verlengde arm-constructie nog wel sprake kon zijn van verpleegkunde.

Terwijl verpleegkundigen door de voortschrijdende medische technologie steeds meer medische taken gingen uitoefenen – in de medische hiërarchie aan de 'bovenkant' van hun beroep – werden zij tegelijkertijd geconfronteerd met het feit dat nieuwe beroepsbeoefenaren, zoals diëtisten, fysiotherapeuten, maatschappelijk werkers en later ook sociotherapeuten en psychologen aan de 'zijkanten' van hun beroep taken overnamen die traditioneel tot de verpleegkunde hadden behoord. Verpleegkundigen voelden zich in toenemende mate voorbijgestreefd, niet alleen in de praktijk maar ook in de theorie, omdat de nieuwe beroepsgroepen een veel duidelijker idee over hun taak en beroep leken te hebben dan de verpleegkundigen zelf. De ervaring van een identiteitscrisis werd ten slotte nog eens versterkt doordat aan de 'onderkant' van het beroep basistaken werden overgenomen door en afgestoten aan de zogenaamde 'ziekenverzorgenden'. Deze nieuwe beroepsgroep was in 1963/1965 in het leven geroepen om het enorme verpleegsterstekort op te vangen waarmee instellingen sinds de jaren vijftig in toenemende mate werden geconfronteerd en dat het dagelijks werk van verpleegkundigen had verzwaard. Het was de bedoeling dat ziekenverzorgenden enkele verpleegkundige basistaken als hulp bij het eten, het wassen en de toiletgang zouden overnemen, zodat verpleegkundigen hun handen vrij zouden krijgen voor complexere en interessantere taken. Maar doordat in de praktijk grenzen vervaagden tussen de beroepsgroepen, ontstonden lastige verschillen in opvattingen over taken en verantwoordelijkheden. Vergelijkbare spanningen ontstonden vanaf begin jaren zeventig ten slotte ook tussen de smal opgeleide inservice-verpleegkundige ('doeverpleegkundige') en in

[4] Centrale Raad voor de Volksgezondheid, *Advies inzake de verantwoordelijkheid en de aansprakelijkheid van verpleegkundigen en leerling-verpleegkundigen in de intramurale gezondheidszorg* ('s-Gravenhage 1972) 8-10.

het dagonderwijs breed opgeleide verpleegkundige ('denkverpleegkundige'). De eerste was tijdens de opleiding naast leerling vooral werknemer, handig in praktische vaardigheden en gewend geraakt om verantwoordelijkheid te dragen op een afdeling. De tweede was tijdens de opleiding alleen leerling/student, niet productief en eenmaal gediplomeerd veelal nog een lange periode onhandig in verpleegkundige vaardigheden en niet in staat om bijvoorbeeld verantwoordelijkheid voor een (deel van de) afdeling op zich te nemen als gediplomeerde.

Terwijl verpleegkundigen op de werkvloer van ziekenhuizen en psychiatrische instellingen hun positie ten opzichte van artsen, nieuwe beroepsgroepen en ziekenverzorgenden moesten herdefiniëren, werd de Nederlandse overheid en de zorgsector ook nog eens geconfronteerd met de opdracht om de verpleegkundige opleidingen aan te passen aan nieuwe, internationale normen. Na de oprichting van de Europese Economische Gemeenschap (EEG) in 1957 duurde het niet lang tot er internationale richtlijnen kwamen die de Nederlandse overheid dwongen om bijvoorbeeld nieuwe lesvakken te introduceren en een veel hoger aantal lesuren te geven om het diploma voor de A-verpleegkunde internationaal erkend te krijgen. De B-, Z-verpleegkundigen en ZV-opleiding werden door de EEG hoe dan ook niet erkend.[5] Parallel aan deze politieke ontwikkeling traden er in het buitenland – met name in de Verenigde Staten en het Verenigd Koninkrijk – ook belangrijke verschuivingen op in de wijze waarop over de taak, verantwoordelijkheid en identiteit van de verpleegkunde werd getheoretiseerd en in praktijk gebracht. De ontwikkelingen werden in Nederland op de voet gevolgd en droegen belangrijk bij aan het breed gedeelde gevoel dat de verpleegkunde ook hier op een nieuwe leest diende te worden geschoeid.

'Voor een historische interpretatie en betekenistoekenning van 'de jaren zestig' is het probleem van de gelijktijdigheid uiterst lastig', aldus socioloog Kees Schuyt en architectuurhistoricus Ed Taverne in hun standaardwerk *1950. Welvaart in zwart-wit* (2000).[6] Dat gold beslist ook voor de verpleegkunde in de gehele periode die deze studie bestrijkt. Brede 'externe' maatschappelijke processen en fenomenen zoals individualisering, democratisering, emancipering, secularisering, ontzuiling, vergrijzing, technologisering, arbeidsdeling, internationalisering waren allemaal van invloed op de dagelijkse verpleegkundige praktijk, op het gevoel van identiteitscrisis, en op het debat dat gevoerd werd om deze identiteitscrisis tot een bevredigende oplossing te brengen. De 'jaren zestig' en de 'jaren zeventig' die bekend staan als perioden van idealistische en tegelijk geruchtmakende democratiserings- en emancipatietendensen in de maatschappij, klonken in ziekenhuizen en psychiatrische instellingen zeer sterk door. Verpleegkundigen zetten zich in hun democratiserings- en emancipatiedrang af tegen de gevestigde geneeskunde en lieten flink van zich horen om niet het onderspit te delven. Zij wilden laten zien wat zij in feite altijd deden: opkomen voor de 'totale mens' en niet uitsluitend voor de somatische kant van de patiënt die in de ogen van de geneeskund(ig)e steeds belangrijker werd. In hun drang naar erkenning gingen verpleegsters en verplegers zichzelf vanaf de jaren zestig zelfs 'verpleegkundige' noemen.[7] Verschillen in inzicht tussen de geneeskunde, de verpleegkunde, sociale

---

[5] J. de Vries, *Wetgeving ziekenverpleging. Wet tot bescherming van het diploma van verpleegkundige. Wet op de ziekenverzorgers en ziekenverzorgsters. Richtlijnen en besluiten van de Raad van de Europese Gemeenschapen van 27 juni 1977 inzake de onderlinge erkenning van de diploma's van algemeen ziekenverpleger*. Editie Schuurman en Jordens nr. 161 (3e druk; Zwolle 1978) 193-216.

[6] Kees Schuyt en Ed Taverne, *1950. Welvaart in zwart-wit* (Den Haag 2000) 396.

[7] De sinds 1921 wettelijk beschermde titel 'verpleegster' en 'verpleger' raakte in het spraakgebruik in de jaren zestig op de achtergrond. Binnen de verpleging ging men spreken over 'verpleegkundige'. De wet nam die titel over door eerst het insigne aan te passen door middel van de regeling van 19 september 1967. In plaats van 'Wet ziekenverpleging' kwam nu 'verpleegkundige' op het insigne te staan. Tien jaar later kreeg de titel 'verpleegkundige' de wettelijke bescherming door middel van de Wijzigingswet Wet tot bescherming van het diploma van verpleegkundige van 1977, waarin alle soorten verpleegkundigen werden genoemd (zie bijlage 1). Desondanks werden en worden – vooral buiten de verpleging – beide titels door elkaar gebruikt. J.H. Vergragt

wetenschappen, de ‘antipsychiatrische’ en ‘antipedagogische’ tendensen leidden in tijdschriften, lesboeken, commissies en op de werkvloer tot hoogoplopende discussies en rond 1970 zelfs tot vergaande conflicten over die steeds maar terugkerende centrale vraag: wat is de taak, verantwoordelijkheid en identiteit van de verpleegkunde?

Hoofdvraag en deelvragen

De vraag ‘Wat is verpleegkunde?’ lijkt makkelijk te beantwoorden. Een moeder die haar zieke kind helpt met eten geven, het kind onder de douche zet en het misschien zelfs met insuline moet injecteren omdat het diabetes mellitus heeft, is aan het verplegen. Een man die zijn echtgenote met multiple sclerose een bedwassing geeft, aankleedt, in de rolstoel zet, helpt met een boterham smeren en medicijnen ingeven is ook aan het verplegen. Verplegen als activiteit is niet voorbehouden aan mensen die zich verpleegkundige mogen noemen. Maar hoe moet verplegen dan omschreven worden voor die mensen, die wel de beschermde titel verpleegkundige dragen?

Die laatste vraag werd vanaf de jaren vijftig in de Nederlandse zorginstellingen, in onderwijsinstellingen en op ministeries voortdurend opnieuw gesteld, van verschillende en verschuivende antwoorden voorzien, en verbonden aan steeds andere consequenties: voor de opleiding, voor de lesboeken, voor de praktijk. Deze studie heeft tot doel om systematisch in kaart te brengen hoe dit debat en de daaraan verbonden lespraktijk zich vanaf het midden van de jaren vijftig tot eind jaren tachtig heeft ontwikkeld. De centrale vraag voor deze studie is dan ook:

> Op welke wijze hebben verpleegkundigen, ziekenverzorgenden, artsen en andere betrokkenen in Nederland tussen 1955 en 1988 een nieuwe invulling gezocht en gevonden op de vraag naar de taak en verantwoordelijkheid van de verpleegkundige en de ziekenverzorgende ten opzichte van de arts, elkaar, de patiënt en andere beroepsbeoefenaren in de directe omgeving van de verpleegkundige en ziekenverzorgende?

Deze vraag laat een zoektocht zien. Deze zoektocht zal als rode draad in deze studie lopen.

Een zoektocht was er bijvoorbeeld in de A-verpleging ten aanzien van de bevoegdheden, taken en verantwoordelijkheden bij geneeskundige handelingen. Mochten die wel of niet door verpleegkundigen en ziekenverzorgenden worden gedaan? Binnen de B- en Z-verpleegkunde waren er vergelijkbare vragen of sociotherapeutische, psychotherapeutische en pedagogische taken wel tot de verpleegkunde behoorden. In de beleving van veel verpleegkundigen werd hun beroep onder druk van artsen en nieuwe beroepsgroepen uitgehold, maar men moet tegelijk constateren dat de interne competitiestrijd hen ook stimuleerde om een nieuwe, eigen visie te ontwikkelen ten aanzien van hun beroep. Voor deze studie is dan ook de deelvraag ingebouwd in hoeverre niet-verpleegkundigen en niet-ziekenverzorgenden zoals medici, therapeuten, sociaal wetenschappers de zoektocht naar de eigen identiteit van de verpleegkunde in de weg hebben gestaan, dan wel juist bevorderd.

---

en J. de Vries, *Ziekenverpleging. Wet tot bescherming van het diploma voor ziekenverpleging. Wet op de ziekenverzorgers en ziekenverzorgsters*. Editie Schuurman en Jordens nr. 161, (1e aanv. 1e druk; Zwolle 1968) 156-157. ‘Wijziging van de wet tot wettelijke bescherming van het diploma voor ziekenverpleging bij de Tweede Kamer ingediend’, *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 28 (1975) 1023. W.B. van der Mijn, ‘De wettelijke positie van de verpleegkundige’, *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 30 (1977) 668-669. De Vries, *Wetgeving ziekenverpleging* (1978) 3-9 en 26-55.

Zoals gezegd kan de identiteitscrisis niet los worden gezien van externe factoren. Een opsomming van enkele brede processen in de naoorlogse periode is hierboven reeds gemaakt: individualisering, democratisering, emancipering, secularisering, ontzuiling, vergrijzing, technologisering, arbeidsdeling, internationalisering. Een tweede belangrijke deelvraag voor dit onderzoek luidt dan ook hoe deze brede processen van invloed zijn geweest op de identiteitscrisis en de zoektocht naar een nieuwe identiteit die zich in de Nederlandse verpleegkunde voltrok.

Met deze hoofdvraag en twee deelvragen gaat het onderzoek van start. In de volgende paragrafen zullen echter ook nog enkele andere, meer specifieke deelvragen worden geformuleerd die richting hebben gegeven aan dit onderzoek en in deze studie zullen worden beantwoord.

De afbakening van de onderzoeksperiode 1955 en 1988 is gekozen vanwege twee belangrijke cesuren in de geschiedenis van de Nederlandse verpleging. In 1955 vond in Heelsum een belangrijke conferentie plaats, waar vertegenwoordigers uit de algemene en psychiatrische verpleging, de wijkverpleging, het nijverheidsonderwijs, een vakbond, de betrokken ministeries en inspecteurs zich op initiatief van de Commissie Verplegingsaangelegenheden bogen over de stand van zaken en de toekomst van de Nederlandse verpleegkunde, resulterend in enkele ingrijpende herzieningen van de verpleegkundige opleiding.[8] Hoewel de deelnemers van de conferentie zich uiteindelijk alleen richtten op de A-verpleging vormde de conferentie al snel ook het startschot voor een vergelijkbare zoektocht in de B-verpleegkunde, en indirect ook voor de ontwikkeling van de Z- en ZV-opleiding die in 1955 nog niet bestonden. Na de drieëndertig jaar durende zoektocht verscheen er in 1988 het Verpleegkundig Beroepsprofiel.[9] Dit profiel gaf voor het eerst een gezicht aan de verpleegkunde in de volle breedte, gericht op de ‘totale mens’.

Historiografie van de verpleegkunde in (naoorlogs) Nederland

De geschiedenis van de verpleegkunde in Nederland is tot nu toe – in opvallend contrast met de geschiedenis van de geneeskunde – nog nauwelijks onderwerp geweest van wetenschappelijk historisch onderzoek. Kennelijk vonden en vinden historici de verpleegkunde als zelfstandig onderwerp niet interessant genoeg. Aan het numerieke gewicht van de verpleegkunde in de gezondheidszorg kan het in elk geval niet liggen. In 1990 behoorde de helft van de Nederlandse ziekenhuismedewerkers tot de verpleging, een derde tot de administratie, civiele en technische medewerkers, en een vijfde tot het paramedisch- en medisch hulppersoneel: de eigenlijke medische staf was erg gering.[10] Is de geringe aandacht voor de geschiedenis van de verpleegkunde te verklaren doordat (medisch) historici de verpleegkunde nog altijd hoofdzakelijk beschouwen als een ‘verlengde arm’ van de medische professie, zonder een zelfstandige taak, verantwoordelijkheid en identiteit? Het lijkt er wel op, en in die zin heeft de zoektocht naar de eigen identiteit van de verpleegkunde inmiddels wel in de Nederlandse gezondheidszorg, maar nog niet voor de geschiedschrijving zijn vruchten afgeworpen. Dat het ook anders kan, bewijst de situatie in de Angelsaksische wereld, waar *nursing history* zich in de laatste decennia met diverse leerstoelen, vakverenigingen, congressen, overzichtsstudies en zelfs gespecialiseerde bibliografieën en tijdschriften een

[8] Commissie Verplegingsaangelegenheden, *Verslag van de conferentie te Heelsum van 7 en 11 februari 1955* (21 april 1955).
[9] J.H. Bakker en M.J.M. le Grand-van den Bogaard, *Verpleegkundig Beroepsprofiel* (Zoetermeer 1988).
[10] J.M. Boot en M.H.J.M. Knapen, *De Nederlandse gezondheidszorg* (3e druk; Utrecht 1990) 162.

volwaardig vakgebied heeft ontwikkeld.[11] Zover is het in Nederland nog lang niet, al begint ook hier het tij te keren, mede door de inzet van de historica en verpleegkundige Nannie Wiegman van het Florence Nightingale Instituut en de daaraan gelieerde Stichting Zuster Vernède.[12]

Een van de opvallende kenmerken van de – zeer beperkte – Nederlandse historiografie van de verpleging is dat de meeste historische overzichtswerken precies dateren uit de periode waarin de verpleegkunde zich in een identiteitscrisis bevond, en deze werken vervolgens meerdere malen werden herdrukt en herzien. Na het eerste overzichtswerk van zuster C.H. Vernède, *Geschiedenis der ziekenverpleging* (1927)[13] en haar verkorte versie *De ziekenverpleging. Roeping en Beroep* (1950),[14] zag in de jaren 1960 en 1970 het ene na het andere overzichtswerk het licht. In 1960 publiceerde de psychiater A. Querido *Godshuizen en Gasthuizen. Geschiedenis van de ziekenverpleging in West-Europa* (herdrukken 1967 en 1974).[15] In 1966 kwam verpleegkundige Corrie Dane met *Geschiedenis van de ziekenverpleging* (negende herziene druk in 1994).[16] F. (Frederike) Meyboom publiceerde in 1970 *Grepen uit de geschiedenis van zorgen en verzorgen*,[17] in 1971 gevolgd door het standaardwerk van A.P.M. (Aly) van der Meij-de Leur, *Van olie en wijn. Geschiedenis van verpleegkunde, geneeskunde en sociale zorg* (vijfde, herziene druk in 1989).[18]

De publicatie van deze overzichtswerken in de jaren zestig en zeventig kan zonder twijfel worden beschouwd als een uitdrukking van de identiteitscrisis die de Nederlandse verpleging toentertijd in haar greep hield. Een vorm van het hanteren van de identiteitscrisis was het schrijven van de eigen geschiedenis. Als je niet weet waar je vandaan komt, is het immers moeilijk te weten wie en wat je bent en waar je (niet meer) naar toe wilt. De studies

---

[11] Zie o.a. Mary Ann Dzuback, 'Nursing historiograhy, 1960-1980: An Annotated Bibliography' in: Allen Condliffe Lagemann, red., *Nursing History. New Perspectives, New Possibilities* (New York en Londen, 1983) 181-210. Barbara Mortimer, 'Introduction: the History of Nursing: Yesterday, Today and Tomorrow' in: Barbara Mortimer en Susan McGann, red., *New Directions in the History of Nursing. International perspectives* (Londen en New York 2005) 1-21. Sinds 1993 wordt door de American Association fort he History of Nursing het tijdschrift *Nursing History Review* uitgegeven, website American Associaton for the History of Nursing. http://www.aahn.org/nhrtoc.html (21 september 2015).

[12] Zie de website van het Florence Nightingale Instituut en de Stichting Zuster Vernède. www.fni.nl en www.fni.nl/stichting-zuster-vernede (21 september 2015). Nannie Wiegman heeft vele publicaties op haar naam staan, zoals: Nanny Wiegman, 'Zusters in smetteloos wit: een blanco bladzijde in de Nederlandse geschiedschrijving', *Gewina. Tijdschrift voor de geschiedenis der geneeskunde, natuurwetenschappen, wiskunde en techniek* 16 (1993) 63-79. Annemarie de Knecht-van Eekelen en Nanny Wiegman, 'Om de verdeling van de zorg. Beroepsprofilering in de Nederlandse gezondheidszorg in de negentiende en twintigste eeuw', *Gewina. Tijdschrift voor de geschiedenis der geneeskunde, natuurwetenschappen, wiskunde en techniek* 19 (1996) 205-209. Nanny Wiegman, 'The Origins of Modern Nursing in the Netherlands', *Nursing History Review* 4 (1996) afl. 1, 83-97. Nannie Wiegman, ''Gij completeert zijn arbeid': over de professionalisering van het verpleegkundig beroep (1880-1925)', *Gewina. Tijdschrift voor de geschiedenis der geneeskunde, natuurwetenschappen, wiskunde en techniek* 19 (1996) 296-312. Nannie Wiegman en Joseph Wachelder, 'Zorgen als professie: een inleiding', *Gewina. Tijdschrift voor de geschiedenis der geneeskunde, natuurwetenschappen, wiskunde en techniek* 27 (2004) 57-65.

[13] C.H. Vernède, *Geschiedenis der Ziekenverpleging* (Haarlem 1927). In dit overzichtswerk gaf Vernède een vrije vertaling en samenvatting van en aanvulling op onder meer *A History of Nursing* (1907-1912) van de Amerikaanse verpleegsters Adelaide M. Nutting en Lavinia L. Dock.

[14] C.H. Vernède, *De Ziekenverpleging. Roeping en Beroep. Leidraad voor Verpleegsters en Verplegers* (Utrecht 1950).

[15] A. Querido, *Godshuizen en Gasthuizen. Een geschiedenis van de ziekenverpleging in West-Europa* (2e druk; Amsterdam 1967).

[16] Corrie Dane, *Geschiedenis van de ziekenverpleging* (9e druk; Utrecht 1994).

[17] F. Meyboom, *Grepen uit de geschiedenis van zorgen en verzorgen* (Amsterdam en Brussel 1970).

[18] A.P.M. van der Meij-de Leur, m.m.v. P. Klijnsma, *Van olie en wijn. Geschiedenis van verpleegkunde, geneeskunde en sociale zorg* (5e druk; Utrecht en Antwerpen 1989). Voor een CV van Van der Meij-de Leur: 'Hall of Fame', website Florence Nightingale Instituut. http://www.fni.nl/aly-van-der-meij-de-leur-1928-2012 (16 december 2014).

beschreven de geschiedenis van de verpleegkunde, met een toespitsing op Nederland. Met hun boeken wilden zij de verpleging op de kaart zetten, beter positioneren en de beroepsgroep meer status bezorgen. Zij lieten zien dat de verpleegkunde oudere papieren had dan de naoorlogse nieuwe beroepsgroepen.

De genoemde studies vormen een interessante exponent van de identiteitscrisis in de naoorlogse verpleging, maar over de ontwikkeling van de naoorlogse geschiedenis van de verpleging bieden ze nauwelijks concrete historische informatie. Tussen neus en lippen door wordt duidelijk dat de auteurs over de eigentijdse ontwikkelingen in de verpleegkunde niet al te positief waren gestemd. Zuster Vernède benadrukte in 1950 dat ze het moeilijk vond het deel over de twintigste eeuw te schrijven omdat dit volgens haar nog geen geschiedenis was en 'buitengewoon beweeglijk materiaal'. Zij waagde zich daarom niet aan de verschillende problemen van na de Tweede Wereldoorlog waarmee de ziekenverpleging 'te worstelen' had.[19] Querido erkende in 1960 expliciet te betreuren, als arts nog wel, dat de verpleegster zich vanaf de negentiende eeuw had ontwikkeld tot een 'rad in de medische machine, niet iemand met een zelfstandige taak; de verpleging werd niet nevengeschikt, maar ondergeschikt aan de geneeskunde – tot nadeel van beide'. Hij sprak over een crisis door het verpleegsterstekort en hij vond het niet 'onwaarschijnlijk dat alleen een herziening van de grondslagen van het verpleegstersberoep en van de positie van de verpleegster een radicale oplossing zal kunnen geven'.[20] De verpleegster Dane hield zelfs in de negende druk van haar *Geschiedenis van de ziekenverpleging* de ontwikkelingen na 1960 grotendeels buiten het bestek van haar boek. Enkele recente ontwikkelingen stipte zij nog wel aan, zoals de instelling van de HBO-V en de faculteit Verplegingswetenschappen, maar zelfs de MBO-V liet zij geheel buiten beschouwing.[21] Frederike Meyboom stipte in haar boekje *Grepen uit de geschiedenis van zorgen en verzorgen* slechts aan dat de opleiding tot verpleegkundige 'een drastische wijziging' onderging en dat er steeds meer rangen en posities binnen het bereik van de verpleegkundige kwamen.[22] Van der Meij-de Leur bevestigde dat de verpleging in beweging was en leek haar tijdgenoten vooral te willen waarschuwen, want: 'vóór alle verpleeg-technische handelingen, hoe belangrijk ook, heeft elke zieke in de allereerste plaats behoefte aan zorg, ook, zelfs juist, van die professie!'.[23]

De genoemde auteurs hadden allen dezelfde manier van geschiedschrijven, namelijk de geschiedenis van de verpleegkunde op chronologische en vaak nogal anekdotische wijze beschrijven vanaf het begin van onze jaartelling of daarvoor. In de jaren zeventig kwam daar verandering in met enkele publicaties die met een meer gefocuste vraagstelling en bronnenonderzoek meer wetenschappelijk kunnen worden genoemd. In navolging van Querido bestudeerden zij de geschiedenis van de verpleegkunde meer vanuit een sociologisch oogpunt met speciale aandacht voor de ondergeschikte rol van de verpleegkundige ten opzichte van machtsposities van gezaghebbenden in de instellingen, met name de medische macht en/of vanuit een feministische context.

Een van de eerste wetenschappelijke boekwerken over de Nederlandse verpleegkunde was het proefschrift *Honderd jaar opleiding tot verpleegkundige in Nederland, 1872-1972* van Cornelis Binnenkade.[24] De titel van zijn studie is echter enigszins misleidend. Men zou een historische analyse verwachten, maar Binnenkade ruimde slechts een derde in voor een

---

[19] Vernède, *De Ziekenverpleging*, X.
[20] Querido, *Godshuizen en Gasthuizen*, 108 en 112.
[21] Dane, *Geschiedenis van de ziekenverpleging*, [5], 116 en 119.
[22] Meyboom, *Grepen uit de geschiedenis van zorgen en verzorgen*, 29. Voor een CV van Meyboom: 'Hall of Fame', website Florence Nightingale Instituut. http://www.fni.nl/frederike-meyboom-1871-1971 (18 september 2015).
[23] Van der Meij-de Leur, *Van olie en wijn*, 133.
[24] Cornelis Binnenkade, *Honderd jaar opleiding tot verpleegkundige in Nederland, 1872-1972. Een terreinverkenning.* Academisch proefschrift, Vrije Universiteit Amsterdam (Leiden 1973).

historisch overzicht van de ontwikkeling van de opleiding tot verpleegkundige tussen 1872 tot 1972, om vervolgens uitvoerig de enquête te analyseren die hij had gehouden onder verschillende groepen van bij de A-opleiding betrokkenen. Het doel van zijn historische overzicht was voornamelijk om aan de hand van (semi-)overheidsbronnen, een systematische ordening aan te brengen in de geschiedenis van de A-verpleegkunde. Het is een verdienste van Binnenkade dat hij die eerste ordening heeft aangebracht, maar een analyse van de zoektocht naar de identiteit van de verpleging die hierin weerklonk en de reacties op de overheidsmaatregelen bood hij niet. Bovendien besprak Binnenkade alleen de A-verpleegkunde: voor de stand van zaken van de overige opleidingen verwees hij naar een drie jaar eerder uitgekomen proefschrift van W.M. Hopman die als pedagoog met onderwijskundige vragen de verpleegkundige basisopleiding onder de loep had genomen en twee paragrafen aan de stand van zaken van de (vervolg)opleidingen had besteed.[25]

Rond 1980 publiceerden de verpleegkundige en antropologe Truus Spijker en de antropoloog/medisch socioloog Victor van Gemert een tweetal in elkaars verlengde liggende publicaties, respectievelijk *Mooi en beschaafd verplegen* (eerste druk 1979; tweede herziene druk 1981) en *Verdichtsel en werkelijkheid* (eerste druk 1982; derde herziene druk 1990). Beide publicaties zijn bewerkingen van scripties, die de auteurs schreven in het kader van hun studie culturele antropologie.[26] De laatste drukken van deze werken bieden – eindelijk – een meer wetenschappelijke reflectie op de ontwikkelingen die in de naoorlogse verpleegkunde in Nederland hebben voorgedaan, en vormen daarmee de vroegste studies waar deze dissertatie zich inhoudelijk toe kan verhouden.

Truus Spijker werd in haar werk als verpleegkundige geconfronteerd met enkele belangrijke knelpunten die in 1979/1981, zoals zij in *Mooi en beschaafd verplegen* schreef, nog volop aanwezig waren. Zij ondervond een dubbele waardering voor het beroep als verpleegster: enerzijds ophemeling voor ‘een prachtig beroep voor vrouwen’ en anderzijds een lage waardering door ‘de associatie met het verzorgende, dienstbare karakter: ‘potten dragen’’.[27] Spijker beantwoordde in haar befaamde, nog steeds gewaardeerde boekje, onder meer de volgende vragen: ‘welk verpleegkundig ideaalbeeld werd aan leerlingen vanaf 1875 voorgehouden in de leerboeken voor verpleegkundigen?’ en ‘welke samenhang (…) bestaat [er] tussen de ontwikkeling van allerlei verwachtingen, waarden en normen ten aanzien van houding en gedrag van verpleegkundigen én de maatschappelijke processen van die tijd’.[28] Zij liet zich leiden door haar ‘interesse voor vrouwenproblematiek en vrouwenbeweging’ en het was volgens haar dan ook ‘niet verwonderlijk dat dit emancipatieperspectief als een rode draad door deze beperkte studie heenloopt’.[29] Op originele wijze beschreef zij de ontwikkeling van het beroep aan de hand van een selectie van lesboeken voor de A-verpleegkunde tussen 1875 en 1975. In deze dissertatie zijn dezelfde lesboeken gebruikt met het belangrijke verschil dat in dit proefschrift niet het emancipatieperspectief de rode draad vormt, maar dat de lesboeken zijn gebruikt als bronnen voor de zoektocht van de verpleging naar een eigen identiteit.

Spijker schreef in het korte hoofdstuk ‘Maatschappelijke aspecten: 1945-1975’ op heldere wijze hoe de Nederlandse maatschappij zich na de Tweede Wereldoorlog

---

[25]Binnenkade, *Honderd jaar opleiding tot verpleegkundige in Nederland*, 8. W.M. Hopman, *Opleidingen in de verpleging. Onderwijskundige aspecten van de Nederlandse beroepsopleidingen voor ziekenverzorgenden, verplegenden en verpleegkundigen in de intramurale* gezondheidszorg (Lochem 1970) 9-16, 17-18 en 25-26.
[26] M.J. van Lieburg, ‘Boekbesprekingen’, *Gewina. Tijdschrift voor de Geschiedenis der Geneeskunde, Natuurwetenschappen, Wiskunde en Techniek* 6 (1983) 208-209.
[27] Truus Spijker, m.m.v. Victor van Gemert, *Mooi en beschaafd verplegen. Een historische analyse van een vrouwenberoep.* Reeks Verpleegkundige Studies, deel 26 (2e druk; Lochem en Poperinge 1981) 11.
[28] Ibidem, 9.
[29] Ibidem, 5.

ontwikkelde.[30] Zij merkte op dat mensen in een ontzuilende en steeds complexer wordende maatschappij afhankelijker van elkaar werden en dat hetzelfde te zien was in de ziekenhuizen. Medici en verpleegkundigen werden afhankelijk van elkaar, waarbij verpleegkundigen zich volledig aan de arts/geneeskunde bonden en zich ondergeschikt maakten aan het medisch specialisme. Ze verwaarloosden daarbij volgens Spijker 'de ontwikkeling en uitbouw van hun eigen zelfstandige taak'. Spijkers geschetste positie sluit aan op de onderzoeksvraag van deze studie. Zij stelde in 1979/1981 vast dat er aanzetten waren om het eigen gezicht van de verpleegkundige te laten zien met de oprichting van de HBO-V en de MBO-V. Zij voorzag daarmee wel nieuwe problemen, omdat deze homogene opleidingen verpleegkundigen afleverden voor een heterogeen veld.[31] In deze studie zal echter blijken hoe die HBO-V en MBO-V zich ontwikkelden en hoe met name de HBO-V een leidende rol innam in het vinden van een verpleegkundige identiteit voor alle velden. Spijker kon in haar *Mooi en beschaafd* verplegen nog niet veel zeggen over het dagonderwijs, omdat tijdens haar studie het dagonderwijs nog vorm moest krijgen en omdat haar onderzoeksperiode tot 1975 liep, het jaar waarin de eerste MBO-V'ers diplomeerden en de eerste HBO-V'ers vierdejaars moesten worden.

In 1990 publiceerde Spijker met Van Gemert een derde herziene druk van hun oorspronkelijk in 1982 verschenen *Verdichtsel en werkelijkheid. De waardering van de verpleegkundige zorg door de jaren heen*[32] Zij onderzochten in dit boek of de ambivalente beeldvorming van vrouwen – liefdevolle vrouw, toegewijde moeder, behoedster, lichamelijke schoonheid tegenover huishoudster, huissloof, verleidster, hoer – te traceren was in de ontwikkeling van het verpleegkundig beroep, welke betekenis die ambivalentie had 'voor de professionaliseringsaspiraties van verpleegkundigen' en op welke wijzen zij de (machts)relaties tussen mannen en vrouwen bepaalden.[33] Hoewel er in het hoofdstuk 'Het einde van betaalde liefde? De periode na 1945' enige overlap is met voorliggende studie, liggen de perspectieven wel uit elkaar.[34] Dat geldt voor de onderzoeksperiode, maar vooral voor het uitgangspunt. Terwijl Van Gemert en Spijker zich vanuit een genderperspectief specifiek richten op de professionaliseringsaspiraties van vrouwelijke én mannelijke verpleegkundigen, bestudeert dit proefschrift op een uitvoerige en systematische manier de zoektocht naar de taak, verantwoordelijkheid en identiteit van de verpleegkunde in het algemeen. In Van Gemerts en Spijkers vierde hoofdstuk 'Ter afsluiting' stelden zij wel meer in het algemeen dat door de opmars van de sociale en menswetenschappen in de verpleegkunde de traditionele associatie met zorg verviel.[35] De auteurs namen ten aanzien van de meer algemene crisis in de verpleegkunde een genuanceerd standpunt in door te betogen dat de agogisering

> geen instrument [is] geweest dat uiteindelijk leidde tot professionalisering of tot een oplossing van de identiteitscrisis waarin de verpleegkunde zich (nog steeds) bevindt. De verdienste van de agologie is evenwel gelegen in het gegeven dat van hieruit het eigen, autonome domein van de verpleegkunde aandacht kreeg en een zekere invulling.[36]

---

[30] Ibidem, 109-126.
[31] Ibidem, 126.
[32] Victor van Gemert en Truus Spijker, *Verdichtsel en werkelijkheid. De waardering van de verpleegkundige zorg door de jaren heen* (3e druk; 1990).
[33] Ibidem, 15-16.
[34] Ibidem, 88-127.
[35] Ibidem, 128-135.
[36] Ibidem, 132.

Van Gemert en Spijker sneden hiermee een interessant en belangrijk vraagstuk aan. Of ze gelijk hadden is een andere kwestie: in deze studie zal betoogd worden dat de HBO-V de identiteitscrisis in de verpleegkunde in 1990 reeds effectief had bestreden.

Een identiteitscrisis ervoer ook de verpleegkundige en sociologe Gré Zwols in 1985. Zij stelde in haar beknopte historische overzicht *Het ontstaan en de ontwikkeling van het beroep verpleegkundige* zelfs dat het gevaar niet denkbeeldig was 'dat over 20-30 jaar het beroep van verpleegkundige wel eens tot het verleden zou kunnen behoren', doordat de verpleging als beroepsgroep geen eenduidige mening had over de ingeslagen weg.[37] Zij heeft daarin geen gelijk gekregen, maar het toont – opnieuw – aan dat verpleegkundigen in de jaren tachtig nog steeds last hadden van de identiteit-loze positie van de verpleegkundige. Net als Truus Spijker beperkte Zwols zich tot de geschiedenis van de A-verpleegkunde, en net als Spijker stelde ook zij vooral de ondergeschikte rol van de (vrouwelijke) verpleegkundige aan de kaak. Zwols betoogde in 1985 zelfs dat het gevaar dreigde dat steeds meer vrouwen in de verpleging verdrongen werden door mannen. In de hogere functies was dat al het geval en dat staafde Zwols met cijfers.[38] De verpleegkundige en historica C.H. (Cora) van der Kooij – de eerste Nederlandse onderzoeker die beide specialisaties verenigde – betoogde in 1990 dat gediplomeerde verpleegkundigen eind negentiende eeuw als vrouwen van stand nog redelijk zelfstandig hun beroep hadden kunnen uitoefenen, maar in de twintigste eeuw in een ondergeschikte positie ten opzichte van artsen en directies waren gemanoeuvreerd. De vraag naar verpleegsters rond 1900 groeide en daarom moesten er meisjes uit een lager sociaal milieu worden aangenomen. Daarmee nam ook de sociale vaardigheden af. Volgens Van der Kooij moest anno 1990 de verpleegkundige zorg nog steeds vechten tegen het 'aureool van roeping en tegen 'de ware aard van de vrouw''.[39]

Een van de kenmerkende aspecten van de geschiedschrijving van de verpleegkunde in Nederland (en daarbuiten) is de overwegende, vaak exclusieve concentratie op de geschiedenis van de algemene ziekenverpleging. De andere velden kregen tot voor kort nauwelijks aandacht. In Nederland is recentelijk voor wat betreft de B-verpleegkunde echter een opmerkelijke inhaalslag gemaakt met twee proefschriften die de kwaliteit van de tot nu toe verschenen publicaties over de geschiedenis van de A-verpleegkunde aanzienlijk in omvang, diepgang en kwaliteit overtreffen. Dat geldt in de eerste plaats voor het in 2003 verschenen proefschrift *The Rise of Mental Health Nursing. A History of Psychiatric Care in Dutch Asylums: 1890-1920*, waarin de verpleegkundige en filosofe Geertje Boschma de sociale relaties van klassen, gender en religie in de psychiatrische instellingen rond 1900 grondig onder de loep nam.[40] Maar het geldt in het bijzonder voor het lijvige proefschrift *Gekkenwerk. De ontwikkeling van het beroep psychiatrisch verpleegkundige in Nederland, 1830-1980* waarop verpleegkundige en filosofe Cecile aan de Stegge in 2012 promoveerde.[41] Aan de Stegge's proefschrift heeft qua periodisering, centrale vragen en brongebruik een

---

[37] Gré Zwols, *Het ontstaan en de ontwikkeling van het beroep verpleegkundige.* Reeks Verpleegkundige Studies, deel 55 (Lochem en Gent 1985) 115.

[38] Ibidem, 87-88.

[39] C.H. van der Kooij, '1890-1990. De vermaatschappelijking van de zorg' in: A.H.M. van den Bergh-Braam e.a. red., *Honderd jaar verplegen. Een bijsluiter over gisteren met een opening naar morgen* (Lochem 1990) 13-64, aldaar 27-28, 31 en 53. Cora van der Kooij, *Mans die moeten hier ter syden. De organisatie van verplegend personeel in Nederland in de periode 1880-1930.* Doctoraalscriptie Rijksuniversiteit Utrecht (1979; heruitgave rond 1990) 74 en 78-79. Van der Kooij gaf drie redenen voor de toenemende onderschikking van verpleegsters: de veranderde afkomst van verpleegsters (door grotere vraag naar verpleegsters), snelle ontwikkelingen in de geneeskunde en vanwege de opvatting dat verplegen en verzorgen meer op aanleg berustte dan op te verwerven deskundigheid. Zie ook Wiegman, 'Gij completeert zijn arbeid', 304-305.

[40] Geertje Boschma, *The Rise of Mental Health Nursing. A History of Psychiatric Care in Dutch Asylums: 1890-1920* (Amsterdam 2003).

[41] Cecile aan de Stegge, *Gekkenwerk. De ontwikkeling van het beroep psychiatrisch verpleegkundige in Nederland, 1830-1980* (Maastricht 2012) 42.

grote overlap met het onderhavige proefschrift – al is de reikwijdte van dit proefschrift gezien de aandacht voor alle verpleegkundige velden veel breder en is de focus op de taak, verantwoordelijkheid en identiteit van de verpleegkunde tegelijk specifieker. Aan de Stegge's *Gekkenwerk* concentreert zich op de centrale vraag 'hoe het proces van 'beroepsvorming' van de psychiatrisch verplegenden, waardoor 'oppassers en oppasseressen' uitgroeiden tot 'psychiatrisch verpleegkundigen', zich in de periode tussen 1830 en 1980 in Nederland heeft voltrokken. Zij onderscheidt daarbij drie dimensies: 'de verpleegopleiding in de psychiatrie, de arbeidsmarkt voor mensen met dit diploma en hun dagelijkse beroepspraktijk (de omgangsvormen tussen psychiatrisch verplegenden en hun patiënten)'.[42] Zij stelt voorts de vraag in hoeverre anno 1980 sprake is geweest van 'professionalisering' in dit vakgebied, maar richt zich ook op de interessante vraag wat precies de bijdrage is geweest van verplegenden uit psychiatrie en geestelijke gezondheidszorg aan de beroepsvorming en emancipatie van het moderne beroep '(generieke) verpleegkunde'.[43] Als antwoord op die laatste vraag noemt Aan de Stegge enkele successen waarvan er enkele verderop in deze studie impliciet aan de orde zullen komen.[44] Belangrijker echter om op deze plaats te vermelden is dat de vraag van Aan de Stegge in onderhavige studie zal worden uitgebreid en omgedraaid. Wat was, ten eerste, de bijdrage van de A- en Z-verpleegkunde en de ziekenverzorging aan de beroepsvorming en emancipatie van het moderne beroep 'generieke verpleegkunde'? Maar ook: Wat was de bijdrage van de generieke verpleging aan de verdere beroepsvorming van de inservice-opleidingen, inclusief die tot psychiatrisch verpleegkundige? De inservice-opleidingen tot A-, B- en Z-verpleegkundige en tot ziekenverzorgende waren immers nog een kleine 25 jaar na het instellen van de HBO-V en MBO-V intact en leverden vele verplegenden af?[45]

In het hoofdstuk over de B-verpleging zal blijken dat in deze studie de empirische analyse van Aan de Stegge over de ontwikkelingen in de psychiatrische verpleegkunde grotendeels wordt gedeeld. Als het gaat om enkele meer algemene beoordelingen wordt echter een wat ander standpunt ingenomen. Dat geldt in de eerste plaats voor de waardering die Aan de Stegge hecht aan de inbreng van de sociotherapie in de verpleegkundige praktijk. Maar het geldt ook voor haar waardering van de invloed van Angelsaksische theorieën. Aan de Stegge beschrijft de Angelsaksische theorieën over de moderne verpleegkunde als een zekere 'bedreiging' voor de B-verpleegkunde, omdat deze volgens haar de keuze van behandelingsmethoden in de psychiatrische verpleegkunde compliceerden.[46] In deze studie zal betoogd worden dat de Angelsaksische theorievorming geen bedreiging hoefde te vormen, maar ook in Nederland juist hielpen om een antwoord te formuleren op de vraag naar de taak, verantwoordelijkheid en identiteit van de verpleegkunde.

Met het overzicht van bovengenoemde publicaties zijn de belangrijkste studies behandeld die zich specifiek en volledig hebben gericht op (een aspect van) de geschiedenis van de Nederlandse verpleegkunde. Daarnaast bestaan er echter ook diverse publicaties op het terrein van de geschiedenis waarin diverse aspecten van de verpleegkunde de revue passeren. In een groot aantal gevallen blijft dat tot korte passages beperkt. Zelfs in gedenkboeken van ziekenhuizen, psychiatrische instellingen en andere vergelijkbare organisaties komt de

---

[42] Ibidem 44.
[43] Ibidem.
[44] Ibidem, 891-893.
[45] Tussen 1972 en 1977 hebben de MBO-V's en HBO-V's de groei van de inservice-opleidingen ongemoeid gelaten. In 1980 en 1985 slaagden er respectievelijk 390 en 789 HBO-V'ers, tegen respectievelijk 5629 en 4546 A-verpleegkundigen en respectievelijk 4546 en 3631 Ziekenverzorgenden. W.J. Speets, *Vernieuwingen in de in-service-opleidingen beter nu dan later*. VOVB-cahiers (Lochem 1979) 10. H.R. Boeije e.a., *Een verzorgde toekomst. Toekomstscenario's voor verpleging en verzorging* (Utrecht 1997) 252. Cijfers voor de B- en Z-verpleegkunde ontbreken bij Boeije e.a.
[46] Aan de Stegge, *Gekkenwerk*, 744.

geschiedenis van de verpleegkunde er vaak nogal bekaaid van af – zelfs in de zeer gedegen wetenschappelijke gedenkboeken van algemene ziekenhuizen die hoogleraar medische geschiedenis M.J. van Lieburg in de afgelopen decennia publiceerde.[47] Er zijn echter uitzonderingen. Neel van den Oever, die werkzaam is geweest als teamleidster in de verstandelijk gehandicaptenzorg, besteedde uitvoerig aandacht aan Z-verplegenden in haar gedenkboeken van instellingen die thans zijn opgegaan in 's Heeren Loo Zorggroep.[48] Uitzonderingen waren ook bijvoorbeeld het boek over de zusters in het Prinsengrachtziekenhuis van Herman W.J. de Boer en Gerard Pley, evenals het boek *In dienst van de zieken* (2014) waarin José Eijt aandacht schonk aan de eigen opleidingen in de ziekenhuizen van de Broeders van Barmhartigheid van St. Joannes de Deo.[49]

Aandacht voor aspecten van de geschiedenis van de naoorlogse verpleegkunde is er ook in enkele recente studies over de verstandelijk gehandicaptenzorg. H. (Henk) Beltman schetste in zijn proefschrift *Buigen of barsten? Hoofdstukken uit de geschiedenis van de zorg aan mensen met een verstandelijke handicap 1945-2000*, op treffende wijze de aparte plaats van de verstandelijk gehandicaptenzorg in de verpleegkunde.[50] Hij stelde dat de verpleegkundige in de verstandelijk gehandicaptenzorg 'veelal beschouwd [werd] als het 'debiele zusje' van de verpleegstersfamilie', dat met gemakkelijke patiënten omging.[51] Evenals in de psychiatrie, overheerste in de zwakzinnigenzorg[52] kort na de Tweede Wereldoorlog het medisch model. Dat ging vrij snel plaats maken voor het zogenaamde 'ontwikkelingsmodel'. De Z-opleiding voor verplegenden, die in 1958 in het leven werd geroepen, ging al direct ruim aandacht besteden aan opvoedkundige vakken, zo schreef ook Inge Mans, groepsleidster, psychologe en historica, in haar proefschrift *Zin der zotheid. Vijf eeuwen cultuurgeschiedenis van zotten, onnozelen en zwakzinnigen*.[53]

De 'Dennendal-affaire' is misschien wel het uiterste geweest van een spanningsveld in de zoektocht naar verpleegkunde. De in 1969 nieuw aangestelde directeur, de psycholoog Carel Muller kreeg als taak om Dennendal, een instelling voor zwakzinnigen van de Willem

---

[47] In *Van Zeemanshospitaal tot Havenziekenhuis* (Rotterdam 1992) besteedde Van Lieburg zo'n vijf van de 132 bladzijden aan de naoorlogse verpleegkunde (83-87) en in *Het Sint Franciscus Gasthuis te Rotterdam 1892-1992* (Rotterdam 1992) dertien van de 392 bladzijden (250-253 en 344-353). Meer ruimte, 24 van de 249 bladzijden, kreeg de verpleging na de Tweede Wereldoorlog in zijn gedenkboek over *Bronovo 1865-1990. Van 's-Gravenhaagsche Diakonessen-Inrichting tot Ziekenhuis Bronovo* (Kampen 1990) 150-162 en 201-205. Die extra ruimte was vooral bestemd voor de wijkverpleging. Diaconessen hadden vanuit Bronovo een ruim werkterrein buiten het ziekenhuis in Den Haag, maar ook daarbuiten tot zelfs over de landsgrenzen.

[48] Neel van den Oever, *Van Boldershof tot nu: Al 100 jaar een goede buur. 1907-2007* (Wijchen 2007) 231-241. Neel van den Oever, *Onze toekomst ligt in het verleden. 120 jaar 's Heeren Loo Zorggroep* ('s Heeren Loo 2012).

[49] Herman W.J. de Boer en Gerard Pley, *Grachtenzusters. Episoden uit honderdvijftig jaren Vereeniging voor Ziekenverpleging, sedert 1857 gevestigd aan de Prinsengracht te Amsterdam* (Amsterdam 1993). José Eijt, *In dienst van de zieken. Broeders van Barmhartigheid van St. Joannes de Deo 1875-2013* (Hilversum 2014).

[50] H. Beltman, *Buigen of barsten? Hoofdstukken uit de geschiedenis van de zorg aan mensen met een verstandelijke handicap 1945-2000.* Proefschrift Rijksuniversiteit Groningen (2001). Beltman heeft voor zijn proefschrift als centrale onderzoeksvraag: 'Hoe en onder invloed van welke factoren (bijvoorbeeld maatschappelijke ontwikkelingen, gebeurtenissen, personen) ontwikkelde zich na 1945 in Nederland een apart systeem verstandelijk gehandicaptenzorg?' (14). De Z-verpleegkundige, door Beltman 'woonbegeleider' genoemd, was, zo laat Beltman impliciet zien, nauwelijks van invloed op het systeem verstandelijk gehandicaptenzorg. Pas met 'Dennendal' en de actiegroep 'Pet met de Zet' veranderde de status van het beroep, mede door de komst van mannen: 'bijvoorbeeld dienstweigeraars die aangetrokken werden door de tegencultuur op Dennendal' (120-124).

[51] Beltman, *Buigen of barsten*?, 121.

[52] Thans wordt gesproken over mensen met een verstandelijke handicap of mensen met een verstandelijke beperking met als uitganspunt mensen met mogelijkheden. In deze studie worden termen door elkaar gebruikt analoog aan de geraadpleegde bronnen en literatuur. Zie voor verder uitleg hoofdstuk 3.

[53] Inge Mans, *Zin der Zotheid. Vijf eeuwen cultuurgeschiedenis van zotten, onnozelen en zwakzinnigen*. Dissertatie Universiteit Utrecht (Amsterdam 1998) 269.

Arntsz Hoeve te Den Dolder, een meer pedagogische karakter te geven. Vlak na de aanstelling besloot Muller een andere koers te varen, die 'anti-pedagogisch' genoemd kan worden: 'laat de zwakzinnige zijn wie hij is'.[54] Het was Evelien Tonkens die in haar dissertatie *Het zelfontplooiingsregime. De actualiteit van Dennendal en de jaren zestig* (1999) op een heldere wijze de complexe gezagsverhoudingen in Dennendal analyseerde.[55] De volgens Beltman aparte plaats van de verpleegkundige in de zwakzinnigenzorg ('debiele zusje van de verpleegstersfamilie') en de Dennendal-affaire zoals Mans en Tonkens die beschreven, roepen vragen op voor deze studie. Tonkens meende dat het oorspronkelijke personeel vooral aandacht had voor verplegen en verzorgen. In hoeverre strookt dat met het curriculum van de opleidingen en de lesboeken verpleegkunde van de opleiding tot Z- en B-verpleegkundige in de jaren zeventig? Hoe groot is de aandacht voor opvoedkundige vakken in het curriculum van de Z-opleiding? In hoeverre kan er met de opvoedkundige vakken nog over verpleegkunde gesproken worden? Wat is Z-verpleegkunde? Op welke wijze en wanneer werd 'Dennendal' (anti-pedagogiseringsbeleid) zichtbaar in het curriculum van de opleiding tot Z-verpleegkundige? Hoe was het mogelijk dat er toch een aparte wettelijk geregelde inservice-opleiding kwam, terwijl er twee dagopleidingen bestonden met zwakzinnigenzorg in het curriculum?

Het gezagsconflict in Dennendal stond niet op zichzelf in de verpleegkunde. Evenals in de zwakzinnigenzorg waren er in de psychiatrie conflicten. Gemma Blok liet in een hoofdstuk met de veelzeggende titel 'Oorlog in de psychiatrie' in haar proefschrift *Baas in eigen brein. 'Antipsychiatrie' in Nederland, 1965-1985* conflictsituaties in de psychiatrie zien.[56] Mede beïnvloed door verplegenden en patiënten uit de hippie- en flowerpowercultuur ontstond een vernieuwingsdrang, een strijd tegen het medisch model dat stond voor hiërarchie en onvrijheid. Er was een roep naar democratisering. De nieuwe generatie wilde geen bevoogding, maar vrijheid, gelijkheid en openheid.[57] De vernieuwing betekende net als in Dennendal, ook verlies van oude waarden. In plaats van de discipline van de drie r's – rust, reinheid en regelmaat – waarmee oudere B-verpleegkundigen waren opgeleid, veranderden afdelingen in therapeutische gemeenschappen waarmee deze verpleegkundigen geen raad wisten. Hoe daarmee om te gaan?

Blok beschreef de periode waarin de B-verpleegkunde worstelde met haar beroepsidentiteit. Er was kritiek op het medisch model in de psychiatrie. Nieuwe inzichten leidden tot een sociotherapeutische en psychotherapeutische behandelcultuur. In Nederland was het vooral Jan Foudraine die in 1971 met zijn *Wie is van hout… Een gang door de psychiatrie*, de psychotherapie gestalte gaf. Deze periode ging de geschiedenis in als de 'antipsychiatrie'. De niet-medische behandelcultuur van de jaren zeventig betekende voor de patiënt dat hij zichzelf leerde genezen.[58] Maar hoe moest een verpleegkundige de patiënt leren zichzelf te genezen? Hoe moest de B-verpleegkundige zich een psycho- en sociotherapeutische rol aanmeten? Hij was daarin nauwelijks opgeleid. Bovendien was er de vraag of er dan nog wel sprake kon zijn van verpleegkunde. Het was Aktiegroep Willem binnen de psychiatrische verpleegkunde die de boel in beroering bracht en de 'hele' B-verpleegkunde mobiliseerde. Deze actiegroep eiste vernieuwingen in de B-opleiding die niet op het medisch model stoelden, maar op 'antipsychiatrische' principes. Historici hebben de Aktiegroep Willem een grote rol toebedeeld in het doorvoeren van vernieuwingen in de B-

[54] Beltman, *Buigen of barsten?*, 116.
[55] Evelien Tonkens, *Het zelfontplooiingsregime. De actualiteit van Dennendal en de jaren zestig* (Amsterdam 1999).
[56] Gemma Blok, *Baas in eigen brein. 'Antipsychiatrie' in Nederland, 1965-1985* (Amsterdam 2004) 131-165. Gemma Blok ontleende de titel 'Oorlog in de psychiatrie' aan een uitspraak van de psychiater F. van Ree. Ibidem, 131.
[57] Ibidem, 131-132.
[58] Blok, *Baas in eigen brein*, 15.

verpleegkunde. Deze studie zal die rol van de Aktiegroep Willem nuanceren. Hij was eerder een katalysator van vernieuwingen die in de jaren vijftig en zestig zichtbaar waren of zelfs al klaar lagen.

Het zal na de behandeling van bovengenoemde studies duidelijke zijn: de geschiedenis van de naoorlogse verpleegkunde in Nederland is tot nu toe uitsluitend aan bod gekomen in studies die zich hebben gericht op een bepaald veld. In dit proefschrift zal de ontwikkeling van de verpleegkunde in de volle breedte worden behandeld. Zodoende komen verschillen in het ondervinden van een identiteitscrisis goed aan het licht. Eveneens zal dan per veld de aard en hevigheid blijken waarop de identiteitscrisis werd beleefd en op welke aspecten zich dit crisisgevoel en die zoektocht naar identiteit concentreerde. Ging bijvoorbeeld het zoeken naar de identiteit in de A-verpleegkunde vooral om het zich losmaken van de geneeskunde, in de B-verpleegkunde ging de zoektocht naar een eigen identiteit daarentegen om het zich kunnen aansluiten aan de moderne stroming in de geneeskunde/psychiatrie. De Z-verpleegkunde kende weer een heel andere zoektocht, namelijk los van de geneeskunde en na de affaire in Dennendal in zekere zin ook los van pedagogiek. Ook de ziekenverzorging, MBO-V en HBO-V beleefden de zoektocht naar de taak, verantwoordelijkheid en identiteit van de verpleegkunde elk op een andere manier. De dwarsverbanden, zo zal uit deze studie blijken, waren intussen echter minstens even duidelijk aanwezig.

De jaren zestig en zeventig: maatschappelijke tendensen en protestbewegingen

> Zo er al sprake zou zijn van een breuk in de jongste geschiedenis van Nederland, dan zou die in de jaren zestig te vinden zijn en niet in de bezettingstijd.[59]

> de jaren zeventig [vormden] een belangrijke overgangsfase, een 'scharnierdecennium', tussen de decennia van de naoorlogse wederopbouw en welvaart, en de neoliberale decennia die zouden volgen.[60]

Aldus respectievelijk Hans Blom, historicus en voormalig directeur van het Nederlands Instituut voor Oorlogsdocumentatie en de Amerikaanse historicus Bruce Schulman. Deze twee citaten geven aan dat de jaren zestig en zeventig volgens veel historici een ommekeer betekenden in de recente geschiedenis. Die ommekeer is niet eenduidig te verklaren. Zoals gezegd is het lastig die jaren te interpreteren en er betekenis aan te geven door het probleem van gelijktijdigheid. Visies van historici op de aard en oorzaken van de omslag die zou hebben plaatsgevonden in de jaren zestig en zeventig jaren, verschillen daarom ook. In deze paragraaf worden enkele van die visies besproken, omdat de bredere sociaal-culturele ontwikkelingen uit die tijd een belangrijke context vormen van de identiteitscrisis in de verpleging die in dit proefschrift centraal staat. Er zal in de loop van de hierna volgende hoofdstukken dan ook geregeld naar worden verwezen.

De historicus Hans Righart zag het epicentrum van de jaren zestig in de generatiedynamiek. Hij schreef dat de 'polariteit tussen twee generatietypen, het vooroorlogse en het naoorlogse' zich ontlaadde in de jaren zeventig.[61] Hoogleraar Nederlandse geschiedenis James Kennedy stelde dat de Nederlandse elites die veelal ook tot de oudere generatie behoorden, in feite 'aanhangers [waren] en zelfs bereidwillige predikers van het

[59] Citaat uit: Hans Righart, *De eindeloze jaren zestig. Geschiedenis van een generatieconflict* (Amsterdam 2006) 13.
[60] Citaat uit: Duco Hellema, *Nederland en de jaren zeventig* (Amsterdam 2012) 17.
[61] Righart, *De eindeloze jaren zestig*, 17.

modewoord 'vernieuwing'.[62] In de razendsnel veranderende wereld kon de orde naar de mening van de elites alleen worden gehandhaafd door aanpassing. Het was juist noodzakelijk te breken met vroeger beleid. 'Om het evenwicht te bewaren moesten veel vernieuwingen worden doorgevoerd', aldus Kennedy.[63]

De sociaal wetenschapper Ido Weijers meende dat Righart en Kennedy hun respectievelijk generatie- en elitebegrip te sterk benadrukten. Hij vond dat de rol van zelfstandig en modern denkende en gezaghebbende intellectuelen onvoldoende werd onderkend. Hij sprak over een 'Doorbraak-elite' en bedoelde hiermee de nieuwe intellectuelen uit de middenklasse die als nationale 'volksopvoeders' op een aantal terreinen in de Nederlandse cultuur van na de Tweede Wereldoorlog een hoofdrol zijn gaan spelen.[64] Kennedy had het eveneens over "nieuwe professionelen' van na de oorlog, de sociologen, psychologen, maatschappelijk werkers, jeugdwerkers en docenten (…)'. Deze zouden sympathie hebben voor de idealen van de jeugd. Hun sociaalwetenschappelijke methoden zouden een niet-autoritaire dialoog met de jeugd stimuleren.[65]

Het was dus allemaal niet eenduidig in de jaren zestig en zeventig. Dat geldt ook voor de begrippen verzuiling, ontzuiling, secularisering en individualisering. Schuyt en Taverne lieten zien dat ontzuiling en secularisering geen naoorlogse verschijnselen waren. Tussen 1900 en 1947 verloor de Nederlands Hervormde Kerk bijna de helft van haar aanhang. In 1947 vormden rooms-katholieken de grootste godsdienstige groep in Nederland. In 1960 waren er meer rooms-katholieken dan hervormden en gereformeerden samen en elf jaar later zelfs meer rooms-katholieken dan gelovigen van alle andere kerkelijke gezindten, respectievelijk 40,4 en 36 procent (23,6 procent onkerkelijk).[66] Van rooms-katholieke zijde was er nog een poging om secularisering en ontzuiling tegen te gaan (of verzuiling te bevestigen) door het bisschoppelijk mandement in 1954. Toch kon volgens Schuyt en Taverne de botsing tussen kerkelijke normen en 'moderne waarden van vrijheid van vereniging en vergadering, eigen verantwoordelijkheid en keuze en democratische besluitvorming' geen stand houden.[67]

De historicus Peter van Dam ontkrachtte de mythe van de verzuiling.[68] Hij constateerde dat historici met 'terugwerkende kracht (…) de scheiding tussen de verschillende levensbeschouwelijke groepen echter veel sterker [hebben] aangezet'. Een overdrijving van geslotenheid van verschillende levensbeschouwelijke groeperingen zou passen bij het beeld van een geordende samenleving vóór de jaren zestig, die daarna op z'n kop werd gezet. 'Ze past ook bij de neiging van groepen mensen om vroegere eenheid te romantiseren', aldus Van Dam. Dat nam niet weg dat er wel segregatie was, al was die dan nooit volledig. Van Dam ontkrachtte niet 'dat er gemeenschappen bestonden die op basis van levensbeschouwing een netwerk van organisaties en een uitgebreid systeem van normen en waarden hebben opgebouwd'.[69] De voor deze studie gestelde vraag in hoeverre de verzuiling/ontzuiling en secularisering te herkennen was in de verpleegkunde tussen 1955 en 1988, kan desondanks blijven staan, ook al had Van Dam liever gezien dat de termen verzuiling/ontzuiling en

---

[62] James C. Kennedy, *Nieuw Babylon in aanbouw. Nederland in de jaren zestig* (Amsterdam en Meppel 1995) 14.
[63] Ibidem, 19.
[64] Ido Weijers, 'De slag om Dennendal. Een terugblik op de jaren vijftig vanuit de jaren zeventig' in: Paul Luykx en Pim Slot, red., *Een stille revolutie? Cultuur en mentaliteit in de lange jaren vijftig* (Hilversum 1997) 45-65, aldaar 49.
[65] Kennedy, *Nieuw Babylon in* aanbouw, 128-129.
[66] Aldus gegevens van drie volkstellingen in 1947, 1960 en 1971. Overgenomen van Schuyt en Taverne, *1950. Welvaart in zwart-wit*, 357-358.
[67] Schuyt en Taverne, *1950. Welvaart in zwart-wit*, 361.
[68] Peter van Dam, *Staat van verzuiling. Over een Nederlandse mythe* (Amsterdam 2011).
[69] Ibidem, 17, 20.

secularisering in ontmythologiseerde begrippen vervangen zouden zijn. Misschien is hier 'verpersoonlijking van het geloof' op z'n plaats, zoals historicus Bram Mellink het noemde in zijn proefschrift *Worden zoals wij. Onderwijs en de opkomst van de geïndividualiseerde samenleving sinds 1945*.[70] Mellink betoogt hierin dat traditionele geloofsgemeenschappen plaats maakten 'voor het gedeelde geloof in het zelfstandige, verantwoordelijke individu dat voortaan in staat zou zijn om eigen keuzes te maken en zichzelf in een vrije samenleving te ontplooien'.[71]

Mellink problematiseerde bovendien het begrip 'individualisering'. Hij stelde zich de vraag: 'schuilt achter het 'worden wie je bent' toch weer 'worden zoals wij'? En als dat zo is, waarom geloven Nederlanders dan zo heilig in de geïndividualiseerde samenleving?'[72] Mellink meende in zijn proefschrift dat historici het geïndividualiseerde zelfbeeld van Nederland feitelijk reproduceerden.[73] De auteur concludeerde dat 'in veel opzichten 'individualisering', de opkomst van de geïndividualiseerde samenleving, juist een groepsvormingsproces' was. Er ontstond volgens Mellink een 'collectieve individualiseringsdrang, waarbij Nederlanders idealen van vrijheid en verantwoordelijkheid beleden, maar nieuwkomers als onverantwoordelijke burgers onder curatele plaatsten.'[74]

Van de ontzuiling, secularisering en individualisering naar protest- en democratiseringsbewegingen van de jaren zestig en zeventig: het is een vertrouwde stap. Net als de protesterende studenten, provo's, Kabouters, Dolle Mina's, werden ook verpleegkundigen rond 1970 gegrepen door een emancipatie- en democratiseringsdrang. De Aktiegroep Willem en de Dennendal-affaire zijn daar de meest bekende voorbeelden van. Verplegenden in het A-veld voerden het protest met name met de pen.[75] In deze paragraaf zullen enkele van de protestbewegingen uit de jaren zestig en zeventig kort worden besproken om aan te geven in welke context (leerling-)verpleegkundigen hun werk deden en hun visie op de verpleegkunde uitten.

Een geruchtmakende beweging was de provobeweging. Het waren de kunstenaar-bohemien Robert Jasper Grootveld, de student Roel van Duijn en de volgens Righart, '*niet* toevallige aanwezigheid van de media' die zorgden voor (inter)nationale aandacht voor de jongerensubcultuur in Amsterdam. Grootveld, Van Duijn en Rob Stolk richtten op 25 mei 1965 Provo (van provoceren) op.[76] Provo had een kern van vijfentwintig tot dertig mensen die, aldus Kennedy, in politiek opzicht links georiënteerd waren. Er was geen samenhangend programma en daardoor was de provobeweging onvoorspelbaar. Dat leverde ook veel publiciteit op. Een grote botsing met het gezag was op de dag van het huwelijk van Prinses

---

[70] A.G.M. Mellink, *Worden zoals wij. Onderwijs en de opkomst van de geïndividualiseerde samenleving sinds 1945.* Proefschrift Universiteit van Amsterdam (Amsterdam 2014).
[71] Ibidem, 228.
[72] Ibidem, 18.
[73] Ibidem, 19, in de versie van zijn proefschrift op de website van de Universiteit van Amsterdam. http://dare.uva.nl/document/2/122779 (16 (16 december 2014).
[74] Ibidem, 241. http://dare.uva.nl/document/2/122786 (16 december 2014).
[75] Later, vanaf eind 1988, gingen A-verpleegkundigen de straat op om te protesteren tegen salarisachterstand, hoge werkdruk en het gebrek aan erkenning. Die acties staan bekend als De Witte Woede en gingen niet over een identiteitscrisis en vallen bovendien buiten de periode van deze studie. H.G.M. ten Vergert, *2 jaar aktie. Verslagboek van de NMV over de jaren 1989-1990* (Nederlandse Maatschappij van Verpleegkunde, Utrecht 1990) 7. W. Boog e.a., *Inleiding in de verpleegkunde en aspecten van de verpleegkundige beroepsuitoefening* (2e druk; Houten 2002) 34.
[76] Righart, *De eindeloze jaren* zestig, 189-200. Eric Duivenvoorden, *Rebelse jeugd. Hoe nozems en provo's Nederland veranderden* (Amsterdam 2015) met name 154-190. Jasper en het rokertje (1962). Film van regisseur Bas van der Lecq, website youtube. http://www.youtube.com/watch?v=WATRmo-g9nY (24 oktober 2013). Fragmenten uit It's a happening (1966), een Engelse documentaire van Michael Apted over de provobeweging, website youtube. http://www.youtube.com/watch?v=omb23Qm_RG8 (24 oktober 2013).

Beatrix met Claus von Amsberg op 10 maart 1966.[77] De provobeweging was succesvol. Kennedy citeerde uit de troonrede van koningin Juliana op 20 september 1966 de volgende veelzeggende woorden:

> Ook al uit de vernieuwingsdrang zich niet zelden in felle kritiek op gevestigde meningen en instellingen, in een democratische gemeenschap moet deze tot ernstige bezinning leiden. De Regering zal daaraan naar vermogen medewerken.[78]

En dat uit de mond van de koningin wier dochter en schoonzoon een half jaar eerder door Provo's met rookbommen waren belaagd! Kennedy wilde met dit citaat aanwijzen dat de overheid (elite) zich wilde aanpassen om de orde te handhaven. Hij zag in zekere zin wel een generatie- en cultuurconflict, maar de 'veronderstelde bodemloze ideologische kloof bleek, in elk geval in Nederland, vaak niet dieper dan een greppel'.[79] Nadat Provo zichzelf in mei 1967 ophief, pakte de Kabouterbeweging de draad weer op, met wederom Van Duijn als voorman. De Kabouters waren goed voor vijf Amsterdamse gemeenteraadszetels in 1970 – elf procent van de stemmen.[80]

Naast de acties van Provo was er ook een democratiseringsbeweging in de studentenwereld. De Studenten Vakbeweging was aanvankelijk gericht op materiële belangenbehartiging, maar ontvouwde zich als een linkse protestbeweging. Vanaf 1967 streefde de studentenvakbeweging naar hervorming van de traditionele, autoritaire bestuursstructuur van de universiteiten: de hooglerarenoligarchie.[81] Jonge medewerkers die in de hiërarchie geen status hadden, ondersteunden het streven naar democratisering. Studenten waren tegen de ophanden zijnde nieuwe vorm van managementvoering. Zij wilden medebeslissingsrecht op alle niveaus. In de democratiseringsstrijd werd het strijdmiddel van bezettingen ontdekt. Als eersten bezetten leden van de studentenbeweging Links Front, de Tilburgse Katholieke Hogeschool, in april 1969. Na een week kregen de studenten de gewenste medezeggenschap toegezegd.[82] De meest bekende bezetting is de zogenoemde Maagdenhuisbezetting in mei 1969 in het bestuurscentrum van de Gemeentelijke Universiteit aan het Spui te Amsterdam. De politie beëindigde deze bezetting na een kleine week op 21 mei 1969.[83] Net als bij de Provo's en Kabouters hadden ook de studentenprotesten succes. In 1970 kwam de Wet Universitaire Bestuurshervorming (WUB) tot stand. Deze regelde dat het hoogste bestuursorgaan van universiteiten en hogescholen samengesteld moest worden uit vertegenwoordigers van studenten en van wetenschappelijk en niet-wetenschappelijk personeel.[84]

Eind jaren zestig was er nog een actiegroep actief: Man Vrouw Maatschappij (MVM) opgericht door Joke Kool-Smit, Hedy d'Ancona en Anneke van Baalen. De groep richtte zich

---

[77] Polygoon-Profilti, 10 maart 1966, website youtube. http://www.youtube.com/watch?v=Q9nidRdJY80 (24 oktober 2013).
[78] Kennedy, *Nieuw Babylon in aanbouw*, 136.
[79] Ibidem, 144-145.
[80] Ibidem, 138. 'Eksperimentele' film over het utopia van de Kabouterbeweging in de late jaren zestig: Oranje Vrijstaat. De film is een impressie van de ideale samenleving van ex-provo en opperkabouter Roel van Duijn; gemaakt door Paul Haenen en Ruud van Hemert. Met o.a. kraakactie in de Sarphatistraat. VPRO, 29-4-1970; (CD1/827.2, 37 min)), website youtube. http://www.youtube.com/watch?v=2xXpRVSdbiU (24 oktober 2013).
[81] Hellema, *Nederland en de jaren zeventig*, 40.
[82] Ibidem, 39-41. Zie over de bezetting van de Katholieke Hogeschool Tilburg film uit de reeks 'Plaats van Herinnering' van VPRO /Geschiedenis TV, website Geschiedenis 24. http://www.geschiedenis24.nl/speler.program.7035792.html
[83] Hellema, *Nederland en de jaren zeventig*, 39-41. Voor filmbeelden van de bezetting van het Maagdenhuis, website Geschiedenis 24. http://www.geschiedenis24.nl/speler.program.7071622.html (24 oktober 2013).
[84] Hellema, *Nederland en de jaren* zeventig, 41. Website Parlement en Politiek. http://www.parlement.com/id/vhnnmt7i60x7/wetgeving_kabinet?key=g09er8v0 (16 december 2014).

op de overheersende positie van mannen in de samenleving, op rolpatronen die vastgeroest waren. MVM richtte zich op andere vormen van samenleven. Deze actiegroep zou de tweede feministische golf aanzwengelen en daarbij ook succesvol blijken. MVM kreeg invloed op onder meer officiële beleidsadviezen aan de regering. Kort daarna ontstond in 1970, een nieuwe radicalere actiegroep, Dolle Mina. Tussen MVM en Dolle Mina bestond een generatieverschil en laatstgenoemde actiegroep was meer verwant met het utopisch socialisme dat bij hen een feministische vertaling kreeg, aldus Schuyt en Taverne.[85] Dolle Mina bleek succesvol met acties als 'Baas in eigen buik' (wettelijke erkenning van recht op abortus) en de bezetting van het opleidingsinstituut Nijenrode (dat alleen toegankelijk was voor mannen). Met de MVM en Dolle Mina startte een omvangrijke, landelijke vrouwenbeweging.[86]

De internationale context: de Verenigde Staten, het Verenigd Koninkrijk en de International Council of Nurses

De identiteitscrisis die zich van de jaren vijftig tot de jaren tachtig in de Nederlandse verpleegkunde voltrok vond plaats in een periode van protestbewegingen en werd hier ook door gevoed. Nederland stond daarin niet alleen. Ook in de Verenigde Staten, het Verenigd Koninkrijk en de International Council of Nurses (1899) werd in deze periode intensief gedebatteerd over de taak, verantwoordelijkheid en de identiteit van de verpleegkunde, en werden nieuwe opleidingen ontwikkeld om de verpleegkundige van de toekomst te vormen. Het is de moeite waard om hier in de inleiding alvast kort op in te gaan, omdat Nederlandse verpleegkundigen en artsen, vooral de psychiaters, zich, zoals zal blijken in deze studie, sterk door internationale voorbeelden lieten inspireren en zelfs leiden.

Met Florence Nightingale (1820-1910) was het Verenigd Koninkrijk als de bakermat van de verpleging in de negentiende eeuw.[87] Begin twintigste eeuw trad hierin echter de wet van de remmende voorsprong op: de Verenigde Staten streefden het Verenigd Koninkrijk voorbij. In de VS konden jongeren al vanaf 1923 op hoog niveau verpleegkunde studeren aan de University School of Nursing at Yale.[88] Na de Tweede Wereldoorlog werd de opleiding in de verpleegkunde sterk verbeterd.[89] Omdat de medische wetenschap zich snel ontwikkelde, moesten verpleegkundigen steeds meer taken op zich nemen die eerder door artsen werden gedaan. 'The nursing profession, too', zo verklaarde in 1964 zelfs de Amerikaanse president Lyndon Johnson, 'is becoming more complex and exacting. The longer we delay, the larger

---

[85] Schuyt en Taverne, *1950. Welvaart in zwart-wit*, 398-399.
[86] Hellema, *Nederland en de jaren zeventig*, 59-60.
[87] Jean-Jacques Suurmond, *De spiritualiteit van Florence Nightingale* (Zoetermeer 2010).
[88] Anselm Strauss, 'The Structure and Ideology of American Nursing: An Interpretation' in: Fred Davis, red., *The Nursing Profession: Five Sociological Essays* (New York etc. 1966) 60-108, aldaar 79.
[89] De verpleegkundige en sociologe Johanna Roode schreef in haar proefschrift van 1975, dat er in 1965 in de VS een driejarige opleiding te volgen was via een ziekenhuisschool met het recht zich te laten registreren als *registered nurse* (*R.N.*). Deze opleiding had geen verticale doorstroommogelijkheid. Voorts was er een tweejarige dagopleiding voor een *Associate degree* en een vierjarige opleiding voor *Baccalaureat degree*. De verpleegkundigen met een *Associate degree* en met een *Baccalaureate degree* gaven trapsgewijs toegang tot de universiteit. Johanna Roode, *An Exploratory Study of Nursing Education in The Netherlands and the United States of America.* Proefschrift Rijksuniversiteit Utrecht (1975) 43 en 57. Voor de mogelijkheden thans in de VS, zie: P. Mistiaen e.a., *Verpleegkundigen en verzorgenden in internationaal perspectief. Een literatuurstudie naar rollen en posities van beroepsbeoefenaren in de verpleging en verzorging* (Utrecht 2011) 34-40, website Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (NIVEL). http://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/rapport-verpleging-verzorging-internationaal-perspectief.pdf (14 september 2015). Zie ook: Kate Trant en Susan Usher red., *Nurse: Past, Present and Future. The making of modern Nursing* (Londen 2010) 30-33. Joan E. Lynaugh, 'Nursing the Great Society: The Impact of the Nurse Training Act of 1964' in: Diana J. Mason e.a., *The Nursing Profession: Development, Challenges, and Opportunities* (San Francisco 2011) 181-193, aldaar 183-184.

the deficit grows, and the harder it becomes to overcome it.'[90] De Nurse Training Act van 1964 bracht een fundamentele verschuiving – en in veel opzichten verbetering – teweeg in de verpleegkundige opleidingen, door de opleidingen in ziekenhuizen af te bouwen ten gunste van dagopleidingen in *colleges*.[91] De Nurse Training Act had een groot effect. Leidden de VS in 1960 nog tachtig procent van de leerlingen op in ziekenhuisscholen, in 1980 was dat nog maar zestien procent. In 1960 werd vijf procent opgeleid voor een Associate degree, in 1980 veertig procent. Het aantal bachelors was in 1960 nog twintig procent, in 1980 meer dan veertig.[92]

De ingrijpende verschuiving van de verpleegkundige opleidingen van opleidingen in ziekenhuizen naar dagopleidingen in *colleges*, verhoogde gemiddeld gesproken niet alleen het niveau van de opleiding, maar weerspiegelde en bevestigde ook een veranderd zelfbeeld. Volgens de Amerikaanse hoogleraar in de verpleegkunde Joan E. Lynaugh waren de jaren vijftig hierbij cruciaal:

> By the 1950s it is possible to see (…) a change in self-image. Nurses began to see themselves as holding a unique therapeutic place in the care of patients, a place that involved more than the perfect execution of a series of delegated tasks. Moreover, some nurses began to insist on nurses' rights to make decisions about the care they gave patients.[93]

Verpleegkundigen raakten ervan overtuigd dat de verpleegkunde een eigen taak, verantwoordelijkheid en identiteit bezat die in plaats van in de hectische en hiërarchische omgeving van het ziekenhuis beter in een meer onafhankelijke omgeving kon worden getraind. In de vorming en bevestiging van dit nieuwe zelfbeeld speelde de beroemde Amerikaanse verpleegkundige Virginia Henderson een doorslaggevende rol. In 1960 schreef zij het door de International Council of Nursing aanvaarde boek *Basic Principles of Nursing Care*, waarin zij de verpleegkunde een eigen zelfstandige taak toebedeelde die niet langer ondergeschikt was aan de arts.[94] Deze nieuw omschreven taak vatte zij bondig samen in een definitie die haar al gauw wereldberoemd zou maken:

> The unique function of the nurse is to assist the individual, sick or well, in the performance of those activities contributing to health or its recovery (or to a peaceful death) that he would perform unaided if he had the necesarry strength, will or knowledge. It is likewise her function to do this in such way as to help him gain independence as rapidly as possible.[95]

Het waren vooral de theorie en definitie van Henderson die ook in Nederland tot in de jaren tachtig houvast gaven in de zoektocht naar de taak, verantwoordelijkheid en identiteit van verpleegkunde. Henderson werd door verpleegkundig Nederland dankbaar toegeëigend in uiteenlopende discussies en in de verschillende verpleegkundige velden.

---

[90] Lynaugh, 'Nursing the Great Society: The Impact of the Nurse Training Act of 1964', 186.
[91] Ibidem, 188.
[92] Ibidem, 190.
[93] Ibidem, 183.
[94] Lynaugh, 'From Chaos to Transformation', 135-137
[95] Ibidem, 136. In de Nederlandse vertaling is de definitie als volgt: Verplegen is 'het individu, ziek of gezond, bij te staan bij het verrichten van die activiteiten die bijdragen tot gezondheid of herstel (of te helpen vredig te sterven, wanneer geen herstel mogelijk is), en die dit individu zonder hulp zou verrichten als hij de daartoe nodige kracht, wilskracht of kennis bezat. De verpleegkundige dient dit op zulk een wijze te doen, dat de geholpene zo snel mogelijk weer onafhankelijk wordt'. Virginia Henderson, *Grondbeginselen van de verpleegkunde* (2e druk; Lochem 1976) 13.

Het Verenigd Koninkrijk vormde in Nederland in de jaren vijftig tot tachtig minder een gidsland, maar wel een land waar men zich aan kon spiegelen omdat verpleegkundigen hier worstelden met vergelijkbare problemen. Engeland en Wales kenden door middel van de Nurses Registration Act van 1919 een wettelijk geregeld kwalificatieregister. In feite waren er zes gescheiden delen in het register, elk met een eigen opleiding: een algemeen deel voor alleen vrouwelijke verplegenden en delen voor mannelijke verplegenden, kinderverpleegsters, *fever nurses*[96], psychiatrisch verpleegsters, verpleegsters in de zwakzinnigenzorg. De mobiliteit tussen velden was klein, net als in Nederland het geval was. Wanneer een algemeen verpleegkundige de psychiatrie in wilde, moest zij bijvoorbeeld twee jaar aanvullend een opleiding volgen. Dat gold ook voor de kinderverpleegster die de algemene verpleegkunde in wilde. De hoogste status had de algemeen verpleegkundige.[97]

Net als Nederland vormde ook in het Verenigd Koninkrijk het verpleegsterstekort de belangrijkste reden om veranderingen aan te brengen in het verpleegsysteem. In 1943 kwam hier om deze reden een apart register voor assistent verplegenden met een kortere opleiding.[98] Brian Abel-Smith stelde in 1960 in zijn standaardwerk *A History of the Nursing Profession* dat de organisatie van de verpleegkunde zelf schuldig was aan het personeelstekort: 'If three years of training were needed in 1890, the periode of training must now be too short. If three years are adequate now, three years must have been too long sixty years ago.'[99]

De invoering van de – gratis – *National Health Service* (*NHS*) in 1948 was onder meer een reden om het verpleegkundig systeem te herzien omdat een nog groter verpleegsterstekort dreigde. Een gedachte was om bijvoorbeeld de opleiding te verkorten (de opleiding besteedde ongeveer een kwart van de opleidingsuren aan huishoudelijk werk[100]). Dat gaf weerstand, want hoe moest het dan met de tweejarige opleiding tot assistent verplegende en bood een tweejarige opleiding wel voldoende kwaliteit?[101]

Vanaf de Tweede Wereldoorlog legde het Verenigd Koninkrijk een decennialange weg af voordat de opleiding tot verpleegkundige was herzien.[102] Verschillende naoorlogse rapporten, aanbevelingen en experimenten van hoge opleidingen aan universiteiten – onder meer 1956 in Schotland, 1957 in Engeland en 1969 in Wales[103] – culmineerden in 1986 in het *Project 2000: a new Preperation for Practice* voor het Verenigd Koninkrijk. De voornaamste aanbevelingen in het *Project 2000* waren: een driejarige opleiding waarvan de eerste twee jaren waren bestemd voor een algemene opleiding en één jaar voor een segment in de verpleging: volwassenverpleging, kinderverpleging, psychiatrische verpleging en verpleging in de verstandelijk gehandicaptenzorg. Een van de belangrijkste veranderingen, zo zette Karen Ousey uiteen, was net als in de VS 'the movement out of schools of nursing based on hospital sites, to university based education'.[104] Het totale programma zou opleiden tot het *Diploma in*

---

[96] *Fever nurses* waren van oorsprong verpleegsters die opgeleid werden voor patiënten met een besmettelijke ziekte zoals pokken en (buik)tyfus. Nederland kende tot in de jaren dertig een vergelijkbare verplegende. In 1910 kwam er een opleiding tot huisbezoekster die na de A-opleiding als aantekening 'huisbezoekster bij de tuberculosebestrijding' gevolgd kon worden. In 1932 kwam deze aantekening te vervallen.
[97] Brian Abel-Smith, *A History of the Nursing Profession* (Londen 1960) 96-97 en 114.
[98] Ibidem, 161-175, 176 e.v.
[99] Ibidem, 243.
[100] Ibidem, 183.
[101] Abel-Smith, *A History of the Nursing Profession*, 183-190. Monica E. Baly, *Nursing and Social Change* (3e druk; Londen en New York 1995 [digitale oplage 2004/2011]) 188-195. Margaret Green, 'Nursing Education - 'Reports are not Self-Executive'' in: Baly, *Nursing and Social Change*, 295-310, aldaar 300. Robert Dingwall e.a., *An introduction to the Social History of Nursing* (Londen 1988 [digitale oplage 2003]) 116-122.
[102] Green, 'Nursing Education - 'Reports are not Self-Executive'', 295-310.
[103] Ibidem, 302.
[104] Karen Ousey, 'The Changing Face of Student Nurse Education and Training Programmes' in: *Wounds UK* 7 (2011) 70-76, aldaar 76, website University of Huddersfield, 2011. http://eprints.hud.ac.uk/10084/1/ouseycontent_9838.pdf (25 oktober 2013).

Higher Education (DipHE) dat vergelijkbaar is met het Associate degree in de VS. In 1988 gingen dertien districten volgens het (aangepaste) *Project 2000* werken en in 1993 hadden alle opleidingen hun programma's veranderd in het *Project 2000*.[105]

Het rapport *Project 2000* maakte duidelijk dat het Verenigd Koninkrijk naast het verpleegsterstekort ook andere knelpunten tot verandering in de opleiding hadden geleid die vergelijkbaar waren met de situatie in Nederland. Ook hier werd geklaagd dat instellingen de leerlingen gebruikten als goedkope krachten voor werkzaamheden die niets met verplegen te maken hebben. Theorie en praktijk zouden niet aansluiten, de opleidingen zouden versnipperd, verdeeld en verschot zijn.[106] Eveneens waren hier grote zorgen over de positie van de verpleegkundige in de totale structuur van de verpleegkunde. Verschillende lengtes van opleidingen gaven verwarring voor de rol van de verpleegkundige. Er was frustratie en die leek vooral de 'ouderwetse' opleidingen aangerekend te worden en niet het beroep. Toch leek hier, anders dan in Nederland, geen sprake van een algemene beroepsidentiteitscrisis, want het aandeel van het beroep werd juist veelbetekenend geacht, zoals blijkt uit de volgende woorden:

> There were less tangible phenomena too; a feeling that the professions as a whole were not commanding respect, not able to participate as fully and as equally as they might in a service where their contribution was so significant.[107]

De Engelse geschiedschrijving van de naoorlogse verpleegkunde lijkt opmerkelijk genoeg weinig problemen te zien betreffende de verlengde arm-constructie. In haar recente overzicht van het vakgebied erkent Helen Sweet wel dat de medisch technologische ontwikkeling een hiërarchie veroorzaakte binnen de verpleegkunde zelf:

> This interdependent relationship between medicine and nursing produced a hierarchical shift within nursing: the more sophisticated the technology involved in a nursing specialty, the higher its perceived status became.[108]

Deze ontwikkeling zorgde ervoor dat onder meer de verpleegkunde in de geriatrie en psychiatrie relatief verwaarloosd raakte.[109] De psychiatrische verpleegkunde zou bij de invoering van de National Health Service in 1948 zelfs 'in a state of crisis' hebben verkeerd: het opleidingsniveau van de staf liet te wensen over, de moraal was niet best en de salarissen waren laag.[110] De psychiatrische verpleegkunde was ondergeschikt aan de algemene verpleegkunde, terwijl algemeen verpleegkundigen er weinig voor voelden om zich te wijden aan psychiatrische verpleegkunde.[111] In de vroege jaren zestig belandde de psychiatrische verpleegkunde in het Verenigd Koninkrijk volgens verschillende historici in 'a crisis of occupational identity, which has left it exposed to encroachment from two directions'. Enerzijds kwam dat, net als in Nederland, door de invloed van nieuwe beroepsbeoefenaren op de gebieden van het maatschappelijk werk en de psychologie en anderzijds vanwege het

---

[105] Green, 'Nursing Education - 'Reports are not Self-Executive'', 307, 309. Zie ook: Ousey, 'The Changing Face of Student Nurse Education and Training Programmes', 70-76.
[106] United Kingdom Central Council for Nursing, Midwifery and Health Visiting, *Project 2000: a New Preperation for Practice* (1986) 12-13.
[107] Ibidem, 13.
[108] Helen Sweet, 'The Evolution of Professional Nursing' in: Trant en Usher, red., *Nurse: Past, Present and Future.* 10-20, aldaar 14.
[109] Ibidem.
[110] Dingwall e.a., *An Introduction to the Social History of Nursing*, 136-137.
[111] Ibidem, 142-143. Peter Nolan, 'Mental Health Nursing – Origins and Developments' in: Baly, *Nursing and Social Change*, 250-263, aldaar 253.

voorstel om van de psychiatrische verpleging een uitstroomvariant te maken op de op het medisch model gestoelde algemene verpleging.[112] Begin jaren tachtig hadden psychiatrisch verpleegkundigen nog een flinke strijd te voeren 'to ensure the survival of mental nursing'.[113] Een vergelijkbare worsteling zou er in Nederland ook komen.

De internationale coördinerende activiteiten van de Internationale Council of Nurses (ICN) maakte in Nederland en andere landen de zoektocht naar de taak, verantwoordelijkheid en identiteit van de verpleegkunde er niet in alle opzichten gemakkelijker op.[114] Omdat steeds meer nationale beroepsverenigingen zich bij de ICN hadden aangesloten en de verschillen in opvattingen en praktijken tussen de landen steeds verder uit elkaar begonnen te liggen, accepteerde de ICN in 1959 het voorstel van de Finse verpleegorganisatie om de verpleegkunde te gaan definiëren. De ICN richtte zich daarbij op het definiëren van een algemene verpleegkunde, wat impliceerde dat de niet-algemene verpleegkunde, zoals de B-verpleegkunde in Nederland, geen internationale erkenning kreeg. Vele landen protesteerden tegen deze restricties, want zo vond bijvoorbeeld een afgevaardigde van India dat 'international policies and international actions are only possible if one does not deny the differences in identity of various nations and the differences in the problems they face.'[115] Ook Nederlandse afgevaardigden hebben, tevergeefs, gepleit voor internationale erkenning van onze B-verpleegkunde, zo zal blijken in hoofdstuk 2.

Bronnen en opzet van deze studie

Om de zoektocht naar de taak, verantwoordelijkheid en identiteit van de verpleegkunde in Nederland van de jaren vijftig tot de jaren tachtig systematisch in kaart te kunnen brengen, heb ik voor deze studie gebruik gemaakt van een brede waaier aan primaire bronnen. In de eerste plaats heb ik in de archieven van onder meer het Ministerie van Onderwijs en Wetenschappen, het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, de Centrale Raad voor de Volksgezondheid, en de Inspecteurs van het Staatstoezicht op Krankzinnigen en Krankzinnigengestichten onderzoek gedaan naar alle relevante rapporten, brieven en andere documenten. Daarnaast zijn de besluiten en regelingen die betrekking hebben op de verschillende wetten op de verpleegkundige opleidingen bestudeerd. Ook heb ik relevante artikelen en ingezonden brieven bestudeerd die in de onderhavige periode zijn verschenen in het belangrijkste vaktijdschrift *Tijdschrift voor Ziekenverpleging*, evenals in de vaktijdschriften *KLIK. Maandblad voor de Zwakzinnigenzorg*, *Tijdschrift voor Bejaarden-Kraam- en Ziekenverzorging*, *IPZ. Orgaan van het Interkerkelijk Protestants Ziekenhuisbureau*. In aanvulling op een flink aantal brochures en studies over de verpleegkunde heb ik net als Spijker in *Mooi en beschaafd verplegen* uitvoerig onderzoek gedaan naar de belangrijkste lesboeken verpleegkunde die in deze periode in verpleegkundige

[112] Dingwall e.a., *An Introduction to the Social History of Nursing*, 144.
[113] Nolan, 'Mental Health Nursing – Origins and Developments', 260.
[114] Joan E. Lynaugh, 'From Chaos to Transformation' in: Barbara L. Brush en Joan E. Lynaugh, red., *Nurses of All Nations. A History of the International Council of Nurses, 1899-1999* (Philadelphia etc.1999) 111-147, aldaar 133. Nederland is vanaf het begin betrokken geweest bij de oprichting van de International Council of Nurses (ICN). In 1909 kreeg Nosokómos, de Nederlandsche Vereeniging tot Bevordering der Belangen van Verpleegsters en Verplegers, het lidmaatschap van de ICN. Daarmee kreeg de Nederlandse opleiding internationale erkenning. Per land kon/kan er één beroepsorganisatie lid worden die bovendien alleen verplegenden als lid mag hebben. De toen veel grotere en invloedrijkere Nederlandsche Bond voor Ziekenverpleging, viel daardoor buiten de boot omdat ook artsen daarvan lid waren. Thans is lid, na vele fusies, de Beroepsorganisatie van de verpleging en verzorging NU'91. Voor een overzicht van fusies en naamsveranderingen, zie: Van der Meij-de Leur, m.m.v. Klijnsma, *Van olie en wijn*, 180-182. 'Over ons', website Nieuwe Unie'91 (NU'91). http://www.nu91-leden.nl/over-ons/ (1 augustus 2014).
[115] Lynaugh, 'From Chaos to Transformation' 133-135, aldaar 134.

opleidingen werden gebruikt. Ik heb daarbij niet alleen gezocht naar de manier waarop lesboeken de taak, verantwoordelijkheid en identiteit van de verpleegkunde werd beschreven, maar ook om aan de hand van enkele concrete thema's – het eten/de maaltijd, het sterven/de dood en enkele verpleegtechnische vaardigheden – inzicht te krijgen in de wijze waarop veranderingen in de opvatting over verpleegkunde en verpleegkundige opleidingen hun weerslag kregen in de concrete les- en verpleegpraktijk.[116] Ten slotte heb ik ook enkele vraaggesprekken gehouden met (oudere) verpleegkundigen, enkele audiovisuele documenten, egodocumenten en andere bronnen gebruikt.

Deze studie kent na deze inleiding zes hoofdstukken en een slotbeschouwing. Elk hoofdstuk behandelt een opleiding tot verplegende en begint als het ware telkens opnieuw in de tijd en haakt daarbij steeds in op wat in eerdere hoofdstukken is geschreven. Zo wordt bijvoorbeeld de noodzaak tot de instelling van de opleiding tot ziekenverzorgende in het eerste hoofdstuk zichtbaar, maar pas in het vierde hoofdstuk uitgewerkt.

Hoofdstuk 1 behandelt de opleiding tot A-verpleegkundige die met wetgeving in 1921/1924 in het leven was geroepen. Over en voor deze inservice-opleiding, waar verpleegkundigen het vak leerden in een algemeen ziekenhuis, zijn veruit de meeste (overheids)rapporten gepubliceerd: de A-verpleging vormde het grootste veld van de hele verpleegkunde. In dit hoofdstuk zal uitgebreid worden stilgestaan bij de problemen die verpleegkundigen sinds de jaren vijftig ervoeren in hun beroepsuitoefening. In hun drang naar gelijkwaardigheid en medezeggenschap ondernamen (leerling-)verpleegkundigen verschillende initiatieven om hun taak, verantwoordelijkheid en identiteit opnieuw te definiëren in relatie tot zowel de machtige artsen als de nieuwe beroepsbeoefenaren en ziekenverzorgenden. In dit hoofdstuk zal omschreven worden op welke wijze de inservice-opleiding aan nieuwe opvattingen werden aangepast. Zoals zal blijken worden in dit hoofdstuk verschillende thema's, ontwikkelingen, organisaties en personen geïntroduceerd die in de rest van deze studie nog regelmatig zullen terugkomen.

In hoofdstuk 2 zal de inservice-opleiding tot B-verpleegkundige centraal staan, die in Nederland in 1921/1924 wettelijk was ingesteld. In dit hoofdstuk zal blijken dat deze opleiding een heel andere zoektocht aflegde dan de A-opleiding. Het ziet er naar uit dat de B-verpleegkund(ig)e als eerste openlijk kampte met een identiteitscrisis. De psychiatrische verpleegkunde worstelde zich los van het medisch model, maar kreeg een nieuw probleem omdat zij in een nieuwe verlengde arm terecht kwam, namelijk in die van op niet-medisch gestoelde beroepsgroepen, zoals de klinisch psychologen en de psychiaters die kritisch waren ten opzichte van het medisch model. In dit hoofdstuk komt dit vraagstuk uitgebreid aan de orde. Er wordt gekeken hoe tijdgenoten dit dilemma probeerden op te lossen. De Aktiegroep Willem, die in de literatuur reeds vrij veel aandacht heeft gekregen, zal uitgebreid onder de loep worden genomen, maar vanuit een nieuw perspectief. Dan zal blijken dat de vernieuwende betekenis van deze beweging flink bijgesteld moet worden.

Hoofdstuk 3 is gereserveerd voor de in 1958 gestarte en vanaf 1977/1978 wettelijk erkende opleiding tot Z-verpleegkundige. In dit hoofdstuk zal duidelijk worden waarom de overheid in deze periode alsnog een wettelijke regeling trof voor deze nieuwe inservice-opleiding, terwijl er sprake was van opheffing van de inservice-opleidingen en er bovendien twee generieke opleidingen in het leven waren geroepen die ook de zwakzinnigenzorg in het curriculum hadden. In dit hoofdstuk wordt de snelle ontwikkeling van de Z-opleiding zichtbaar in een nog A- en B-verpleegkundig regime. Het hoofdstuk zal grondig stil staan bij de zogenaamde Dennendal-affaire, die in de literatuur eveneens al meermaals is bestudeerd: niet om het al veel gepubliceerde opnieuw te doen, maar om te laten zien hoe de experimentele Z-opleiding zich verhield tot het antipedagogiseringsbeleid van Dennendal en

[116] Met het thema het sterven/de dood wordt alleen de natuurlijke wijze van sterven bedoeld. Dat betekent dat complexe vraagstukken rondom suïcide, euthanasie en abortus niet aan de orde zijn.

welke impact die had op de hele Z-opleiding, die nog steeds sterk uitging van pedagogiek en psychologie. Over de Z-opleiding in Dennendal is nog weinig gepubliceerd en dankzij inzage in een nog gedeeltelijk gesloten archief komt daar nu verandering in.

In hoofdstuk 4 is de opleiding tot Ziekenverzorgende aan de beurt, die in 1963/1965 wettelijke erkenning kreeg. Hoewel deze opleiding en dit hoofdstuk formeel gesproken buiten het domein van verpleegkunde valt, paste de ziekenverzorging in de structuur van de verpleegkunde. Wat tot nu toe onderbelicht is gebleven is dat de opleiding tot Ziekenverzorgende twee oorsprongen heeft gehad die in de jaren zestig gaandeweg bij elkaar kwamen. In dit hoofdstuk zal worden beschreven hoe de ziekenverzorging van een verplegings-assistent een beroep werd met een eigen doelgroep. Eveneens zal in dit hoofdstuk vanuit een nieuwe invalshoek blijken hoe de ziekenverzorging indirect grote invloed kreeg op het curriculum van de HBO-V, waarbij ook de ten onrechte gemarginaliseerde verpleegkundige theorie van mevrouw J.A. van den Brink-Tjebbes de aandacht zal krijgen die zij verdient.

Hoofdstuk 5 zal zijn gewijd aan de eerste Nederlandse dagopleiding tot generiek verpleegkundige: de MBO-V (1972). Deze nieuwe opleiding was een ongekende doorbraak in de Nederlandse geschiedenis van de verpleegkunde. Niet eerder waren er in Nederland verpleegkundigen opgeleid voor de volle breedte van de verpleegkunde en die bovendien gedurende de hele opleiding leerling konden zijn en geen werknemer. De scholen pakten het direct anders aan dan de inservice-opleidingen door ook vanuit de sociologie de verpleegkunde vorm te geven. De MBO-V van Rotterdam ging daarin heel ver. Daar vormde de agogiek en de levensfasen van de mens zelfs de twee pijlers van de opleiding. De MBO-V was om andere redenen gedoemd te mislukken en in dit hoofdstuk wordt het gevecht om behoud van deze opleiding in beeld gebracht.

De eerste dagopleiding tot generiek verpleegkundige op HBO-niveau (1972), die in hetzelfde jaar startte als de MBO-V, wordt behandeld in hoofdstuk 6. De opstart van deze opleiding van de Commissie Hogere Beroepsopleiding Verplegenden kan worden gezien als een zoektocht op hoog niveau naar de taak, verantwoordelijkheid en identiteit van wat verpleegkunde is. Deze commissie vormde een revolutie in de verpleegkunde, omdat de verpleegkunde voor het eerst daadwerkelijk wetenschappelijke ambities toonde. Hoewel de HBO-V weerstand kreeg in de praktijk, liep deze opleiding toch voorop in de ontwikkeling van de Nederlandse verpleegkunde, wat uiteindelijk resulteerde in het Verpleegkundig Beroepsprofiel van 1988. In de Slotbeschouwing zullen ten slotte diverse dwarsverbanden worden gelegd en algemene conclusies worden getrokken.

1. De A-verpleegkunde in de fuik van de geneeskunde

> Houd de naam van Uw ziekenhuis, Uw corps hoog. Streef er naar, Uw beroep te verheffen. In dezelfde mate als het aanzien der verplegenden stijgt, neemt het vertrouwen in hen toe. Gij doet oneindig meer voor Uw patiënt, als ge hem vertrouwen in de verplegenden geeft, dan wanneer ge hem technisch wel uitstekend helpt, doch hem door Uw optreden dit vertrouwen ontneemt, zodat hij zich in Uw hoede niet veilig en geborgen weet.[1]

Dit tiende van de 'Tien geboden der verplegenden' van zuster H.A. Melk, kreeg in 1949 nog een plaats in haar lesboek *De praktijk der ziekenverpleging*. Het viel niet mee om dit gebod na te komen, want na de Tweede Wereldoorlog daalde, door een samenloop van omstandigheden, het aanzien en het zelfvertrouwen van de A-verpleegkundige. De A-verpleegkundige kwam zelfs in een diepe identiteitscrisis terecht. De medisch-technische ontwikkeling had de verpleegkundige mee gezogen en ervoor gezorgd dat de verpleegkundige een breder en gecompliceerder takenpakket kreeg. Hierdoor werd het steeds lastiger om de taken en verantwoordelijkheden van de verpleegkundige – praktisch en juridisch – af te bakenen. De verpleegkunde ging zich analoog aan medisch specialismen opsplitsen in diverse specialismen zoals urologie en cardiologie. Om de handen vrij te krijgen voor meer complexere taken werden basiswerkzaamheden gedelegeerd aan een nieuwe beroepsgroep van ziekenverzorgenden. Daarnaast, hoe tegenstrijdig, werden taken en verantwoordelijkheden afgeknabbeld door nieuwe beroepsgroepen, zoals diëtisten, fysiotherapeuten en maatschappelijk werkers. De verpleegkunde kon de wetenschappelijke ontwikkeling niet bijhouden vanuit de eigen discipline, of beter gezegd: vanuit een duidelijk breed gedeeld idee over de specifieke taak en werkwijze van de eigen discipline. De algemene verpleegkunde raakte – praktisch en theoretisch – uitgehold.

Naast de existentiële vraag naar de precieze taakafbakening van hun werk, kwam het zelfvertrouwen en het zelfbewustzijn van A-verpleegkundigen in de algemene ziekenhuizen ook op andere manieren steeds meer onder druk te staan. Veel (leerling-)verpleegkundigen begonnen zich in toenemende mate te storen aan de strikte hiërarchie en de machtige (mannelijke) artsen en bazige hoofdzusters die de lakens uitdeelden. Leerlingen voelden zich 'geëxploiteerd', omdat zij vooral als werkneemsters werden ingezet. Bovendien moesten zij 'dubbel' zo hard werken door een hardnekkig 'verpleegsterstekort'. Dat maakte het noodzakelijk dat ziekenhuizen de eisen aan aspirant-leerlingen verlaagden, met als gevolg dat de status van de A-opleiding en de beroepsgroep in zijn geheel devalueerde. Intussen voelden veel mannelijke verplegers, die in de algemene ziekenhuizen een kleine minderheid vormden, zich op hun beurt door vrouwelijke verpleegsters gemarginaliseerd. Maar toch, hoewel alle bovengenoemde ontwikkelingen de verpleegkundigen steeds meer frustreerden, nam tegelijkertijd hun zelfbewustzijn toe. Al in de jaren vijftig begonnen zij zich – vooral met de pen – tegen heersende gezagsverhoudingen te verzetten, waarbij zij vooruitliepen op de bredere maatschappelijk emancipatietendensen die typerend zijn voor de jaren zestig.

Dit hoofdstuk geeft een systematische reconstructie van de zoektocht die vanaf de jaren vijftig in vaktijdschriften, commissies, werkgroepen, beroepsgroepen, conferenties, adviesraden en ministeries werd ondernomen om de taak, verantwoordelijkheid en de identiteit van de A-verpleegkunde te herdefiniëren en aan te passen aan de moderne tijd. Om te beginnen zal de problematische positie van de A-verpleegkundige worden beschreven. De beroepsgroep was hard op weg te devalueren. Om dit te voorkomen stelden autoriteiten diverse commissies en werkgroepen in, die de A-verpleging met nieuwe taakomschrijvingen

[1] H.A. Melk, *De praktijk der ziekenverpleging* (4e druk; Gorinchem 1949) 4.

en een andere inrichting van de A-opleiding als het ware moesten redden van een ondergang. De afgrenzing van de taak ven de verpleegkunde bleek moeilijk, zo niet onmogelijk. De grenzen met de andere beroepsgroepen waren vaag of overlapten elkaar. De discussie, zo zal blijken, bleef veelal hangen in het wel of niet mogen doen van geneeskundige handelingen. Geïnspireerd door Amerikaanse theoretici, zoals Virginia Henderson, drong geleidelijk wel een nieuwe, meer op de verpleegkunde zelf gerichte, taakomschrijving van de verpleegkunde door, die het zelfvertrouwen en de identiteit van de beroepsgroep kon versterken. Het hoofdstuk besteedt uitvoerig aandacht aan de discussies, plannen en maatregelen om het niveau van de A-opleiding te verhogen en aan te passen aan de nieuwe verhoudingen in de algemene ziekenhuizen, evenals aan de internationale regelgeving van de Europese Economische Gemeenschap (EEG). Bijzondere aandacht zal tevens uitgaan naar de mannelijke verpleger, die een aparte positie innam in de 'vrouwenwereld' en zich op een eigen manier emancipeerde. Om aan te tonen hoe de A-verpleegkunde zich door voortschrijdende technologische veranderingen en wetenschappelijke inzichten ontwikkelde en hoe de nieuwe opvattingen over de taak van de verpleegkunde in de didactiek en de praktijk op de werkvloer tot uitdrukking kwamen, zal ten slotte worden bestudeerd hoe in de meest gangbare lesboeken verpleegkunde drie belangrijke thema's werden besproken: enkele medisch-technische vaardigheden, het eten/de maaltijd en het sterven/de dood.

Misstanden in de verpleging: een spraakmakend debat (1957-1958)

De algemene ziekenhuizen waren in Nederland in de jaren vijftig sterk hiërarchisch georganiseerd. De verpleegster had in dat kaste-achtige systeem niet veel in te brengen. Het was daarom opmerkelijk dat iemand uit de hoogste rangorde, de arts H.R. Bax, met een opzienbarend artikel in 1957 een debat uitlokte en een half jaar lang een stroom aan reacties veroorzaakte.[2] Bax had het lef om enkele belangrijke misstanden in de verpleging aan de kaak te stellen. Hij stelde daarbij twee hoofdpunten aan de orde: de uitbuiting van leerling-verpleegsters en de strakke hiërarchie in ziekenhuizen. Lef hadden ook de redacteuren van het *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* door Bax' revolutionaire artikel te plaatsen.[3] De reacties op zijn artikel geven een goed beeld van de snelle omwenteling die zich eind jaren vijftig van de twintigste eeuw voltrok in de denkbeelden over de positie van de (leerling-)verpleegster ten opzichte van arts, de hoofdzuster en andere beroepsbeoefenaren in het ziekenhuis.

Volgens Bax vormden verpleegsters een beroepsgroep die een uitermate grote verantwoordelijkheid droeg. Hij gaf zelfs een paragraaf de titel 'Verplegen is een vak'. Hiermee zei hij dat verpleegsters meer maatschappelijke erkenning verdienden. Hij kende naar eigen zeggen nauwelijks een ander beroep 'waar reeds de leerling tot zulk een verantwoordelijk werk wordt geroepen'.[4] Maar deze leerlingen werden wel op bedenkelijke wijze geëxploiteerd. Volgens hem bestonden er vele afdelingen, zelfs vele ziekenhuizen, waar nauwelijks gediplomeerde zusters aanwezig waren en het overgrote deel van het werk door leerling-verpleegsters werd uitgevoerd. Deze leerling-verpleegsters werden volgens Bax veel te laag betaald, hetgeen in zijn ogen het grote verpleegsterstekort verklaarde waar veel ziekenhuizen mee kampten. Bovendien vond Bax dat de (leerling-)verpleegster 'somtijds teveel het ambt van dienstbode of werkster' moest bekleden.[5] Hij erkende dat deze werkzaamheden er bij hoorden om een allround verpleegster te worden, maar het mocht niet

[2] H.R. Bax, 'Critiek op de opleiding tot verpleegster', *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 10 (1957) 620-629.
[3] Dit artikel werd in iets verkorte vorm gelijktijdig gepubliceerd in het *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*. Bax, 'Critiek op de opleiding tot verpleegster', 621.
[4] Bax, 'Critiek op de opleiding tot verpleegster', 623.
[5] Ibidem, 624.

zo zijn dat zij dit werk verrichtte 'om andere hulp uit te sparen'.[6] Bax verwierp de stellingname dat de leerling door 'dit soort werk een zekere 'loutering' zou ondergaan'.[7] Gelouterd zou zij gedurende de opleiding toch wel worden, want daarvoor kreeg zij in de praktijk 'teveel belevenissen' te verwerken, die 'nauwelijks met haar jeugd' overeen zouden stemmen.[8] De exploitatie van leerling-verpleegsters uitte zich, volgens Bax, ook in het inroosteren van lessen voor de A-opleiding. Die werden gepland in de avonduren, nadat zij hun onderbetaalde werk in het ziekenhuis hadden verricht. Leerling-verpleegsters verdienden om les te krijgen op tijdstippen wanneer zij 'lichamelijk en geestelijk fris zijn' en 'waarbij de cursus als een werkuur wordt opgevat'.[9]

Niet alleen bekritiseerde Bax de exploitatie van leerling-verpleegkundigen, ook hekelde hij de sterke hiërarchie in de ziekenhuizen. Artsen zouden veel te gemakkelijk profiteren van de verpleegster, zonder daar voldoende erkenning tegenover te stellen. Er was een te grote afstand tussen arts en verpleegster en dat zou niet alleen komen omdat de artsen neerkeken op de verpleegster, maar ook omdat de verpleegster zelf de arts teveel verhief. Bax stond daarentegen 'teamwork' voor.[10] Het concept *teamwork*, zoals Bax toelichtte, leek in de hiërarchische context van het ziekenhuis een opmerkelijke democratische vernieuwing in te houden: 'De een is niet belangrijker dan de ander. Slechts de persoonlijke kwaliteiten zijn van belang.'[11] Het zou volgens Bax niet gemakkelijk worden om 'deze heilstaat' te bereiken. De arts zou een ander gedrag moeten tonen: gemoedelijker, minder gewichtig, belangstelling hebben voor de leerling. Dat betekende onder meer dat de arts de leerling op de hoogte moest stellen van de ziekte die de patiënt had door bijvoorbeeld bijeenkomsten te organiseren. Dat was een grensverleggend streven, want in de ziekenhuizen waar Bax het over had – eind jaren vijftig – was het nog gebruikelijk dat 'slechts de afdelingshoofden resp. de verantwoordelijke zusters van de aard der kwalen op de hoogte' waren.[12] Maar ook gediplomeerde verpleegsters zouden hun gedrag moeten aanpassen. De verpleegstersopleiding zou moeten laten zien dat de arts aanwijzingen van de verpleegster nodig had bij het doen van zijn werk. En hoofdverpleegsters zouden de leerlingen minder als voetvegen moeten behandelen en meer in het overleg moeten betrekken. Voor sommige hoofdzusters en eerste verpleegsters betekende het begrip 'overleg' verlies van prestige. Zij namen, volgens Bax, liever een militair standpunt in. Veel hoofdverpleegsters waren zelf gedrild in hun eigen opleiding en zij beschouwden deze harde leerschool als noodzakelijk voor een goede vorming.[13] Het zou dus niet gemakkelijk worden om de positie van leerling-verpleegsters te verbeteren.

Dat eind jaren vijftig juist een arts de achtergestelde positie van de verpleegster aan de kaak stelde, lijkt op het eerste gezicht te stroken met wat James Kennedy betoogde in zijn boek *Nieuw Babylon in aanbouw*. Kennedy stelt hierin dat de Nederlandse elites in de lange jaren zestig 'bereidwillige predikers' waren 'van het modewoord 'vernieuwing''. Volgens Kennedy zouden 'veel Nederlandse elites zich verzoenen met de in hun ogen onvermijdelijke moderniseringsprocessen'.[14] Met de actie van Bax lijkt deze bereidwillige vernieuwing van de elite al in de jaren vijftig zichtbaar geworden en dat nog wel in als hiërarchisch bekend staande ziekenhuizen. Toch gaat deze redenering niet helemaal op. Bax nam onder zijn

---

[6] Ibidem.
[7] Ibidem.
[8] Ibidem.
[9] Ibidem, 626.
[10] Ibidem, 625.
[11] Ibidem.
[12] Ibidem, 626.
[13] Ibidem, 624-628. Een voorbeeld van een verpleegster die prat ging op haar harde werken in het verleden is te lezen in een reactie op Bax: S.P. Winter, 'Vermaningen van een oud-hoofdverpleegster', *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 11 (1958) 261-262.
[14] Kennedy, *Nieuw Babylon in aanbouw*, 14 en 25.

collega's een zeer uitzonderlijk standpunt in. De meeste artsen in de algemene ziekenhuizen in Nederland zouden zich voorlopig nog niet verzoenen met de door hem voorgestelde democratiseringsprocessen.

Bax' maakte met zijn onthutsende analyse van de achtergestelde positie van de (leerling-)verpleegsters in de algemene ziekenhuizen in Nederland bijzonder veel los. Binnen een mum van tijd werd het *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* overspoeld door ingezonden brieven en andere reacties vanuit het veld. De verpleegster Albertine Brij, adjunct-directrice van het Gemeente Ziekenhuis Coolsingel te Rotterdam, kaatste direct de bal terug door te stellen dat de afstand tussen arts en verpleegster vooral werd veroorzaakt door de arts en diens eigen opleiding. De artsenopleiding zou wat meer open moeten staan voor de organisatie van de afdeling door bijvoorbeeld rekening te houden met de tijden van het visitelopen. Tijdens de ronde deed de arts daarbij vaak een beroep op de verpleegster voor niet verpleeg-gerelateerde karweitjes zoals het vooraf verzamelen van medische gegevens (statussen, röntgenfoto's).[15] Anderen bevestigden Bax' analyse door bijvoorbeeld te beschrijven hoe artsen zich afzonderden door met elkaar en met de hoofden koffie te drinken en niet met de verpleegsters in de keuken.[16] Het kantoor van de hoofdverpleegster was een 'heiligdom', dat de (leerling-)verpleegster het liefst vermeed. De hoofdverpleegster voerde vaak 'een militaire discipline'.[17] Het waren ook alleen de hoofdverpleegsters die beoordeelden of de arts bij de patiënt geroepen moest worden.[18]

Verpleegsters herkenden zich veelal volledig in Bax' stelling dat zij 'somtijds teveel het ambt van dienstbode of werkster' bekleedden. Twee briefinzendsters vonden het

> niet bemoedigend voor een leerling-verpleegster, wanneer ze ziet dat een verpleegster, al jarenlang gediplomeerd, een groot deel van de dag vult met het schoonmaken van spoelkeukens en het opmaken van bedden.[19]

In de reacties op Bax' artikel kwamen al snel meerdere punten aan het licht die hij zelf niet had aangeroerd, maar die de verpleegsters eind jaren vijftig steeds meer dwars gingen zitten: het gebrek aan privacy van de (leerling-)verpleegster, de neiging van nieuwe beroepsgroepen om zichzelf boven de verpleegsters te stellen en het gebrek aan persoonlijkheidsvorming van leerlingen in de A-opleiding.

Een hoofdverpleegster, die alleen ondertekende met H., wijdde een stevige brief aan het gebrek aan privacy dat verpleegsters in de zusterhuizen ervoeren. Met enig scepsis riep zij in een reactie op Bax' artikel op om

> de diensttijden [te] herzien en misschien zo [te] regelen, dat de leerlingverpleegsters niet zo erg buiten het gewone normale leven komen te staan; niet alleen mooie ziekenhuizen [te] bouwen, maar ook gezellige zusterhuizen met als het kon één-persoonskamers voor de leerlingverpleegsters, zodat zij tenminste op één plaats zichzelf kunnen zijn; daarbij levenslustige hoofdzusters, vriendelijke doktoren en misschien iets van het geld, wat U hen voorspiegelt in Uw artikel.[20]

---

[15] Albertine Brij, 'Commentaar door zr. Albertine Brij', *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 10 (1957) 703-707, aldaar 704-705.
[16] C.G. v.d. H., 'Blij met de opleiding in Nederland', *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 11 (1958) 758-761 [28-31], aldaar 759 [29].
[17] I.R., 'Begrip voor ons werk', *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 11 (1958) 50-51, aldaar 50.
[18] C.G. v.d. H., 'Blij met de opleiding in Nederland', 760 [30].
[19] T. van Leeuwen en A. van Leeuwen, 'Extra nadruk op enkele punten', *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 11 (1958) 55-56, aldaar 55.
[20] H. 'Dit schrijft de hoofdzuster van een kinderafdeling', *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 10 (1957) 708-709, aldaar 709.

Deze zuster schetste met deze ene zin een beeld dat er niet om loog. Het was bepaald geen uitzondering dat hoofdzusters hun ondergeschikten verbrokkelde diensten lieten draaien in plaats van aaneengesloten uren, zomervakanties in februari gaven en vrije dagen op willekeurige plekken roosterden.[21]

Een volgend probleem dat door verpleegsters aan het debat werd toegevoegd was hun ervaring dat nieuwe beroepsbeoefenaren zoals revalidatiespecialisten en maatschappelijk werkers de neiging hadden zich in het ziekenhuis boven de (leerling-)verpleegster te stellen. Een oud-verpleegster schreef naar aanleiding van Bax' artikel het volgende:

> Jonge vrouwen en mannen komen in de ziekenhuizen werken als studenten, laboranten, masseurs en heilgymnasten, arbeids-therapeuten, revalidatiespecialisten, spelleidsters, welfarewerksters, maatschappelijk werksters e.a. Zij zijn geneigd de leerling-verpleegsters, die hardwerkend haar opleiding nog moet verdienen, als 'hulpje' te beschouwen.[22]

Bax' artikel gaf aanleiding om ook in de opleiding tot A-verpleegkundige enkele tekortkomingen aan de kaak te stellen. M. de Zwart, docente aan het Gemeenteziekenhuis Zuidwal te Den Haag betoogde dat een belangrijk stuk van de opleiding zeer stiefmoederlijk was bedeeld, 'nl. het vormen van zeer jonge leerlingen tot volwassen mensen, die inzicht hebben in hun taak als verplegenden en de verantwoordelijkheid daarvoor op zich kunnen nemen'.[23] Leerlingen kregen in het curriculum van de A-opleiding te weinig kans zich te vormen en zich in te leven in andere mensen om het zware werk aan te kunnen. Een oud-hoofdverpleegster sloot zich hierbij aan en maakte zich sterk voor de vakken psychologie en pedagogie in de opleiding. Zij had zelf, buiten de officiële opleiding om, lezingen gevolgd en stelde toen dat die een 'aanwinst in de opleiding van de verpleegster [zouden] zijn'.[24]

Bax maakte dus heel wat los met zijn artikel. Een half jaar lang publiceerde de redactie van het *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* de stroom van ingezonden brieven om het debat te ontlokken en in stand te houden. Halverwege 1958 sloot de redactie het debat af met een samenvatting.[25] De samenvatting kreeg de vorm van een rubricering van geuite suggesties om de problemen die voortvloeiden uit bovengenoemde onderwerpen het hoofd te bieden, zoals: het inzetten van hulpkrachten voor het werk beneden het opleidingsniveau van de A-verpleegster; kleinere afdelingen voor de hoofdverpleegster, waardoor meer tijd vrij kwam voor het vormen van jonge verplegenden; verbeteren van de verhouding arts/verplegende door gezamenlijk de maaltijd te gebruiken; betere voorlichting voor aspirant verplegenden; uitbreiding van het curriculum van de A-opleiding met de vakken psychologie en pedagogie. De redactie zag dat andere inzenders veel van deze suggesties bestreden, maar daar besteedde de redactie weinig aandacht aan. De samenvatting in 1958 van het debat in het *Tijdschrift voor Ziekenverpleging*, betekende niet dat het debat over de problemen die verpleegsters ervoeren stopte. Integendeel.

---

[21] P.J. van Iersel, 'Minder Vooropleiding', *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 11 (1958) 80-81, aldaar 81.
[22] A.E. v.d. Leest, 'De mening van een oud-verpleegster', *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 10 (1957) 712-713, aldaar 713.
[23] M. de Zwart, 'Geen gelijke tred met de snelle ontwikkeling', *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 10 (1957) 711-712, aldaar 712.
[24] Winter, 'Vermaningen van een oud-hoofdverpleegster', 262
[25] 'Samenvatting [van ingezonden brieven betreft Bax' artikel 'Critiek op de opleiding tot verpleegster']', *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 22 (1958) 264-265.

Intern wonen: een toenemende behoefte aan privacy

De algemene conclusie van het debat in het *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* was duidelijk: het was voor (leerling-)verpleegsters eind jaren vijftig niet erg aantrekkelijk om in de algemene ziekenhuizen te werken. Verpleegsters moesten wel erg veel van hun werk houden om de strikte hiërarchie, de exploitatie, de neerbuigende behandeling door nieuwe beroepsgroepen en andere misstanden te kunnen velen. Het gebrek aan privacy dat zij buiten het werk ervoeren maakte het beroep van verpleegster in verhouding tot andere beroepen voor velen misschien nog wel het meest onaantrekkelijk. In de jaren zestig stelden ziekenhuizen het intern wonen, zeker voor eerstejaars-leerlingen, nog steeds verplicht.[26] Dat betekende dat leerlingen in hun doen en laten door allerlei huisregels werden beknot. Voor het ziekenhuis was het een makkelijk middel om op een snelle manier verpleegsters op te laten draven om gaten in het rooster op te vullen, omdat het internaat veelal stond op het terrein of in de buurt van het ziekenhuis. Dat zorgde voor ergernis omdat het privéleven onder druk kwam te staan. In sommige ziekenhuizen wisten verpleegsters pas een dag van tevoren welke dienst zij de andere dag hadden. Het was zelfs zo erg dat een acht uur durende dienst gebroken gedraaid moest worden in drie of vier delen, waardoor de verpleegster in de tussenliggende tijd niets kon ondernemen. Bovendien moesten leerlingen de lessen volgen in hun vrije tijd, soms verspreid in de avonduren. Het dienstrooster was voor hen vaker een groter probleem dan het lage salaris.[27]

Een concreet voorbeeld van ingeperkte privacy gaf de toenmalige leerling Frieda Krijgsman, thans Dorrenboom-Krijgsman. Zij werkte ten tijde van directrice E.M. van Aken, begin jaren zestig, in het Haagse gemeentelijke ziekenhuis Zuidwal. Aan de hand van diverse documenten blijkt hoe haar opleiding tot A-verpleegster georganiseerd was en in hoeverre haar privacy was ingeperkt. Zij startte in het Zuidwalziekenhuis als leerling A-verpleegster in september 1960. Zij kreeg toen al een vooropleiding van twaalf weken. Na de vooropleiding moest zij in eigen tijd en onbetaald één keer in de week in de avonduren naar school, ook op vrije dagen. In haar tweede leerjaar in december 1961, stelde het Zuidwalziekenhuis studieweken in. Leerlingen waren verplicht die in uniform bij te wonen. Het lesrooster was voor het hele jaar bekend. Zij was verplicht de eerste twee jaar intern te wonen. Wanneer zij mannelijk bezoek wilde ontvangen moest daar schriftelijke toestemming voor komen. Zelfs haar vader mocht pas komen na een briefje. Een officiële verloofde mocht twee keer per week komen, maar moest om 21.30 uur het huis hebben verlaten. Toen Krijgsman in 1962 extern wilde wonen moest dat schriftelijk met motivatie aangevraagd worden. Zij kreeg twee weken per jaar vakantie. Zo kon het gebeuren dat een leerling in maart al vakantie kreeg toegewezen.[28]

Dat leerling-verpleegsters vanaf de jaren vijftig steeds meer problemen kregen met het intern wonen en de onregelmatige diensten, valt te verklaren met de culturele ontwikkelingen in die tijd. Vrijetijdsbesteding kreeg in de jaren vijftig een andere en steeds belangrijkere invulling en dat gold vanzelfsprekend ook voor (leerling-)verpleegsters. De rock-‘n-roll had zijn intrede gedaan in Nederland en zorgde voor een ander denken en doen bij jukebox en pick-up. Zusters wilden naar de nog steeds populaire bioscoop of bleven graag thuis om naar de radio te luisteren naar hoorspelen of muziek. Bovendien was de televisie vanaf 1951 een

[26] J.H. Baaij, ‘Rapport over enige kwalitatieve aspecten van het verpleegsterstekort in Nederland'. Uitgebracht in opdracht van de Commissie ‘Verpleegsterstekort’ van de Geneeskundige Vereniging tot bevordering van het Ziekenhuiswezen’, *Het Ziekenhuiswezen* 34 (1961) 349-360, aldaar 349. (J.H. Baaij was wetenschappelijk hoofdambtenaar aan het Instituut voor Sociale Geneeskunde te Utrecht.)

[27] Baaij, ‘Rapport over enige kwalitatieve aspecten van het verpleegsterstekort in Nederland’, 352 en 357.

[28] Privé-archief F. Dorrenboom-Krijgsman (Rotterdam). Met dank aan Frieda Dorrenboom-Krijgsman, A-verpleegkundige met kraam- en wijkaantekening, voor het mogen fotograferen van haar documenten op 2 december 2014, en haar aanvullende informatie op 28 december 2014.

medium in opkomst dat mensen thuis hield of waarvoor zij op bezoek gingen als zij zelf geen televisietoestel bezaten. De lokale elite, kerk en traditionele jeugdbewegingen boetten aan betekenis in. De jeugd raakte verbonden met de 'wereld'. Ook onttrok de jeugd zich steeds meer aan het gezag van de ouders.[29] Dat mensen vrijetijdsbesteding in de jaren vijftig anders gingen inrichten, laten cijfers goed zien: in 1951 stond het aantal radiotoestellen per honderd gezinnen op 77 en in 1960 op 97. Het aantal zwart-wittelevisies groeide spectaculair tussen 1957 en 1960 van 8 naar 25 toestellen per honderd gezinnen. De pick-up was een ware klapper: van 'niets' naar 46 per honderd gezinnen in 1960.[30] Geen wonder dus dat de (leerling-)verpleegster het niet leuk vond om voor de zoveelste keer van haar radio of pick-up weggeroepen te worden door de hoofdzuster.

Het verpleegsterstekort (1955-1962)

Dat (leerling-)verpleegsters in de jaren vijftig regelmatig op moesten komen draven als er weer een gat in het rooster was gevallen, was een direct gevolg van het urgente en tegelijk meest fundamentele probleem waar de algemene ziekenhuizen mee kampten: het grote verpleegsterstekort. Bax stelde in 1957 al vast dat er een verpleegsterstekort was.[31] De eerder vermelde Albertine Brij benoemde in datzelfde jaar vier factoren die het verpleegsterstekort in de algemene ziekenhuizen konden verklaren. Allereerst was het aantal ziekenhuisbedden in de afgelopen tijd sterk toegenomen, waardoor er meer verpleegsters nodig waren. Ten tweede zorgde de verkorting van de gemiddelde verpleegduur voor hogere werkdruk. Ten derde was het aantal medisch specialismen toegenomen waar analoog basisverpleegkundigen zich in specialiseerden en waardoor zij wegtrokken van de algemene verpleegafdelingen. Ten slotte was de extramurale verpleegkunde sterk verruimd, waardoor verpleegkundigen de algemene ziekenhuizen verlieten.[32]

Ten tijde van de discussie in het *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* in 1957 werd de precieze omvang van het verpleegsterstekort al zorgvuldig in kaart gebracht. Het eerste onderzoek naar het verpleegsterstekort startte in 1955 en het rapport daarvan verscheen een jaar later.[33] Het onderzoek baseerde zich op 232 ziekenhuizen, 40 psychiatrische inrichtingen, 46 sanatoria en 10 kraamklinieken.[34] Begin 1956 stelden de onderzoekers het totaal aantal verpleegsters in de onderzochte ziekenhuizen vast op 24.400 terwijl het er op basis van de door hen gestelde criteria eigenlijk 26.850 had moeten zijn.[35] Er was dus een tekort van 2450

---

[29] Righart, *De eindeloze jaren zestig*, 121-125. Henk Kleijer en Ger Tillekens, 'Afgestemd op gezelligheid. De trage aanpassing van de radio aan de jeugdcultuur in de jaren vijftig', in Luykx en Slot, *Een stille revolutie?*, 191-210. Eric Smulders ''Het glazen huis der openbaarheid'. Televisie in de jaren vijftig: de moeizame groei van een medium', in Luykx en Slot, *Een stille revolutie?*, 249-279, aldaar 251-252. Mark van den Heuvel, 'Jeugd tussen traditie en moderniteit. Transformaties van naoorlogse jeugdcultuur en het beheer over de jeugd', in Luykx en Slot, *Een stille revolutie?*, 170-189, aldaar 188-189.

[30] Schuyt en Taverne, *1950. Welvaart in zwart-wit*, 279.

[31] Bax, 'Critiek op de opleiding tot verpleegster', 623.

[32] Brij, 'Commentaar door zr. Albertine Brij', 703-704.

[33] Commissie Verpleegsterstekort van de Geneeskundige Vereniging tot Bevordering van het Ziekenhuiswezen door het Instituut voor Sociale Geneeskunde, 'Rapport over enige aspecten van het Verpleegsterstekort in Nederland, *Het Ziekenhuiswezen* 29 (1956) 323-333.

[34] Ibidem, 324. Instellingen voor zwakzinnigen, verpleeghuizen, kleine instellingen met minder dan 25 bedden en instellingen zonder A- of B-opleiding werden in dit onderzoek niet meegenomen en ook ging het hier om vervanging van verpleegsters en niet van verplegers.

[35] Op grond van binnengekomen gegevens van de geënquêteerde instellingen was er een gewenste bed-zusterindex van 1,9 berekend, inclusief leerlingen en verpleegkundigen die niet direct aan het bed stonden, zoals operatiezusters en docenten: Commissie Verpleegsterstekort, 'Rapport over enige aspecten van het Verpleegsterstekort in Nederland, 330. J.H. Baaij, 'Toelichting op het Rapport over enige aspecten van het Verpleegsterstekort in Nederland', *Het Ziekenhuiswezen* 29 (1956) 399-401, aldaar 400.

zusters. Vertaald naar de werkvloer zou dat betekenen, dat in een team van bijvoorbeeld tien zusters er constant (bijna) één opgevangen moest worden.[36]

Begin jaren zestig kwam er na het onderzoek van 1955/1956 een volgend onderzoek om het verpleegsterstekort zo veelomvattend mogelijk in kaart te brengen en om een alomvattend plan voor verbetering te presenteren. De Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid installeerde op 3 oktober 1961 de Werkgroep Verpleegsterstekort. Die kwam op 13 juni 1962 met een rapport met daarin 22 aanbevelingen.[37] Dit rapport, dat *Het Ziekenhuiswezen* om een duistere reden pas twee jaar later afdrukte, is belangwekkend omdat het laat zien dat de Werkgroep Verpleegsterstekort aanbevelingen deed die de tijd vooruit waren en daarom een doorbraak was in de moraal van die tijd. De werkgroep adviseerde om het intern wonen niet langer verplicht te stellen. Jonge vrouwen zouden dan elders op kamers moeten en dat betekende geen toezicht meer. De werkgroep meende dat het ziekenhuis woonruimte zou kunnen creëren naar voorbeeld van de industriesector. Het ziekenhuis moest er wel voor oppassen dat een woningblok of flatgebouw, ook al zou dat buiten het ziekenhuis staan, weer een ongewenst karakter kreeg van een internaat met allerlei huisregels. Voor eerstejaars leerlingen, wanneer ouders daar de voorkeur aan zouden geven, zou wel inwoning wenselijk zijn, maar de plicht om intern te wonen wilde de werkgroep dus afschaffen.[38]

De werkgroep kwam met nog een ander baanbrekend voorstel. Inschakeling van gehuwde vrouwen – en met name de categorie gehuwde vrouwen met oudere kinderen – zou als onvermijdelijk moeten worden beschouwd. De werkgroep wees ook op gehuwde vrouwen zonder kinderen, die mogelijk alsnog bereid waren de verpleging in te gaan.[39] Het werven van vrouwen met schoolgaande kinderen zal moeilijker geweest zijn, want nog in 1965 bleek dat maar liefst 83 procent van de Nederlandse bevolking daar op tegen was.[40] Ziekenhuizen waren, aldus de werkgroep, uit nood 'gedwongen ook het mannelijk personeel voor de leidende functies in te schakelen, hetgeen gebleken is goed te voldoen'.[41] De werkgroep was weer niet zo progressief dat hij expliciet adviseerde om mannen in dienst te nemen voor de basisverpleging. De werkgroep dacht schijnbaar nog in rollenpatronen. Volgens Aan de Stegge begon na publicatie van dit rapport 'de Nederlandse man, ook in de algemene ziekenverpleging, aan een stevige opmars'.[42] Maar zo stevig was die opmars nu ook weer niet, zo zal in een volgende paragraaf blijken.

De Werkgroep Verpleegsterstekort zette nog meer aanbevelingen uiteen om het verloop van verplegenden te reduceren. Evenals in het bedrijfsleven zouden verplegenden onregelmatigheidstoeslag moeten krijgen. Dat was thans niet het geval omdat de overheid meende dat die toeslag in de salarissen was verrekend. Voor opvang en begeleiding van de leerling zouden speciaal daarvoor aangestelde personen moeten komen. Instellingen zouden de leerling minder op haar bruikbaarheid moeten beoordelen en meer op de persoon – meer als leerling behandelen en niet als werkkracht. De werkgroep dacht ook aan loopbaanbegeleiding na diplomering om de mogelijkheid voor promotie in het werk te

---

[36] Voor het verpleegsterstekort in de B-verpleegkunde, zie: Aan de Stegge, *Gekkenwerk*, 643-647.

[37] Werkgroep Verpleegsterstekort, 'Rapport van de werkgroep verpleegsterstekort', *Het Ziekenhuiswezen* 37 (1964) 344-354., aldaar 347-352. Ditzelfde rapport kwam samengevat in het jaar daarna in het *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 18 (1965) 123-126. Onder voorzitterschap van prof. dr. A. Querido, hoogleraar in de Sociale Geneeskunde te Amsterdam, hadden alleen hooggeschoolde personen zitting in de werkgroep: zoals geneesheren-directeuren van ziekenhuizen en een psychiatrische instelling, een lid van de Sociaal Economische Raad en een secretaris-generaal van de Nationale Federatie Het Wit-Gele Kruis. Er had één verpleegster zitting in deze werkgroep in de functie van adjunct-directeur van het Algemeen Provinciaal Stads- en Academisch Ziekenhuis Groningen.

[38] Werkgroep Verpleegsterstekort, 'Rapport van de werkgroep verpleegsterstekort', 348.

[39] Ibidem, 348-350.

[40] Schuyt en Taverne, *1950. Welvaart in zwart-wit*, 283.

[41] Werkgroep Verpleegsterstekort, 'Rapport van de werkgroep verpleegsterstekort', 351.

[42] Aan de Stegge, *Gekkenwerk*, 647.

bevorderen. Verder was scholing voor leidinggevenden nodig ter bevordering van persoonlijke ontwikkeling van leerlingen, wat ten goede kon komen aan bijvoorbeeld het contact met de arts. Daarbij moesten de betrekkingen tussen artsen en verplegenden verbeterd worden door bijvoorbeeld overlegvormen te creëren. Zelfs noemde de werkgroep de mogelijkheid om medisch studenten op vrijwillige basis een vorm van stage in de verpleging te bieden.[43]

Brij schreef in 1957 al dat het verpleegsterstekort mede veroorzaakt werd door verbreding binnen de verpleging zelf, zowel binnen de ziekenhuismuren als daarbuiten. Maar er waren ook externe factoren. Het tekort aan verpleegsters had mede te maken met een breder en groter aandeel van vrouwen op de groeiende arbeidsmarkt. De verpleging kreeg geduchte concurrentie van andere beroepen. Het aantal vrouwen met een middelbare-schoolopleiding groeide en het is begrijpelijk dat meisjes met een behoorlijke vooropleiding eerder voor bijvoorbeeld een kantoorbaan kozen dan voor de verpleging. Met een kantoorbaan had je geen onregelmatige diensten, hoefde je niet intern te wonen en kon je in de weekends uitgaan zonder door een hoofdzuster teruggeroepen te worden. Cijfers laten goed zien hoe het aantal vrouwen groeide dat op een kantoor werkte: in 1947 werkten 84.272 vrouwen op kantoor. In 1960 was dat aantal meer dan verdubbeld naar 176.400 en in 1975 opnieuw verdubbeld naar 356.500.[44] Vrouwen konden dus ook buiten de verpleging carrière maken.

Opmerkelijk is wel dat veel vrouwen als zij eenmaal trouwden of kinderen kregen in deze periode toch stopten met werken, hoewel in 1956 de handelingsonbekwaamheid van gehuwde vrouwen was opgeheven en zij geen toestemming meer nodig hadden van hun man om een arbeidsovereenkomst te sluiten. Vrouwelijke ambtenaren mochten vanaf 1957 bij wet niet meer ontslagen worden als zij trouwden.[45] Door toch te stoppen met werken na hun trouwen, volgden vrouwen (en mannen) de heersende moraal. In 1960 was deelname van vrouwen aan betaalde arbeid nog slechts 22 procent. Er waren minder vrouwelijke arbeidskrachten beschikbaar in verhouding tot de vraag. Slechts zeven procent van de gehuwde vrouwen werkten buitenshuis.[46] Zo probeerde bijvoorbeeld het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) het tekort aan ponstypistes op te lossen door oudere vrouwen van elders binnen de organisatie in te zetten, cursussen te organiseren en familieavondjes te houden. Na 1956 kon het CBS ook getrouwde vrouwen aannemen en deed dat ook. Het richtte in Apeldoorn ook een ponskamer in omdat daar de arbeidsmarkt gunstiger was.[47] De algemene ziekenhuizen zouden dus, net als het CBS, ook andere wegen moeten bewandelen om personeel aan te trekken. Aanbevelingen waren gegeven, maar het implementeren daarvan zou niet meevallen.

---

[43] Werkgroep Verpleegsterstekort, 'Rapport van de werkgroep verpleegsterstekort', 349 en 351.

[44] J. van den Ende, red., 'Kantoor en informatietechnologie' in: J.W. Schot e.a., *Techniek in Nederland in de twintigste eeuw I. Techniek in ontwikkeling. Waterstaat, kantoor en informatietechnologie* (Zutphen 1998) 209-348, aldaar 274.

[45] Mijn schoonzus, de onderwijzeres Eefje Ockeloen-Homoet, werd als ambtenaar in de zin van de pensioenwet, na haar huwelijk in 1957 nog ontslagen. Vier dagen later kon zij op dezelfde school met een tijdelijk contract aangesteld worden.

[46] Bij deze cijfers is het aantal laaggeschoolde gehuwde vrouwen die bijvoorbeeld werkten als werkster niet meegerekend. Schuyt en Taverne, *1950. Welvaart in zwart-wit*, 283.

[47] Van den Ende, 'Kantoor en informatietechnologie', 280.

Nieuwe plannen voor opleiding en vooropleiding (1955-1961)

Om de kwaliteit van de A-opleiding op peil te brengen met als (neven)doel het verpleegsterstekort aan te pakken, nam de Commissie Verplegingsaangelegenheden[48] – later de Voorlopige Verplegingsraad (VVR) – tussen 1955 en 1961 drie belangrijke stappen. In deze paragraaf zullen de drie stappen thematisch gevolgd worden. De eerste stap was in 1955 tijdens een belangrijke conferentie in Heelsum waarin de problemen rondom de A-opleiding systematisch werden geïnventariseerd. De tweede stap was het *Rapport Basisdiploma Verpleegster*, waarin de VVR in 1958 een deel van de analyses en oplossingsvoorstellen van Heelsum overnam, maar op enkele belangrijke punten ook een andere weg insloeg. De derde stap was in 1961 met de uitwerking van het *Rapport Basisdiploma Verpleegster* waarin de preklinische periode en het eerste leerjaar van de A-opleiding uiteen werden gezet. (Voor de mannen kwam een apart *Rapport Basisdiploma Verplegers*, dat in een volgende paragraaf aan de orde komt.)

In 1955 kwamen er op instigatie van de Commissie Verplegingsaangelegenheden, vertegenwoordigers uit verschillende velden bijeen voor een conferentie te Heelsum om de problemen in de A-verpleging te bespreken. Deze conferentie had tot doel om

> uit de veelheid van inzichten betreffende gewenste verbeteringen en wijzigingen van de bestaande verpleegstersopleiding, welke zijn neergelegd in talloze rapporten, een aanvaardbaar en uitvoerbaar geheel te maken en de Plenaire Commissie voor Verplegingsaangelegenheden hierover van advies te dienen.[49]

Het zou, aldus het verslag van de conferentie, niet realistisch zijn, wanneer er alleen aandacht zou zijn voor verbetering of aanpassing van de A-opleiding en het bestaande verpleegsterstekort buiten beschouwing te laten. De oplossing van het tekort kon en mocht echter niet worden gevonden 'door concessies te doen aan de qualiteit van de A-opleiding'.[50]

De conferentiedeelnemers concludeerden dat de ziekenhuizen door het verpleegstertekort noodgedwongen leerlingen aannamen die hoogstens zes jaar lager

---

[48] De overheid stelde de Commissie Verplegingsaangelegenheden in 1952 door beschikking in met als taak 'de regering van advies te dienen over de wenselijkheid van het instellen van een permanent advieslichaam inzake verplegingsaangelegenheden …'. In oktober 1955 kreeg deze commissie de status Voorlopige Verplegingsraad. Redactie, *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 8 (1955) 606-607. De Vaste Commissie van Advies en Bijstand betreffende de Verpleging, ofwel de Vaste Commissie Verpleging verving de Voorlopige Verplegingsraad medio 1970. De Vaste Commissie Verpleging kreeg 21 vertegenwoordigers van de overheid en particuliere zijde met ruime vertegenwoordiging vanuit de verpleging. De taakomschrijving was: 'Het plegen van overleg en het voorbereiden van preadviezen voor de Raad inzake alle vraagstukken de intra-murale en de extra-murale verpleging betreffende'. Ministerie van Sociale Zaken en Volksgezondheid, 'Vaste Commissie van Advies en Bijstand betreffende de Verpleging', *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 114 (1970) 1510-1511. Zie ook: Cecile aan de Stegge, 'Van hulpje tot serieus beroep. De verpleging van 1945 tot 1964', *TVZ, Tijdschrift voor verpleegkundig experts*, Dossier Dag van de Verpleging (2014) afl. 2, 11-14, aldaar 13. Website Nursing. http://www.nursing.nl/Global/Downloads/Special_TVZ.PDF (17 september 2015). Cecile aan de Stegge, *Onderbouwing Gekkenwerk (2012).* Werkdocument 4, 10, website Cecile aan de Stegge. http://www.cecileaandestegge.nl/images/PDF/Onderbouwing%20Gekkenwerk%204.pdf (17 september 2015).

[49] Commissie Verplegingsaangelegenheden, *Verslag van de conferentie te Heelsum*. De aanwezige vertegenwoordigers in Heelsum kwamen uit 'alle' velden (zie bijlage 23 en een document als voorbereiding op het proefschrift *Gekkenwerk* van Cecile aan de Stegge, *Onderbouwing Gekkenwerk (2012)*. Werkdocument 4, 10, website Cecile aan de Stegge. http://www.cecileaandestegge.nl/images/PDF/Onderbouwing%20Gekkenwerk%204.pdf (17 september 2015)). In het *Verslag van de conferentie te Heelsum* is een lijst opgenomen van 23 rapporten van evenzovele instanties en autoriteiten 'betreffende de opleiding van verplegenden'. Voor het merendeel zijn die uitgebracht in de eerste helft van de vijftiger jaren.

[50] Commissie Verplegingsaangelegenheden, *Verslag van de conferentie te Heelsum*, 2-3.

onderwijs hadden genoten met daarna één jaar voortgezet lager onderwijs, MULO of huishoudschool. Zij zouden de theorie van de A-opleiding eigenlijk niet aankunnen en toch een diploma krijgen. Devaluatie van de A-opleiding lag daarom op de loer.[51] De conferentiegangers meenden dat de aspirant-leerling minimaal drie tot vier jaar onderwijs na de lagere school moest hebben. Deze vooropleidingseis diende mede om verder afglijden van het algemene ontwikkelingspeil van de toekomstige verpleegster en devaluatie van het A-diploma te voorkomen. Later, in 1958, scherpte de VVR die eis aan door concreet minimaal MULO te vragen en in 1961 'een diploma, onder rijkstoezicht afgegeven vanwege de verenigingen ter bevordering van het uitgebreid lager onderwijs', of een vergelijkbaar driejarige vooropleiding.[52] De VVR motiveerde een vooropleidingseis met drie redenen: opwaarderen van de opleiding om de medische ontwikkelingen bij te kunnen houden, onder hoger opgeleiden leidinggevenden te vinden en om het aantrekkelijk te maken hoger opgeleiden te werven.[53] De raad vond wel dat in verband met het verpleegsterstekort een overgangsfase was toegestaan.[54] Dat de wet overigens geen MULO eiste, wilde niet zeggen dat sommige ziekenhuizen geen vooropleidingseisen stelden. Het Koningin Juliana Ziekenhuis in het Overijsselse Hengelo, bijvoorbeeld, vroeg in 1956 al MULO met de mededeling dat huishoudschool een waardevolle gelijkwaardige opleiding was.[55] Ook het elitaire Prinsengrachtziekenhuis te Amsterdam stelde vanouds bijvoorbeeld al hoge eisen aan de aspirant-leerling.[56]

Naast een hogere vooropleiding bepleitten de aanwezige vertegenwoordigers op de conferentie in Heelsum ook een preklinische periode van ten minste drie maanden om de leerling te vormen en voor te bereiden op de praktijk. Gedurende de opleiding zouden er zogenoemde studieblokken moeten komen in plaats van lessen in de avonduren.[57] Persoonlijkheidsvorming was noodzakelijker geworden omdat die 'ten dele (…) in het gezin en op school door tal van factoren te wensen [overliet]'.[58] De VVR was voortvarend, want in 1958 presenteerde hij een lesprogramma en een gedetailleerde lesstofomschrijving voor een preklinische periode van 354 lesuren in drie maanden (zie bijlage 2).[59] In 1961 volgde nog een uitgebreid voorbeeld van een lesschema voor twaalf preklinische weken met daarin uren voor algemene vorming/ontwikkeling en sociale achtergronden. Het schema voor de preklinische periode was zo opgebouwd dat het was afgestemd op de ontwikkeling van de leerling. Deze kwam immers zonder voorbereiding vanuit een gezin en school terecht in een opleidingsinrichting, beroepsopleiding en ziekenhuis.[60]

De VVR vond het met het oog op de begeleiding van de leerling gewenst dat alle leerlingen intern zouden moeten wonen. Tijdens de preklinische periode en het eerste opleidingsjaar achtte de raad het internaat noodzakelijk, omdat het samenwonen een groot voordeel zou zijn voor de vorming van leerlingen.[61] De VVR ging hiermee in tegen de tendens van de tijd en bleek zich verrassend weinig aan te trekken tegen klachten die kort tevoren in vakbladen waren geuit. Enigszins vreemd is dat wel. De werkgroep die het *Rapport*

---

[51] Ibidem, 3 en 14.
[52] Voorlopige Verplegingsraad, *Rapport Basisdiploma Verpleegster*, (12 december 1958) 4. Voorlopige Verplegingsraad, 'Rapport Uitwerking Basisdiploma Verpleegster', *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 14 (1961) 192-208, aldaar 193.
[53] Voorlopige Verplegingsraad, *Rapport Basisdiploma Verpleegster*, 4.
[54] Voorlopige Verplegingsraad, 'Rapport Uitwerking Basisdiploma Verpleegster', 193.
[55] C. Beets en H.C. Nijhuis, samenstellers, *Het Koningin Juliana Ziekenhuis te Hengelo (O.)* (Hengelo 1956) 16.
[56] De Boer en Pley, *Grachtenzusters*, 94-95.
[57] Commissie Verplegingsaangelegenheden, *Verslag van de conferentie te Heelsum*, 4 en 16.
[58] Ibidem, 5.
[59] Voorlopige Verplegingsraad, *Rapport Basisdiploma Verpleegster*, 8-9 en 15-31.
[60] Voorlopige Verplegingsraad, 'Rapport Uitwerking Basisdiploma Verpleegster', 194-205.
[61] Ibidem, 194-195.

Basisdiploma Verpleegster uitwerkte bestond uit mensen van de praktijk. Zij zouden geweten moeten hebben dat juist het inwonen en het gebrek aan privacy door leerling-verpleegsters steeds meer als belemmering werd ervaren. Kennelijk wilden de leden van de VVR grip houden op leerlingen en zagen zij bovendien de roostertechnische voordelen van intern wonende leerlingen. Een jaar later zou de Werkgroep Verpleegsterstekort aanbevelen om het intern wonen niet meer te verplichten.

De VVR schonk niet alleen aandacht aan de vooropleidingseis, de preklinische periode en begeleiding van de leerling: er waren ook twijfels over de didactische en pedagogische kwaliteiten van (praktijk)docenten. De raad constateerde dat het persoonlijk inzicht van de docent de lesstof bepaalde, met als gevolg eenzijdigheid en gemis aan uniformiteit. De VVR was in 1958 dan ook van oordeel dat docenten voldoende kennis moesten bezitten van pedagogiek en didactiek en in 1961 was de raad duidelijk in de stelling dat opleidingen moesten beschikken over opgeleide docenten.[62] Dat zou vanaf die tijd ook haalbaar zijn, want in 1957 was de eerste docentenopleiding gestart.[63]

Op de conferentie in Heelsum stelden de aanwezige vertegenwoordigers van de verschillende richtingen in de verpleging ook een gemeenschappelijke basisopleiding voor van tweeëneenhalf jaar, waarna leerlingen de mogelijkheid zouden moeten krijgen om te differentiëren tot verpleegster in een algemeen ziekenhuis (inclusief kraam), in een psychiatrische instelling of in de wijk. De duur van differentiaties kwam uit op anderhalf tot twee jaar en dat betekende dat een hele opleiding vier tot vierenhalf jaar zou duren.[64] Ook de VVR wilde in navolging van Heelsum de opleiding laten starten met een basisopleiding, met het verschil om daaraan al de titel ‘verpleegster’ te koppelen.[65] Deze opleiding diende een brede en solide basis te geven voor verdere opleiding in alle takken van de verpleging.[66] Dat zou er uiteindelijk niet van komen.

Bij de intensieve discussies over de verbetering van de verpleegkundige opleidingen in Nederland besteedde de VVR uiteindelijk de meeste aandacht aan een verstrekkende vernieuwing, namelijk de oprichting van een geheel nieuwe opleiding die een lager niveau had dan de A-opleiding. Het mes zou aan twee kanten snijden, zo was de gedachte: het niveau van de A-opleiding zou hierdoor kunnen worden opgeschroefd en meisjes voor wie de A-opleiding te hoog gegrepen was, zouden toch de verpleging in kunnen als zij dat zouden willen. Deze nieuwe opleiding tot Verplegings-assistente (VERA) zou een wettelijke status moeten krijgen.[67] Hiermee zou Nederland het voorbeeld volgen van bijvoorbeeld het Verenigd Koninkrijk. Dat land probeerde in de Tweede Wereldoorlog een tekort aan verpleegsters op te vangen door het instellen van een register voor *assistant nurses*.[68] De VVR ging in 1958 met dit voorstel van Heelsum mee, maar in plaats van VERA zou de nieuwe verplegende moeten worden aangeduid met ‘ziekenverzorgster’ (zie hierover verder hoofdstuk 4).[69]

---

[62] Voorlopige Verplegingsraad, *Rapport Basisdiploma Verpleegster*, 9 en 11. Voorlopige Verplegingsraad, ‘Rapport Uitwerking Basisdiploma Verpleegster’, 196.

[63] Zwols, *Het ontstaan en de ontwikkeling van het beroep verpleegkundige*, 71. Spijker, *Mooi en beschaafd verplegen (*1981) 116. De docentenopleiding viel buiten de Wet op de ziekenverpleging en was dus geen zogenoemde aantekening zoals de kraam-, kinder- en wijkaantekening. De docentenopleiding en de stafopleiding (voor leidinggevende functies) werden niet inservice gegeven. Deze waren ondergebracht in het (deeltijd-)dagonderwijs.

[64] Commissie Verplegingsaangelegenheden, *Verslag van de conferentie te Heelsum*, 16-17.

[65] Over de titel ‘verpleegster’, ‘verpleger’ en ‘verpleegkundige’ zie ook voetnoot 7 van de inleiding van dit boek.

[66] Voorlopige Verplegingsraad, *Rapport Basisdiploma Verpleegster*, 2.

[67] Commissie Verplegingsaangelegenheden, *Verslag van de conferentie te Heelsum*, 16-18.

[68] Abel-Smith, *A History of the Nursing Profession*, 161-175, 176 e.v.

[69] Voorlopige Verplegingsraad, *Rapport Basisdiploma Verpleegster*, 2 en 12-13.

Maar wat was verplegen nu eigenlijk voor een soort beroep? Hoe verhield de verpleegkundige zich tot de arts en tot de nieuwe beroepsbeoefenaren in de algemene ziekenhuizen? Deze vraag werd des te dwingender naarmate de hiërarchische verhouding tot de artsen en nieuwe beroepsbeoefenaren op de werkvloer en in vakbladen als het *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* steeds explicieter werd geproblematiseerd. Nu men de kwaliteit van de A-opleiding wilde verhogen en het beroep aantrekkelijker wilde maken om het verpleegsterstekort terug te dringen, was het natuurlijk essentieel om scherp te definiëren wat verpleegkunde nu eigenlijk was. De conferentie van Heelsum waagde zich niet aan definities, maar in 1958 sloot de VVR dankbaar aan bij de taakomschrijving die in 1956 door de 9e Assemblee van de Wereld Gezondheidsorganisatie (WHO) was vastgesteld. In iets verkorte vorm luidde die als volgt:

> Het deskundig verplegen van zieken en invaliden;
> Het geven van onderricht of raad op het gebied van de gezondheidszorg aan patiënten en gezinnen thuis, in ziekenhuizen, op scholen of in bedrijven;
> Het nauwkeurig waarnemen van lichamelijke en geestestoestanden en voorwaarden, welke van belang zijn voor het vraagstuk van de gezondheidszorg en het mededelen van deze waarnemingen aan andere leden van het bij de zorg voor de patiënt betrokken team;
> Het selecteren, opleiden en leidinggeven aan hulpkrachten, die nodig zijn voor de vervulling van de verpleegkundige diensten in het ziekenhuis en daarbuiten. Dit bevat ook het bepalen van de verpleegkundige zorg, die een patiënt behoeft en het aanwijzen van personeel overeenkomstig de behoeften van die patiënt op een gegeven ogenblik;
> Het deelnemen, samen met andere leden van het team, aan het analyseren van de behoeften in verband met de gezondheidszorg, het bepalen van de diensten, welke nodig zijn en het opstellen van plannen voor de opbouw en uitbreiding van die takken van dienst.[70]

De voorzitter van de VVR, de arts P.L. Stal, benadrukte tijdens een persconferentie op 15 januari 1960, dat de VVR deze taakomschrijving met volle instemming had aanvaard en dat 'de taak van de verpleegster moet worden gezien als een eigen taak, aanvullend aan die van de arts'.[71] Het is alsof Stal hier toch een andere invulling gaf aan het beroep dan de WHO. Hij zag de verpleegster weliswaar als iemand met een eigen taak, maar 'aanvullend aan die van de arts', terwijl de WHO de verpleegster zag als teamlid. Het zou nog heel lang duren voordat er hardop gezegd zou worden dat zowel verpleegkundigen als artsen in een steeds complexere gezondheidszorg van elkaar afhankelijk waren omdat zij in elkaars grensgebieden werkten.

Het *Rapport Basisdiploma Verpleegster* van de VVR (1958) legde uiteindelijk de basis voor belangrijke vernieuwingen in de A-verpleegkunde in Nederland. Een van de eerste directe resultaten was dat het rapport als grondslag werd gekozen voor de in 1961 nieuw opgerichte verpleegstersschool der Vrije Universiteit (VU-Ziekenhuis). Deze school stond hoog aangeschreven in verband met de eisen die de school stelde aan (aspirant-)leerlingen. Bovendien wordt deze school als een voorloper beschouwd van het dagonderwijs.[72] De school

[70] Deze tekst is letterlijk overgenomen uit: Eindrapport van de Commissie Hogere Beroepsopleiding Verplegenden ('s-Gravenhage 1969) 18-19. De volledige Nederlandse en Engelse tekst zijn te vinden in: Voorlopige Verplegingsraad, *Rapport Basisdiploma Verpleegster*, 3-4 en 14 (zie bijlage 3).
[71] P.L. Stal, 'Het verpleegstersberoep en de opleiding daartoe', *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 14 (1961) 260-264, aldaar 260.
[72] N.B. Goudswaard behandelde in zijn boeken een eerdere voorloper van het dagonderwijs, namelijk de katholieke verpleegsterschool Stichting 'Vronestein' (1947) te Voorburg. Vronestein was een internaat. Leerlingen werkten volgens een bloksysteem en dat betekende dat zij een vooropleiding hadden van vier

had los van het ziekenhuis een eigen directrice, zuster J.C. Groneman (die gerelateerd was aan de VVR), een klasselerares en – belangrijk – niet uitsluitend artsen als docenten in somatische vakken. Speciaal opgeleide verpleegsters gaven les in anatomie, fysiologie en in 1964 dacht de school er ook aan om basiskennis pathologie te laten geven door verpleegster-docenten. De school vond het vormende element in het onderwijs belangrijk. De vooruitstrevende experimenten konden gebeuren omdat deze nieuwe school nog geen traditie had. Daardoor kon ook de inhoud van het leerplan berusten op onder meer de studies van de Voorlopige Verplegingsraad.[73] Daarentegen kende deze school, volgens Groneman, geen preklinische periode. Integratie van theorie en praktijk verkreeg de leerling doordat de leerling het theoriedeel voor het praktijkdeel kreeg en doordat de theoriedocent meeging in de praktijk.[74] Opmerkelijk is dat leerlingen naast godsdienst en psychologie ook verplicht zwem- en gymnastiekles kregen. Wekelijks was er een sportmiddag en zangles. De leerling woonde in een woonhuis – 'uiteraard onder speciale leiding en toezicht' – met zoveel mogelijk vrijheid om te wennen aan zelfstandigheid en om het werken in groepsverband te bevorderen. Het leerlingenhuis stond onder leiding van een 'vrouw des huizes', die vooral een sociale taak had. Zij was niet in de eerste plaats handhaver van huisregels. Dat de school zich deze luxe kon veroorloven, was te danken aan een bijzondere constructie: de rijksoverheid maakte het mogelijk de verpleegstersschool te laten ressorteren onder de wet op het hoger onderwijs, als onderdeel van de faculteit der geneeskunde.[75]

De luxe van de verpleegstersschool van het VU-Ziekenhuis was uniek. Dat viel des temeer op toen de eerder genoemde Van Aken beschreef welke impact de voorstellen van de VVR zou hebben op haar ziekenhuizen te Den Haag. Zij berekende onder andere dat als de uitwerking van de VVR gevolgd zou worden, de leerling 44 weken (inclusief vakanties) tijdens de opleiding niet zou werken en dat daardoor voor iedere drie leerlingen er één extra zou moeten worden aangenomen. In perioden van een verpleegsterstekort voorzag zij een nog grotere krapte. Door de vooropleidingseis van minimaal ULO waren er, aldus Van Aken, bovendien minder geschikte aspirant leerlingen beschikbaar. Eveneens zag zij organisatorische problemen bij het principe integratie theorie/praktijk. Wanneer een groep bijvoorbeeld een studieperiode kinderverpleegkunde zou hebben, zou zo'n groep tegelijk op een kinderafdeling de praktijk in moeten. Van Aken zag door het rapport van de VVR zoveel beren op de weg dat ze aan het eind schreef: 'Ik houd er maar mee op. Heus we zijn niet bang voor reorganiseren, we willen wel, maar …'.[76] Het zat Van Aken behoorlijk hoog, want in het *Contact-orgaan* van het gemeenteziekenhuis Zuidwal deelde zij haar zorgen met het personeel. In dit personeelsblad kwam zij bovendien met de mededeling dat wanneer de opleiding ook de verloskunde en kinderverpleegkunde op ging nemen (de aparte

---

maanden en daarna blokken van een maand afgewisseld met praktijkstages in het R.K. Ziekenhuis St. Antonius te Voorburg. N.B. Goudswaard, *Inleiding tot de geschiedenis van de verpleegkunst* (Rotterdam 1994) 175-177. N.B. Goudswaard, *Gezondheidszorg als kunde en kunst. Genezen, verplegen en geestelijke verzorgen van de zieke als 'totale mens' op de weg naar samenhang en samenwerking* (Rotterdam 1998) 227. De verpleegsters opgeleid in Vronestein en de school van het VU-Ziekenhuis bleven dus beperkt tot het A-veld in tegenstelling tot de latere MBO- en HBO-verpleegkundigen.

[73] J.C. Groneman, 'De onderwijskundige aspecten van de verpleegstersopleiding', *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 17 (1964) 310-312.

[74] Wel staat er in 1967 'studieperiode' geroosterd voor de eerste twaalf weken en veertien weken 'praktijkperiode'. Deze twaalf weken studieperiode stroken met een preklinische periode waar de VVR voor pleitte, maar kunnen ook als theoriedeel vooraf het praktijkdeel aangemerkt worden, volgens het principe van de verpleegstersschool van het VU-ziekenhuis. Janssens en Snel, 'Verpleegstersschool V.U.', 63.

[75] J.C. Groneman in een interview, 'Een opleiding ziekenverpleging volgens het nieuwe plan', *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 18 (1965) 702-705. A.R. Janssens en P. Snel, 'Verpleegstersschool V.U.', *Nederlands Tijdschrift voor Medische Studenten*, 13 (1967) 62-68.

[76] E.M. van Aken, 'Organisatorische aspecten van de verplegingsdienst', *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 17 (1964) 307-310.

kraamaantekening zou in 1967 ophouden te bestaan) de kleinere ziekenhuizen in de problemen kwamen die geen kinder- en/of kraamafdeling hadden. Zij moesten hun leerlingen uitlenen aan ziekenhuizen die deze afdelingen wel hadden.[77]

Nieuwe wettelijke kaders in de jaren zestig

De plannen van de VVR brachten medio jaren zestig nog meer structurele beweging in de A-opleiding in de vorm van het *Voorontwerp herziene opleiding diploma A ziekenverpleging* op 29 april 1964.[78] Het was de bedoeling dat dit ontwerp, met in uren uitgewerkte leerstofomschrijving, op 1 januari 1965 in werking zou treden (zie bijlage 4).[79] Toch stelde de Directeur-Generaal van Volksgezondheid eerst nog een technische commissie in om na te gaan in hoeverre het voorontwerp gewijzigd diende te worden. Deze kwam in 1966 met het *Interim-rapport betreffende herziening A-opleiding verplegenden*.[80] Dat deze technische commissie er kwam klinkt als een bureaucratisch getreuzel, maar werd kennelijk als noodzakelijk beschouwd. Elke verandering rondom de opleiding betekende grote reorganisatie in de ziekenhuizen. De leerling was tenslotte vooral werknemer. Elk uur dat besteed zou worden aan de opleiding ging ten koste van de ziekenhuisproductie en zou de werkdruk verhogen. Er was immers een verpleegsterstekort. Uiteindelijk kwam er wat betreft de A-opleiding op 23 september 1966 een beschikking die op 1 januari 1967 in werking trad. De A-opleiding kreeg voor het eerst, sinds het in werking treden van de wet in 1924, een inhoudelijke verandering.[81]

Veranderingen in de wet betroffen onder meer de ontwikkeling van de didactiek en methodiek. Die leidden volgens de wetgever 'tot een aanpassing van vele onderwijsvormen', gepaard gaande met een verbreding van de inhoud van de opleiding. Het was noodzakelijk gebleken om ook de sociale en de ontwikkeling van de medische wetenschappen in te passen. Een duidelijk omschreven minimum programma voor de opleiding was daarom onafwendbaar. Maar dat was niet het enige. Behalve de belangrijke veranderingen in de verpleegkundige praktijk en in didactische inzichten in het algemeen, maakte ook nieuwe Europese regelgeving de aanpassing van de wet van 1921/1924 noodzakelijk om wederzijds diploma's gelijkgesteld te krijgen.[82] 'Europa' had in 1966 minimale regels opgesteld waaraan een aspirant-verpleegkundige en een opleiding tot algemeen verpleegkundige aan zou moeten voldoen.[83] 'Nederland' voldeed daar ondanks deze aanpassing van 1967 nog lang niet aan, maar een begin was er.

De Nederlandse wetgever nam de Europese normen serieus. Er was dan ook een streven om die na te volgen. De duur van de A-opleiding zou vanaf 1967 minimaal drie jaar en zes maanden zijn, verdeeld in respectievelijk 12, 12 en 18 maanden. Leerlingen in een II-instelling kregen de lesstof van het eerste jaar over twee jaar verdeeld. Daarna moesten zij

---

[77] E.M. van Aken, 'De Nieuwe Opleiding', *Zuidwal. Contact-orgaan* nr. 33, oktober 1964.
[78] 'De nieuwe opleiding voor het diploma A', *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 17 (1964) 448-462.
[79] Ibidem, 452.
[80] 'Interim rapport betreffende herziening A-opleiding verplegenden', *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 19 (1966) 310-312.
[81] Vergragt en De Vries, *Ziekenverpleging* (1968) 38-64.
[82] Ibidem, 53.
[83] M. van Driel Krol, 'De verpleegkundige in de EEG', *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 19 (1966) 483-484. 'Vestiging verpleegkundigen binnen de E.E.G. Memorandum inzake de voorwaarden van vestiging voor verpleegkundigen uit de landen die lid zijn van de E.E.G.', *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 19 (1966) 485-489. Vergragt en De Vries, *Ziekenverpleging* (1968) 38-64. De Vries, *Wetgeving* (1978) 193-216. 'E.G.-richtlijnen diploma's algemeen verpleegkundige in werking', *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 32 (1979) 706. Website Landelijk Centrum Wet- & Regelgeving Zorgberoepen. http://www.lcwz.nl/slb/1977%20453%20EEG.mht (23 december 2013).

naar een I-instelling.[84] Zij deden dus een jaar langer over de opleiding. De leerling moest minimaal 17 jaar en zeven maanden oud zijn alvorens met de opleiding te mogen beginnen. In de II-instellingen was de aanvangsleeftijd 17 jaar. De leeftijdseis voor het examen was 21 jaar.[85] (Vanaf 1 augustus 1970 schrapte de wetgever deze leeftijdseis voor het examen.[86])

Naast het regelen van de opleidingsduur en leeftijdseis, legde de wetgever voor het eerst een vooropleidingeis vast. Samengevat kwam het er op neer dat aspirant-leerlingen MULO of gelijkwaardig moesten hebben. Om de ziekenhuizen echter niet met nog meer verpleegsterstekorten te laten zitten, konden zij leerlingen het eerste leerjaar in twee jaren laten doen, zodat zij zich in die periode konden ontwikkelen tot MULO-niveau. Deze maatregel sorteerde snel een gunstig effect. In 1961 had nog ruim de helft van alle A-leerlingen een 'onvoldoende' vooropleiding, dat wil zeggen slechts één of meer jaar vervolgonderwijs of alleen Gewoon Lager Onderwijs/Voortgezet Gewoon Lager Onderwijs (GLO/VGLO). Tussen 1963 en 1967 daalde het percentage van nieuw ingekomen leerlingen met onvoldoende vooropleiding van 38 naar 10,3 procent.[87] Een afgeronde opleiding tot ziekenverzorgende was daarentegen geen garantie voor plaatsing in de A-opleiding. Pas in september 1979 was het diploma ziekenverzorging, zonder andere vooropleidingseisen, voldoende om toegelaten te worden tot de A-opleiding.[88]

De wet gaf voor het eerst een overzicht van de te behandelen leerstof, onderverdeeld in aantallen lesuren met een totaal van 800 lesuren. Bijna de helft van de uren ging naar 'verpleging en zorg voor de zieke' (zie bijlage 5). De A-opleiding kreeg nu wettelijk een preklinische periode van twee tot drie maanden. De verlenging van de opleiding had vooral te maken met verbreding. De kraamaantekening verviel en daarom kwam de basis van de kraamverpleging en de daaraan gerelateerde vakken in de A-opleiding. Als richtlijn voor de hele opleiding was er een lessentabel. Deze was niet zo uitgewerkt als in het *Rapport Basisdiploma Verpleegster* van 1958 en het *Rapport Uitwerking Basisdiploma Verpleegster* van 1961, maar het ging hier dan ook om een verplicht te volgen richtlijn.[89] Beide rapporten

---

[84] Erkende opleidingsinrichtingen waren onderverdeeld in I en II instellingen. I-instellingen waren de grote algemene ziekenhuizen met minimaal 100 bedden en 28.000 verpleegdagen per kalenderjaar. De II-instellingen waren de algemene ziekenhuizen en kinderziekenhuizen met minimaal 40 bedden en 12.000 verpleegdagen per kalenderjaar, specifieke klinieken (geen psychiatrische/neurologische) met minimaal 75 bedden en 21.000 verpleegdagen per kalenderjaar en sanatoria voor lijders aan tbc met minimaal 100 bedden en 28.000 verpleegdagen per kalenderjaar. De A-opleiding duurde drie jaar en zes maanden als deze in zijn geheel werd gevolgd in een I-instelling en een jaar langer als leerlingen de eerste twee jaar volgden in een II-instelling. De eerste twee leerjaren in een II-instelling beschouwde men als één jaar, daarna moest de leerling naar een I-instelling. J.H. Vergragt, *Wetten betreffende Uitoefening der geneeskunst* … met daarin o.a. de wet tot *Wettelijke bescherming van het diploma voor ziekenverpleging met bijlagen*. Editie Schuurman en Jordens nr. 25 (20e druk; Zwolle 1960) 277-291. Vergragt en De Vries, *Ziekenverpleging* (1968) 38-44.

[85] Vergragt en De Vries, *Ziekenverpleging* (1968) 40, 42 en 49.

[86] Ibidem, eerste aanvulling, 161.

[87] Geneeskundige Hoofdinspectie, *Opleiding voor diploma A ziekenverpleging. De stand van zaken 1968* (Leidschendam 1970) bijlage 1.

[88] Vergragt en De Vries, *Ziekenverpleging* (1968) 53-54 en 56-57. J. de Vries, *Wetgeving Ziekenverpleging. Wet tot bescherming van het diploma voor ziekenverpleging. Wet op de ziekenverzorgers en ziekenverzorgsters*. Editie Schuurman en Jordens nr. 161 (1e aanvulling, 2e druk; Zwolle 1974) 157-161. J. Haring, *Wetgeving ziekenverpleging. Wet tot bescherming van het diploma van verpleegkundige. Wet op de ziekenverzorgers en ziekenverzorgsters. Richtlijnen en besluiten van de Raad van de Europese Gemeenschapen van 27 juni 1977*. Editie Schuurman en Jordens nr. 161 (4e druk; Zwolle 1982) 66-67.

[89] In de toelichting merkte de wetgever op dat over 'de verdere speciale opleidingen (bijvoorbeeld specialisatie kraamverpleging) (…) in de naaste toekomst voorstellen [zijn] te verwachten'. Vergragt en De Vries, *Ziekenverpleging* (1968) 44-45, 54, 59 en 60. De in 1967 opgeheven en in 1982 bij Besluit officieel ingetrokken kraamaantekening, kreeg in 1988 een wettelijk vervolg met de Aantekening obstetrische en gynaecologische verpleging. J. Haring, *Wetgeving ziekenverpleging. Wet tot bescherming van het diploma van verpleegkundige. Wet op de ziekenverzorgers en ziekenverzorgsters.* Editie Schuurman en Jordens nr. 161 (6e druk; Zwolle 1988) 13-30. M. Slegt, 'Wat gebeurde er na 'de ooievaar'', *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 42 (1988) 288-291.

van de VVR konden als leidraad dienen voor de nadere invulling die instellingen hieraan wilden geven.

Emancipatie van de verpleger in de A-verpleging

De Voorlopige Verplegingsraad legde met de twee rapporten voor *Basisdiploma Verpleegster* en *Uitwerking Basisdiploma Verpleegster* als gezegd een belangrijke basis voor de vernieuwing van de A-opleiding. Maar hoe zat het met de opleiding en de positie van de mannelijke verpleegkundigen, die zo nadrukkelijk *niet* in de titels van beide rapporten werden genoemd? Het is tegenwoordig nog nauwelijks voor te stellen, maar tot ver in de twintigste eeuw werden mannen in de A-verpleging op allerlei manieren achtergesteld: ze werden collectief als minder deskundig beschouwd dan vrouwen, hadden doorgaans minder carrièrekansen en werden in hun opleiding en daarna zelfs structureel van verpleging op vrouwenafdelingen en van diverse verpleegkundige handelingen uitgesloten. Terwijl vrouwelijke verpleegsters sinds eind jaren vijftig in het geweer kwamen tegen de hiërarchische afhankelijkheid van mannelijke artsen en de nieuwe beroepsgroepen in de algemene ziekenhuizen, namen mannelijke verplegers uiteenlopende initiatieven om zich ten opzichte van hun vrouwelijke collega's te emanciperen. In de zoektocht naar de identiteit van de verpleegkund(ig)e speelde ook deze emancipatiestrijd een belangrijke rol. De achterstelling van mannen in de verpleging was in Nederland geen nieuw verschijnsel. In 1906 was er al een aparte Nederlandsche Verplegers-Vakvereeniging opgericht, die tot doel had op te komen voor de sociale positie van de man in de verpleging ten opzichte van de vrouw en om te legitimeren dat de verpleging ook een mannenberoep was.[90]

Volgens verpleegkundige en historica Van der Kooij bleef de A-opleiding voor de Tweede Wereldoorlog voor mannen beduidend slechter dan die van vrouwen. Mannelijke verplegers hadden een laag maatschappelijk aanzien. Zij kwamen over het algemeen van een lagere komaf dan de vrouwelijke verpleegsters. De mannen uit het milieu waar de verpleegsters uit kwamen, kozen doorgaans andere beroepen.[91] Volgens Spijker lag het 'voor enigszins ontwikkelde mannen, doorgaans ook uit de middenklasse afkomstig, niet voor de hand om als collega's of als ondergeschikten met deze vrouwen samen te werken'.[92] Door het lage aanzien van mannelijke verplegers kregen zij doorgaans minder verantwoordelijke taken en minder kansen op leidinggevende functies. Ze bleven daardoor een kleine, weinig gewaardeerde minderheid in een door vrouwelijke hoofdzusters gedomineerde wereld.

In de eerste decennia na de Tweede Wereldoorlog kwam hierin weinig verandering. Het aantal mannelijke verplegers was bijzonder laag. In 1955 telde Nederland in de algemene ziekenhuizen slechte 233 gediplomeerde verplegers tegenover 7653 verpleegsters. Het aantal leerling-A-verplegers bedroeg slechts 262, tegenover 9667 leerling-A-verpleegsters.[93] De verpleging, zeker de A-verpleging, werd gezien als typisch een beroep voor vrouwen. In de jaren zestig beoordeelde men mannen in de A-verpleging, volgens Spijker, zelfs met de woorden 'het zullen wel 'mietjes' zijn'.[94] Veel algemene ziekenhuizen zetten (leerling-)verplegers alleen in op mannenafdelingen. Na diplomering zochten veel verplegers hun toevlucht veelal in extramurale velden die als relatief 'mannelijk' werden beschouwd, zoals

[90] Boschma, *The Rise of Mental Health Nursing*, 175-196.
[91] Van der Kooij, '1890-1990. De vermaatschappelijking van de zorg', 30.
[92] Spijker, *Mooi en beschaafd verplegen*, 121.
[93] Voorlopige Verplegingsraad, *Rapport Basisdiploma Verpleger* (1958) 9.
[94] Spijker, *Mooi en beschaafd verplegen*, 121.

bij de GG&GD, bedrijfsgeneeskundige diensten en scheepvaartmaatschappijen.[95] In de algemene ziekenhuizen bleven de mannen zo ver in de minderheid.

Dat leerling-verplegers doorgaans niet op vrouwenafdelingen werkten, betekende ook dat zij vrijwel in alle gevallen een andere praktijkopleiding kregen dan leerling-verpleegsters. De wetgever liet die aparte behandeling toe.[96] Vandaar dat de VVR de mannelijke verplegers niet in de genoemde twee rapporten betrok, maar in 1958 een apart *Rapport Basisdiploma Verpleger* publiceerde, waarin de kaders van de opleiding voor mannelijke verplegers werden geformuleerd, inclusief het noemen van de afdelingen waarop (leerling-)verplegers van konden worden vrijgesteld/uitgesloten. De VVR ging hierin opvallend ver. Rooms-katholieke opleidingen konden, volgens de VVR, afzonderlijk mannen opleiden met zelfs de aanbeveling dat wanneer opleidingen toch kozen voor 'co-educatie', een mannelijke docent/mentor aan te stellen als raadsman/leider/vertrouwenspersoon. Wel moest het hele lesplan ook voor mannen gelden, inclusief de kooklessen. Het intern wonen leverde een probleem op, omdat het in die tijd niet gepast was om ongehuwde mannen en vrouwen onder één dak te laten wonen. Het advies was om dit vraagstuk aan de instelling over te laten en in geval van uitwoning de leerling-verpleger te helpen bij het vinden van huisvesting (soms was er maar één jongen per opleiding of zelfs per ziekenhuis).[97]

Ook in andere opzichten bevestigde de VVR dat in de bestaande praktijk mannelijke verplegers een andere opleiding kregen dan vrouwelijke verpleegsters en ook van bepaalde verpleegkundige handelingen werden uitgesloten. Ten aanzien van de kraamverpleging adviseerde de VVR om leerling-verplegers een afzonderlijke doch vrij uitgebreide theoretische opleiding te geven, waarbij vooral de kennis van het baringsproces en eerste hulp bij bevallingen (E.H.B.B.) aan de leerling-verplegers diende te worden gegeven, inclusief het bijwonen van tenminste twee bevallingen.[98] Dit in verband met eventueel latere werkzaamheden op een ambulance.[99] Voor mannelijke kloosterlingen diende een mogelijkheid tot vrijstelling te bestaan.[100] De man zou, aldus de VVR, een praktijkopleiding moeten krijgen, gericht op de meer voor de hand liggende typisch 'mannelijke' werkzaamheden. Dat waren de diensten op een ziekenauto, op afdelingen met technische apparaten, laboratoriumwerk (nodig op schepen en in zending/missie), op afdelingen urologie, orthopedie, dermatologie en revalidatie.[101]

---

[95] Voorlopige Verplegingsraad, *Rapport Basisdiploma Verpleger* (1958) 2.

[96] De beschikking op de Wet op de ziekenverpleging uit 1966 vermeldde nog dat mannelijke leerlingen konden worden vrijgesteld van 'praktisch werk op de verloskundige afdeling en een gedeelte van het praktisch werken op de kinderafdeling'. Vergragt en De Vries, *Ziekenverpleging. Wet tot bescherming van het diploma voor ziekenverpleging* (1968) 46.

[97] Voorlopige Verplegingsraad, *Rapport Basisdiploma Verpleger*, 4.

[98] Ibidem, 5.

[99] In 1963 werd voor het eerst een cursus Eerste Hulp Bij Bevallingen georganiseerd, met name voor de verplegers bij de GG&GD en aan boord van schepen. Deze cursus werd in het *Rapport Basisdiploma Verpleger* van 1958 al aanbevolen en nu sterk aangemoedigd door de Permanente Commissie van Verplegers (zie verderop). De theoretische cursus duurde twee dagen en de praktijkbeoefening vond daarna plaats in een ziekenhuis. Mogelijk zouden ziekenhuizen bezwaren maken door de komst van mannen op de kraamafdelingen, maar een niet bij name genoemde cursist vond echter dat deze instellingen moesten stuiten op de regel 'het heil van de zieke is de hoogste wet'. Federatiebestuur [van de Nederlandse Verenigingen die de belangen van de verpleging en de verplegenden behartigen], 'De verpleger en de eerste hulp bij bevallingen', *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 12 (1959) 519. Een cursist, '25 verplegers volgden de cursus 'Eerste Hulp Bij Bevallingen'', *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 16 (1963) 496.

[100] Voorlopige Verplegingsraad, *Rapport Basisdiploma Verpleger*, 5.

[101] Ibidem, 6. Een overzichtelijk schema met de verschillen in praktijkopleiding tussen de leerling-verplegers en leerling-verpleegsters is te vinden in bijlage 6. Voorlopige Verplegingsraad, *Rapport Basisdiploma Verpleger*, 7. De man kon een aangepaste praktijkopleiding krijgen, omdat instellingen voor de man op bepaalde afdelingen, zoals de verlosafdeling, ontheffing konden krijgen. Vanaf 1973 liet de wet de mogelijkheid tot vrijstelling niet

Het lijkt erop dat de VVR de apartstelling van mannelijke verplegers geen probleem en zelfs vanzelfsprekend vond. Mannen in de A-verpleging gingen de aparte behandeling echter in toenemende mate ervaren als achterstelling. Daarom kwam er in 1958 – vrijwel gelijktijdig aan de verschijning van het *Rapport Basisdiploma Verpleger* – een aparte Permanente Commissie Verplegers binnen de 'Federatie van Nederlandse Verenigingen die de belangen van de verpleging en de verplegenden behartigen'.[102] Dat was niet helemaal toevallig, want twee mannen binnen deze Permanente Commissie, I.C. van Grasstek en de invloedrijke eerwaarde broeder Werenfridus (Sleijffers), zaten ook in een door de VVR geformeerde werkgroep.[103] Vijf verplegers en vijf vervangers van verschillende (verzuilde) bonden kregen zitting in de Permanente Commissie, met als doel de belangen van verplegers op een meer directe en meer efficiënte wijze naar voren te brengen dan in de jaren daarvoor mogelijk was geweest.[104] De Permanente Commissie ging in haar emancipatiestreven niet zo ver dat zij voor de verpleger een plaats opeiste op vrouwenzalen.[105] Wel betoogde de commissie dat 'men' teveel uitging van generaliserende motieven: 'wat voor een man en wat voor een vrouw passend' was. Opvallend genoeg deed de commissie dat zelf eigenlijk ook. Zij vond enerzijds dat verplegen niet alleen voor vrouwen was, maar anderzijds wilde zij voor mannen meer kansen scheppen om zich te specialiseren in de 'mannelijke' kanten van het beroep. De commissie zag voor verplegers een rol weggelegd in 'het assisteren van de arts', het bedienen van medische apparatuur omdat dit 'meer technisch gevoel en kennis vergt', op afdelingen voor urologie en dermatologie en poliklinieken, zonder dat zij gedegradeerd zouden worden tot 'mechanische kracht, uitsluitend voor het tillen, baden en stuitwassen'. Een ander passend werkterrein voor de verpleger zag de commissie in de koopvaardij, in verband met de 'iets ruwere' gemeenschap van de bemanning. Scheepvaartdirecties

---

meer toe, want mannelijke leerlingen moesten 'derhalve dezelfde praktische ervaring als de vrouwelijke leerlingen' hebben opgedaan. De Vries, *Wetgeving Ziekenverpleging*, (1974) 94.

[102] 'De Federatie van de Nederlandse Vereniging die de belangen van verpleging en verplegenden behartigen', werd in 1945 opgericht als overkoepelend orgaan van acht aangesloten bonden: Nederlandse Bond voor Ziekenverpleging, Bond van Directrices en Adjunct-directrices, Nederlandse Bond van Wijkverpleegsters, Nationale Bond van Verplegenden, Vereniging van Docenten in Verpleegkunde, RK Bond van Ziekenverplegenden 'salus Infirmorum', St. Canisius Bond en de Bond van Protestant-Christelijke Verplegenden. Vanaf 1965 ging deze federatie met drie aangesloten bonden (enkele bonden waren inmiddels samen gegaan) verder onder de naam 'Federatie van verenigingen, die de verpleging en andere onderdelen van de gezondheidszorg bevorderen': Nederlandse Vereniging van Verpleegkundigen, Katholieke Unie van Verpleegkundigen en Verzorgenden en de Nederlandse Christelijke Vereniging van Verpleegkundigen en Verzorgenden. Op 1 januari 1975 is de Federatie ontbonden. Over de weinige daadkracht van de bonden door onder meer de dominante medische beroepsgroep, fragmentatie, versnippering, verzuiling en energieverspilling in opheffingen en fusies, zie: Cora Bakker-van der Kooij, 'Mara. Pleegzuster zijn. Ontwikkelingen in de ziekenverpleging en de organisatiepogingen van verpleegsters, 1870-1920' in: Josine Blok, e.a., red. *Tweede Jaarboek voor vrouwengeschiedenis. 1981* (Nijmegen 1981) 193-221. Van der Kooij, *Mans die moeten hier ter syden. De organisatie van verplegend personeel in Nederland in de periode 1880-1930.* Cora Bakker-van der Kooij, 'De maatschappelijke positie van verpleegsters in de periode 1880-1940', *Tijdschrift voor Geschiedenis* 96 (1983) 454-475. Goudswaard, *Inleiding tot de geschiedenis van de verpleegkunst*, 254-255. Van der Meij, m.m.v. Klijnsma, *Van olie en wijn. Geschiedenis van verpleegkunde, geneeskunde en sociale zorg*, 180-182. Meyboom, *Grepen uit de geschiedenis van zorgen en verzorgen*, 128-157. W.J. Speets, 'Beroepsorganisaties en beroepsontwikkeling' in: Van den Bergh-Braam e.a. red., *Honderd jaar verplegen*, 265-272. Nannie Wiegman en Joseph Wachelder, 'Zorgen als professie: een inleiding', 57-65.

[103] Federatie-Bestuur [van de Nederlandse Verenigingen die de belangen van de verpleging en de verplegenden behartigen], 'De Permanente Commissie van Verplegers', *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 11 (1958) 115. Voorlopige Verplegingsraad, *Rapport Basisdiploma Verpleger*, 1.

[104] Federatie-Bestuur, 'De Permanente Commissie van Verplegers', 115.

[105] Omgekeerd zijn er geen aanwijzingen gevonden dat verpleegsters op bijvoorbeeld een ambulance wilden werken.

prefereerden verplegers met het oog op de veel voorkomende geslachtsziekten.[106] Maar toch: hoewel achteraf gezien de Permanente Commissie van Verplegers in rollenpatronen dacht, was hier een begin gemaakt van een emancipatieproces door, op papier althans, bekend te maken dat de A-verpleging ook voor mannen was. De commissie vond mannelijke verplegers gelijkwaardig aan vrouwelijke verpleegsters.

Een ander gelijktijdig initiatief om de positie van mannelijke verplegers in de vrouwelijke wereld van de algemene ziekenhuizen te verbeteren was de stichting van de 'eerste officiële verplegersschool'.[107] Op 9 december 1959 openden in Haarlem de Broeders van Barmhartigheid van de Heilige Joannes de Deo een eigen verplegersschool, annex internaat, voor hun algemeen ziekenhuis voor alleen mannelijke patiënten. Broeder Werenfridus Sleijffers, lid van de orde, was net als de Permanente Commissie van Verplegers (waarin hij namens de St. Canisiusbond zitting had) rollenpatroonbevestigend. Dat is hem eigenlijk niet kwalijk te nemen. De broeders leefden in een eigen mannenwereld. Dat blijkt onder meer uit het boek *In dienst van de zieken*, waarin historica José Eijt een broeder van deze orde aan het woord laat:

> Dat wij als mannen in de verpleging werkten, is nooit aan de orde geweest, ook nooit zo gevoeld. Het is nooit uitgelegd waarom wij geen vrouwen mochten verplegen. Ik heb het me ook nooit afgevraagd. Wij werkten ook niet samen met vrouwelijke krachten, dat was strikt gescheiden. We werkten in een mannenwereld, met mannen, voor mannen.[108]

Hoewel de verplegersschool geenszins beoogde om te tornen aan de uitsluiting van mannelijke verplegers op vrouwenzalen – eerder integendeel – kan de opleiding wel degelijk als een belangrijke stap in de emancipatie van mannelijke verplegers worden beschouwd. Sleijffers liet in die tijd weten dat met deze eerste verplegersschool 'een verpleger geen man is met een vrouwenberoep' en somde vervolgens werkkringen op 'met een typisch mannelijk karakter, met een typisch mannelijk aspect'. Hij noemde daarbij het inmiddels bekende rijtje: GGD, bedrijfsgeneeskundige dienst, de scheepvaart, technische afdelingen in ziekenhuizen.[109] Sleijffers zag voordelen in een verplegersschool omdat in gemengde klassen waar de man ver in de minderheid was (in de meeste gevallen een per klas), geen rekening gehouden kon worden met de persoonlijkheidsvorming van mannen. Hij zei dat het dan ten aanzien van persoonlijkheidsvorming onmogelijk was één lijn te trekken, omdat een man volgens hem nu eenmaal anders in de wereld stond dan een vrouw. Deze broeder stoelde zijn gedachtegoed op dat van de Amerikaanse psychologe Angelica Walter die de werkzaamheid van de man beschreef als ordenend en organiserend, gericht op 'everything in its place'. De vrouw zocht vanuit haar mede-lijden naar 'a place for everything'. Sleijffers pleitte dus voor gescheiden opleiden omdat hij belangrijke verschillen zag tussen de mannelijke en vrouwelijke bestaanswijze.[110]

In zijn emancipatiestreven liet Sleijffers vijf jaar later weer van zich horen. Hij vertelde in een voordracht voor verplegers dat hij er van overtuigd was dat verplegers in tegenstelling tot hun vrouwelijke collega's in de nabije toekomst een veel stabielere kern in het ziekenhuis zouden kunnen gaan vormen. Hij vergeleek vrouwelijke gediplomeerden –

---

[106] Permanente Commissie van verplegers ingesteld door de Federatie, 'Ook de verplegers aan het woord', *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 11 (1958) 756-758 [26-28].
[107] Werenfridus [Sleijffers], 'Eerste verpleegstersschool [bedoeld wordt verplegersschool] te Haarlem', *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 13 (1960) 387-389, aldaar 387.
[108] Eijt, *In dienst van de zieken*, 202.
[109] Werenfridus {Sleijffers], 'Eerste verpleegstersschool te Haarlem', 387.
[110] Ibidem, 389. Vergelijk: Eijt, *In dienst van de zieken*, 194-214.

nogal bruut – als in- en uitvliegende 'duiven' zonder enige binding met het instituut. Bij mannen zou dat, aldus Sleijffers, anders zijn, omdat zij als kostwinners langer zouden blijven en daardoor binding zouden krijgen met het ziekenhuis. Samen met andere mannelijke leidinggevenden zouden zij sfeerbepalend zijn.[111] Sleijffers' woorden waren niet bepaald vrouwvriendelijk, maar in het emancipatieproces zullen ze bij mannelijke verplegers zeker weerklank hebben gevonden.

Terwijl een deel van de mannelijke verplegers zich aangetrokken voelde tot de gedachte dat zij zich in hun beroep konden emanciperen door zich te richten op de 'mannelijke' kanten van de A-verpleging, ontplooiden andere verplegers vanaf het begin van de jaren zestig diverse initiatieven om juist traditionele rollenpatronen te doorbreken en zich te kwalificeren voor verpleegkundige handelingen die zij tot dan toe niet mochten verrichten. In 1963 was er voor het eerst een cursus Eerste Hulp Bij Bevallingen voor met name verplegers bij de GG&GD en aan boord van schepen. De kraamaantekening (het bekende ooievaartje) was voor mannen nog niet toegestaan en het was daarom nieuws dat er in 1964 op Curaçao toch mannen gekwalificeerd konden worden in de kraam. Zij kregen echter geen ooievaartje op hun insigne, omdat zij geen volledige stage konden doen op de kraamafdeling (zij kwamen alleen op de verloskamers van gouvernementsvrouwen). In plaats daarvan kregen zij een getuigschrift.[112] In november 1966 slaagde in Nederland de eerste man met een officiële kraamaantekening, inclusief ooievaar, waarbij werd opgemerkt dat de 'kraamvrouw de verpleger [waardeerde] om zijn als regel decenter optreden'.[113] Pas nadat in 1967 de eerste verpleger in de wijk het 'vrouwelijk terrein' aarzelend en weifelend betrad, bleek dat er in de maatschappij daadwerkelijk een behoefte was aan verplegers. Er waren mannelijke patiënten die liever door mannen gewassen wilden worden omdat zij zich bij vrouwen schaamden voor hun lichaam.[114] Het lijkt er op dat daar in de wijk niet eerder bij stil gestaan was. Dat zou ook voor de intramurale zorg kunnen gelden. Het is voor te stellen dat niet iedere mannelijke patiënt, op bijvoorbeeld een afdeling urologie of dermatologie, het prettig vond door een vrouw geholpen te worden omdat hij zich schaamde voor zijn geslachtsdeel of geslachtsziekte.

Hoewel er vanaf de jaren zestig de eerste tekenen waren van waardering dat mannen kozen voor de 'vrouwelijke' verpleging, namen instellingen mannen toch vooral aan voor taken die destijds golden als met name geschikt voor mannelijke verplegers. Het *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* publiceerde in 1968 het volgende overzicht van banentips voor A-verplegers: verpleger in diverse rangen in het ziekenhuis (lees leidinggevende functies met soms daarbij het B-diploma als eis), beademingstherapeut, operatieverpleger, verpleger in een polikliniek, verpleger-docent, ambulance-verpleger, bedrijfsverpleger, scheepsverpleger, uitzending als verpleger naar het buitenland (olie- of boormaatschappij), verpleegkundig directeur.[115] Het aantal mannen in de A-verpleging werd er op korte termijn niet veel groter door. In 1955 diplomeerden er 78 A-verplegers, in 1960 stond dat aantal op 117 en in 1969 op 225. Vergeleken met de diplomeringen van A-verpleegsters waren de cijfers respectievelijk: 2374, 2651 en 4149.[116] Nederland vormde vergeleken met het vooruitstrevend verpleegkundig Amerika niet eens een grote uitzondering. Daar waren tot in het midden van de twintigste

---

[111] Werenfried Sleijffers, 'De verpleger en zijn toekomstmogelijkheden', *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 18 (1965) 337-340.

[112] ''Emancipatie' van de verplegers', *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 17 (1964) 60 en 462. De A-opleiding in het Sanatorium Het Groene Kruis en het Sint Elisabeth's Gasthuis te Willemstad op Curaçao werd in Nederland erkend. Vergragt en De Vries, *Ziekenverpleging. Wet tot bescherming van het diploma voor ziekenverpleging* (1968) 101-102.

[113] J. ter Beek, 'Mannen in de verpleging', *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 22 (1969) 79-82, aldaar 81.

[114] A. Drijfhout en L. M. Bruna, 'Wijkverpleger', *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 21 (1968) blz. 338-339.

[115] 'Enkele functies voor verplegers na diploma A', *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 21 (1968) 337.

[116] Cijfers overgenomen van: Van Gemert en Spijker, *Verdichtsel en werkelijkheid*, 137.

eeuw de mogelijkheden voor mannen beperkter. In 1960 was van alle geregistreerde verplegenden slechts één procent man.[117] Het *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* vond het in 1966 een bericht waard dat er in Engeland vier verplegers op vrouwenafdelingen voor chronisch zieken en op de polikliniek voor psycho-geriatrie kwamen te werken en dat zij daar 'hetzelfde werk als de verpleegsters' deden. Het ziekenhuis was daartoe overgegaan 'omdat er een nijpend tekort op deze afdelingen was aan verpleegsters'.[118] Nood breekt wet, moet het ziekenhuis hebben gedacht.

Afbakening van taken en verantwoordelijkheden: een zoektocht

In de rapporten *Basisdiploma Verpleegster* en *Uitwerking Basisdiploma Verpleegster* had de Voorlopige Verplegingsraad rond 1960, zoals hierboven is beschreven, met instemming de internationale definitie geciteerd die de WHO kort tevoren had opgesteld om de speciale taak van de verpleegkundige ten opzichte van artsen en andere beroepsgroepen af te bakenen. In de jaren zestig en zeventig bleef het precieze afbakenen van taken en verantwoordelijkheden van verplegenden echter een terugkerend probleem, dat voor steeds grotere hoofdbrekens zorgde – zowel op de werkvloer als bij de vormgeving van de A-opleiding. Dat de oplossing van dit vraagstuk geen eenvoudige opgave was, blijkt uit het feit dat de Centrale Raad voor de Volksgezondheid hierover tussen 1971 en 1976 maar liefst vier rapporten publiceerde.[119] Daarop aansluitend volgden ook nog twee rapporten van het Ministerie van Volksgezondheid, in 1982 en 1985.[120] In deze paragraaf worden deze rapporten besproken en in hun toenmalige context geplaatst, omdat ze een duidelijke zoektocht naar verpleegkundige identiteit laten zien. Bovendien duiden deze rapporten al op de wens van een Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG) die er uiteindelijk pas in de jaren negentig zou komen om de taken en verantwoordelijkheden van beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg helder te regelen.[121] Zover was het nog lang niet.

---

[117] Chad E. O'Lynn,'History of Men in Nursing: A Review' in: Chad E. O'Lynn en Russell E. Transbarger, red., *Men in Nursing. History, Challenges and Opportunities* (New York 2007) 31.

[118] 'Verplegers op vrouwenzalen', *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 19 (1966) 179.

[119] De Centrale Raad voor de Volksgezondheid was door middel van de Gezondheidswet in 1956 ingesteld en adviseerde de regering over organisatorische en wettelijke vraagstukken op het gebied van de volksgezondheid. De Raad bestond uit leden van overheidswege en uit particuliere organen en dus ook uit verpleegkundigen. Grote Winkler Prins, *Encyclopedie in twintig delen*. Deel 8 (Amsterdam en Brussel 1969).

[120] Centrale Raad voor de Volksgezondheid, *Rapport taak van de verpleegkundige* ('s-Gravenhage 1972). Centrale Raad voor de Volksgezondheid, *Advies inzake de verantwoordelijkheid en de aansprakelijkheid van verpleegkundigen en leerling-verpleegkundigen in de intramurale gezondheidszorg* ('s-Gravenhage 1972). Centrale Raad voor de Volksgezondheid, *Rapport inzake de taak van de verpleegkundige* (Rijswijk 1974). Centrale Raad voor de Volksgezondheid, *Advies inzake nadere regelingen met betrekking tot de verantwoordelijkheid van de verpleegkundige en de leerling-verpleegkundige in het algemeen ziekenhuis* (Rijswijk 1976). Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, *Eerste interimrapport van de commissie verantwoordelijkheid verpleegkundigen in algemene ziekenhuizen.* ('s-Gravenhage 1982). Ministerie van Volksgezondheid en Cultuur, *Tweede rapport van de commissie verantwoordelijkheid verpleegkundigen in algemene ziekenhuizen*. (Leidschendam 1985).

[121] 'Artikel 1. 1. In deze wet [Wet BIG] en de daarop berustende bepalingen worden onder handelingen op het gebied van de individuele gezondheidszorg naast de in het tweede lid omschreven handelingen verstaan alle andere verrichtingen - het onderzoeken en het geven van raad daaronder begrepen -, rechtstreeks betrekking hebbende op een persoon en ertoe strekkende diens gezondheid te bevorderen of te bewaken en 2. In deze wet en de daarop berustende bepalingen worden onder handelingen op het gebied van de geneeskunst verstaan: a. alle verrichtingen - het onderzoeken en het geven van raad daaronder begrepen -, rechtstreeks betrekking hebbende op een persoon en ertoe strekkende hem van een ziekte te genezen, hem voor het ontstaan van een ziekte te behoeden of zijn gezondheidstoestand te beoordelen, dan wel verloskundige bijstand te verlenen; b. het bij een persoon afnemen van bloed of wegnemen van weefsel voor andere doeleinden dan die, bedoeld onder **a**; c. het wegnemen van weefsel bij een overledene en het verrichten van sectie'. 'Wet- en regelgeving', website

De discussie in het *Tijdschrift voor Ziekenverpleging*, waar dit hoofdstuk mee begon, maakte al duidelijk dat verpleegkundigen eind jaren vijftig steeds meer worstelden met de afbakening van hun taken en verantwoordelijkheden en moeite hadden om met de naoorlogse revolutie in de gezondheidszorg mee te gaan. In de jaren zestig zette deze ontwikkeling zich voort. Verpleegkundigen raakten steeds meer verstrikt in de kluwen van nieuwe beroepsbeoefenaren. Nieuwe beroepsgroepen als diëtisten, fysiotherapeuten, arbeidstherapeuten, röntgenassistenten, maatschappelijk werkers en klinisch analisten, gingen aan de 'zijkanten' taken en verantwoordelijkheden afknabbelen. Verpleegkundigen kwamen in dienst te staan van deze nieuwe beroepsgroepen.[122] Terwijl verpleegkundigen voorheen bijvoorbeeld nog zelf een ontslag uit het ziekenhuis en de opvang thuis of verpleeghuis regelden, werden zij nu als manusje-van-alles ingezet in de administratieve afhandeling voor het aanvragen van een consult van een maatschappelijk werkster of (gespecialiseerde) transferverpleegkundige. Tegelijk werden aan de 'onderkant' taken gedelegeerd aan de nieuwe ziekenverzorgenden: verplegenden van een lager deskundigheidsniveau (zie hoofdstuk 4).

Aan de 'bovenkant' kregen verpleegkundigen er tegelijkertijd juist diverse taken en verantwoordelijkheden bij vanwege de stroomversnelling waarin de medische wetenschappen zich in bevond. H. van IJzeren, directeur van het St. Canisiusziekenhuis te Nijmegen, somde in 1963 enkele van deze nieuwe taken op: de venapunctie, het inbrengen van infusen, het geven van intraveneuze injecties en het observeren van vitale functies in de verkoeverkamer. De vraag ontstond, aldus Van IJzeren, of de grensverschuiving in overeenstemming was te brengen met de verantwoordelijkheid van de arts. Ook rees de kwestie op in hoeverre instellingen en artsen de verpleegster die handelingen kon laten verrichten die buiten de opleiding vielen. Van IJzeren signaleerde scherp dat als die taakverschuiving wenselijk was, de A-opleiding aangepast diende te worden. Ook moesten er protocollen komen om de bevoegdheden vast te leggen. Dit leek Van IJzeren beter dan de handelingen oogluikend toe te laten, wat tot medische en juridische misstanden in ziekenhuizen kon leiden.[123]

De suggestie van de arts Van IJzeren om de A-opleiding uit te breiden met meer medische vaardigheden, vond onder verpleegsters aardig wat weerklank. De eerder genoemde verpleegster Albertine Brij pleitte, in navolging van het *Rapport Basisdiploma Verpleegster*, voor een opleiding van een lagere deskundigheidsniveau zodat basiswerkzaamheden door verpleegkundigen overgedragen konden worden. Zij stelde dat de verpleegster beter geschoold moest worden indien zij haar plaats aan de zijde van de arts wilde behouden. Brij refereerde hierbij aan een eerder in Engeland uitgebracht rapport *The Work of Nurses in Hospital Wards, Report of a Job Analysis*, dat had geconcludeerd dat maar liefst 43 procent van de algemene werkzaamheden van verpleegkundigen bestond uit zogenaamde basisverpleging. Wanneer dat ook voor Nederland gold, zou de opleiding daaraan aangepast moeten worden. Dat leek, aldus Brij, ook economisch gezien een gezondere aanpak.[124] Dat zou betekenen dat de (praktijk)opleiding minder aandacht zou moeten besteden aan de

---

Overheid.nl. http://wetten.overheid.nl/BWBR0006251/Hoofdstuk1/Artikel1/geldigheidsdatum_24-07-2015 (24 juli 2015).

[122] M. van Driel Krol, 'Het beroep van verplegen in deze eeuw van wetenschap en techniek', *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 17 (1964) 141-147, aldaar 141-142.

[123] H. van IJzeren, 'De afbakening van de taak van de arts en van de verpleegster in het ziekenhuis', overgenomen uit *Medisch Contact* (4 oktober 1963), *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 17 (1964) 295-296.

[124] Albertine Brij, reactie op: 'De afbakening van de taak van de arts en van de verpleegster in het ziekenhuis', overgenomen uit *Medisch Contact* (1 november 1963), *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 17 (1964) 296-297. Het onderzoek waar Brij aan refereerde was uitgevoerd door The Nuffield Provincial Hospitals Trust. Volgens Baly in haar *Nursing and Social Change* (3e ed.; 1995) 215-216, werd het rapport dat Brij noemde bekritiseerd om zijn onderzoeksmethode en om de wijze hoe de conclusies werden verzameld. Baly ging nauwelijks in op de inhoud van het rapport.

basiszorg en huishoudelijke taken en meer aan werkzaamheden om aan de zijde van de arts te kunnen staan, zoals voor de vaardigheden die Van IJzeren noemde. Wanneer Brij's adviezen opgevolgd zouden worden, betekende dat 43 procent van de werkzaamheden gedelegeerd zou kunnen worden aan ziekenverzorgenden. Deze beroepsgroep was immers in het leven geroepen om de basiszorg over te nemen, zoals de zorg rondom de algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL). Dat zou ook betekenen dat verpleegkundigen 43 procent extra tijd kregen om aan de zijde van de arts te werken.

Met haar pleidooi om A-verpleegkundigen meer medische vaardigheden bij te brengen, suggereerde Brij dat de verpleegkundige vooral een assisterende rol zou moeten (blijven) vervullen aan de zijde van de arts en dus feitelijk een identiteit en taak had die was afgeleid van de arts. Zo dacht in de jaren zestig echter lang niet iedereen erover. In 1960 had de Amerikaanse verpleegster Virginia Henderson in haar *Basic priciples of nursing care* al de volgende, tegenwoordig wereldberoemde definitie van verpleegkunde geformuleerd:

> The unique function of the nurse is to assist the individual, sick or well, in the performance of those activities contributing to health or its recovery (or to a peaceful death) that he would perform unaided if he had the necesarry strength, will or knowledge. It is likewise her function to do this in such way as to help him gain independence as rapidly as possible.[125]

Mede geïnspireerd door deze definitie betoogde in 1968 mevrouw A.H.M. van de Bergh-Braam, toenmalig oud-docente van het St. Radboud Ziekenhuis te Nijmegen, auteur van lesboeken in de serie *In goede handen* en later de eerste Nederlandse hoogleraar verplegingswetenschappen, in het *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* dat de verpleegkundige een heel eigen identiteit en taak had of zou moeten hebben, die niet direct en hoofdzakelijk was afgeleid van die van de arts.[126] Verplegen betekende voor Van den Bergh-Braam 'mèt de zieke centraal staan'. Net als Henderson stelde zij dat de taak van de verpleegkundige eerder zou moeten worden afgeleid van de zorgbehoefte van de patiënt en dat de verpleegkundige er zich erop moest richten om 'in de plaats [te] treden van de zieke; aanvullen van de mens, die onmachtig is gezondheid, herstel, optimale conditie of vreedzame dood te bereiken'.[127] Van den Bergh-Braam gaf hiermee een volledig andere invulling aan het beroep dan Brij voor ogen had.

Met de publicatie van de rapporten *Basisdiploma Verpleegster* en *Uitwerking Basisdiploma Verpleegster* en de wettelijke beschikking op de A-verpleging van 23 september 1966 was de discussie over de taak en de verantwoordelijkheid van de verpleegkunde bepaald niet verstomd. Integendeel. Binnen het A-veld leken de visies eind jaren zestig juist steeds meer uit elkaar te lopen. Voor het werk op de werkvloer was dat niet bepaald praktisch en voor invulling van de opleiding tot A-verpleegkundige was dat zelfs een fundamenteel probleem: waar moesten de leerlingen nu precies voor worden opgeleid?

In 1970 besloot de Vaste Commissie Verpleging van de Centrale Raad voor de Volksgezondheid een aparte werkgroep in het leven te roepen om eindelijk opheldering te verschaffen wat de verpleegkundige in de algemene ziekenhuizen allemaal deed, niet moest

---

[125] Lynaugh, 'From Chaos to Transformation', 136.

[126] Mevr. A.H.M. van den Bergh-Braam promoveerde in 1984 met het proefschrift *'Hoofdverpleegkundigen' over leven in het ziekenhuis*, waarin onder meer de moeilijke relatie tussen de arts en de hoofdverpleegkundige (en arts en directie) aan de orde komt. Op 21 januari 1986 werd Van den Bergh-Braam benoemd tot Buitengewoon Hoogleraar aan de Rijksuniversiteit Limburg, Hiermee werd zij de eerste hoogleraar verplegingswetenschap in Nederland, *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 39 (1986) 73. Zie ook de website van het Florence Nightingale Instituut. http://www.fni.nl/zoek?q=Bergh-Braam

[127] A.H.M. van den Bergh-Braam, 'De verpleegster en haar werk', *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 21 (1968) 231-233, aldaar 231.

doen of juist wel moest doen. In oktober 1971 werd het *Rapport taak van de verpleegkundige* door de Raad aangeboden aan de minister.[128] In de zoektocht naar wat verpleegkunde was en zou moeten zijn, verzamelde de Raad vele omschrijvingen. Net als de Voorlopige Verplegingsraad in het *Rapport Basisdiploma Verpleegster* citeerde de Centrale Raad de eerder genoemde taakomschrijving van de WHO van 1956.[129] Maar ook liet de Centrale Raad zich inspireren door de eerder genoemde definitie van Virginia Henderson.[130] De Raad nam eveneens de definitie inclusief de toelichting over uit het rapport uit 1969 van de Commissie HBO-V, dat in een volgend hoofdstuk nog aan de orde zal komen.[131] Een vierde definitie vond de Raad ten slotte in het boek *Nursing Practice and the Law* van M.J. Lesnik en B.E. Anderson. Deze beschreven in hun boek zes eigen taken van de verpleegkundige en een afgeleide taak (zie bijlage 8).[132] De Centrale Raad analyseerde de verzamelde omschrijvingen en stelde op basis daarvan een nieuwe taakomschrijving samen, die als volgt luidde:

> Het is de taak van de verpleegkundige om:
> als lid van een multidisciplinair team
> ten behoeve van de individu (of van de groep van individuen), die gezondheidszorg behoeft,
> op ieder moment
> op iedere plaats
> gevraagd of, indien noodzakelijk, ongevraagd de gezondheidssituatie te observeren en vervolgens, voor zover mogelijk met instemming van de individu, steeds wanneer de verpleegkundige dit nodig en mogelijk acht, in overleg met de behandelend arts,
> óf in het kader van de eigen specifieke deskundigheid alle hulp te verlenen, dan wel het initiatief te nemen ten einde deze hulp te doen verlenen, die nodig geacht wordt om de gezondheid van de individu te bevorderen of het lijden te verlichten,
> óf indien eigen specifieke deskundigheid ontoereikend wordt geacht, in overleg met de teamleden, de discipline die de nodige deskundigheid wel bezit in te schakelen of te doen inschakelen, opdat de optimale zorg aan de individu kan worden geboden.[133]

De Centrale Raad bood met deze taakomschrijving helderheid in een lang lopende discussie. Een van de opmerkelijke aspecten van de omschrijving was dat de A-verpleegkundige nadrukkelijk niet werd gepresenteerd als een soort assistent van de arts, maar als een teamlid met een eigen inbreng/deskundigheid in dat team.

Behalve een nieuwe taakomschrijving formuleerde de Raad een grote wensenlijst om de taak en verantwoordelijkheid van de verpleegkundige te omschrijven en te beschermen. De Raad vond dat de wet aangepast moest worden met betrekking tot bevoegdheden, registratie, tuchtrecht en de mogelijkheden van delegatie van werkzaamheden door de arts aan de verpleegkundige. Er moesten criteria geformuleerd worden voor honorering op basis van deskundigheidsniveau en verantwoordelijkheid op uitvoerend vlak. De opleiding zou zo ingericht moeten worden dat de leerling kon differentiëren en daarna zich kon specialiseren. Verder moesten er verschillende opleidingsniveaus en opleidingsmogelijkheden komen voor

---

[128] Centrale Raad voor de Volksgezondheid, *Rapport taak van de verpleegkundige* ('s-Gravenhage 1972).
[129] Ibidem, 9-10
[130] Ibidem, 7.
[131] Ibidem, 9.
[132] Ibidem, 10. Milton J. Lesnik en Bernice E. Anderson, *Nursing Practice and the Law* (2e druk; Philadelphia en Montreal 1962) 258-260.
[133] Raad voor de Volksgezondheid, *Rapport taak van de verpleegkundige* (1972) 11-12.

kaderfunctionarissen, beleidsmakers en docenten. De Raad vond ook dat de wetenschap gestimuleerd moest worden door middel van research en universitaire opleidingen voor verpleegkundigen. Er zouden werkgroepen van deskundigen ingesteld moeten worden om een gedetailleerd curriculum van de opleiding tot verpleegkundige te bepalen.[134] De Raad gaf in 1971 vooruitstrevende aanbevelingen die uiteindelijk pas in de jaren negentig deels werden overgenomen in een nieuwe kwalificatiestructuur voor verpleging en verzorging en in de Wet BIG.

De nieuwe taakomschrijving van de Centrale Raad voor de Volksgezondheid vond begin jaren zeventig onder verpleegkundigen vrij veel positieve weerklank en stimuleerde hen om zich ten opzichte van artsen te emanciperen. In het *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* schetste de toenmalige leerling-verpleegkundige Roland Janssen in 1973 een aantrekkelijke toekomst voor zich waarin 'een verpleegkundige met een eigen identiteit' werkte binnen een 'multi-disciplinair-team'.[135] Dus niet aan de zijde van de arts, maar als teamlid, want zo schreef Janssen:

> De verpleegkundige zal telkens weer zijn eigen beroepsidentiteit ter discussie moeten stellen. Tevens zal hij telkens weer recht op inspraak in de behandelingsplanning moeten opeisen (…) Hij zal zijn plaats moeten kennen en ook in staat moeten zijn deze uit te dragen.[136]

Janssen vond dat de opleiding nog altijd teveel was gebaseerd op de wil van de arts en op het technische aspect. De theorie en praktijk waren, aldus Janssen, teveel uit elkaar gegroeid: de leerling leerde op school wat hij in de praktijk niet tegenkwam. Hierdoor kon hij niet adequaat reageren. Hij leerde bijvoorbeeld op school hoe iemand afgelegd moest worden, maar niet hoe hij iemand moest begeleiden op zijn sterfbed. Het begeleiden van de leerling bij integratie van theorie en praktijk ontbrak veelal omdat de praktijkbegeleider te druk was met het afdelingswerk. Klinische lessen gingen niet door in verband met de werkdruk.[137] Het gevoel dat de verpleegkunde zich in een de identiteitscrisis bevond werd begin jaren zeventig breed gedeeld. Maar niet iedereen was het eens met de gedachte dat artsen en nieuwe beroepsbeoefenaren in de algemene ziekenhuizen daarvoor verantwoordelijk waren. In 1975 stelde de verpleegkundig-docent Will Robroek de volgende prangende vragen:

> Is de verpleegkundige niet zelf verantwoordelijk voor deze identiteitscrisis? Heeft de verpleegkundige het niet steeds gemakkelijker gevonden om in de schaduw te lopen van een alleswetend figuur als de arts, dan zelf te zoeken naar de inhoud, de identiteit van het beroep.
> Schuiven wij de schuld niet te gemakkelijk op anderen? [138]

Robroek had hier beslist een punt. Maar zijn oproep om 'zelf te zoeken naar de inhoud, de identiteit van het beroep' bewijst ook dat de intensieve zoektocht die binnen het veld al werd ondernomen nog lang niet overal op de werkvloer was doorgedrongen. Zowel in theorie als de praktijk van de inservice-opleidingen waren de nieuwe opvattingen over het beroep nog niet geïntegreerd en bleven leerlingen in de schaduw lopen van de alleswetende arts.

---

[134] Ibidem, 23.
[135] Roland Jans[s]en, 'Wat verwacht de leerling van de opleiding?', *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 26 (1973) 791-794, aldaar 794.
[136] Ibidem.
[137] Ibidem, 793.
[138] Will Robroek, 'Wat verwacht ik – als opleidingsfunctionaris/theoriedocent – van de verpleegkundige?', *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 26 (1973) 795-798, aldaar 795.

Binnen de Centrale Raad voor de Volksgezondheid ging de zoektocht inmiddels verder. In 1974 publiceerde hij een volgend rapport over 'de taak van de verpleging in de gezondheidszorg en de wijze waarop de verpleegkundige deze optimaal kan vervullen in de in de praktijk voorkomende situaties'.[139] In de formulering van de taak van de verpleegkunde beperkte de Raad zich nu tot de omschrijving van de WHO uit 1956, aangevuld met de vijf terreinen van de verpleegkunde uit het *Fifth report* die het WHO-Expert Committee on Nursing in 1966 had vastgesteld (zie bijlage 9).[140] De Raad vond verder dat verpleegkundige hulpverlening een proces was, dat uit drie kerndimensies bestond. De Raad zou op de volgende drie kerndimensies nog regelmatig terugkomen:

> Het scheppen en instandhouden van een therapeutisch klimaat, waarin de activiteiten, die de genezing van de patiënt bevorderen, zo goed mogelijk tot hun recht kunnen komen.
> Het coördineren van activiteiten die zich in de directe omgeving van de patiënt voordoen.
> Het zorgdragen voor de continuïteit in het therapeutisch klimaat en in de coördinatie.[141]

Deze kerndimensies lieten, hoewel niet expliciet vanuit een theoretisch verpleegkundig oogpunt en nog erg abstract, al een verpleegkundig proces zien. De kerndimensies gingen heel sterk uit van de spilfunctie van een verpleegkundige. Coördinatie en continuïteit van zorg werden als belangrijke factoren gezien van de verpleegkunde. Om dat goed te kunnen doen moest er volgens een plan gewerkt worden met doelen en evaluaties.

Ten aanzien van de vraag hoe de verpleegkunde zich verhield tot de geneeskunde en of A-verpleegkunde een fundamenteel andere taak had dan de verplegenden in de andere velden, leek de Raad enigszins te schipperen. De Raad zag in principe geen wezenlijk verschil met het scheppen van een 'therapeutisch klimaat' in bijvoorbeeld een algemeen ziekenhuis, psychiatrische kliniek of de wijkverpleging. Het psycho-sociale verplegen moest voorkomen dat de patiënt zich een nummer ging voelen en bevorderen dat hij 'zo snel mogelijk zijn zelfstandigheid [kon] herwinnen', aldus de toelichting. Maar volgens de Raad was het bevorderen van 'het bio-psycho-sociale aspect in de verpleegkunde uiteraard niet voldoende': hier moest ook 'het geheel van technische vaardigheden' onder begrepen worden, zoals het verstrekken van medicijnen, op de juiste wijze voorbereiden voor een operatie, observeren en het bijtijds signaleren van complicaties zoals decubitus (doorligwonden), benauwdheid en pijn.[142]

Het bleef bij de Raad niet bij het formuleren van de taken, de vijf terreinen en de drie kerndimensies van de verpleegkund(ig)e. De Raad begon met een lastige zaak, namelijk over het verrichten van geneeskundige handelingen door verpleegkundigen. Weliswaar vond de Raad de technische vaardigheden niet de essentie van het verpleegkundig beroep, maar dat onderwerp riep begin jaren zeventig wel de meeste discussie op. Een incident als het verkeerd aanhangen van bloed had juridische gevolgen. Dat bleek toen in het begin van de jaren zeventig een eerstejaars leerling verkeerd bloed had aangehangen waardoor een patiënt kwam te overlijden. Hoe kon dit gebeuren? Kon een eerstejaars leerling de verantwoording dragen voor het verwisselen van infuusvloeistoffen? Zo ja, viel daar ook bloed onder? Waren er

[139] Centrale Raad voor de Volksgezondheid, *Rapport inzake de taak van de verpleegkundige* (Rijswijk 1974) 3.
[140] Ibidem, 6-7.
[141] Ibidem, 8.
[142] Ibidem, 8-9.

protocollen? Hoe was de werkdruk? Wie is verantwoordelijk? Was het nalatigheid? Was het een vergissing? Was het een incident? Was het een onderdeel van groepsgedrag?[143]

Het was in de jaren zeventig vaak nog onduidelijk wie die gevolgen moest dragen: was dat de verpleegkundige, de arts of de instelling? Wettelijk stond niets vast omtrent de bevoegdheden van de verpleegkundige. De Wet tot wettelijke bescherming van het diploma voor ziekenverpleging van 1921 en de daarvoor in de plaats gekomen Wet tot bescherming van het diploma van verpleegkundige van 1977 gaven alleen titel- en diplomabescherming. Het zelfstandig uitoefenen van de geneeskunde was door niet-geneeskundigen verboden, aldus de Wet op de uitoefening van de geneeskunst uit 1865. Toch vond de wethandhaver dat het uitoefenen van geneeskundige handelingen door verpleegkundigen in opdracht en onder verantwoordelijkheid van de arts niet gerekend hoefde te worden tot zelfstandige uitoefening van de geneeskunde. De arts bleef in deze constructie zelf verantwoordelijk. Deze zogenoemde 'verlengde arm-constructie' werd rechtmatig door een uitspraak van de Hoge Raad op 4 november 1952.[144]

In theorie was de uitspraak van de Hoge Raad over de verlengde arm-constructie misschien klare taal, maar in de praktijk pakte het anders uit. Want hoe moest dat wanneer een arts afwezig was, telefonisch een opdracht gaf om een handeling te verrichten en de verpleegkundige vervolgens een beoordelingsfout maakte als hij complicaties niet kon onderkennen? Daarbij was een mondelinge (telefonische) opdracht, in tegenstelling tot een schriftelijke, niet te bewijzen en konden interpretatieverschillen ontstaan.[145] De arts moest zeker weten dat de opdrachtnemer bekwaam was en de opdrachtnemer moest van zichzelf weten dat hij bekwaam was in het uitvoeren van de handeling. Ook verpleegkundige hoofden moesten bij het doorgeven van opdrachten weten of de opdrachtnemer bekwaam was.[146] Maar ook als een verpleegkundige zichzelf bekwaam achtte in het verrichten van de handeling, kon het zijn dat zij eventuele gevolgen van die handeling niet kon inschatten. Juridisch waren er dus knelpunten. De Centrale Raad had dat goed in de gaten en deed daaromtrent aanbevelingen: taken en bekwaamheden van de verpleegkundige zouden omschreven moeten worden en 'meer gedetailleerde omschrijvingen zouden in de opleidingsschema's c.q. in de praktijk- en rapportenboekjes kunnen worden gegeven. Later verworven bekwaamheden zouden in de praktijk- en rapportenboekjes moeten worden aangetekend'.[147] Bovendien zag de Raad graag dat er een tuchtregeling voor verpleegkundigen zou komen en een gedragscode voor de samenwerking tussen behandelend arts en verpleegkundige.[148]

Opmerkelijk is dat de Raad toch terughoudend was met het doen van handelingen door middel van bekwaamheidsverklaringen. Beter was het om handelingen in de opleiding op te nemen. De (leerling-)verpleegkundige zou zelf moeten beoordelen of die bekwaam was en opdrachten van de arts bij onbekwaamheid moeten kunnen weigeren.[149] In het rapport was een 'discussie' zichtbaar tussen een werkgroep van de Raad en de beroepsgroep zelf via een commissie die ingesteld was door de 'Federatie van Verenigingen, die de verpleging en

---

[143] 'Positie van de leerling-verpleegkundige', *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 24 (1971) 3. 'Ingezonden', *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 24 (1971) 164-165. J.A.IJ. van Giffen, 'De vergissing: menselijk of strafbaar?', *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 24 (1971) 98-100.

[144] Raad voor de Volksgezondheid, *Advies inzake de verantwoordelijkheid en de aansprakelijkheid van verpleegkundigen en leerling-verpleegkundigen in de intramurale gezondheidszorg* (1972) 8-10.

[145] Ibidem, 8-26.

[146] J.H.S. van Herten, 'Aspecten van aansprakelijkheid voor medisch handelen door artsen en verpleegkundigen', *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 32 (1979) 924-927, aldaar 925 en 927.

[147] Raad voor de Volksgezondheid, *Advies inzake de verantwoordelijkheid en de aansprakelijkheid van verpleegkundigen en leerling-verpleegkundigen in de Intramurale gezondheidszorg* (1972) 26.

[148] Ibidem.

[149] Raad voor de Volksgezondheid, *Advies inzake nadere regelingen met betrekking tot de verantwoordelijkheid van de verpleegkundige en de leerling-verpleegkundige in het algemeen ziekenhuis* (1976) 36-38.

andere onderdelen van de gezondheidszorg bevorderen'. Deze discussie ging over een vijftigtal vaardigheden met de volgende vier codes: 1. in de opleiding geleerd, 2. na de opleiding geleerd met een bekwaamheidsverklaring, 3. geleerd in een specialistische opleiding en 4. niet te verrichten door verpleegkundigen. De Federatie vond dat bijvoorbeeld de venapunctie, het inbrengen van een infuus (zonder toegevoegde medicamenten) en het katheteriseren van de blaas bij mannen in de basisopleiding thuishoorden. De Raad meende dat die handelingen pas met een bekwaamheidsverklaring of gespecialiseerde opleiding gedaan mochten worden.[150]

Het lijkt alsof het Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne ongeduldig werd, want na al die rapportages van de Raad voor de Volksgezondheid, nam zij de zoektocht in 1980 over en deed op punten zaken dunnetjes over. Een ingestelde commissie met de naam 'Commissie verantwoordelijkheid in algemene ziekenhuizen', had tot taak de minister van advies te dienen met betrekking tot gedelegeerde geneeskundige handelingen aan verpleegkundigen. De reden dat er weer een commissie kwam, luidde officieel: doordat 'het verrichten van geneeskundige handelingen door verpleegkundigen (…) een nadere uitwerking [verdiende]' en omdat er inmiddels vijf jaar was verstreken.[151] Wat die specifieke verpleegkundige taken betreft, refereerde de Commissie aan de in 1974 door de Centrale Raad geformuleerde drie kerndimensies.[152] Daarnaast kwam de Commissie met de definitie in artikel 1[b] van het (voor)ontwerp van de Wet op de verpleegkundigen van 1980-1981. Deze nieuwe wet was bedoeld om die van 1921/1977 te vervangen en zou een regeling moeten treffen inzake titelbescherming en tuchtrecht voor verpleegkundigen.[153] Het wets(voor)ontwerp kwam opnieuw met een nieuwe definitie en omschreef verpleegkunde als

> de bekwaamheid tot het verrichten van handelingen die gelegen zijn op het terrein van de observatie, begeleiding, verpleging en verzorging van patiënten en cliënten, alsmede tot het op verzoek van een beroepsbeoefenaar op het terrein van de individuele gezondheidszorg verrichten van handelingen in aansluiting op diens diagnostische en therapeutische activiteiten.[154]

De Commissie meende dat de essentie van verplegen in de eerste helft van deze zin aanwezig was en daarmee het medisch-technisch handelen secundair. Zij ging niet in op de tweede helft van de zin, maar zij was wel van mening dat het uitvoeren van geneeskundige handelingen begrensd moest worden: 'Het [moest] voor de verpleegkundige geen regel worden, maar uitzondering blijven', aldus de Commissie.[155] Deze Commissie van het ministerie was dus, net als Centrale Raad, vooralsnog terughoudend in het uitvoeren van geneeskundige

---

[150] Ibidem, 26-29 en bijlage 4 van dit advies. In 1974 had de 'Federatie van Verenigingen, die de verpleging en andere onderdelen van de gezondheidszorg bevorderen', een conceptverslag klaar waarin staat wat wel of wat niet tot de basisverpleegkunde zou moeten behoren. FNI, Bibliotheek, plaatsingsnummer Pro 0257, Federatie van Verenigingen, die de verpleging en andere onderdelen van de gezondheidszorg bevorderen, *Konsept-verslag van een verzameling van meningen omtrent enkele diskutabele verpleegkundig-medisch technisch handelen, voorkomend in de A-opleiding* (december 1974).

[151] Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, *Eerste interimrapport van de commissie verantwoordelijkheid verpleegkundigen in algemene ziekenhuizen.* (1982) 3.

[152] Ibidem, 5-6.

[153] 'Het wetsontwerp op de verpleegkundigen is in 1983 in de ijskast gezet. Men zag liever een samenhangende regeling voor alle gezondheidszorgberoepen'. J.H.J. de Jong e.a., *Aspecten van verpleegkundige beroepsuitoefening* (Houten 1998) 3-4. Die regeling werd uiteindelijk de Wet-BIG.

[154] Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, *Eerste interimrapport van de commissie verantwoordelijkheid verpleegkundigen in algemene ziekenhuizen*, 6. Wetsontwerp Wet op de verpleegkundigen en Memorie van Toelichting, Tweede Kamer der Staten Generaal; zitting 1980-1981, 16724, nrs. 1-3.

[155] Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, *Eerste interimrapport van de commissie verantwoordelijkheid verpleegkundigen in algemene ziekenhuizen*, 6-7.

handelingen door verpleegkundigen en stelde dat er op z'n minst goed geregelde protocollen moesten zijn.

Ook de ministeriële commissie onderscheidde geneeskundige handelingen in wel of niet uit te voeren door (gespecialiseerde) verpleegkundigen. Het verschil met de Centrale Raad was dat deze commissie die geneeskundige handelingen codeerde die te maken hadden met het aanprikken van de bloedvaten omdat deze in de praktijk de meeste problemen opleverden. Binnen de basisopleiding (code 1) bracht de Commissie de volgende handelingen onder: het toevoegen van medicijnen aan een kolf met minimaal 500 ml. infuusvloeistof, voor het aanhangen bij een perifeer infuus (ook leerlingen mochten deze handelingen uitvoeren als zij de nodige kennis en vaardigheid hadden bewezen) en het verwisselen van kolven bij bloedtransfusie (een leerling mocht dit alleen uitvoeren onder direct toezicht van een verpleegkundige en dan ook nog via een omschreven protocol).[156] De handelingen onder code 1 gaven geen discussie. Het waren vooral de vaardigheden binnen code 2 die in de praktijk problemen opleverden, omdat verpleegkundigen die veelal uitvoerden zonder dat zij daar officieel voor waren opgeleid. De Commissie stelde dan ook dat de onder code 2 vallende vaardigheden alleen met bekwaamheidsverklaring verricht mochten worden. Het betrof dan vooral het toedienen van medicijnen via een reeds ingebrachte infuusnaald. Ook het oplossen van problemen bij bijvoorbeeld een doorgeschoten of stilstaand infuus viel onder code 2, evenals het verzorgen van een infuus via een centraal veneuze katheter en het aansluiten en hanteren van hulpmiddelen bij een infuus, zoals een perfusor, kraantje of druppelteller. De venapunctie mocht de verpleegkundige met bekwaamheidsverklaring alleen doen in acute situaties, niet structureel.[157] Onder code 3 kwamen geen handelingen met intraveneuze verrichtingen voor.

Tegemoetkomende aan enkele reacties van ziekenhuizen, onder meer over de codering van het wel of niet mogen doen van geneeskundige handelingen, vond de 'Commissie verantwoordelijkheid in algemene ziekenhuizen' dat er een wettelijke basis moest komen voor het mogen verrichten van geneeskundige handelingen door verpleegkundigen in de basisopleiding, dan wel in gespecialiseerde opleidingen die wettelijk erkend moesten zijn.[158] De Commissie maakte in haar tweede rapport uitgebreid zichtbaar aan welke voorwaarden verpleegkundigen moesten voldoen om vaardigheden te verrichten op algemene verpleegafdelingen, gespecialiseerde afdelingen (obstetrie-gynaecologie, kinderafdeling, dialyse afdeling, intensive care), poliklinieken, afdelingen spoedeisende hulp. Het merkwaardige is dat deze Commissie zelfs enig voorbehoud had bij handelingen die onder code 1 vielen en die gewoon in de lesboeken en het aftekenboekje Overzicht Praktische Opleiding (OPO) stonden, zoals het verwijderen van tampons en drains en het katheteriseren van de blaas bij een man.[159]

---

[156] Ibidem, 25 en 28-29.
[157] Ibidem, 28-31.
[158] In 1985 waren alleen de kinderaantekening en de Maatschappelijke Gezondheidszorg (MGZ) wettelijk geregeld. Daarnaast konden gediplomeerde verpleegkundigen bijvoorbeeld de nog niet officieel geregelde opleidingen gynaecologie-obstetrie en intensive care (IC-opleiding) volgen. Ook andere specialisaties voor verpleegkundigen ontstonden analoog aan medische specialisaties. Spijker noemde er twee die in de jaren zestig ontstonden: urologie en cardiologie. Ministerie van Volksgezondheid en Cultuur, *Tweede rapport van de commissie verantwoordelijkheid verpleegkundigen in algemene ziekenhuizen*. (Leidschendam 1985) 4. Spijker, *Mooi en beschaafd verplegen*, 116.
[159] Ministerie van Volksgezondheid en Cultuur, *Tweede rapport van de commissie verantwoordelijkheid verpleegkundigen in algemene ziekenhuizen*. (1985) 19-38. Het OPO-boekje werd bij besluit van 17 januari 1974 voorgeschreven: *Overzicht Praktische Opleiding Diploma A-verpleegkundige* (Lochem 1979) 1.

Internationale inspiratiebronnen en regelgevende kaders: de VS en Europa

De zoektocht naar de taak en verantwoordelijkheden van de verpleegkunde en de invulling van de A-opleiding voltrok zich in Nederland geenszins in een nationaal isolement. Zoals vermeld oriënteerden de Voorlopige Verplegingsraad en de Centrale Raad voor de Volksgezondheid zich juist nadrukkelijk op internationale definities van de WHO, de door de International Council of Nursing (ICN) aanvaarde definitie van de toonaangevende Amerikaanse Virginia Henderson en definities van de Amerikaanse Milton Lesnik en Bernice Anderson. Je zou hier zelfs kunnen betogen dat de verpleegkunde in deze periode een transnationale verbeelde gemeenschap ging vormen, om een term te gebruiken die Benedict Anderson introduceerde in zijn *Imagined Communities* (1983).[160] Benedict Anderson doelde hiermee weliswaar niet op beroepsgroepen, maar op naties. Hij definieerde 'natie' in antropologische zin als 'een verbeelde politieke gemeenschap, en verbeeld in de zin van zowel inherent beperkt als soeverein'. De overeenkomst tussen een natie als verbeelde politieke gemeenschap en de gemeenschap van verpleegkundigen ligt in de volgende woorden:

> leden van zelfs de kleinste naties [zullen] hun meeste medeleden nooit (…) kennen, ontmoeten of zelfs van hen zullen horen, en toch zal er in de geest van ieder lid het beeld van hun gemeenschappelijkheid bestaan.[161]

Verpleegkundigen over de hele wereld voelen zich met elkaar verbonden door Virginia Henderson, de ICN en de WHO. Zelfs Florence Nightingale is (als icoon) nog een bindende factor. Nederland heeft de aansluiting bij deze verbeelde gemeenschap vooral te danken aan de internationaal georiënteerde M. (Marianne) van Driel Krol, die vanaf de jaren zestig een groot aantal artikelen schreef.[162] Al in 1967 liet zij de Nederlandse verpleegkundigen kennis maken met de hierboven genoemde taken van verpleegkundigen die Lesnik en Anderson hadden beschreven in hun invloedrijke *Nursing Practice and the Law*. Bovendien maakte Van Driel Krol toen al, aan de hand van Amerikaanse artikelen, duidelijk dat verpleegkundigen vanuit hun eigen discipline diagnoses konden stellen door zelf vragen te stellen in plaats van opdrachten af te wachten. Maar ook andere verpleegkundigen wezen in beschouwingen in het *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* regelmatig naar Amerikaanse voorbeelden als Hildegard

---

[160] Het boek verscheen in 1995 in het Nederland als *Verbeelde gemeenschappen*. Benedict Anderson, *Verbeelde gemeenschappen. Bespiegelingen over de oorsprong en de verspreiding van het nationalisme* (Amsterdam 1995).

[161] Ibidem, 17-18.

[162] Uit artikelen van Van Driel Krol blijkt haar internationale oriëntatie: M. van Driel Krol, 'Het beroep van verplegen in deze eeuw van wetenschap en techniek', *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 17 (1964) blz. 141-147 (naar een artikel in *International Nursing Review* (augustus 1963) inhoudende een lezing van prof. D.J. du Plessis (oktober 1962)). M. van Driel Krol, 'De verpleegkundige in de EEG', *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 19 (1966) 483-484. M. van Driel Krol, 'Wetenschappelijk onderzoek op het terrein van de verpleegkunde', *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 20 (1967) 588-591. M. van Driel Krol, 'Rapport uitgebracht door de commissie van deskundigen in de verpleegkunde van de Wereldgezondheidsorganisatie, mei 1966 (WHO technical report series no. 347)', *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 21 (1968) 113-116. M. van Driel Krol, 'Basis voor een wetgeving voor de verpleegkundige beroepen I', *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 23 (1970) 533-541. M. van Driel Krol, 'Basis voor een wetgeving voor de verpleegkundige beroepen II', *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 23 (1970) 570-582. M. van Driel Krol, 'Verpleegkundig beroep en wetgeving. Legt het verpleegkundige beroep voldoende gewicht in de schaal?', *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 24 (1971) 625-631. M. van Driel Krol, 'Verpleegkundige beroepsstructuur in het buitenland', *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 35 (1982) 580-585. Marianne van Driel Krol, Internationale invloed op de ontwikkeling van de verpleging in Nederland', in: Dick Baaij e.a., *Verplegen in verschuivend perspectief* (Lochem en Gent 1984) 49-57. Voor een biografie van Van Driel Krol, zie: website van het Florence Nightingale Instituut. http://www.fni.nl (24 juli 2014).

Peplau en Dorothea Orem die in volgende hoofdstukken over de B-opleiding en de HBO-V aan bod zullen komen. Misschien is het juister om in plaats van verbeelde gemeenschap zelfs eerder te spreken van amerikanisering, want de Nederlandse verpleegkunde kwam onder sterke invloed te staan van de VS.

Erg verwonderlijk was dat niet, want de Verenigde Staten liepen op het gebied van de verpleegkunde in de jaren zestig ver vooruit. Toen Nederland nog tobde met het zoeken naar een eigen identiteit binnen de inservice-opleidingen en het dagonderwijs nog niet of nauwelijks bestond, werden in de VS de ziekenhuisscholen al vervangen door het dagonderwijs. In twintig jaar tijd vond daar een grote verschuiving plaats van ziekenhuisscholen naar *colleges*: in 1960 werd in Amerika nog 80 procent van de leerlingen opgeleid in ziekenhuisscholen, in 1980 was dat nog maar 16 procent. In dezelfde periode steeg het aandeel van verpleegkundigen met een associate degree van 5 tot 40 procent. Het aantal bachelors steeg van 20 tot 40 procent.[163] De VS hadden een sterke opleidingstraditie. Terwijl verpleegsters, overdreven gezegd, in Nederland nog vloeren dweilden en kastjes sopten, hadden de VS al in 1906 één en vanaf 1920 twintig vervolgopleidingen, als staf- en docentenopleidingen, onder auspiciën van universiteiten, Public Health Nursing Associations en Schools of Social Work.[164] Zo kon Virginia Henderson in de jaren dertig al een master degree in verpleegkunde behalen.[165] In Nederland startten de eerste stafopleiding voor verpleegkundigen – die toen nog alleen inservice waren opgeleid – in 1947 en de eerste docentenopleiding in 1957 aan een hogeschool.[166] De eerste opleiding tot verpleegkundige via een hogeschool begon, zoals in hoofdstuk 6 nog uiteen wordt gezet, pas in 1972 en de eerste universitaire opleiding in verplegingswetenschappen ging begin jaren tachtig van start.

Het Nederlandse debat over de identiteit van de verpleegkunde vond veel inspiratie in de ontwikkelingen in de Verenigde Staten. Bij de inrichting van de opleiding tot A-verpleegkundige vormden nieuwe Europese richtlijnen, zoals eerder aangestipt, zelfs een dwingende norm. De EEG formaliseerde in 1977 de richtlijnen voor onderlinge erkenning van diploma's voor 'verantwoordelijk algemeen ziekenverpleger' (de EEG sprak in de mannelijk vorm). Op 27 juni 1979 traden de richtlijnen in werking. De Europese verpleegkundige moest beschikken over tien jaar algemene schoolopleiding of een certificaat van een vergelijkbaar toelatingsexamen voor de verplegersscholen. De verplegersopleiding moest minimaal drie studiejaren beslaan dan wel 4600 uren theorie- en praktijkonderwijs, volgens het in de bijlage 7 genoemde studieprogramma. Nederland voldeed wat betreft de vooropleiding sinds de herziene wet van 1967 aan de Europese richtlijnen door minimaal zes jaar lagere school en vier jaar MULO te vereisen.

De eisen ten aanzien van de uren theorie- en praktijkonderwijs waren voor Nederland in de jaren zeventig echter behoorlijk hoog. De A-opleiding kreeg in 1977 1060 theorie-uren en dat aantal was te laag voor de Europese norm van 1535 uren.[167] Het in de richtlijnen van 1977 genoemde klinisch onderwijs in onder meer de psychiatrie en de wijk bleek in de Nederlandse A-opleiding evenmin haalbaar. Ondanks pogingen om geld vrij te krijgen om A-leerlingen stages te laten lopen in die velden, kwam dit niet van de grond.[168] De theorie werd wel aangepast aan de Europese richtlijnen.[169] In de lesstof kwam expliciet aandacht voor

---

[163] Lynaugh, 'Nursing the Great Society: The Impact of the Nurse Training Act of 1964', 190.
[164] Committee on Nursing Education, 'The Goldmark Report' in: Diana J. Mason e.a., *The Nursing Profession: Development, Challenges, and Opportunities* (San Francisco 2011) 151-167, aldaar 163.
[165] Edward Joseph Halloran, 'Virginia A. Henderson. 1897-1996', website American Association for the History of Nursing. http://www.aahn.org/gravesites/henderson.html (17 december 2014).
[166] Zwols, *Het ontstaan en de ontwikkeling van het beroep verpleegkundige*, 71.
[167] 'Vestiging verpleegkundigen binnen de E.E.G. Memorandum inzake de voorwaarden van vestiging voor verpleegkundigen uit de landen die lid zijn van de E.E.G.', *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 19 (1966) 485-489.
[168] Aan de Stegge, *Gekkenwerk*, 748-749.
[169] De Vries, *Wetgeving ziekenverpleging* (1978) 48.

ouderen en psychiatrie (zie bijlage 12). Verder kregen onderdelen die eerder opgenomen waren in andere vakken afzonderlijk een aparte vermelding, zoals: 'geneesmiddelenleer' en 'wettelijke regelingen op sociaal gebied en op het terrein van de gezondheidszorg'. Het vak 'methodiek van het geven van instructie en van praktijkbegeleiding' zorgde ervoor dat iedere verpleegkundige praktijkbegeleiding kon geven. Opmerkelijk is dat de wetgever vastlegde dat leerlingen eerst onderwerpen in de theorie moesten afronden voordat zij die in de praktijk mochten uitoefenen. Nog teveel kwam de theorie als mosterd na de maaltijd.[170]

Ondanks het tekort aan theorie-uren en het niet kunnen voldoen aan alle vereiste stages, kreeg de Nederlandse A-verpleegkundige wel Europese erkenning als verantwoordelijk algemeen ziekenverpleger.[171] Kennelijk kon dat op basis van uitbreiding van theorie-uren en in het licht van de toentertijd serieuze plannen om de A-opleiding op te laten gaan in het dagonderwijs. De A-opleiding kwam in 1986 met 1320 theorie-uren uiteindelijk dicht in de buurt van de Europese norm. Met wat slim rekenen konden theoretische componenten in de praktijk worden meegeteld. Dan moet gedacht worden aan uren voor klinische lessen, patiëntenbesprekingen, verpleegkundige verslagen, bijwonen van verrichtingen. Voor degenen met een diploma van vóór 1967 golden beperkingen. Zij moesten aantonen dat zij drie jaar van de vijf jaar voor afgifte van erkenning hadden gewerkt. Daarbij moesten zij documenten overleggen van goed gedrag of betrouwbaarheid van de plaatselijke overheid, een gezondheidsverklaring van een andere arts dan de eigen huisarts en vanzelfsprekend het diploma. De Middelbaar Beroepsonderwijs Verpleegkundige (MBO-V) en Hoger Beroepsonderwijs Verpleegkundige (HBO-V) kregen eveneens erkenning. De B-, Z-verpleegkundige en Ziekenverzorgende kwamen niet in aanmerking voor erkenning.[172]

'Niet praten, maar doen' of 'eerst praten, dan doen'?

'Niet praten, maar doen' moet W.J. Speets, directeur van de Rotterdamse Prinses Margrietschool[173] gedacht hebben toen hij in 1977 zich afvroeg of verpleegkundigen hun tijd niet verbeuzelden met het 'steeds maar willen vangen van de eigenheid van het beroep in een voor iedereen aanvaardbare tekst'.[174] Dat is wel een beetje opmerkelijk, want ook Speets deed als voorzitter van de Vaste Commissie Verpleging van de Centrale Raad voor de Volksgezondheid, druk mee aan de zoektocht naar het wezen van de verpleegkunde in een advies inzake herziening van de opleiding tot het diploma A Ziekenverpleging (zie verderop).[175] Speets stelde niettemin dat verpleegkundigen juist met al dat gepraat 'hun

---

[170] Ibidem, 31-32 en 48-50.
[171] Volgens richtlijn 77/452 (zie bijlage 7).
[172] G.J. Visser, 'De Noodzaak van het plan 'Hijzen', *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 38 (1985) 137-139, aldaar 137-138. De Centrale Raad kwam in 1976 na wat rekenen uit op 1630 theorie-uren: Centrale Raad voor de Volksgezondheid, *Advies inzake herziening van de opleiding tot het diploma A ziekenverpleging* (Rijswijk, 1976) 79-82. De Vries, *Wetgeving ziekenverpleging* (1978) 197-198. M.A. Oostinga, 'E.G.-Informatie-Centrum', *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 33 (1980) 472-474, aldaar 473-474. Zie ook Aan de Stegge, *Gekkenwerk*, 748-750.
[173] De Prinses Margrietschool was een protestants-christelijke school die opleidingen verzorgde voor verschillende ziekenhuizen/verpleeghuizen in Rotterdam. Leerlingen waren in dienst van een ziekenhuis/verpleeghuis.
[174] W. Speets, 'Professionalisering van de verpleegkundige. Kanttekeningen van een betrokkene', *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 31 (1978) 4-10, aldaar 5-6. Wim Speets is B- en A-verpleegkundige, was directeur van de Prinses Margrietschool te Rotterdam, voorzitter van de Vaste Commissie Verpleging van de Centrale Raad voor de Volksgezondheid en vertegenwoordiger van het Raadgevend Comité Opleidingen Verpleegkunde van de Europese Commissie. Zie verder: Aan de Stegge, *Gekkenwerk*, 1037.
[175] Raad voor de Volksgezondheid, *Advies inzake herziening van de opleiding tot het diploma A ziekenverpleging* (1976) 77-78.

professionaliteit' meer remden dan bevorderden. Hij vond dat de samenleving zich door de jaren heen een beeld had gevormd omtrent de verpleegkunde en dit beroep had erkend als een specifiek vakgebied met een eigen toepassingsveld. Verpleegkundigen deden er 'wijs aan de haar toegekende *identiteit* als een *werkbaar* gegeven te aanvaarden en zich niet voortdurend van de wijs te laten brengen' door mensen van binnen en buiten de beroepsgroep: 'Immers de beroepsgroep die meer nadenkt dan doet, brengt weinig tot stand'.[176] Bovendien zou, volgens Speets, een gedetailleerde beroepsomschrijving leiden 'tot starheid in de beroepsontwikkeling en verkramping in de wijze van samenwerking met professionals uit de aangrenzende beroepen'.[177]

Dat Speets vond dat verpleegkundigen hun tijd verdeden met het willen vangen van de eigenheid van de verpleging in formules en definities, riep in het veld nogal wat reacties op. Hij kon daar bij wijze van spreken op wachten. Docenten van de Katholieke Hogere School voor Verpleegkundigen te Nijmegen betoogden in het *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* dat al dat denken wel degelijk een functie had in de discussie over de beroepseigenheid, behalve als theorievorming geen dienstbare functie had. Zij stelden andersom, dat een beroepsgroep die meer doet dan nadenkt ook weinig tot stand brengt. Discussies over het beroepseigene moest worden gestimuleerd. Dat zou, volgens deze docenten, de vraag helpen te beantwoorden 'in hoeverre de verpleging de 'mens schaadt of helpt bij zijn vermogen zelfstandig zijn leven in te richten''.[178] Zij hadden wel een punt, want juist door theorievorming begon de verpleegkunde in deze periode een eigen identiteit te bemachtigen. De tijd van zoeken en slaafse volgzaamheid ging langzaamaan plaats maken voor zekerheid. Het *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* stond bol van artikelen met verhandelingen over verpleegkundige theorieën en modellen. Er kwam een verscheidenheid van verpleegkundige studies op gang. Veel van die artikelen en studies kwam uit de hoek van de verschillende HBO-V's die, zoals in hoofdstuk 6 nader zal worden uiteengezet, sinds 1972 waren opgericht om de verpleegkunde op een hoger peil te brengen[179] Deze hogescholen vormden een motor voor de ontwikkeling van de A-verpleegkunde en andere inservice-opleidingen.

De eerste HBO-V-ers studeerden af in 1976 en sommigen van hen begonnen het debat te voeden met nieuwe verpleegkundige theorieën. De in Nijmegen opgeleide HBO-V'er R.A.M. (Rob) van der Peet bepleitte in 1976 in een artikel in het *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* om de theorievorming over de verpleegkunde te baseren op de praktijk, 'om vanuit die praktijk tot een wetenschappelijke systematisering van die ervaring te komen'.[180] Dus eerst de vraag vanuit de praktijk, en daarna met kennis de invulling daarvan. Aan de hand van A. Marriner, auteur van het later vertaalde *Verplegen volgens plan* (1981), legde hij het verpleegkundig proces uit: van verpleegkundige anamnese, diagnose, planning en handelen tot en met de evaluatie. Met de uitwerking van dit verpleegkundig proces, kwam Van der Peet tot de stelling dat 'de verpleegkunde (…) niet meer beperkt [kan] blijven tot het uitvoeren van een aantal aangeleerde handelingen'. Verpleegkunde moest worden bepaald door de vraag van de patiënt en daarom kon de verpleegkundige niet blijven steken in het uitvoeren van praktische vaardigheden. De verpleegkundige moest komen met probleemoplossende bijdragen waar theorievorming voor nodig was. De in het verpleegplan geformuleerde problemen van de patiënt vormden bij Van der Peet het uitgangspunt. Het stond bij Van der Peet als een paal boven water dat bij de verpleegkundige de verpleegkunde centraal moest

[176] W. Speets, 'Professionalisering van de verpleegkundige. Kanttekeningen van een betrokkene', 6.
[177] Ibidem, 5.
[178] Wim Boeters e.a., 'In gesprek over … Professionalisering van de verpleegkundige', *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 31 (1978) 226-227.
[179] Vanaf de jaren zeventig verschenen onder redactie van de hogescholen te Nijmegen en Leusden zo'n zeventig boeken in de Reeks Verpleegkundige Studies, uitgegeven door De Tijdstroom.
[180] R.A.M. van der Peet, 'De praktijk alleen is ook niets. Op weg naar verpleegkundige theorievorming', *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 29 (1976) 1077- 1084, aldaar 1084.

staan. De vakken die de verpleegkund(ig)e konden helpen, zoals vakken uit de sociale wetenschappen, vormden de hulpvakken.[181]

Het ideaal van theorievorming vanuit de praktijk, zoals Van der Peet bepleitte, stond in dezelfde periode haaks op de visie van J.A. van den Brink-Tjebbes. In haar doctoraalscriptie *De theorie van de verpleegkunde naar haar aard en functie gedacht* (1975) ging zij uit van 'het verpleegkundige fundament van de praxis', in plaats van 'het fundament van de verpleegkundige praxis'. Want: 'hoe zouden wij anders weten of we echt een verpleegkundig fundament gevonden hebben', aldus Van den Brink-Tjebbes.[182] Dus eerst de kennis en dan de invulling daarvan in de praktijk. Hoewel het verschil tussen de opvattingen van Van der Peet en Van den Brink-Tjebbes om het kip-en-het-ei-verhaal lijkt te gaan, had Van den Brink-Tjebbes wel een verdedigbaar standpunt. Strikt genomen zou een verpleegkundige theorie die zou ontstaan vanuit de praktijk, ontsproten kunnen zijn uit de praktijk van andere beroepsbeoefenaren dan verpleegkundigen, maar als die van tevoren was bedacht, zoals Van den Brink-Tjebbes voorstond, wist men zeker dat het om verpleegkunde ging. Van den Brink-Tjebbes erkende in 1975 evenwel dat empirische onderzoeksmethoden de verpleegkundige kunnen helpen bij het verrichten van verpleegtechnische vaardigheden omdat zij de voorspelbaarheid van hun effecten hadden bewezen (over Van den Brink-Tjebbes meer in hoofdstuk 4).[183]

De herinrichting van de A-opleiding (1973-1979)

Terwijl de Centrale Raad voor de Volksgezondheid in de jaren zeventig samen met talrijke verpleegkundigen in het veld probeerden om de precieze taak, verantwoordelijkheid en identiteit van de verpleegkunde vast te stellen, was ook de inrichting van de A-opleiding flink in beweging. In 1973 nam de overheid het besluit om de opleiding opnieuw aan te passen met bovendien als meest opvallende vernieuwing een uitvoerig beschreven *Leerstof ziekenverpleging A*.[184] De leerstofomschrijving was het product van de in 1969 ingestelde Ministeriële Stuurgroep Studietoetsen, die in verband met het instellen van een centraal multiple choice-examen per vakgebied leerstofomschrijvingen moest opstellen. Het was volgens de overheid hoog tijd om de objectiviteit in de beoordeling te bevorderen en om het niveauverschil te minimaliseren. Het multiple choice-systeem kon echter niet de enige examenmethode worden voor een beroepsopleiding. Voor handvaardigheid, taalvaardigheid en attitude moesten andere toetsmethoden mogelijk zijn, zoals het eindgesprek en het praktijk- en rapportenboekje.[185]

---

[181] Ibidem, 1077-1078, 1082-1083.
[182] J.A. Tjebbes, *De theorie van de verpleegkunde naar haar aard en functie gedacht* (Lochem 1975) 23-24.
[183] Ibidem, 67.
[184] Erkende opleidingsinstellingen kregen iets andere normen: I-instellingen moesten vanaf 1973 minimaal 100 bedden hebben met 28000 verpleegdagen per kalenderjaar. II-instellingen waren kinderziekenhuizen met minimaal 80 bedden en 24000 verpleegdagen, mits daar geen opleiding tot ziekenverzorgende werd gegeven. De leerlingen die werkten in een kinderziekenhuis moesten over het eerste leerjaar twee jaar doen en om het diploma te kunnen behalen de rest van de opleiding verplicht in een groot algemeen ziekenhuis. De vereiste vooropleiding bleef MAVO-4 of gelijkwaardig en bij aanvang van de opleiding moest de leerling 17 jaar en zeven maanden zijn. De duur van de opleiding was evenals in de jaren er voor, minimaal drie jaar en zes maanden verdeeld in respectievelijk 12, 12 en 18 maanden. Het aantal theorie-uren moest opgehoogd worden naar 850 uur. Het besluit van 28 december 1973 gaf aan wat er tenminste aan vakken moest worden gedoceerd (zie bijlage 11). De Vries, *Wetgeving Ziekenverpleging*, (1974) 75-99. *Leerstof Ziekenverpleging A, deel 1 en deel 2* ('s-Gravenhage) 1973.
[185] 'Leerstof Ziekenverpleging', *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 25 (1972) 127. E. 't Hart e.a., 'Experiment studietoetsen bij de opleiding diploma A ziekenverpleging. Tussentijds verslag', *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 25 (1972) 171-173. De Vries, *Wetgeving Ziekenverpleging* (1974) 81, 84-88 en 90-91.

Het doel van deze nieuw opgestelde leerstofomschrijving was, volgens de Stuurgroep, een overzicht te geven van onderwerpen die de kandidaat moest beheersen voor het examen. De leerstofomschrijving was geen lesboek en gaf geen didactische aanwijzingen. In de literatuurlijst kwamen lesboeken voor die gangbaar waren en die als leidraad dienden 'bij het opstellen van examenvragen'. Vanaf 1973 gaf de wet een verdeling in acht leergebieden, namelijk: verpleegkunde, psychologie, anatomie/fysiologie, chirurgie, interne geneeskunde, kindergeneeskunde en kinderverpleegkunde, menselijke voortplanting en kraamverpleegkunde, psychopathologie, psychiatrie en psychiatrische verpleegkunde.[186]

Verpleegkunde was in de *Leerstof ziekenverpleging* ingedeeld in paragrafen met daaronder soms vier sub-paragrafen. (In bijlage 10 zijn de paragrafen, tot en met de eerste sub-paragraaf genoemd.) In het Woord Vooraf van deze leerstofomschrijving blijkt dat Virginia Henderson ook hier was doorgedrongen in de verpleegkunde: niet alleen werd de hele definitie met instemming geciteerd, ook blijkt dat de auteurs aan de hand van Hendersons definitie de leerstof zuiver wilden houden, want om die reden waren 'werkzaamheden, die niet direct aan of voor de patiënt verricht [werden], niet opgenomen, ook al [waren] er wel situaties denkbaar, dat deze andere werkzaamheden door verpleegkundigen [werden] verricht.'[187]

In de leerstof kreeg ook het verpleegplan een plaats.[188] Dat betekende dat de A-opleiding in theorie een model kreeg aangereikt dat de verpleegkundige kon gebruiken om methodisch haar werk uit te voeren. Het verpleegplan was daarom ook te vinden in het lesboek *Speciële verpleegkunde* (1975) in de serie *In goede handen*, geschreven door voormalig Hoofd Opleidingscentrum van het Ziekenhuis Leyenburg te Den Haag en later inspecteur bij het Ministerie van Volksgezondheid, mevrouw J.J. von Nordheim. Hoewel het verpleegplan in de leerstofomschrijving en in het boek van Von Nordheim nog fasen in het verpleegkundig proces misten, zoals de evaluatie, was er wel een begin om van de patiënt een 'portret' te maken, zoals de auteur dat noemde.[189] In de jaren tachtig zou er in het verpleegplan een vaste lijn komen. Eenduidigheid was nodig omdat een goed geformuleerd verpleegplan door product- en procesevaluatie, een belangrijk instrument kon zijn voor het opleveren van wetenschappelijke waarden.[190] De leerstofomschrijving van 1973 en het lesboek van Von Nordheim was een belangrijke stap in de ontwikkelingen in de zoektocht naar de eigen identiteit. Er was in de theorie een ommezwaai gemaakt van het taakgerichte/functiegerichte verpleegmodel naar een procesmatig verpleegmodel.

Als de praktijk al volgens een verpleegplan zou gaan werken, en dat is zeer de vraag, zal dat heel wat voeten in aarde gehad hebben. Het taakgerichte/functiegerichte verpleegmodel in de praktijk was nog gangbaar. Hiermee was de verantwoordelijkheid voor een patiënt opgeknipt in taken, waardoor een verpleegkundige nauwelijks een compleet beeld had van een patiënt (de één waste, de ander deelde medicijnen, weer een ander bereidde de patiënt voor op een operatie). Met het werken volgens een verpleegplan, kon een verpleegkundige in 'één oogopslag' wel een compleet beeld krijgen. Daar was wel een andere organisatie voor nodig waarbij een klein team of één verpleegkundige (eind)verantwoordelijk was (teamverpleging of patiëntentoewijzing). Instellingen zouden voor die modellen de organisatiestructuur moeten omgooien, zowel horizontaal als verticaal. Zeker in een sterk hiërarchische structuur als het algemeen ziekenhuis betekende dat een cultuuromslag.

---

[186] *Leerstof Ziekenverpleging A, deel 1 en deel 2* (1973) III, IV en 77-78.
[187] Ibidem, 1.
[188] Ibidem, 1 en 9-13.
[189] J.J. von Nordheim e.a., *Speciële verpleegkunde*. Serie: *In goede handen* (2e druk; Leiden 1975) 13-22. Voor een CV van Von Nordheim, zie: 'Hall of Fame', website Florence Nightingale Instituut. http://www.fni.nl/joukje-von-nordheim-1931-2001 (24 augustus 2015).
[190] R.J.M. Mercx, 'Het verpleegplan als mogelijkheid tot kwaliteitsverbetering', *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 32 (1979) 412-418, aldaar 412-414.

Er kwam van tijdgenoten ook kritiek op de leerstofomschrijving. De twee verpleegkundigen Roland Janssen en Sjef den Uyl, merkten in hun HBO-scriptie op dat de leerstofomschrijving niet veel meer was dan 'een inventarisatie van allerlei mogelijke (overwegend medische) zaken, waaruit dan naderhand onderwijsdoelstellingen zouden moeten worden gekonstrueerd'. Zij concludeerden ook dat de hele leerstof onmogelijk in 850 uur 'te doen' was. De leerstofomschrijving zagen zij als 'een door de historie bepaalde inventarisatie van 'verpleegkundige' handelingen'. Volgens hen was de historie het criterium waardoor het inhoudelijke aspect werd bepaald.[191] Daarin hadden zij wel gelijk, maar zij vergaten te vermelden dat in de leerstofomschrijving wel het (weliswaar nog onvolmaakte) verpleegplan was opgenomen en dat er werd gepoogd zich verder los maken van de geneeskunde door uit te gaan van de definitie van Henderson, waarin 'any reference to physician supervision of nurses' niet meer is opgenomen.[192] Deze noviteiten werden voor het eerst geïmplementeerd in de lesstof van de A-verpleegkunde.

Kritiek op de leerstofomschrijving had ook J.H.M. van Bree, docent agogiek. Hij reageerde met ongeveer dezelfde motieven als Janssen en Den Uyl. Zijn grootste bezwaar was echter dat de leerstofomschrijving een doel op zich was geworden in plaats van een middel tot het bereiken van het onderwijsdoel.[193] Hij vond de leerstofomschrijving een droge opsomming van de te leren kennis. Hij meende dat wanneer cognitieve doelen werden nagestreefd er een overeenkomstige ontwikkeling van geëigend gedrag zou ontstaan. Leerstofomschrijving en een toetsingssysteem die alleen oog hadden voor kennis reduceerden volgens hem de opleidingsdoelstelling.[194] De internist P.W. Frederiks vond het wel positief dat een centraal examen leidde tot 'gelijke monniken, gelijke kappen' en dat een meerkeuzetoets objectief en efficiënt was. Ook het eindgesprek vond hij een verbetering. Verder had hij vooral kritiek. Hij vond zelfs dat wat 'de medisch-specialistische kant betreft' er waarschijnlijk geen beroepsopleiding te noemen was 'die in agogisch-didactisch opzicht zo amateuristisch' was als die voor de ziekenverpleging A. Frederiks vond de leerstofomschrijving teveel gericht 'op het samenstellen van meerkeuzetoetsen. Als leidraad bij het onderwijs [waren] er, zowel wat structuur als inhoud betreft, ernstige bezwaren tegen in te brengen'. En zo ging hij nog verder waarbij het opvalt dat hij vond dat begeleiding en vernieuwing in agogisch-didactisch opzicht dringend gewenst was.[195] Deze critici hadden zeker geen ongelijk, maar het was wel zo dat de A-verpleegkunde nu voor het eerst een omschreven leerstof had die voor heel Nederland gold.

De kritiek op de nieuwe leerstofomschrijving van 1973 gaf de Staatssecretaris van Volksgezondheid en Milieuhygiëne aanleiding om de Centrale Raad voor de Volksgezondheid opnieuw aan het werk te zetten om de A-opleiding grondig te bezien. In een brief van 5 juli 1974 vroeg de Staatssecretaris om een advies omtrent

> doel, inhoud en duur van de opleiding tot verpleegkundige A en aan te geven in welke organisatorische structuur de in-service opleiding zal dienen plaats te

[191] Roland Janssen en Sjef den Uyl, *In-service opleiding dood? Leve de MBO-V?* HBO scriptie Katholieke Hogere School voor Verplegenden (Nijmegen 1975) 28.
[192] Lynaugh, 'Nursing the Great Society: The Impact of the Nurse Training Act of 1964', 183.
[193] J.H.M. van Bree, 'De opleiding tot verpleegkundige – een beschouwing naar aanleiding van het concept leerstof ziekenverpleging A', *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 25 (1972) 640-645, aldaar 640.
[194] Ibidem, 640-641 en 643. Van Bree bracht het onderwijsconcept van de Amerikaanse psycholoog en psychotherapeut Carl Rogers onder de aandacht: De leerling leert niet om het reproduceren, 'maar omdat de leerstof op zichzelf voor hem op dat moment een direct belang heeft', aldus Van Bree.
[195] P.W. Frederiks, 'In gesprek over: Het examen ziekenverpleging A', *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 28 (1975) 236-237.

> vinden (…) Hierbij zal tevens in beschouwing kunnen worden genomen het bepalen van de opleidingsdoelen in relatie met de opleidingsinhoud.[196]

De Staatssecretaris vermeldde dat moderne ontwikkelingen in de verpleegkunde en in het beroepsonderwijs wellicht een herziening van het geheel van de opleidingsvoorschriften wenselijk waren.[197]

Onder voorzitterschap van de eerder genoemde Speets ging een nieuwe werkgroep weer ijverig aan de slag en in oktober 1976 kwam er een breed uitgemeten *Advies inzake herziening van de opleiding tot het diploma A ziekenverpleging*. Alsof de werkgroep aan de bestaande definities niet genoeg had – ook dit rapport noemde Henderson, ICN, WHO en Lesnik en Anderson[198] – kwam de werkgroep weer met een nieuwe eigen omschrijving van wat verpleegkunde in zijn ogen was en zou moeten zijn:

> Een gesystematiseerd geheel van kennis en van methodische en technische vaardigheden, ontleend aan de medische en gedragswetenschappen.[199] Deze vaardigheden zijn vereist om een zodanig gedrag te bewerkstelligen dat de psycho-socio-somatische behoeften worden gesignaleerd, ten gevolge waarvan zorgverlening kan plaatsvinden. Deze zorgverlening
> -kan bestaan uit activiteiten die bijdragen tot: a. gezondheid of herstel; b. het (leren) leven met een lichamelijke en/of geestelijke handicap; c. een optimale stervensbegeleiding
> -is er steeds op gericht de geholpene zo snel mogelijk weer onafhankelijk te maken
> -gaat er vanuit dat diegenen aan wie de zorg verleend wordt deze activiteiten zelf zouden verrichten als zij de daartoe nodige kennis, wilskracht en/of kracht bezaten.[200]

Het ziet er naar uit dat adviseurs in de jaren zeventig vonden dat hun rapporten niet compleet waren zonder dat zij de verpleegkunde een eigen, nieuwe definitie meegaven. Voor een A-opleiding is het opmerkelijk dat deze omschrijving de gedragswetenschappen noemde en de mens in zijn *totaliteit* in beeld wilde krijgen door naast het somatische aspect ook de psycho-sociale behoeften te noemen. Eveneens is de invloed van Henderson duidelijk herkenbaar. Deze 'alles' omvattende omschrijving zal mede te danken zijn doordat de werkgroep bestond uit prominente figuren in het veld, zoals Van Driel Krol, Von Nordheim en J. (Jeltje) Heitink (zie hoofdstuk 5) en de voorzitter Speets.[201] Deze vier waren ruim internationaal georiënteerd.

Twee aspecten in de opleidingsproblematiek trokken de speciale aandacht van de Raad: een organisatorische en een pedagogisch-didactische. De leerlingen die de A-opleiding volgden, genoten een opleiding die onderwijskundig niet erg verantwoord werd geacht: niet alleen doordat op de verpleegafdeling waar zij moesten werken een onvoldoende therapeutisch milieu kon worden ontwikkeld en/of onderhouden (door een achterhaald verpleegsysteem), maar ook door een gedesintegreerd leerproces, waarbij onder meer theorie en praktijk niet met elkaar strookten en doelstellingen van de opleiding, als die al bekend

---

[196] Raad voor de Volksgezondheid, *Advies inzake herziening van de opleiding tot het diploma A ziekenverpleging* (1976) 1 en bijlage 1.
[197] Ibidem,
[198] Ibidem, 34-36.
[199] In 1978 zou de Raad liever over 'gebruikmakend van de natuur- en gedragswetenschappen' spreken. *Interim-advies inzake de ontwikkeling van de opleidingen verpleegkunde* (Rijswijk 1978) 8.
[200] Raad voor de Volksgezondheid, *Advies inzake herziening van de opleiding tot het diploma A ziekenverpleging*, 77-78.
[201] Ibidem, 1-2.

waren, onvoldoende werden gerealiseerd. De Raad ging uitgebreid in op die aspecten en kwam met aanbevelingen op het gebied van opleidingsdoelen, opleidingsinhoud, organisatie en financiering.[202]

Voorzitter Speets, in zijn dagelijks leven directeur van de Prinses Margrietschool in Rotterdam die inservice-opleidingen verzorgde voor verschillende ziekenhuizen en verpleeghuizen, scherpte het advies van 1976 drie jaar later aan in zijn boekje *Vernieuwingen in de in-service-opleidingen beter nu dan later*.[203] Hij stelde daarin de centrale vraag 'Op welke wijze kan tot initiatieven tot vernieuwing van de in-service-opleidingen, in de richting van het reguliere onderwijs, gekomen worden?'[204] In een streven om de bestaande inservice-opleiding zodanig te herzien dat zij uiteindelijk met één been in het dagonderwijs kwam te staan, formuleerde Speets enkele 'opmerkingen', zoals hij die liever noemde in plaats van 'suggesties', want 'van een opmerking gaat slechts die waarde uit, die de ander er aan wil toekennen'.[205]

Drie opmerkingen zijn belangwekkend. Speets was voorstander van een vernieuwde inservice-opleiding met een algemeen beroepsvoorbereidend karakter naar het model van de nieuwe MBO-V en HBO-V die eerder in de jaren zeventig van de grond waren gekomen, want zo schreef hij 'Dit algemeen beroepsvoorbereidend karakter is het grote goed uit de HBO-V's en de MBO-V's.' Speets zag dat vele zogenaamde specifieke elementen uit de verschillende inservice-opleidingen in hun oorsprong de basis vormden van verpleegkunde.[206] Speets verdedigde in een tweede opmerking stellig dat de vernieuwde inservice-opleiding de doelstelling moest krijgen van het in die tijd in ontwikkeling zijnde Middelbaar Huishoud- en Nijverheidsonderwijs en het Middelbaar Sociaal Pedagogisch Onderwijs (MHNO/MSPO), waarbij de didactische nadruk lag op de vorming van de leerling als mens in de maatschappij in het algemeen en in de verpleging in het bijzonder (zie hoofdstuk 5).

Speets' derde belangrijke opmerking was dat hij het onderscheid verplegen/verzorging graag zou willen schrappen, omdat, zoals de Ministeriële Stuurgroep Studietoetsen Ziekenverzorging had geconcludeerd, beide taken volgens hem identiek waren. Hij zag dan ook een brede vernieuwing van één inservice-opleiding tot verpleegkundige voor zieken- en verpleeghuizen. Speets vond, terecht, dat het hoog tijd werd dat de indruk werd weggenomen dat de opleiding tot ziekenverzorgende van een lager niveau was en dat het werken in verpleeghuizen 'om een mindere verplegings- en verzorgingsbehoefte' ging dan in de A- en B-verpleging.[207] De auteur liet dus in zijn boekje blijken dat hij nog toekomst zag in de inservice-opleiding, maar dan wel met al het goede van het dagonderwijs in zich (zie hoofdstuk 5 en 6).

Verpleegkunde als professie

Alle omschrijvingen van taken, verantwoordelijkheden, definities en leerstof ten spijt, zij leken onvoldoende om de volgende vragen te beantwoorden: Is de verpleegkunde wel of niet een professie? In hoeverre beschikt de verpleegkundige over professionele autonomie? Welke positie heeft de verpleegkundige in de hiërarchie van de instelling? Ook deze vragen werden in de jaren zeventig en tachtig intensief bediscussieerd.

---

[202] Ibidem, 68-73.
[203] W.J. Speets, *Vernieuwingen in de in-service-opleidingen beter nu dan later*. VOVB-cahiers (Lochem 1979).
[204] Ibidem, 25.
[205] Ibidem, 27.
[206] Ibidem, 28.
[207] Speets, *Vernieuwingen in de in-service-opleidingen beter nu dan later*, 28-30.

‘Artsen beslisten over alles, ook over ons als verplegers’, aldus een broeder-verpleger in een studie van Eijt.[208] Het kaste-systeem, waar in de jaren vijftig sprake van was, bestond in de jaren tachtig nog steeds. Een arts die tijdens het visitelopen een A-verpleegkundige kleineerde, een waarnemend hoofdverpleegkundige hautain en onterecht de mantel uitveegde en een Marokkaanse patiënt een operatie opdrong die niet gepland stond, zijn voorbeelden van de macht die medici namen, ondanks de democratiseringsinvloeden vanuit de maatschappij.[209] Uit een onderzoek van mevrouw A.H.M. van den Bergh-Braam in 1982 bleek dat het onmogelijk was goed werkoverleg met de specialist te plegen omdat de kloof tussen verplegend personeel en artsen erg groot was. Een niet gering aantal afdelingshoofden klaagde over

> autoritair gedrag van de specialisten, denigrerende opmerkingen, zelfs in het bijzijn van patiënten, het benadrukken van de status van de specialist, ongeïnteresseerdheid, wispelturigheid, tot schreeuwen en scheldpartijen toe.[210]

Omdat verpleegkundigen zich onvoldoende profileerden als autonome beroepsgroep, kwamen zij steeds opnieuw en steeds meer terecht in de positie van de verlengde arm van de arts. Zij moesten in sommige instellingen, zonder extra betaald te worden, zelfs administratief werk doen ten behoeve van de arts.[211] Spijker noemde gespecialiseerde verpleegkundigen, zelfs ‘medische assistenten’, omdat hun specialisaties, zoals vanaf de jaren zestig urologie en cardiologie, analoog waren ontstaan aan de medische specialisatie.[212] De sekseongelijkheid maakte de verhouding tussen doorgaans mannelijke artsen en vrouwelijke verpleegsters er bepaald niet gelijkwaardiger op.

Sinds de jaren zestig waren verpleegkundigen zich, mede onder invloed van de tweede feministische golf, steeds meer gaan afzetten tegen wat zij als onderdrukkende mannelijke artsen beschouwden. Zeker in het A-veld had de arts het hoogste aanzien en grote invloed op de verpleegkund(ig)e. Er was een vrij scherpe arbeidsverdeling ‘een afwezigheid van mobiliteit en een strikte ‘apartheid’ (segregatie)’. De verpleegkundige behoorde tot de tweede kaste, zo schreef de socioloog Th.A.J.M. Jonkergouw in 1969.[213] Dat de A-opleiding deze (sekse)ongelijkheid mede had veroorzaakt en in elk geval rechtvaardigde kan fraai geïllustreerd worden aan de hand van Zuster Agathe’s *Werkboek* in de herziene versie van Kerckhoffs (1969). De auteur verwachtte van de leerling ten opzichte van leidinggevenden geen slaafse volgzaamheid, maar wel verstandige gehoorzaamheid en ten opzichte van medici ‘besef van plaats en functie in de ziekenhuishiërarchie’.[214] Dat maakte het voor verpleegsters niet gemakkelijk een eigen identiteit te ontwikkelen.

De twee niet-verpleegkundige onderzoekers, A.J.H. Thiadens en M.J. Smulders-Aghina, van de Werkgroep 2000 binnen het project ‘Ziekenhuis, menselijk en modern’, schreven in 1971 dat de arts ‘veelal een autoritair gedragspatroon’ vertoonde en dat andersom de verpleegkundige de arts ‘nog te veel als God zelf’ beschouwde, een ‘hogepriester in wit

---

[208] Eijt, *In dienst van de zieken*, 208-209.
[209] George Evers, ‘Verpleegkundige beroepsuitoefening op H.B.O.-niveau – verwachtingen versus realiteit (I)’, *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 35 (1982) 70-72, aldaar 70. Vergelijk: Eijt, *In dienst van de zieken*, 208-209.
[210] Van de Bergh-Braam geciteerd uit: Gerard Goudriaan en Thijs Hakkenberg, ‘Verpleegkundigen en de medische macht (II)’, *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 35 (1982) 652-658, aldaar 654.
[211] Goudriaan en Hakkenberg, ‘Verpleegkundigen en de medische macht (II)’, 652-658.
[212] Spijker, *Mooi en beschaafd verplegen*, 116-117.
[213] Th.A.J.M. Jonkergouw, ‘Opleiding, macht en gezag in ziekenhuizen en inrichtingen’, *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 22 (1969) 1207-1210, aldaar 1208-1209.
[214] M. Agathe, herzien door H.M.L Kerckhoffs, *Werkboek ziekenverpleging* (16e druk; Amsterdam en Brussel 1969) 5.

gewaad met de rug naar het volk gevolgd door een stoet misdienaars'.[215] Dat laatste kon ook bijna niet anders. Het was de veiligste weg om je baan te behouden en om als (leerling-)verpleegkundige het ontbreken van algemene vorming te verbloemen. Het gros (leerling-)verpleegkundigen was niet hoog geschoold en miste de techniek om een houding te vinden die niet onderdanig was. Tot 1967 kon zoals gezegd de aspirant-leerling zonder MULO of gelijkwaardig aan de A-opleiding beginnen. Ook toen pas kreeg de A-opleiding het vak algemene vormende vakken wettelijk vastgelegd.

Dat verpleegkundigen zich gingen afzetten tegen de arts was geen geïsoleerd verschijnsel. De maatschappij kenmerkte zich door democratiseringstendensen. Diverse groepen in de samenleving zoals Kabouters, studenten en Dolle Mina's, gingen een volwaardige plaats in de maatschappij opeisen.[216] In de ziekenhuizen waar het kaste-systeem nog volop bestond, gingen verplegenden een emancipatiedrang tonen. Dat gebeurde in de A-verpleging veelal met de pen. In deze emancipatiedrang ten opzichte van de arts besteedden zij steeds meer aandacht aan de vraag of en in welke opzichten de verpleegkundige beschikte over een eigen professionele autonomie ten opzichte van de arts. Dit debat werd in belangrijke mate aangewakkerd door het werk van de medisch socioloog Eliot Freidson die in 1970 zijn studie *Profession of Medicine: Study of the Sociology of Applied Knowledge* had gepubliceerd. In dit boek betoogde hij dat de verpleegkunde een zogenaamde 'paraprofessie' was, een paramedisch beroep. De verpleegkundige vormde volgens hem een onderdeel van een arbeidsdeling die in een hiërarchie onder de verantwoordelijkheid van de medische professie bewoog. De arts gaf instructies en controleerde de verpleegkundige. Andersom was dat niet het geval. De verpleegkundige kon slechts partieel autonoom zijn – en daarmee dus structureel afhankelijk van de arts.[217]

Freidsons visie op het begrip professie en het begrip aan professionele autonomie van de verpleegkundigen kreeg navolging. Zo kopte in 1978 het *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* een artikel van de sociaal psycholoog J.J. Pool met de woorden 'Verpleegkunde is niet professioneel'.[218] Pool kwam net als Freidson, na een eigen onderzoek, tot de conclusie dat artsen meer beroepsautonomie hadden dan verpleegkundigen.[219] Pool meende dat de verpleegkundige

> kan professionaliseren wat ze wil, maar feit blijft dat de relatie verpleegkundige-cliënt vrijwel altijd van secundaire aard is. De verpleegkundige gaat in beginsel pas aan het werk als eerst een relatie tot stand is gebracht met een arts. Volledige autonomie is derhalve uitgesloten.[220]

Verpleegkundigen waren dus, volgens Freidson en de zijnen, afhankelijk van artsen omdat deze laatsten beroepsautonomie hadden.

Freidsons visie wakkerde in de jaren zeventig en tachtig onder verpleegkundigen heel wat frustratie en discussie aan. Zij bleven naarstig op zoek naar de eigenheid van de verpleegkunde om vooral Freidson ongelijk te geven. De eerder genoemde Van Driel Krol vroeg zich in 1982 naar aanleiding van Freidson's uitlating af hoe iemand zich een

---

[215] Thiadens en Smulders-Aghina, *De verpleegkundige die ons toe-komt*, 33, 39, 41. Thiadens en Smulders-Aghina baseerden hun onderzoek grotendeels op M.W. Jongsma, red., *Arts en verpleegkundige in het ziekenhuis (met bijdragen over de opleiding tot verpleegkundige). Verslag van een Boerhaave cursus* (Leiden 1970).
[216] Hellema, *Nederland en de jaren zeventig*, 35-36, 39-46 en 59-62.
[217] Eliot Freidson, *De medische professie. Een studie van de sociologie van toegepaste kennis* (Lochem en Poperinge 1981) 80-81.
[218] J.J. Pool, 'Verpleegkunde is niet professioneel. Een vergelijking tussen artsen en verpleegkundigen', *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 31 (1978) 953-960.
[219] Ibidem, 959.
[220] Ibidem, 959-960.

gedeeltelijke zelfstandigheid voorstelde?[221] Zij stelde dat verplegen een beroep was in de gezondheidszorg waar beroepen elkaar overlapten en waarbij de verplegende haar specifieke taak had binnen de gezondheidszorg: verzorging, ondersteuning en begeleiding van de patiënt. Van Driel Krol zag de zelfstandigheid van de verpleegkundige al bij Florence Nightingale die in haar *Notes on nursing*[222] (in Van Driels vertaling) het volgende schreef:

> Het genezen gebeurt door de natuur. Geneeskunde helpt de natuur door belemmeringen weg te nemen, maar meer niet. De taak die de verpleegkundige hierbij heeft is de patiënt in zodanige omstandigheden brengen en houden dat de natuur haar werk kan doen.[223]

Om de eigenheid van de verpleegkundige extra te benadrukken, greep Van Driel Krol terug op de unieke functie van de verpleegkundige die door Virginia Henderson was gedefinieerd.[224] Zij ging niet uit van een autonome machtspositie, maar van de eigenheid van het beroep. Zij liep met haar uitspraak in 1982 vooruit op Andrew Abbott[225] die met zijn *The System of Professions* (1988) als het ware een uitkomst bood voor verpleegkundigen. Abbott ging ook niet uit van autonomie door macht. Volgens hem konden professies niet afzonderlijk worden bestudeerd omdat ze binnen een systeem met andere beroepen interactief waren en daardoor was er een zekere afhankelijkheid. Er moest in de theorievorming niet alleen aandacht zijn voor culturele en structurele kenmerken, maar ook voor intra-, inter- of transprofessionele krachten. Abbott vond dat de ontwikkeling van professies noodzakelijkerwijs een kwestie was van complexe verbindingen.[226]

Van verpleegsterstekort naar overschot

Het verloop en personeelstekort in de verpleging bleef ook in de jaren zeventig en tachtig een onderwerp van zorg. De Nationale Ziekenhuisraad rapporteerde in 1977 dat er op 1 januari 1976 een absoluut tekort was van 8 procent in algemene en academische ziekenhuizen. Het grootste tekort deed zich voor in Holland en Utrecht, met gemiddeld 9,2 procent.[227] Volgens een verslag in 1977 van een onderzoek over enkele jaren in zes ziekenhuizen, was er onder gediplomeerden een jaarlijks verloop van 30 tot 40 procent en onder leerlingen zelfs 35 tot 55 procent.[228] Dat betekent dat jaarlijks een derde tot de helft van het personeel vervangen moest worden. Daarvan was volgens een onderzoek 30 procent vermijdbaar (‘verloop dat in principe door de organisatie kan worden beïnvloed’). Van het aantal posten stond circa 10 procent vacant in algemene ziekenhuizen. In de academische ziekenhuizen was dat zelfs ongeveer 19

---

[221] M. van Driel Krol, ‘Verpleegkundige beroepsstructuur in het buitenland’, 581.
[222] Florence Nightingale, *Notes on Nursing* (New York 1969) 133.
[223] Van Driel Krol, ‘Verpleegkundige beroepsstructuur in het buitenland’, 581.
[224] Ibidem, 581.
[225] Voor een biografie van Andrew Abbott zie de website University of Chicago: http://home.uchicago.edu/aabbott/bio.html (26 oktober 2013).
[226] F. Stevens en H. Philipsen, ‘Professionalisering van beroepen in de gezondheidszorg’ in: C.W. Aakster en J.W. Groothoff, red., *Medische Sociologie* (6e druk; Groningen en Houten 2003) 85-93, aldaar 89.
[227] Nationale Ziekenhuisraad, *Tekort aan verpleegkundigen. Een nadere typering van het vraagstuk en aanbevelingen ter mogelijke oplossing* (Utrecht 1977) 11-12. De Nationale Ziekenhuisraad ontstond in 1937 en vertegenwoordigde verenigingen/bonden van onder meer artsen, verplegenden, ziekenhuisdirecteuren. ‘Nationale Ziekenhuisraad’, *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 81 (1937) 2258.
[228] J.A. Verweij, ‘De opleiding en werksituatie van verpleegkundigen (I). Het verloop onder het verplegend personeel. Schets van het onderzoek ‘opleiding en werksituatie verplegenden’’, *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 30 (1977) 515-517, aldaar 515.

procent.[229] Enkel Thiadens en Smulders-Aghina van de Werkgroep 2000 beweerden in 1971 dat er geen verpleegsterstekort was. Zij maakten een onderscheid in een absoluut tekort en een relatief tekort en concludeerden dat 'een eventueel ervaren tekort, geweten moet worden aan een onjuiste inzet van gekwalificeerd personeel en aan te weinig efficiënte organisatie'. Zij vonden het daarom een dooddoener dat het tekort aan verplegenden een oorzaak was van een barrière die een beroepsidentiteit in de weg stond.[230]

De Ziekenhuisraad noemde in 1977 verschillende externe oorzaken van het tekort aan verpleegkundigen. Allereerst zette de raad uiteen dat zich in de loop van de tijd een verlies aan productieve arbeidsuren had voorgedaan door arbeidsduurverkorting, vakantieverlenging en uitbreiding van de lesuren in inservice-opleidingen die nooit geheel waren gecompenseerd. Daarbij was de verpleegkundige zorgverlening geïntensiveerd door onder meer verkorte verpleegduur en vergrijzing van de bevolking en daarom was een nieuwe normstelling nodig.[231] Deze knelpunten konden, aldus de Ziekenhuisraad, opgelost worden: een tekort aan gekwalificeerd personeel zou opgevangen kunnen worden door landelijk erkende bijscholingen om zo ook bijvoorbeeld oudere gehuwde herintreders te werven. Een stabiele factor zou geboden moeten worden door het bieden van een beroepsprofiel. Opmerkelijk genoeg zag de Ziekenhuisraad ook het werven van mannen als stabiele factor omdat mannen volgens de raad meer loopbaangericht waren dan vrouwen. Eveneens speelden demografische factoren een rol bij het tekort aan verpleegkundigen: het vrouwenoverschot slonk en de Ziekenhuisraad veronderstelde dat de huwelijksleeftijd verder naar beneden zou gaan en dat betekende dat vrouwen eerder stopten met werken of parttime wilden gaan werken. De Ziekenhuisraad noemde ook het landelijke probleem van huisvestingstekort. Vooral in het westen was de woningnood het hoogst. Ziekenhuizen zouden daar de gelegenheid moeten krijgen om woningen te mogen aanbieden. Het tekort zou ook opgevangen kunnen worden door het instellen van eigen reservekrachten in plaats van het inhuren van uitzendkrachten.[232]

Het tekort aan verpleegkundigen nam in de crisistijd van de jaren tachtig aanzienlijk af, maar op een manier die door niemand werd gewenst. Door een krimp van de economie, steeg de werkloosheid onder de beroepsbevolking naar ruim tien procent.[233] In de algemene ziekenhuizen nam het gedwongen verloop wegens overschot, na het behalen van het diploma na 1980 aanzienlijk toe. In 1978 was het gedwongen verloop over alle velden (in procenten van de betreffende gemiddelde personeelsbezetting) 5,9 procent en in 1982 11,8 procent. Verdeeld over de velden zagen de cijfers van het aantal gedwongen ontslagen tussen 1978 en 1982 er als volgt uit: algemeen ziekenhuis van 0,4 procent naar 2,8 procent, in de psychiatrische ziekenhuizen van 0,3 naar 1,5 procent, in de zwakzinnigenzorg van 1,1 procent naar 1,3 procent en in de verpleeghuizen van 4,1 naar 6,2 procent. Het gedwongen verloop

---

[229] R.L. Floor, 'De opleiding en werksituatie van verpleegkundigen (II). Verloop onder gediplomeerde verpleegkundigen. Resultaten van een onderzoek in zes ziekenhuizen', *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 30 (1977) 518-521, aldaar 518 en 519.

[230] Thiadens en Smulders-Aghina, *De verpleegkundige die ons toe-komt*, 29-31.

[231] De norm van het Centraal Orgaan Ziekenhuistarieven (COZ) was het uitgangspunt voor de berekening van de salariskosten. De COZ-norm voor de verhouding gediplomeerden:leerlingen was 40:60. De COZ bepaalde per instelling het salarisbudget aan de hand van het aantal (bezette) bedden en maakte daarbij een onderscheid in complexiteit van patiëntencategorie.

[232] In 1829 waren er 1045 vrouwen op 1000 mannen. In 1940 en 1977 waren de verhoudingen respectievelijk 1010 : 1000 en 1003 : 1000. Nationale Ziekenhuisraad, *Tekort aan verpleegkundigen. Een nadere typering van het vraagstuk en aanbevelingen ter mogelijke oplossing* (1977) II-III, 15, 18-19 en 43.

[233] 'Werkloosheid jaren dertig hoogste ooit', Webmagazine, 16 maart 2013, website Centraal Bureau voor de Statistiek. http://www.cbs.nl/nl-NL/menu/themas/macro-economie/publicaties/artikelen/archief/2009/2009-2716-wm.htm (9 maart 2014).

zou na 1982 sterk toenemen.[234] Het beroep van verpleegkundige werd er daardoor niet aantrekkelijker op. De Nationale Raad voor de Volksgezondheid schreef daarover in 1986:

> Typisch voor het inservice-onderwijs is dat deze als conjunctuurgevoelig kan worden aangemerkt. Tekorten en overschotten aan beroepsbeoefenaren in de verpleging volgen elkaar op. Met name de laatste jaren is het imago van de inservice-opleidingen in de verpleging verslechterd. Deze imagoverslechtering is mede veroorzaakt door de collectieve ontslagen van pas afgestudeerde verpleegkundigen in het recente verleden en het daardoor niet altijd duidelijke toekomstperspectief.[235]

De veranderde arbeidsmarkt in de jaren tachtig bleek de emancipatie van mannelijke verplegers op onverwachte wijze te bevorderen. Mede door het personeelsoverschot in de verpleging in de jaren tachtig, zagen vrouwen die gewend waren tijdelijk de verpleging te verlaten voor bijvoorbeeld een zwangerschap, hun plaatsen steeds vaker bezet door mannen die geen behoefte hadden aan een onderbreking. Zodra een vrouw moest concurreren met een man trok zij steeds vaker aan het kortste eind. Dit kwam mede doordat werkgevers vrouwen bij sollicitaties veelal vroegen of zij kinderen hadden of die nog wilden krijgen. Dat gebeurde niet bij mannen. Zo schoven mannelijke verpleegkundige zich niet alleen steeds meer op naar de 'mannelijke' kanten van de verpleegkunde, maar ook naar leidinggevende functies die in toenemende mate ook in de ziekenhuizen als 'mannelijk' werden gerekend. De emancipatie van de man in de verpleging betekende in de praktijk discriminatie van de vrouw. Rollenpatronen gingen nu ten koste van de positie en perspectieven van de vrouw.[236] In 1982 concludeerde J.J. von Nordheim dat het aantal mannelijke leidinggevende verpleegkundigen in verhouding tot het aantal mannelijke verpleegkundigen onevenredig groot was geworden in vergelijking met het aantal vrouwelijke verpleegkundigen. Treffend sprak zij over omgekeerde emancipatie.[237] In 1983 was het aandeel man in de gehele verpleging slechts 20 procent.[238] In de A-verpleging was het aandeel mannelijke verpleegkundigen van het gediplomeerde bestand in 1980 nog minder, slechts 15 procent. Daarentegen werd 52 procent van de beschikbare functies van hoofd verplegingsdienst ingenomen door mannelijke verpleegkundigen.[239]

Dat mannen zich in de jaren tachtig naar leidinggevende posities toewerkten heeft, volgens Victor van Gemert en Truus Spijker, te maken met het feit dat veel mannen uit de wat lagere klassen juist in de verpleging een kans zagen zich in sociaal opzicht naar boven te werken (status, inkomen).[240] Dat is niet zo'n gekke gedachte, omdat zij hier weinig mannelijke concurrenten hadden. Merkwaardig is wel dat vrouwen, nadat zij 'onderdrukt' waren door mannelijke artsen, zich nu lieten passeren door mannelijke verplegenden en nog wel tijdens de tweede feministische golf in een omgeving waar vrouwen, zeker op de werkvloer, de overhand hadden. Dachten vrouwelijke verpleegkundigen ook in rollenpatronen? Of hadden vrouwen weinig invloed op het benoemingsbeleid van de

---

[234] 'Enquête N.Z.R. over ontslagproblematiek pas-gediplomeerden', *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 35 (1982) 834.
[235] Nationale Raad voor de Volksgezondheid, *Advies Basisopleidingen verpleging* (Zoetermeer 1986) 12.
[236] Yolanda Lok, 'De broeder van vandaag, de directeur van morgen', *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 36 (1983) 396-399.
[237] J.J. von Nordheim, 'Bericht van de geneeskundige Hoofdinspectie van de Volksgezondheid afdeling Verplegende en Verzorgende Beroepen', *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 35 (1982) 58-59, aldaar 58.
[238] Lok, 'De broeder van vandaag, de directeur van morgen', 398.
[239] Cijfers overgenomen uit: Zwols, *Het ontstaan en de ontwikkeling van het beroep verpleegkundige*, 87-88.
[240] Van Gemert en Spijker, *Verdichtsel en werkelijkheid*, 116-120. Spijker, *Mooi en beschaafd verplegen*, 121-122.

inmiddels ‘mannelijk’ geworden staf die, evenals de eerder genoemde Sleijffers in 1965, er vanuit ging dat mannen een stabielere factor vormden dan vrouwen?

De laatste wettelijke aanpassing in 1986

In 1986 werd de opleiding tot A-verpleegkundige middels een wetsaanpassing opnieuw ingrijpend veranderd, tegemoetkomend aan de nieuwe opvattingen over de taak en verantwoordelijkheden van de verpleegkunde, maar ook aan de nieuwe Europese richtlijnen. Als centrale doelstelling van de opleiding werd nu bepaald:

> de aspirant-beroepsbeoefenaar tot het beheersen van zodanige kennis en vaardigheden en tot een zodanige beroepshouding te brengen, dat hij zelfstandig gestalte kan geven aan verpleegprocessen, deze uitvoeren en evalueren. Op grond hiervan kan hij participeren in het totale hulpverleningsproces in het veld van de algemene gezondheidszorg in intra- en semi-murale gezondheidszorg.[241]

In deze nieuwe doelstelling klonk duidelijk door dat de verpleegkundige zelfstandig functioneerde als gelijkwaardige partner van andere beroepsbeoefenaren. In de doelstelling kwam zelfs expliciet aandacht voor het eigen verpleegkundig proces waarin het methodisch werken volgens een verpleegplan doorklinkt. De A-verpleegkundige ging dan ook binnen de verpleegkunde op het eerste deskundigheidsniveau werken in haar eigen veld, in tegenstelling tot bijvoorbeeld ziekenverzorgenden (zie hoofdstuk 4). De lesboeken voor de A-verpleegkunde van J.R.M. Arets en J.P. Vaessen, *Met zorg verplegen. Deel 1a en deel 2.* Serie: InteGraal (Leiden resp. 1984 en 1985) liepen alvast vooruit met het opnemen van verpleegkundige theorieën.

De duur van de opleiding werd verder aangepast aan de Europese richtlijnen. De opleiding zou voortaan drie jaar en tien maanden duren, met een voorbereidende periode van dertig weken, waarin de leerling een studiefinanciering kreeg en geen salaris. Hiermee kwam de inservice-opleiding met één been in het dagonderwijs te staan, zoals Speets dat voor ogen had. Het theoretisch deel zou 1320 uur beslaan, waarvan 690 in de voorbereidende periode, en worden onderverdeeld in vijf leergebieden: verpleegkunde, omgangskunde, gezondheidskunde, ziektekunde en algemeen beroepsondersteunende vakken (zie bijlage 13).[242] De opleiding kreeg eindtermen en elk leergebied een eigen leerstofaanduiding (voor het leergebied Verpleegkunde zie bijlage 14).[243] De Europese norm (1535 theorie-uren) zou hiermee nog niet helemaal worden gehaald, maar met de theoretische componenten in de praktijk kwam de opleiding nu aardig in de buurt.[244]

Het personeelsoverschot en dus de werkloosheid onder verplegenden was onder meer de aanleiding tot wetsaanpassing. Doordat de wetgever de A-opleiding in 1986 ingrijpend zou veranderen, zou het mes aan twee kanten snijden. Door het invoeren van arbeidsduurverkorting (ADV) zou de werkloosheid kunnen worden aangepakt en zou de wet voldoen aan Europese richtlijnen.[245]

---

[241] Haring, *Wetgeving ziekenverpleging* (1988) 64.
[242] Haring, *Wetgeving ziekenverpleging* (1988) 49-50.
[243] Ibidem, 74-79. Regeling opleiding diploma A-verpleegkundige 1986 (Lochem z.j. (1987)) A-62-A-63.
[244] Visser, ‘De Noodzaak van het plan ‘Hijzen’, 137-138.
[245] In 1985 hadden 400.000 jongeren onder de 25 jaar geen werk. Met het invoeren van arbeidsduurverkorting (ADV) kon men, wanneer iedere werkende enkele uren inleverde met evenredige inlevering van loon, 8500 werklozen aan een baan helpen. ‘Plan Hijzen. ABVA/KABO-Het Beterschap-CFO …’, *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 38 (1985) blz. 62-64. Visser, ‘De Noodzaak van het plan ‘Hijzen’, 137-139. Haring, *Wetgeving*

De wettelijke aanpassing van 1986 zou uiteindelijk de laatste worden voor de A-opleiding. De nieuwe, theorievorming en didactiek namen uiteindelijk niet weg dat de A-opleiding als inservice-opleiding niet meer van de tijd was. De inservice-leerling was teveel werknemer en te smal opgeleid voor een steeds complexere zorgvraag van de patiënt. De minister had al op 27 juni 1980 officieel bekend gemaakt dat het dagonderwijs op termijn het inservice-onderwijs zou gaan vervangen. Eerder in een brief van 15 juni 1979 hadden de staatssecretarissen van Onderwijs en Volksgezondheid de Tweede Kamer aangekondigd dat de inservice-opleidingen omgezet zouden worden in MBO-V's.[246] Zover kwam het uiteindelijk niet, zoals zal blijken in hoofdstuk 5. Het zou nog tot in de jaren negentig duren voordat de inservice-opleidingen zouden verdwijnen.[247]

Technische vaardigheden, het eten/de maaltijd en het sterven/de dood in lesboeken

In hoeverre drongen de hierboven beschreven fundamentele discussies over de taak en verantwoordelijkheid van de verpleegkunde, de medisch technologische veranderingen en alle aanpassingen van de A-opleiding nu eigenlijk door in de didactiek van de opleiding en – uiteindelijk – op de dagelijkse werkvloer? Om hier een meer concreet beeld van te krijgen zal als slot van dit hoofdstuk worden bestudeerd hoe in de meest gangbare lesboeken voor verpleegkunde drie belangrijke thema's werden besproken: enkele medisch-technische vaardigheden (katheteriseren van de blaas, venapunctie, inbrengen van een perifeer infuus), het eten/de maaltijd en het sterven/de dood.

De eerder genoemde Truus Spijker vergeleek lesboeken in de jaren vijftig met die van een ambachtsschool, gericht op een functionele verpleegkundige.[248] Daar had zij gelijk in, maar in de loop van de jaren zestig, zeventig en tachtig is er een verandering te zien in de wijze van verplegen. De lesboeken van zuster Agathe spannen de kroon als die vergeleken zouden worden met lesboeken voor een ambachtsschool. Tot en met de zestiende druk in 1969 hanteerde zij de methode van het opsommen.[249] De leerling moest dus rijtjes leren. Dat moest zij ook maar doen, want bij het laten zien van bijvoorbeeld het katheteriseren van de blaas in de praktijk moest een leerling niets vergeten klaar te leggen, anders kreeg de leerling die handeling niet afgetekend in het 'puntenboekje'. In dezelfde periode, parallel aan de lesboeken van zuster Agathe, hadden de lesboeken van de zusters H.L.F. Geuzebroek en M.E. Hamburger in *Leerboek der ziekenverpleging* tussen 1958 en 1970 en de zusters J.C.W. van der Moolen en H.J. Quanjer in *Verpleegkunde* tussen 1962 en 1973 ongeveer dezelfde methode met het verschil dat de opsommingen ingekaderd werden in praktijksituaties en dat

---

ziekenverpleging (1988) 40-80. Werkgroep Herziening A-opleiding, 'De inserviceopleidingen 1986', *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 39 (1986) 74-79, aldaar 74-75.

[246] Raad voor de Volksgezondheid. *Advies basisopleidingen verpleging* (1986) I, 1 en 10.

[247] De overgang van het inservice-onderwijs naar het dagonderwijs zou een gigantische organisatie worden want in 1985 leverde de inservice-opleidingen A, B en Z 6949 gediplomeerden af tegen 1073 MBO-V'ers/HBO-V'ers in het dagonderwijs. Ook budgettair zou er heel wat moeten veranderen. De inservice-opleidingen ressorteerden onder het Ministerie van Volksgezondheid. De gelden kwamen vanuit de premiesector (ziektekostenverzekering, ziekenfondsen en AWBZ). De dagopleidingen vielen onder het Ministerie van Onderwijs. De inzet in 1980 was de 'ombouw' budgettair neutraal te laten verlopen, maar dat bleek onhaalbaar. In 1988 was het nog steeds onduidelijk hoe hoog de kosten zouden zijn. De berekeningen liepen uiteen van nul tot 800 miljoen gulden per jaar. J.H. Bakker, 'Basisopleidingen in de verpleging', *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 41 (1987) 133-135. 'Ombouw inservice- naar dagonderwijs lijkt financieel onhaalbaar', *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 42 (1988) 325. Zie ook Aan de Stegge, *Gekkenwerk*, 749-750.

[248] Spijker, *Mooi en beschaafd verplegen*, 51-52.

[249] M. Agathe, *Werkboek ten gebruike bij de opleiding voor Ziekenverpleging. A-diploma* (4e druk; Amsterdam z.j. (1956)). M. Agathe, herzien door H.M.L Kerckhoffs, *Werkboek ziekenverpleging* (16e druk; Amsterdam en Brussel 1969).

er met tekeningen handelingen verduidelijkt werden.[250] Deze auteurs volgden dus de toen gangbare rationele, functionele/handelingsgerichte verpleegmethode.

Pas met de komst van de serie *In goede handen* met Van den Bergh-Braam en Von Nordheim als auteurs kwam er een belangrijke verandering. Zij vormden de overgang van rationele, op de cognitie gerichte kennis en functionele/handelingsgerichte verpleging naar een niet-standaard, patiëntgerichte, holistische verpleging. Van den Bergh-Braam presenteerde vanaf 1970 de lesstof verhalend, waarbij zij de leerling de gelegenheid gaf zich in te leven in de patiënt. Ook didactisch gaf het boek een beter overzicht door in de marges trefwoorden bij de alinea's te plaatsen. Het verpleegkundig procesmatig werken kreeg, zoals hierboven reeds is aangegeven, voor het eerst vorm in 1976 van Von Nordheim in *Speciële verpleegkunde* eveneens in de serie *In goede handen*.[251] Zij gaf uitleg aan het verpleegplan. In de jaren tachtig toen ook de wet op de A-verpleegkunde dat voorschreef, ging de opleiding helemaal over tot het lesgeven in procesmatig, methodisch verplegen. De lesboeken van J.R.M. Arets en J.P. Vaessen, *Met zorg verplegen*, gingen dan ook helemaal uit van verpleegkundige theorieën, processen en verpleegplannen.[252] Ook gingen deze auteurs expliciet uit van integratie van theorie en praktijk door gebruikmaking van casussen.

Wat betreft de medisch-technische handelingen heeft de Centrale Raad voor de Volksgezondheid laten zien hoe ingewikkeld het is om de grenzen aan te geven welke handelingen wel of niet door verpleegkundigen konden worden uitgevoerd. Wat verpleegkundigen in de opleiding niet leerden aan medisch technische-handelingen, voerden zij wel uit in de praktijk. Hoewel deze vaardigheden slechts een klein onderdeel vormden van de verpleging, riepen ze wel de meeste discussie op, omdat het juridisch lastig was uit te leggen wie verantwoordelijk was. Pas met de Wet BIG, die vanaf 1993 in fasen in werking trad, kwam er duidelijkheid. In de onderzoeksperiode van deze studie lag dat allemaal nog anders. De verlengde arm-constructie was nog van toepassing. De Centrale Raad vond bijvoorbeeld dat de venapunctie en het inbrengen van een infuus alleen uitgevoerd zouden mogen worden door verpleegkundigen met een bekwaamheidsverklaring of door een verpleegkundige met een gespecialiseerde opleiding. Dat vond in 1982 ook nog de door het ministerie ingestelde Commissie Verantwoordelijkheid verpleegkundigen in algemene ziekenhuizen. Het katheteriseren van de blaas bij mannen door verpleegkundigen vond de Raad eigenlijk ook te risicovol, maar was vanaf de jaren vijftig al onderdeel van de opleiding en dus ook van de lesboeken.[253] (In het lesboek *De praktijk der ziekenverpleging* (3e druk; 1947) besprak zuster Melk alleen het katheteriseren van de blaas bij de vrouw.[254])

Het vocht toedienen via een perifeer infuus was in de jaren vijftig nog niet zo gebruikelijk. Des te opmerkelijker is dat het *Leerboek der Ziekenverpleging* van H.L.F. Geuzebroek en M.E. Hamburger doet voorkomen dat de verpleegkundige alles rondom het

---

[250] H.L.F. Geuzebroek en M.E. Hamburger, *Leerboek der ziekenverpleging* (Gorinchem 1958). H.L.F. Geuzebroek en M.E. Hamburger, m.m.v. C.J.E. Demmenie, *Leerboek der ziekenverpleging* (3e druk; Culemborg 1970). J.C.W. van der Moolen en H.J. Quanjer, *Verpleegkunde (preklinische periode).* Serie Leerboek voor de Ziekenverpleging deel V (Lochem 1962). J.C.W. van der Moolen, e.a., *Verpleegkunde*. *Algemene verpleging.* (8e druk; Lochem 1973).

[251] A.H.M. van den Bergh-Braam en L. van der Meijden, *Algemene Verpleegkunde*. Serie: In Goede Handen (Leiden 1970). J.J. von Nordheim e.a., *Speciële verpleegkunde*. Serie: *In goede handen* (2e druk; Leiden 1975).

[252] J.R.M. Arets, J.P. Vaessen e.a., *Met zorg verplegen. Deel 1a.* Serie: InteGraal (Leiden 1984). J.R.M. Arets, J.P. Vaessen e.a., *Met zorg verplegen. Deel 1b.* Serie: InteGraal (Leiden 1984). J.R.M. Arets, J.P. Vaessen e.a., *Met zorg verplegen. Deel 2.* Serie: InteGraal (Leiden 1985). J.R.M. Arets, J.P. Vaessen e.a., *Met zorg verplegen. Deel 3.* Serie: InteGraal (Leiden 1987).

[253] Zuster Agathe, *Werkboek ten gebruike bij de opleiding voor Ziekenverpleging* (2e druk; Amsterdam z.j. (~1953)) 82. H.L.F. Geuzebroek en M.E. Hamburger, *Leerboek der ziekenverpleging* (Gorinchem 1958) 489-490.

[254] H.A. Melk, *De praktijk der ziekenverpleging* (3e druk; Gorinchem 1947) 461-464.

inbrengen van een infuus zelf uitvoerde, inclusief de 'naald in de vena steken'.[255] De verpleegkundige deed bij deze auteurs ook de venapunctie.[256] De auteurs hielden hun tekst ongewijzigd tot in de jaren zeventig.[257] Bijna gelijktijdig, in de gerenommeerde serie *In goede handen* met auteurs als J.J. von Nordheim en A.H.M. van den Bergh-Braam, was het de arts die de venapunctie uitvoerde en de naald in de ader stak bij het inbrengen van een perifeer infuus. De verpleegkundige was degene die tevoren alles klaar legde, maar gaf bij de handeling zelf de naald aan de arts.[258] Dat bleef zo lang de A-opleiding bestond.[259] Deze auteurs volgden dus wat betreft deze vaardigheden wel de Raad voor de Volksgezondheid. Dat komt ook overeen met het 'puntenboekje' *Overzicht Praktische Opleiding*. Het inbrengen van een infuus en de venapunctie kwamen daar niet in voor. Dat (leerling-)verpleegkundigen vaardigheden deden die zij niet in de opleiding leerden, was afhankelijk van het beleid van het betreffende ziekenhuis.[260] De opleiding gaf daarin geen les. Dat de auteurs Geuzebroek en Hamburger de vaardigheden wel opnamen in hun lesboek had mogelijk te maken met wat zij gewend waren in de instellingen waar zij werkten, respectievelijk Het Groene Kruis te Utrecht en het Algemeen Ziekenhuis 'Zonnestraal' te Hilversum.[261] Het kan ook zijn dat zij om didactische redenen de tekst zo hebben geschreven. De tekst hoefde daardoor niet onderbroken of anderszins verstoord te worden. Een derde optie zou kunnen zijn dat de boeken van Geuzebroek en Hamburger ook gebruikt werden voor gespecialiseerde opleidingen of voor het behalen van een bekwaamheidsverklaring. Het zal zeker verwarring gegeven hebben bij leerlingen in de opleiding tot A-verpleegkundige, omdat zij iets te leren kregen waar zij niet in getoetst zouden worden.

Wat geen discussie opleverde en wat wel altijd tot de verpleegkunde behoorde, is het geven van eten. Verpleegkundigen hebben er vanouds altijd alles aan gedaan om de zorgvrager tot eten en drinken te bewegen en waar nodig te dwingen. Mocht dat via de 'normale' weg niet lukken, dan kwamen andere, kunstmatige wijzen van voeden aan de orde. Eten, drinken en uitscheiding (spijsvertering) werden ook in de jaren zestig en zeventig niet voor niets als eerste genoemd in de behoeftehiërarchie van Maslow, de basisbehoeften van Virginia Henderson en zelfzorgaspecten en universele zelfzorgactiviteiten van respectievelijk J.A. van den Brink-Tjebbes en Dorothea Orem die nog in hoofdstuk 4 en 6 aan bod zullen komen.

Rondom de techniek van het geven van kunstmatig eten en drinken, is er vanaf de jaren vijftig in de lesboeken verpleegkunde een duidelijke ontwikkeling te zien. Het rectaal toedienen van voeding of vocht (voedingsklysma of voedingslavement) was kort na de oorlog nog een aanbevolen manier om vocht en voedingstoffen naar binnen te krijgen. Verplegenden

---

[255] Geuzebroek en Hamburger, *Leerboek der ziekenverpleging* (1958) 374.
[256] Ibidem, 367.
[257] H.L.F. Geuzebroek en M.E. Hamburger, m.m.v. C.J.E. Demmenie, *Leerboek der ziekenverpleging* (3e druk; Culemborg 1970) 283-287 en 292-294.
[258] Von Nordheim e.a., *Speciële verpleegkunde*. (1975) 51 en 69.
[259] M. Agathe, M., herzien door M.Th. Winkel, *Werkboek Ziekenverpleging, algemene en speciële verpleegkunde* (17e druk; Amsterdam en Brussel 1973) 93-95 en 270-271. J.C.W. van der Moolen e.a., *Verpleegkunde. Speciële verpleging.* Serie Leerboek voor de Ziekenverpleging deel VI (6e druk; Lochem 1974) 112 en 220. A.H.M. van den Bergh-Braam e.a., *Verpleegkunde 2.* Serie: *In goede handen* (1e druk 1980; 2e druk; Leiden 1981) 23 en 43. Arets, Vaessen e.a., *Met zorg verplegen. Deel 2*, 283.
[260] Ik leerde in mijn inservice-opleiding tot A-verpleegkundige in de jaren tachtig geen intraveneuze handelingen. Buiten de opleiding om verrichtte ik in de praktijk wel venapuncties, zonder bekwaamheidsverklaring. In die tijd brachten gediplomeerde verpleegkundigen zonder bekwaamheidsverklaring infusen in. De Wet BIG was toen nog niet van kracht
[261] Zuster H.L.F. Geuzebroek was in 1967 verpleegster in algemene dienst bij Het Groene Kruis te Utrecht en zuster M.E. Hamburger was adjunct-directrice van het Algemeen Ziekenhuis Zonnestraal te Hilversum. H.L.F. Geuzebroek en M.E. Hamburger, *Leerboek der ziekenverpleging* (2e druk; Gorinchem 1967) titelblad.

maakten zelf de voedingsklysma's klaar.[262] Weliswaar was die methode van voeden toen al een zeldzaamheid geworden, maar helemaal uit het geheugen was die niet, want zowel Zuster Agathe als Geuzebroek en Hamburger noemden tot in de jaren vijftig nog het rectaal toedienen van glucose en fysiologisch zout.[263] In 1969 noemde Kerckhoffs in Zuster Agathe's *Werkboek* voor het laatst het rectaal vocht toedienen onder de naam druppellavement.[264] Dat is opmerkelijk, want er waren inmiddels andere en veel eenvoudige manieren ontwikkeld om buiten de maag om vocht toe te dienen, zoals de zogenaamde de hypodermoclyse en de eerder genoemde methode via een perifeer infuus. Zelfs zuster Melk had in 1947 de hypodermoclyse al opgenomen in haar *De praktijk der ziekenverpleging*.[265] Die handeling bleef de hele onderzoekperiode onderdeel van de opleiding.[266]

Naast een duidelijke ontwikkeling in de techniek van het kunstmatig voeden, is er in de lesboeken ook een verdere arbeidsdeling te bespeuren rondom het eten/de maaltijd. Binnen de verpleegkunde kreeg de leerling van zuster Agathe in de jaren vijftig nog altijd les in koken: dat behoorde volgens haar nog volledig bij de taak van de verpleegkundige. Zij moest thee en koffie kunnen zetten, eieren koken en bakken, zoetemelkse pap, karnemelkse pap en pap voor diabetici koken.[267] In de jaren zestig kwam daar verandering in. Het zelf koken, bakken, thee en koffie zetten kwamen in de lesboeken verpleegkunde niet meer voor: die taak was inmiddels uitbesteed aan het keukenpersoneel in centrale keukens of assistenten in afdelingskeukens. Naast het zelf opscheppen van het eten op de afdeling, dat nog lange tijd wél als taak van de verpleegkundige werd beschouwd, kreeg van lieverlee ook het nieuwe distributiesysteem vanuit de centrale keuken aandacht. Het eten kon daar opgeschept worden op borden met warmhoudsystemen en in warmhoudkarren naar de afdeling worden gebracht. Vanaf 1967 gaven de zusters Van der Moolen en Quanjer aanvullende informatie over bijvoorbeeld het gebruik van het dri-heat-voedseltransport. Aan de hand van een kaart met een kleurcode, vastgesteld door de Nederlandse Vereniging van Diëtisten, kon gezien worden om welk dieet het ging. De kaart gaf ook aan hoe groot een portie eten moest zijn.[268] De verpleegkundige diende over steeds meer specialistische kennis te beschikken over nieuwe technieken in het ziekenhuis, ook ten aanzien van het eten/de maaltijd.

---

[262] Sergeant-majoor-verpleger G. Rompes en zuster H.A. Melk gaven in 1946 en 1947 nog de ingrediënten of recepten. Bij Rompes: '250 gram melk, 150 gram roode wijn + 15 gram tarwebloem + 4 gram zout en 2 eierdooiers'. Bij Melk: 'Deze vloeistof kan water, physiologisch water, glucoseoplossing 5% of een mengsel van de 2 laatsten zijn, gelijke delen. Dan peptonoplossing 2%, *rauwe* melk, (al of niet met laudanum), half water en wijn, etc.'. G. Rompes, *Cursus Ziekenverpleging: samengevat in meer dan duizend vragen en antwoorden* (2e druk; Amsterdam 1946) 399. Melk, *De praktijk der ziekenverpleging* (1947) 362.

[263] Agathe, *Werkboek ten gebruike bij de opleiding voor Ziekenverpleging* (~1953) 98 en 284. Geuzebroek en Hamburger, *Leerboek der ziekenverpleging* (1958) 317-319.

[264] Agathe, *Werkboek ten gebruike bij de opleiding voor Ziekenverpleging. A-diploma* (~1953) 98. M. Agathe, *Werkboek ten gebruike bij de opleiding voor Ziekenverpleging. A-diploma* (4e druk; Amsterdam z.j. (1956)) 120. Agathe, herzien door Kerckhoffs, *Werkboek ziekenverpleging* (1969) vanaf 83-84.

[265] Melk, *De praktijk der ziekenverpleging* (1947) 362-367.

[266] Geuzebroek en Hamburger, *Leerboek der ziekenverpleging* (1958) 379-382. M. Agathe, *Werkboek ten gebruike bij de opleiding voor Ziekenverpleging. A-diploma* (14e druk; Amsterdam en Brussel 1966). J.C.W. van der Moolen e.a. *Verpleegkunde. Speciële verpleging* (1974) 235-240. A.H.M van den Bergh-Braam en T. Kruyne, *Algemene Verpleegkunde.* Serie: In goede handen (3e herziene druk; Leiden 1974) 386-390. A.H.M. van den Bergh-Braam e.a., *Verpleegkunde 1.* Serie: *In goede handen* (2e druk; Leiden 1980) hoofdstuk 20, paragraaf 11.

[267] M. Agathe, *Werkboek ten gebruike bij de opleiding voor Ziekenverpleging. A-diploma* (7e druk; Amsterdam 1959) 72. Geuzebroek en Hamburger, *Leerboek der ziekenverpleging* (1958) 456-457.

[268] Agathe, herzien door Kerckhoffs, *Werkboek ziekenverpleging ten gebruike bij de opleiding voor het diploma A* (1969) 62-65. Agathe, herzien door Winkel, *Werkboek Ziekenverpleging, algemene en speciële verpleegkunde* (1973) 22-26. Geuzebroek en Hamburger, *Leerboek der ziekenverpleging* (1958) 458-459. Geuzebroek en Hamburger, *Leerboek der ziekenverpleging* (1970) 196. J.C.W. van der Moolen en H.J. Quanjer, *Verpleegkunde. Basisverpleging - preklinische periode.* Serie Leerboek voor de Ziekenverpleging deel V (4e druk; Lochem 1967) 190-192.

Arbeidsdeling betekent wat betreft het eten/de maaltijd dat andere beroepsgroepen steeds meer werk van de verpleegkundige overnamen, zoals het keukenpersoneel het opscheppen overnam. Hier is bij een eenvoudig onderwerp als het eten/de maaltijd zichtbaar dat er sluipenderwijs een begin was van uitholling van de verpleegkunde. Enerzijds verdween er wel een stuk van het karakter van het ambt van dienstbode of werkster, waar Bax over sprak, maar anderzijds kwam de verpleegkundige hierdoor wel verder af te staan van de patiënt. Belangwekkend is te zien dat sommige auteurs van lesboeken deze ontwikkeling betreurden en in de opleiding zelfs enigszins probeerden tegen te gaan. Het sluipenderwijs uithollen van de verpleegkunde lijkt de eerder genoemde Van den Bergh-Braam, auteur van diverse lesboeken, bijvoorbeeld flink dwars te hebben gezeten. Zij vond het onder meer belangrijk dat onderdelen van de voedings- en dieetleer en het koken in de opleiding tot verpleegkundige moesten blijven, ondanks het feit dat specialisten het berekenen en samenstellen van de voeding uit handen hadden genomen. Volgens Van den Bergh-Braam moest de verpleegkundige eenvoudige voedingsadviezen kunnen blijven geven en de noodzaak van diëten onderkennen. De verpleegkundige moest vakbekwaam blijven in het serveren en bewaren van voedsel en dranken en in de particuliere verpleging de huisvrouw kunnen vervangen.[269] Van den Bergh-Braam bekrachtigde dat door extra aandacht te schenken aan een les in etiquette tijdens het eten/de maaltijd. Deze les zou in een horeca-opleiding niet hebben misstaan. Kennelijk had de auteur een verpleegkundige op een klasse-afdeling voor ogen, want ook de messenlegger en de plaats van het water- en wijnglas bij het dekken van de tafel kregen aparte aandacht. Zelfs het weghalen van peper, zout, olie en azijn en de messenleggers voordat het nagerecht op tafel kwam, schreef zij voor.[270]

Toch ging de arbeidsdeling verder. Het nauwkeurig voorschrijven over het hoe en wat tijdens het eten/de maaltijd was in de jaren tachtig niet meer de eerste prioriteit van verpleegkundigen. Auteurs van lesboeken gingen het eten/de maaltijd minder geïsoleerd behandelen. Hier is de opkomst van een heel nieuwe didactiek te zien. Arets en Vaessen werkten in hun *Met zorg verplegen* bij verschillende medische aandoeningen met standaardverpleegplannen. Dat betekent dat zij voeding bespraken bij een verpleegprobleem waarbij voeding een rol kon spelen. Een verpleegprobleem ontstond bijvoorbeeld bij een maagulcus (toen nog een reden voor opname doordat er nog geen maagzuurremmers bestonden), waarbij het houden van een dieet belangrijk was.[271] Arets en Vaessen richtten het didactisch zo in, dat zij niet de hele lesstof voorkauwden, zoals hun voorgangers deden. Zij werkten met leerdoelen. Eén doelstelling, bijvoorbeeld, was behaald wanneer de leerling aan de hand van een casus tien eetlust bevorderende maatregelen kon noemen. Het belang van voeding kreeg aandacht doordat de auteurs patiënten in het ziekenhuis aan het woord lieten, zoals een patiënt het volgende zei: ‘alle onderzoeken en die vervelende spuiten kunnen me eigenlijk niet zoveel schelen als ik maar weer eens gewoon en lekker kan eten’.[272] Niet de tafel, maar de patiënt kwam centraal te staan. De overgang van handelingsgerichte/functionele verpleging naar patiëntgerichte, holistische verpleging is hier duidelijk in de lesboeken te zien.

De verpleegkundige is een van de beroepsbeoefenaren die letterlijk en figuurlijk dichtbij de mens komen, ook bij de stervende mens. De lesboeken verpleegkunde hebben dan ook steevast veel aandacht besteed aan de stervende patiënt. Ook het afleggen, thans veelal uitbesteed aan uitvaartverenigingen, was in de hele onderzoeksperiode nog een taak van de verpleegkundige.

---

[269] Van den Bergh-Braam e.a., *Verpleegkunde 1* (Leiden 1980) 237-238.
[270] A.H.M. van den Bergh-Braam en L. van der Meijden, *Algemene Verpleegkunde*. Serie: *In goede handen* (Leiden 1970) 206-209. Van den Bergh-Braam e.a. *Verpleegkunde 1* (1980) 238-243.
[271] Arets, Vaessen e.a., *Met zorg verplegen. Deel 3*, 151-154.
[272] Arets, Vaessen e.a., *Met zorg verplegen. Deel 1b*, 186.

In de lesboeken uit de jaren vijftig en zestig werd de zorg aan stervenden op een vrij functionele manier beschreven, zonder veel omhaal en handelingsgericht. Duidelijke voorbeelden hiervan zijn de lesboeken van zuster Agathe (1956) en Van der Moolen en Quanjer (vanaf 1962) waarin handelingen werden opgesomd als: lippen bevochtigen, zweet afvegen, afwissen van het gezicht, ijspilletjes geven, bed verschonen.[273] Geleidelijk aan werden de hoofdstukken over de stervensbegeleiding steeds vaker geschreven door wetenschappers uit andere disciplines, zoals theologen/pastors en psychiaters. Van der Moolen en Quanjer, bijvoorbeeld, besteedden de psychosociale zorg aan stervenden vanaf de achtste druk in 1973 uit aan ziekenhuispastor J.A.P.M. Dresen. Dresen stelde zijn eigen discipline, het ziekenhuispastoraat, veilig door de rol van de verpleegkundige te beperken tot stervenshulp. Dresen betoogde dat spreken over de dood buiten en binnen het ziekenhuis taboe was en geprobeerd moest worden dit taboe te doorbreken. Hij meende echter dat dit niet de taak was van de verpleegkunde. Begeleiden van stervenden moest volgens hem worden overgelaten aan anderen 'omdat deze begeleiding anders-gespecialiseerde hulp vraagt'.[274]

Van den Bergh-Braam besteedde de stervensbegeleiding in haar lesboek *Algemene verpleegkunde* nadrukkelijk niet graag uit aan andere disciplines. Zij meende dat de verpleegkundige haar plaats naast de stervende dreigde te verliezen en zij zag dat als een verarming van het beroep. Zij schreef over de verpleegkundige: 'Met haar vrouwelijke[275] intuïtie heeft zij dikwijls juist gehandeld waar ieder wetenschappelijk inzicht ontbrak', want

> hoe paradoxaal het ook klinkt – waar de wetenschap het stervensproces logisch gaat begeleiden en interpreteren, dreigt zij haar vat op de stervende te verliezen. Uit ervaring blijkt dat, wanneer het leven op het spel staat, logische redeneringen geen vat hebben op het gedrag van de mens. Een begrijpende benadering vanuit het gehele wezen is nodig.[276]

Van den Bergh-Braam was dus bang dat andere disciplines de verpleegkunde uitholden. Dat was ook op te merken bij het eten/de maaltijd. Het opvallende is dat zij dat in een lesboek tot uiting bracht. Was dit om de leerling aan het denken te zetten of was dit een uiting van haar eigen zorgen?

Hoewel Van den Bergh-Braam bang was voor uitholling van de verpleegkunde, liet ook zij bij de behandeling van stervensbegeleiding in 1972 andere disciplines toe in haar lesboek, maar dan in de functie van hulpwetenschap ten behoeve van de verpleegkunde. Het is vooral de psychiater Elisabeth Kübler-Ross (1926-2004) die grote invloed kreeg in de stervensbegeleiding. Niemand, ook Van den Bergh-Braam niet, kon in die tijd om Kübler-Ross' theorie met de vijf verwerkingsfasen van sterven heen (ontkennen, opstandigheid, desintegratie, depressie en integratie). Van den Bergh-Braam zette echter ook nog een andere wetenschap in, namelijk die van de geesteswetenschap. Zij (of de uitgever) liet een hoofdstuk schrijven door T. Kruyne, Wetenschappelijk Hoofdmedewerker Theologische Faculteit van de Rijksuniversiteit Groningen. Omdat het bij Kruyne niet alleen om de technische en/of lichamelijke zorg ging, wees hij impliciet de functionele verpleging af. Hij stond integrale verpleegkunde voor waarbij het om de totale mens ging.[277]

---

[273] Agathe, *Werkboek ten gebruike bij de opleiding voor Ziekenverpleging* (1956)) 296. Van der Moolen en Quanjer, *Verpleegkunde (preklinische periode)* (1962) 212-215. J.C.W. van der Moolen e.a., *Verpleegkunde. Algemene verpleging.* (8e druk; Lochem 1973) 304-313 en 314-317.
[274] Van der Moolen e.a., *Verpleegkunde. Algemene verpleging.* (1973) 305.
[275] In latere drukken laat Van den Bergh-Braam het bijvoeglijk naamwoord 'vrouwelijke' weg.
[276] Van den Bergh-Braam en Kruyne, *Algemene Verpleegkunde* (1974) 415. Van den Bergh-Braam e.a., *Verpleegkunde 1* (1980) 408.
[277] T. Kruyne, 'De verpleegkundige en de pastor samen bij de patiënt' in: Van den Bergh-Braam en Kruyne, *Algemene Verpleegkunde.* (3e herziene druk; 1974).441-451, aldaar 441.

Van den Bergh-Braam merkte in 1980 nog op dat er in de twintigste eeuw een taboe heerste rond de dood. [278] Dat zou kunnen kloppen, want in een maakbare wereld als in de jaren zeventig, paste de dood niet. Of verpleegkundigen ook zo dachten is de vraag. Als er een taboe op de dood zou zijn, hoe moet er dan gedacht worden over het claimen van Kübler-Ross in de verpleegkunde? Was dat om een taboe te doorbreken of was het – en dat ligt eerder voor de hand – een 'gewoon' spreken over de dood omdat de dood binnen de verpleegkunde geen taboe was? Het valt op dat Van den Bergh-Braam pas in de tweede druk van 1972 kwam met het verplegen van stervenden. Het weglaten van dit onderwerp in de eerste druk zou, volgens Spijker die deze ontbreking in haar scriptie al was opgevallen, verklaard kunnen worden 'als een uiting van een meer algemeen geldend taboe'.[279] Waarschijnlijker is dat Van den Bergh-Braam of de uitgever het gewoon 'vergeten' was om dit onderwerp op te nemen in de eerste druk. Sterven en dood is per slot van rekening altijd een onderdeel geweest van de verpleging.[280]

Na de min of meer handelingsgerichte verpleegkunde in de jaren vijftig tot en met de zeventig, kwamen Arets en Vaessen in hun serie *Met Zorg verplegen* in de jaren tachtig met een eigen verpleegkundige aanpak waarin geen onderscheid meer was tussen stervenshulp en stervensbegeleiding. Zij hanteerden bovendien ook hier een andere didactische aanpak. Zij vonden dat het sterven/de dood veel impact kon hebben op (jonge) leerling-verpleegkundigen en met vijftig bladzijden besteedden zij veel aandacht aan het sterven/de dood.[281] Met casussen en opdrachten kreeg de leerling een stevige basis voor de praktijk. Meeslepend is bijvoorbeeld de opdracht waarin zij de leerlingen vroegen een tekst te lezen uit *Een zachte dood* van Simone de Beauvoir en daarin de fasen van het rouwproces moesten analyseren. Opdrachten, casussen en rollenspel brachten de (on)macht, het (on)vermogen duidelijk naar voren.[282] Een standaard voor stervensbegeleiding gaven deze auteurs niet, maar de attitude van de verpleegkundige moest wel de volgende onderdelen bevatten: respect, fijngevoeligheid en vriendelijkheid, echtheid, empathie en stimulerende, niet-sturende maatregelen. De verpleegkundige moest voorkomen dat zij niet de agogische of juist de instrumenteel-technisch aspecten overwaardeerde. Lichamelijke zorg zoals preventie van decubitus, diende voldoende aandacht te krijgen. Arets en Vaessen vonden dat de verpleegkundige de taak had om continuïteit van zorg te waarborgen, waarbij de coördinatie van zorg in de handen lag van de verpleegkundige. Dat betekent dat zij contacten konden leggen met bijvoorbeeld de geestelijk verzorger en werkers uit andere disciplines.[283] Ook hier is dus behalve de opkomst van een nieuwe didactiek ook een toenemende oriëntatie op de 'totale mens' te zien, waarbij de hulp van andere disciplines niet langer als een bedreiging maar als een verrijking van de verpleegkunde werd beschouwd. Deze hulp kon de verpleegkundige, zonder identiteitsverlies, met een gerust hart toelaten omdat die vanuit een eigen verpleegkundig model toegepast kon worden.

---

[278] Van den Bergh-Braam e.a., *Verpleegkunde 1* (1980) 406-408.
[279] Spijker, *Mooi en beschaafd verplegen*, 54.
[280] Geuzebroek en Hamburger deden in de derde druk van hun *Leerboek* van 1970 ook een poging om hulp te halen van buiten de verpleging. Zij verwezen in een paar zinnen naar *Waarheid en leugen aan het ziekbed* van J.J. Buskes (predikant) en *Een zachte dood* van Simone de Beauvoir. De auteurs schreven: 'Bemerkt men dat een patiënt over zijn naderend einde wil praten dan dient men hem de kans te geven zich uit spreken. Wil hij er over praten dan is hij er ook aan toe dit te doen. Het sterven kan beleefd worden als een positieve afsluiting van het leven'. Vervolgens gingen de auteurs over tot de orde van de dag en somden de kenmerken op waaraan je kunt observeren wanneer iemand stervende is. Geuzebroek en Hamburger, *Leerboek der ziekenverpleging* (1970) 343.
[281] Arets, Vaessen e.a., *Met zorg verplegen. Deel 2*, 122-178.
[282] Ibidem, 150-158.
[283] Ibidem, 170-174.

Nabeschouwing

De Conferentie in Heelsum van 1955 vormde een belangrijke cesuur in de naoorlogse A-verpleegkunde. Toen startte een grootscheepse zoektocht om de A-verpleegkunde van de ondergang te redden. De A-verpleegkunde kon de invloeden vanuit een steeds complexere maatschappij in het algemeen en de gezondheidszorg in het bijzonder nauwelijks bijhouden. De ontwikkeling in de gezondheidszorg maakte een enorme vlucht: de medische technologie zoog in zijn vergaande specialisatie de verpleegkunde mee zodat de verpleegkundige nauwelijks de tijd kreeg of er stil bij kon staan om vanuit een eigen theorie, een eigen verpleegkundige identiteit mee te gaan. De geneeskunde was een allesoverheersende discipline in het A-veld en het was daarom opzienbarend dat de arts H.R. Bax, door middel van een artikel, de hiërarchie in de algemene ziekenhuizen, waarin de (leerling-)verpleegkundigen werden uitgebuit, aan de kaak stelde. Bax' artikel was aanleiding voor (leerling-)verpleegkundigen om in de jaren vijftig al een emancipatiedrang te laten zien. Hiermee liep deze groep vooruit op maatschappelijke emancipatieprocessen die doorgaans eerder worden geassocieerd met de jaren zestig en zeventig.

In dit hoofdstuk kwam regelmatig het verpleegsterstekort aan de orde. Terugkijkend zou gesteld kunnen worden dat dit het onderliggend probleem vormde van de identiteitscrisis. Instellingen waren door een verpleegsterstekort genoodzaakt meisjes aan te nemen die niet voldoende geschoold waren. In combinatie met dat deze meisjes in een inservice-opleiding vooral werknemers waren, uitgebuit werden en lange (gebroken) diensten moesten draaien konden zij de naoorlogse ontwikkeling in de gezondheidszorg nauwelijks aan. De gezondheidszorg werd steeds complexer en vereiste gespecialiseerde hoger opgeleide beroepsbeoefenaren. Het probleem was dat deze nieuwe beroepsbeoefenaren de verpleegkunde uitholden: taken en verantwoordelijkheden die traditioneel binnen de verpleegkunde vielen, werden afgeknabbeld. Verpleegkundigen gingen noodgedwongen in dienst staan van deze nieuwe beroepsgroepen. Om het verpleegsterstekort op te heffen en om gelijk op te gaan met nieuwe beroepsbeoefenaren zocht men naar aanpassingen door bijvoorbeeld niveauverschillen in de verpleegkunde in te stellen. Zo kwamen ziekenverzorgenden in het werkveld die taken en verantwoordelijkheden van een lager niveau overnamen, zodat verpleegkundigen tijd kregen voor de complexere taken en verantwoordelijkheden. Tegelijk werd de vooropleidingseis opgeschroefd.

In het kaste-achtige systeem dat de algemene ziekenhuizen kenmerkten, stond de veelal mannelijke arts bovenaan. De nog traditionele rollen van mannen en vrouwen versterkten de hiërarchie. Het was de medisch socioloog Eliot Freidson die daar een schepje bovenop deed en veel discussie uitlokte door te stellen dat de arts door zijn autonomie een professie uitoefende en de verpleegkundige een paraprofessie. Verpleegkundigen zouden een onderdeel van een arbeidsdeling vormen, die zich in een hiërarchie onder de verantwoordelijkheid van de medische professie begaven. Verpleegkundigen vielen deze stellingname van Freidson en zijn aanhangers stevig aan. Zij voelden zich eerder thuis bij Andrew Abbott (1988), die niet uitging van autonomie, maar van complexe verbindingen: artsen, verpleegkundigen en andere beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg waren afhankelijk van elkaar. De internationaal georiënteerde verpleegkundige Marianne Van Driel Krol zag, eerder dan Abbott, dat het verstandiger was om uit te gaan van de inhoud van het beroep en dus niet vanuit organisatorische motieven.

Terugkijkend is het wel opvallend dat de discussie steeds weer terugkwam over het wel of niet mogen uitvoeren van medisch-technische handelingen, zoals het inbrengen van een perifeer infuus en het verrichten van een venapunctie. Deze discussie werd in feite vanuit de geneeskunde geredeneerd en niet vanuit de verpleegkunde. Waarschijnlijk stond deze

discussie in de weg van waar het werkelijk om ging, namelijk de inhoud van de verpleegkunde. Autoriteiten hadden veel eerder daadkrachtiger kunnen zijn door bijvoorbeeld daadwerkelijk de taken van Lesnik en Anderson als leidraad over te nemen. Lesnik en Anderson waren in de jaren zestig al in Nederland geïntroduceerd door Van Driel Krol. Een van de taken was een afgeleide taak die impliceerde dat het toepassen en uitvoeren van opdrachten van artsen, die geneeswijzen en het toedienen van geneesmiddelen betreffen, in de basisopleiding moesten komen en dat de leerling geleerd moest krijgen wat eventuele gevolgen waren na het doen van die opdrachten. Pas in de jaren negentig met de Wet BIG zou het zover komen.

De jaren zeventig waren de jaren waarin er daadwerkelijk verwoed werd gezocht naar de identiteit van de A-verpleegkunde. Autoriteiten verzamelden taken, theorieën, modellen, omschrijvingen en/of definities met name uit het Angelsaksische gebied. Terugkerende bronnen waren de WHO, ICN, Virginia Henderson en Milton Lesnik en Bernice Anderson. Het merkwaardige is dat de zoektochten van autoriteiten als de Centrale Raad voor de Volksgezondheid en Van Driel Krol weinig tot geen invloed leken te hebben op de inservice-opleiding zelf. Het waren twee aparte werelden die ver uit elkaar leken te staan. Terwijl de HBO-V's de theorieën en modellen al wel in hun opleidingen implementeerden (zie hoofdstuk 6), bleef de A-opleiding achterlopen. Ziekenhuizen en hun opleidingen hadden, binnen de wetgeving, de theorieën en modellen in de jaren zeventig kunnen opnemen in theorie en praktijk, maar dat gebeurde niet. Het is aannemelijk dat dit niet gebeurde omdat elk uur die in de opleiding werd gestoken ten koste ging van de ziekenhuisproductie omdat leerlingen vooral werknemers waren. Hoewel er in de eerste helft van de jaren zeventig met de nieuwe leerstofomschrijving en met het lesboek *Speciële verpleegkunde* van Von Nordheim, in theorie, voorzichtig een begin werd gemaakt met het procesmatig verplegen door middel van het introduceren van een verpleegplan kwam er, met de komst van een lange beroepsvoorbereidende periode, pas in de jaren tachtig verandering. Toen kwam er ruimte in de opleiding en gingen lesboeken expliciet aandacht schenken aan verpleegkundige theorieën, processen, modellen en verpleegplannen.

Gedurende het zoeken naar de identiteit had de man in de verpleging een opmerkelijke rol. Verplegers hadden van oorsprong een achtergestelde positie in de ziekenhuizen. Zij hadden een lage status, werden gezien als 'mietje' en kregen weinig carrièrekansen. De wet werkte tot in de jaren zeventig een aparte status ook wel enigszins in de hand doordat deze toeliet dat verplegers een andere praktijkopleiding konden krijgen. De tijd was er nog niet rijp voor dat mannen op vrouwenzalen werkten. Die situatie was niet typisch voor Nederland. In Engeland en in de op verpleegkundig gebied vooruitstrevende Verenigde Staten was het niet anders. Vanuit een minderheidspositie emancipeerden Nederlandse verplegers uiteindelijk. Zij eigenden, ten opzichte van hun vrouwelijke collega's, relatief gezien meer leidinggevende functies toe. Von Nordheim noemde dat 'omgekeerde emancipatie'. Merkwaardig is wel dat vrouwen dit in een periode van de tweede feministische golf lieten gebeuren. Kennelijk kregen zij geen invloed meer op het inmiddels snel door mannen overgenomen kader.

Dit hoofdstuk heeft aan de hand van lesboeken laten zien dat de naoorlogse ontwikkeling ook terug te vinden is in de lesboeken. Voor de verpleegkunde was dat duidelijk te volgen aan de hand van het kunstmatig voeden. Werd er tot in de jaren zestig nog het rectaal toedienen van vocht/voeding besproken. Vanaf de jaren zeventig kwam die wijze van toedienen niet meer voor. Eenvoudiger was het via de hypodermoclyse en maagkatheter, die als handelingen vanouds door verpleegkundigen werden verricht, en via het perifeer infuus dat wat betreft het inbrengen van de naald, een geen verpleegkundige handeling was. In de lesboeken werd ook steeds duidelijker dat andere disciplines taken gingen overnemen. Bij een schijnbaar eenvoudig onderwerp als het eten/de maaltijd kwam naar voren dat de diëtiste, hulpen in de afdelingskeuken en keukenpersoneel taken van de verpleegkundige gingen

overnemen. De als prominent bekend staande verpleegkundige-auteur Van den Bergh-Braam leek aanvankelijk andere disciplines buiten de deur van de verpleging te willen houden. Dat was het duidelijkst bij het uitgebreid omschrijven hoe een verpleegkundige moest handelen bij het dekken van de tafel en bij het eten/de maaltijd. Toch ontkwam ook zij niet aan de invloed van buiten. Dat kwam overduidelijk naar voren bij het verplegen van een stervende. Zij gebruikte daarbij andere disciplines, maar dat deed zij zonder dat de verpleegkundige zich liet wegspelen. Zij ging andere disciplines gebruiken als hulp om zodoende de totale mens in beeld te krijgen. Arets en Vaessen gingen in de jaren tachtig helemaal uit van een verpleegkundig model en daarmee gaven zij de verpleegkunde een eigen gezicht.

2. B-verpleegkundige: (socio)therapeut of psychiatrisch verpleegkundige

De jaren zeventig en tachtig van de vorige eeuw vormden een verwarrende periode voor nieuwe leerlingen in de B-verpleging. Zelfs schrijvers van lesboeken voor de psychiatrische verpleegkunde wisten destijds niet meer of zij uit moesten gaan van de medische dan wel sociale of sociotherapeutische verpleegkunde. Geïnspireerd door de antipsychiatrie namen veel B-verpleegkundigen toentertijd drastisch afstand van het 'medisch model'. Daarvoor in de plaats moest een nieuw 'sociaal model' komen, ook wel aangeduid als sociotherapeutische verpleegkunde. Sommige B-verpleegkundigen gingen zich zelfs sociotherapeut noemen. De term B-verpleegkunde deed critici teveel denken aan de somatische verpleging, met haar autoritaire arbeidsverhoudingen en nadruk op rust, reinheid en regelmaat.

De verschuiving van medische naar sociotherapeutische verpleegkunde was in de jaren vijftig en zestig al zichtbaar. Toen was er een 'stille revolutie' gaande in de B-verpleging. Aktiegroep Willem, een organisatie van jonge verpleegkundigen uit de Willem Arntsz Hoeve in Den Dolder, bracht deze interne stille revolutie rond 1970 naar buiten. De groep voerde diverse acties die de aandacht trokken van landelijke media en daarmee brak een roerige periode aan in de psychiatrische verpleegkunde. Wat in de jaren vijftig en zestig begon als een rustig zoeken naar een nieuwe identiteit voor de B-verpleging, mondde in de jaren zeventig uit in een strijd tussen oude en nieuwe ideeën. De nieuwe generatie wilde niet werken in instellingen die nog ingesteld waren op 'vooroorlogse' toestanden. Jongeren wilden werken volgens nieuwe ideeën die in de sfeer lagen van democratisering, socio- en psychotherapie. Deze idealen botsten met de realiteit. Rond 1970 waren zalen met tientallen patiënten nog geen uitzondering in Nederlandse psychiatrische instellingen. Patiënten en dus ook verpleegkundigen kregen in de jaren zestig en zeventig nog te maken met insulinekuren, slaapkuren en elektroshockkuren. Zelfs langdurige bed- en badbehandelingen kwamen nog voor in de behandeling van onrustige patiënten.[1]

In dit hoofdstuk zal blijken dat B-verpleegkundigen wel zochten naar een nieuwe identiteit, maar desondanks in een 'verlengde arm-constructie' bleven. In de onderzoeksperiode van deze studie waren er verschillende visies op de psychiatrie. Terwijl 'ouderwetse' psychiaters een medisch model/ziektemodel bleven hanteren, werden anderzijds de moderne psychiaters kritisch ten opzichte van het medisch model. Beide richtingen hadden B-verpleegkundigen in hun verlengde.[2] Later toen het streven van de vernieuwing breed was geaccepteerd, kan gesteld worden dat B-verpleegkundigen ongemerkt in een nieuwe vorm van verlengde arm-constructie terecht waren gekomen. Nu niet in die van de op de medisch gestoelde geneeskundige, maar in die van de 'psycho-sociaal-therapeutisch' geneeskundige en in die van nieuwe beroepsbeoefenaren zoals de klinisch psycholoog. Daarmee hadden B-verpleegkundigen zich nog geen eigen verpleegkundige identiteit toegeëigend.

Het hoofdstuk reconstrueert hoe de B-verpleegkunde en de opleiding tot B-verpleegkundige zich van de jaren vijftig tot de jaren tachtig aanpaste aan de veranderingen in de psychiatrie en de zoektocht die daarbij werd ondernomen naar de eigen taak, verantwoordelijkheid en identiteit van de B-verpleegkundige in psychiatrische instellingen. Nadat de opleiding in 1959 op initiatief van psychiaters reeds belangrijk werd herzien, ontwikkelden B-verpleegkundigen en psychiaters in de jaren zestig nieuwe ideeën over de taak van de B-verpleegkunde, die in 1969 hun beslag vonden in een volgend herzieningsplan.

---

[1] Blok, *Baas in eigen brein*, 152-154. Annemarie Kerkhoven, *Beeld van de psychiatrie 1800-1970. Historisch bezit van de psychiatrische ziekenhuizen in Nederland* (Zwolle 1996) 236-241. Marianne de Leeuw e.a., *Van oppasser naar verpleegkundige* (Utrecht 1997).

[2] Joost Vijselaar, ''Vrijheid, gelijkheid en broederschap'. Een revolutie in de psychiatrie 1965-1985', in: Joost Vijselaar, red., *Gesticht in de duinen. De geschiedenis van de provinciale psychiatrische ziekenhuizen van Noord-Holland van 1849 tot 1994* (Hilversum 1997) 192-237, aldaar 198.

Volgens jonge leerling-verplegenden ging dat niet snel genoeg. Het hoofdstuk staat uitgebreid stil bij de zogenaamde antipsychiatrie en de Aktiegroep Willem, omdat deze kritische bewegingen sterk beeldbepalend en bovendien invloedrijk waren binnen de sector in deze periode. Hiervoor wordt dankbaar gebruik gemaakt van bijvoorbeeld werken van Cecile aan de Stegge, Gemma Blok en Joost Vijselaar. Maar was Aktiegroep Willem wel zo revolutionair en succesvol als vaak is gedacht? Die vraag zal met enige nuance worden beantwoord. Hierna wordt de verdere zoektocht naar een nieuwe identiteit voor de B-verpleegkundige beschreven: een zoektocht die ook terug te vinden is in de lesboeken van de gerenommeerde serie *In goede handen*, en eigenlijk pas in de jaren tachtig tot een bevredigende conclusie kwam. Het hoofdstuk eindigt met een behandeling van het thema dat terugkeert in alle hoofdstukken: het eten/de maaltijd. Dit onderwerp werd in de psychiatrische verpleegkunde heel anders benaderd dan in de algemene verpleegkunde. De auteurs van lesboeken voor de B-verpleegkunde bespraken het eten/de maaltijd niet zozeer om het voedsel, eerder om sociotherapeutische doeleinden. De twee andere terugkerende thema's het sterven/de dood en technische vaardigheden, komen niet apart in dit hoofdstuk terug, omdat auteurs van lesboeken voor de B-verpleegkunde die thema's niet of nauwelijks behandelden of ze als onderdeel van de somatische verpleegkunde zagen.

De herziening van de B-opleiding (1957-1960)

De conferentie van Heelsum vormde, zoals uiteengezet in het eerste hoofdstuk, in 1955 het startschot voor de vernieuwing van de A-verpleegkunde die vanaf deze periode in Nederland tot ontwikkeling kwam. Voor de B-verpleegkunde gold dat echter niet. Zowel in Heelsum als in de belangrijke daaruit voortvloeiende rapporten van de Voorlopige Verplegingsraad (VVR) *Rapport Basisdiploma Verpleegster* (1958) en *Uitwerking Rapport Basisdiploma Verpleegster* (1961) bleef de B-verpleegkunde geheel buiten beschouwing. Binnen het veld van de B-verpleegkunde werd daar door velen met verbazing op gereageerd. Behoorde de B-verpleging soms niet tot de verpleegkunde? Behoefde de opleiding tot B-verpleegkunde niet eveneens te worden aangepast aan de nieuwe ontwikkelingen in het veld? Sinds de beschikking in 1929 (zie bijlage 1[3]) was de wetgeving ten aanzien van de opleiding niet veranderd, en was de hele opleiding dus nog gebaseerd op vooroorlogse opvattingen over krankzinnigenverpleging. Was daar geen vernieuwing nodig?

Verpleegkundigen in de psychiatrie worstelden in Nederland al lang met het gevoel dat zij ten opzichte van de A-verpleegkunde werden achtergesteld. Dit sentiment dateerde al van de late negentiende eeuw. Zo was de oprichting in 1897 van de *Wilhelmina Vereeniging* bedoeld om de krankzinnigenverpleging te verbeteren en te verheffen, om de achterstand op de algemene ziekenverpleging in te halen. Achterstelling ondervond de psychiatrische verpleegkunde in de jaren dertig door het feit dat deze ressorteerde onder de afdeling Armenzorg van Binnenlandse Zaken in plaats van onder de afdeling Volksgezondheid van het Ministerie van Arbeid, Handel en Nijverheid. Mensen uit de somatische wereld domineerden de Centrale Gezondheidsraad, het toenmalige adviesorgaan van de regering betreft de verpleging: zij keken volgens Aan de Stegge met enig dedain neer op de wereld van de psychiatrie. Ook het feit dat de International Council of Nurses (ICN) de B-verpleegkunde niet als een op zichzelf staande opleiding erkende – hoewel die in de jaren dertig nergens in de wereld zo'n hoog niveau had – versterkte volgens Aan de Stegge het gevoel dat de B-opleiding onterecht als tweederangs opleiding werd beschouwd.[4]

---

[3] Leijdesdorff, *Wetten betreffende Uitoefening der geneeskunst* (1933) 185-195.
[4] Aan de Stegge, 'Honderdtwintig jaar psychiatrische verpleegopleiding in Nederland', 78, 99. Aan de Stegge, *Gekkenwerk*, 130-131, 417-419.

De beslissing om de B-verpleegkunde op de conferentie van Heelsum buiten beschouwing te laten leidde binnen het veld tot een belangrijk tegen-initiatief. De psychiater J. Westerhuis, voorzitter van de examencommissie van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie en Neurologie, zocht kort na het verschijnen van het Rapport Heelsum contact met de Hoofdinspecteur van Staatstoezicht op Krankzinnigen en Krankzinnigengestichten[5], de psychiater P.J. Piebenga, om erop aan te dringen dat ook de opleiding tot B-verpleegkundige toe was aan belangrijke herzieningen. De hoofdinspecteur was het daarmee eens en verzocht Westerhuis om met vertegenwoordigers van de andere twee examencommissies in het veld – de Vereniging van R.K. Gestichtsartsen en de Vereniging tot Christelijke Verzorging van Geestes- en Zenuwzieken – besprekingen te organiseren over de hervorming van de B-opleiding. Deze zogenoemde Commissie Westerhuis kwam vanaf maart 1957 veertien keer bijeen en stelde als eerste vast dat wijziging in de B-opleiding dringend nodig was. In de vraagstelling van de Commissie klonk duidelijk door dat het hoog tijd was dat de B-opleiding aan de recente ontwikkelingen in het vakgebied werden aangepast:

> Aan welke eisen moet in de tegenwoordige psychiatrische situatie de B-opleiding voldoen? Welke eisen moeten gesteld worden aan de bevoegde B-verpleegsters en hoe is dat te bereiken? [6]

Terwijl de Commissie-Westerhuis namens de drie overkoepelende examencommissies in het B-veld aan het werk toog om te verkennen hoe de B-opleiding kon worden herzien, belegde ook de Vereniging van Psychiatrische Inrichtingen in Nederland een bespreking met de bij haar aangesloten verenigingen en stichtingen. Deze bespreking mondde uit in het formeren van de zogenoemde Commissie van 10 die tot doel kreeg om, in reactie op Heelsum, de achterstelling op de A-opleiding te bestuderen.[7] Er zat snel schot in de zaak. Al op 28 maart 1958 presenteerde de Commissie-Westerhuis haar eerste *Ontwerp-rapport diploma-B*. Toen de Voorlopige Verplegingsraad in het najaar van 1958 bij het Departement van Sociale Zaken en Volksgezondheid het concept inleverde van het *Rapport Basisdiploma Verpleegster*, stuurden de verontruste Commissie-Westerhuis en de Commissie van 10 dan ook elk een telegram naar het departement om te bewerkstelligen dat hun plannen voor de B-opleiding in dit rapport alsnog zouden worden meegenomen.[8] De Voorlopige Verplegingsraad wees dit verzoek ijskoud af. In het rapport, dat in december 1958 verscheen, kwam de volgende mededeling:

> Er wordt nog niet ingegaan op de opleiding voor verplegenden van psychiatrische patiënten (thans diploma B). Hoewel de Voorlopige Verplegingsraad er prijs op zou hebben gesteld in dit rapport tevens haar inzichten over deze opleiding neer te leggen, heeft zij er de voorkeur aan gegeven om ter wille van de urgentie dit later te doen in een aanvullend rapport, mede omdat het 'Ontwerprapport diploma B', samengesteld door de examencommissie van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie en Neurologie, Vereniging tot Christelijke Verpleging van Geestes- en

[5] Vanaf 1957 gewijzigd in Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid en vanaf 1961 Staatstoezicht op de Volksgezondheid. R. Zijlstra, e.a., 'Personalia', *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 116 (1972) 2114-2115.
[6] NA, Insp. Staatstoezicht Krankzinnigen, 2.15.40, inv. nr. 1220. Rapport diploma-B (z.j. [1960]).
[7] Nationaal Archief, Den Haag, Centrale Raad voor de Volksgezondheid, nummer toegang 2.27.16, inventarisnummer 793, J. Westerhuis, 'Korte samenvatting van het verloop inzake de besprekingen over de herziening van de opleiding voor het diploma 'Verplegenden B'' (Warnsveld, 11 september 1960). Vergelijk Aan de Stegge, *Gekkenwerk*, 658 en verder.
[8] NA, Centr. Raad Volksgezondheid, 2.27.16, inv. nr. 793, Korte samenvatting van het verloop inzake de besprekingen over de herziening van de opleiding voor het diploma 'Verplegenden B''.

> Zenuwzieken en de Vereniging van R.-K. Gestichtsartsen, dat als uitgangspunt voor de besprekingen in de Voorlopige Verplegingsraad zal dienen, *eerst kort geleden* aan deze Raad is toegezonden. De mogelijkheden van wederzijdse aansluiting zullen daarbij nader onder ogen worden gezien.[9]

Eerst kort geleden? Tussen het verschijnen van het *Ontwerp-rapport diploma-B* en *Rapport Basisdiploma Verpleegster* van de VVR zat maar liefst driekwart jaar. Het lijkt er sterk op dat de Voorlopige Verplegingsraad er gewoon weinig voor voelde om de B-opleiding mee te nemen in zijn rapport.

De Commissie Westerhuis liet het er niet bij zitten. Op 6 april 1959 stuurde Westerhuis aan de Hoofdinspecteur van Staatstoezicht op Krankzinnigen en Krankzinnigengestichten een tweede 'concept programma opleiding diploma-B' (*working paper*). Daarna verscheen ten slotte het definitieve *Rapport diploma-B* (zie bijlage 16).[10] Dit uiteindelijke resultaat van de Commissie Westerhuis, kan worden beschouwd als een parallelrapport van het *Rapport Basisdiploma Verpleegster*. En zo stonden de A- en de B-verpleging toch nog quitte.

Wanneer het *Rapport Diploma B* nader wordt beschouwd, valt te begrijpen waarom de Voorlopige Verplegingsraad er weinig voor voelde om de voorstellen van de Commissie Westerhuis in zijn rapport over het *Basisdiploma Verpleegster* mee te nemen. De Commissie Westerhuis had voor de psychiatrische verpleegkunde een doorbraak geforceerd door niet alleen maar uit te gaan van een taakomschrijving die gebaseerd was op medisch-somatische grondslag. Het *Rapport diploma-B* liet zien dat de taakomschrijving van de B-verpleegster veel ruimer kon worden opgevat dan die van de A-verpleegster. De commissie kwalificeerde haar als hulp van de arts én zij moest er voor de patiënt zijn. Daartoe moest zij kunnen observeren, rapporteren, verzorgen en afstand kunnen nemen ten opzichte van de patiënt door niet slechts op hem te reageren, maar om hem werkelijk te helpen. De eigen taak zat vooral in het scheppen van een therapeutische sfeer door als het ware haar eigen persoonlijkheid in te zetten, door de patiënt te kunnen begrijpen, door bij de patiënt te blijven en dit alles met behoud van distantie. De verpleegster had wel kennis nodig van pathologische verschijnselen, neuroseleer en maatschappijleer, maar op de eerste plaats moest zij de mens in de patiënt erkennen. Hiervoor was kennis nodig van de ander, van de eigen persoon en van de ontwikkeling van de eigen persoonlijkheid. De patiënt was volgens het rapport van niemand zo afhankelijk voor het scheppen van een therapeutische sfeer als van de B-verpleegster.[11] Hoewel de B-verpleegster een hulp van de arts moest zijn, kreeg zij hier vooral een rol toegekend die niet op een medisch model was gestoeld. Eerder op een menselijk model. Het rapport was hiermee de zoektocht naar de taak van de A-verpleegkunde – en zoals hieronder zal blijken óók de antipsychiatrische beweging van eind jaren zestig, begin jaren zeventig – ver vooruit.

De Commissie Westerhuis schiep in aansluiting op de nieuwe taakomschrijving enkele belangrijke voorwaarden om de medisch-somatische grondslag van de B-verpleegkunde te verruimen en te verschuiven naar een meer sociotherapeutische grondslag. In het *Rapport Diploma B* werd – binnen het wettelijke kader – een uitgebreide omschrijving gegeven van de leerstof, waarin sociotherapeutische vaardigheden een veel belangrijkere plaats kregen dan voorheen (zie bijlage 16). In de theoretische lessen kwam onder meer aandacht voor

---

[9] Voorlopige Verplegingsraad, *Rapport Basisdiploma Verpleegster* (12 december 1958) 3. Mijn cursivering.
[10] NA, Centr. Raad Volksgezondheid, 2.27.16, inv. nr. 793, J. Westerhuis, 'Korte samenvatting van het verloop inzake de besprekingen over de herziening van de opleiding voor het diploma 'Verplegenden B'' (Warnsveld, 11 september 1960). NA, Insp. Staatstoezicht Krankzinnigen, 2.15.40, inv. nr. 1220, Brief van Westerhuis aan Piebenga (6 april 1959). Ontwerp-Rapport Diploma-B (28 maart 1958). Rapport diploma-B (z.j. [1960]).
[11] NA, Insp. Staatstoezicht Krankzinnigen, 2.15.40, inv. nr. 1220, Rapport diploma-B (z.j. [1960]).

‘sociotherapie met principes van arbeidstherapie’, elementaire en sociale psychologie, ontwikkelingspsychologie en actievere therapie zoals ‘Socio- en milieutherapie (ook invloed van kleuren, bloemen, gezellige omgeving enz.)’ en ‘elementaire kennis van psychotherapeutische methoden: groepstherapie, psycho- en sociodrama (…)’.[12] Kort na 1959 werkte de commissie de theoretische lessen nog eens verder uit in de *Leerstof van de opleiding tot het Staatsdiploma Ziekenverpleging B*. Daarin kreeg ook de algemene en psychiatrische verpleging een nadere uitwerking.[13]

Om de vorming en specifiek de persoonlijkheidsvorming van de aanstaande B-verpleegkundige te versterken, stelde het *Rapport diploma-B* ook verschillende formele veranderingen in de B-opleiding voor. Voordat de leerling aan de inservice-opleiding zou kunnen beginnen, was volgens de Commissie Westerhuis ‘één of andere vorm van Nijverheidsonderwijs’ wenselijk. Leerlingen met onvoldoende algemene ontwikkeling konden tijdens hun opleiding een voorbereidende cursus volgen. Vanuit het oogpunt van persoonlijke vorming en het wennen aan de nieuwe situatie, achtte de Commissie een preklinische periode belangrijk. De duur van vooropleiding zou van zes weken tot een jaar moeten duren, aangepast aan de leerling wat betreft leeftijd en genoten schoolopleiding.[14] Daarbij dacht de commissie zelfs om dat in samenwerking te doen met huishoudscholen. Het rapport stelde zelfs het gewenste aantal lesuren in de B-opleiding vast op 335 uur, exclusief de vooropleiding. In de latere uitwerking kwam het totaal aantal uren uit op ongeveer 400.[15] Het lijkt erop dat de B-opleiding qua uren korter zou duren dan de A-opleiding, want voor de A-opleiding werd alleen al voor de preklinische periode van drie maanden (354 uur) en het eerste deel van de opleiding (72 uur) meer uren gerekend dan de hele B-opleiding na de vooropleiding. Maar zeker is dat niet, omdat de Commissie Westerhuis de preklinische periode juist een zeer brede marge gaf van zes weken tot een jaar.[16]

Het *Rapport diploma-B* was voor de ontwikkeling van de B-verpleegkunde in de jaren zestig van grote betekenis. In de begeleidende brief aan de Hoofdinspecteur van Staatstoezicht op Krankzinnigen en Krankzinnigengestichten schreef Westerhuis in 1958 dat de drie verenigde examencommissies al in september 1959 met deze vernieuwde opleiding zouden willen starten. In de praktijk is dat ook gebeurd door middel van het bekende *Praktijk- en rapportenboekje*, het zogenoemde ‘puntenboekje’, waarin verpleegkundigen tijdens hun opleiding door hun leidinggevenden competenties konden laten registreren ofwel punten konden laten aftekenen. De praktijk kreeg zodoende een uitbreiding van diverse sociotherapeutische vaardigheden door middel van een ‘inlegvel’ onder de naam ‘Wijzigingsvoorstel van het *Praktijk- en rapportenboekje* behorende bij het concept-rapport diploma B van de gezamenlijke examencommissies (1959)’. Met deze uitbreiding werden leerling-verpleegkundigen aangespoord om verschillende sociotherapeutische vaardigheden in de praktijk te leren: ‘Sociotherapie met patiënten in de vorm van groeps-besprekingen, zaalraden, het georganiseerd clubleven van de patiënten in diverse verenigingen’ en therapieën in de vorm van onder meer psychodrama, sociodrama, poppenspel, maskerspel. Bovendien moesten er verslagen geschreven worden van verschillende “handgrepen’ in de

[12] Nationaal Archief, Den Haag, Inspecteurs van het Staatstoezicht op Krankzinnigen en Krankzinnigengestichten, nummer toegang, 2.15.40, inventarisnummer 1220, Brief van Westerhuis aan Piebenga (6 april 1959). Ontwerp-Rapport Diploma-B (28 maart 1958). Rapport diploma-B (z.j. [1960]).
[13] FNI, Bibliotheek, PRO 0160, *Leerstof van de opleiding tot het Staatsdiploma Ziekenverpleging B* (z.p. z.j.) 6.
[14] Een samenvatting van het leerplan voor de hele B-opleiding is in bijlage 16 opgenomen.
[15] NA, Insp. Staatstoezicht Krankzinnigen, 2.15.40, inv. nr. 1220, Rapport diploma-B (z.j. [1960]).
[16] Voorlopige Verplegingsraad, ‘Rapport Uitwerking Basisdiploma Verpleegster’, 192-208. *Leerstof van de opleiding tot het Staatsdiploma Ziekenverpleging B*, [eerste 2 bladzijden, niet gepagineerd].

sfeer van de B-verpleging'.[17] Volgens Aan de Stegge kwam dit wijzigingsvoorstel uit de koker van een speciale Werkgroep Praktijk- en rapportenboekje, die werd gecoördineerd door Broeder Alexander (Johan Wesel) en inspiratie vond bij Zuster Servatius (Anna Bellemakers), die in Venray mede aan de basis stond van de ontwikkeling van de huidige sociowoningen.[18] Op hun initiatief en kennelijk met instemming van de Commissie Westerhuis werd het *Praktijk- en rapportenboekje* uitgebreid met het zogenaamde 'inlegvel'. Volgens Aan de Stegge was het *Praktijk- en rapportenboekje* daarmee enigszins aan de moderne tijd aangepast, maar 'niet fundamenteel gewijzigd'.[19] Dat is niet onjuist, maar ten opzichte van de bestaande opleiding markeerde het 'inlegvel' toch een principiële verschuiving in de opleiding tot B-verpleegkundige.

Wolfheze: kraamkamer van de sociotherapie

De hervorming van de B-opleiding, die in 1959 door de Commissie Westerhuis namens de drie landelijke examencommissies tot stand werd gebracht, kwam niet zomaar uit de lucht vallen. Integendeel. In de jaren vijftig werd in Nederland al geëxperimenteerd met diverse vormen van sociotherapie om geesteszieken te genezen dan wel op zijn minst hun kwaliteit van leven te verhogen. Een van de meest vooruitstrevende instellingen in dit opzicht was het protestants-christelijke Psychiatrische Inrichting 'Wolfheze' te Wolfheze, onder leiding van de geneesheer-directeur H. van der Drift. De sociotherapeutische vernieuwingen die Van der Drift hier doorvoerde hadden ook een grote invloed op de ontwikkeling van de psychiatrische verpleegkunde in Nederland, niet in het minst omdat hij zijn visie vanaf de jaren vijftig in bijvoorbeeld dictaten en lesboeken verspreidde en als lid van de Commissie Westerhuis mede de grondslag legde van de hernieuwde B-opleiding.

Van der Drift had een originele visie op psychiatrische verpleegkunde. Al in 1949 voerde hij, aldus Aan de Stegge, in Wolfheze als eerste een vorm van gemengd verplegen in.[20] In een lesboek uit 1956 bepleitte hij bovendien niet alleen gemengd, maar ook gekruist verplegen. Hij schreef dat 'vrouwelijke patiënten (…) gevoeliger zijn voor de leiding van mannelijke verplegende, dan voor leiding van de eigen sekse'.[21] Deze nieuwigheid was in de A-verpleging toentertijd nog ondenkbaar, en zou dat wat betreft mannelijke verplegers op vrouwenzalen nog tot ver in de jaren zeventig blijven. Ook in sommige andere B-instellingen was men nog lang niet zover. In het Noorder Sanatorium te Zuidlaren, bijvoorbeeld, mochten mannelijke verplegers pas rond 1970 op de vrouwenafdeling werken en pas vanaf 1976 ging men daar gemengd verplegen.[22]

In 1952 introduceerde Van der Drift in Wolfheze ook zaalraden, met als doel de patiënt zich medeverantwoordelijk te laten voelen voor zijn eigen omgeving. Patiënten kregen ook praktische taken binnen de instelling, waarbij het mes aan twee kanten sneed: om

---

[17] FNI, ED1013, *Praktijk- en Rapportenboekje* (25 mei 1961). FNI, ED1113, *Praktijk- en rapportenboekje* (1967-1969). Aan de Stegge, *Gekkenwerk*, 661. Met dank voor de e-mail van dr. Cecile aan de Stegge waarin zij bevestigt dat alle *Praktijk- en rapportenboekjes* zo'n inlegvel kregen vanaf 1959 (11 februari 2014).

[18] Aan de Stegge, *Gekkenwerk*, 663, 776 en 1026. Met dank voor de mail van Cecile aan de Stegge van 11 februari 2014, waarin zij de werkzaamheden bevestigde van de groep rond Alexander Wesel die het inlegvel ingevoerd kreeg.

[19] Aan de Stegge, *Gekkenwerk*, 707.

[20] Aan de Stegge, *Gekkenwerk*, 800.

[21] H. van der Drift, 'Verpleging en behandeling van geestes- en zenuwzieken', in: B.Chr. Hamer en F.J. Tolsma, e.a., *Algemeen leerboek voor het verplegen van geestes- en zenuwzieken* (9e, 10e en 11e druk; Leiden resp. 1956, 1960 en 1964) 431-579, aldaar 470.

[22] Jan Hein Furnée en Jan H.G. Jonkman, *Het Noorder Sanatorium te Zuidlaren. Geschiedenis en architectuur van een psychiatrisch monument* (Zuidlaren 1994) 169.

sociotherapeutische motieven en om het verpleegsterstekort enigszins op te vangen.[23] Van der Drift schreef voor intern gebruik al in 1953 een dictaat met de opmerkelijke titel *Kort begrip van de verpleegkunst op opvoedkundige basis*. In Wolfheze zou (een deel van de) verpleging volgens hem in dienst moeten staan van opvoedkunde. De mogelijke eigenaar van dit boekje (of de auteur) had er als ondertitel bij geschreven 'Voor actievere gedragstherapie'.[24]

De sociotherapeutische benadering waar Van der Drift in Wolfheze mee experimenteerde, veranderde en verrijkte enerzijds het werk van de B-verpleegkundigen, maar sloot anderzijds hen tegelijk ook van de vernieuwing uit. Van der Drift organiseerde in de jaren vijftig in Wolfheze allerlei vormen van therapie op het gebied van kunst, cultuur, spel en beweging met de nadruk op het bewerkstelligen van communicatie, zelfontdekking en creatieve expressie. Hij nam vanaf 1953 voor de diverse therapieën niet-verpleegkundige vakkrachten aan. Die kregen intern een tweejarige opleiding. Van der Drift zag met deze nieuwe beroepsgroepen voordelen, omdat zij de patiënt minder als ziek zagen zoals de psychiatrisch verpleegkundigen geneigd waren te doen. De nieuwe beroepsgroep behandelde de patiënt als normaler. Van der Drift wilde met deze ervaring dat verpleegkundigen niet in alle gevallen hun uniform zouden dragen.[25]

Een soortgelijke ontwikkeling deed zich voor bij de experimenten met sociowoningen. In 1961 begon Wolfheze met succes met sociotherapeutische woningen, oftewel een Socio-Therapeutisch Centrum (STC). Deze aanvankelijk 12 en uiteindelijk 24 dubbele eengezinswoningen met elk een woon- en eetkamer, keuken en drie slaapkamers hadden mede als doel om hospitalisatieverschijnselen te voorkomen en waren volgens historicus Joost Vijselaar primair bedoeld voor chronische patiënten die geen vooruitzichten leken te hebben om terug te keren naar huis. Een verblijf in het STC bleek voor sommigen toch een opstap tot ontslag. In elke woning woonden vijf (à zes) bewoners en een elkaar afwisselende sociotherapeutisch (dokters)assistente. Deze sociotherapeutisch (dokters)assistentes kwamen opnieuw niet uit het verpleegbestand, maar kwamen van buiten. Meisjes moesten protestants-christelijk zijn, achttien jaar en opgeleid zijn op MULO-niveau, terwijl de B-opleiding pas vanaf 1970 deze vooropleiding zou vereisen. Zij kregen bovendien een hoger salaris dan B-verplegenden. Van der Drift leidde deze assistentes zelf op. De cursusvakken voor de opleiding sociotherapeutisch doktersassistente waren: groepswerk, groepstherapie, actieve therapie, EHBO, psychiatrie, psychologie en geloofsleer, aldus een wervingsadvertentie. Een door Aan de Stegge geïnterviewde voormalig sociotherapeutisch doktersassistente vertelde dat er daardoor op de werkvloer al gauw een zekere tweespalt ontstond 'tussen de 'elite' en 'de verpleging''. De sociotherapeutisch doktersassistentes gingen gekleed in een grijze plissé rok en witte bloes, terwijl de verpleegsters blauwe keizerslinnen jurken bleven dragen met witte kraag en manchetten en een wit schort.[26]

Wolfheze was vooruitstrevend, maar, zoals diverse historici al hebben opgemerkt, verliet het medisch model niet. Van der Drift zag de opkomst van de psychofarmaca en zelfs de elektroshocktherapie als belangrijke middelen om tot bijvoorbeeld sociotherapie te komen. Patiënten konden eerder worden ontslagen. Wel waarschuwde Van der Drift dat artsen zich niet te zeer op de medicijnen moest gaan verlaten, waardoor 'de ware creatieve daad van de mens aan geesteszieke medemens in de verdrukking komt'.[27] Daar had hij gelijk in want

---

[23] Voor het verpleegsterstekort in de B-verpleegkunde, zie: Aan de Stegge, *Gekkenwerk*, 643-647.
[24] FNI, Bibliotheek, LEE 0701, *Kort begrip van de verpleegkunst op opvoedkundige basis* (Wolfheze 1953). Hoewel Van der Drift niet als auteur van dit dictaat staat genoemd, is het wel aannemelijk dat hij de auteur was.
[25] Sp.-D., 'Opening van het Socio-Therapeutisch Centrum in het psychiatrisch ziekenhuis 'Wolfheze' te Wolfheze', *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 14 (1961) 735-737. Vijselaar, 'De ander tot vrijheid wekken', 203 en 212-214. Aan de Stegge, *Gekkenwerk*, 776-778. Kerkhoven, *Beeld van de psychiatrie 1800-1970*, 248.
[26] Ibidem. De Willem Arntsz Stichting kreeg in de jaren zestig in de oude stad Utrecht socio-huisjes, waar verpleegsters werkten. Aan de Stegge, *Gekkenwerk*, 779-780.
[27] Vijselaar, 'De ander tot vrijheid wekken', 206-212.

bijvoorbeeld het psychofarmacon Largactil had nare bijwerkingen. Zoals Blok heeft beschreven vond psychiater C. van Rhijn (Brinkgreven) dat Largactil en andere nieuwe psychofarmaca de afdeling had veranderd in 'een wassenbeelden tentoonstelling'.[28]

Van der Drift droeg zijn boodschap ook buiten Wolfheze uit. In 1956, 1960 en 1964 schreef hij moderne lesstof voor het *Algemeen leerboek voor het verplegen van geestes- en zenuwzieken* onder redactie van de psychiaters B.Chr. Hamer en F.J. Tolsma.[29] In zijn hoofdstuk over actievere behandelingsmethoden wijdde hij zelfs twintig bladzijden aan de moderne psychotherapie. Van der Drift betoogde dat een modern psychiatrisch ziekenhuis een therapeutische gemeenschap was geworden,

> waar nevens de instrumentele en medicamenteuze therapieën, de medicamenten: *verantwoordelijkheid, waardigheid, arbeid, spel, cultuur, gesprek,* op een medisch verantwoorde wijze toegediend worden, waardoor de zieke een *goede*, of *betere aanpassing* verkrijgt aan de gemeenschap.[30]

Ook hier wordt dus duidelijk: Van der Drift had het medische model niet verlaten. Hij stond nog pal achter therapieën die antipsychiaters enkele jaren later verafschuwden, zoals verschillende shocktherapieën en medicamenteuze therapieën.[31] Desondanks was hij een belangrijk vernieuwer, die met de hervormingen in Wolfheze, via lesboeken en als lid van de Commissie Westerhuis een belangrijke stempel drukte op de – zeker in vergelijking met de A-verpleegkunde – relatief vroege oriëntatie op de 'totale mens'.

De eigen inbreng van verpleegkundigen (1965-1969)

Een van de zaken die sterk opvallen in de ontwikkeling van de B-verpleegkunde in Nederland, is dat de vernieuwing van de B-opleiding eind jaren vijftig aanvankelijk vrijwel volledig werd geïnitieerd, gedomineerd en uitgevoerd door psychiaters: dus door gespecialiseerde artsen en *niet* door verpleegkundigen. Pas vanaf het midden van de jaren zestig begon dat geleidelijk te veranderen, toen verpleegkundige afdelingshoofden en ook gewone B-verpleegkundigen middels bijvoorbeeld artikelen in het *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* en eigen lesboeken een zelfstandige theoretische stempel gingen drukken op hun eigen beroep en opleiding. Belangrijke organen voor kennisuitwisseling en discussie vormden hierbij de Studiegroep Leidinggevenden B-verplegende (1958[32]), de Stafcursus voor verplegenden in de B-sector voor leidinggevenden (1961[33]) en de Hogere School voor Verplegenden die in 1965 in Nijmegen werd opgericht.

In 1965 publiceerde M.C. Filius, verpleegkundig-afdelingshoofd in Dennenoord te Zuidlaren, een artikel in *Tijdschrift voor Ziekenverpleging*, waarin hij de achterstelling van B-verpleegkundigen op A-verpleegkundigen fel aan de kaak stelde.[34] Filius merkte op dat leerlingen in de B-opleiding, in tegenstelling tot de leerlingen in de A-opleiding, lessen in algemene ontwikkeling kregen, met de nadruk op de Nederlandse taal. Hierdoor werd, volgens Filius, 'op zeer nadrukkelijke wijze de gedachte in de hand gewerkt dat de B-

[28] Blok, *Baas in eigen brein*, 58.
[29] Van der Drift, 'Verpleging en behandeling van geestes- en zenuwzieken', 431-580.
[30] Van der Drift, 'Verpleging en behandeling van geestes- en zenuwzieken', (1956, 1960 en 1964) 439.
[31] Ibidem, 535-579. Joost Vijselaar, ''De ander tot vrijheid wekken'. De psychiatrische inrichting Wolfheze onder het directoraat van Hendrik van der Drift, 1950-1975', in Joost Vijselaar e.a., *Van streek. 100 jaar geestelijke gezondheidszorg in Zuid-West Gelderland* (Utrecht 2007) 192-223, aldaar 208-211.
[32] Aan de Stegge, *Gekkenwerk*, 647.
[33] Ibidem, 656.
[34] M.C. Filius, 'De discriminatie van de B-opleiding' *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 18 (1965) 824-826.

opleiding een tweederangs opleiding is, een voor de minder ontwikkelden'.[35] Wat Filius schreef was juist: in de wet van 1921/1924 was deze regeling getroffen, kennelijk op grond van ervaring voor de B-opleiding.[36] Vreemd blijft wel dat de A-opleiding deze regeling niet kende: een beetje meer nadruk op algemene ontwikkeling had de grote uitval in het A-veld kunnen verminderen en de (dreigende) devaluatie van de A-opleiding en de beroepsgroep kunnen tegengaan. Filius had ook andersom kunnen reageren. Juist doordat B-verplegenden les kregen in algemene ontwikkeling, zouden zij in theorie een hogere algemene ontwikkeling kunnen hebben dan veel A-verpleegkundigen: de wet stelde tot 1967 voor de A-opleiding nog niet eens een vooropleidingseis.

Volgens Filius werd in de opzet van de B-opleiding ook op andere manieren gesuggereerd dat aspirant B-verpleegkundigen een 'lagere' ontwikkeling hadden en de B-opleiding eigenlijk een lagere opleiding was dan de 'A'. Een B-gediplomeerde moest bijvoorbeeld twee jaar over de A-opleiding doen, terwijl een A-gediplomeerde de B-opleiding in anderhalf jaar kon volgen.[37] Een van de academische ziekenhuizen maakte in een advertentie een vergelijkbaar verschil: van leerlingen voor de A-opleiding eiste het minstens MULO en voor de B-opleiding was lagere school voldoende. Filius reageerde verontwaardigd en verdedigde de B-verpleging door uit te leggen dat er sinds de wet van 1921/1924 heel wat in de B-verpleging veranderd was. Filius nam echter geen slachtofferrol aan. Hij droeg diverse oplossingen aan om de B-opleiding meer status te geven. Hij stelde onder meer voor om een vooropleiding te eisen en in de B-opleiding de aandacht voor de algemene ziekenverpleging aan te scherpen. Daarnaast wierp hij de gedachte op om binnen de B-opleiding een splitsing aan te brengen om 'zo het niveau van de B-opleiding omhoog [te] halen, waardoor de discriminatie opgeheven wordt'.[38] Hij stelde hierbij voor om de opleiding tot ziekenverzorgende[39] in psychiatrische inrichtingen in te stellen om verplegenden die de B-opleiding niet konden of wilden volgen 'toch in de sfeer van de verpleging werkzaam' te laten zijn.[40] Met deze voorstellen legde Filius wel bloot dat de B-verpleging enige niveauverhoging kon gebruiken.

Aan de Stegge heeft reeds uiteengezet dat de Broeder Andreas (W.A. van den Hurk), hoofd van de B-opleiding in Voorburg te Vught in 1966, een daadkrachtige stap zette door naar buiten te treden met de brochure *Bewaken wordt begeleiden. Moderne psychiatrische*

---

[35] Ibidem, 824.

[36] L. Leijdesdorff, *Wetten betreffende Uitoefening der Geneeskunst m*et daarin o.a. de wet tot *Wettelijke bescherming van het diploma voor ziekenverpleging met bijlagen*. Editie Schuurman en Jordens nr. 25 (13e druk; Zwolle 1924) 65-71, 137, 140-145. L. Leijdesdorff, *Wetten betreffende Uitoefening der Geneeskunst m*et daarin o.a. de wet tot *Wettelijke bescherming van het diploma voor ziekenverpleging met bijlagen*. Editie Schuurman en Jordens nr. 25 (14e druk; Zwolle 1928) 335-343. L. Leijdesdorff, *Wetten betreffende Uitoefening der geneeskunst* … met daarin o.a. de wet tot *Wettelijke bescherming van het diploma voor ziekenverpleging met bijlagen*. Editie Schuurman en Jordens nr. 25 (15e druk; Zwolle 1933) 185-195. Vergragt, *Wetten betreffende Uitoefening der geneeskunst* (1960) 293-294.

[37] Ook later, in de jaren tachtig ervoeren B-verpleegkundigen zich achtergesteld t.o.v. A-verpleegkundigen. B-verpleegkundigen zouden volgens A-verpleegkundigen, aldus B-verpleegkundige/leerling A-verpleegkundige, John Nieboer, niet kunnen werken, alleen maar praten, twee linker handen hebben, eigenwijs zijn. De verschillen waren groot. Nieboer pleitte juist, i.t.t. Filius, om gediplomeerde B-verpleegkundigen de hele A-opleiding te laten volgen in plaats van verkort. Hij vond de overgang van een psychiatrisch centrum naar een algemeen ziekenhuis groot. Nieboer werd na een min of meer horizontale communicatiestructuur in de B-verpleging, geconfronteerd met een min of meer verticale communicatiestructuur in de A-verpleging: John Nieboer, 'In gesprek over … een B-verpleegkundige in de A-opleiding', *Tijdschrift voor de Ziekenverpleging* 35 (1982) 297.

[38] Filius, 'De discriminatie van de B-opleiding', 824, 825.

[39] De Wet op de ziekenverzorgers en ziekenverzorgsters (1963) trad in hetzelfde jaar als het artikel van Filius, 1965, in werking.

[40] Filius, 'De discriminatie van de B-opleiding', 825.

verpleging.[41] Om zijn pleidooi voor vernieuwing van de B-verpleegkunde kracht bij te zetten citeerde hij wat de Studiegroep Leidinggevenden B-verplegenden (SLBV) in 1960 naar aanleiding van het *Rapport B-Diploma* had uiteengezet:

> Artsen zowel als verplegenden hebben het niet duidelijk gezien dat er, zo goed als er een psychiatrische geneeskunde bestaat, ook een psychiatrische verpleegkunde behoort te bestaan. Het gevolg is dat de beoefenaren van deze verpleegkunde zelf weinig inzicht hebben in het hoe en waarom van hun dagelijkse verpleegkundige activiteiten. Zo zijn het de jonge collega's met hun gevraag waarom dit en waarom dat, en zo zijn het ook de artsen zelf met hun eis dat de verplegende de therapeutische-sfeer-dient-te-scheppen-op-de-afdeling, die de volgende generatie van beroepsgenoten voor een reeks problemen stellen, waar men momenteel geen raad mee weet en waarvoor bewust, snel en met vereende krachten een bevredigende oplossing gezocht dient te worden.[42]

Van den Hurk zag in zijn eigen zoektocht naar de moderne B-verpleegkunde drie te onderscheiden, maar niet te scheiden aspecten van de psychiatrische verpleegkunde: directieve, situatieve en communicatieve aspect. Het directieve aspect refereerde min of meer naar het somatische deel van de psychiatrische verpleging, zoals opnemen pols en temperatuur, wondbehandeling en het geven van medicijnen. Het situatieve aspect duidde op de therapeutische kant waarbij hij de volgende woorden vet liet afdrukken:

> het welzijn van de zieke mens dient bevorderd te worden door de zelfstandige begeleiding van de B-verplegende. De kennis van dit begeleiden is die zelfstandige wetenschap, die aangeduid wordt met de naam verpleegkunde.[43]

Met het communicatieve aspect doelde Van den Hurk ten slotte op ‘de samenwerking met de arts, of de onderlinge verstandhouding tussen arts en verplegende’. Van den Hurk betoogde dus, en dat is belangrijk, dat de B-verpleegkundige een *zelfstandige* rol in de psychiatrische inrichting diende te vervullen en zich niet langer als een soort assistent van de psychiater maar als een teamlid zou moeten opstellen. Van den Hurk schreef het niet expliciet, maar impliciet is uit zijn betoog op te maken dat de verplegende ook een behandelaar is.[44]

Zoals duidelijk uit de titel bleek pleitte Van den Hurk in zijn brochure vurig voor de sociotherapeutische koerswijziging in de psychiatrische verpleging, waarbij de B-verpleegkundige zich minder als bewaker van geesteszieke patiënten en meer als begeleider zou profileren. Hoewel hij als hoofd van de B-opleiding in Voorburg redelijk tevreden was met de koerswijziging die de Commissie Westerhuis in het *Rapport Diploma B* inmiddels in de B-opleiding tot stand had gebracht, meende hij dat een verdere aanpassing van de B-opleiding wenselijk zou zijn. Die aanpassing zou er weldra komen (zie een volgende paragraaf), maar Van den Hurk toonde zich nog ambitieuzer: ‘Misschien is het een stoute droom om in de toekomst te denken aan opleidingsmogelijkheden voor verplegenden op academisch niveau.’[45]

Behalve met enkele artikelen in het *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* en de vlammende brochure van Van den Hurk, droegen B-verpleegkundigen sinds het midden van

---

[41] W.A. van den Hurk (Broeder Andreas), *Bewaken wordt begeleiden. Moderne psychiatrische verpleging* AO-reeks boekje 1111 (z.p., z.j. [Amsterdam 1966]). Zie Aan de Stegge, *Gekkenwerk*, 1029.
[42] Van den Hurk, *Bewaken wordt begeleiden*, 6.
[43] Ibidem, 7.
[44] Ibidem, 6-11.
[45] Ibidem, 14.

de jaren zestig ook op een andere, belangrijke wijze bij aan het debat. In 1968 publiceerde de B-verpleegkundige F. Kramer, verbonden aan de psychiatrische inrichting Academiegasthuis en Groot Lankum te Franeker, het allereerste Nederlandse lesboek voor de B-opleiding dat niet door psychiaters maar door een B-verpleegkundige zelf was geschreven.[46] Alleen dit feit al was een belangrijke stap in de emancipatie van B-verpleegkundigen ten opzichte van de medische psychiatrie. Voor de A-opleiding waren al sinds de vroege twintigste eeuw lesboeken beschikbaar die door A-verpleegkundigen waren geschreven (L. De Bussy-Kruysse, *Ziekenverpleging. Practische en ethische wensen* uit 1910 en F. Meyboom, *Lessen aan leerling-verpleegsters* uit 1912) en sinds 1958 droegen ook de eerste Z-verpleegkundigen bij aan lesboeken voor de Z-opleiding. Hoewel sommige verpleegkundige docenten in de B-opleiding eerder al eigen lesmateriaal gebruikten,[47] was Kramers *Psychiatrische verpleegkunde* (Lochem 1968) het eerste lesboek voor de B-opleiding van de hand van een verpleegkundige.

In zijn lesboek *Psychiatrische verpleegkunde* kwam Kramer tegemoet aan de toenemende behoefte in het veld om de taakomschrijving van de B-verpleegkunde te herijken aan de moderne tijd. Hij opende zijn lesboek met de vraag "Wat is verpleging?' (of zoals we tegenwoordig ook vaak zeggen: verpleegkunde)'.[48] Hij liep daarbij eerst verschillende definities van collega's na. 'Verpleegkunde', zo citeerde hij naar eigen zeggen de Eerwaarde Broeders van het Psychiatrisch Centrum Sint Willibrord te Heiloo,

> is de wetenschap, die de algemene kennis geeft en het inzicht, noodzakelijk voor een verantwoorde verzorging van de zieke mens, om diens lijden te verzachten en – samenwerking met de geneeskundige – te trachten hem zijn gezondheid terug te schenken.[49]

Veelzeggend genoeg citeerde hij de collega's uit Heiloo niet helemaal letterlijk. Want uit nadere vergelijking blijkt dat hij hun definitie had uitgebreid met de tussenzin 'in samenwerking met de geneeskundige'.[50] Dat was natuurlijk een veelzeggende toevoeging: Kramer zag de moderne B-verpleegkundige graag als teamlid *naast* de arts en niet *onder* de arts.

In de eigen definitie die hij ontwikkelde bracht hij duidelijk naar voren dat psychiatrische verpleegkunde zich in zijn ogen vooral moest richten op het humane en medemenselijke in het begeleiden van de patiënt:

> Psychiatrische verpleging (evenals uiteraard iedere andere vorm van verpleging) is er op gericht de zieke een zo humaan mogelijke verzorging te geven en zoveel mogelijk de schadelijke gevolgen van ziekte of de bedreiging door ziekte te voorkomen.[51]

---

[46] F. Kramer, *Psychiatrische verpleegkunde* (Lochem 1968). Aan de Stegge, Gekkenwerk, 1031. F. Kramer werd Stafdocent psychiatrische verpleegkunde en hoofd van activerende therapieën aan de psychiatrische inrichting Academiegasthuis en Groot Lankum te Franeker. Hij was betrokken bij de SLBV.

[47] Voorbeelden van eigen materiaal, waaronder ook een dictaat van Kramer, zijn gevonden in de bibliotheek van het Florence Nightingale Instituut te Culemborg. FNI, LEE 0453, Br. Rodriguez, samensteller, nagezien door H.H. Beek, arts, *Practijk van de B-verpleging* (St. Willibrordusstichting, Heiloo z.j.). FNI, LEE 0454, Br. Bassianus Rooyackers, *Algemene Verpleegkunde. Eerste gedeelte* (Psychiatrisch Ziekenhuis 'Voorburg', Vught 1964). FNI, LEE 0455, F Kramer, samensteller, *Opleiding Ziekenverpleging Diploma B. Vak: Psychiatrische Verpleegkunde* (Psychiatrische Inrichting, Franeker 1965, 1967).

[48] Kramer, *Psychiatrische verpleegkunde* (1970) 12.

[49] Ibidem.

[50] Ibidem.

[51] Ibidem, 13.

Hij citeerde in dit verband met instemming de eerder genoemde psychiater P.J. Piebenga, oud-hoofdinspecteur van de Geestelijke Volksgezondheid:

> Elke vooruitgang op het gebied van de therapie (…) in de meest uitgebreide zin van het woord – actievere therapie, sociotherapie, psychotherapie en medicamenteuze therapie – is vrijwel waardeloos *wanneer de aanvulling van de juiste houding van de medemens ontbreekt.*[52]

Kramer probeerde in zijn lesboek vorm te geven aan psychiatrische verpleegkunde als zelfstandige discipline, met een geheel eigen, moderne taakomschrijving. Maar geheel geëmancipeerd van de geneeskunde was zijn verpleegkundige methode nog niet. Dat Kramer in dit opzicht in een overgangsfase verkeerde blijkt bijvoorbeeld in het feit dat hij nog de verpleging behandelde bij de koortskuur (bij dementia paralytica als complicatie van lues/syfilis) en dat terwijl de koortskuur zoals hij zelf schreef 'vrijwel verdrongen [was] door de antibiotica'.[53]

Kramer had zijn lesboek geopend met de vraag: ''Wat is verpleging?' (of zoals we tegenwoordig ook vaak zeggen: verpleegkunde)'. Volgens sommige collega's was het echter zeer de vraag of 'verpleging' en 'verpleegkunde' wel hetzelfde waren. Lambertus Giesberts, B-verpleegkundige student aan de Hogere School voor Verplegenden te Nijmegen, pleitte er in 1969 voor om juist een onderscheid tussen beide te maken, omdat hij meende dat verpleging ook zonder theoretische kennis bestaansrecht had. Hij vond dat de theorie (verpleegkunde) middelen gaf om constructief te handelen, omtrent hulpverlening, handelingen uitvoeren en leiding geven. Giesberts formuleerde het als volgt:

> Psychiatrische verpleging is die sociale relatie, die door middel van systematische en intentionele hulp en leiding de psychisch gestoorde mens bekwaam wil maken zelfstandig zijn levenstaak te kunnen vervullen.
> Psychiatrische verpleegkunde is de leer van de systematische en intentionele hulp en leiding, door verpleegkundigen gegeven, om mee te werken aan het streven van de psychisch gestoorde mens naar een betere vervulling van diens levenstaak.[54]

De mannelijke verpleger in de B-verpleging

In vergelijking met A-verplegenden lieten B-verplegenden relatief laat van zich horen. In een van de vorige paragrafen is bijvoorbeeld gebleken dat A-verpleegsters al in de jaren tien van de twintigste eeuw hun eigen lesboeken schreven, terwijl dat voor de B-verpleging tot 1968 door artsen-psychiaters werd gedaan. In de negentiende eeuw namen verpleegsters ook zelf het voortouw om een eigen opleiding tot A-verpleegster op te richten: bij de B-opleiding lag dat initiatief bij artsen-psychiaters.[55] Pas nadat eenmaal onder meer de Studiegroep Leidinggevenden B-verplegenden en de Hogere School voor Verplegenden in het leven waren geroepen, traden B-verplegenden in de jaren zestig meer zichtbaar naar buiten. Opvallend

[52] Ibidem.
[53] Ibidem, 200-201.
[54] Lambertus Giesberts, 'Psychiatrische verpleging en verpleegkunde. Verschillende termen voor hetzelfde begrip, of onderscheid?', *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 22 (1969) 3-7, aldaar 6-7.
[55] Aan de Stegge, *Gekkenwerk*, 1045-1046.

genoeg speelden vooral mannelijke verplegers daarbij een prominente rol, zoals de zojuist genoemde Van den Hurk, Giesberts, Filius en Kramer.

Mannen hadden in de B-verpleging van oudsher een lage status. Zij werden, zo betoogde Boschma in haar studie over de psychiatrische zorg in Nederland tussen 1890 en 1920, consequent gemarginaliseerd. Aan de Stegge spreekt deze bewering tegen. Volgens haar kwam het ook voor dat mannen in de B-verpleging positief gediscrimineerd werden, doordat hen de mogelijkheid werd geboden te trouwen en een gezin te onderhouden. Vrouwen daarentegen moesten nog tot in de jaren vijftig van de twintigste eeuw stoppen met werken als zij trouwden. Mannen kregen bepaalde voorrechten: zij konden bijvoorbeeld goedkoop levensmiddelen krijgen en zich op of dicht bij het gesticht met hun gezin huisvesten. Aan de Stegge vindt wel, net als Boschma, dat mannelijke B-verpleegkundigen weinig carrièrekansen hadden. Zij konden geen hoofd worden en niet op vrouwenafdelingen werken.[56]

Hoe was het met de B-verpleger gesteld in de onderzoeksperiode van deze studie? In vergelijking met de A-verpleging werkten er in de jaren vijftig naar verhouding zeer veel mannen in de B-verpleging, maar mannen waren nog altijd sterk ondervertegenwoordigd in leidinggevende functies. In een artikel uit 1955 over de positie van verplegers werd in 1953 vastgesteld dat er in drie provinciale ziekenhuizen in Noord-Holland (Santpoort, Bakkum en Medemblik) in totaal slechts één hoofdverpleger tegenover 16 hoofdverpleegsters waren aangesteld, terwijl er 31 eerste verplegers en 70 eerste verpleegsters werkten en er 99 gediplomeerde verplegers en 89 gediplomeerde verpleegsters waren. De zes instellingen van de Vereniging tot Christelijke verzorging van Geestes- en Zenuwzieken telden in 1953 tezamen 14 mannelijke hoofden tegenover 59 vrouwelijke, en één mannelijke eerste verplegende tegenover tien vrouwelijke, terwijl de verhouding man/vrouw gediplomeerden op de werkvloer met 143/156 ongeveer gelijk was. Een zelfde scheve verhouding trof men ook in de inrichtingen van de Willem Arntzstichting te Utrecht en Den Dolder: drie (waarnemend) hoofdverplegers en 12 (waarnemend) hoofdverpleegsters, 17 (waarnemend) eerste verplegers en 18 (waarnemend) eerste verpleegsters, terwijl er 47 gediplomeerde verplegers werkten en 65 verpleegsters.[57]

Aan de Stegge betoogde dat in elk geval tot 1965 mannelijke gediplomeerden vooral uitvoerend werkten, 'ofwel op afdelingen voor (rustige en onrustige) mannen, of wel in de arbeidstherapie'.[58] Dat zij ondervertegenwoordigd waren in leidinggevende functies is een merkwaardig verschijnsel, omdat de B-verpleging minder dan de A-verpleging een uitgesproken vrouwelijk beroep was en men op grond daarvan meer mannen in het kader zou verwachten. Aan het eind van de jaren zestig kon dat niet langer liggen aan het feit dat mannelijke leerling-verplegers een lagere vooropleiding hadden. Uit het *Interim-rapport herziening B-opleiding* (1969) blijkt dat vrouwen in 44 onderzochte instellingen in 1967 procentueel een lagere vooropleiding hadden (69,3) dan mannen (55,8 procent). Dat mannelijke verplegers desondanks ook toen nog minder in leidinggevende functies werkten, kwam waarschijnlijk deels omdat veel vrouwen breder verpleegkundig waren geschoold. In totaal waren er in 1967 in de B-opleiding 1643 mannelijke leerlingen, van wie slechts 43 met een A-diploma, tegenover 2525 vrouwelijke leerlingen, van wie maar liefst 285 met A-diploma.[59] Mannen met een A-opleiding waren schaars, zo is ook gebleken in hoofdstuk 1, terwijl veel vrouwen dus B- én A-gediplomeerd waren.

---

[56] Boschma, *The Rise of Mental Health Nursing*, 175-196. Aan de Stegge, *Gekkenwerk*, onder meer in de 'Nabeschouwing', blz. 304-306.

[57] J. Meisner, 'Hoe is de positie der verplegers', *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 9 (1955) 500-505, aldaar 501-502.

[58] Aan de Stegge, *Gekkenwerk*, 866-867.

[59] 'Interim-rapport herziening B-opleiding, van de Commissie Herziening B-opleiding', *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 22 (1969) 255-270, aldaar 270.

Dat de man in de B-verpleging sterker vertegenwoordigd was, had te maken met een traditie uit de negentiende eeuw, toen men fysiek sterke mannen hard nodig achtte in de B-verpleging.[60] Kennelijk vonden mannen de B-verpleging zelf niet iets voor 'mietjes', zoals dat wel vaak werd gezegd bij de A-verpleging (zie hoofdstuk 1). Maar in de jaren zestig waren ze nog niet doorgedrongen tot het leidinggevende kader. Misschien kan juist dat de reden zijn dat verschillende mannelijke B-verplegers zich middels brochures, artikelen in *Tijdschrift voor Ziekenverpleging*, discussies in de Hogere School voor Verplegenden, een lesboek, en later ook in de Aktiegroep Willem een prominente positie verwierven in het publieke debat over de identiteit en de opleiding van de B-verpleegkunde?

De inbreng van psychiaters (1966-1972)

Terwijl B-verpleegkundigen midden van de jaren zestig in toenemende mate een zelfstandig, theoretisch stempel gingen drukken op de nieuwe taakomschrijving van hun eigen beroep, bleven ook diverse psychiaters zeer actief om de B-verpleegkunde aan te passen aan nieuwe opvattingen en praktijken in het veld. Het beeld dat artsen en verpleegkundigen altijd met elkaar overhoop lagen, geldt voor het B-veld zeker niet. Het ziet er naar uit dat artsen in de psychiatrie over het algemeen meer begaan waren met de verpleegkunde dan de artsen in de algemene ziekenhuizen. Met name psychiaters die – enigszins of zelfs radicaler – afstand wilden nemen van het medische model steunden vooruitstrevende verpleegkundigen in de gezamenlijke wens om de B-verpleegkunde vooral in sociotherapeutische richting te ontwikkelen. Helemaal op dezelfde lijn kwamen zij echter lang niet altijd.

Psychiater J. van Baar, geneesheer-directeur van Padua te Boekel schaarde zich in een in 1966 in het *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* gepubliceerde rede vierkant achter het bovengenoemde artikel van verpleegkundige Filius en erkende dat mensen in het A-veld de verplegenden in de psychiatrie achterstelden. Volgens Van Baar was er 'een duidelijke discriminatie ten nadele van de B. De B-verpleging voelde zich niet alleen minderwaardig, maar zij werd ook door de A als zodanig beschouwd.'[61] Van Baar roemde daarom de belangrijke stap die de Commissie Westerhuis had gezet door binnen wettelijk kaders nieuwe lesstof te formuleren. De opleidingen, die tot dan toe geheel door medici waren bepaald, veranderden zo langzamerhand van karakter, waarbij psychiaters en verpleegkundigen op een meer gelijkwaardige manier leerden samen werken. Volgens Van Baar pasten deze ontwikkelingen

> geheel in het tijdseigen gebeuren, waarin geen plaats meer is voor feodale verhoudingen, waarin de onderdrukte naar zelfstandigheid groeit, waarin een vrije meningsuiting gerekend wordt tot de rechten van de mens en waarin woorden als ontmoeting, dialoog, open gesprek enz. een modieuze betekenis hebben gekregen.[62]

Van Baar droeg in zijn rede de B-verpleging een warm hart toe. Hij leek daadwerkelijk mee te zoeken naar een volwaardige plaats van de B-verplegende. Hij stelde zijn toehoorders zelfs voor om zich

[60] B.L. de Jong, 'Mannen in de verpleegkundige diensten van het ziekenhuis', *IPZ. Orgaan van het Interkerkelijk Protestants Ziekenhuisbureau* 17 (1969) 200-204, aldaar 201.
[61] J. van Baar, 'Psychiatrische verpleegkunde in ontwikkeling' *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 19 (1966) 566-571, aldaar 566.
[62] Ibidem.

> vrij te maken van de emotionele repercussies die voortvloeien uit een krampachtige status-strijd tussen geneeskunde en verpleegkunde, waarbij elk onderdeel bezig is grote beveiligingsmuren op te trekken rondom het eigen gebouw.[63]

In zijn betoog schetste Van Baar een modern verpleegsysteem met vijf kenmerken die volgens hem van wezenlijk belang waren: een begrijpende benaderingswijze door de verplegende; een centraal geplaatste patiënt; een bijzondere relatie tussen verplegende en patiënt; een dynamische werkwijze tussen verplegende en patiënt; een dynamische werkwijze in de verpleging en een samenwerking in teamverband.[64]

De vijf kenmerken die volgens Van Baar centraal zouden moeten staan in het verpleegsysteem doen in veel opzichten vooruitstrevend aan. Opvallend genoeg sloeg Van Baar echter gedurende zijn betoog opeens een heel andere toon aan. Naar aanleiding van wensen van verpleegkundigen om de verpleegkunde op academisch niveau te tillen, stelde Van Baar de volgende vragen:

> Is de verpleging een eigen zelfstandigheid, een eigen discipline met een eigen verantwoordelijkheid of is het een afgeleide functie van de medische? of de vraag die hiermede verband houdt: Als er een geneeskunde bestaat dient er dan ook een verpleegkunde met een wetenschappelijke fundering te komen? En als er een somatische verpleegkunde bestaat zal er ook een psychiatrische verpleegkunde moeten zijn?[65]

Van Baar was er snel bij om alsnog een 'beveiligingsmuur' om de geneeskunde te bouwen. Het was volgens hem 'iets ongerijmds' dat Van den Hurk zich de vraag had gesteld of er naast een wetenschappelijke psychiatrische geneeskunde ooit een wetenschappelijke psychiatrische verpleegkunde zou kunnen bestaan.[66] Volgens Van Baar was wetenschappelijke basis voor verpleegkunde volledig in de geneeskunde te vinden: 'Is niet de bakermat van alles wat met ziekte te maken heeft de geneeskunde?'[67] Het ziet er naar uit dat Van Baar wel respect had voor B-verpleegkundigen en hun werk, maar dat zij wel hun plaats moesten weten, namelijk dat zij onderdeel waren van de geneeskunde.

In tegenstelling tot Van Baar waren er ook psychiaters die de opvatting steunden dat de B-verpleegkunde als een eigen vakgebied moest worden beschouwd. Zo schreef de zenuwarts C.J.B.J. (Kees) Trimbos in 1967, dat de tijd voorbij was dat de verpleging werd gezien als hulpvak, 'een ondergeschikte vorm van werk in het geneeskundige bedrijf'. Hij vond dat de verpleegkunde geëmancipeerd was 'tot een eigen zelfstandig beroep, al [scheen] dat helaas nog niet bij *alle* artsen en alle ziekenhuisbesturen doorgedrongen te zijn'. Trimbos zag de moderne verpleging als het zich bezig houden 'met de lichamelijke, psychisch[e] en sociale gevolgen van het ziekteproces zelf. *Verplegen* kan men zo omschrijven als de verzachting en bestrijding van de *rechtstreekse* gevolgen van het ziek zijn.'[68] Trimbos omschreef met welgekozen woorden het volgende over de verpleegkund(ig)e:

---

[63] Ibidem, 567.
[64] Ibidem, 567-569.
[65] Ibidem, 570-571.
[66] Zie Van Hurk, *Bewaken wordt* begeleiden, 14.
[67] Van Baar, 'Psychiatrische verpleegkunde in ontwikkeling', 571.
[68] C.J.B.J. Trimbos, 'Verpleging en toekomst', *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 20 (1967) 322-327, aldaar 322. Trimbos was ten tijde van dit artikel (1981) hoogleraar Instituut Preventieve en Sociale Psychiatrie aan de Erasmus Universiteit te Rotterdam.

> Wanneer kamferspiritus, luchtbedden, Föhn, poeder en wat al meer bij goede verzorging de decubitus bestrijden (toetssteen voor een goede verpleging) is er slechts één middel tegen het minstens even grote en hardnekkig kwaad der *geestelijke decubitus* en dat is de Föhn der warme menselijke ontmoeting.[69]

Trimbos verklaarde dat de verpleegkundige over een 'geheel eigen instrument' beschikte om het lijden van patiënten te verlichten: 'een middel waarmede zij of hij verplegen kan: de *eigen persoon*'. De opleiding tot B-verpleegkundige zou daar op moeten inspelen. Er was niet langer behoefte aan een gestandaardiseerde opleiding, maar aan een opleiding een die oog had voor de individuele persoonlijkheid om te komen tot een evenwichtige en harmonische verpleegster.[70]

Van alle psychiaters die zich in de jaren zestig intensief bezighielden met de vraag hoe de psychiatrische verpleegkunde zich in Nederland zou moeten ontwikkelen was D. Jacobs, geneesheer-directeur van Zon en Schild te Amersfoort, zonder twijfel het meest actief en invloedrijk. Niet alleen vanwege de vele commissies waarin hij zitting nam om de B-opleiding te herzien, maar ook vanwege de talrijke publicaties waarin hij de fundamentele vraag naar de taak van de B-verpleegkunde van vernieuwende antwoorden voorzag. In 1967, een jaar na het verschijnen van Van den Hurks brochure *Bewaken wordt begeleiden*, gaf hij zijn visie op de toekomst van de inservice-opleiding en de psychiatrische verpleegkunde in het algemeen. 'Wat is verpleegkundige zorg?', zo vroeg hij zich in het *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* af. Zijn antwoord leek op het eerste gezicht nogal basaal:

> technische vaardigheden (injecties, wassen, bedden opmaken, kuren, medicamenten, enzovoort);
> begeleidingszorg (wandelen, 'therapie', vrije tijd, begeleiden, kamperen, slaapkuren, enzovoort);
> menselijke zorg, waarbij contact het meest belangrijke therapeutische hulpmiddel is. Contact via woord, gebaar, daad, en via luisteren.[71]

In de toelichting bleek dat Jacobs wel degelijk een vooruitstrevend ideaal koesterde hoe de B-verpleegkundige zich in de toekomst zou moeten ontwikkelen. De psychiatrische instellingen konden volgens hem slechts in geringe mate voldoen aan de eisen voor intermenselijk contact, omdat verpleegkundigen het vereiste niveau van volwassenheid en inzicht niet bereikt hadden. Hier was volgens hem een taak voor de opleiding weggelegd. In de praktijk zouden leerlingen zoveel mogelijk moeten worden ingeschakeld op afdelingen voor arbeidstherapie, creatieve en culturele therapie. Verplegenden zouden de patiënt in de eerste plaats moeten zien als mens, en pas in de tweede plaats als patiënt. Jacobs vroeg zich af of 'potentiële therapeutische contactmogelijkheden van de verplegenden wel voldoende [werden] ingezet'. Hij voorzag drempels door de patriarchaal-hiërarchische attitude van de afdelingsleiding. Verplegenden moesten volgens hem nog teveel ander werk verrichten 'dan met-de-patiënten-bezig-zijn'.[72] Het ziet er naar uit dat Jacobs als psychiater de verpleegkundige wel wilde laten emanciperen, maar dat veel collega's en leidinggevenden nog niet zover waren.

Een jaar later, in 1968, stelde Jacobs in een vervolgartikel in het *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* dat de B-verpleegkunde zou worden uitgehold als de verpleegkundige niet de hele mens in beeld zou nemen. Hij poneerde zelfs de volgende stelling:

---

[69] Ibidem, 323-324. Het afwisselen van 'föhnen en ijzen' en poederen was nog een gangbare (preventieve) handeling tegen decubitus.
[70] Ibidem, 323 en 324.
[71] D. Jacobs, 'Verpleegkundige zorg', *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 20 (1967) 622-624, aldaar 622.
[72] Jacobs, 'Verpleegkundige zorg', 623-624.

> Naarmate de technische, verwetenschappelijkte ontwikkeling van de verpleegkunde toeneemt, worden de anthropologische aspecten van het verpleegkundig bezig-zijn dubbel zo belangrijk. Erkent men dit niet, dan heeft men een te beperkte voorstelling van wat verplegen is of men holt het beroep van verpleegkundige uit.[73]

In hetzelfde jaar werkte Jacobs zijn ideeën nader uit in zijn boekje *De verpleging in het psychiatrisch centrum*, waarin hij uitgebreid inging op het wezen van de psychiatrische verpleegkunde of zoals hij het noemde 'grondbeginselen, basisprincipes'. Hij zei voorstander te zijn van een verplegende die de patiënt bij alle therapeutische situaties zou moeten kunnen begeleiden. De verplegende zou ''weet' moeten hebben van deze therapeutische activiteiten om de patiënt te helpen er zoveel mogelijk profijt van te hebben voor zijn behandeling'.[74] Jacobs zag de psychiatrische patiënt als een zieke en om die reden vroeg hij zich af of het wel zinvol was om de somatische en psychiatrische verpleegkunde te scheiden. Hij was voorstander van een verpleegkundige in de psychiatrie, omdat hij vond dat ziek en verplegen onafscheidelijk zijn. Hij zag psychiatrie als onderdeel van de medische wetenschap. Jacobs vond daarom dat 'psychiatrisch verpleegkundige' beslist niet vervangen moest worden voor 'therapeut' of 'groepsleider'.[75]

Bij wijze van opmaat naar een eigen taakomschrijving presenteerde Jacobs, net als veel van zijn tijdgenoten, in zijn theoretische beschouwing eerst 'enige omschrijvingen van wat 'verplegen' is' die destijds binnen de verpleegkunde circuleerden. 'Verplegen is het zelfstandig begeleiden, door daartoe opgeleide krachten, van de patiënt op weg naar zijn herstel', zo citeerde hij de recente definitie van Geneeskundig Hoofdinspecteur voor de Geestelijke Volksgezondheid, de arts J.B.M. Veraart (1964).[76] Vervolgens citeerde hij in vertaling D. Mereness en L.J. Karnosh, die in 1962 in hun *Essentials of Psychiatric Nursing* de volgende definitie hadden voorgesteld:

> Verplegen bestaat uit elke therapeutische activiteit – binnen de beroepsbegrenzing van de verplegende – onder leiding van een arts, die erop gericht is om de patiënt weer de rol te kunnen laten vervullen van zelfstandig functionerende persoonlijkheid of hem helpen gedurende de rest van zijn leven zo goed en zo comfortabel mogelijk te leven.[77]

Na het citeren van de toen reeds beroemde – in de inleiding en hoofdstuk 1 van deze studie reeds geciteerde – definitie van de Amerikaanse verpleegkundige Virginia Henderson, verwees Jacobs ook naar de nieuwe definitie die de Nederlandse verpleegkundige F. Kramer had opgesteld in het dictaat dat ten grondslag zou liggen aan zijn in 1968 verschenen lesboek *Psychiatrische verpleegkunde*.[78] Ten slotte haalde Jacobs nog de volgende woorden aan uit de

---

[73] D. Jacobs, 'De toekomst van d e verpleegkunde: professionalisering, profanatie, profetie', *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 21 (1968) 778-782, aldaar 779.
[74] Jacobs, *De verpleging in het psychiatrisch centrum* (Lochem 1968) 6.
[75] Ibidem.
[76] Ibidem.
[77] Ibidem, 7.
[78] Jacobs, *De verpleging in het psychiatrisch centrum*, 7. FNI, LEE 0455, F. Kramer, samensteller, *Opleiding Ziekenverpleging Diploma B. Vak: Psychiatrische Verpleegkunde* (Psychiatrische Inrichting, Franeker 1965, 1967) 7. Het ging hierbij om de eerder genoemde definitie van de Eerwaarde Broeders van het Psychiatrisch Centrum Sint Willibrord te Heiloo, zonder de tussenzin die Kramer in de definitie van zijn lesboek zou toevoegen: 'in samenwerking met de geneeskundige'. F. Kramer, *Psychiatrische verpleegkunde* (2e druk; Lochem 1970) 12.

Code van de ethiek voor verpleegkundigen (zie bijlage 17), aangenomen door de International Council of Nurses in 1965, waarbij verplegen werd gedefinieerd als 'het leven beschermen, het lijden verzachten, de gezondheid bevorderen'.[79]

Jacobs betoogde in zijn boekje dat de definitie van Virginia Henderson als beste voldeed 'aan de criteria die vanuit de beleidspsychiatrie [werden] verlangd'.[80] Hendersons definitie gold voor zowel de somatische als de psychiatrische verpleegkunde en deze vormde een redelijk fundament voor een allround verpleegkundige en dus ook voor de psychiatrische verpleegkunde. Jacobs kon goed uit de voeten met Hendersons veertien fundamentele basisbehoeften (zie bijlage 15). Zijn uitgangspunt was dat er één grondhouding, één basisprincipe bestond voor de verpleging in het algemeen, maar dat de uitwerking hiervan wezenlijk verschillend was voor de A- en de B-verpleging. Ze vulden elkaar aan, net 'zoals soma en psyche elkaar aanvullen en wederzijds beïnvloeden' Volgens hem omvatte de "all-round' verpleging (…) dus zowel de somatische als de psychische aspecten van de zieke mens.'[81]

Jacobs was duidelijk geen voorstander van een psychiatrisch verpleegkundige die somatische handelingen over zou laten aan een A-verpleegkundige.[82] Hij beschouwde verplegen als 'nauw verbonden met de medische wetenschap' en de verpleegkunde mede op die grond een 'aparte, eigensoortige, doch geen zelfstandige wetenschap of vaardigheid'.[83] Jacobs sloot hiermee aan bij de stelling die hij eveneens in 1968 in het *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* had verkondigd dat 'een verpleegkundige, die niet én van somiatrie[84] én van psychiatrie op de hoogte is' een onvolledige verpleegkundige was. Hij vond dat door verwetenschappelijking en professionalisering in technologisch-theoretische richting de verpleegkunde haar eigen graf groef. Volgens hem trad er, anders gezegd, 'een profanatie [heiligschennis] van de verpleegkunde' op. Binnen de ontwikkeling van een zelfstandige, hoog gekwalificeerde verpleegkunde moesten technologische en antropologische facetten van het beroep gelijkwaardig zijn. De opleiding moest de leerling beter toerusten en meer vormen in plaats van dat het kennistheoretische aspect domineerde.[85]

In hetzelfde jaar, op 21 september 1968, hield Jacobs een inleiding voor leidinggevende B-verpleegkundigen in St. Servatius te Venray. Aan de hand van tien vragen ging hij ook hier gedetailleerd in op de fundamentele kwestie wat psychiatrische verpleegkunde was en wat de verantwoordelijkheden waren van de B-verpleegkundige.[86] Hij zocht zijn antwoorden, die in 1969 in het *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* werden gepubliceerd, opnieuw bij definities van anderen, maar opvallend genoeg niet bij die van Virginia Henderson die hij in *De verpleging in het psychiatrisch centrum* juist veel aandacht had geschonken. In plaats daarvan citeerde hij behalve de definitie van de verpleegkundigen M.M. Brown en G.R. Fowler (1966)[87] nu ook de originele omschrijving die de Amerikaanse

---

[79] Jacobs, *De verpleging in het psychiatrisch centrum*, 7.
[80] Ibidem, 7.
[81] Ibidem, 8.
[82] Ibidem, 7-14.
[83] Ibidem, 6.
[84] Het woord somiatrie komt niet voor in Nederlandse woordenboeken en ook niet in het Coëlho Zakwoordenboek der Geneeskunde. Kennelijk is het een neologisme van Jacobs dat mooi past bij psychiatrie.
[85] Jacobs, 'De toekomst van de verpleegkunde: professionalisering, profanatie, profetie', 779.
[86] D. Jacobs, 'Psychiatrische verpleegkunde en verpleegkundige verantwoordelijkheid', *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 22 (1969) 241- 254.
[87] 'Verplegen is een proces van verbale en nonverbale interactie, gericht op de gezondheid van de ontvanger, 'recipiént' (hetgeen kan zijn een individu of een groep), hetzij in een instituut of in de maatschappij. Deze interactie betreft: De verpleegkundige en de ontvanger; De verpleegkundige en de andere leden van het gezondheidsteam; De verpleegkundige en andere leden van het sociale systeem van de ontvanger; De verpleegkundige, de ontvanger en andere leden van het gezondheidsteam; De verpleegkundige, de ontvanger en

verpleegkundige H. (Hildegard) Peplau in 1952 in haar studie *Interpersonal Relations in Nursing* had uiteengezet:

> Verplegen is een belangrijk, therapeutisch, intermenselijk proces. Verpleegkunde functioneert mee in omstandigheden die natuurlijke genezingsprocessen bij de mens mogelijk maken. Verpleegkunde is een educatief instrument, een rijpmakende kracht, die tot doel heeft de menselijke persoonlijkheid te richten naar een creatief, constructief, productief, individueel leven in de gemeenschap.[88]

Achteraf gezien is het merkwaardig – en misschien ook wel een gemiste kans – dat het initiatief van Jacobs om de definitie van Peplau te betrekken in de discussie over de Nederlandse B-verpleegkunde, door andere psychiaters en verpleegkundigen niet is opgepikt. Juist Peplau sloot met haar ontwikkelingsmodel immers nauw aan bij de kenmerken en aspiraties van de moderne (kritische) psychiatrie. En juist met Peplau hadden verpleegkundigen binnen de psychiatrie een bijdrage kunnen leveren vanuit hun eigen discipline.[89] Peplau was in de Verenigde Staten een van de eerste verpleegkundigen die hebben omschreven wat verplegen is. Haar bedoeling was meer richting te geven aan het handelen van psychiatrisch verpleegkundigen, die ook in de VS sterk medisch waren georiënteerd. In Peplau's model staan interpersoonlijke processen in de psychiatrische verpleegkunde centraal. Haar model maakte opgang in de periode dat psychoanalyse en psychotherapie in zwang waren. Eind jaren negentig hanteerden ruim de helft van de psychiatrisch verpleegkundigen in Noord-Amerika het model van Peplau als uitgangspunt.[90]

Hoewel Jacobs in zijn zoektocht dus heel wat definities had verzameld, verklaarde hij in de genoemde lezing dat scherpe begrenzingen van de psychiatrische verpleegkunde niet te geven waren. Deze waren volgens hem zelfs lastiger te bepalen dan voor de algemene verpleegkunde, omdat het 'in maat en getal uitdrukken van de therapeutische activiteit van de psychiatrisch verpleegkundige (…) bijzonder moeilijk' was.[91] Hij vond dat er weinig valt te weten 'van de afgrenzing, het wezen, de ontwikkeling en de toekomstmogelijkheden van de psychiatrisch-verpleegkundige verantwoordelijkheid'.[92] Dat waren woorden die twijfel uitdrukken.

Jacobs gaf de moed niet op en bleef in 1970 aan het woord om de B-verpleegkunde in een definitie te vangen. In een volgend artikel in *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* citeerde hij opnieuw de genoemde definities van de broeders van Sint Willibrord, Veraart en Kramer, maar betoogde dat zij een gebrek aan eenduidigheid vertoonden.[93] Ook nu negeerde Jacobs de

---

andere leden van het sociaal systeem van de ontvanger; De ontvanger en andere leden van zijn sociale systeem.' [Brown en Fowler, 1966].

[88] Jacobs, 'Psychiatrische verpleegkunde en verpleegkundige verantwoordelijkheid', 242-243. De Belgische verpleegkundige Catty Van Riet omschreef in 2010 Peplau's definitie van verplegen als volgt: 'Verplegen is een waardevol, therapeutisch, intermenselijk proces dat zich afspeelt in samenhang met andere processen die gezondheid tot stand brengen bij individuele mensen': Catty Van Riet, *Verplegen met visie* (Leuven en Den Haag 2010) 41. Zie ook: Peter Aggleton, Peter en Helen Chalmers, 'Het ontwikkelingsmodel van Peplau', in: Jan de Jong en Cees Salentijn, *Verpleegkunde in perspectief. Theorievorming, modellen en theorieën, praktische toepassingen* (Houten en Zaventhem 1993) 68-73.

[89] Nederland schonk pas vanaf eind jaren tachtig aandacht aan Hildegard Peplau in lesboeken voor de HBO-V. J.H.J. de Jong en J.A.M. Kerstens red., *Basisboek 1. Inleiding in de verpleegkunde* (Utrecht en Antwerpen 1989) 63-66.

[90] W. Boog e.a., *Inleiding in de verpleegkunde en aspecten van de verpleegkundige beroepsuitoefening* (Houten en Diegem 1997) 229-231, aldaar 229 en 231.

[91] D. Jacobs, 'Psychiatrische verpleegkunde en verpleegkundige verantwoordelijkheid', 243.

[92] Ibidem, 254.

[93] D. Jacobs, 'Psychiatrische verpleegkunde en ortho-agogiek; een voorlopige verkenning', *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 23 (1970) 852-860, aldaar 852.

definitie en veertien basisbehoeften van Henderson die hij eerder zo uitgebreid had uitgewerkt. In zijn zoektocht richtte hij zich nu op de beroepsmatige raakvlakken tussen de B-verpleegkunde en de ortho(ped)agogiek, die volgens hem nog nauwelijks waren verkend. De ortho(ped)agogiek kon volgens hem als volgt worden beschreven:

> Orthopedagogiek is de systematiek van de hulpverlening aan het kind in opvoedingsnood onderscheiden in drie niveaus van theoretische orthopedagogiek, van strategische planning en daarop gefundeerde praktische realisatie [J.J. Dumont, 1970].
> Voortbouwend op deze omschrijving is ortho-agogiek de systematiek van de hulpverlening aan de mens in psychische (of ruimer existentiële) nood. Of anders: de systematiek van de hulpverlening aan de psychisch gestoorde mens.[94]

Jacobs verklaarde dat zowel de psychiatrische verpleegkunde als de ortho(ped)agogiek niet moesten worden beschouwd als basiswetenschappen, maar als hulpwetenschappen. De psychiatrische verpleegkunde en de ortho-agogiek werden volgens hem in hun uitvoering bepaald door dezelfde basiswetenschappen: de sociale wetenschappen en medische wetenschappen. 'Het belangrijkste verschil', zo betoogde hij, lag 'in het uitgaan van de verschillen in model (medisch, respectievelijk psychologisch, sociaal)'. Hij werkte deze overeenkomsten/verschillen vervolgens uitvoerig uit en kwam tot de conclusie dat de ortho-agogiek veel aan de psychiatrische verpleegkunde had toe te voegen. De disciplines groeiden naar elkaar toe en uitwisseling en aanvulling was mogelijk en wenselijk. Hij zag geen splitsing tussen die twee en ook zag hij geen afsplitsing van somatisch verpleegkundige aspecten van de B-verpleging. Hij betoogde dat er zich wel een specialisatie begon af te tekenen 'van psychiatrisch verpleegkundigen in ortho-agogische richting'. Hij concludeerde dat de basisopleiding voor de B-verpleegkunde een 'persoonlijkheidstoerustende – dus agogische! – richting nodig' had, maar bovendien dat de ortho-agogische dimensie van de B-opleiding aan de A-opleiding moest worden toegevoegd of aan een basisopleiding waarin A- en B-tendensen zijn verwerkt.[95]

Vier jaar later concludeerde Jacobs in zijn zoektocht naar het wezen van de B-verpleegkunde in relatie tot diverse vormen van therapieën dat de kenmerken van een therapeut alle in de psychiatrische verpleegkunde aanwezig waren: 'gespecialiseerde opleiding, begrijpende grondhouding, handelen met als doelstelling: genezing, gebruik makend van speciale technieken, werkend in teamverband'.[96] Daarom zou volgens Jacobs moeten worden vastgesteld:

> de psychiatrisch verpleegkundige is op zijn niveau de eerste therapeut. Andere therapeuten zijn ontstaan als toevoeging aan en als specialisatie van verpleegkundigen.[97]

Met deze stellingname ging Jacobs dus uit van een verpleegkundige die medebehandelaar was. In zijn conclusie vond hij dan ook dat de B-verpleegkundige daartoe beter uitgerust moest worden zowel in theorie als in de praktijk.[98]

---

[94] Ibidem.
[95] Ibidem, 854-855 en 860.
[96] D. Jacobs, 'De psychiatrisch-verpleegkundige als therapeut', *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 27 (1974) 284-288, aldaar 285.
[97] Ibidem.
[98] Ibidem, 287-288.

De herziening van de B-opleiding (1965-1970)

Medio jaren zestig klonk steeds vaker het geluid dat een goede opleiding niet gebouwd mocht zijn op het verleden, maar gebaseerd moest zijn op de eisen van het gedifferentieerde werk van de verplegende en de eisen van modern onderwijs. Op basis hiervan en uitgaande van de nieuwe Wet op het voortgezet onderwijs (Mammoetwet) legde de psychiater A.C. Lit, geneesheer-directeur van het Christelijk Sanatorium te Zeist,[99] in juni 1964 een 'Schets van een verplegingsopleiding' voor aan de Studiecommissie van drie gezamenlijke examencommissies, voorheen Commissie Westerhuis. Na bestudering gaf de Studiecommissie Examencommissies die schets uit als brochure onder de naam *De opleiding in de verpleegkunde*, die een ruime verspreiding kreeg en in maart 1966 ook in het *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* werd gepubliceerd.[100]

In *De opleiding in de verpleegkunde* – opnieuw het werk van psychiaters en niet van B-verpleegkundigen – is veelzijdige kritiek te lezen op de toenmalige situatie van zowel de A- als de B-opleiding. De brochure somde de tekortkomingen op die in de jaren vijftig al in beide inservice-opleidingen speelden. Er ontbrak nog altijd een wettelijke vooropleidingseis. Daardoor ontstond er volgens de brochure een sterk heterogene groep leerling-verpleegkundigen: minder begaafden konden de lessen niet volgen en meer intelligenten verveelden zich. Bovendien kon de wettelijk vastgestelde toelatingsleeftijd van 18 jaar een gat doen ontstaan tussen het verlaten van het voortgezet onderwijs en de aanvang van de opleiding, met als gevolg dat veel aspirant-leerlingen verloren gingen. Zij hadden ander werk gevonden onder aantrekkelijker arbeidsomstandigheden, zoals een beter loon en regelmatige diensten. Een ander probleem was volgens de studiecommissie dat vrouwelijke verpleegsters na diplomering op 21-jarige leeftijd gemiddeld nog twee jaar actief waren in een instelling voor zij in het huwelijk traden. Andere bezwaren waren dat de leerling tegelijkertijd werknemer was, waardoor tegengestelde belangen ontstonden; didactisch en pedagogisch ongeschoolde artsen gaven les; één opleiding leidde de leerling op voor een aantal zeer uiteenlopende taken: van leidinggevende taken tot eenvoudige zaalwerkzaamheden (lees: soppen en dweilen). Bovendien kende de inservice-opleiding geen inspectie vergelijkbaar met andere vormen van onderwijs.[101]

De brochure was niet bedoeld om alleen kritiek te uiten. De Studiecommissie Examencommissies kwam ook met een flink aantal adviezen om beide inservice-opleidingen te verbeteren. Zo stelde zij voor om verpleegopleidingen op drie niveaus in te richten, direct aansluitend op het algemeen vormend onderwijs (lavo, mavo, havo) binnen de Wet op het voortgezet onderwijs: Lager beroepsonderwijs verpleging (l.a.b.o.v.), Middelbaar beroepsonderwijs verpleging (m.i.b.o.v.) en Hoger beroepsonderwijs verpleging (h.o.b.o.v.). De suggestie was een basisopleiding op een school onafhankelijk van het ziekenhuis te laten

---

[99] Aan de Stegge, *Gekkenwerk*, 1051-1052.

[100] Studiecommissie van de drie gezamenlijke examencommissies van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie en Neurologie, Vereniging van Katholieke Gestichtsartsen, Vereniging tot Christelijke Verzorging van Geestes- en Zenuwzieken, 'De opleiding in de verpleegkunde. Een voorstel tot reorganisatie van de opleiding in de verpleegkunde', *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 19 (1966) 134-141. De brochure is te vinden op plaatsingsnummer PRO 0156 in de bibliotheek van het Florence Nightingale Instituut te Culemborg, onder de naam: *De opleiding in de verpleegkunde. Een voorstel tot reorganisatie van de opleiding in de verpleegkunde, voorgelegd aan, bewerkt in en uitgegeven door de studiekommissie van de drie gezamenlijke examenkommissies van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie en Neurologie, Vereniging van Katholieke Gestichtsartsen, Vereniging tot Christelijke Verzorging van Geestes- en Zenuwzieken.*

[101] Studiecommissie van de drie gezamenlijke examencommissies, 'De opleiding in de verpleegkunde', 134-135. Dat er geen inspectie was kwam doordat de inservice-opleidingen niet onder het Ministerie van Onderwijs ressorteerden, maar onder Volksgezondheid.

volgen met stages in instellingen en het daaropvolgende praktijkdeel te organiseren volgens het leerlingstelsel en niet volgens het inservice-onderwijs. Er zou voor de A en de B een gezamenlijk basisopleiding nagestreefd moeten worden en daarna een A- of B-variant. Met dit nieuwe stelsel konden in de ogen van de Studiecommissie alle hierboven beschreven nadelen opgevangen worden.[102]

De brochure *De opleiding in de verpleegkunde* van de Studiecommissie Examencommissies zou uiteindelijk een cruciale opmaat vormen voor de overgang van het inservice onderwijs naar het dagonderwijs in de verpleegkunde: de MBO-V en de HBO-V (zie hoofdstuk 5 en 6). Het is belangrijk te constateren dat deze ontwikkeling dus niet zijn oorsprong vond in het veld van de A-verpleegkunde, maar dit eerste initiatief voortsproot uit de verenigde examencommissies binnen het veld van de B-verpleegkunde. De zojuist uitvoerig besproken psychiater D. Jacobs speelde hierbij een rol, met name ook bij het plan voor de gezamenlijke basisopleiding voor de A- en B-verpleging. In 1966 had hij ook in een van zijn artikelen een veelomvattende B-opleiding voorgesteld met de mogelijkheden van specialisaties of aantekeningen voor de verschillende werksoorten, zoals dat na de A-opleiding kon. Jacobs had daarbij tevens op de mogelijkheid gewezen van een tweesporenbeleid: én een gemoderniseerde inservice-opleiding én een dagopleiding.[103] De opzet voor een gezamenlijke basisopleiding voor de A- en B-verpleegkunde paste geheel in zijn bespiegelingen over de aard en taak van de B-verpleegkunde, waarbij, zoals hij betoogde, de sociotherapeutische verpleegkunde en de somatische verpleegkunde elkaar niet zouden moeten verdringen omdat ‘soma en psyche elkaar aanvullen en wederzijds beïnvloeden’. Met het voornemen voor de gezamenlijke basisopleiding leken de psychiaters van de Studiecommissie Examencommissies dus te willen bevestigen dat de B-verpleegkunde zich in de nabije toekomst weliswaar verder in de richting van de sociotherapie zou mogen bewegen, maar toch een stevige somatische basis zou moeten behouden.

De plannen van de Studiecommissie Examencommissies werden binnen het veld van de B-verpleegkunde overwegend met instemming begroet. De eerder genoemde hoofdverpleger Van den Hurk sprak in zijn brochure *Bewaken wordt begeleiden* de hoop uit dat het voorstel tot reorganisatie van het opleidingssysteem de vruchten af zou werpen die het verdiende.[104] In de inmiddels ingestelde hogere vervolgopleidingen voor inservice-verpleegkundigen dachten B-verpleegkundigen hardop mee om, ook in reactie op Jacobs, eigen taakomschrijvingen voor de B-verpleegkunde te formuleren en te bespreken hoe een nieuwe B-opleiding er in de toekomst uit zou moeten zien. Mede op basis van hun publicaties verwierven enkele B-verpleegkundigen zo het gezag om een nieuwe B-opleiding in te richten. Dat gold voor Van den Hurk en de eerder genoemde Zuster Servatius en andere verpleegkundigen die toetraden tot de Commissie Herziening B-opleiding, waarin eveneens vooruitstrevende en conservatieve vertegenwoordigers uit de psychiatrie zitting hadden met Jacobs in de hoedanigheid van voorzitter van de gezamenlijke examencommissie als adviseur (zie bijlage 23).[105]

In 1969 presenteerde de Commissie Herziening B-opleiding het *Interim-rapport herziening B-opleiding*, dat tevens in het *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* werd

---

[102] Studiecommissie van de drie gezamenlijke examencommissies, ‘De opleiding in de verpleegkunde’, 138-141. Vergelijk: Aan de Stegge, *Gekkenwerk*, 664-668.

[103] D. Jacobs, ‘Problemen rond de B-opleiding’, *Het Ziekenhuiswezen* 6 (1966) 200-204, aldaar 202 en 203. Aan de Stegge, *Gekkenwerk*, 664-668, 691, 741 en 1049. Aan de Stegge besprak Jacobs als lid van de hierboven genoemde Gezamenlijke Examencommissie (zie bijlage 23) en dat hij voorstander was van een tweesporenbeleid wat betreft de opleiding: én een generieke opleiding zoals voorgesteld in de bovengenoemde door de Examencommissie uitgebrachte brochure *De opleiding in de verpleegkunde* én voortbestaan van de inservice-opleiding.

[104] Van den Hurk, *Bewaken wordt begeleiden*, 14-16.

[105] ‘Interim-rapport herziening B-opleiding, van de Commissie Herziening B-opleiding’, (1969) 256.

gepubliceerd.[106] De commissie erkende dat de opvattingen met betrekking tot de psychpathologie en de psychiatrische inrichtingen sedert het besluit van 1929 ingrijpend waren veranderd. De Commissie zag dat de volgende punten gemeengoed waren geworden:

> de fenomenologische benadering van de psychisch gestoorde (…) de diepte-psychologische benadering (…) het multi-disciplinair onderzoek om een integrale diagnose te kunnen stellen en integraal te behandelen. Meer belangstelling kregen in het bijzonder het neurotisch gebeuren en de zwakzinnigheid.[107]

De Commissie Herziening B-opleiding onderstreepte voorts dat er belangrijke nieuwe inzichten verworven waren op therapeutisch gebied zoals de activerende therapie, therapie door psychofarmaca, situatieve- en milieutherapie, psychotherapie, expressietherapie en bewegingstherapie. De psychiatrische inrichting was, aldus de Commissie, uitgegroeid tot een psychiatrisch centrum voor integraal onderzoek en behandeling, voor verfijnde en meer individueel gerichte benadering en voor verzorging. De psychiatrie had zich naar buiten gericht door middel van extra-, semi-, en transmurale diensten, zodat patiënten zoveel mogelijk in hun eigen omgeving konden blijven.[108] Dat waren hele moderne woorden: de Commissie erkende dan ook dat de B-verpleging niet meer om de moderne psychiatrie heen kon.

De Commissie Herziening B-opleiding had voor een herziene opleiding 210 lesuren en in een uitgewerkte versie van het rapport zelfs 235 uur ingeruimd voor diverse theoretische en vormende vakken: culturele vorming, persoonlijkheidstoerusting en gespreksvoering (110 uur); expressievakken (40 uur); sport en spel (30 uur); organisatie en administratie (10 uur); maatschappelijke gezondheidszorg (15 uur); keuze-uren en excursies (30 uur). Er waren daarnaast uren voorzien voor de leer van het menselijk gedrag en intermenselijke verhoudingen (55 uur), psychohygiëne (15 uur) en algemeen vormende vakken waaronder pedagogiek (35 uur) (zie voor het hele theoretische deel bijlage 18). In de praktijk moest de leerling in verschillende verpleegsituaties komen te werken waarbij hij of zij zich moest oriënteren ‘op het gebied van multidisciplinair specialistisch onderzoek en (…) therapeutische methodieken’. Er moest ook een stageverslag geschreven worden. In de toelichting beval de commissie aan om in de tweede en de derde leerperiode een verslag van een patiënt te laten schrijven dat betrokken moest worden bij de beoordeling van de leerling. De leerling zou volgens de commissie 190 handelingen voor het bekende *Praktijk- en rapportenboekje* moeten verrichten. Bovendien moest de leerling 22 klinische lessen bijwonen en af laten tekenen in het boekje.[109]

De voorstellen in dit *Interim-rapport herziening B-opleiding* kwamen nagenoeg ongewijzigd terug in het *Eindrapport van de Ministeriële Commissie Herziening B-opleiding* dat in juli 1970 werd gepresenteerd.[110] Nog in hetzelfde jaar mondde dit rapport uit in de eerste inhoudelijke wijzigingen in de opleiding (zie bijlage 18).[111] In de Nota van toelichting motiveerde de wetgever die wijzigingen als volgt:

---

[106] Ibidem, 255-270.
[107] Ibidem, 256-257.
[108] Ibidem, 257.
[109] Ibidem, 261 en 267-268.
[110] NA, Centr. Raad Volksgezondheid, 2.27.16, inv. nr. 658, Eind-rapport van de Ministeriële Commissie Herziening B-opleiding inzake de herziening van de afdeling II van het besluit van de Ministers van Arbeid, Handel en Nijverheid en van Binnenlandse Zaken en Landbouw van 2/6 december 1929, Stcrt. 246, tot uitvoering van artikel 3 der wet van 2 mei 1921, Stb. 702, tot wettelijke bescherming van het diploma van ziekenverpleging (Leidschendam 1970).
[111] Vergragt, en De Vries, *Ziekenverpleging* (1e aanvulling bij de 1e druk; 1968) 163-172.

> De ontwikkeling van de inzichten in de psychiatrische behandeling en -verpleegkunde in de laatste decennia heeft er toe geleid, dat de psychiatrische inrichting met het oog op hoge eisen van onderzoek en behandeling en in verband met de in betekenis toenemende gerichte psychiatrische (re)validatie over bekwame verpleegkundigen moet kunnen beschikken.
> Hiernaast breidt de sociaal psychiatrische zorg zich steeds verder uit.[112]

De wijzigingen in 1970 betroffen 'slechts de meest urgente wijzigingen', waaronder de vervanging van het *Praktijk- en rapportenboekje* door het uitgebreidere *Overzicht Praktische Opleiding*.[113] Voor sommige B-verpleegkundigen die zich schaarden onder de noemer van de zogenaamde 'anti-psychiatrie' ging dat lang niet ver genoeg. Of hadden ze de laatste ontwikkelingen gemist?

De opkomst van de antipsychiatrie

De zogenaamde antipsychiatrie was geen beweging met een eensgezinde leer, ideologie of aanhang.[114] Gemma Blok vermeed daarom ook de term 'antipsychiatrie' in haar proefschrift *Baas in eigen brein*. Zij sprak zelf liever over 'kritische psychiatrie', omdat volgens haar het voorvoegsel 'anti' het psychotherapeutische optimisme miskent dat aanwezig was in het werk van 'antipsychiaters' als Jan Foudraine en Ronald Laing. De term antipsychiatrie was ook toen al controversieel, aldus Blok. Psychiaters wilden, op een enkeling na, niet als antipsychiaters bestempeld worden.[115] Ook de vernieuwingsgezinde psychiater F. (Frank) van Ree, die zich destijds toch zeer hervormingsgezind opstelde, schreef dat hij zich nooit tot de antipsychiatrie had gerekend.[116] Van Ree zag dat de term antipsychiatrie niet eenduidig was. Hij sprak liever van 'moderne methoden' in de psychiatrie.[117]

De term antipsychiatrie werd voor het eerst gebruikt door de Zuid-Afrikaanse/Britse psychiater David Cooper, in de titel van zijn in 1967 verschenen boek *Psychiatry and Anti-Psychiatry* dat in het Nederlands in 1970 uitkwam als *Psychiatrie en anti-psychiatrie*. Cooper gaf leiding aan 'een experiment in anti-psychiatrie' op een niet-medisch therapeutische afdeling (Villa 21) van het Engelse Shenley Hospital. Hij maakte daar een einde aan de formele hiërarchie en daardoor rigide indeling in patiënten en staf.[118] 'Anti' stond bij hem niet voor het opheffen van de psychiatrie, maar voor de notie dat het anders moest, zoals in de jaren zestig 'alles' anders moest. Anti stond net als voor anti-cinema niet voor het opheffen van bioscopen, maar voor het maken van andere films, zoals de genoemde zenuwarts Kees Trimbos betoogde.[119] Trimbos verwoordde in 1981 helder dat de psychiatrie deelde in de algemene kritiek op de geneeskunde en de gezondheidszorg: 'vertechnisering, autoritaire aanpak, gebrekkige informatie aan patiënten, vermedisering van sociale problemen, ongrijpbare medische macht etc.' De antipsychiatrie speelde zich volgens Trimbos af binnen de psychiatrie zelf – het was iets van psychiaters.[120] Hiermee maakte hij een belangrijk en

---

[112] Ibidem, 169.
[113] Ibidem, 167 en 169-170.
[114] Kees Trimbos, 'Wat is antipsychiatrie?', *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 34 (1981) 227-232, aldaar 227.
[115] Blok, *Baas in eigen brein*, 10-13.
[116] Frank van Ree, *Don Quichot of klokkenluider? Een halve eeuw in de Nederlandse psychiatrie. 1956-2006* (Amsterdam 2007) 132.
[117] F. van Ree, 'Alternatieve zienswijzen', in: E. Verschoor, coördinator, *Psychiatrie 3* (Leiden 1980) 271-283, aldaar 271.
[118] David Cooper, *Psychiatrie en anti-psychiatrie* (2e druk; Meppel 1972) 94-116, aldaar 111.
[119] Trimbos, 'Wat is antipsychiatrie?', 227.
[120] Ibidem, 227, 228.

terecht punt, waaruit volgt dat verpleegkundigen die sympathiseerden met kenmerken van de antipsychiatrie (of: 'moderne methoden'), in feite een denkstroming aanhingen die niet vanuit de eigen discipline verpleegkunde was voortgekomen.

Trimbos onderscheidde vier kenmerken van de antipsychiatrie:

> de verwerping van het ziektemodel, de verwerping van de inrichtingspsychiatrie en het interneren in het algemeen, de verwerping van de psychiatrie als sociaal controlemiddel in handen van de 'machthebbers', en de positieve waardering van 'krankzinnigheid' (psychose) tegenover de negatieve waardering daarvan in de huidige psychiatrie.[121]

Trimbos presenteerde in zijn boek *Antipsychiatrie* een 'Revue van antipsychiaters', waaronder de Schotse Ronald Laing; de in Zuid-Afrika geboren David Cooper; de Italiaanse Franco Basaglia; de Franse Maud Mannoni; de Amerikaanse Loren Mosher; de in Hongarije geboren Thomas Szasz en tot slot Jan Foudraine.[122]

De bekendste Nederlandse antipsychiater Jan Foudraine sprak in zijn *Wie is van hout… Een gang door de psychiatrie* in 1971 over twee typen psychiaters (en psychiatrieën): de natuurwetenschappelijke (het medische model) en de psychotherapeutische. De eerste observeert en geeft een diagnose (plakt een etiket), de tweede gaat een relatie aan met de patiënt en ziet de psychose als een ingang tot communicatie. Volgens Foudraine waren ze niet te verzoenen.[123] Hij vond dat de psychiatrie los moest komen van de medische wetenschap. Hiermee zou geen anti-medische discipline ontstaan, maar een 'non-medical … equally open to physicians and non-physicians interested in the study of man and in psychotherapy', zoals Foudraine met instemming de Hongaars-Amerikaanse psychiater Thomas Szasz citeerde.[124] Foudraine maakte dus een splitsing in de psychiatrie en hierdoor kon de psychotherapeutische behandelingsmethode onder de noemer antipsychiatrie worden gebracht.[125]

Thomas Szasz was in Amerika de voornaamste woordvoerder van kritiek op de psychiatrie. Szasz was een radicaal tegenstander van de 'gewone' psychiatrie. Tekenend voor hem is dat hij geestesziekte als metafoor zag, niet als kwaal met een somatische basis. Volgens Szasz kan een geest alleen ziek zijn zoals een economie ziek kan zijn. Hij schreef dat strikt genomen een ziekte alleen het lichaam kan 'beïnvloeden; vandaar dat er geen

---

[121] Kees Trimbos, *Antipsychiatrie. Een overzicht* (2e druk; Deventer 1978) 83 en verder

[122] Ibidem, 55-82.

[123] Jan Foudraine, *Wie is van hout… Een gang door de psychiatrie* (32e druk; Amsterdam 1997) 106 en 109. Foudraine zag in een voordracht op 23 februari 1976, een uitdaging voor psychiatrische instellingen om de psychotische mens adequate zorg te verlenen door: 1. individuele psychotherapie; 2. groepstherapie in de context van een gemeenschapsleven en 3. gezinstherapie: Foudraine, *Wie is van hout* (1997) 464-478.

[124] Ibidem, 438.

[125] Het boek *Wie is van hout…* werd in de jaren zeventig gretig gelezen. De later nog te bespreken verpleegkundige Nelleke Biemond vertelde in een terugblik dat dit boek 'een soort bijbel' was die je gelezen moest hebben en die bijna elke verpleegkundige wel kende. Het is daarentegen wel merkwaardig dat er naar aanleiding van dit boek slechts twee inzendingen waren in het *Tijdschrift voor Ziekenverpleging.* De verpleegkundige M.J. Buré was weliswaar over het algemeen positief over het boek, maar vroeg zich ook terecht af of Foudraine niet opnieuw etiketten plakte. Werden eerst etiketten geplakt bij het medisch model, nu gebeurde dat volgens een opvoedkundig model. De psycholoog I.E.I.M. Van Eynde, in het psychiatrisch ziekenhuis Wolfheze, reageerde in hetzelfde tijdschrift niet zo positief op *Wie is van hout…*. Hij haakte aan bij de Frans-joodse filosoof Emmanuel Levinas en stelde dat alleen de erkenning van de Ander de vicieuze cirkel doorbrak 'niet de vervanging van de ene reductie door de andere'. Over Levinas in de verpleegkunde meer in hoofdstuk 4. Gemma Blok en Joost Vijselaar, *Terug naar Endegeest. Patiënten en hun behandeling in het psychiatrisch ziekenhuis Endegeest 1897-1997* (Nijmegen 1998) 206. De Leeuw e.a., *Van oppasser naar verpleegkundige,* 58. M.J. Buré, 'Wie is van hout …', *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 14 (1971) 1129-1131, aldaar 1131. I.E.I.M. Van Eynde, 'Waar het om gaat…. Aantekeningen bij 'Wie is van hout?', *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 14 (1971) 1132-1135, aldaar 1134-1135.

geestesziekte kan zijn'. Het toepassen van het strafrecht op grond van psychiatrische overwegingen 'ondermijnen het recht en maken het subject (…) tot slachtoffer'. Szasz betoogde dat sociale relaties beschouwd moesten worden als een verzameling spelletjes die mensen met elkaar speelden, met vaste spelregels. Door middel van psychotherapie kon de therapeut proberen de cliënt duidelijk te maken naar welke spelregels hij zich gedroeg: 'om de cliënt te helpen, onderzoekt hij de doeleinden en waarden van de levensspelen'. Dwang(be)handeling vond Szasz een misdaad tegen de mensheid.[126]

Ronald Laing verwierp evenals Szasz het medisch model. 'Niemand heeft schizofrenie, zoals je een verkoudheid hebt. De patiënt heeft geen schizofrenie 'opgelopen'. Hij is schizofreen.' Laing voegde daar gelijk aan toe dat de schizofreen gekend moet 'worden zonder kapot te worden gemaakt'.[127] Hij verwierp de praktijk van het stellen van diagnoses op grond van 'tekenen' ofwel symptomen. Volgens hem was het concept 'krankzinnigheid' een stigma. Wanneer twee geestelijk gezonde mensen elkaar ontmoeten en er wederzijdse onderkenning is van elkaars identiteit, is er niks aan de hand, aldus Laing. Wanneer discrepanties echter radicaal zijn (bijvoorbeeld: iemand zegt dat hij Napoleon is en de ander zegt van niet), 'dan staat er geen andere weg open dan dat we één van ons beide krankzinnig noemen'. Laing beweerde daarom:

> de toetssteen voor geestelijke gezondheid of psychose is de mate van overeenstemming of van gebrek aan overeenstemming tussen twee personen, waar de één algemeen geestelijk-gezond wordt geacht.[128]

Laing ging uit van de existentiële fenomenologie. Hij schreef dat de kern van de wijze waarop de schizofreen zichzelf ervaart, wel onbegrijpelijk zal blijven, maar hij vond wel dat 'te allen tijde zijn onderscheidenheid en zijn anders-zijn, zijn afzonderlijkheid en eenzaamheid en wanhoop' erkend moesten worden.[129] In zijn boek *Het verdeelde zelf* beschreef hij aan de hand van enkele praktijkvoorbeelden hoe hij zelf deze erkenning bood, namelijk door met patiënten in gesprek te gaan en te verklaren wat zij probeerden te communiceren.

De felle kritiek van deze 'antipsychiaters' strekte zich ook uit tot de psychiatrische verpleging. Sommige antipsychiaters hadden hier stellige denkbeelden over. De psychiatrische verpleegkunde moest anders ingericht worden en misschien zelfs met verlies van de titel 'verpleegkundige', die immers voortkwam uit het verwerpelijke medisch model. Foudraine bijvoorbeeld, die in de jaren zestig in Amerika werkte in de functie van 'psychotherapeut en sociotherapeut-administrator' op de afdeling Upper Cottage van Chestnut Lodge, noemde verpleegkundigen 'assistant-educators'. Dat deed hij om het medische aspect van hun werk minder dominant te maken en het medische jargon uit te bannen.[130]

Aktiegroep Willem (1970)

Alles moest anders in Nederland, vonden velen rond 1970. De periode wordt gekenmerkt door flowerpower, protesterende studenten, Dolle Mina's, Damslapers en Kabouters: de opvolgers van de Provo's uit de jaren zestig. Jongeren maakten hun eigen cultuur duidelijk met drugs, popmuziek, lang haar, kleding en seksuele vrijheid. Kerken liepen leeg en de opkomende

---

[126] Thomas S. Szasz, *Geestesziekte als mythe* (2e druk; Rotterdam 1972) 268-269.
[127] Ronald Laing, *Het verdeelde zelf* (5e druk; Meppel 1972) 29.
[128] Ibidem, 31.
[129] Ibidem, 33-34.
[130] Foudraine, *Wie is van hout…* (1997) 333 en 337.

televisie en andere media kregen met hun maatschappijkritiek meer invloed. Intussen groeide de welvaart. Jongeren kregen meer vrije tijd en geld voor hun vrijetijdsbesteding. Meer mensen uit de lagere klassen konden studeren. Jongeren gingen in de jaren zestig en zeventig belang hechten aan individuele gedragsvrijheid en democratisering. De gevestigde elite kreeg het zwaar te verduren en moest zijn waarden en normen bijstellen en jongeren de ruimte geven.[131]

De roep om maatschappelijke vernieuwing klonk in het veld van de B-verpleging (evenals in de Z-verpleging, zie hoofdstuk 3) meer luider dan in het veld van de A-verpleging. Net als in de maatschappij moest volgens een jonge generatie in de psychiatrie 'alles anti'. Dat zal vooral te maken hebben doordat de wat alternatievere jongere zich aangetrokken voelde tot de psychiatrie. Een leerling uit de jaren zeventig verwoordde het terugkijkend in 1997 treffend als volgt: 'In de psychiatrie was je bij voorbaat links en dat gold ook voor leerlingen.'[132] Het verband tussen links-zijn en Provo, Maagdenhuisbezetting, Dolle Mina, Kabouter was dan snel gemaakt. Daarbij kwamen bovendien de vele pacifistische dienstweigeraars die in de psychiatrie hun vervangende dienstplicht vervulden en die ook niet bepaald rechts genoemd konden worden. Blok meent dat het voor dienstweigeraars vooral ging 'om democratie, medezeggenschap en de eigen rechtspositie'. De nieuwe tijdgeest bereikte ook via patiënten het psychiatrische ziekenhuis. Op een afdeling in Endegeest was bijna de helft van de opgenomen patiënten 'hippie'.[133]

De Aktiegroep Willem, ontstaan in de eerste maanden van 1970, was de meest uitgesproken organisatie die zich sterk maakte voor een psychiatrische verpleegkunde die niet gestoeld was op een medisch model. Vanuit de Willem Arntsz Hoeve te Den Dolder initieerde een groep leerling-B-verpleegkundigen diverse lokale en landelijke acties, die vele, zo niet alle Nederlandse leerling-B-verpleegkundigen bereikten. In een brief van 28 januari 1970 aan Staatssecretaris R.J.H. Kruisinga betoogde de actiegroep dat de wet van 1921 niet meer functioneel was. De groep eiste dat de wettelijke beschikking van 1929 geheel buiten werking gesteld zou moeten worden. Ze uitte haar ergernis ten aanzien van de op dat moment falende herziening van de B-opleiding.[134] Het in 1969 gepresenteerde *Interim-rapport herziening B-opleiding* van de Commissie Herziening B-opleiding ging lang niet ver genoeg. Er zou, zo betoogde de groep in februari in een actiekrant, een 'veranderd en daardoor verbeterd interim-rapport' moeten worden opgesteld, dat zou moeten worden geschreven door een werkgroep waarin behalve psychiaters en hoofd-verpleegkundigen ook leerling-verpleegkundigen zitting in zouden moeten krijgen en 'deskundigen uit alle geledingen van het Psych. Centrum'. De actiegroep vond dat snelheid geboden was en hij wilde in een onderhandelingspositie gebracht worden waardoor een aangepaste beschikking tot stand kon komen die ruimte bood 'voor elk centrum apart voor afzonderlijke uitbreiding'.[135]

Een van de belangrijkste stenen des aanstoots vormde voor Aktiegroep Willem het genoemde *Praktijk- en rapportenboekje*. De groep aanvaardde het *Praktijk- en rapportenboekje* niet meer als examengarantie en eiste dat deze niet langer een wettelijk vereiste zou zijn als examengarantie en dat de opleiding zo snel mogelijk herzien en vernieuwd zou worden.[136] Als alternatief van het boekje stelde de actiegroep een stageverslag voor. Om de eisen te bekrachtigen zag de actiegroep als enige middel de *Praktijk- en*

---

[131] Onder meer: Duivenvoorden, *Rebelse jeugd. Hoe nozems en provo's Nederland veranderden*. Righart, *De eindeloze jaren zestig*, met name vanaf 114. Kennedy, *Nieuw Babylon in aanbouw*, met name 117-179. Blok en Vijselaar, *Terug naar Endegeest*, 193-195. Aan de Stegge, *Gekkenwerk*, 706.
[132] De Leeuw e.a., *Van oppasser naar verpleegkundige*, 57.
[133] Blok en Vijselaar, *Terug naar Endegeest*, 205-206.
[134] Internationaal Instituut voor Sociale Geschiedenis (IISG), Archief Nieuw Dennendal (Den Dolder), 38, Brief van Aktiegroep Willem aan Staatssecretaris Kruisinga van 28 januari 1970.
[135] Ibidem, Actiekrant 16 februari 1970.
[136] Ibidem, Brief van Aktiegroep Willem aan Staatssecretaris Kruisinga van 28 januari 1970.

rapportenboekjes te boycotten en die bij staatssecretaris Kruisinga in te leveren.[137] Dat was een enigszins riskante tactiek, want zonder een afgetekend boekje mochten leerlingen volgens de wet geen (overgangs)examen doen. De directeur A. Poslavsky de Willem Arntsz Hoeve gaf echter de belofte dat de overgangsexamens van één naar twee en twee naar drie niet in gevaar zouden komen.[138] Het inleveren van die boekjes aan de staatssecretaris is evenwel nooit gebeurd. Volgens Aan de Stegge gaven sympathiserende B-leerlingen hun boekjes 'doorgaans af bij het hoofd van hun eigen opleiding'. Na de acties gaf het hoofd het boekje in de meeste gevallen weer terug aan de leerling.[139]

Blok en Aan de Stegge hebben betoogd dat de acties van Aktiegroep Willem resultaat hadden en geslaagd kunnen worden genoemd. Veel van de eisen die de Aktiegroep stelden ten aanzien van de vernieuwing van de B-verpleegkunde en de B-opleiding in het bijzonder, werden in de loop van de jaren zeventig ingewilligd en zelfs in nieuwe wetgeving omgezet. Het gewraakte *Praktijk- en rapportenboekje* werd in betrekkelijk korte tijd omgewerkt tot het boekje *Overzicht Praktische Opleiding.*[140] De betekenis en invloed van Aktiegroep Willem kan echter ook heel anders worden geduid. In het licht van de verschuivingen die zich al vanaf eind jaren vijftig in de visie op de B-verpleegkunde en de B-opleiding hadden voltrokken, hadden de acties eerdere een versnellende werking dan een vernieuwende. Bovendien lijkt het er sterk op dat Aktiegroep Willem veel van de meest recente ontwikkelingen rond de herziening van de B-opleiding geheel had gemist.

Aktiegroep Willem was op de hoogte van het in 1969 gepubliceerde *Interim-rapport* van de Commissie Herziening B-opleiding, want tijdens de acties refereerde leden van de Aktiegroep hier expliciet aan.[141] De Aktiegroep wilde dit rapport niet accepteren voordat het met haar inbreng was veranderd. Het ging betreft dit rapport kennelijk vooral om het principe van medezeggenschap. Wat de actiegroep aan inhoudelijke punten wilde inbrengen en concreet aan het gepubliceerde *Interim-rapport* wilde veranderen vermeldden de actiekranten niet expliciet. Wel kwam de actiegroep een paar keer terug op de eerder genoemde drie punten: buiten werking stellen van de beschikking van 1929, een overgangsfase totdat een veranderd interim-rapport was veranderd 'en niet met de laksheid waarmee men tot nu toe werkte'.[142]

In de toelichtingen bij de acties maakten de actievoerders wel duidelijker wat zij veranderd wilden hebben in de opleiding. Aan de Stegge noemt onder meer: doelgericht praten (gesprekstechniek), sociologie, sociotherapie, psychologie, agogie en relevante kennis over medicijnen.[143] Dit waren echter bijna allemaal thema's en vakken die al sinds het *Rapport diploma-B* van de Commissie Westerhuis in 1959 in de opleiding waren geïntroduceerd dan wel kort tevoren in het recente *Interim-rapport herziening B-opleiding* in 1969 waren voorgesteld. Het Nederlands Verbond van Vakverenigingen (NVV) kwalificeerde de acties van Aktiegroep Willem dan ook in veel opzichten geheel terecht als 'Mosterd na de maaltijd':

> Als de toekomstige verplegers en verpleegsters, benevens hun docenten, zich behoorlijk hadden geïnformeerd, hadden zij geweten dat niet alleen een goed

[137] Ibidem, Brief van Aktiegroep Willem aan directieleden van alle centra in Actiekrant 4 februari 1970.
[138] Ibidem, Inleiding: verslag van de vergadering van 27 januari 1970.
[139] Aan de Stegge, *Gekkenwerk*, 711.
[140] Blok, *Baas in eigen brein*, 140. Aan de Stegge, *Gekkenwerk*, 663.
[141] Ibidem, Inleiding: verslag van de vergadering van 27 januari 1970 en Actiekrant van 16 februari 1970..
[142] Ibidem, Concept handleiding aktiegroep Willem. Ibidem, Inleiding: verslag van de vergadering van 27 januari 1970.
[143] Aan de Stegge, *Gekkenwerk*, 707, 711, 712, 753.

> gedeelte van hun eisen op het punt staan nog dit jaar ingevoerd te worden, maar dat zij zich op een meer effectieve wijze hadden kunnen doen gelden. [144]

De schrijver van het artikel in *Vakbeweging* liet fijntjes weten dat de Willem Arntsz Hoeve daarvan blijkbaar niets wist 'omdat men zich nooit georiënteerd heeft over de plaats en het nut van vakorganisaties'.[145] De NVV in *Vakbeweging* had hier wel een punt. Als de actiegroep en zijn adviseurs het Interim-rapport goed hadden gelezen, konden zij weten dat gewenste vernieuwingen in het verschiet lagen en waren de felle acties waarschijnlijk niet nodig geweest.

Ten aanzien van het gewraakte *Praktijk- en rapportenboekje* getuigde Aktiegroep Willem zelfs van een bijna ongelofelijk gebrek aan kennis. Het was volgens de Aktiegroep hoog tijd dat in het *Praktijk- en rapportenboekje* naast de traditionele verpleegkundige vaardigheden die gestoeld waren op een medisch-somatisch model ook ruimte zou komen voor sociotherapeutische vaardigheden. Toen bij een van de actiebijeenkomsten werd opgeworpen dat zoiets al bestond in de vorm van het genoemde 'inlegvel' (dat ondanks de naam vast onderdeel van het boekje vormde), werd daar tijdens een vergadering met ongeloof op gereageerd: 'Of dit waar is moeten wij nog onderzoeken'. Kennelijk had de notulist dit na afloop van de vergadering onderzocht want zij/hij liet er in de notulen op volgen: 'Het inlegvel (…) is ons allen bekend: het is het experimentele deel dat achter in ons *Praktijk- en rapportenboekje* zit'.[146]

Het heeft er alle schijn van dat de elite van psychiaters en enkele hoofdverpleegkundigen die de herziening van de B-opleiding in 1970 voorbereidden, de Aktiegroep Willem strategisch wisten te doen bedaren door de opstandige leerling-verpleegkundigen niet te confronteren met hun (al dan niet gefingeerde) kennisachterstand, maar hen daarentegen het gevoel te geven daadwerkelijk inspraak te krijgen in de vernieuwingsoperatie die op stapel lag. Een gesprek met de Hoofdinspecteur voor Geestelijke Gezondheidszorg P.A.H. (Pieter) Baan en geneeskundig inspecteur van de Geestelijke Gezondheidszorg voor Noord-Holland en Utrecht W.L. Meijering leek Aktiegroep Willem te sussen. Het is opmerkelijk dat de actiegroep zich 'plotseling' meegaand opstelde door te stellen 'dat de mening van het departement van Sociale Zaken en Volksgezondheid wonderwel overeenstemt met de geëvolueerde mening van de aksiegroep'. Beide partijen waren de mening toegedaan dat de opleiding drastisch veranderd diende te worden. Het departement bracht daarvoor de volgende punten naar voren. De opleiding zou een algemene basisopleiding '(Somatisch-Psychiatrisch-Sociaal)' moeten worden van waaruit gedifferentieerd en gespecialiseerd kon worden. Baan stelde hier als het ware, evenwel zonder dit te zeggen, het eerder genoemde plan *De opleiding in de verpleegkunde* voor dat in 1966 als brochure door de Studiecommissie Examencommissies wijd verspreid was en gepubliceerd was in het *Tijdschrift voor Ziekenverpleging*. De actiegroep stelde daar tegenover dat de huidige B-opleiding 'een accentverschuiving [zou] moeten krijgen naar de Socio-therapeutische kant'.[147] Het valt op dat Aktiegroep Willem de 'sociotherapie' niet eerder in een actiekrant als onderdeel van de verpleegkunde benoemde. Het lijkt bijna alsof ze zijn eigen eisenpakket door haar gespreksgenoten liet voorzeggen.

Als overgangsfase naar een nieuwe beschikking stelden de gesprekspartners het volgende voor: een degelijke theoretische voorbereiding met stages ter voorbereiding op de praktijk. Hierdoor zou de minimumleeftijd om examen te doen kunnen vervallen. Er zou betreffende het *Praktijk- en rapportenboekje*

---

[144] IISG, Archief Nieuw Dennendal, 38, Actiekrant 24 februari 1970.
[145] Ibidem.
[146] Ibidem, Nagekomen nieuws 5 februari 1970 en Aktiekrant 6 februari 1970.
[147] Ibidem, Verslag gesprek met dr. Baan op 20 februari 1970.

> een handleiding moeten komen, waarin die handelingen staan, die zeer zeker gericht [sic: verricht; KD] moeten worden. Daarnaast een stageverslag, waarin onder meer deze punten verwerkt moeten worden.[148]

Voor de gevorderde leerlingen zou het bestaande boekje gedeeltelijk moeten worden vervangen.

Het is verleidelijk om de Aktiegroep Willem (1970) te vergelijken met bijvoorbeeld de studentenacties in Amsterdam (1969). Aktiegroep Willem voerde evenals de studenten actie tegen het in hun ogen bevoogdende klimaat in de samenleving, in hun sector gesymboliseerd door medisch georiënteerde psychiaters. De actiegroep wist goed hoe ze media-aandacht moest krijgen, net als de studenten. Bovendien kreeg Aktiegroep Willem net als de studenten landelijk grote aanhang. Kennedy's these dat de elite zich gewillig aanpaste aan de algehele maatschappelijke vernieuwingsdrang, kan eveneens goed opgaan voor de psychiatrie. De 'elite' van toonaangevende psychiaters en geneesheren-directeuren voelde zich gedwongen zich aan te passen om de orde in hun sector te herstellen, door te breken met vroeger beleid. Om het evenwicht te 'bewaren moesten veel vernieuwingen worden doorgevoerd', schrijft Kennedy.[149] Zo gebeurde het ook in de psychiatrische verpleging. Het ziet er naar uit dat Aktiegroep Willem dit grotendeels voor elkaar kreeg. De ene na de andere geneesheer-directeur gaf, aldus Aan de Stegge, zijn verzet tegen verandering op.[150]

Toch bestonden er tussen de studentenacties en de acties van Aktiegroep Willem ook grote verschillen. De acties van studenten waren met name om eigen belangen: medezeggenschap op alle niveaus.[151] Bij B-verplegenden ging het om veel meer. Naast medezeggenschap wilden zij hun beroep aantrekkelijker maken door bijvoorbeeld ook te kunnen werken als sociotherapeut. Bovendien, en dat is een groot verschil met de studentenacties, kwamen zij op voor de belangen van patiënten, zoals het niet onder een medisch regime te laten behandelen. Een ander groot verschil is de aanleiding van de acties. De studentenacties waren tegen het beleid van de elite. Aktiegroep Willem wilde in principe mee met de vernieuwingen die althans door een deel van de elite in de psychiatrie waren geïnitieerd.

Psychiaters die kritisch waren geworden ten aanzien van het medisch model hadden dus baat bij de Aktiegroep Willem. Doorgeredeneerd zou kunnen worden betoogd dat B-verpleegkundigen, bijna zonder dat zij zich dit zelf terdege realiseerden in een verlengde arm-constructie bleven, terwijl de jonge actievoerende verplegenden daar zelfs expliciet voor kozen. Dat verplegenden in een verlengde arm-constructie bleven komt bijna letterlijk sterk tot uiting op de afdeling van Foudraine, waar hij autoritair optrad om verplegenden in een antipsychiatrische rol te dwingen. Hij ontsloeg bijvoorbeeld twee broeders die niet met zijn opvattingen wilden werken en hij ging verplegenden *assistent-educators* noemen. Zelfs het voorvoegsel *assistent* duidt op een verlengde van de *educator*, namelijk Foudraine zelf.[152] Er zijn meer voorbeelden: de moderne psychiater Van Ree gedroeg zich in 1969 bij het opstarten van een sociotherapeutische afdeling in Vogelenzang zich de eerste maanden als een dictator, zoals hij zichzelf bij wijze van geuzennaam betitelde. 'Democratie bracht [hij] op gang met de kreet: "Wie hier geen democratie wil, die dondert maar op!"'.[153] Ook de eerder genoemde

---

[148] Ibidem.
[149] Kennedy, *Nieuw Babylon in aanbouw*, 19.
[150] Aan de Stegge, *Gekkenwerk*, 716.
[151] 'Maagdenhuis bezetting Amsterdam', website Internationaal Instituut voor Sociale Geschiedenis http://socialhistory.org/nl/collecties/maagdenhuis-bezetting-amsterdam (10 april 2014).
[152] Foudraine, *Wie is van hout…*(1997) 185 en 337.
[153] Van Ree, *Don Quichot of klokkenluider? Een halve eeuw in de Nederlandse psychiatrie*, 74.

Van der Drift was voor zijn sociotherapeutische vernieuwingen, aldus Vijselaar, ook niet vrij van een autoritaire en paternalistische opstelling.[154]

De belangrijkste conclusie die is te trekken, is dat Aktiegroep Willem in veel opzichten achter de feiten aan liep. De revolutie in de B-verpleegkunde voltrok zich niet in 1970, maar al veel eerder. In de bundel *Een stille revolutie?* onder redactie van Paul Luykx en Pim Slot hebben verschillende historici betoogd dat talrijke veranderingen die geassocieerd worden met de jaren zestig en zeventig al in de jaren vijftig stilletjes waren aangevangen.[155] In de psychiatrie had zich in kleine kring een vergelijkbare 'stille revolutie' voltrokken, waarbij het traditionele medische model werd verruimd in de richting van de sociotherapie. De B-opleiding werd op grond daarvan reeds in 1959 herzien en tien jaar later, in 1969, stond de volgende, verdergaande herziening alweer op stapel. Het vernieuwende karakter van deze laatste hervormingsplannen is tot nu toe nog te weinig erkend. Net als de actievoerders van Aktie Willem besteedt Aan de Stegge aan het *Interim-rapport herziening B-opleiding* opvallend weinig aandacht. Zij beschrijft het onder meer als 'het laatste plan voor herziening van de B-opleiding', als 'nieuwe conceptregeling' en als 'concept leerplan', maar gaat op de inhoud nauwelijks in.[156] De uiteindelijke, ingrijpende herziening van de B-opleiding, die in 1975 gestalte zou krijgen, was echter minder het resultaat van de veelbesproken acties van Aktiegroep Willem, maar meer van deze concrete plannen die voorafgaand aan de acties al op tafel lagen.

De wettelijke herziening van de B-opleiding (1970-1975)

In 1975 resulteerden alle discussies die sinds de jaren zestig waren gevoerd om de B-opleiding te herzien – en waarbij Aktiegroep Willem een duidelijke katalysatorfunctie vervulde – uiteindelijk in een volledige wettelijke herziening van de B-opleiding met de Regeling opleiding B-verpleegkundige.[157] De wetgever motiveerde de herziening ongeveer als in 1970, maar met meer woorden die er op neer kwamen dat de verpleegkundige naast lichamelijke zorg en het beschermen van de patiënt tegen zichzelf en anderen ook taken had die gericht waren op het begeleiden en revalideren van de patiënt zodat hij weer optimaal kon functioneren. Ook onderwijskundige, pedagogisch-didactische inzichten en veranderde eindexameneisen speelden een rol bij de grootscheepse wijziging van de opleiding tot B-verpleegkundige, onder andere ten behoeve van integratie van theorie en praktijk.[158]

De herziening op de wet regelde welke instellingen in aanmerking zouden komen om de vernieuwde inservice opleiding aan te bieden. In 1969 had het *Interim-rapport* voorgesteld om uitsluitend instellingen te erkennen voor een volledige B-opleiding met tenminste 200 bedden met een voldoende gedifferentieerd patiëntenbestand. Instellingen met een gedifferentieerd patiëntenbestand van 40 bedden en categorale instellingen vanaf 100 bedden zouden een deel van de opleiding kunnen aanbieden, waarbij leerlingen na het tweede jaar zouden moeten overstappen naar een volledig erkende instelling.[159] De wet van 1975 nam dit voorstel niet over. Volgens de Nota van toelichting was een voldoende gedifferentieerd psychiatrisch patiëntenbestand van tenminste 100 patiënten voldoende, met dien verstande dat een regelmatige wisseling in het patiëntenbestand zou moeten plaatsvinden met

[154] Vijselaar, 'De ander tot vrijheid wekken', 198.
[155] Paul Luykx en Pim Slot, red., *Een stille revolutie? Cultuur en mentaliteit in de lange jaren vijftig* (Hilversum 1997).
[156] Ibidem, 667-668, 706-707, 712.
[157] De Vries de, *Wetgeving Ziekenverpleging* (1e aanvulling bij de 2e druk; 1974) 161-202.
[158] Ibidem, 179-180
[159] 'Interim-rapport herziening B-opleiding, van de Commissie Herziening B-opleiding' (1969) 259.

mogelijkheden van situaties voor observatie, revalidatie, langdurig verblijf-patiënten en gerontopsychiatrie en een ruim scala van behandelingstechnieken en therapieën. Kleine (ook categorale) instellingen konden participeren in de opleiding door gezamenlijk met grotere instellingen samen te werken. Zo konden voor de partiële B-opleiding erkende inrichtingen zoals instituten voor zwakzinnigenzorg en epilepsiecentra in de B-opleiding een rol blijven spelen.[160]

Ten aanzien van de duur van de opleiding had het *Interim-rapport* zich uitgesproken voor een relatief lange periode van drie en een half jaar, met inbegrip van acht weken preklinische periode en in totaal 800 theorie-lesuren.[161] Merkwaardig is dat het aantal 800 lesuren, genoemd in het *Interimrapport*, niet voorkwam in het besluit van 1970. Dat zal vergeten zijn, want in 1967 was datzelfde aantal voor de A-opleiding wel wettelijk vastgelegd. De uiteindelijke wet van 1975 bepaalde het aantal lesuren op 1060, maar behield de opleidingsduur van drie jaar.[162]

Ten aanzien van de vereiste vooropleiding bevestigde de wet van 1975 het reeds in 1970 vastgestelde besluit dat aspirant-leerlingen minimaal zouden moeten beschikken over een diploma Mulo/Mavo 4-niveau. Tot 1970 was er voor de B-opleiding geen vooropleidingseis gesteld: lagere school was in principe voldoende.[163] De nieuwe vooropleidingseis betekende een hele verandering. In 1967 had maar liefst 63,8 procent van de B-leerlingen in 44 inrichtingen 'onvoldoende' vooropleiding, dat wil zeggen één of meer jaar vervolgonderwijs of Gewoon Lager Onderwijs/Voortgezet Gewoon Lager Onderwijs.[164] Ter vergelijking: de A-opleiding nam in 1966, toen er nog net geen vooropleidingseis was, nog 19 procent van de nieuw leerlingen aan met een onvoldoende vooropleiding.[165]

De oorspronkelijke wet van 1924/1929 schreef nog altijd voor dat de inrichting geen leerling-verplegenden aan mocht nemen onder de achttien jaar.[166] De Commissie Herziening B-opleiding had goed in de gaten dat daardoor een gat zat tussen schoolverlating en toelating tot de opleiding. Daarmee zouden aspirant-leerlingen verloren kunnen gaan omdat zij, voordat zij de B-opleiding in konden, ander werk hadden gevonden. In het *Interim-rapport* werd dan ook voorgesteld dat leerlingen reeds met zeventien jaar de opleiding konden aanvangen. Die leeftijdseis zou zelfs vervallen als de aspirant Mavo/Mulo 4-niveau had.[167] De wetgever nam dit voorstel uiteindelijk niet over en maakte er in 1970 zeventien jaar en zeven maanden van en dat bleef zo in 1975. De leeftijdseis van 21 jaar bij het examen verviel.[168]

De nieuwe wet van 1975 (en de herziening van 1970) legde, vergeleken met 1929, uitgebreider de inhoud van de opleiding vast.[169] Binnen het raamwerk van deze wijzigingen kwam er in nauw overleg met de Geneeskundige Hoofdinspecteur van de Geestelijke Volksgezondheid, 'voldoende ruimte (…) tot het experimenteren met de B-opleiding'.[170]

---

[160] De Vries, *Wetgeving Ziekenverpleging* (1e aanvulling bij de 2e druk; 1974) 180-181.
[161] 'Interim-rapport herziening B-opleiding, van de Commissie Herziening B-opleiding' (1969) 258-261. De instellingen die een weinig gedifferentieerd patiëntenbestand hadden of een klein aantal bedden, konden partieel deel uitmaken van de opleiding, maar na twee jaar moesten leerlingen over naar een grote instelling waar de rest van de opleiding nog twee duurde. De opleiding duurde daardoor een jaar langer. De Vries, *Ziekenverpleging* (1968) 78-79 en 81.
[162] De Vries, *Wetgeving Ziekenverpleging* (1e aanvulling bij de 2e druk; 1974) 165-166.
[163] Vergragt en De Vries, *Ziekenverpleging* (1e aanvulling bij de 1e druk; 1968) 164-166 en 170-171.
[164] 'Interim-rapport herziening B-opleiding, van de Commissie Herziening B-opleiding' (1969) 270.
[165] Geneeskundige Hoofdinspectie, *Opleiding voor diploma A ziekenverpleging. De stand van zaken 1968*, bijlage 1.
[166] Vergragt en De Vries, *Ziekenverpleging* (1968) 79.
[167] 'Interim-rapport herziening B-opleiding, van de Commissie Herziening B-opleiding' (1969) 259.
[168] Vergragt en De Vries, *Ziekenverpleging* (1e aanvulling bij de 1e druk; 1968) 164 en 169-170. De Vries, *Wetgeving Ziekenverpleging* (1e aanvulling bij de 2e druk; 1974) 163.
[169] Vergragt en De Vries, *Ziekenverpleging* (1e aanvulling bij de 1e druk; 1968), 171-172.
[170] Ibidem, 169.

Deze ruimte tot experimenteren zou wel eens het werk geweest kunnen zijn van de Aktiegroep Willem. In 1970 betrof de helft van de 800 uur leerstof de zieke mens, waarin de psychiatrische en de algemene verpleegkunde waren ondergebracht. Bijna een kwart van de uren ging naar de gezonde mens en ruim een kwart was bedoeld om de leerling te vormen met behulp van de 'noodzakelijke complementaire leerstof' (zie bijlage 18). In 1975 verdeelde de wetgever de 1060 lesuren op een andere manier in: psychische, somatische en algemeen vormende vakken. De helft van het aantal uren was voor psychisch gerelateerde vakken: twintig procent psychiatrische verpleegkunde, twaalf procent psychiatrie, tien procent psychologie en acht procent was gereserveerd voor andragogie. De algemene verpleegkunde was nu ondergebracht bij de somatische vakken en kreeg slechts elf procent van de opleiding (zie bijlage 19).[171] Dat betekent dat van de hele opleiding slechts 31 procent naar verpleegkunde ging. Bovendien kwam verpleegkunde nog steeds onder psychische en somatische vakken en niet als een zelfstandig vak. Moderne verpleegkundigen, zoals de (sympathisanten van) Aktiegroep Willem, zullen de regeling van 1975 een vooruitgang hebben gevonden, temeer omdat een klein vijfde deel naar algemeen vormende vakken ging en de helft naar psychisch gerelateerde vakken. Slechts een derde deel bleef over voor somatiek. Zestig uur kon ingevuld worden naar eigen inzicht. Dat aantal zal zeker besteed zijn geweest aan de eigenheid van de instelling: er bleef dus ruimte voor experimenten. In vergelijking met de regeling van 1977 voor de A-opleiding ging verhoudingsgewijs minder uren naar verpleegkunde en verpleegkunde-gerelateerde vakken en bovendien kreeg verpleegkunde en daaraan gerelateerde vakken in de A-opleiding een eigen groep (zie bijlage 12 en 19).

De wettelijke veranderingen in 1975, waarin het antipsychiatrisch klimaat duidelijk weerklank vond, was gebaseerd op de in 1974 van overheidswege uitgebrachte, ruim 230 bladzijden tellende uitgave *Leerstof Ziekenverpleging B*, waarin nieuwe leerstof voor de hele B-opleiding zeer gedetailleerd uiteen was gezet (zie bijlage 20). Hierin is een splitsing aangebracht tussen een psychiatrisch deel en een somatisch deel.[172] De werkgroep met daarin wederom Jacobs en enkele verpleegkundige auteurs van lesboeken (zie bijlage 23), beschouwde het schrijven van de leerstof met de toen geldende eisen en het tegelijk inbouwen van een visie 'een haast niet te verwezenlijken doelstelling'. Om recht te doen aan de steeds grotere behoefte aan interdisciplinair werken, voegde de werkgroep de vakken andragogie, maatschappijleer en expressie in. De verpleegkundige in opleiding ontwikkelde zich door de nieuwe leerstof van een minder diagnostische naar een meer therapeutische verpleegkundige. Om die reden groepeerde de werkgroep de leervakken om de psychiatrische verpleegkunde.[173] De opleiding trainde leerlingen in het zich eigen maken van een beroepsattitude vanuit verpleegkunde, psychohygiëne, groepsdynamica, psychotherapeutische aspecten, andragogiek, attitudevorming met betrekking tot seksualiteit en agressie en activerende benaderingswijzen van de patiënt.[174]

De werkgroep zorgde dus voor een modernere psychiatrische verpleegkunde, maar vond wel dat somatische verpleegkunde nodig was om de mens integraal te kunnen verzorgen, verplegen en begeleiden. Men moest zich volgens de werkgroep realiseren 'dat het menselijk lichaam het orgaan is waardoor de psyche zich kan manifesteren waardoor relatie met de ander mogelijk is'.[175] In de leerstof voor psychiatrische vakken hadden auteurs het psychiatrisch verplegingsplan uitgewerkt in relatie tot het behandelingsplan.[176] Dat betekende

[171] De Vries, *Wetgeving Ziekenverpleging* (1e aanvulling bij de 2e druk; 1974) 167 en 193.
[172] *Leerstof Ziekenverpleging B* ('s-Gravenhage 1974).
[173] Ibidem, 5.
[174] Ibidem, 14-17.
[175] Ibidem, 128.
[176] Ibidem, 19-20.

dat de verpleegkunde (in theorie) eigen instrumenten in handen had genomen. En daar bleef het niet bij. De leerstof werd ingekaderd binnen de beroemde definitie van verpleegkunde die Virginia Henderson had opgesteld. Het merkwaardige is dan weer dat die definitie werd opgenomen in het deel voor de somatische verpleegkunde en niet in het deel voor psychiatrische verpleegkunde.[177] De werkgroep vond kennelijk dat die niet voor de psychiatrische verpleegkunde kon gelden. Hier had bijvoorbeeld, als de werkgroep de splitsing aan wilde houden, Peplau genoemd kunnen worden. Jacobs wist immers van haar bestaan af. Wel vroegen de auteurs in het deel van de psychiatrische verpleegkunde om een begripsbepaling met onder meer de overeenkomsten en verschillen tussen de somatische en psychiatrische verpleegkunde.[178] Duidelijk is dat de werkgroep de psychiatrische verpleegkunde op voorhand niet koppelde aan een bestaande theorie, zoals dat in het somatische deel is gedaan aan de hand van Henderson (zie bijlage 20). Achteraf gezien had dit wel kunnen bijdragen aan een eigen identiteit.

De B-verpleging in de jaren zeventig: verwarring, conflict en territoriumstrijd

Al deze verschuivingen in de theorievorming over de B-verpleegkunde en de wettelijke herziening van de B-opleiding voltrokken zich uiteraard tegen de achtergrond van grote veranderingen in de maatschappij en op de werkvloer. Dat ging niet zonder de nodige conflicten. Historici Hans Righart en Piet de Rooy hebben gewezen op het precaire evenwicht van traditie en vernieuwing in de jaren vijftig. Aan de hand van een gesprek in de Familie Doorsnee, een populair radioprogramma van de VARA, maakten zij dat inzichtelijk. In dat gesprek wilde zoon Rob een televisie (een nieuwigheid in die tijd), maar vader wilde dat absoluut niet. Moeder had nog nooit een televisie gezien. Zij vroeg echter door en leek wel belangstelling te hebben.[179] Hier was niet alleen een generatiekloof zichtbaar tussen ouders en zoon, maar ook een kloof tussen de ouders onderling: terwijl een deel van de oude garde zich principieel verzette tegen de nieuwigheden van de jeugd, ging een ander deel van de oude garde erin mee.[180] In de psychiatrie gebeurde iets vergelijkbaars. Een deel van de oude generatie verpleegkundigen/psychiaters was van alle nieuwigheid niet gediend. Een ander deel wilde wel mee met de nieuwe garde.

Zoals hierboven is gezien wilde de psychiater Jan Foudraine de psychiatrische verpleegkunde geheel op nieuwe leest schoeien, waarbij de titel ‘verpleegkundige’ wat hem betreft beter kon vervallen en vervangen worden door ‘assistant-educator’. Foudraine stond daarin niet alleen. De sociaal wetenschappers Bart van Bergen en Louk Hollands zetten in 1972 uiteen dat de verpleegkundige zorg een afgeleide was van somatisch disfunctioneren. Daarom betoogden zij dat:

> met name in B-, en de Z- en de SPD- [Sociaal Psychiatrische Dienst; KD] verpleging en de maatschappelijke gezondheidszorg mensen werkzaam zijn aan wie eerder de naam groepsbegeleider, orthagoog, sociaal werker of speltherapeut gegeven moet worden, dan ‘verpleegkundige’, daar zij werk verrichten dat

[177] Ibidem, 197.
[178] Ibidem, 9.
[179] Hans Righart en Piet de Rooy, ‘In Holland staat een huis. Weerzin en vertedering over “de jaren vijftig”’, in: Luykx en Slot, *Een stille revolutie?* 11-18, aldaar 16.
[180] Ibidem, 18.

> moeilijk te vangen is in de opvatting van zorg zoals wij die aangegeven hebben als verpleegkundige zorg.[181]

Het pleidooi van Foudraine en Van Bergen/Hollands kreeg navolging in de praktijk. Op de afdeling Conolly van psychiatrisch ziekenhuis Brinkgreven te Deventer gingen verpleegkundigen die therapeutisch ingesteld waren in de loop van de jaren zeventig sociotherapeut heten.[182] Ook de verpleegkundige D. den Hollander, afdelingshoofd van de Rijks Psychiatrische Inrichting te Eindhoven, was weinig gehecht aan de titel verpleegkundige. Midden in de jaren tachtig sprak hij zelfs van 'de verpleegkundige (hierna te noemen: sociotherapeut)…'.[183] Hij vond dat de sociotherapeut [de verpleegkundige] zich vooral moest richten op het gewone leven. De kracht van de sociotherapeut lag 'primair in model-staan in en hanteren van het gewone leven'. Den Hollander omschreef sociotherapie 'als de kunst van het gewoon doen.'[184] Sociotherapie zou met de uitleg van Trimbos een antipsychiatrische tendens genoemd kunnen worden, omdat sociotherapie niet uitging van het ziektemodel, maar omdat sociotherapie gericht was op de groep (samenleving), op het 'gewoon doen'.

Hoe dat 'gewoon doen' precies moest was natuurlijk wel de grote vraag. Verpleegkundigen werden 'begeleiders' genoemd, zo vertelde John Bassant in *Andere Tijden*. Zij mochten niet ingrijpen, maar moesten simpelweg aanwezig zijn.[185] Hij kwam in 1971 in dienst van het Provinciaal Ziekenhuis Santpoort om te werken in de jeugdpsychiatrische kliniek Amstelland, een psychotherapeutische gemeenschap. Hij had geen ervaring en zijn taak bestond uit bezighouden, meedoen, aanwezig zijn. Gemma Blok gaf een voorbeeld hoe een leerling die op een Therapeutische Gemeenschap kwam te werken te horen kreeg, nadat zij had gevraagd wat zij moest doen, dat zij niets moest doen dan alleen zichzelf zijn terwijl zij zag dat de afdeling wel een sopje kon gebruiken.[186] De verandering in de psychiatrische ziekenhuizen voltrokken zich begin jaren zeventig zeer snel. In veel instellingen werkten verplegenden rond 1970 nog volgens oude gewoonten. In bijvoorbeeld het psychiatrisch ziekenhuis Endegeest liep het personeel nog in uniform en werkte volgens het principe rust, regelmaat en reinheid.[187] Al gauw 'kreeg het verpleegkundig werk op Endegeest (…) meer therapeutisch gehalte' en vanaf 1975 mocht iedereen in burger werken als zij dat wilden.[188]

Een psycho- en sociotherapeutische behandelcultuur kreeg meer invloed. Dat betekende volgens Blok dat 'cliënten werd geadviseerd om het heft van hun leven in eigen handen te nemen. Ze moesten 'baas in eigen brein' worden (…) zij moesten in feite *zichzelf* leren genezen'.[189] Dat klinkt mooi, maar het kon ook ethische dilemma's opleveren, want kan iedereen zichzelf wel genezen? Blok liet een voorbeeld zien van een manisch meisje dat wekenlang enorm hyperactief was, maar toch geen medicatie wilde. De arts had besloten haar gedwongen medicatie te geven 'als het te lang duurt'. Toen het zover was en de hoofdverpleegkundige onder dwang een spuit wilde toedienen, kreeg hij geen hulp, 'iedereen

---

[181] Bart van Bergen en Louk Hollands, 'Verplegen volgens "Het Profiel"' in: Harry van der Bruggen, red., *De delta van de Nederlandse verpleging* (3e druk; Lochem en Utrecht 1992) 44-54, aldaar 46 en 47.
[182] Blok, *Baas in eigen brein*, 100.
[183] D. den Hollander, 'De kunst van het gewoon praten', *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 39 (1985) 615-619, aldaar 615.
[184] Ibidem, 615 en 619.
[185] 'Wie is van hout?', in: *Andere Tijden* (NTR/VPRO 13 en 15 februari 2014), website Geschiedenis 24, http://www.geschiedenis24.nl/andere-tijden/afleveringen/2013-2014/Wie-is-van-hout-.html (15 februari 2014).
[186] Blok, *Baas in eigen brein*, 135.
[187] Blok en Vijselaar, *Terug naar Endegeest*, 202.
[188] Ibidem, 206.
[189] Ibidem, 15.

op de afdeling weigerde'.[190] Medezeggenschap van de patiënt ging dus heel ver en dat stuitte tegen de borst van oudere verpleegkundigen die vonden dat bijvoorbeeld medicatie onder dwang een goede weg was, zoals bij het manische meisje. Modern opgeleiden wilden in navolging van bijvoorbeeld de antipsychiater Thomas Szasz, geen medicijnen onder dwang geven. Szasz vond dat er 'geen medische, morele of wettelijke rechtvaardiging' was 'voor onvrijwillige psychiatrische interventies, zoals 'diagnose', 'opname' of 'behandeling". Hij vond ze 'misdaden tegen de mensheid'.[191]

Harde confrontaties bleven niet uit. Leerling-verpleegster Nelleke Biemond vertelde dat er in de Willem Arntsz Hoeve 'veel van die zachte, lieve mensen op het vak af[kwamen], vooral uit de *flowerpowerbeweging* waarin iedereen lief was voor elkaar.' Zij vonden, in de lijn van de antipsychiatrie, dat de psychiatrische patiënt de dupe was geworden van de harde maatschappij. Ook dienstweigeraars kwamen werken in de Willem Arntsz Hoeve om aan hun vervangende dienstplicht te voldoen. 'Dat was ook een heel vredelievend volkje', aldus Biemond.[192] De directie van Endegeest zag dat anders. Nadat een dienstweigeraar een artikel met kritiek over het strenge beleid van Endegeest had geschreven in het tijdschrift *de PaSSieffist* van de Bond voor Dienstweigeraars, kreeg hij en een redacteur van *de PaSSieffist* ontslag. De overheid plaatste hen over naar een werkkamp in Drenthe. Uit protest ging een groep dienstweigeraars in staking, maar hieven die staking na drie kwartier weer op na dreiging van arrestatie.[193]

Oudere verpleegkundigen probeerden de opstandige jeugd in het gareel te houden, maar verloren onder de jongere generatie hun status en gezag. De verpleegkundige Biemond herinnerde zich dat er veel verzet was tegen de leiding. Leerlingen liepen allang niet meer in uniform, maar het afdelingshoofd bleef haar witte jurk dragen. Zij deed daar 'beslist geen afstand van evenmin als van haar manier van werken'. Biemond vertelde dat zij en haar collega's bang waren voor nachthoofden. 'Dat waren van die wereldvreemde oudere vrouwen, die nog echt van de oude stempel waren'. Biemond en haar collega's strooiden suiker om de nachthoofden aan te horen komen om niet betrapt te worden op dingen die niet mochten, zoals in slaap vallen.[194]

Blok maakte deze frictie tussen aanhangers van het medisch model en een nieuwe beweging voor democratie, vrijheid, gelijkheid en openheid nog duidelijker door een hoofdstuk 'Oorlog in de psychiatrie' te noemen.[195] Verplegenden die modern psychiatrische kenmerken navolgden, hadden weinig begrip voor oudere verpleegkundigen die nog niet zo lang daarvoor grootschalige afdelingen draaiende moesten houden in een periode zonder psychofarmaca. Eerder opgeleiden waren niet met de nieuwigheden opgeleid. Waren zij gewend de arts en de hoofdzuster te volgen, nu werden zij door een nieuwe generatie de les gelezen en kregen zij het verwijt te weinig liefde voor de patiënten te hebben gehad.[196]

De drang naar individuele gedragsvrijheid en democratisering die de nieuwe generatie psychiatrisch verplegenden manifesteerde was voor de oudere generatie soms slikken. Voor hen moet dat moeilijk geweest zijn. 'De oudere verpleegkundige garde voelde zich onterecht aangevallen en miskend (…) "dat wij als verpleegkundigen ook echt hielden van onze patiënten, dat kwam nou nooit aan bod"', zo citeerde Blok een heringetreden

---

[190] Blok en Vijselaar, *Terug naar Endegeest*, 235.
[191] Szasz, *Geestesziekte als mythe* (1972) 269.
[192] De Leeuw e.a., *Van oppasser naar verpleegkundige*, 62-63.
[193] Blok en Vijselaar, *Terug naar Endegeest*, 204-205.
[194] De Leeuw e.a., *Van oppasser naar verpleegkundige*, 59.
[195] Blok, *Baas in eigen brein*, 131-165.
[196] Ibidem, 120. Cecile aan de Stegge, 'Honderdtwintig jaar psychiatrische verpleegopleiding in Nederland', *Gewina. Tijdschrift voor de geschiedenis der geneeskunde, natuurwetenschappen, wiskunde en techniek* 27 (2004) 78-99, aldaar 95.

verpleegkundige.[197] Aan de Stegge schreef zelfs dat 'jonge leerlingverpleegkundigen die nu – ouder en wijzer – over die periode nadenken (…) wel eens wroeging over hun 'harde' opstelling in die tijd [voelen]'.[198] Aktiegroep Willem wakkerde deze tegenstelling toentertijd stevig aan. Zo karakteriseerde hij de gezaghebbenden in de psychiatrische inrichting Wolfheze als conservatief en autoritair, maar roemde de leerlingen die 'gelukkig niet zo conservatief waren'.[199] Aktiegroep Willem kon zich ook sarcastisch opstellen. Hij sneerde in een actiekrant naar een oudere zuster, die vond dat de acties van de groep teveel geld zouden gaan kosten, met de volgende zinnen:

> Ach ja ze had de oorlog meegemaakt en spaarde nu als er eventueel weer oorlog zou komen. We vinden het knap hoor mevrouw maar wij geloven dat als er weer oorlog komt, U de spaarcentjes ook niet meer kunt gebruiken.[200]

De kenmerken van de generatiekloof in de B-verpleging roept een parallel op met wat de historicus Bram Mellink schreef in zijn proefschrift *Worden zoals wij*, over de ontwikkeling van het onderwijs en de opkomst van de geïndividualiseerde samenleving sinds 1945:

> Onder de noemer van tolerantie, vrijheid en zelfstandigheid vielen migranten ten prooi aan leraren en onderwijsbestuurders die hen maanden tot aanpassing aan individualiseringswaarden. Het emancipatieproces van nieuwkomers was pas voltooid als zij de waarden van vrijheid, zelfstandigheid en ruimdenkendheid omarmden, als ze werden zoals wij.[201]

De nieuwe generatie verplegenden deed als groep eigenlijk hetzelfde. Zij drong oudere verpleegkundigen, en ook patiënten, democratie op. Het is voor te stellen dat psychiatrische patiënten geen 'baas in eigen brein' wilden of konden zijn, maar toch moesten 'worden zoals wij'. Duidelijk is in elk geval dat niet alle eerder opgeleide verpleegkundigen wilden worden zoals 'zij'.

De andragoloog Jacques Bras constateerde in 1975 dat er een omslag zichtbaar was van de traditionele verpleegkundige naar de verpleegkundige in een sociotherapeutische functie, maar dat lang niet alle B-verpleegkundigen zover waren:

> De verpleegkundige is mondig geworden, maar staat ambivalent tegenover al deze nieuwe rolverwachtingen. Sommigen streven volledige rolverandering na; anderen vechten voor behoud van de traditionele rol en status.[202]

Bras wees daarbij ook op een andere ontwikkeling die hierboven nog niet ter sprake is gekomen. Hij constateerde dat klinisch psychologen zich in psychiatrische ziekenhuizen

---

[197] Blok, *Baas in eigen brein*, 235.
[198] Aan de Stegge, 'Honderdtwintig jaar psychiatrische verpleegopleiding in Nederland', 95.
[199] IISG, Archief Nieuw Dennendal (Den Dolder), 38, Stukken betreffende de Aktiegroep Willem. [1969], onder meer: Nieuws 2 februari [1970]; Dinsdag 3 februari [1970]]; Ingekomen nieuws 5 februari 1970 en vervolg 6 februari 1970; Aktiekranten 6, 8 en 16 februari [1970].
[200] IISG, Archief Nieuw Dennendal, 38, Actiekrant 17 februari 1970.
[201] Mellink, *Worden zoals wij*, 231.
[202] Raad voor de Volksgezondheid, *Rapport in het kader van de specialisaties in de verpleegkunde betreffende 'De verpleegkundige belast met specifieke taken in de geestelijke gezondheidszorg met name in de psychiatrische hulpverlening'* (1983) 9. Jacques Bras, *Tweespraak tussen residentiële andragogiek en psychiatrische verpleegkunde* (2e druk; Lochem 1976) 26. Jacques Bras was in 1976 hoofd studierichting inrichtingswerk aan de sociale academie De Dommel te Eindhoven en werkte jarenlang als leefgroepbegeleider in inrichtingen. Hij promoveerde in 1973 met zijn proefschrift *De opleiding van de groepsleider: een bijdrage tot ontwikkeling van orthopedagogisch residentiële hulpverlening.*

ontwikkelden tot een 'nieuwe elite', die de traditionele B-verpleegkundige in verwarring bracht.[203] De maatschappelijke status van psychologen was na de Tweede Wereldoorlog in Nederland snel gestegen. De sociaal wetenschapper Ido Weijers beschreef hoe psychologen een belangrijk onderdeel vormden van de naoorlogse 'Doorbraak-elite' of 'Doorbraak-beweging', waarmee hij intellectuelen bedoelde die de hokjesgeest doorbrak en waarvan de Utrechtse fenomenologen de intellectuele voorhoede vormden. Volgens Weijers wilde de fenomenologie van de Doorbraak voor alles de persoon-in-zijn-wereld – gesitueerdheid – beschouwen en niet als een geïsoleerd object. De Utrechtse fenomenologen hadden vooral een praktisch-empirische opvatting van fenomenologie: methoden leren om de ander te begrijpen.[204] De Doorbraak-elite ging aldus Weijers 'op een aantal belangrijke terreinen in de Nederlandse cultuur na de oorlog een hoofdrol (…) spelen'. Zij ontwikkelden zich 'tot onze nationale 'volksopvoeders' die door tallozen, ook in de wereld van politiek en bestuur, als geestelijk leidsman [werden] gewaardeerd'.[205]

De nieuwe elite van klinisch psychologen zat in het vaarwater van verpleegkundigen. De door Bras bedoelde psychologen waren specifiek werkzaam in de psychiatrische ziekenhuizen, waar zij er volgens hem toe neigden de rol van de psychiater over te nemen. Waren de psychiaters nog steunverleners voor verpleegkundigen, omdat zij in hun kielzog werkten; klinisch psychologen hadden een andere (niet medische) werkwijze.[206] De eerder genoemde afdeling Conolly van Brinkgreven te Deventer biedt een voorbeeld waarbij verpleegkundigen door het aannemen van een andere rol, waar zij veelal wel zelf voor gekozen hadden, in een identiteitscrisis kwamen.[207] Blok citeerde een hier werkzame verpleegkundige die in een terugblik constateerde dat verpleegkundigen eerst 'de verlengde arm van de psychiater [waren]. En nu (…) de verlengde arm van de psycholoog! We moesten een eigen verpleegkundige identiteit zien te vinden'.[208] In een brief schreef een groep verpleegkundigen van Conolly eind jaren zeventig:

> In de roes van het succes zagen we niet dat door de systeemtheorieën[209] onze verpleegkundige inbreng steeds minder werd. […] Langzamerhand rezen […] steeds meer vraagtekens […] moesten wij psycholoogjes worden?[210]

Op Conolly was het een psychologe die 'door haar enthousiasme, ambitie en charismatische persoonlijkheid een centrale rol' vervulde.[211] Er ontstond op die afdeling een tweespalt die begon te lijken op die van Dennendal (zie hoofdstuk 3).

Doordat de confrontaties tussen de oude en nieuwe generatie verpleegkundigen omtrent de sociotherapie nog eens werden gecompliceerd door de opkomst van de klinische psychologie, leek de identiteitscrisis binnen de B-verpleegkunde zich nog verder te verdiepen. De B-verpleegkundige Piet van den Berg stelde, in het kader van een scriptie voor de stafopleiding in 1973, zelfs de vraag: 'heeft de psychiatrisch verpleegkundige niet zijn langste

---

[203] Bras, *Tweespraak tussen residentiële andragogiek en psychiatrische verpleegkunde*, 20
[204] Weijers, 'De slag om Dennendal', 63. Ido Weijers, 'De binnenhuisarchitecten van de Nederlandse verzorgingsstaat. Menswetenschappers en doorbraak', *Gewina. Tijdschrift voor de geschiedenis der geneeskunde, natuurwetenschappen, wiskunde en techniek* 24 (2001) 196-206.
[205] Weijers, 'De slag om Dennendal', 49.
[206] Bras, *Tweespraak tussen residentiële andragogiek en psychiatrische verpleegkunde*, 20.
[207] Blok, *Baas in eigen brein*, 96-103 en 119-120.
[208] Ibidem, 99.
[209] 'Kort gezegd gaat de systeemtheorie er van uit dat de mens pas werkelijk begrepen kan worden in de context van zijn relaties. Ondanks dat we vaak denken dat iemand een vaststaand karakter heeft, zien we mensen zich in verschillende contexten steeds anders gedragen (…)', aldus Steven Pont, ontwikkelingspsycholoog en systeemtherapeut, website: Systeemtheorie.nl. http://www.systeemtheorie.nl/systeemtheorie.php (5 maart 2014)
[210] Blok, *Baas in eigen brein*, 100.
[211] Ibidem, 98 en 99.

tijd gehad?'[212] Dat was in die tijd een relevante vraag. Van den Berg liet in 1973 een overgangsfase zien, maar ook een scheidslijn. Hij zag de verschillen in de manier waarop psychiaters de patiënt behandelden. De nieuwe garde psychiaters streefde naar het aanbrengen van individuele verantwoordelijkheden en zelfstandigheid bij de patiënt, terwijl de oude garde psychiaters nog somatisch georiënteerd was en behandelde met symptoomdempende medicijnen, slaapkuren en soms een elektroshock. De oude garde had, volgens Van den Berg, de overhand met in hun kielzog verpleegkundigen die nog opgeleid waren volgens de somatische methode. Van den Berg pleitte daarom voor verandering van de opleiding. Hij vond dat de verpleegkundige een therapeutisch instrument kon zijn, die de patiënt kon helpen: goede relaties op te bouwen, contacten te leggen, aanzetten tot zelfkennis en zelfaanvaarding, het vermogen te ontwikkelen om zelf problemen op te lossen. Het leek hem zinvol om geschikte B-verpleegkundigen 'een psycho-analytische scholing te geven'.[213]

Anders dan Van den Berg probeerde hoofdverpleegkundige van paviljoen Zuideroord, Jacobien Ganzevoort, in het psychiatrisch ziekenhuis Vogelenzang, wel 'het typische van het verpleegkundige-zijn' te vinden.[214] Zij pleitte voor een nieuwe opleiding waarin leerlingen capaciteiten ontwikkelden om aan te kunnen sluiten op de nieuwe behandelingsmethoden die gericht waren op relaties. De kennis en vaardigheden die daar voor nodig waren kwamen volgens Ganzevoort niet of te weinig aan bod in de oude opleiding. Juist eigen inbreng, inzet van eigen persoonlijkheid, aangaan van relaties met de patiënt, hanteren en niet onderdrukken van conflicten en begeleiding van de patiënt in zijn relaties met medepatiënten en familie waren nodig. Dit waren volgens Ganzevoort nieuwe agogisch gerichte taken.[215]

Zo werkten er in 1973 B-verpleegkundigen op Ganzevoorts paviljoen als vaste begeleiders, die een door het ziekenhuis verzorgde bijscholingscursus voor groepswerk en een leerpsychotherapeutische groepsopleiding van een jaar hadden gevolgd. Naast verpleegkundigen werkten er agogisch geschoolden en therapeuten op het gebied van onder meer muziek, beweging en psychodrama in teamverband. De zenuwarts, in voorgaande jaren de afdelingsarts en spil waar alles om draaide, kreeg een consultatieve rol. De afdelingsarts was een assistent-arts. De patiënt had een grote mate van medezeggenschap. Het paviljoen in Vogelenzang was hierdoor een sociotherapeutische gemeenschap. Ganzevoort vond het erg moeilijk om 'een algemene taakomschrijving voor psychiatrisch verpleegkundigen te geven'. Zij maakte duidelijk dat zij een beroepsprofiel miste. Zolang dat er niet was, kon een eenduidige taakomschrijving niet gegeven worden. Wel vermeldde Ganzevoort dat leerling-verpleegkundigen onder meer als taak hadden:

> het observeren van medemensen en daarop afgestemd bijspringen *als dat nodig is* (…), het rapporteren en bespreken van de te volgen lijn met andere deskundigen, het voeren van gesprekken en onderhouden van contacten met patiënten op basis van kennis en informatie en het stimuleren van gezond gedrag en alle strevingen die daarop gericht zijn. Het medische aspect hierin mag niet verwaarloosd worden: letten op aanwijzingen voor somatische afwijkingen, letten op de uitwerkingen van medicijnen, verpleegtechnische bezigheden, e.d.[216]

---

[212] Piet van den Berg, 'Psychiatrisch verpleegkundige in de toekomst' *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 26 (1973) 135-140, aldaar 135.
[213] Ibidem, 135-140.
[214] Jacobien Ganzevoort, 'Nieuwe taken voor psychiatrisch verpleegkundigen', *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 26 (1973) 872-876, aldaar 876.
[215] Ibidem, 872.
[216] Ibidem, 874.

Daarbij noemde Ganzevoort de algemene taakomschrijving die Virginia Henderson voor de verpleegkunde had opgesteld, met nadruk op de stelling van Henderson dat de verpleegkundige een (tijdelijke) vervanging was, voor wat de patiënt op dat moment niet zelf kon.

Ganzevoort liet zien dat de leerling-B-verpleegkundige een agogische en somatische taak kreeg. Zij zag een duidelijke rol voor de verpleegkundige in een team van agogisch geschoolde groepsbegeleiders, 'omdat het om patiëntengroepen gaat'. Zij erkende weliswaar dat anderen vreesden voor 'uitholling van het beroep', maar zij stelde dat het in werkelijkheid afhing van de eigen beroepswaardering, van de opleiding en afgebakend terrein voor de deskundigheid van de (B-)verpleegkunde.[217] Ganzevoort pleitte in haar artikel voor behoud van eigenheid van de B-verpleegkunde en voelde meer voor het elkaar aanvullen. Een verregaande agogische bijscholing voor B-verpleegkundigen leek haar niet verstandig. Dat zou teveel op omscholing lijken en het typische verpleegkunde-zijn ondermijnen.[218] Het merkwaardige is dat zij zichzelf hier tegensprak omdat op haar paviljoen B-verpleegkundigen werkten met de eerder genoemde bijscholingen. Van Ree, van dezelfde Zuideroord, schreef in 2007 dat in de eerste helft van de jaren zeventig

> In de (socio)therapeutische gemeenschap Zuideroord (…) het vooral psychiatrisch bijgeschoolde agogen en voor de groepsbegeleiding bijgeschoolde psychiatrisch verpleegkundigen [waren] die zich met deze taak bezighielden.[219]

Evenals op Ganzevoorts en Van Ree's afdeling, volgden ook andere instellingen de weg van bijscholing en omscholing voor B-verpleegkundigen, aldus Bras. Door hiaten in de B-opleiding op te vullen, hadden instellingen oplossingen bedacht: uitbreiding binnen de B-opleiding met vakken in de agogische en persoonlijkheidsvormende richting, applicatiecursussen na de B-opleiding en aanbiedingen om na de B-opleiding de opleiding te volgen tot MBO-Inrichtingswerker.[220]

Het was dus allemaal niet eenvoudig voor B-verpleegkundigen. Kennedy constateerde in zijn boek *Nieuw Babylon in aanbouw* (1995) dat ''nieuwe professionelen' van na de oorlog, de sociologen, psychologen, maatschappelijk werkers, jeugdwerkers en docenten', sympathie hadden voor de idealen van de jeugd en dat hun nieuwe 'sociaal-wetenschappelijke methoden' een niet-autoritaire dialoog met de jeugd stimuleerden.[221] In onderhavige studie blijkt echter eerder het tegenovergestelde. Het waren juist deze beroepsgroepen die B-verpleegkundigen in de weg stonden, hun beroep uitholden en hen op z'n minst in een identiteitscrisis deden belanden. De niet direct medische beroepsgroepen specialiseerden zich door middel van hun opleidingen. Zij werkten niet of minder vanuit een medisch model, waardoor zij een andere visie hadden op de behandeling van patiënten dan de verpleegkundige, zoals Van der Drift al concludeerde in zijn sociotherapeutisch project in Wolfheze. Daardoor ontstonden knelpunten door onder andere het verschil in vakjargon (bijvoorbeeld groepsverpleging versus groepstherapie). Nieuwe beroepsgroepen als agogen, psychologen, socio- en psychotherapeuten, dwongen B-verpleegkundigen in nieuwe rollen waarin zij, als zij niet bijgeschoold waren, niet genoeg bekwaam waren. De onbekwaamheid kwam bijvoorbeeld naar voren in de avond en nachtdienst wanneer de patiënt niet kon slapen en een gesprek behoefde en er geen agogen/therapeuten in huis waren.[222]

---

[217] Ibidem, 876.
[218] Ibidem.
[219] Van Ree, *Don Quichot of klokkenluider? Een halve eeuw in de Nederlandse psychiatrie*, 153 en 587.
[220] Bras, *Tweespraak tussen residentiële andragogiek en psychiatrische verpleegkunde*, 94.
[221] Kennedy, *Nieuw Babylon in aanbouw*, 128.
[222] Jacobs, 'De psychiatrisch verpleegkundige in relatie tot nieuwe disciplines', 11-13.

De eerder genoemde psychiater Lit zag het machteloze in van het definiëren van de psychiatrische verpleegkunde. In de definities ontbraken volgens hem: 'eigenheid, zelfstandigheid, eigen karakter, authenticiteit, bijzonderheid'.[223] Hij vond dat met het definiëren bijna altijd de taak wordt 'afgegrensd of afgeleid – of zelfs afgezet tegen – de geneeskundige, psycholoog of agoog'. Volgens hem was de verpleegkundige bij uitstek de persoon die de patiënt 24 uur als 'het flexibele complement' kon bijstaan.[224] Waar de patiënt (tijdelijke) tekort(en) vertoonde was het de verpleegkundige die de tekort(en) tijdens het hele herstelproces in verschillende situaties compenseerde. Andere disciplines konden dat niet omdat zij de patiënt af en toe zagen. Lit vond het niet nodig krampachtig te blijven doorgaan met het in één zin definiëren wat verpleegkunde is. Hij schreef:

> Verplegen is een oud beroep in de geschiedenis van de zieke mensheid en voortdurend daarmee veranderend. Dat moeten wij niet vastleggen in een definitie want definiëren is bepalen en vastleggen. Letterlijk betekent het: begrenzen.[225]

Volgens Lit was het grote verschil met de arts, de psycholoog, de activeringstherapeut en het verpleegkundig afdelingshoofd dat de verpleegkundige-in-het-werkveld deel uitmaakte 'van het patiëntensysteem': het 'tweede ik', de 'betere helft', de 'naaste' van de patiënt.[226] Lit schreef dat de B-verpleegkundige een taak heeft op vijf verschillende systeemniveaus die een aantal stadia en ontwikkelingsfasen aanduiden die de herstellende patiënt doorloopt. Die fasen zouden lopen van 1. lichaamscel via 2. organen en orgaansystemen naar 3. mens als biologisch organisme en 4. mens als uniek, zelfbewust individu met eigen biografie tot en met 5. de mens verweven in sociale verbanden, sociale systemen (zie het schema in bijlage 21). Steeds was het de verpleegkundige, die aanvulde wat de patiënt aan mogelijkheden, vaardigheden, behoeften ontbeerde.[227]

Ondanks dat Lit het niet nodig vond 'krampachtig te blijven doorgaan met het in één eindeloze zin definiëren wat verpleegkunde is', merkte hij wel op dat de definitie van Virginia Henderson het dichtst bij de taak van de verpleegkundige kwam.[228] Hoewel Lit ervan afzag om de verpleegkunde in een definitie te gieten, probeerde hij de taak van de verpleegkunde wel op een heldere manier te verwoorden:

> De verpleegkunde, samengevat in systeemtermen, is een eigen discipline, die in voortdurende aanwezigheid, de tijdelijk of blijvend min of meer afwezige systeemeigenschappen van de patiënt completeert/compenseert, op zodanige wijze, dat deze patiënt zich in de – op verschillende niveaus liggende – behandelsystemen kan handhaven, ontplooien en herstellen. (…)
> De verpleegkundige compenseert tijdelijk of blijvend systeemeigenschappen van de patiënt die min of meer afwezig of niet-functionerende zijn en zal dan, geschematiseerd in systeembegrippen, als taak de volgende doeleinden nastreven: openheid, orde en structuur in denken en doen, het vermogen tot zelfhandhaving onder wisselende omstandigheden (…), het vermogen om te veranderen met zich wijzigende omstandigheden (…), een innerlijk dat niet gestoord wordt door

[223] A.C. Lit, 'Een systeembenadering van de psychiatrische verpleegkunde', *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 32 (1979) 771-776, aldaar 771.
[224] Ibidem, 771-772.
[225] Ibidem, 772.
[226] Ibidem.
[227] Ibidem, 772-773.
[228] Ibidem.

> lichamelijke afwijkingen (…), levendige relaties met mensen en gemeenschappen.[229]

Volgens Lit was de rol van verpleegkundige eerder die van breedte-specialist dan die van diepte-specialist. Hij zag de verpleegkundige therapeut worden wanneer deze op een van de systeemniveaus de diepte zou ingaan.[230]

Daarmee was de kous echter nog steeds niet af. In 1980 wierp de verpleegkundige H. (Hendrik) Vermaas[231] opnieuw dezelfde vraag op, die Van den Berg drie jaar eerder had gesteld: of het vakgebied psychiatrische verpleegkunde nog wel levensvatbaar was.[232] Vermaas had in 1974 verpleegkundigen al opgeroepen om zich duidelijk op te stellen tussen geneeskundigen en gedragskundigen. De verpleegkundige functioneerde tussen die twee, 'wat gepaard ging met een gevoel van identiteitsverlies'.[233] Hij schreef:

> De ontwikkeling naar de volwassenheid van het psychiatrisch verpleegkundig beroep, lijkt a.h.w. gestuurd door Jacobs, die als de vader van de psychiatrisch verpleegkundigen wordt gezien (?). Welke vader wij nodig hebben, om ons daarmee te vereenzelvigen, blijft een open vraag. Moet de medicus als psychiater, de psycholoog, de ortho-agoog of een andere wetenschappelijke werker onze vader zijn? Of … willen wij zelf ook vader worden?[234]

Vermaas herhaalde in 1980 dat het veranderingsproces in de psychiatrische verpleegkunde voortdurend onder druk stond van andere vakgebieden die op elk moment de psychiatrische verpleegkunde konden wegdringen. Hij vond dat de psychiatrische verpleegkunde in een krachtenveld verkeerde waarbij invloeden inwerkten, die moeilijk waren te ordenen, te verwerken, te integreren. De sociotherapie bijvoorbeeld kon volgens Vermaas wel een bijdrage leveren, maar hij stelde daarbij wel de vraag of dit de identiteit van de verpleegkunde duidelijker maakte.[235]

Heel scherp stelde Vermaas dat er voor psychiatrische verpleegkunde zonder identiteit onmogelijk een specialistische opleiding tot bijvoorbeeld sociotherapeut voor verpleegkundigen ontwikkeld kon worden. Terecht schreef Vermaas dat – anders dan Lit had gesuggereerd – het wel degelijk eerst nodig was het vakgebied psychiatrische verpleegkunde te omschrijven. Vermaas deed pogingen om tot een nieuwe identiteitsbepaling te komen en hij meende dat onder meer een concrete identiteit te verkrijgen was, wanneer beschrijvingen in de praktijk zouden worden opgenomen in het vakgebied, want de realistische praktijk was geheel anders dan de abstracte psychopathologie en psychiatrie, waar de leerling-verpleegkundige zich niet veel bij kon voorstellen. Hij stelde dat verpleegkundigen zich niet meer alleen moesten richten op de psychopathologie en psychiatrie, maar op de antropologie die niets met de natuurwetenschappen te maken had.[236] Dat was stevige taal van een verpleegkundige. Hier is een parallel te zien met Van der Peet, die ook vond om vanuit de

---

[229] Ibidem, 773-774.
[230] Ibidem, 776.
[231] Vermaas was onder meer B- en A-verpleegkundige en docent arbeidstherapie/activiteitenbegeleiding.
[232] H. Vermaas, 'Psychiatrische verpleegkunde – heeft dit vakgebied nog levensvatbaarheid?', *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 33 (1980) 1027-1040.
[233] H. Vermaas, 'Een psychiatrisch beroep – of niet?', *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 27 (1974) 728-735, aldaar, 729 en 730.
[234] Ibidem, 730
[235] Vermaas, 'Psychiatrische verpleegkunde – heeft dit vakgebied nog levensvatbaarheid?', 1031.
[236] Ibidem, 1029, 1035, 1038.

verpleegkundige praktijk tot een wetenschappelijke systematisering te komen (zie hoofdstuk 1 en 6).[237]

Er kwamen verschillende reacties op Vermaas' artikel en één daarvan geeft een bijzondere kijk op de identiteitscrisis van de B-verpleegkundige. Van Ree reageerde als volgt:

> Ik hoor in het betoog van Vermaas heel veel 'territorium-gevecht' (…) sommige beroepen verdwijnen, sommige krijgen een andere inhoud en daarmee ook een andere naam! (…) Moet de psychiatrisch verpleegkundige een eigen rigide identiteit behouden, of door vergaande veranderingen in de uitgangspunten een geheel nieuwe identiteit vinden eventueel zelfs met verlies van de 'beroepsbenaming'?'[238]

Ook Aan de Stegge heeft in haar studie gezien dat er een discussie gaande was onder B-verpleegkundigen. Het was weliswaar een andere discussie, maar zij laat wel zien dat er een identiteitscrisis was. Zij stelde dat er in de jaren zeventig een discussie gaande was onder de verpleegkundigen over de meeste wenselijke richting van hun vak: 'een keuze voor werken met *groepen* [sociotherapie] of een meer individu-gerichte benadering [psychotherapie]'.[239] (Volgens Aan de Stegge behoorde Vermaas tot de laatste kamp.[240]) De keuze werd bemoeilijkt doordat, volgens Aan de Stegge, daar nog bij kwam dat

> het vak 'verpleegkunde' in het dagonderwijs een steeds nadrukkelijker 'Angelsaksisch' profiel aannam, waardoor steeds meer aandacht uitging naar generieke taken (zorg) en steeds minder naar begeleidende taken zoals in de psychiatrie gebruikelijk.[241]

Dat is een veelzeggende opmerking van de auteur. In verschillende contexten is op te maken dat Aan de Stegge niet veel ziet in Angelsaksische profielen voor de B-verpleegkunde. Zij noemt Hendersons definitie van verpleegkunde beperkt, omdat 'het woord "behandelen" (…) niet langer tot het verpleegkundig domein [behoorde]'.[242] Naar aanleiding van de door de Commissie HBO-V samengevatte definitie van Henderson (zie hoofdstuk 6), betoogde Aan de Stegge dat enerzijds weliswaar het concept 'verplegen' een te onderscheiden, zelfstandige taak was, maar anderzijds geïnterpreteerd kon worden 'dat de verpleegkundige volstrekt niet mocht "behandelen"'.[243] Dat Aan de Stegge weinig sympathie lijkt te hebben voor Angelsaksische invloeden is ook te concluderen uit de volgende woorden waarbij zij eveneens refereerde aan de definitie van Henderson en de daarop gebaseerde definitie van de Commissie HBO-V. Ze stelt dat die

> door de manier waarop zij geïnterpreteerd werd (het opeisen van een rol *naast* de behandelend arts, niet primair in *integrale samenwerking met* de arts) vooral de sociaal-agogische armslag van verpleegsters in het ziekenhuis verbreedde, terwijl die van psychiatrisch verpleegkundigen werd ingeperkt.[244]

---

[237] Van der Peet, 'De praktijk alleen is ook niets. Op weg naar verpleegkundige theorievorming', 1084.
[238] F. van Ree, 'In gesprek over … De levensvatbaarheid van de psychiatrische verpleegkunde', *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 34 (1981) 30-32, aldaar 31.
[239] Aan de Stegge, *Gekkenwerk*, 744
[240] Ibidem.
[241] Ibidem.
[242] Ibidem, 747.
[243] Ibidem, 670.
[244] Ibidem, 754.

Aan de Stegge lijkt de Angelsaksische invloed als een bedreiging te beschouwen voor de B-verpleegkunde destijds. Toch zou dat niet hoeven. Wanneer B-verpleegkundigen het Angelsaksisch profiel geaccepteerd zouden hebben, zou de discussie en de zoektocht toen gestopt kunnen worden. Juist door een Angelsaksisch(e) theorie/model te accepteren, zo zou ook kunnen worden betoogd, kreeg de verpleegkunde een eigen identiteit. De HBO-V had dat ten tijde van Vermaas en Van Ree al bewezen (zie hoofdstuk 6).Verpleegkundige theorieën als die van Henderson gaan uit van de totale mens en dan gaat het niet meer over alleen 'sociaal-agogische armslag', maar om wat de verpleegde wil of nodig heeft en niet om wat de verpleegkundige wil. Dat Aan de Stegge een inperking ziet voor de B-verpleegkunde door de komst van het dagonderwijs met haar Angelsaksisch profiel is voor te stellen. B-verpleegkundigen hadden immers een periode van democratisering gehad waarin zij een plaats hadden veroverd in een behandelteam. Dat was een veroverde stap vooruit. Het is achteraf de vraag of dat werkelijk een stap voorwaarts was, want B-verpleegkundigen kwamen, doordat zij niet vanuit een eigen theorie gingen werken, in een nieuwe verlengde arm terecht. Kennelijk ervoeren B-verpleegkundigen dat niet zo, behalve een groep verpleegkundigen in Brinkgreven, zoals hierboven is gememoreerd.

In goede handen: een zoektocht (1969-1980)

Wat was nu eigenlijk de taak van de B-verpleegkunde? Wat moest de B-verpleegkunde wel en niet in de instellingen doen, en kunnen? Met de nieuwe wetgeving van 1975 en de *Leerstof Ziekenverpleging* uit 1974 werden de nieuwe kaders met allerhande regelgeving vastgelegd. Maar om de nieuwe B-verpleegkunde van de toekomst op te leiden, daarvoor was meer nodig. De gerenommeerde lesboekenserie *In goede handen* weerspiegelt duidelijk hoe opleiders in de jaren zeventig worstelden met de identiteitscrisis die zich in de B-verpleegkunde voltrok. De auteurs van deze lesboeken erkenden het bestaan van de identiteitscrisis, uitten de tegenstrijdigheid van verpleegkundige en sociotherapeut, zagen traditionele psychiatrie tegenover de alternatieve psychiatrie. Ook is in de serie terug te zien dat veranderingen in de psychiatrische verpleegkunde niet bijgebeend konden worden. In sommige opzichten, zo zal blijken in deze paragraaf, brachten lesboeken leerling-B-verpleegkundigen danig in de war.

Binnen de serie *In goede handen* verschenen verschillende lesboeken. In 1969 verscheen de eerste druk van drie verschillende lesboeken voor de B-opleiding: *Verpleegkundige lessen voor de opleiding tot het diploma-B* van de drie verpleegkundigen C.J.M. Nieland, L. van der Laan en P.F. Rooyackers; *Behandeling van geestes- en zenuwzieken*, onder coördinatie van de psychiater H. van der Drift; en *Psychiatrie*, onder redactie van F.J. Tolsma en J.P. de Smet.[245] Volgens Aan de Stegge vormden de drie boeken een opsplitsing van het *Algemeen Leerboek voor het verplegen van geestes- en zenuwzieken* van B.Chr. Hamer en F.J. Tolsma.[246] Deze opsplitsing kan in verband worden gebracht met de

[245] C.J.M. Nieland e.a, *Verpleegkundige lessen voor de opleiding tot het diploma-B*. Serie: *In goede handen* (experimentele uitgave; Leiden 1969). H. van der Drift, coördinator, *Behandeling van geestes- en zenuwzieken.* Serie: *In goede handen* (Leiden 1969). F.J. Tolsma en J.P. de Smet, red., *Psychiatrie*. Serie: *In goede handen* (Leiden 1969).

[246] Aan de Stegge, *Gekkenwerk*, 690. Een aardige bijkomstigheid is dat het lesboek *Psychiatrie* (Tolsma en De Smet) als het ware een boek is van een vierde generatie psychiater. Het is een zeventigjarige estafette geweest van auteurs. Van *Handleiding bij het verplegen van krankzinnigen* (1898) van D. Schermer, via *Schermers' leerboek bij het verplegen van Krankzinnigen en Zenuwzieken* van J.H. Haverkate en B.Chr. Hamer (1932), via *Algemeen Leerboek voor het verplegen van geestes- en zenuwzieken* van B.Chr. Hamer en F.J. Tolsma (1956) tot en met *Psychiatrie* van F.J. Tolsma en J.P. de Smet (1969). In 1980 was Tolsma nog steeds redactielid van *Psychiatrie 1, 2* en *3* van E. Verschoor, coördinator.

zoektocht naar de identiteit van de B-verpleegkunde. Het was voor het eerst dat verpleegkundigen een bijdrage leverden aan deze reeks voor de psychiatrische verpleegkunde.

Voor de uitgever van *In goede handen* gingen de ontwikkeling in de psychiatrie snel, eigenlijk zelfs te snel. In het 'Woord vooraf' van de tweede druk van *Behandeling van geestes- en zenuwzieken* (1972) schreef deze:

> Er is veel beweging rondom de behandeling en verpleging van de psychiatrische patiënt. Deze ontwikkelingen zijn echter nog niet zodanig uitgekristalliseerd, dat omschrijving en behandeling nu reeds in een leerboek mogelijk zij.[247]

Bij de eerste druk van *Psychiatrie*, onderkenden auteurs eveneens een turbulente beweging in de opleiding met de woorden: 'de overgangsperiode waarin wij verkeren maakt het de docenten niet altijd gemakkelijk'.[248]

De auteurs van *Verpleegkundige lessen voor de opleiding tot het diploma-B* (1970) stelden tevreden vast dat de B-verpleegkunde zich steeds meer ontwikkelde als een eigen verpleegkundige discipline. In de inleiding van het lesboek meldden zij:

> De eigen discipline brengt mee dat dit vak thans meer van verpleegkundige zijde benaderd wordt dan vroeger het geval was. Het aantal voor deze studie uitgetrokken lesuren is vrij groot. Als gevolg daarvan mag dit onderdeel ook in de leerstof aanspraak maken op een bredere behandeling.[249]

De psychiater Van der Drift was daar minder zeker van. In zijn lesboek *Behandeling van geestes- en zenuwzieken* (1972) beschreef hij de taak van de sociotherapeut en voegde daaraan toe:

> Het kan zelfs zo zijn dat deze taak een zo groot deel van de arbeidsperiode gaat innemen, dat het inderdaad beter zou zijn te spreken van een sociotherapeutisch assistent dan van een verpleegkundige.[250]

Geen wonder dat leerling-B-verpleegkundigen het gevoel kregen dat het vakgebied in een identiteitscrisis verkeerde, nu de lesboeken hen hinkend op twee gedachten zetten. Enerzijds spraken auteurs over de B-verpleegkunde als een eigen discipline en anderzijds was het soms beter om van een sociotherapeut te spreken.

De in 1980 uitgegeven boeken *Psychiatrie 1, 2* en *3* van coördinatrice E. Verschoor, kunnen gezien worden als een slotstuk van de psychiatrische verpleegkunde in de serie *In goede handen*.[251] Ze vormden de opvolgers van de drie drukken van *Psychiatrie* die de uitgever uitbracht tussen 1969 en 1974, onder redactie van Tolsma en De Smet (1974: Tolsma en W.K. van Dijk). Toch kwamen deze *Psychiatrie 1, 2* en *3* niet uit als vierde druk, maar als eerste druk. Verschoor schreef: 'In de vijf jaar die sindsdien zijn verlopen hebben deze

---

[247] H. van der Drift, coördinator, *Behandeling van geestes- en zenuwzieken.* Serie: *In goede handen* (2e druk; Leiden 1972).
[248] Tolsma en De Smet, *Psychiatrie* (1969) Woord vooraf.
[249] C.J.M. Nieland e.a, *Verpleegkundige lessen voor de opleiding tot het diploma-B*. Serie: *In goede handen* (Leiden 1970) [6].
[250] Van der Drift, *Behandeling van geestes- en zenuwzieken* (1972) 53.
[251] E. Verschoor, coördinator, *Psychiatrie 1*. Serie: *In goede handen* (Leiden 1980). E. Verschoor, coördinator, *Psychiatrie 2*. Serie: *In goede handen* (Leiden 1980). E. Verschoor, coördinator, *Psychiatrie 3*. Serie: *In goede handen* (Leiden 1980).

ontwikkelingen [in de psychiatrie] zich op zeker niet minder turbulente wijze voortgezet.'[252] Zij vond dat de taak van de B-verpleegkundige door het toenemend aantal paramedische of niet-medische medewerkers, niet aan duidelijkheid gewonnen had. De noodzaak de eigen stem te laten horen in 'het multidisciplinair koor', drong zich op. Hiervoor was volgens Verschoor 'bezinning en duidelijkheid omtrent de eigen identiteit' nodig.[253] Ondanks deze oproep van Verschoor, schreven verpleegkundigen slechts zes van de dertig hoofdstukken in deze drie lesboeken. Twee hoofstukken kwamen van de hand van werkers op therapeutisch gebied (zoals muziek en beweging) en één hoofdstuk schreef een jurist. Dat betekent dat nog in 1980 toch weer 'de' arts, met eenentwintig hoofdstukken, de lesboeken voor de B-verpleegkunde bepaalde.

De lesboeken *Psychiatrie 1, 2* en *3* bevestigden dat de B-verpleegkunde in een identiteitscrisis verkeerde. F.H.L. Westerveld-Post bracht deze zoektocht in *Psychiatrie 1* wel heel sterk tot uiting. Zij stelde zelfs de vraag: 'Heeft de verpleegkundige eigenlijk wel een identiteit?'[254] Ze liet hierop volgen:

> De veranderingen binnen de psychiatrie, de komst van psychologen en agogen, die soms de plaats van de verpleegkundige lijken in te nemen, hebben de onzekerheid vergroot. Ook de veelheid aan opleidingen: A, B, Z, ZV en de experimentele MBO-V en HBO-V, werken de duidelijkheid over het verpleegkundig beroep niet in de hand. De huidige situatie wijst op een identiteitscrisis, een crisis waar de verpleegkundige *zelf* uit moet komen, zodat men te midden van de vele anderen disciplines, kan spreken van een eigen, volwassen professie.[255]

Westerveld-Post haalde, zoals veel tijdgenoten, met instemming de definitie aan die Virginia Hendersons van het beroep had gegeven.[256] Maar vreemd genoeg werd de invloed van Henderson in de drie delen *Psychiatrie* nergens zichtbaar, terwijl haar theorie/model een antwoord had kunnen geven op de identiteitsvraag die Westerveld-Post had opgeworpen, door bijvoorbeeld uit te gaan van haar veertien fundamentele behoeften. Dat dit niet gebeurde zal te maken hebben met het grote aantal niet-verpleegkundige auteurs. Wel legde de auteur D.I. Hilgenga-Liem in *Psychiatrie 3* het verpleegplan uit.[257] Die uitleg behapt slechts een pagina, maar het verpleegplan stond dan ook in 1980 nog in de kinderschoenen met verschillende interpretaties.[258] Toch had de auteur voorbeelden bij de hand kunnen nemen. Binnen dezelfde serie *In goede handen* had Von Nordheim in 1975 voor de A-verpleegkundige een uitgebreider hoofdstuk geschreven over het verpleegplan (zie hoofdstuk 1).

Evenals Westerveld-Post en Hilgenga-Liem in *In goede handen*, worstelde ook de auteur en B-verpleegkundige J. de Vries in *Psychiatrie 3* met een beroepsidentiteit. De Vries vond het moeilijk om een concreet beeld te geven van het werk van een sociotherapeut.[259] De Vries zag een tegenstelling in psychiatrische verpleegkunde en sociotherapie. Psychiatrische

---

[252] Verschoor, *Psychiatrie 1*, [7]. In 1974 verscheen een uitgebreide leerstofomschrijving en in 1975 is de wet aangepast. De exameneisen waren hierdoor veranderd en de lesstofuren uitgebreid van 800 uur in 1970 naar 1060 uur in 1975. Onderwijskundige en didactische inzichten vroegen om veranderingen.
[253] Ibidem.
[254] Westerveld-Post, 'De psychiatrisch verpleegkundige', 19.
[255] Ibidem.
[256] Ibidem, 18.
[257] D.I. Hilgenga-Liem, 'De taak van de verpleegkundige', in: Verschoor, *Psychiatrie 3*, 161-173, aldaar 167-168.
[258] George Evers, 'Het verpleegplan de zin en onzin', *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 30 (1977) 464-470, aldaar 464.
[259] J. de Vries, 'Verpleegkundige in de rol van sociotherapeut' in: Verschoor, *Psychiatrie 3*, 174-181, aldaar 174.

verpleegkunde was vooral individueel gericht en sociotherapie was gericht op de gemeenschap. Verpleegkundigen die de rol aannamen van sociotherapeut waren gedwongen zich anders te profileren.[260] De leerling kreeg nog meer tegenstellingen te verwerken. In hetzelfde boek *Psychiatrie 3* schreef de moderne psychiater Van Ree een hoofdstuk over alternatieve zienswijzen, waarin hij de psychiatrie volgens het medisch model plaatste tegenover het sociaal model, ofwel de traditionele tegenover de alternatieve psychiatrie.[261] Erg duidelijk werd het voor de achttienjarige leerlingen nu niet bepaald, nu zij hun leermeesters zo zeer zagen worstelen met het vakgebied.

Nieuwe wettelijke kaders (1978-1986)

De vraag hoe de B-verpleegkunde zich nu precies verhield tot de sociotherapie stelde niet alleen leerlingen, verpleegkundigen, opleiders en auteurs van lesboeken voor een raadsel. Ook in diverse overheidscommissies werd deze vraag keer op keer door toonaangevende psychiaters en (hoofd)verpleegkundigen besproken en bevochten. Toch werd in 1986, in de laatste wettelijke aanpassing van de B-opleiding, een voorlopig nieuw evenwicht gevonden.

De Nationale (voorheen Centrale) Raad voor de Volksgezondheid betoogde in 1978 dat sociotherapeutische taken tot de verpleegkunde moest worden gerekend. In het Interimadvies *Ontwikkeling opleidingen verpleegkunde* definieerde hij de verpleegkunde als volgt:

> Hulp verlenen aan mensen, die bedreigd en/of gestoord zijn in hun gezondheid, met betrekking tot de behoeften in dit verband, teneinde een zo optimaal mogelijk menselijk functioneren te bewerkstelligen; een hulpverlening, die verschillende situaties en in samenwerking met beoefenaars van andere disciplines kan plaatsvinden. Deze hulpverlening voltrekt zich dus steeds in een sociale context, waarin agogisch handelen vereist is. De hulp wordt verleend aan de mens in zijn totaliteit, die behoefte heeft aan relatie en communicatie, waaraan ook de verpleegkundige tegemoet komt. Hierbij kan de verpleegkundige bij de hulpverlening, afhankelijk van de situatie waarin de hulpbehoevende zich bevindt, in grensgebieden werkzaam zijn, die eveneens tot het werkterrein van beoefenaren van andere beroepen behoren.[262]

De Raad ging bij deze visie uit van de eerste van de drie kerndimensies die hij in 1974 in het *Rapport inzake de taak van de verpleegkundige* had geformuleerd (zie ook hoofdstuk 1) en waarin sociotherapie zeker thuishoorde:

> Het scheppen en instandhouden van een therapeutisch klimaat, waarin de activiteiten, die de genezing van de patiënt bevorderen, zo goed mogelijk tot hun recht kunnen komen.
> Het coördineren van activiteiten die zich in de directe omgeving van de patiënt voordoen.

[260] Ibidem, 174-177.
[261] Van Ree, 'Alternatieve zienswijzen', in: Verschoor, *Psychiatrie 3*, 271-283.
[262] Raad voor de Volksgezondheid, *Interim-advies inzake de ontwikkeling opleidingen verpleegkunde* (1978) 9-10. Raad voor de Volksgezondheid, *Rapport in het kader van de specialisaties in de verpleegkunde betreffende 'De verpleegkundige belast met specifieke taken in de geestelijke gezondheidszorg met name in de psychiatrische hulpverlening'* (1983) 15.

> Het zorgdragen voor de continuïteit in het therapeutisch klimaat en in de coördinatie.[263]

De verpleegkundige was volgens de raad dus werkzaam op terreinen (in grensgebieden) van andere disciplines. Hier is de theorie bevestigd van Andrew Abbott, die betoogde dat diverse beroepsgroepen na 1945 door de onderlinge complexe verbindingen steeds meer moeite kregen om de autonomie van hun beroep te claimen of aan te tonen.

Volgens de Raad voor de Volksgezondheid leerde de leerling in de opleiding tot B-verpleegkundige voldoende vaardigheden voor het groepsgericht werken. Sociotherapeutische taken waren een bijzonder aspect van de functie-uitoefening van de psychiatrisch verpleegkundige. De Commissie Sociotherapie concludeerde in het rapport *Sociotherapie in de psychiatrische hulpverlening* in 1981 echter heel anders. De sociotherapeut zou volgens deze Commissie moeten voldoen aan drie criteria om verschraling van het woord sociotherapeut te voorkomen. Die drie criteria vormden de voorwaarden om zich sociotherapeut te mogen noemen: 'passende beroeps- of beroepsvoorbereidende opleiding; voldoende ervaring in de uitoefening van dit beroep in het leefklimaat; specifieke opleiding sociotherapie'. De Commissie Sociotherapie vond dat wanneer er sprake was van een sociotherapeut, 'men van deze persoon niet zijn beroep doch zijn funktie' aan gaf.[264] Met andere woorden: een verpleegkundige die werkzaam was als sociotherapeut was verpleegkundige in de functie van sociotherapeut. Hier waren verschillende rollen in één persoon te herkennen. De sociotherapeut was gericht op een groep en de verpleegkundige op het individu.[265] De Commissie Sociotherapie was van mening dat beide invalshoeken geen tegenstrijdigheden waren, maar 'polariteiten, die in wezen niet zonder elkaar bestaan kunnen.'[266] In de ogen van de Commissie Sociotherapie schoot de huidige B-opleiding tekort. Zij had een vervolgopleiding voor ogen als een verbijzondering van de uitoefening van een beroep op minstens het niveau van het MBO zoals de B-, de Z-, MBO- en HBO-verpleegkundige (dus niet sociotherapie als een aparte beroepsopleiding).[267]

Wat was nou nog verpleegkunde, en wat niet? De Raad voor de Volksgezondheid bevestigde in 1983 nog eens dat de psychiatrische verpleegkunde ingrijpend veranderde. De Raad somde in zijn rapport *De verpleegkundige belast met specifieke taken in de geestelijke gezondheidszorg met name in de psychiatrische hulpverlening* de meest opvallende veranderingen op. Niet-medische diagnostiek kreeg net zoveel aandacht als de medische. Andere vormen van behandelen, gericht op de autonome mens kwamen in de plaats van hiërarchische bevoogding en farmacotherapie. De Raad erkende dat andere werkers dan psychiaters een functie kregen in de leefgroep. De leefgroep in kleinschalige democratische organisatievormen was als middel tot behandeling ontdekt in de plaats van een hiërarchische en patriarchale inrichtingsorganisaties. De rollen van de werkers in de psychiatrie, zo beschreef de Raad, stond 'aan fundamentele discussie bloot'.[268]

---

[263] Raad voor de Volksgezondheid, *Rapport in het kader van de specialisaties in de verpleegkunde betreffende 'De verpleegkundige belast met specifieke taken in de geestelijke gezondheidszorg met name in de psychiatrische hulpverlening'* (1983) bijlage VIIb-1, met name blz. 2. Raad voor de Volksgezondheid, *Rapport inzake de taak van de verpleegkundige* (1974) 8.

[264] De Commissie Sociotherapie definieerde sociotherapie als volgt: 'Sociotherapie is het methodisch hanteren van het leefklimaat van een groep patiënten gericht op behandeldoelen van deze groep – met inachtname van de behandeldoelen van de individuele patiënt – binnen een functionele eenheid van intra- of semimurale behandelsituaties.' Commissie Sociotherapie, *Rapport Sociotherapie in de psychiatrische hulpverlening* (1981) 4, 38 en 41.

[265] Vergelijk Aan de Stegge, *Gekkenwerk*, 744.

[266] Commissie Sociotherapie, *Rapport Sociotherapie in de psychiatrische hulpverlening* (1981) 18.

[267] Ibidem, 27-28.

[268] Nationale Raad voor de Volksgezondheid, *Rapport in het kader van de specialisaties in de verpleegkunde betreffende 'De verpleegkundige belast met specifieke taken in de geestelijke gezondheidszorg met name in de*

Het ziet er naar uit dat de Raad voor de Volksgezondheid in 1983 definitief een omslag had gemaakt naar een verpleegkunde die niet (meer) gestoeld was op een medisch model. De Raad herhaalde dat sociotherapie niet gezien moest worden als een specialisatie in de psychiatrische verpleegkunde, maar als onderdeel van de B-opleiding zelf.[269] De Raad stelde dat er sprake was van een bijzonder aspect van de functie-uitoefening van de psychiatrisch verpleegkundige wanneer psychiatrisch verpleegkundigen expliciet sociotherapeutische taken vervulden. De opleidingen gaven, volgens de Raad, voldoende vaardigheden in het groepsgericht werken. Vervolgopleidingen zouden nuttig zijn voor eerder opgeleide B-verpleegkundigen.[270]

In 1986 werd de wet opnieuw aangepast. De B-opleiding onderging evenals de A-opleiding een ingrijpende verandering in verband met het invoeren van arbeidsduurverkorting voor leerling-verpleegkundigen naar 36 uur per week. De B-opleiding ging de leerling opleiden tot een zelfstandige verpleegkundige die gestalte kon geven aan verpleegprocessen en deze kon uitvoeren en evalueren en op grond daarvan kon participeren in het totale hulpverleningsproces in zowel de intra- als de semimurale psychiatrie. De verpleegkundige kreeg dus een eigen rol met behulp van een eigen model.[271] De B-verpleegkundige ging op het eerste deskundigheidsniveau werken in haar eigen veld. De wetgever verlaagde voor leerlingen die de B-opleiding wilden volgen, de leeftijd naar zeventien jaar.[272]

Het lijkt er op dat de B-verpleegkunde een eigen identiteit had verworven. De agogische vakken werden los van de verpleegkunde ondergebracht in het leergebied ‘gezondheidsleer’. Met de leergebieden ‘verpleegkunde’ en ‘methodiek en technieken’ konden verpleegkundigen aan het werk met de methodiek van verplegen en de vaardigheden op het gebied van groepsdynamiek, communicatie, beïnvloedingstechnieken en verpleeg- en zorgtechnieken (zie bijlage 22). Bovendien gaf de wetgever aan dat er theorieën, modellen over de verpleegkunde gebruikt moesten worden. De B-verpleegkundige ging nu alle werkzaamheden verrichten, en dus ook de agogische en sociotherapeutische, vanuit de verpleegkundige systematiek:

> Het vaststellen van verpleegsituatie op basis van 3 variabelen: persoon, omgeving en gezondheidssituatie;
> De keuze uit theorieën, modellen over verpleegkunde (systematiek);
> De keuze uit methodieken van verplegen;
> Het vaardig zijn in opstellen en uitvoeren van verpleegplannen.
> Met deze vier punten zijn de kaders aangegeven van verpleegkunde.[273]

---

psychiatrische hulpverlening’. Uitgebracht aan de Staatsecretaris van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur (Rijswijk 1983) blz. 8-9.

[269] Ibidem, 17.

[270] Raad voor de Volksgezondheid, *Rapport in het kader van de specialisaties in de verpleegkunde betreffende ‘De verpleegkundige belast met specifieke taken in de geestelijke gezondheidszorg met name in de psychiatrische hulpverlening’* (1983) bijlage VIIb-1, met name blz. 5.

[271] Haring, *Wetgeving ziekenverpleging* (1988) 80-127, aldaar 102.

[272] De vooropleidingseis bleef op Mavo-4 (oude stijl) of Mavo D-niveau (nieuwe stijl). Erkende instellingen waren door de Krankzinnigenwet aangewezen gestichten, inrichtingen of afdelingen met voldoende verscheidenheid van patiënten en die alsmede erkend waren krachtens de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten. De opleiding ging drie jaar en vier maanden duren, waarbij ingesloten een voorbereidende periode van dertig weken met een totaal aantal theorie-lesuren van 1320 uur, waarvan 690 lesuren in de voorbereidende periode. De opleiding was opgesplitst in vier leergebieden en kreeg per leergebied het volgende aantal uren toebedeeld: verpleegkunde: 290 uur, gezondheidsleer: 480 uur, ziekteleer: 245 uur, methoden en technieken: 245 uur en keuze-uren: 60 uur (zie bijlage 22). Haring, *Wetgeving ziekenverpleging* (1988) 81-101.

[273] Haring, *Wetgeving ziekenverpleging* (1988) 109.

Vanuit didactisch oogpunt boekte de B-opleiding vanaf 1986, evenals in de A- en Z-opleiding, vooruitgang door middel van het gebruik van eindtermen met een onderverdeling in sub-eindtermen en die op een eenvoudige wijze omgezet konden worden in toetsbare formules (zie bijlage 22).[274] De opleiding was ingedeeld in 46 thema's die weer onderverdeeld waren in acht units. Bij elk thema werden de verschillende leergebieden geïntegreerd (in bijlage 22 is een voorbeeld opgenomen).[275] Opmerkelijk is dat de wetgever binnen Unit 4 'De zelfzorggebieden', vanuit de achttien zelfzorggebieden van J.A van den Brink-Tjebbes redeneerde en die op hun beurt achttien thema's vormden (zie hoofdstuk 4 voor Van den Brink-Tjebbes) en niet vanuit de veertien fundamentele behoeften van Henderson die veel vaker is genoemd in bovenstaande discussie.[276]

Aan de Stegge leek in 2004 niet erg gelukkig met de wijziging van 1986, omdat andragogie nu een onderdeel vormde van het leergebied gezondheidsleer. Zij schreef dat de 'B-opleiding (…) haar in 1975 verworven agogische karakter [verloor]: immers toen was voor louter de sociaal-agogische vakken nog 530 uur ingeruimd' (vergelijk bijlage 19 en 22).[277] Het is maar net welke berekening er gemaakt wordt, want agogiek kon naast dat het ondergebracht was in het leergebied gezondheidsleer ook toegepast worden in de leergebieden verpleegkunde en methodieken en technieken (zie bijlage 22). Agogiek was een onderdeel geworden van een verpleegkundige theorie/methodiek. B-verpleegkunde ging immers om verpleegkunde.

Een ander probleem werd intussen niet opgelost. In het vorige hoofdstuk is al aangestipt dat de diploma's voor de B- en Z-opleiding geen Europese uitwisselbare erkenning kregen. Het Raadgevend Comité voor de verpleegkundige opleidingen, dat raad gaf aan de Europese Commissie, besloot toen een werkgroep in het leven te roepen om naar mogelijkheden te zoeken voor uitwisselbaarheid van het B-diploma.[278] Het obstakel was dat niet alle landen een basisopleiding tot psychiatrisch verpleegkundige hadden en andere landen dit wel eisten. Een ander obstakel was, zoals in het laatste hoofdstuk aan de orde zal komen, de HBO-V. Deze opleiding kreeg in het curriculum de psychiatrische verpleegkunde en daarom moest er een keuze gemaakt worden: óf de B-opleiding óf de HBO-V als erkend diploma voor de psychiatrie.[279] Diverse voorstellen werden vanuit Nederland gedaan om het diploma tot psychiatrisch verpleegkundige Europees uitwisselbaar te krijgen, maar het is niet gelukt.[280] Uiteraard behield de B-opleiding wel in Nederland wettelijke erkenning.[281]

---

[274] Ibidem, 115-117.
[275] *Regeling opleiding diploma B-verpleegkundige 1986* (Lochem z.j. (1986)) 67-68.
[276] Haring, *Wetgeving ziekenverpleging* (1988) 125.
[277] Aan de Stegge, 'Honderdtwintig jaar psychiatrische verpleegopleiding in Nederland', 96.
[278] W.J. Speets, 'Het Raadgevend Comité voor de opleiding op het gebied van de verpleegkunde – een verantwoording uit Brussel', *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 33 (1980) 1087-1090, aldaar 1089.
[279] W.J. Speets. 'Het Raadgevend Comité voor de opleiding op het gebied van de verpleegkunde. Een verantwoording uit Brussel III', *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 37 (1984) 757-759, aldaar 759.
[280] Om psychiatrisch verpleegkundigen Europees te erkennen, pleitten de Nederlandse afgevaardigden van het Raadgevend Comité voor de volgende uitwisselbare diploma's: 1. Specifieke diploma's psychiatrisch verpleegkundige, verkregen via een basisopleiding of via een post-basisopleiding 2. Diploma's algemeen verpleegkundige volgens de richtlijnen 77/453/EEG (zie bijlage 7) met tenminste 300 uur theorie en 300 uur praktijk op het gebied van psychiatrie en 3. Diploma's verpleegkundige volgens 77/453/EEG zonder psychiatrie (zoals de A-opleiding), maar dan na diplomering met twee jaar werkervaring in de psychiatrie in het land van herkomst. De Richtlijn 2005/36/EG van het Europees Parlement en de Raad van 7 september 2005 betreffende de erkenning van beroepskwalificaties, die 77/453/EEG verving, noemde alleen de A-verpleegkunde, MBO-V, HBO-V en de verpleegkundige-opleidingen op kwalificatieniveaus 4 en 5 van na 1996. W.J. Speets, 'Erkenning van diploma's in de Europese Gemeenschap – een verantwoording uit Brussel IV van het Raadgevend Comité voor de opleiding op het gebeid van de verpleegkunde', *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 38 (1985) 217-218. Publicatieblad van de Europese Unie, 30 september 2005, Richtlijn 2005/36/EG van het Europees Parlement en de Raad van 7 september 2005 betreffende de erkenning van beroepskwalificaties, L255/113. Website EUR-lex.

Het eten/de maaltijd in sociotherapeutisch kader in lesboeken

Het voorgaande hoofdstuk is afgesloten met drie thema's: technische vaardigheden, het eten/de maaltijd en het sterven/de dood. In dit hoofdstuk en de volgende hoofdstukken zal dat ook gebeuren aangepast aan het betreffende veld. In het B-veld kregen technische vaardigheden en het sterven/de dood weinig of geen aandacht in lesboeken voor de psychiatrische verpleegkunde. In de oudere lesboeken, toen de algemene ziekenverpleging nog een onderdeel was van de lesboeken voor de psychiatrische verpleegkunde, werden die thema's wel besproken, zoals in het *Algemeen leerboek voor het verplegen van geestes- en zenuwzieken*, onder redactie van Hamer en Tolsma, dat nog binnen deze onderzoeksperiode past. Technische vaardigheden en het sterven/de dood werden in dat boek, zoals in de lesboeken voor de A-verpleegkunde van die tijd, op een handelingsgerichte/functionele methode behandeld.[282] In dit leerboek werd ook summier het eten nog 'somatisch' besproken.[283] Een verschil met de lesboeken voor de A-verpleegkunde is dat hier aandacht is voor het eten onder dwang. Leerlingen kregen uitgelegd hoe te handelen bij patiënten die beslist weigerden te eten en in slechte conditie waren (plat op bed, hoofd vasthouden, vinger tussen wang en kiezen, met schuitje voeding naar binnen gieten of door middel van sondevoeding).[284] Zelfs bij het eten blijkt bij Hamer en Tolsma dat de arts bovenaan in de hiërarchie stond, want 'op eigen gezag' mocht de verpleegkundige nimmer van het voedingsvoorschrift afwijken, want niet altijd mocht de zieke gebruiken wat hij begeerde.[285]

Na de somatische verpleging, in het gedeelte voor de psychiatrische verpleging, gaf Van der Drift in dit leerboek van Hamer en Tolsma uitleg over de sociale functie van het

---

De toegang tot het recht van de Europese Unie. http://old.eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2005:255:0022:0142:NL:PDF (5 juli 2015).

[281] Vanaf 1997 konden B-verpleegkundigen BIG-geregistreerd worden. Ze worden in dat register als verpleegkundige opgenomen, zonder B-aanduiding. Het onderscheid A-, B- en Z-verpleging lijkt voor het BIG-register dan niet meer te bestaan. Dat onderscheid zou toch 'uitsterven' want vanaf 1 januari 2014, bij de eerste herregistratie, moest iedere verpleegkundige – ongeacht met het diploma A-, B-, Z-, MBO- of HBO-verpleegkunde of het diploma verpleegkundige (niveau 4 en 5) volgens de kwalificatiestructuur vanaf 1997 – getoetst kunnen worden op generieke verpleegkunde en op één van de vier differentiaties: klinische zorg, kraam-, kind- en jeugdzorg, psychiatrie en verstandelijk gehandicaptenzorg, chronisch zieken. Voor de hand ligt dat 'oude' B-verpleegkundigen die getoetst zouden moeten worden, differentiëren in psychiatrie en verstandelijk gehandicaptenzorg. Het ziet er naar uit dat daar verandering in komt, omdat er een plan ligt om in de nabije toekomst twee verpleegkundige beroepsgroepen – één op MBO- en één op HBO-niveau – onderscheidend te (her)registreren. Op 13 januari 2016 (na het drukken van dit proefschrift) worden de plannen in het rapport *Toekomstbestendige beroepen in de verpleging en verzorging* aan de Minister van Volksgezondheid gepresenteerd. Dit rapport is een vervolg/reactie op het rapport *Leren van de toekomst. Verpleegkundigen & Verzorgenden* (2012). Daarin was nog het plan om de opleidingen verzorgende-IG op niveau 3 en verpleegkundige op niveau 4 samen te voegen tot een opleiding tot 'zorgkundige' op niveau 4 met de mogelijkheid om een allround zorgkundige te worden op niveau 5 (associate degree). Op niveau 6 zou dan de HBO-V'er komen (bachelor). Website Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. https://www.bigregister.nl/herregistratie/verpleegkundige/default.aspx (3 november 2013). Johan Lambregts en Ans Grotendorst, red., *Leren van de toekomst. Verpleegkundigen & Verzorgenden* (Houten 2012). Nienke Berends, 'Stuurgroep: 'Twee verschillende beroepen voor verpleegkundigen'', 8 december 2015, website Nursing. http://www.nursing.nl/Verpleegkundigen/Nieuws/2015/12/Stuurgroep-Twee-verschillende-beroepen-voor-verpleegkundigen-nodig-2729922W/?cmpid=NLC|nursing_tvv_tvz|2015-12-08|%20Twee_verpleegkundige_beroepsgroepen' (8 december 2015).

[282] Hamer en Tolsma, *Algemeen leerboek voor het verplegen van geestes- en zenuwzieken* (1964) 193-194 en 216-220.

[283] Ibidem, 202-207.

[284] Ibidem, 217 en 508-509.

[285] Ibidem, 203.

eten/de maaltijd.[286] In dit deel is de overgangsfase van somatische naar sociotherapeutische verpleegkunde te herkennen. Het was dan ook dat Van der Drift die een grote stempel had gedrukt in dit deel met het hoofdstuk 'Verpleging en behandeling van geestes- en zenuwzieken.[287] De verplegende had de taak ervoor te zorgen dat het eten/de maaltijden 'tot de gezelligste ogenblikken van de dag' behoorden. Daarbij hoorde het aanleren van beschaafde eetgewoonten en tafelmanieren (netjes gekleed, eten met mes en vork, niet slurpen en smakken). Degenen die elkaar niet verdroegen, konden beter niet naast elkaar zitten. De verplegende ging naast de patiënt zitten die hulp nodig had. Na afloop van het eten/de maaltijd moest de verplegende er op letten dat patiënten niets van de tafel meenam. Wanneer verplegenden iets misten, moest er net zo lang gezocht worden tot het gemiste gevonden was.[288]

Nieland, Van der Laan en Rooyackers en Kramer benadrukten evenals Hamer en Tolsma de sociale functie van het eten/de maaltijd.[289] Daarentegen behandelde G. Roodhart, verpleegkundige en directeur van de School voor Verpleegkundigen te Goes, het eten/de maaltijd niet apart in zijn *Basis psychiatrische verpleegkunde* (1975/1980). Kennelijk ging de auteur er vanuit dat dit onderwerp bekend was door het vak algemene verpleegkunde.[290] In 1980 werd het eten/de maaltijd onderdeel van methodisch verplegen waarin de patiënt centraler kwam. De auteurs in Verschoors *Psychiatrie 1* en *3* namen voeding op in het verpleegplan, waarin de levensgewoonten van de patiënt opgenomen moest worden en daarbij hoorden eet-, rook-, drink- en slaapgewoonten.[291] Ook kwam in deze reeks het eten/de maaltijd in het teken van resocialisatie en sociotherapie. Veelzeggend is dat de auteur P.J. Jongerius, van het Psychotherapeutisch Centrum De Viersprong te Halsteren, het verbazingwekkend vond dat er in toonaangevende boeken op het gebied van klinische behandeling, vrijwel niets over eetgroepen te vinden was.[292] Hij gaf als volgt aanwijzingen hoe een eetgroep te leiden:

> Een van de schreden op de weg naar resocialisatie kan zijn het terugtreden van de staf uit de leiding van de maaltijd en het vormen van een messbestuur. De patiënten zijn dan zelf verantwoordelijk voor een ordelijk verloop van de maaltijden en de verpleegkundigen, die eventueel mee eten, zijn in dat geval slechts gasten.[293]

Dit doet denken aan een vier jaar eerder opgenomen filmscène 'Experiment' in *Toestanden* (1976) van het Werkteater, waarin een groep psychiatrische zorgvragers voor het eerst gezamenlijk een barbecue organiseren. De verplegende Peter, gespeeld door de acteur Peter Faber, had daar een aanvraag voor gedaan bij meneer Woudenberg (Helmert Woudenberg). Aan het begin van de scène zit iedereen binnen aan tafel te eten. Velen zitten gehospitaliseerd passief te zijn, worden gevoerd en eten onsmakelijk. Op de dag van de barbecue kregen patiënten geen of minder pillen zodat zij niet zo suf zouden zijn. Iedereen is zenuwachtig. Voor Peter was het een hele uitdaging. Hij nodigde Woudenberg uit om mee te doen, maar deze vond het beter om de boel te observeren. Woudenberg observeerde niet. Hij wilde de

---

[286] Ibidem, 507-509.
[287] Ibidem, 431-579.
[288] Ibidem, 507.
[289] Nieland e.a., *Verpleegkundige lessen voor de opleiding tot het diploma-B* (1970) 43 en 48-49. Kramer, *Psychiatrische verpleegkunde* (1970) 45-46, 136, 140 en 173.
[290] G. Roodhart, *Basis psychiatrische verpleegkunde*. Zr. Meyboom Serie (1e druk, 1975; 2e [ongewijzigde] druk, 2e oplage; Amsterdam en Brussel 1980).
[291] D.I. Hilgenga-Liem, 'Observatie en rapportage', in: Verschoor, *Psychiatrie 1*, 212-225, aldaar 221.
[292] P.J. Jongerius, 'Resocialisatie' in: Verschoor, *Psychiatrie* 3, 182-199, aldaar 196.
[293] Ibidem.

regie in handen houden en liet nauwelijks zelfredzaamheid van de groep toe. De hele barbecue mislukte dan ook door zijn bemoeizucht. Het experiment had een succes kunnen zijn als Woudenberg een begeleidende en stimulerende rol had aangenomen om tot 'onthospitaliseren' te komen. Het ging immers goed tot en met het aansteken van de grill. Woudenberg werkte op de zenuwen van de groep. 'Het zijn patiënten hè, dat vergeet jij een beetje', schamperde hij naar Peter.[294] In die ene uitgesproken zin, zit de clou. Woudenberg zag deze mensen als zieke patiënten. Hij zat, zo is op te maken, nog teveel vast in het medische model.

Nabeschouwing

Dit hoofdstuk heeft laten zien dat de psychiatrische verpleegkunde in een identiteitscrisis verkeerde en dat psychiatrisch verpleegkundigen dat met name in de jaren zeventig en tachtig ook beseften. Het ziet er naar uit dat de B-verpleegkunde toen in een nieuwe fuik terecht was gekomen, namelijk in die van kritische psychiaters en nieuwe beroepsbeoefenaren zoals de klinisch psychologen. Uit dit onderzoek is geconcludeerd dat de identiteitscrisis gedeeltelijk aan B-verpleegkundigen zelf te wijten viel, omdat zij de nieuwe ideeën in de psychiatrie niet omarmden vanuit een eigen verpleegkundige theorie.

In de jaren vijftig al erkende psychiaters dat de B-verpleegkunde aan vernieuwing toe was. Nieuwe ideeën op het gebied van sociotherapie werden in 1959 door de Commissie Westerhuis, waarin alleen psychiaters zitting hadden, in de theoretische lesstof en de praktische leerweg ingevoerd, zonder het medische model te verlaten. Bovendien ontstonden er in 1961 in Wolfheze moderne methoden door extramuraal, doch op eigen terrein, psychiatrische zorg te bieden in sociowoningen zonder medisch ingestelde verpleegkundigen, maar met begeleiding van daarvoor speciaal opgeleide sociotherapeutische (dokters)assistentes.

In 1970 stond Aktiegroep Willem op. Die wilde invloed op een nieuw te formuleren lesstof die niet was gebaseerd op het medische model. De grootscheepse acties van Aktiegroep Willem waren door de vakbond NVV bestempeld als mosterd na de maaltijd. In zekere zin was dat ook zo. In een 'stille revolutie', die in de jaren vijftig al was aangevangen, lagen er in de jaren zestig opnieuw veranderingen op stapel. In 1970 kwam er een wettelijke regeling van wat de Commissie Herziening B-opleiding in 1969, dus voor de acties van Aktiegroep Willem, al had uitgewerkt. Daarbij kwam het boekje *Overzicht Praktische Opleiding*, dat in concept al klaar was, in de plaats van het *Praktijk- en rapportenboekje*. Hoogstwaarschijnlijk was het wel een verdienste van Aktiegroep Willem dat die een katalysatorwerking had en dat er in de wetgeving ruimte kwam voor experimenteren binnen de B-opleiding.

In dit hoofdstuk is gebleken dat er een generatiekloof was tussen verpleegkundigen van de oudere generatie en de nieuwe lichting verplegenden. Dat ging er soms hard aan toe. Achteraf gezien kan gezegd worden dat leden van de nieuw generatie weinig respectvol omgingen met hun oudere collega's die kort daarvoor nog grote afdelingen met grote aantallen patiënten draaiende moesten houden in een periode waarin doelmatige psychofarmaca nog niet voorhanden waren. Jongere verplegenden, mensen uit de flowerpowerbeweging, ook dienstweigeraars, drongen hun eigen normen van individualisme, emancipatie, vrijheid, democratie en medezeggenschap op aan patiënten en oudere verplegenden en lieten die prevaleren boven rust, reinheid en regelmaat. 'Worden wie je bent'

[294] *Toestanden* van het Werkteater Jet Willers, script; Thijs Chanowski, productie, regie, montage (1976). http://vimeo.com/55293258 (5 april 2014).

werd ‘worden zoals wij’ zoals Bram Mellink dat zo treffend schreef in zijn boek *Worden zoals wij*.

Een nieuwe generatie B-verpleegkundigen voerde acties om te mogen werken met nieuwe behandelmethoden die door arts-psychiaters waren geïnitieerd en die niet gestoeld waren op het medisch model. Dat betekende dat deze jonge B-verplegenden ongemerkt in een nieuw soort verlengde arm-constructie terecht kwamen. Dat was in het A-veld anders. Daar wilden A-verpleegkundigen juist loskomen van de machtige arts. Om hun doel te bereiken waren de verschillen groot: B-verpleegkundigen voerden opzienbarende acties terwijl A-verpleegkundigen dat deden met de pen.

Nieuwe beroepsbeoefenaren op therapeutisch gebied, zoals klinisch psychologen, kwamen de instelling in en knabbelden werkzaamheden van B-verpleegkundigen af. Om aan te sluiten op het niveau van deze nieuwe beroepsbeoefenaren ging de jongere generatie verplegenden taken op nieuwe gebieden op zich nemen eventueel door bijvoorbeeld bij- of omscholing. Ook hier kan geconcludeerd worden dat verpleegkundigen in een verlengde arm-constructie werkten, maar nu in die van bijvoorbeeld de psycholoog. Daarbij was in de jaren zestig en zeventig de noodzaak van medische taken minder geworden, omdat agogische, psycho- en sociotherapeutische behandelingen de somatische behandelingen vervingen. Van de traditionele B-verpleegkunde bleef niet veel over. Het meegaan met de nieuwe beroepsgroepen betekende ook dat de arts-psychiater, zoals Jacobs en Trimbos, als traditionele steunverlener van de verpleegkundige weg viel.

Van alle kanten brokkelde de B-verpleegkunde af. B-verpleegkundigen gingen zelf ervaren dat zij in een identiteitscrisis verkeerden. Achteraf gezien had de B-verpleegkundige (een deel van) de identiteitscrisis zelf kunnen voorkomen door vanuit een eigen verpleegkundige theorie/model de moderne methoden van de psychiatrie tegemoet te treden. Dat had gekund, want in de jaren zestig waren op z’n minst twee verpleegkundige theorieën beschikbaar: Virginia Henderson en Hildegard Peplau. Henderson was al in 1969 in een Nederlandse vertaling bekend en haar veertien beschreven basisbehoeften hadden als uitgangspunt kunnen dienen voor een verpleegkundig model, dat tevens aansloot op nieuwe ideeën. Hoewel in 1974 in de nieuwe *Leerstof Ziekenverpleging B* de theorie van Henderson werd genoemd in het curriculum van het somatische deel in de B-verpleegkunde, kwam zij in het psychiatrische deel niet voor. Henderson leek niet echt door te dringen en dat is achteraf gezien een gemiste kans geweest. De HBO-V, met ook de psychiatrische verpleegkunde in het curriculum, werkte gelijktijdig wel met Henderson (zie hoofdstuk 6). Was het omdat, net als Aan de Stegge dat vond, het voelde dat B-verpleegkundigen niet meer mochten ‘behandelen’? Die angst had niet gehoeven. Met een verpleegkundig model kon de verpleegkundige op haar eigen terrein handelen. Bovendien zou het niet moeten gaan om wat de verpleegkundige wil, maar wat de verpleegde vond wat die nodig had. De wetsverandering van 1986 leek de discussie te beslechten. De wet schreef voor om eigen verpleegkundige instrumenten te gebruiken om zodoende te ‘participeren in het totale hulpverleningsproces’. Zelfs de zelfzorggebieden van Van den Brink-Tjebbes werden leidraad in de wetgeving (zie bijlage 15 en 22).

3. Zwakzinnigenzorg: geen achterlijke verpleegkunde

> Tot in de jaren zeventig werd de verpleegkundige in de [verstandelijk] gehandicaptenzorg veelal beschouwd als het 'debiele zusje' van de verpleegstersfamilie die [sic] met gemakkelijke patiënten omging.[1]

Henk Beltman verwoordde het imago van de Z-verpleegkunde zeer treffend in zijn proefschrift *Buigen of barsten? Hoofdstukken uit de geschiedenis van de zorg aan mensen met een verstandelijke handicap in Nederland 1945-2000* (2001). Volgens hem had de verpleegkundige in de zwakzinnigenzorg, de Z-verpleegkundige, lange tijd een lage status.[2] Uit de woorden van Beltman is op te maken dat werd gedacht dat binnen de verpleegkunde de Z-verpleegkund(ig)e van een minder soort verpleegkund(ig)e was. Dat negatieve beeld is mede veroorzaakt doordat de zwakzinnigenzorg lange tijd viel onder een regime van B- en/of A-verpleegkundigen die nog volgens een medisch model waren opgeleid. Zij wisten weinig over de nieuwe Z-opleiding, die al sinds de jaren vijftig was gebaseerd op pedagogiek en psychologie. In dit hoofdstuk wordt dit negatieve beeld over de 'Z' bijgesteld, want de ideeën in de Z-verpleegkunde waren juist ten opzichte van de A- en B-verpleegkunde verrassend modern.

Vanaf 1958 startte het Z-veld een eigen opleiding onder auspiciën van de Vergadering van Directeuren van Instituten voor Zwakzinnigenzorg (VDIZ) en de Opleidingscommissie Zwakzinnigenzorg. De sector had behoefte aan een landelijke eenduidige opleiding. Deze opleiding was bij aanvang niet gestoeld op een somatisch medisch model, maar op een pedagogisch/psychologisch model van denken en doen. De Z-opleiding die zodoende ontstond, kreeg in 1977 een wettelijke status. Zij kwam vanaf 1977 samen met de andere opleidingen tot verpleegkundige terecht in de Wijzigingswet Wet tot bescherming van het diploma van verpleegkundige. De zwakzinnigenzorg maakte dus in korte tijd een enorme ontwikkeling door. Beltman schetste deze ontwikkeling in een radio-interview als volgt: was er eerst een medisch model waarbij verplegenden spraken over de patiënt, later kwam er onder invloed van bijvoorbeeld psychologen/pedagogen het ontwikkelingsmodel in zwang. De patiënt werd leerling. Tegenwoordig spreekt men van een ondersteuningsmodel. Het uitgangspunt is geworden dat de mens met een verstandelijke handicap/beperking een burger is met mogelijkheden en eigen verantwoordelijkheden.[3] In dit hoofdstuk zal blijken dat deze weergave van Beltman in grote lijnen klopt, maar dat deze wel met veel strijd en discussie gepaard ging.

Dit hoofdstuk begint met een paragraaf over de beladen term 'zwakzinnig' en de verzachtende termen die daarvoor in de plaats kwamen. Ook zal in een paar alinea's een korte ontwikkeling van de zwakzinnigenzorg worden beschreven om de periode tussen 1958 en 1988 beter in te kunnen kaderen. Daarvoor is dankbaar gebruik gemaakt van bijvoorbeeld *Zin der Zotheid* (1998) van Inge Mans, *Buigen of barsten?* (2001) van de al genoemde Henk Beltman en enkele gedenkboeken van Neel van den Oever.[4] In de paragraaf over de Dennendal-affaire is gebruik gemaakt van *Om het geluk van de zwakzinnige. De geschiedenis van Dennendal, 1969-1994* (1994) van J.J. Dankers en A.A.M. van der Linden en *Het*

---

[1] Beltman, *Buigen of barsten?*, 121.
[2] Ibidem.
[3] Henk Beltman, 'Zwakzinnigenzorg: mensen met een verstandelijke handicap' gesprek over zijn proefschrift *Buigen of barsten?*, in: *OVT*, VPRO-radio 29 april 2001, website geschiedenis24. http://www.geschiedenis24.nl/ovt/afleveringen/2001/Ovt-29-04-2001/Zwakzinnigenzorg-mensen-met-een-verstandelijke-handicap.html (3 mei 2014).
[4] Mans, *Zin der Zotheid.* Beltman, *Buigen of barsten?* Van den Oever, *Onze toekomst ligt in het verleden*. Van den Oever, *Van Boldershof tot nu: Al 100 jaar een goede buur 1907-2007*.

zelfontplooiingsregime (1999) van Evelien Tonkens.[5] Deze werken besteden relatief weinig aandacht aan de opleiding tot Z-verpleegkundige. Dit hiaat wordt door dit hoofdstuk gevuld. Ook dit hoofdstuk sluit af met een paragraaf voor thema's die terugkeren in elk hoofdstuk. Voor de zwakzinnigenzorg stond het eten/de maaltijd eerder in dienst van de pedagogiek en het zal dan niet verbazen dat de lesboeken met name vanuit die visie redeneerden. Het verplegen van een stervende zorgvrager laat in de lesboeken een ontwikkeling zien: van het niet tonen van emotie tot het toelaten daarvan.

Zwakzinnig, verstandelijk gehandicapt/beperkt of mensen met mogelijkheden?

De term 'zwakzinnig' kan onder andere voor ouders van kinderen met een verstandelijke beperking, kwetsend zijn.[6] Het spreken over 'geestelijk gehandicapt' wordt in christelijke kring liever vermeden omdat dit kan stuiten op de opvatting dat er een handicap kan zijn in de relatie tot God.[7] Meestal wordt thans gesproken over 'mensen met een verstandelijke handicap' of 'mensen met een verstandelijke beperking' met als uitganspunt 'mensen met mogelijkheden'. In deze studie zullen, in navolging van de geraadpleegde bronnen en literatuur, termen door elkaar worden gebruikt zonder daar kwalificaties mee aan te duiden. Inge Mans hield in haar *Zin der zotheid* vast aan de term zwakzinnigen, 'omdat daarin nog de historische lading doorklinkt die men nu eenmaal nooit helemaal achter zich kan laten, hoe graag men dat ook zou willen'.[8]

Het was onder meer door de leerplichtwet van 1901 dat mensen met een verstandelijke beperking gingen opvallen. Zij konden niet meekomen op gewone scholen en daarom ontstonden er scholen voor buitengewoon lager onderwijs onder de Lager-onderwijswet van 1920. Eerder, in 1891, kwam de eerste instelling voor zwakzinnigen tot stand, het protestants-christelijke 's Heeren Loo te Ermelo. Voor 1891 verbleven zwakzinnigen, wanneer ze niet in de 'gewone' maatschappij konden functioneren, onder andere in psychiatrische instellingen. Na de oprichting van 's Heeren Loo kwamen er tot 1940 nog acht gestichten bij die alle op twee na, een protestants-christelijke of rooms-katholieke grondslag hadden. Er waren ook christelijke liefdadigheidsinstellingen die in de loop van de tijd tot 1940 erkenning kregen als zwakzinnigeninstelling.[9] Zwakzinnigeninstellingen waren vanaf het laatste kwart van de negentiende eeuw dus vooral ontstaan vanuit christelijke overtuiging.

In de dagelijkse praktijk leken zwakzinnigeninstellingen in de jaren vijftig en zestig van de twintigste eeuw echter vooral op ziekenhuizen. Artsen hadden de leiding en verplegenden liepen in witte uniformen. Het medische aspect overheerste. Na opname kreeg de zwakzinnige een diagnose, na eerst geobserveerd en onderzocht te zijn geweest. Die medische benadering was mede gebaseerd op medische ontdekkingen als chromosomale afwijkingen, met als bekendste voorbeeld het Syndroom van Down. Onderzoekers hadden

---

[5] J.J. Dankers en A.A.M. van der Linden, *Om het geluk van de zwakzinnige. De geschiedenis van Dennendal. 1969-1994* (Den Dolder 1994). Tonkens, *Het zelfontplooiingsregime.*

[6] Met dank aan Yvonne Kuiper, onder meer Z-verpleegkundige en BVE-docent.

[7] Cees Timmer en Jos Lammers, *Een jonge wever en zeven andere verhalen. Over de zorg aan mensen met een verstandelijke handicap* (Amersfoort 1991) 78.

[8] Ibidem, 266.

[9] Henk Beltman, 'Zwakzinnigenzorg: mensen met een verstandelijke handicap' gesprek over zijn proefschrift *Buigen of barsten?*, in: *OVT*, VPRO-radio. Inge Mans en Evelien Tonkens, 'Geschiedenis van de zwakzinnigenzorg', in: *OVT*, VPRO-radio 8 april 2007, website Geschiedenis24. http://www.geschiedenis24.nl/ovt/afleveringen/2007/Ovt-08-04-2007/Geschiedenis-van-de-zwakzinnigenzorg.html (3 mei 2014). Mans, *Zin der Zotheid*, 181, 244-245.

ontdekt dat er vormen van zwakzinnigheid waren die somatische oorzaken hadden en die door vroegtijdige ontdekking in sommige gevallen ontwikkelingsachterstand konden voorkomen.[10]

Het somatische aspect overheerste dus in de zwakzinnigenzorg. 's Heeren Loo kreeg na de Tweede Wereldoorlog 'een medisch karakter waar de dokter de dienst uitmaakte en de verpleegsters ervoor zorgden dat alles kraakhelder was'.[11] Leerlingen droegen witte uniformen, witte gesloten schoenen met veters en panty's waren verplicht. Zusters werkten functiegericht volgens de klok waarbij veel gedweild, ontsmet, was gevouwen en kleding versteld moest worden. In 1958 telde de Boldershof onder de 55 religieuzen die daar werkten (niet alleen in de verpleging) in totaal vijf B-verpleegkundigen, zeven A-verpleegkundigen en een A/B-verpleegkundige. Negen volgden de nieuwe Z-opleiding. Het jaar daarop telde de Z-opleiding in de Boldershof zeventien leerlingen. De Boldershof ging dus al vroeg, in theorie althans, het medisch model voorbij, door de opleiding tot Z-verpleegkundige in te voeren.

Pedagogiek en psychologie in de Z-verpleegkunde

In deze paragraaf zal blijken dat de ideeën van de Z-opleiding vanaf het begin het medisch model voorbij waren. Het probleem was dat de praktijk nog achterliep op de Z-opleiding, doordat de A- en/of B-verpleegkundigen het voor het zeggen hadden – zoals hierboven is aangegeven. Tot 1958 hadden Z-instellingen huisopleidingen. Deze huisopleidingen waren voornamelijk ingesteld op de werkwijze van het eigen instituut en hadden daardoor onderling geen uniformiteit. Ook bleken de huisopleidingen te eenzijdig, omdat pedagogiek en psychologische ontwikkeling van het jonge kind daarin ontbraken. Het rooms-katholieke Boldershof te Druten had een soort huisopleiding waarin een arts in 1954 aan niet-gediplomeerden een 'cursus verplegingsziekteleer en psychologie' gaf.[12] Andere inrichtingen lieten medewerkers de opleiding Kinderbescherming A volgen, zodat zij in elk geval aan het pedagogisch-psychologische aspect voldeden.[13] Ook het Hendrik van Boeijen-Oord te Assen bood personeel aan om de opleiding Kinderbescherming A te doen.[14]

Dat instellingen hun personeel de opleiding Kinderbescherming A lieten volgen was niet onlogisch. Willy van der Kaaden, die in 1958 die opleiding afrondde vertelde dat deze opleiding twee jaar duurde en slechts één avond in de week schooltijd vroeg. Kinderbescherming A bevatte de vakken pedagogiek, psychologie, psychopathologie, gezondheidsleer, kinderrecht/praktische kinderbescherming en vrije tijdbesteding. Deze vakken waren vanzelfsprekend uitstekend geschikt voor de verstandelijk gehandicaptenzorg. De vooropleidingseis hoefde geen belemmering te zijn voor het aannemen van personeel, want Kinderbescherming A eiste geen MULO. Kinderbescherming B eiste wel MULO.[15]

---

[10] Mans, *Zin der zotheid*, 268. Door middel van de hielprik kunnen vroegtijdig erfelijke ziekten worden opgespoord die ontwikkelingsachterstand kunnen veroorzaken, zoals phenylketonurie (PKU).

[11] Van den Oever, *Onze toekomst ligt in het verleden*, 46.

[12] Van den Oever, *Van Boldershof tot nu: Al 100 jaar een goede buur 1907-2007*, 231.

[13] Nationaal Archief, Den Haag, Ministerie van Sociale Zaken: Directoraat-generaal Volksgezondheid, nummer toegang 2.15.65, inventarisnummer 2141, Installatietoespraak voor de Interdisciplinaire Werkgroep Z-opleiding door de Directeur-Generaal van Volksgezondheid op 17 januari 1973 om 14.00 uur, door de Directeur-Generaal van de Volksgezondheid, de heer W.B. Gerritsen, arts, in gebouw C van het Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne.

[14] H. Kuiper, 'Hoe het was en hoe het groeide. Hendrik van Boeijen-Oord van 1955 tot 1980', in: J. Brands en L. Touwen, samenstellers, *Hendrik van Boeijen-Oord. Een plaats om te wonen* (Assen 1980) 75-81, aldaar 76.

[15] Met dank aan Willy van der Kaaden die in juli 1958 slaagde voor het Diploma Kinderbescherming A. In juni 1961 slaagde zij voor het Diploma Kinderbescherming B met de vakken pedagogiek, psychologie/psychopathologie, gezinsverpleging/internaatsverpleging, kinderrecht/kinderbescherming, gezondheidsleer, sport en spel. Deze opleiding duurde drie jaar, waar wel volgens de richtlijnen MULO voor nodig was, ook al was men in het bezit van Kinderbescherming A.

Toch voldeden deze opleidingen niet in alle opzichten aan de eisen die verstandelijk gehandicaptenzorg stelden, vonden zeven directies van Z-instellingen. Daarom besloten zij, in samenwerking met de Geneeskundige Hoofdinspecteur voor de Geestelijke Volksgezondheid, in 1957 over te gaan tot het ontwerpen van een speciaal voor de zwakzinnigenzorg ingericht lesprogramma. In de nieuwe opleiding kwam aandacht voor zowel de medisch-psychiatrische als de pedagogisch-psychologische en verpleegkundige aspecten.[16] Een klein aantal inrichtingen startte in 1958 de nieuwe en meer uniforme Z-opleiding die drie jaar duurde. Parallel aan de B-opleiding waren de vakken natuur- en scheikunde, anatomie, ziekteleer, psychiatrie, EHBO en hygiëne. Parallel aan de opleiding kinderbescherming bood de opleiding de vakken ontwikkelingspsychologie, pedagogiek, pedagogische psychologie en de 'bezigheidsvakken' sport, spel, creatieve handvaardigheid. De inrichtingen voegden daaraan toe de vakken: vormen van zwakzinnigheid, kinder-psychopathologie, kinder-psychiatrische ziektebeelden met aandacht voor sociaalpsychiatrische onderwerpen.

Het ontwerpen van het lesmateriaal was in handen van de Federatie Opleiding Zwakzinnigenzorg. Toezicht op de examens en opname in een register van de Opleidingscommissie Zwakzinnigenzorg waarborgden de kwaliteit en uniformiteit. In 1958 verscheen de eerste druk van *Grondslagen der zwakzinnigenzorg* onder redactie van onder meer E. Hoejenbos, geneesheer-directeur (kinderpsychiater) van het Hendrik van Boeijen-Oord te Assen. Dit boek bevatte de lesstof voor de eerste twee leerjaren. In 1963 kwam de eerste druk voor het derde leerjaar uit. De uitgever bracht beide in een (vermeerderde) druk in 1966 uit in één forse bundel.[17] Zo kwam de lesstof van (bijna) de hele opleiding in één uitgave. Dit boek symboliseerde de behoefte om de opleiding erkend te krijgen. Er was dan ook een onderlinge afspraak tussen 's Heeren Loo, Willem van den Berghstichting, Boldershof en andere huizen dit boek in de opleiding te gebruiken.[18]

Vijftig van de 590 bladzijden van *Grondslagen der zwakzinnigenzorg* waren bestemd voor het vak Ziekenverpleging. De vakken Pedagogische beginselen en Pedagogische psychologie vulden ruim 200 bladzijden. De overige 330 bladzijden gingen naar ontwikkelingspsychologie, natuur- en scheikunde, psychopathologie, gezondheids- en ziekteleer, speciële psychiatrie en sociale psychiatrie (zie bijlage 41). Hoewel de kwantiteit van bladzijden niet zoveel hoeft te zeggen over de kwaliteit, kan wel geconstateerd worden dat verpleegkunde niet heel belangrijk was in de gehandicaptenzorg. De hoofdstukken over ziekenverpleging waren in *Grondslagen der zwakzinnigenzorg* wel door verpleegkundigen geschreven. Hiermee liep de uitgave voor op de B-opleiding, omdat in dat veld pas in 1968 een verpleegkundige (F. Kramer) het eerste lesboek voor de B-verpleegkunde schreef (zie hoofdstuk 2). De redactie van de derde druk maakte bekend dat *Grondslagen der zwakzinnigenzorg* niet de hele opleiding dekte. Voor onder meer anatomie en EHBO verwees de redactie naar 'gangbare handleidingen'.[19] De redactie had het bij deze uitgaven over 'proeve van een leerboek'.[20] De lezer moest het boek dan ook meer zien 'als een "proeve" dan als een afgerond werk'. In de loop van de vier drukken zijn wat toevoegingen en uitbreidingen gekomen zoals: Pedagogische beginselen II, Natuur- en Scheikunde en Speciële psychiatrie.[21]

Het boek *Grondslagen der zwakzinnigenzorg* maakte duidelijk dat de Z-verpleegkunde rond 1960 al niet meer stoelde op een medisch/somatisch model. De psycholoog en docent

---

[16] NA, DG Volksgezondheid, 2.15.65, inv. nr. 2141, Installatietoespraak voor de Interdisciplinaire Werkgroep Z-opleiding door de Directeur-Generaal van Volksgezondheid op 17 januari 1973 om 14.00 uur, door de Directeur-Generaal van de Volksgezondheid, de heer W.B. Gerritsen, arts, in gebouw C van het Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne.

[17] E. Hoejenbos e.a., red., *Grondslagen der zwakzinnigenzorg,* (1e deel 4e druk; 2e deel 3e druk; Lochem 1966).

[18] Van den Oever, *Van Boldershof tot nu: Al 100 jaar een goede buur 1907-2007,* 237-238.

[19] Hoejenbos e.a., red., *Grondslagen der zwakzinnigenzorg,* (1966) 5 van het eerste deel.

[20] Ibidem, 3 van het tweede deel.

[21] Ibidem, 5 van het eerste deel. Ibidem, 3 van het tweede deel.

F.J.H. Smulders, schreef in 1962 over de nieuwe opleiding dan ook dat de opvoedingsgedachte voorop stond.[22] In de jaren zestig kregen de uitgaven, zoals gezegd, enkele herdrukken en het ligt voor de hand dat de opleidingen *Grondslagen der zwakzinnigenzorg* in de hele jaren zestig gebruikten.[23] Niet iedereen was gelukkig met dit boek. De Boldershof had in 1969 de vakken psychologie en pedagogiek aangepast en aan andere vakken werd volgens Van den Oever 'nog gesleuteld'.[24] Veel te sleutelen hoefde De Boldershof niet, want in 1970 verving de Opleidingscommissie *Grondslagen der zwakzinnigenzorg* voor een inmiddels steeds groter aantal opleidingen.

In 1970 hadden 32 inrichtingen een Z-opleiding en één had een gedeeltelijke Z-opleiding.[25] Medio 1974 hadden zo'n 6500 mensen een Z-diploma behaald in één van de inmiddels ruim veertig erkende opleidingsinrichtingen.[26] In dat jaar werden ook de lesboeken *Grondslagen des zwakzinnigenzorg* vervangen door de vier ringbanden: *Leergang Opleiding Zwakzinnigenzorg* met wederom Hoejenbos als redacteur/auteur.[27] Hiermee kwam duidelijkheid wat betreft het aantal te besteden uren per vak. Het nieuwe lesmateriaal was nodig om het niveau van de Z-opleiding te verhogen, 'mede gezien de ontwikkeling van de behandeling, verpleging en revalidatie van zieken en gehandicapten', aldus de eindredactie. De aanbevolen vooropleiding werd MAVO of gelijkwaardig. Hiermee ging de Z-opleiding gelijk op met de B-opleiding die in 1970 ook MAVO ging vragen als vooropleiding. Bovendien vond de eindredactie dat openheid ten aanzien van leerplan en leerstof het contact tussen docent en leerlingen zou bevorderen en daarmee de motivatie van leerlingen.[28] De leerstof voor niet-Z-specifieke vakken kwam niet in het nieuwe lesmateriaal, want de samenstellers waren van mening 'dat er voor verschillende vakken uitstekende boeken bestaan'. Zij zagen 'niet in, waarom deze niet zouden gebruikt worden'.[29] Ook voor de verpleegkunde kwam geen nieuwe leerstof, want 'de bestaande literatuur [gaf] aan de docent en de leerling ruime keuze'.[30] Bij het onderbouwen van de keuze van de leerstof voor verpleegkunde is uitgegaan van de vraag 'met welke situaties (…) de leerling geconfronteerd [wordt] als hij/zij met zwakzinnigen gaat werken?' Die vraag impliceerde dat de leerling centraal kwam te staan om 'integrale hulp [te] kunnen bieden aan de zwakzinnige in zijn totaliteit als mens'. In 1970 was er in de zwakzinnigenzorg dus al een formulering die de totale mens noemt. De verpleegkunde was in de *Leergang Opleiding Zwakzinnigenzorg*, 'niet alleen gericht op de categorie bedlegerigen, de ernstig lichamelijk gehandicapten en de dieper

---

[22] F.J.H. Smulders, 'De opzet van het federatieve diploma van de zwakzinnigenzorg', *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 13 (1962) 281-282, aldaar 281.
[23] E. Hoejenbos en J. Hoeing, red., *Leergang Opleiding Zwakzinnigenzorg. Eerste leerjaar* (Lochem 1970) 1.1.
[24] Van den Oever, *Van Boldershof tot nu: Al 100 jaar een goede buur 1907-2007*, 237-238.
[25] Smulders, 'De opzet van het federatieve diploma van de zwakzinnigenzorg', 281. Nota van de Werkgroep Voorbereiding Regeling Opleidingen Zwakzinnigenzorg, in: Verslagen en Mededelingen Volksgezondheid nummer 6 ('s-Gravenhage 1971).
[26] Interdisciplinaire Werkgroep Z-opleiding, *Interimrapport Z-opleiding*, uitgebracht aan de Staatssecretaris van Volksgezondheid en Milieuhygiëne (juli 1974) en uitgegeven in Ministere van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, *14 Verslagen Adviezen Rapporten* (Leidschendam 1975) 2 en bijlage 1. De Boldershof bleef ook na 1957 de volgende officiële opleidingen aanbieden: door Oranje Kruis erkende EHBO, cursus Kinderbescherming A en B, Handvaardigheid A en B, Sport en spel. Van den Oever, *Van Boldershof tot nu: Al 100 jaar een goede buur 1907-2007*, 238
[27] E. Hoejenbos en J. Hoeing, red., *Leergang Opleiding Zwakzinnigenzorg. Eerste leerjaar* (Lochem 1970). E. Hoejenbos en J. Hoeing, red., *Leergang Opleiding Zwakzinnigenzorg. Tweede leerjaar* (Lochem 1971). E. Hoejenbos en J. Hoeing, red., *Leergang Opleiding Zwakzinnigenzorg. Derde leerjaar. Band A en B* (Lochem 1972). Het lesmateriaal kwam losbladig uit, in vier blauwe ringbanden. De inhoud van *Leergang Opleiding Zwakzinnigenzorg* bestond uit vier kleuren: blauw was voor het leerplan, geel voor de leerstofomschrijving, mokkabruin voor de literatuuropgaven en wit voor de inleiding en voor de leerstof (zie bijlage 42).
[28] Hoejenbos en Hoeing, red., *Leergang Opleiding Zwakzinnigenzorg. Eerste leerjaar*, 1.1.
[29] Ibidem, 1.2.
[30] Ibidem, 3.9.

gestoorden'. De verpleegkunde richtte zich op alle categorieën, al zouden 'bepaalde technieken niet bij alle categorieën aan de orde komen'.[31] Van het derde leerjaar van *Leergang Opleiding Zwakzinnigenzorg* kwam een derde druk in boekvorm uit in 1978 nadat de wettelijke Z-opleiding al een feit was.

Het aantal lesuren voor verpleegkunde stelde niet veel voor in de opleiding tot Z-verpleegkundige. In de vier ringbanden *Leergang Opleiding Zwakzinnigenzorg* was er ruime aandacht voor persoonlijkheidsvorming van de leerling. Het aantal lesuren voor persoonlijkheidsvorming (geestelijke, maatschappelijke en culturele vorming) overtrof in 1973 zelfs het aantal voor verpleegkunde (zie bijlage 42). Dat er nauwelijks specifieke Z-verpleging was kwam, zoals eerder gezegd, omdat de Z-opleiding meer uitging van pedagogiek in plaats van verpleging. Pedagogiek en psychologie kregen het dubbel aantal uren dan verpleegkunde en het vak bezigheidsactivering beduidend meer in theorie én praktijk.

De volgende discussie kenmerkte zich dat de verpleegkunde in de zwakzinnigenzorg in een overgangsfase was: van somatische verpleging naar psychosociale-somatische verpleging waarin de totale mens centraal kwam te staan. Bovendien is het opmerkelijk dat die discussie ook onder artsen werd gevoerd. Het was de geneesheer-directeur van de kliniek voor zwakzinnigen De Hondsberg te Oisterwijk, F.M. Ausems, die in 1969, in het kader van een nadere wettelijke erkenning van de Z-opleiding, in een artikel betwijfelde of het wel reëel was te denken 'om in amper 3 jaar jonge mensen met een eenvoudige vooropleiding te vormen tot bekwame en deskundige werkers op de drie gebieden [pedagogiek, psychologie, verpleegkunde] tegelijk? Hij vroeg zich af of deze combinatie niet een utopie was en of de medicus, pedagoog en psycholoog als opdrachtgevers tevreden zouden zijn over de deskundigheid en taakvervulling van de Z-gediplomeerde. Ausems adviseerde daarom dat er op de A-verpleegkunde een aantekening zwakzinnigenzorg zou moeten komen enigszins analoog aan de wijkaantekening. Voor de opvoedende en begeleidende taken zou er een zelfstandig werkende zwakzinnigenverzorgster kunnen komen, vergelijkbaar met iemand met het diploma kinderbescherming B.[32]

In reactie op Ausems' artikel betoogden de verpleegkundige E.A.C. v.d. Goorbergh en de arts T. Pouwels dat Ausems teveel uitging van een verpleegkundige als assistente van de arts die bovendien nog gestoeld zou zijn op de somatische verpleging. V.d. Goorbergh en Pouwels meenden dat Ausems het begrip 'verpleging' nog teveel tot het begrip 'somatische verpleging' of misschien beter gezegd 'verpleegtechniek', verengde.[33] De auteurs meenden zelfs dat een A-verpleegkundige met Z-aantekening en/of de zwakzinnigenverzorgster het principe zou aantasten van de mens als totaliteit.[34] Zij vonden dat van de Z-verpleegkundige verwacht kon worden dat deze over een orthopedagogische-verpleegkundige attitude moest beschikken. Waarbij de Z-verpleegkundige inzicht moest hebben

> in de belangrijkste methoden van de medische, psychologische en pedagogische disciplines, omdat zij/hij in staat moet zijn in het praktische handelen de integratie van al deze aspekten tot stand te brengen.[35]

---

[31] Ibidem, 3.8.
[32] F.M. Ausems, 'De Z-opleiding een utopie?', *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 22 (1969) 641-644., aldaar 643-644
[33] E.A.C. v.d. Goorbergh en T. Pouwels, 'De Z-opleiding geen utopie', *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 22 (1969) 1021-1023, aldaar 1021. V.d. Goorbergh was verpleegkundige in Huize Nieuwenoord te Baarn en Pouwels medisch adjunct-directeur van de Dr. Mr. Willem van de Bergh-Stichting te Noordwijk Binnen.
[34] Ibidem, 1021-1022.
[35] Ibidem, 1022.

Er waren dus verschillende geluiden te horen over de aard en de toekomst van de Z-verpleegkunde. Ausems wilde een min of meer medisch model (de A-opleiding was in de jaren zestig daar nog op gestoeld) met een 'Z-aantekening'. V.d. Goorbergh en Pouwels zagen meer heil in orthopedagogische verpleegkunde.

De Dennendal-affaire (1971-1974)

De Dennendal-affaire is een vast ijkpunt geworden van de Nederlandse geschiedenis van de roerige jaren zestig en zeventig. Nederland had eind jaren zestig, onder meer, net de provobeweging achter de rug die in de jeugdpsychiatrische kliniek Amstelland in het Provinciaal Ziekenhuis Santpoort rond 1969 een eigen hippie- en provocultuur opleverde[36]. En terwijl de Kabouterbeweging actief was, had de psychiatrische verpleging de Aktiegroep Willem in 1970 (zie hoofdstuk 2). In 1971 werd het onrustig in de zwakzinnigenzorg en dan met name in Dennendal. Zowel de acties van de Aktiegroep Willem als de Dennendal-affaire speelde zich af vanuit of op het terrein van de Willem Arntsz Hoeve te Den Dolder.

De hoofdveroorzaker van de onrust in Dennendal was Carel Muller, een psycholoog, en volgens Weijers, 'afkomstig uit een typisch Doorbraakmilieu' (zie hoofdstuk 2).[37] Hij kreeg als net afgestudeerd psycholoog in 1969 een aanstelling als psychologisch directeur naast verpleegkundig directeur Willem André. Was Muller volgens Tonkens als psycholoog toevallig

> komen werken op een van de moderne zwakzinnigeninrichtingen, dan had hij zich waarschijnlijk moeten onderschikken aan het beleid van de geneesheer-directeur en had nooit iemand buiten de zwakzinnigenzorg van Carel Muller gehoord.[38]

Echter, Muller was niet toevallig komen werken in een moderne instelling en daardoor ging heel Nederland hem zien en horen. De afdeling waar Muller kwam te werken stond bekend als afdeling oligofrenie en was onderdeel van de Willem Arntsz Hoeve. Deze afdeling was pas na een herindeling in 1964 tot stand gekomen en was gestoeld op een medisch model onder leiding van de zenuwarts S. Pruyt en hoofdverpleger Willem André. Muller was daar als stagiair in 1966 werkzaam. Op 1 januari 1969 kreeg de afdeling oligofrenie een eigen tweekoppige directie. De afdeling ging onder de naam Dennendal zelfstandig verder binnen de Willem Arntsz Stichting. Zoals gezegd kreeg Muller in Dennendal de post van psychologisch directeur en de verpleger André die van verpleegkundig directeur.[39] Formeel waren beide directeuren als gelijken naast elkaar gesteld. Deze constructie van twee kapiteins op een schip was mede oorzaak van conflicten, omdat Muller al vrij snel het verpleegkundig regime van André overvleugelde dat gestoeld was op het medisch model.[40]

---

[36] Joost Vijselaar, ''Vrijheid, gelijkheid en broederschap'. Een revolutie in de psychiatrie 1965-1985', in: Joost Vijselaar, red., *Gesticht in de duinen. De geschiedenis van de provinciale psychiatrische ziekenhuizen van Noord-Holland van 1849 tot 1994* (Hilversum 1997) 192-237, aldaar 198. Amstelland, een psychotherapeutische gemeenschap van het 'eerbiedwaardige Santpoort werd even het toneel van de Amsterdamse hippie- en provocultuur, zij het in z'n psychiatrische gedaante'.

[37] Weijers, 'De slag om Dennendal. Een terugblik op de jaren vijftig vanuit de jaren zeventig', 63.

[38] Tonkens, *Het zelfontplooiingsregime*, 103.

[39] Nationaal Archief, Den Haag, Vereniging van Directeuren van Instituten voor Zwakzinnigenzorg, nummer toegang 2.19.042.31, inventarisnummer 29, brief van de Willem Arntsz Stichting aan de Opleidingscommissie Z, 27 januari 1969.

[40] Dankers en Van der Linden, *Om het geluk van de zwakzinnige*, 24-28. Tonkens, *Het zelfontplooiingsregime*, 102-103.

Muller was aangenomen vanwege zijn bijdrage aan de uitbreiding van therapeutische mogelijkheden in Dennendal. Hij sloot zich dan ook aanvankelijk aan bij het binnen de zwakzinnigenzorg gangbare ontwikkelings- en pedagogiseringsklimaat. Hij ging echter ten aanzien van de organisatie, meent Tonkens, meteen zijn eigen weg.[41] Muller ging een anti-pedagogisch beleid voeren. De idee was dat de zwakzinnige het recht moest hebben om zwakzinnig te zijn en dat opvoeden eerder begeleiden en ondersteunen moest worden. Of zoals Mans dat omschreef:

> Ontplooiing van de zwakzinnige stond bij de Dennendallers hoog in het vaandel. Alleen werd de belangrijkste voorwaarde daarvoor niet gezocht in de pedagogische behandeling, maar in de acceptatie van het wezen van zwakzinnigen, hun menszijn.[42]

Muller nam geen personeel aan op deskundigheid maar op persoonlijkheid, maatschappijvisie en (levens)ervaringen. Zo nam hij naast Z-verpleegkundigen ook onderwijzers in dienst en dienstweigeraars. Deze nieuwelingen hadden kritiek op het A- en B-verpleegkundig regime en – in de woorden van Tonkens – het 'deskundigheidsregime'.[43] Tonkens doelde hiermee op een verzameling wetenschappelijk geschoolde deskundigen zoals medici, pedagogen en psychologen. Verpleegkundigen vielen daar niet onder.[44] Muller wilde een niet-hiërarchische organisatie met medewerkers in kleurrijke kleding, in plaats van witte uniformen. Hij verving het diagnostische onderzoek door aandacht voor de behoeften en wensen van de bewoners. Muller stond een verdunning (omgekeerde integratie) voor. Dit hield in dat mensen van buiten de zwakzinnigenzorg zich zouden mengen onder zwakzinnigen. Niet de zwakzinnige moest zich aanpassen aan de maatschappij, maar de maatschappij aan de zwakzinnige. In Dennendal werd dit ideaal nagestreefd door mensen die zich verwant voelden met de Kabouterbeweging. Zij woonden op het terrein van Dennendal in tenten, bewerkten tuinen op een biologisch-dynamische manier en hadden een theepaviljoen.[45] Ido Weijers schreef eind jaren negentig dat Dennendal qua stijl

> een bolwerk [werd] van hippies en kabouterleven. Langharige, stikkies rokende, maatschappij-kritische jongens en meisjes vervingen binnen enkele jaren de oudere verpleegkundigen. (…) Zo werd Dennendal naast een proeftuin van vernieuwing op het terrein van de geestelijke gezondheidszorg ook een bolwerk van de anti-autoritaire beweging.[46]

De anti-autoritaire beweging waar Weijers in 1997 over schreef, zal niet iedereen zo ervaren hebben. Mededirecteur André ervoer 35 jaar eerder het tegendeel. Begin 1971 leidde het beleid van Muller tot het eerste conflict. De door Muller overschaduwde André meldde zich ziek en schreef een vernietigend rapport. Daarin concludeerde hij onder meer dat door 'het planmatig anti-democratisch te werk gaan van de heer Muller' groepen patiënten en personeelsleden de dupe werden.[47]

Het conflict tussen André en Muller en de hunnen leidde er toe dat staatssecretaris Kruisinga de zogenoemde Commissie Speijer in het leven riep met daarin de psychiaters N.

---

[41] Dankers en Van der Linden, *Om het geluk van de zwakzinnige*, 26. Tonkens, *Het zelfontplooiingsregime*, 123.
[42] Mans, *Zin der zotheid*, 271.
[43] Tonkens, *Het zelfontplooiingsregime*, 112-113.
[44] Ibidem, 17.
[45] Hans Goedkoop, 'Dennendal' in: *Andere Tijden*, NTR en VPRO 3 december 2002, website geschiedenis24. http://www.geschiedenis24.nl/andere-tijden/afleveringen/2002-2003/Dennendal.html (15 februari 2014).
[46] Weijers, 'De slag om Dennendal. Een terugblik op de jaren vijftig vanuit de jaren zeventig', 60-61.
[47] IISG, Archief Nieuw Dennendal (Den Dolder), 46, Rapport W. André, [1971] 11.

Speijer en J.J.G. Prick en jurist J. van Andel.[48] Deze commissie kwam met niet mis te verstane conclusies en enkele voorbeelden maken het duidelijk dat het eerste conflict hoog opliep. Onder meer stelde de commissie dat André zich in beginsel wel kon verenigen met de pedagogische aanpak van Muller, maar dat daarop allengs te sterk het accent was komen te liggen, met als gevolg dat 'er een relatief tekort ging ontstaan in medisch-verpleegkundige begeleiding van de patiënten'. André had daarom de gedachte ontwikkeld om ook een medisch directeur aan te stellen. Muller wilde dat niet, tenzij het een niet-gespecialiseerde arts was die zich in Dennendal kon specialiseren in de zwakzinnigenzorg. Verder concludeerde de commissie dat Muller zijn mededirecteur André steeds verder buiten spel zette door zaken met gelijkgestemden, buiten André om, te regelen. Hoewel de commissie vond dat André op basis van zijn functie zich wel wat 'meer had moeten laten gelden', achtte zij het denkbaar dat André zowel bestuurlijk als directioneel te weinig steun kreeg van Muller. Ook het verpleegkundig hoofd dat direct onder André functioneerde 'had zich kennelijk zo geassocieerd met de pedagogische groep, dat zijn eigen sector hem slechts [tolereerde] als representant van die groep', aldus de Commissie Speijer. Eveneens oordeelde de Commissie dat de opleiding deficiënt was 'in het midden latend of in deze opleiding opzettelijk of niet opzettelijk door de leiding de medisch verpleegkundige vakken stiefmoederlijk zijn bedeeld geworden'.[49] Na het eerste conflict was volgens Tonkens het verpleegkundig regime geen belangrijke partij meer. Veel verpleegkundigen hadden zich ziek gemeld, waren overgeplaatst of vertrokken. Degenen die bleven hadden het verzet grotendeels opgegeven.[50]

In januari 1974 ontstond tijdens het tweede conflict een totale tweedeling in staf, groepsleiding en de ouders, nadat Muller door het bestuur ontslag was aangezegd met onmiddellijke schorsing, omdat hij niet in staat was de eenheid binnen zijn staf te handhaven en 'op evenwichtige wijze zowel directeur als vernieuwer' kon zijn.[51] Daarop bezetten Muller en de zijnen (inclusief twee pupillen) de directiekeet die de politie op 18 januari ontruimde. Muller kreeg op staande voet ontslag. Hij werd tijdelijk vervangen door directeur Algemene Zaken, mr. E. Ligtelijn. Staatssecretaris van Volksgezondheid J.P.M. Hendriks probeerde de boel nog terug te draaien naar de oude situatie, maar dat lukte niet. Mullerianen riepen een van de Willem Arntsz Hoeve onafhankelijk Nieuw Dennendal uit, als onderscheidende oppositie van interim-directeur Ligtelijn en de zijnen. Er ontstond een patstelling. Zeven stafleden die Muller trouw bleven kregen ontslag, omdat zij individuele gesprekken met interim-directie en bestuur weigerden. Zij stonden, aldus Dankers en Van der Linden, op het standpunt 'dat alleen met de collectiviteit Nieuw Dennendal kon worden overlegd'.[52] Ligtelijn schreef een brief naar de Opleidingscommissie met het verzoek de Z-opleiding van Nieuw Dennendal niet te erkennen.[53] Met de door de staatssecretaris ingestelde Commissie Langemeijer kwam Nieuw Dennendal nog verder in een politiek speelveld (en mediacircus) terecht. De toezichthoudend geneesheer R.W. Gay Balmaz, die als neutrale buitenstaander naar Dennendal was gehaald, constateerde dat het belang van de stafleden van Nieuw Dennendal prevaleerde boven dat van de pupillen.[54] Er was geen ontkomen meer aan en de politie ontruimde Nieuw Dennendal op 3 juli 1974.

Er zijn verschillende visies op de schuldvraag: was het de schuld van het ouderwetse, autoritaire en regenteske bestuur? Of was het de schuld van de Nieuw Dennendallers, vanwege hun compromisloze en dogmatische opstelling, die wel tot ontslagen en ontruiming

[48] Ibidem, 47, Rapport Commissie Speijer [1971].
[49] Ibidem, 60-62, 76.
[50] Tonkens, *Het ontplooiingsregime*, 148.
[51] Dankers en Van der Linden, *Om het geluk van de zwakzinnige*, 61.
[52] Ibidem, 61-65.
[53] NA, Vereniging Directeuren Zwakzinnigenzorg, 2.19.042.31, inv.nr. 35, brief van Ligtelijn aan de Opleidingscommissie, 12 februari 1974.
[54] Dankers en Van der Linden, *Om het geluk van de zwakzinnige*, 71.

moesten leiden? Zoals de historicus Hans Goedkoop het verwoordde, weigerden de Nieuw Dennendallers 'water bij de wijn te doen, ze hielden de droom koste wat het kost zuiver'. Of, ten slotte, lag de schuld bij de politiek, die onvoldoende de nek had uitgestoken om Dennendal te redden uit angst voor een kabinetscrisis? Tonkens meent in haar studie dat het in het tweede conflict, net als in het eerste conflict, 'de waardering voor orde een centrale plaats' innam.[55] Het ging bij orde dan om het 'bewaken van regelmaat, rust en hygiëne in een organisatie waarin ieder zijn plaats in de hiërarchie kende (…).[56] Zij schreef dat in Dennendal

> orde het centrale probleem [was] in beide conflicten; in het eerste conflict zegevierde het informele, maar in het tweede conflict leidde dit, in combinatie met externe factoren, tot onoplosbare problemen.[57]

De cultuurpsycholoog Jos van der Lans zei het anders. Volgens hem geloofden de Nieuw Dennendallers zo

> onvoorwaardelijk in hun eigen gelijk dat ze iedereen die bedenkingen had, onder wie het bestuur van de Willem Arntsz Stichting en nogal wat ouders, tegen zich in het harnas joegen. Daardoor escaleerde het conflict zodanig dat het uiteindelijk met harde hand een halt werd toegeroepen.[58]

Hoewel de anti-pedagogisering in Dennendal enigszins mislukte, maakte die wel de boel wakker voor de verdere ontwikkeling in de zwakzinnigenzorg. Het jaarverslag 1972 van het Hendrik van Boeijen-Oord meldde volgens oud-adjunct directeur H. Kuiper, het volgende: 'Integratie van geestelijk gehandicapten met anderen, van buitengewone en gewone maatschappij, van werken en zijn, hebben kleur gegeven aan het afgelopen jaar'.[59] Kuiper vond het in 1980, in een terugblik 'van een onjuist beleid getuigen wanneer men voorbijgaat aan ideeën en gedachten die in de maatschappij leven'.[60] Ook de Boldershof schreef in het jaarverslag 1972 dat de 'leerling van 1972 (…) een andere [is] geworden dan die van voorheen'. Van den Oever, schreef dat de democratisering van de maatschappij zijn weerslag had op de leerlingen. Zij 'hadden uitlaatkleppen nodig en zochten naar de zin van de opleiding'.[61]

Dennendal kreeg navolging. Op de Hafakker, een zwakzinnigenafdeling van de psychiatrische instelling St. Bavo te Noordwijkerhout, was de invloed van Dennendal zichtbaar. De Hafakker schafte de Z-verplegende af, er werkten geen pedagogen of psychologen op staffuncties en leefgroepen hadden een verregaande autonomie volgens het gezinsmodel, aldus Inge Mans.[62] In 1977 zegde de Staatssecretaris van Volksgezondheid tegen de verwachting in geld toe voor een verdunningsplan.[63] Hoewel er in 1980 nog geen cent binnen was, waren er wel enkele initiatieven op het gebied van verdunning, zoals een zeefdrukkerij die was opgezet door niet-zwakzinnigen, die 'zich heel ontspannen en natuurlijk

---

[55] Tonkens, *Het zelfontplooiingsregime*, 151-154.
Goedkoop, 'Dennendal' in: *Andere Tijden*, NTR en VPRO 3 december 2002.
[56] Tonkens, *Het zelfontplooiingsregime*, 237.
[57] Ibidem.
[58] Jos van der Lans, '1974 Carel Muller & Nieuw Dennendal. Van verdunning naar vermaatschappelijking', 19 juni 2008/27 oktober 2014, website Canon Sociaal werk Neerland.
http://www.canonsociaalwerk.eu/nl/details.php?cps=40&canon_id=43 (18 april 2015).
[59] Kuiper, 'Hoe het was en hoe het groeide. Hendrik van Boeijen-Oord van 1955 tot 1980', 79.
[60] Ibidem, 80.
[61] Van den Oever, *Van Boldershof tot nu: Al 100 jaar een goede buur 1907-2007*, 240.
[62] Inge Mans, *Zin der Zotheid*, 270-272.
[63] 'Hafakker krijgt 6 miljoen voor verdunningsplan', *KLIK. Maandblad voor de Zwakzinnigenzorg* (april 1977) 3.

in deze omgeving' bewogen. Ook was er een café waar bewoners en werkers hun bezoek konden ontvangen.[64] De Hafakker bleef jarenlang, aldus Van der Lans, het enige instituut waar verdunning was gerealiseerd.[65]

Jurist Cees van den Muijsenbergh directeur van de instelling voor verstandelijk gehandicapten Nieuwenoord, dacht in een terugblik heel anders over de erfenis van Dennendal. Hij beweerde dat Dennendal niet zo vernieuwend was als werd gedacht. Het kleinschalig wonen had Nieuwenoord al voordat Dennendal in de belangstelling kwam, aldus Van den Muijsenbergh. Net als in Dennendal selecteerde ook Nieuwenoord nieuwe medewerkers niet op of zij wel keurig konden verzorgen, maar op of zij om konden gaan met bijzonder gedrag. Dat leverde, volgens een oud-medewerker van Nieuwenoord, 'bijzondere types' op.[66]

'Alles is zo vaag en onbegrijpbaar'. De eigen wijze van opleiden in Dennendal

De muiterij in Dennendal maakte expliciet duidelijk dat de theorie en praktijk in de zwakzinnigenzorg niet strookten. Dennendal stond op een driesprong. De niet-Z-verpleegkundige André en de zijnen hingen nog een medisch model aan. De Z-opleiding had een curriculum dat helde naar het pedagogiseringsmodel en Dennendal pleitte alweer voor iets nog nieuwer: anti-pedagogisering. Deze paragraaf gaat dieper in op de opleidingspraktijk in Dennendal ten tijde van Carel Muller. Dat kan omdat, met grote dank aan de archiefgever J.C. (Carel) Muller, er voor deze studie inzage verkregen kon worden in het tot 2018 grotendeels gesloten archief van Nieuw Dennendal.[67] Beschreven zal worden hoe Dennendal mensen probeerde op te leiden volgens het principe van anti-pedagogisering. Aangetoond zal worden dat Dennendal vooruit liep op de officiële Z-opleiding. De opzet was dat niet de docent uitmaakte wat er geleerd moest worden, maar de leerling. Niet de boeken waren de leidraad, maar de pupillen en de praktijk. Daarom werkte de opleiding in Dennendal door middel van projectonderwijs. Een probleem vormde de VDIZ en de Opleidingscommissie die er bovenop zaten.

Evelien Tonkens meende in haar *Het zelfontplooiingsregime* dat het bij Carel Muller en de zijnen ging om een beleid dat antideskundig moest zijn.[68] Met deskundigen bedoelde

---

[64] Ronny Vink, 'Hafakker wordt moedeloos van jarenlang wachten op verdunningswijk', *KLIK. Maandblad voor de Zwakzinnigenzorg* (februari 1980) 12-15.

[65] Zeker is in ieder geval dat het ideaal van 'verdunning' na 1974 steeds breder werd aangehangen. 's Heeren Loo liet hiervan een mooi staaltje zien. De instelling brak in Monster op het terrein van de Westerhonk verouderde bewonerspaviljoens af en verving die. Vanaf 1992 gingen mensen met en zonder beperkingen naast elkaar wonen. Toch zijn er anno 2014 niet altijd positieve geluiden over verdunningsprojecten. De filmmaker Mercedes Stalenhoef laat in haar documentaire *Ik hoor hier niet thuis* cliënten zelf aan het woord. In het verdunningsproject Kwadijkerpark te Purmerend vertellen cliënten dat zij bang zijn om te verhuizen naar hun nieuwe omgeving met normale mensen. Eén cliënt sprak zijn ongerustheid uit over hangjongeren die het op cliënten gemunt zouden hebben. Stalenhoef lichtte toe dat omgekeerde integratie ook minpunten heeft omdat een beroep gedaan wordt op de cliënt om zo normaal mogelijk te doen. Van der Lans, *1974 Carel Muller & Nieuw Dennendal. Van verdunning naar vermaatschappelijking*, 19 juni 2008/27 oktober 2014. Van den Oever, *Onze toekomst ligt in het verleden*, 70. Neel van den Oever en Ron Cornet, red., Virtueel Museum 's Heeren Loo, oktober 2012, website 's Heeren Loo Zorggroep. http://museum-sheerenloo.nl/#de-blik-van-de-maatschappij/omgekeerde-integratie (12 juli 2014). Mercedes Stalenhoef, 'Ik hoor hier niet thuis', documentaire, 3 december 2014, website Omroep Human, NPO 2. http://omroep.human.nl/2doc/ik-hoor-hier-niet-thuis.html (6 december 2014). Bea Kastrop, 'Niet langer weggestopt in het bos', *NCRV-gids*, (2014) afl. 48, 24-25, aldaar 25.

[66] 'De wilde jaren – over het tijdperk Van den Muijsenbergh', met een beeld van gebeurtenissen tussen 1970 en 1985 in Nieuwenoord, 2006, geüpload door Amerpoort.nl, website youtube. https://www.youtube.com/watch?v=PAxsUZG07KU (28 december 2014).

[67] IISG, Archief Nieuw Dennendal (Den Dolder). De belofte is gedaan geen namen van personen te noemen.

[68] Tonkens, *Het zelfontplooiingsregime*, 17.

Tonkens, zoals gezegd, wetenschappelijk geschoolde deskundigen als medici, pedagogen en psychologen (verpleegkundigen hoorden daar niet bij). Bij het uitbreken van de Dennendal-affaire was er, aldus Tonkens, sprake van

> dominantie van (niet het medisch model maar) het medisch-gedragswetenschappelijk model. Het medisch model was op dat moment al overleefd. Voor overwinning van een pedagogisch of ontwikkelingsmodel op een medisch model was helemaal geen Dennendal-affaire nodig; die overwinning had al in betrekkelijke stilte plaatsgevonden.[69]

Dat strookt met de lesstof van de opleiding tot Z-verpleegkundige, want daarin kreeg de medische kant weinig aandacht in tegenstelling tot pedagogiek en psychologie. Vernieuwers in Dennendal waren dus een stap verder. Zij zetten zich in de jaren zeventig af tegen het pedagogiseringsmodel. Zij waren zoals gezegd antideskundig.[70]

Voordat Dennendal het vernieuwingsbeleid inzette, legde het verpleegkundig regime, de nadruk 'op verzorgen en bewaken van de patiënten'. Dat betekende onder meer: 'patiënten wassen, aan- en uitkleden, eten, drinken en medicijnen geven, en hun lichamelijke gezondheid nauwlettend in de gaten houden'.[71] Verpleegkundigen werkten nog volgens een medisch model en dat was nou juist niet wat in de lesstof van de Z-opleiding voorop stond. Dat kwam omdat, het is eerder gezegd, het verpleegkundig beleid gevoerd werd door op de somatiek gerichte A- en B-verpleegkundigen en niet door Z-verpleegkundigen. Wanneer de verpleegkundige leiding in handen zou zijn geweest van Z-verpleegkundigen, was er mogelijk geen conflict geweest. Hooguit was er een (felle) discussie hoe het pedagogiseringsmodel vorm te geven.

Dat Dennendal geen Z-verplegenden in leidinggevende functies had, kwam omdat er in de jaren zestig nog geen sprake was van een apart Dennendal. Vanaf 1964 was de afdeling oligofrenie onderdeel van de psychiatrische instelling Willem Arntsz Hoeve. De instelling had ook geen eigen volledige Z-opleiding. De meeste leerlingen op de afdelingen oligofrenie waren B-verplegenden in opleiding.[72] Het omgaan met mensen met een verstandelijke beperking kreeg in de B-opleiding weinig aandacht. Het curriculum van de B-opleiding van 1959 behandelde zwakzinnigheid/oligofrenie onder de noemers 'Elementaire algemene psychiatrie' en 'Algemene psychiatrie en enkele psychosen' (zie bijlage 16). In het curriculum volgens de wettelijke regeling van 1970 kwam de zwakzinnigenzorg niet apart voor (zie bijlage 18). Het nog in 1964 voor de B-opleiding herdrukte lesboek *Algemeen Leerboek voor het verplegen van geestes- en zenuwzieken* onder redactie van Hamer en Tolsma (zie ook hoofdstuk 2) had nauwelijks aandacht voor zwakzinnigheid/oligofrenie. Het lesboek gaf wat uitleg over idiotie, imbecillitas, debilitas en zwakbegaafdheid. Een pagina was gereserveerd voor de verpleging en dan ging het vooral hoe zwakzinnigen bezig gehouden konden worden.[73]

Het destijds actuele lesboek *Psychiatrische verpleegkunde* van F. Kramer besteedde in het hoofdstuk 'Het verplegen van patiënten met verschillende ziektebeelden' net als Hamer en Tolsma weinig woorden aan zwakzinnigen. Kramer verwees wel naar, voor de B-opleiding niet-verplichte leerstof, *Leergang Opleiding Zwakzinnigenzorg* (zie hierboven).[74] Ook

---

[69] Ibidem, 76.
[70] Ibidem, 16-17 en 36.
[71] Ibidem, 78.
[72] Ibidem, 101-104.
[73] Hamer en Tolsma, *Algemeen leerboek voor het verplegen van geestes- en zenuwzieken* (11e druk; Leiden 1964) 395-400, 432 en 512.
[74] F. Kramer, *Psychiatrische verpleegkunde* (1970)149-154.

Nieland, Van der Laan en Rooyackers gaven weinig aandacht aan zwakzinnigen in hun *Verpleegkundige lessen voor de opleiding tot het diploma-B* (1969). De auteurs vonden in hun hoofdstuk 'De verpleging van de zwakzinnige patiënt' dat orde, regel en discipline de eerste voorwaarden waren 'om de patiënt weer te doen gewennen aan goede maatschappelijke gewoonten'. Verslapping van tucht zou zich onmiddellijk wreken en overtreding van de regels moest gecorrigeerd worden met strafmaatregelen. 'Voor alle zwakzinnigen [was] een voortdurende orthopedagogische begeleiding nodig'.[75] Die bestond voor B-verplegenden volgens deze auteur dus uit het handhaven van orde, regel en discipline. A- en B-verpleegkundigen waren dus niet opgeleid volgens de moderne Z-verpleegkunde en zeker niet volgens die in Dennendal waar een eigen zoektocht ontstond naar een Z-verpleegkunde. Dankzij bewaard gebleven lesmateriaal kan er een aardig beeld worden verkregen van de Z-opleiding in Dennendal.

Dennendal had enige moeite om een eigen Z-opleiding te krijgen omdat deze alleen gegeven kon worden in een erkende zwakzinnigeninstelling. In de notulen van de vergadering van 10 september 1968 van de Opleidingscommissie Z, was er de mededeling dat er in de Willem Arntsz Hoeve een streven was om de afdeling voor zwakzinnigen volledig te scheiden. Er lag een verzoek om erkenning te krijgen als zwakzinnigeninstelling per 1 september 1969. Als afvaardiging naar de vergadering was de geneesheer-directeur van de Willem Arntz Hoeve, Poslavsky aangewezen. De vergadering was tegen deze afvaardiging omdat het een verantwoordelijke figuur moest zijn van een zelfstandige afdeling zwakzinnigen. Volgens de vergadering was 'collega Mulder' (hier werd Muller bedoeld) de verantwoordelijke figuur.[76] Echter, op 11 november 1968 wezen de dames en heren van de Opleidingscommissie 'collega Mulder' af als eindverantwoordelijke van de zwakzinnigenafdeling omdat hij geen medicus was, maar psycholoog. Dat betekende dat de afdeling nog geen eigen Z-opleiding kreeg.[77] Dat veranderde, want op 7 mei 1969 ging er een brief van de Opleidingscommissie uit naar de Willem Arntsz Stichting met de mededeling dat er gestart kon worden met de opleiding op basis van de fulltime aanstelling van de medicus C.H.A. Deinema.[78] In dat jaar startte de eerste groep Z-leerlingen.

De nieuwe opleiding kreeg vanaf het begin een experimentele opzet en Dennendal wilde dit experiment erkend krijgen door de Opleidingscommissie. Muller schreef dan ook op 29 mei 1970 een brief waarin hij het experiment motiveerde.[79] Hij wilde af van feitenkennis die niet aansloot op de praktijk. De cursus in Dennendal werd opgebouwd aan de hand van ervaringen van leerlingen op de afdeling. Muller schreef dat leerlingen probleemstellingen formuleerden vanuit de praktijk die zich leenden voor uitgebreide behandeling in groepjes met nieuwe probleemstellingen. Telkens was een probleem in de praktijk het uitgangspunt, waarna analyse, oplossingen en acties volgden. De Opleidingscommissie was verdeeld over het experiment, maar bleek geen gesloten bolwerk, want op 27 april 1971 hield deze een *hearing* met onder meer docenten en leerlingen van de Z-opleiding waaronder ook die van Dennendal. In die *hearing* legden afgevaardigden verder uit hoe zij in Dennendal werkten. Vooropgesteld gingen zij uit van projectonderwijs. De docent doceert niet, maar ontwierp een project en verwees naar vindplaatsen voor informatie. De docent hield daarbij in de gaten of alles voor het examen wel behandeld was door de leerlingen. Tijdens die *hearing* stelde Dennendal voor – en hier is Mullers beleid duidelijk herkenbaar – om de vooropleidingseis te

[75] Nieland e.a, *Verpleegkundige lessen voor de opleiding tot het diploma-B*, (1969) 91-96.
[76] NA, Vereniging Directeuren Zwakzinnigenzorg, 2.19.042.31, inv.nr. 22, Notulen van de vergadering van de Opleidingscommissie Z, gehouden op 10 september 1968.
[77] Ibidem, Notulen van de vergadering van de Opleidingscommissie Z, gehouden op 11 november 1968.
[78] NA, Vereniging Directeuren Zwakzinnigenzorg, 2.19.042.31, inv.nr. 1, Verslag van vergadering van Geneesheren-Directeur van zwakzinnigeninrichtingen op 6 mei 1969. Ibidem, inv. nr. 29, brief van de Opleidingscommissie aan de W.A. Arntsz Stichting van 7 mei 1969.
[79] Ibidem, inv. nr. 30, brief van J.C. Muller aan C. Steketee, 29 mei 1970.

schrappen en daarvoor in de plaats een praktijkproefperiode in te stellen voordat de opleiding begon. Tevens wilde Dennendal een doelstelling van de opleiding geformuleerd zodat gerichter opgeleid kon worden.[80]

De Opleidingscommissie zat bovenop Dennendal en uitte op 6 mei 1971 bedenkingen ten aanzien van de opleiding: Deinema bleek niet als fulltime medicus in dienst te zijn, er was geen cursusrooster en het docentencorps was beperkt. De vergadering sprak daarom af dat er drie gecommitteerden naar het overgangsexamen moesten gaan.[81] Bij het tweede overgangsexamen op 10 juni 1971 (en hier betreft het de in 1969 eerste gestarte groep) beoordeelden de drie gecommitteerden dat er onderdelen ontbraken voor anatomie en psychopathologie. Toch, ondanks de hiaten, hadden de geslaagde kandidaten er veel aan gedaan. In het verslagje maakten de gecommitteerden wel de opmerking dat het onduidelijk was wie de anatomielessen gaf en in een gesprek kregen Muller en cursusleiders te horen dat als zij op deze weg door wilden gaan er toch duidelijke afspraken met de Opleidingscommissie gemaakt moesten worden.[82]

Opnieuw kon een delegatie van Dennendal het een en ander uit de doeken doen in de vergadering van de Opleidingscommissie op 5 augustus 1971. De Opleidingscommissie besprak praktische bezwaren van de experimentele opleiding in Dennendal. Zo benoemde zij als probleem dat het moeilijk zou zijn voor leerlingen van andere instellingen om in Dennendal in te stromen. Dennendal hield zich namelijk niet aan de leerstofomschrijving die door de Opleidingscommissie per jaar was uitgeschreven, maar ging daar overheen. De mensen van Dennendal vertelden dat problemen door de overstap van een opleiding van een andere instelling naar die van Dennendal wel meevielen. Leerlingen kregen extra begeleiding. De Dennendalse delegatie vroeg of, nu de opleidingsvorm vrij was, ook de examenvorm vrij kon zijn en of de experimentele opleiding verlengd kon worden. De vergadering vond dat een experiment niet afgebroken kon worden, maar wilde wel de resultaten over de afgeronde opleiding weten nadat het eindexamen gedaan was.[83] In de volgende vergadering van 30 september 1971 vonden de leden dat toch niet duidelijk was wat Dennendal wilde. Daarom moest er een brief uitgaan met de vraag wat Dennendal in drie maanden had gedaan met de opleiding. Aan de hand van dat rapport zou een besluit moeten komen of het experiment door kon gaan of geschrapt.[84] De brief met het verzoek ging op 20 oktober 1971 de deur uit.[85]

Een overzichtelijk en uitgebreid rapport kwam er over de periode september – december 1971. Van de eerstejaarsgroep kwam een verslag van het vak Bezigheidsactivering. De tweedejaarsgroep ging in groepjes aan de slag met projecten waarin ook de voorgeschreven leerstof aandacht kreeg. Zo was er een project ‘haren’, waarmee leerlingen in de praktijk nagingen in hoeverre haar/zijn pupillen zelfstandig waren betreft de verzorging van hun haar. Dit project leverde uitwerkingen op van de eerste drie ontwikkelingsfasen tot en met de kleutertijd en bijvoorbeeld de anatomie en de functie van het haar. Daarnaast hadden een paar cursisten een uittreksel gemaakt van de officiële leerstof ontwikkelingspsychologie voor de hele groep. De derdejaars kregen projecten rondom anatomie en ziekteleer (een hiaat in het overgangsexamen), bezigheidsactivering en voorzieningen voor zwakzinnigen in Nederland.[86] De Opleidingscommissie zag betreft de projecten vooral bezwaar dat leerstofomschrijvingen die per jaar waren voorgeschreven, in Dennendal over de jaren waren

[80] Ibidem, inv. nr. 23, Verslag van de hearing gehouden op 27 april 1971.
[81] Ibidem, Notulen van de vergadering van de Opleidingscommissie Z, gehouden op 6 mei 1971.
[82] Ibidem, Kort verslag van dokter Lettinga betreft het tweede overgangsexamen in Dennendal op 10 juni 1971.
[83] Ibidem, inv. nr. 23, Notulen van de vergadering van de Opleidingscommissie Z gehouden op 5 augustus 1971 en Verslag van de bespreking met de afgevaardigden van Dennendal met de Opleidingscommissie Z gehouden op 5 augustus 1971.
[84] Ibidem, Notulen van de vergadering van de Opleidingscommissie Z, gehouden op 30 september 1971.
[85] Ibidem, inv. nr. 32, brief van Opleidingscommissie aan de directie van Dennendal, 20 oktober 1971.
[86] Ibidem, inv. nr. 23 en 32, Z-opleiding Dennendal, vierde kwartaal 1971.

verspreid. Dat zou het lastig maken met de jaarlijks af te nemen examens.[87] Een kwartaal later volgden opnieuw rapporten.[88] De voorzitter van de Opleidingscommissie beoordeelde de rapporten met de woorden: 'alles is zo vaag en onbegrijpbaar'.[89]

Kennelijk voelde Muller wel nattigheid, want in een informele bespreking had hij de Opleidingscommissie om een aanbeveling van de experimentele opleiding gevraagd om zodoende erkenning bij de ministeriële werkgroep te krijgen (in verband met de wettelijke erkenning van de Z-opleiding).[90] Dat ging toch anders lopen. Nadat in januari 1974 het conflict in Dennendal hoog was opgelopen, was er zoals gezegd een complete tweedeling ontstaan. Die tweedeling gold ook de Z-opleiding. De eindexamengroep 'Doornroosje' splitste zich in de pro-Mulleriaanse groep 'Roosjes' met acht leerlingen en de oud-Dennendalse groep 'Dorentjes' met vier leerlingen.[91] Die splitsing had een vervelend staartje voor de kandidaten van de groep 'Roosjes'. De VDIZ, en daaraan gekoppeld de Opleidingscommissie, hadden de geldigheid van het eindexamen afgewezen omdat onder meer het college van gecommitteerden geen officiële afvaardiging was van de VDIZ/Opleidingscommissie. Deze gecommitteerden waren door Nieuw-Dennendal zelf geregeld. De eindexamenkandidaten kregen van de VDIZ wel de mogelijkheid om een herexamen te doen, maar dan wel met VDIZ erkende gecommitteerden. In reactie hierop schreef één van afgewezen geëxamineerden een open brief naar de VDIZ met kopieën naar onder meer de Opleidingscommissie Z., minister-president, minister en staatssecretaris, Tweede Kamer. In die brief gaf de schrijver te kennen dat een herexamen onmogelijk was omdat zij niet in een inrichting werkten en aan de opdrachten die voor het examen nodig waren niet konden voldoen. Bovendien kregen zij geen toegang tot het terrein van de Willem Arntsz Hoeve (het was inmiddels na de ontruiming).[92] De Opleidingscommissie hield voet bij stuk. Het examen bleef ongeldig.[93]

Het moet een grote teleurstelling geweest zijn dat het examen geen erkenning kreeg, want er was serieus gewerkt en leerlingen hadden degelijk werk afgeleverd. Zo had de derdejaars-groep Roosjes een project binnen het vak psychologie over 'relaties', dat gebaseerd was op de *Leergang Opleiding Zwakzinnigenzorg*.[94] Zij bewerkten als het ware opnieuw de leerstof. Bij het beschrijven daarvan was er een verdeling onder leerlingen. Ruimte was er ook voor projecten die niet in de leerstofomschrijving voorkwamen, zoals het project 'Verdunning'. Aan dat project werkte de tweedejaars groep Oliebla's in april en mei 1974. In vier verslagen werkten zij uit hoe aan verdunning binnen hun paviljoen vorm gegeven kon worden inclusief de voor- en nadelen van verdunning.[95] In een van de stukken moest van de schrijver ook nog iets van het hart, want hij/zij schreef: 'Persoonlijk geloof ik nauwelijks in het nut van 'kennis', veel meer in het nut van attitude en vaardigheden'. Het was voor hem/haar 'veel waardevoller terug te grijpen op ervaringen dan op aangeleerde

[87] Ibidem, inv. nr. 32, brief van de Opleidingscommissie aan de directeur van Dennendal, 15 februari 1972.
[88] Ibidem, inv. nr. 33, driemaandelijkse overzichten van eerste-, tweede- en derdejaars leerling december 1971-maart 1972
[89] Ibidem, inv. nr. 23, Notulen van de vergadering van de Opleidingscommissie gehouden op 20 april 1972.
[90] Ibidem, Notulen van de vergadering van de Opleidingscommissie gehouden op 16 november 1972.
[91] IISG, Archief Nieuw Dennendal (Den Dolder), 58, doorslag Z-opleiding: problemen, 30 april 1974. Goedkoop, 'Dennendal' in: *Andere Tijden*, NTR en VPRO 3 december 2002.
[92] IISG, Archief Nieuw Dennendal (Den Dolder), 56, brief van VDIZ aan de examengroep Roosjes, 13 september 1974 en open brief aan de VDIZ, 24 september 1974.
[93] Ibidem, brief van Opleidingscommissie Z aan de Examengroep Roosjes, 21 augustus 1974. NA, Vereniging Directeuren Zwakzinnigenzorg, 2.19.042.31, inv.nr. 23, Notulen van de vergadering van de Opleidingscommissie gehouden op 14 augustus 1974.
[94] IISG, Archief Nieuw Dennendal (Den Dolder), 56, Stencils 'Projekt psychologie: relaties'.
[95] Ibidem, Verslagen van project 'Verdunning', 3, 16 april en 1 mei 1974.

kennis'.[96] Deze zinnen karakteriseren het Mulleriaanse gedachtegoed. Zoals gezegd pleitte Muller eerder voor een opleiding waarvan de pupil in de praktijk een leidraad vormde.

Kennelijk gebruikten de leerlingen in Dennendal geen lesboeken die in de *Leergang Opleiding Zwakzinnigenzorg* (blauwe klapper) waren aanbevolen, want voor bijvoorbeeld verpleegkundige technieken produceerden zij een aparte stencil met daarin de benodigdheden voor het klaarzetten voor technische vaardigheden en bij sommige vaardigheden het doen van die vaardigheden. De Z-verpleegkundige kreeg in 1974 nog te maken met het geven van het niet meer voorkomende voedingsklysma/druppelklysma. Terwijl zij ook de meer voor de hand liggende hypodermoclyse en sondevoeding leerde.[97] Hier is met het voedingsklysma/druppelklysma wederom te zien dat de praktijk niet meer strookte met de theorie. Het merkwaardige is waarom de VDIZ en de Opleidingscommissie deze handelingen niet schrapten. Kennelijk zat een en ander vastgeroest bij de dames en heren directeuren. Het kwam overigens voor dat praktijkbegeleiders handelingen aftekenden zonder die ooit gezien te hebben bij leerlingen.[98]

De wettelijke Z-opleiding: een zoektocht (1963-1977)

Het is eigenlijk merkwaardig dat de wetgever in 1977 nog een nieuwe inservice-opleiding in het leven riep. Het was immers de bedoeling dat de inservice-opleidingen zouden worden vervangen door de dagopleidingen MBO-V en HBO-V die bovendien al sinds enkele jaren gediplomeerden afleverden, ook voor de zwakzinnigenzorg (zie hoofdstuk 5 en 6). Volgens Tonkens drong de VDIZ niet aan op een wettelijk erkende opleiding omdat wanneer de wetgever het voor het zeggen zou hebben, de VDIZ mogelijk minder bewegingsruimte zou krijgen.[99] Ook de Opleidingscommissie uitte 'een zekere angst' voor een strak stramien dat opgelegd zou kunnen worden door een ministeriële erkenning.[100] Toch kwam die er wel. De reden van een ministeriële erkenning en wettelijke status moet onder meer gezocht worden in de wens voor gelijkstelling met de A- en B-verpleegkund(ig)e en om met het diploma Zwakzinnigenzorg door te kunnen stromen naar de B-opleiding met de mogelijkheid van ontheffing ten aanzien van een gedeelte van de B-opleiding.[101] Dat de doorstroming niet vlekkeloos verliep, illustreert een ingezonden brief aan het Ministerie van Volksgezondheid. Daarin klaagde een Z-verplegende over een sollicitatie waarbij hij te horen kreeg dat hij zowel de A- als de B-opleiding opnieuw moest volgen. Van een A-instelling kreeg hij te horen dat hij een leerlingensalaris zou krijgen in plaats van het salaris van een Z-gediplomeerde.[102] De adjunct-directeur van de Merwebolder in Sliedrecht vertelde dat in feite de diploma's officieel niet bestonden omdat alleen de Z-instellingen elkaars diploma erkenden, 'dat was gewoon een afspraak tussen de directeuren van die instituten'.[103] Een andere reden voor wettelijke erkenning was dat docenten- en kaderopleidingen toegankelijk

[96] Ibidem, Inhoud van de experimentele Z-opleiding (Nieuw) Dennendal, maart 1974. Bijlage II, Leerstof Z-Opleiding, 10 mei 1973.
[97] Ibidem, Stencils 'verpleegkunde: technieken', 6 juni 1974.
[98] Eigen ervaring. Aan de Stegge, *Gekkenwerk*, 707.
[99] Tonkens, *Het zelfontplooiingsregime*, 93.
[100] NA, Vereniging Directeuren Zwakzinnigenzorg, 2.19.042.31, inv.nr. 23, Notulen van de vergadering van de Opleidingscommissie gehouden op 16 november 1972.
[101] Nota van de Werkgroep Voorbereiding Regeling Opleidingen Zwakzinnigenzorg.
[102] NA, DG Volksgezondheid, 2.15.65, inv. nr. 2142, Brief van H.G. Verbakel aan het ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, 28 augustus 1973.
[103] Ronny Vink, 'Z-opleiding is wettelijk erkend. Opleiders teleurgesteld over inhoud', *KLIK. Maandblad voor de Zwakzinnigenzorg* (februari 1978) 3-7, aldaar 3-4.

werden voor Z-verpleegkundigen.[104] Toch zal ook het maakbaarheidsideaal van de jaren zeventig meegespeeld hebben. De tendens was dat de overheid de maatschappij kon 'maken' door in te grijpen, te ondersteunen met behulp van sociale zekerheid en subsidiëring (zie ook hoofdstuk 5).

De wettelijke erkenning die er in 1977 kwam, had een lange aanloop.[105] In 1969 zag men in een ophanden zijnde herziening van de B-opleiding dat er een koppeling tussen de Z- en de B-opleiding mogelijk zou zijn. De lesstof van deze opleidingen zouden dan op elkaar afgestemd kunnen worden. De Hoofdinspecteur voor de Geestelijke Volksgezondheid stelde daarvoor in datzelfde jaar een Werkgroep Voorbereiding Regeling Opleidingen Zwakzinnigenzorg in om mogelijkheden te onderzoeken. De werkgroep kwam met een rapport en daarin was het voorstel om de afstemming tussen de B- en de Z-opleiding de eerste twee jaren zelfs bijna identiek te laten zijn en pas in het derde jaar de nadruk te leggen op de zwakzinnigenzorg en minder op de psychiatrie.[106]

De koppeling van de Z- en de B-opleiding die de Werkgroep Voorbereiding voorstelde ging niet door omdat de herziening van de B-opleiding, volgens zeggen, niet werd gerealiseerd. Enigszins merkwaardig is dat wel, want in 1970 en 1975 kwamen er voor de B-opleiding wel degelijk herzieningen die gestoeld waren op het rapport dat in 1969 uitkwam (zie hoofdstuk 2). De nota van de Werkgroep Voorbereiding ging 'in portefeuille'. Intussen kwam de gedachte op om tot een zelfstandige en wettelijk volwaardige Z-opleiding te komen, los van de B-opleiding.[107] De minister ging hiermee akkoord en hij stelde in januari 1973 een Interdisciplinaire Werkgroep in die tot taak kreeg

> een voorstel tot wettelijke erkenning van een opleiding tot verpleegkundige in de zwakzinnigenzorg voor te bereiden; een regeling voor de opleiding te ontwerpen; na te gaan welke overgangsmaatregelen noodzakelijk zijn om tot een erkende Z-opleiding te geraken.[108]

Deze werkgroep bracht in juli 1974 het Interimrapport Z-opleiding uit met daarin een concept-opleidingsregeling.[109]

---

[104] J.J. van Bloemendaal, D.W. Dondorp en I.M. Elsendoorn-Gunters, eindredactie, *Opleiding tot verpleegkundige en pedagogische medewerkers in de zwakzinnigenzorg. Eerste en tweede semester* (2e druk; Lochem en Poperinge 1979) 9.

[105] In 1963 en 1964 werden verschillende voorstellen gedaan tot het komen van een wettelijke Z-opleiding. Opmerkelijk is dat aanvankelijk de Z-opleiding als een onderdeel werd gezien van de B-opleiding. Een Z-variant zou binnen de B-opleiding moeten komen door middel van een beschikking op het B-diploma, zonder dat daarvoor de wet veranderd hoefde te worden (om vertraging te voorkomen). Een tweede variant was één B-opleiding met na een gezamenlijke basisopleiding twee specialisaties: alpha voor de gewone psychiatrische verpleegkunde en bèta voor verpleegkundigen in de zwakzinnigenzorg. Een derde variant was een internationaal erkende één verpleegstersdiploma met specialisering na die opleiding in de psychiatrie en zwakzinnigenzorg. NA, DG Volksgezondheid, 2.15.65, inv. nr. 2141, Desiderata en gegevens ter zake van de Opleiding tot verple(e)g(st)er van Zwakzinnigen en brieven van of namens Hoofdinspecteur van Staatstoezicht op de Volksgezondheid Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid, J.B.M. Veraart, aan het Ministerie van Sociale Zaken en Volksgezondheid, 14 en 30 augustus 1963. Brief van B.T.H. de Jong, waarnemend Geneeskundig Hoofdinspecteur van de Volksgezondheid aan de Staatssecretaris van Sociale Zaken en Volksgezondheid, 2 maart 1965. Kort verslag van de bespreking over het verpleegstersdiploma B en Z op 21 mei 1965.

[106] Nota van de Werkgroep Voorbereiding Regeling Opleidingen Zwakzinnigenzorg, 79-91, aldaar 87-89.

[107] NA, DG Volksgezondheid, 2.15.65, inv. nr. 2141, Installatietoespraak voor de Interdisciplinaire Werkgroep Z-opleiding door de Directeur-Generaal van Volksgezondheid op 17 januari 1973 om 14.00 uur, door de Directeur-Generaal van de Volksgezondheid, de heer W.B. Gerritsen, arts, in gebouw C van het Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne.

[108] Interdisciplinaire Werkgroep Z-opleiding, *Interimrapport Z-opleiding*, 2.

[109] Ibidem, bijlage I.

De leden van de Interdisciplinaire Werkgroep wilden ‘een aparte Raamwet boven een regeling binnen het kader van de Wet op de Ziekenverpleging’. Zij vreesden dat in de Z-opleiding, wanneer deze binnen de Wet op de Ziekenverpleging geregeld zou worden, ‘de nadruk te veel op het medisch-psychiatrische model’ gelegd zou worden. De Werkgroep zag de zwakzinnigenzorg meer in de richting gaan ‘van pedagogisch-sociaal begeleiden dan medisch-psychiatrisch verzorgen’.[110] Beroepsbeoefenaren in het werkveld ondersteunden de wens voor een eigen raamwet, omdat zij vonden dat ‘de opleidingen ziekenverpleging A en B én de opleidingen binnen de zwakzinnigenzorg (Z) beslist niet samen in één wet [thuishoorden]’, omdat de eerste twee opleidingen teveel gericht waren op de gezondheidszorg en de Z-opleiding vele andere terreinen bestreek.[111] Dat de Werkgroep voor de Z-opleiding ook echt een aparte raamwet wilde, blijkt uit de bijlage van het Interimrapport. Daarin nam de Werkgroep een concepttekst op voor een ‘Wet op de verpleegkundige in de zwakzinnigenzorg’, inclusief een Memorie van Toelichting.[112] Dit was een kranige poging om de Z-verpleegkunde, los van de A- en B-opleiding, een eigen identiteit te geven.

Een eigen raamwet zou er niet komen. Een maand na de presentatie van het Interimrapport Z-opleiding, op 1 september 1974, kwam het Ministerie van Volksgezondheid met een wetsontwerp en Memorie van Toelichting voor een Wet tot wettelijke bescherming van de titel van verpleegkundige waarmee hij het idee van een raamwet opzijschoof. Volgens een artikel in *KLIK* hadden enkele leden van de Interdisciplinaire Werkgroep het gevoel dat het departement het nieuwe wetsontwerp doordrukte.[113] De staatssecretaris legde het anders uit. Hij gaf de voorkeur aan opname van alle verpleegkundige diploma’s in één regeling. De opleidingen tot verpleegkundige kregen elk een afzonderlijke beschikking, zodat ‘elk van de opleidingen zijn eigen aard [kon] blijven behouden’, aldus de staatssecretaris in een brief aan de Interdisciplinaire Werkgroep op 5 november 1974. Hij merkte daarbij ook op dat de MBO-V’s en de HBO-V’s verpleegkundigen leverden die inzetbaar waren in de zwakzinnigenzorg.[114] Hiermee bedoelde de staatssecretaris dat het ook anders kon, namelijk verpleegkundigen in dienst nemen die breed waren opgeleid en dus ook voor de zwakzinnigenzorg. Dat was toen hij dat schreef wel wat optimistisch, want de eerste MBO-V’ers zouden een jaar na zijn schrijven pas op de arbeidsmarkt komen en de eerste HBO-V’ers nog weer een jaar later.[115]

---

[110] Ibidem, 5.

[111] Cor Holtslag, ‘Opleidingen zwakzinnigenzorg voorlopig niet samen’, *KLIK. Maandblad voor de Zwakzinnigenzorg* (maart 1975) 26-28, aldaar 27.

[112] Interdisciplinaire Werkgroep Z-opleiding, *Interimrapport Z-opleiding*, bijlage 1.

[113] Hans Hermans, ‘Verrassende gang van zaken rondom de Z-opleiding’, *KLIK. Maandblad voor de Zwakzinnigenzorg* (november 1974) 3-4.

[114] NA, DG Volksgezondheid, 2.15.65, inv. nr. 2141, Concept-brief van Staatssecretaris van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, J.P.M. Hendriks aan de voorzitter van de Interdisciplinaire Werkgroep Z-opleiding, 5 november 1974.

[115] Bovendien was het toen al de vraag of de MBO-V lang zou bestaan. In een concept Nota van Toelichting op het vierde concept Regeling opleiding verpleegkundige in de zwakzinnigenzorg van december 1975, schreef de wetgever (Volksgezondheid) dat er geen spoedige uitbreiding van de MBO-V te verwachten was. Bovendien stond nog geenszins vast ‘òf en in hoeverre in de toekomst deze M.B.O.V’s de plaats van inservice-opleidingen zullen innemen’. Een tweede opleidingsweg voor diegenen die op latere leeftijd een verpleegkundige opleiding wensten te gaan volgen, diende open te blijven. Zo stonden mededelingen binnen hetzelfde departement tegenover elkaar, want in het politiek jaar 1978-1979 schreven de Staatssecretarissen van Volksgezondheid en Onderwijs dat het de bedoeling was dat de inservice-opleidingen omgezet zouden worden in een MBO-V (zie hoofdstuk 5). De tekst van het concept Nota van Toelichting kwam overigens niet in de definitieve versie van de Nota van Toelichting op de Regeling opleiding diploma Z-verpleegkundige in 1978. De onzekerheid of de MBO-V een toekomst had, leidde er toe dat er in 1977 toch een inservice-opleiding tot Z-verpleegkundige kwam met van de Staatssecretaris van Volksgezondheid de volgende toelichting: ‘De mogelijkheid de gehele opleiding in het kader van de Wet op het voortgezet onderwijs onder te brengen hetzij met praktijkleerperioden in de inrichting, hetzij in een middelbare opleiding verpleegkundigen (m.b.o.-v.) is buiten het kader van dit besluit

De Interdisciplinaire Werkgroep had, aldus zijn rapport, gediscussieerd over de te voeren titel. De Werkgroep vroeg zich af, gezien de ontwikkeling in de zwakzinnigenzorg naar het pedagogisch-sociaal begeleiden, 'of hier niet een andere dan de titel van verpleegkundige meer op zijn plaats zou zijn'. Er waren leden die de voorkeur hadden voor bijvoorbeeld de titel zwakzinnigenbegeleider. Toch koos de Werkgroep voor de titel verpleegkundige 'mits in dit verband aan de term verplegen de volgende betekenis [werd] gegeven':

> Verplegen is het systematisch begeleiden van een individu, gehandicapt dan wel bedreigd door een stoornis, met als doel dat deze mens onder optimale condities kan functioneren.[116]

De Interdisciplinaire Werkgroep had deze definitie overgenomen van de Commissie HBO-V in 1969 (zie hoofdstuk 6) en hiermee is nogmaals duidelijk geworden dat de toenmalige discussies over de ontwikkeling van het dagonderwijs direct van invloed was op de (her)inrichting van het inservice-onderwijs. Het doel van de Z-opleiding was volgens de Werkgroep

> om leerlingen door persoonlijkheidsvorming en het bijbrengen van kennis, vaardigheden en attitude in staat te stellen tot een optimale begeleiding van verschillende categorieën zwakzinnigen in verschillende omstandigheden.[117]

Zowel in de definitie van verpleegkunde van de Commissie HBO-V als in het doel van de Z-opleiding volgens de Interdisciplinaire Werkgroep lag de nadruk op het begeleiden en dat paste vanzelfsprekend meer in de zwakzinnigenzorg, waar het medische/somatische aspect minder of nauwelijks voorkomt. Opmerkelijk is dat het opvoedkundig aspect dat in de jaren zestig een prominente plaats had gekregen in de Z-verpleging niet de boventoon voerde. De nadruk lag op het begeleiden. Het meest opmerkelijke is dat de doelstelling lijkt op de hierboven genoemde woorden die een leerling in Dennendal schreef in een verslag voor de experimentele Z-opleiding. Hij geloofde nauwelijks in het nut van kennis, 'veel meer in het nut van attitude en vaardigheden'. Het was voor hem waardevoller terug te grijpen op ervaringen dan op aangeleerde kennis. Dennendal had kennelijk met zijn anti-pedagogische benadering invloed op de mensen op macroniveau.

De Z-opleiding kreeg ook in de toelichting op de wet in navolging van de Interdisciplinaire Werkgroep, de definitie van verpleegkunde van de Commissie HBO-V uit 1969 (zie hierboven).[118] Na het ingaan van de wet konden de na 1961 Z-gediplomeerden zich, nadat zij dat hadden aangevraagd, ook officieel Z-verpleegkundige gaan noemen. In 1978 waren er zo'n 9300 gediplomeerden geregistreerd bij de Opleidingscommissie. Inmiddels

---

gehouden.' Dat de Staatssecretaris de Z-opleiding afzijdig hield van de Wet op het Voortgezet Onderwijs en de MBO-V kwam mede door de ophanden zijnde reorganisatie binnen die wet. Het Middelbaar Sociaal en Pedagogisch Onderwijs (MSPO) en het Middelbaar Huishoud en Nijverheidsonderwijs (MHNO) zouden namelijk samengaan tot het Middelbaar Dienstverlenend Gezondheidszorgonderwijs (MDGO), waarbinnen ook de MBO-V moest gaan vallen. De opleiding tot Z-verpleegkundige viel onder het Ministerie van Volksgezondheid en de MDGO onder het Ministerie van Onderwijs (zie hoofdstuk 5). NA, DG Volksgezondheid, 2.15.65, inv. nr. 2141, Beschikking vierde concept en concept Nota van Toelichting d.d. december 1975. Kamerstukken Tweede Kamer 1978-1979. Kamerstuknummer 15300 XVII. Ondernummer 51, Brief van de Staatssecretarissen van Volksgezondheid en Milieuhygiëne en van Onderwijs en Wetenschappen. De Vries, *Wetgeving ziekenverpleging* (1978) 110-116.

[116] Interdisciplinaire Werkgroep Z-opleiding, *Interimrapport Z-opleiding*, 4-5.

[117] Ibidem, 5.

[118] De Vries, *Wetgeving ziekenverpleging* (1978), 113.

waren er meer dan vijftig opleidingsinstellingen. Deze opleidingsinrichtingen en centrale scholen behoefden geen nieuwe erkenning te krijgen.[119] Dat betekende dat leerlingen de wettelijke opleiding tot Z-verpleegkundige bij ruim vijftig opleidingsinrichtingen en centrale scholen konden starten met uitzicht op een erkend diploma.

De opleiding duurde minimaal drie maal twaalf maanden, met in het eerste leerjaar een introductieperiode van zes weken. De leerling moest 17 jaar en 7 maanden zijn om toegelaten te worden tot de Z-opleiding. Het aantal lesuren bedroeg, evenals in de A- en B-opleiding, 1060 lesuren. Maximaal 110 lesuren daarvan moesten in de introductieperiode vallen.[120] De wetgever bracht een scheiding aan tussen Z-verpleegkunde (120 uur) en algemene verpleegkunde. De algemene verpleegkunde kwam met nog vier vakken onder somatische vakken (160 uur). Dat betekent dat 160 uur verdeeld moest worden over vijf vakken, waaronder algemene verpleegkunde. Kennelijk zag de wetgever algemene verpleegkunde niet als Z-verpleegkunde en andersom. Nieuw was dat theorie-uren waren ingedeeld onder de noemer praktisch onderwijs.[121] Dat zal voor bepaalde delen gegolden kunnen hebben, zoals het schrijven van verslagen van klinische lessen en pupillenbesprekingen en het opstellen van behandelings/begeleidinsgplannen (zie bijlage 44). De wetgever gaf meer uren aan agogische vakken dan aan Z-verpleegkunde, maar bij de leerstofomschrijving was een integratie van die twee (zie bijlage 43). Agogiek werd verpleegkunde en verpleegkunde werd agogiek. Gezien de leerstofomschrijving, met daarin expliciet aandacht voor het verpleegplan, ging de Z-verpleegkundige zich bezighouden met de totale mens. Het kan niet anders dan dat (de experimenten) in het dagonderwijs hier opnieuw van invloed waren.

Pedagogisch verpleegkundige of verpleegkundig pedagogisch medewerker?

De jaren zeventig waren voor de Z-verpleegkunde duidelijk jaren op een driesprong van pedagogiek, anti-pedagogische tendensen en verpleegkunde. Een antwoord op de vraag of de Z-verpleegkundige eerder verpleegkundige was of eerder een pedagogisch medewerker, is makkelijk te geven, namelijk: beide. Dat blijkt uit een samenvoeging van de Opleiding Pedagogisch Medewerker (OPM) die gewoonlijk gericht was op dagverblijven, gezinsvervangende tehuizen en sociale werkplaatsen, en de Z-opleiding die meer op de intramurale zwakzinnigenzorg gefocust was.

Dat de twee opleidingen samen gingen blijkt ook uit de lesboeken *Opleiding tot verpleegkundige en pedagogische medewerkers in de zwakzinnigenzorg*, onder redactie van J.J. van Bloemendaal, D.W. Dondorp en I.M. (Elsendoorn-)Gunters en *Leerstof voor de Opleiding tot Z-verpleegkundige* onder eindredactie van E. Hoejenbos.[122] Met de eerste twee

---

[119] Ibidem, 111 en 126.

[120] Aanvankelijk was de opleiding opgedeeld in zes semesters, maar in de praktijk werkte dat niet. Een semester kon bijvoorbeeld onvoordelig uitkomen als daar een vakantie in viel en ook was er twee maal zo vaak examenspanning waardoor onrust ontstond. Organisatorisch was het ook niet handig omdat bijvoorbeeld een leerling die afgewezen werd, herplaatst moest worden op een andere afdeling. In 1983 werd die semesterindeling bij beschikking gewijzigd in leerjaren. De verdeling van de 1060 lesuren kenmerkte zich door drie aspecten: het theoretisch onderwijs (480 uren) met 120 uur Z-verpleegkunde, 160 uur somatische vakken en 200 uur agogische vakken; het praktisch onderwijs met 260 uur, de algemene- en persoonlijkheidsvorming met 120 lesuren. 200 lesuren konden besteed worden aan keuze-uren (zie bijlage 43 en 44). De Vries, *Wetgeving ziekenverpleging* (1978) 98-102 en 128-136. J. Haring, *Wetgeving ziekenverpleging. Wet tot bescherming van het diploma van verpleegkundige. Wet op de ziekenverzorgers en ziekenverzorgsters. Richtlijnen en besluiten van de Raad van de Europese Gemeenschapen van 27 juni 1977 inzake de onderlinge erkenning van de diploma's van algemeen ziekenverpleger*. Editie Schuurman en Jordens nr. 161 (5e druk; Zwolle 1986) 163-164.

[121] De Vries, *Wetgeving ziekenverpleging* (1978) 101-102 en 121.

[122] J.J. van Bloemendaal, D.W. Dondorp en I.M. Elsendoorn-Gunters, eindredactie, *Opleiding tot verpleegkundige en pedagogische medewerkers in de zwakzinnigenzorg. Eerste en tweede semester* (2e druk;

jaren (vier semesters) rondde de leerling de OPM af. Met het derde jaar (vijfde en zesde semester) erbij kon een pedagogisch medewerker zich (ook) Z-verpleegkundige gaan noemen.[123] De eerste twee jaren van de OPM en Z-verpleging hadden duidelijke overeenkomsten. Daardoor was het mogelijk dat deze twee opleidingen samen gingen werken.[124] De eerste druk van de delen voor de eerste twee leerjaren verscheen in 1976 (deel 1) en 1977 (deel 2). De tweede druk, waar dit hoofdstuk van uit gaat, kwam uit in respectievelijk 1979 en 1980. Deel 3 verscheen in 1978 (zie bijlage 45).

De auteurs van deze lesboeken namen voor de nieuwe opleiding de doelstelling over die was geformuleerd door de Interdisciplinaire Werkgroep. De opleiding legde de nadruk op de leerling met zijn leerproces in plaats van op de docent met zijn leerstof. Daardoor kwam de nadruk niet te liggen op het cognitieve leerproces, maar op de persoonlijke vorming van de leerling in zijn situatie en op dat moment (pragmatisch leerproces). 'Op deze voedingsbodem [kon] dan in willekeurige volgorde, al naar de eisen van het moment, de leerstof geënt worden'.[125] Hier is een stuk experiment van Dennendal te herkennen. Daar ging de experimentele Z-opleiding ook niet uit van door de Opleidingscommissie per jaar geformuleerde leerstofomschrijvingen. Dat er veel aandacht was voor de persoonlijke vorming blijkt bijvoorbeeld uit de hoofdstuktitel 'Werken met zwakzinnigen: mijn verwachtingen', 'Wat doen zwakzinnigen mij?' en 'Observeren en rapporteren (of: met 'hoe we zelf zijn' kijken 'hoe de ander is' en dit aan elkaar doorgeven')' (zie bijlage 45). De wet van 1977 schreef de aandacht voor persoonlijkheidsvorming voor, maar het paste ook, zeker na Dennendal, in de tijd van zelfontplooiing van de pupil én de leerling. Dennendal had dus ook op dit vlak effect.

Net als *Leergang Opleiding Zwakzinnigenzorg* kregen de lesboeken *Opleiding tot verpleegkundige en pedagogische medewerkers in de zwakzinnigenzorg* geen leerstof voor de algemene verpleegkunde, maar alleen de omschrijving van de leerstof.[126] Voor algemene verpleegkunde verwezen de auteurs voor alle semesters naar de lesboeken voor de A-verpleegkunde van Van den Bergh-Braam en Van der Moolen (zie hoofdstuk 1). De instelling had ook de vrijheid andere lesboeken verpleegkunde te kiezen. Een opgenomen literatuurlijst bevatte de te raadplegen lesboeken (zie bijlage 46). De auteurs verwezen zowel naar lesboeken voor de A- als de B-opleiding.[127] De verpleegkunde moest echter integraal aangeboden worden en de algemene verpleegkunde in sommige situaties 'vertaald' naar de zwakzinnigenzorg zoals bij het wondhechten en voedsel toedienen aan blinde en motorisch gehandicapte pupillen.[128] De auteurs legden niet uit hoe dat vertaald moest worden. Dat zal de

---

Lochem en Poperinge 1979). J.J. van Bloemendaal, D.W. Dondorp en I.M. Gunters, eindredactie, *Opleiding tot verpleegkundige en pedagogische medewerkers in de zwakzinnigenzorg. Derde en vierde semester* (2e druk; Lochem en Poperinge 1980). E. Hoejenbos, eindred., *Leerstof voor de opleiding tot Z-verpleegkundige. Derde leerjaar (vijfde en zesde semester)* (Lochem 1978).

[123] J. Addink-Van den Berg en J. Gulmans, *Leerstofevaluatie ten behoeve van de Opleidingen in de Zwakzinnigenzorg. Eindrapport (deel II). Bijlagen* (Technische Hogeschool Twente, Toegepaste Onderwijskunde, Enschede 1982) 1.

[124] Van Bloemendaal, Dondorp en Elsendoorn-Gunters, eindredactie, *Opleiding tot verpleegkundige en pedagogische medewerkers in de zwakzinnigenzorg. Eerste en tweede semester* (1979) 9.

[125] Ibidem.

[126] Ibidem, 51 en 183-184.

Van Bloemendaal, Dondorp en Gunters, eindredactie, *Opleiding tot verpleegkundige en pedagogische medewerkers in de zwakzinnigenzorg. Derde en vierde semester* (1980) 59 en 165.

[127] Van Bloemendaal, Dondorp en Elsendoorn-Gunters, eindred., *Opleiding tot verpleegkundige en pedagogische medewerkers in de zwakzinnigenzorg. Eerste en tweede semester* (1979) 238 en 239-240.

Van Bloemendaal, Dondorp en Gunters, eindred., *Opleiding tot verpleegkundige en pedagogische medewerkers in de zwakzinnigenzorg. Derde en vierde semester* (1980) 236-237.

[128] Van Bloemendaal, Dondorp en Elsendoorn-Gunters, eindred., *Opleiding tot verpleegkundige en pedagogische medewerkers in de zwakzinnigenzorg. Eerste en tweede semester* (1979) 51.

docent of collega's in de praktijk gedaan moeten hebben. De verpleegkunde die specifiek was voor de Z-verpleging, behandelden de auteurs wel. Dan ging het bijvoorbeeld in de eerste twee semesters om de hulp bij alle stadia van epilepsie, verzorging van kleding, aandacht voor huishoudelijk werk inclusief de hygiëne van het buitenleven zoals de zandbak en tuinmeubelen, aandacht voor de nachtdienst en de daarin voorkomende werkzaamheden zoals veiligheidsmaatregelen en complicaties van bedverpleging. In het tweede semester kwam er onder meer aandacht voor urineren, defeceren, incontinentie, vuile was.[129] Het derde en vierde semester behandelde Z-specifieke verpleegkunde in aparte bijlagen: prothesen en andere hulpmiddelen en het fixeren van een pupil. In een van de bijlagen kreeg gebitsverzorging grote aandacht.[130]

Het derde deel (vijfde en zes semester) *Leerstof voor de opleiding tot Z-verpleegkundige*, dat de uiteindelijke Z-verpleegkundige opleverde, kreeg dezelfde structuur als de eerste twee delen, met het verschil dat net als de somatische verpleegkunde ook de Z-verpleegkunde geen uitwerking kreeg. De auteurs verwezen naar de literatuuropgave (zie bijlage 46).[131] Hoejenbos zag wel in dat dit niet bevorderlijk was voor de motivatie van de leerling om 'zo veel boeken' te moeten aanschaffen en stof te lezen die niet typisch de Z-verpleging betrof, maar de auteurs/redacteurs waren tot deze werkwijze gekomen omdat aldus Hoejenbos, mankracht ontbrak.[132] Het is de vraag of dit derde deel grootschalig is gebruikt. Het was moeilijk te achterhalen voor deze studie. In slechts twee bibliotheken bleek een exemplaar aanwezig.[133] Mogelijk gebruikten de opleidingen liever het vertrouwde hierboven genoemde *Leergang Opleiding Zwakzinnigenzorg* (derde leerjaar), die zoals gezegd, in hetzelfde jaar (1978) als *Leerstof voor de opleiding tot Z-verpleegkundige* een herdruk kreeg.

De Z-verpleegkunde kreeg in het vijfde semester de volgende leerstofomschrijving: observatie, rapportage, tijdelijke overplaatsing van de pupil, contact met ouders en familie van de pupil, het sterfbed, naar het einde van het leven. In het zesde semester ging de leerstofomschrijving voor de Z-verpleegkunde over leiden en leidinggeven met daaronder introductie nieuwe werknemers, begeleiding en beoordelen. Ook oriëntatie over het beroep van verpleegkundige werd als leerstofomschrijving genoemd in het vijfde semester.[134] De onderwerpen 'naar het einde van het leven' en 'leidinggeven' kregen in het laatste hoofdstuk wel een uitwerking van enkele bladzijden.[135] Opvallend is dat de kinderpsychiater E. Hoejenbos in 1978 nog steeds actief was als (eind)redacteur. Dat betekent dat hij ruim twintig jaar invloed had op de Z-opleiding.

Van Bloemendaal, Dondorp en Gunters, eindred., *Opleiding tot verpleegkundige en pedagogische medewerkers in de zwakzinnigenzorg. Derde en vierde semester* (1980) 59.

[129] Van Bloemendaal, Dondorp en Elsendoorn-Gunters, eindred., *Opleiding tot verpleegkundige en pedagogische medewerkers in de zwakzinnigenzorg. Eerste en tweede semester* (1979) 51-54 en 183-186.

[130] Van Bloemendaal, Dondorp en Gunters, eindred., *Opleiding tot verpleegkundige en pedagogische medewerkers in de zwakzinnigenzorg. Derde en vierde semester* (1980) 239-253.

[131] Hoejenbos, eindred., *Leerstof voor de opleiding tot Z-verpleegkundige. Derde leerjaar (vijfde en zesde semester)* (1978) 90.

[132] Ibidem, 3.

[133] Alleen in de universiteitsbibliotheken te Groningen en Enschede was dit boek aanwezig.

[134] Hoejenbos, eindred., *Leerstof voor de opleiding tot Z-verpleegkundige. Derde leerjaar (vijfde en zesde semester)* (1978) 45 en 89.

[135] Ibidem, 133-135 en 143. Voor de leerstof van somatische verpleegkunde voor alle semesters: zie bijlage 45. Van Bloemendaal, Dondorp en Elsendoorn-Gunters, eindred., *Opleiding tot verpleegkundige en pedagogische medewerkers in de zwakzinnigenzorg. Eerste en tweede semester* (1979) 238 en 239-240. Van Bloemendaal, Dondorp en Gunters, eindred., *Opleiding tot verpleegkundige en pedagogische medewerkers in de zwakzinnigenzorg. Derde en vierde semester* (980) 236-237.
Hoejenbos, eindred., *Leerstof voor de opleiding tot Z-verpleegkundige. Derde leerjaar (vijfde en zesde semester)* (1978) 45-46 en 89-90

Er hoefde zoals gezegd niet meer getwijfeld te worden of de Z-opleiding pedagogisch medewerkers of verpleegkundigen afleverde. De Z-verpleegkundige was na de wettelijke erkenning én pedagogisch medewerker én Z-verpleegkundige of anders gezegd: een in de verpleegkunde gespecialiseerde pedagogisch medewerker of een pedagogisch verpleegkundige. Cor Holtslag directeur van de Stichting Opleiding Verzorgende en Dienstverlenende Beroepen, omschreef dat in 1976 als volgt:

> Of je nu werkt in een dagverblijf, een gezinsvervangend tehuis of in een inrichting voor zwakzinnigen je volgt gedurende de eerste twee jaar precies dezelfde opleiding. Degenen, die een baan hebben in een zwakzinnigeninrichting kunnen het derde jaar doen, waarna zij zich Z-verpleegkundige kunnen noemen. Degenen, die het tweede jaar afsluiten noemen zich pedagogisch medewerker in de zwakzinnigenzorg.[136]

Om het derde jaar tot verpleegkundige te volgen moesten aspiranten in 1977 evengoed MAVO-4 of gelijkwaardig hebben, ook als je al OPM-gediplomeerd was. Dat wekte frustratie in de hand bij gediplomeerde OPM'ers.[137] Deze regel moet gezien worden in het kader van de gelijkstelling met de A- en B-opleiding en EEG-normen. Zo was de ziekenverzorging tot 1979 ook nog geen garantie voor toelating tot de A-opleiding (zie hoofdstuk 1).

De OPM kon ook een negatief effect hebben op de ontwikkeling van de Z-verpleegkunde. Het Baarnse Nieuwenoord koos er voor de Z-opleiding niet meer te organiseren. In 1978 nam Nieuwenoord vijftig leerlingen aan voor de OPM. Leerlingen die op dat moment de Z-opleiding wilden afmaken, konden dat nog doen. De eerder genoemde directeur van Nieuwenoord, Cees van den Muijsenbergh, vond een OPM'er voldoende voor zijn instelling. Daarbij merkte hij op dat hem was opgevallen dat leerlingen moeite hadden met het derde jaar en minder gemotiveerd raakten. Immers na twee jaar konden zij het OPM-diploma op zak hebben en het salaris verdienen van een OPM-gediplomeerde. Nieuwenoord had op elk paviljoen een A-verpleegkundige, die zich bezighield 'met medisch-hygiënische zaken, zodat de groepsleiders hun handen vrij [hadden] voor de wezenlijke omgang met de kinderen'. En dat werkte, aldus Van den Muijsenbergh. Hij vermeldde daarbij wel dat het beleid dat hij voerde ook voortkwam uit financiële overwegingen en door personeelsgebrek.[138] OPM'ers waren goedkoper dan Z-verpleegkundigen. Van den Muijsenbergh kreeg, hoe kan het ook anders, kritiek op zijn beleid. Na jarenlang vechten voor erkenning was het Van den Muijsenbergh die de waarde daarvan uitholde en zich had laten verleiden voor deze bezuinigingsmaatregel, aldus twee medewerkers van de Paulus Stichting.[139]

Dat de Z-verpleegkunde wettelijk was, wilde nog niet zeggen dat die inhoudelijk duidelijkheid had gekregen. Vaag was nog de afbakening met andere beroepsbeoefenaren in de zwakzinnigenzorg.[140] In 1981 verscheen een definitie van de theoloog/filosoof/cultureel werker P.M. van Loenen, die als volgt luidde:

---

[136] Cor Holtslag, 'Gezamenlijke lesstof voor OPM en Z-opleiding is klaar: een belangrijk begin. Interview met M.A. Boon', *KLIK. Maandblad voor de Zwakzinnigenzorg* (november 1976) 6-7, aldaar 6.

[137] Ronny Vink, 'Gelijke kans voor iedereen? Vergeet het maar'', Interview met Cor Holtslag in: *KLIK. Maandblad voor de Zwakzinnigenzorg* (januari 1977) 12-14, aldaar 12-13.

[138] Ronny Vink, 'Nieuwenoord vervangt Z-opleiding door Opleiding Pedagogisch Medewerker', *KLIK. Maandblad voor Zwakzinnigenzorg* (augustus 1978) 20-21.

[139] Henk Eilander en Constant Kleyntjens, 'Geen z-opleiding in Nieuwenoord. Wie is de dupe?', *KLIK. Maandblad voor zwakzinnigenzorg* (november 1978) 18-19.

[140] Vaste Kommissie Professionalisering en Beroepsmatige belangenbehartiging van de Landelijke Beroepsorganisatie van Werkers in de Gezondheidszorg, 'Z-opleiding weer op de tocht?', *Tijdschrift voor*

> Een verpleegkundige in de zwakzinnigenzorg moet in staat zijn op systematische wijze de begeleiding, de activering en de verzorging van mensen op zich te nemen, die op de een of andere wijze in hun ontplooiing belemmerd zijn, opdat deze gehandicapte mens zich zo optimaal in de maatschappij kan handhaven, dan wel zo optimaal mogelijk een eigen zinvol menselijk leven kan lijden.[141]

Opvallend is dat de verpleegkundige ook in deze definitie niet verpleegt, maar begeleidt, activeert en verzorgt. Een ziekenverzorgende en een OPM'er zouden bijvoorbeeld met deze definitie eveneens prima uit de voeten kunnen.

Begin 1982 probeerde de verpleegkundige en orthopedagoog Ton van Waardenburg tot een profielschets te komen van een Z-verpleegkundige.[142] Van Waardenburg verdeelde het profiel in zeven kwalificaties. De Z-verpleegkundige moest grote toewijding en zorgzaamheid hebben. Het werk vroeg om 'een inzet van de hele persoon, om het leven van de zwakzinnige op verantwoorde wijze zo plezierig mogelijk te maken'.[143] De Z-verpleegkundige moest kunnen samenwerken in teamverband en zelfstandig kunnen handelen en ingrijpen in acute situaties, zoals een ouder dat zou doen bij zijn eigen kind. Zij moest procesmatig kunnen handelen omdat zij het grootste aandeel heeft in het totale zorgproces. Hierbij moest ook gedacht worden aan het multidisciplinaire team, omdat daar afspraken vandaan komen die tot nieuw procesmatig handelen leiden. Het vijfde punt, relationele aspecten, ging om het contact met familie. Coördineren en integreren waren eveneens onderdelen van het profiel. Met coördineren bedoelde Van Waardenburg het regelen op mesoniveau en met integreren het verkleinen van de barrière tussen de binnen- en buitenwereld. Met leidinggeven, het zevende punt binnen het profiel, bedoelde hij niet alleen het leiding geven aan de zwakzinnige, maar ook het leiding geven aan een paviljoen. Een eigen profiel voor een Z-verpleegkundige zou er niet komen. Bij het verschijnen van het artikel van Van Waardenburgs was de discussie al op hoog niveau gaande over een beroepsprofiel voor de verpleegkundige in de volle breedte (zie hoofdstuk 6).

Bij de herziening van de wet in 1986 ging de wetgever de zwakzinnigenzorg voor het eerst vanuit de verpleegkunde redeneren. De doelstelling gericht op het vak Z-verpleegkunde omschreef de wetgever als volgt:

> De leerling beschikt over kennis, inzicht, vaardigheden en attitude, opdat de leerling in staat is op procesmatige wijze een optimale verzorging/begeleiding te geven aan de geestelijk gehandicapte in de intra- en semimurale zorgverlening. Tevens kan de leerling een goed woon/leefklimaat ontwikkelen en in stand houden voor de bewoners(s) waarin zowel pedagogisch-agogische als somatische aspecten integratief en methodisch benaderd worden.[144]

De doelstelling liet een totaal mens zien door ook het somatische aspect te noemen zonder de agogiek te veronachtzamen (agogische vakken kregen eveneens doelstellingen[145]). Dat moest ook wel, want als de verpleegkundige, ook de Z-verpleegkundige de totale mens in beeld

---

Ziekenverpleging 32 (1979) 75-76. Gerrit Pik e.a., 'Z-opleiding weer op de tocht' (ingezonden), *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 32 (1979) 325.

[141] P.M. van Loenen, 'De intramurale zwakzinnigenzorg en de opleiding tot verpleegkundige in de zwakzinnigenzorg', *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 34 (1981) 5-9, aldaar 7.

[142] R. Pulles, 'Het profiel van een Z-verpleegkundige' door Ton van Waardenburg. Uit Onderwijs en Gezondheidszorg, januari 1982, *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 35 (1982) 509.

[143] Ibidem.

[144] Haring, *Wetgeving ziekenverpleging* (1988) 165.

[145] Ibidem, 173-176.

wilde hebben, dan moet de totale verpleegkunde genoemd worden. Ook de Z-verpleegkundige ging procesmatig werken. Een uitsplitsing van de leerstofomschrijving voor de Z-verpleegkunde is te vinden in bijlage 49.[146] Het valt op dat het vak verpleegkunde voor het eerst meer uren kreeg dan de agogische vakken, respectievelijk 420 en 325 lesuren. Ook zijn theorie-uren niet meer geïntegreerd in de praktijk. De eindtermen in 1986 maakten het gedrag van de Z-verpleegkundige gemakkelijker te onderscheiden van andere beroepsgroepen. In 1977 werkte de Z-verpleegkundige, in theorie, al systematisch volgens een verpleegplan, maar nu, in 1986, lijkt dat gekoppeld aan verpleegkundige theorieën omdat 'theorieën in de verpleegkunde' een onderdeel van de leerstof vormde. Zelfs 'verplegingswetenschappelijk onderzoek' werd onderdeel van de leerstofomschrijving (zie bijlage 49).

De Z-opleiding kreeg vanaf 1986 dezelfde structuur als de A- en B-opleiding (clustergewijs (leergebied), inclusief eindtermen, zie bijlage 47 en 48).[147] Dat maakte het, althans voor de leerstofomschrijving, overzichtelijker. De doelstelling van de Z-opleiding was:

> de aspirant beroepsbeoefenaar te brengen tot het beheersen van zodanige kennis en vaardigheden en tot ontwikkelen van een zodanige beroepshouding, dat hij als beroepsbeoefenaar zelfstandig binnen het veld van de zorgverlening aan geestelijke gehandicapten kan deelnemen.[148]

De Z-verpleegkundige ging in haar veld evenals de A, B, MBO-V en de HBO-V op het eerste deskundigheidsniveau werken. Om de Z-opleiding te mogen volgen moest de aspirant 17 jaar zijn en in het bezit zijn van MAVO-4 (oude stijl), MAVO-D-niveau (nieuwe stijl) of gelijkwaardig. De opleiding duurde drie jaar en vier maanden, inclusief een voorbereidende periode van dertig weken. Het totaal aantal lesuren voor de theorie was opgeschroefd van 1060 naar 1320 uur, waarvan 690 lesuren in de voorbereidende periode. Na die voorbereidende periode volgden drie leerperioden van twaalf, twaalf en negen maanden. De opleiding kreeg een opsplitsing in vijf clusters (leergebieden): verpleegkunde, gezondheidsleer, ziekteleer, agogische vakken en algemene en persoonlijkheidsvorming (zie bijlage 48). In 1986 kreeg elk cluster een eigen doelstelling.[149]

Het eten/de maaltijd en het sterven/de dood in lesboeken

Het zal duidelijk zijn geworden dat de Z-opleiding voor het merendeel van de periode van dit onderzoek uitging van de pedagogiek. Het is dan ook niet verwonderlijk dat de lesstof ook dat uitgangspunt had. De verpleegkunde en zeker de somatisch verpleegtechnische vaardigheden hadden in de zwakzinnigenzorg geen prioriteit. Daardoor waren de lesboeken verpleegkunde eerder aanhangsels dan echt gebruikte lesboeken. In *Grondslagen der zwakzinnigenzorg* waren nog wel eigen hoofdstukjes 'Ziekenverpleging', maar tussen 1970 en 1991 waren er geen eigen lesboeken verpleegkunde gericht op de Z-verpleegkunde. In die periode werd de leerling verwezen naar lesboeken van andere velden. Koen Schilders, een in 1984 gediplomeerde Z-verpleegkundige, vertelde dat hij voor zijn Z-opleiding de volgende boeken

[146] Ibidem, 165-169.
[147] Haring, *Wetgeving ziekenverpleging* (1988) 134, 161-162.
[148] Ibidem, 150-151.
[149] Ibidem, 132-134, 150, 160 en 165. Voor het cluster verpleegkunde luidde de doelstelling als volgt: De leerling beschikt over zodanige kennis, inzicht, vaardigheden en attitude, dat hij aansluitend aan de mogelijkheden van de bewoner, hem of haar bijstaat in het gezond functioneren en ondersteunt bij het eventueel verbeteren of handhaven van de gezondheidstoestand, respectievelijk vredig sterven. Een en ander vooral gesitueerd in het zogenaamde micro-verpleegkundig taakveld met coördinerende taken in het mesotaakveld.

heeft moeten aanschaffen en vermeldde daarbij dat de opleiding die niet actief gebruikte. Ze konden als naslagwerk worden gebruikt: Nancy Roper e.a., *De elementen van verplegen* (1984) en Rob van der Peet, e.a., *Inleiding in de verpleegkunde* (1983). Beide boeken gingen uit van een verpleegkundig theoretisch model. Roper had Virginia Henderson als leidraad.[150] Van der Peet ging in zijn lesboeken, zoals in hoofdstuk 6 zal blijken, uit van Dorothea Orem. Deze boeken konden goed gebruikt worden in de zwakzinnigenzorg, want Henderson en Orem waren veldoverstijgend. Ondanks dat Schilders zei dat de boeken eerder als naslagwerk dienden, kregen leerlingen in Schilders' opleiding wel de gelegenheid om op HBO-niveau te leren denken en werken. Schilders bewees met deze mededeling dat de HBO-V invloed had op de inservice-opleiding tot Z-verpleegkundige.

De eerste lesboeken *Grondslagen der zwakzinnigenzorg* (1958-1966) verwezen, zoals gezegd, nog niet naar andere lesboeken van andere velden. Maar ook in dat lesboek kwam de verpleegkunde niet op de eerste plaats. Het eten/de maaltijd stond in de zwakzinnigenzorg met name in een pedagogisch kader. De verpleegkunde kwam pas aan bod als het eten op een andere dan de normale manier naar binnen moest en die lesstof kwam pas in het derde jaar aan de orde. De auteur had het in het hoofdstuk 'Pedagogische beginselen' dan ook over 'opvoeder' en niet over verpleegkundige.[151] Datzelfde deed de auteur van *Leergang opleiding zwakzinnigenzorg*.[152] Voor verpleegkundige aspecten rond het eten in de *Leergang* waren er omschrijvingen van de verplichte leerstof, maar de auteur verwees naar buiten de *Leergang*, want de 'bestaande literatuur [gaf] aan de docent en leerling ruime keuze'.[153] In de jaren zeventig is bij het eten een ontwikkeling zichtbaar, want in *Opleiding tot verpleegkundige en pedagogische medewerkers in de zwakzinnigenzorg* is een zekere methodiek zichtbaar om in zes stappen het kind zelfstandig te leren eten. Een registratieformulier ondersteunde de continuïteit van het programma.[154] Voeding was geen onderwerp in *Leerstof voor de opleiding tot Z-verpleegkundige*, het lesboek voor het derde leerjaar die na de OPM specifiek voor Z-verpleegkundigen was bedoeld. Ook in het derde leerjaar stond voeding in het kader van de ontwikkeling van het kind.[155]

Grondslagen der zwakzinnigenzorg vormde nagenoeg een compleet lesboek voor de Z-verpleging. 'Hulp aan stervenden' kreeg in het tweede jaar een plaats in het hoofdstuk 'Ziekenverpleging II".[156] Deze paragraaf is taakgericht omschreven. Emoties moesten op afstand gehouden worden. Een grondregel van de auteur was dat de verplegende de stervende nooit alleen mocht laten. Wanneer er mensen bij het sterfbed aanwezig waren, bleef de verplegende op bescheiden afstand. De auteur vond dat de verplegende een begrijpende houding moest aannemen door zich terug te trekken. Hij omschreef dit als volgt:

> Men begrijpe dat het komende overlijden van de patiënt hen [de familie] verschrikt en hen leed bezorgt, zodat hun aandacht voor de dagelijkse dingen des

---

[150] Nancy Roper, Winifred W. Logan en Alison J. Tierney, *De elementen van verplegen* (Lochem en Gent 1984) 30. Met dank aan Koen Schilders in e-mail 8 november 2011. Schilders is o.a. Z-verpleegkundige en directeur van de SVOZ opleidingen in de zorg, met daarbinnen een MBO-College.

[151] Hoejenbos e.a., red., *Grondslagen der zwakzinnigenzorg,* (1e deel 4e druk; 2e deel 3e druk; 1966) 84-85 van het eerste deel.

[152] Hoejenbos en Hoeing, red., *Leergang Opleiding Zwakzinnigenzorg. Eerste leerjaar* (1970) 5.3.85.

[153] Hoejenbos en Hoeing, red., *Leergang Opleiding Zwakzinnigenzorg. Eerste leerjaar* (1970) 3.5-3.9. Hoejenbos en Hoeing, red., *Leergang Opleiding Zwakzinnigenzorg. Tweede leerjaar* (1971) 3.6-3-10. Hoejenbos en Hoeing, red., *Leergang Opleiding Zwakzinnigenzorg. Derde leerjaar. Band A* (1972) 3.9-3.12

[154] Van Bloemendaal, Dondorp en Elsendoorn-Gunters, eindred., *Opleiding tot verpleegkundige en pedagogische medewerkers in de zwakzinnigenzorg. Eerste en tweede semester* (1979) 94-96.

[155] E. Hoejenbos, eindred., *Leerstof voor de opleiding tot Z-verpleegkundige. Derde leerjaar (vijfde en zesde semester)* (1978) 116-120

[156] Hoejenbos e.a., red., *Grondslagen der zwakzinnigenzorg,* (1e deel 3e druk; 1963) 239.

> levens gering of afwezig is. De verplegende zal dus niet het initiatief nemen tot een gesprek of het moet het belang van de patiënt dienen.[157]

Het mocht de stervende aan niets ontbreken: hij moest gemakkelijk liggen, geen dorst hebben en geen hinder hebben van de gevolgen van incontinentie. Voorschriften van de arts moesten 'met grote nauwkeurigheid worden uitgevoerd'. De auteur legde uit welke verschijnselen bij het sterven behoren: achteruitgang van de zintuigen, waarvan het gehoor het langst intact bleef, spierverslapping met onder meer incontinentie tot gevolg, kleurverandering en koud aanvoelen van de huid als gevolg van een slechte bloedcirculatie. Na het overlijden moesten naasten de gelegenheid krijgen met de overledene alleen te zijn. De verplegende noteerde de exacte tijd van overlijden waarna de arts de overledene schouwde in verband met het invullen van de overlijdenspapieren. Vervolgens gaf de auteur uitleg hoe een overledene afgelegd moest worden.[158]

Het sterven/de dood kreeg ook aandacht in het derde deel voor het derde schooljaar van het lesboek *Leerstof voor de opleiding tot Z-verpleegkundige* (1978). Op de allerlaatste bladzijde van het boek (hoe symbolisch) kwam een paragraafje, 'Naar het einde van het leven'. Dit stuk is een duidelijk product van eind jaren zeventig, want in tegenstelling tot in *Grondslagen der zwakzinnigenzorg* (1958-1966), kreeg de Z-verplegende wel de ruimte voor emotie. De auteur gaf geen algemene richtlijnen ten aanzien van het overlijden van een zwakzinnige. De paragraaf leidde mogelijk, door de openheid en de vragen die de auteur stelde, tot intervisie in de les. De auteur zette de leerling aan als volgt:

> Stem af op de betrokkene en betrek je eigen beleven, die van je medewerkers, die van de familieleden en die van de groepsgenoten in je overwegingen om tot een juiste houding te komen. Bespreek het dus ook in de paviljoens-(groeps-)besprekingen. Wil de een alleen zijn, de ander wil bekenden zien en/of voelen of/en zo lang mogelijk het dagelijks 'gedoe' om hem heen blijven meemaken. Hoe doen we als er bezoek is voor de betrokkene of voor de groepsgenoten? Hoe doen we na het overlijden?[159]

Nabeschouwing

Dit hoofdstuk heeft laten zien dat de Z-verpleegkunde een snelle ontwikkeling doormaakte. Bij het opzetten van de Z-opleiding in 1958 was die het medisch model reeds voorbij, anders dan de A- en zelfs de B-verpleegkunde. De pedagogiek en psychologie stonden al in de jaren zestig duidelijk voorop. Met Dennendal in de voorhoede kwam er aan de hand van psycholoog Carel Muller in de jaren zeventig een anti-pedagogisch geluid op gang. Volgens de anti-pedagogiek moest de zwakzinnige het recht hebben om zwakzinnig te zijn. Hij hoefde zich niet aan te passen aan de maatschappij. Dat betekende voor de Z-verpleging in Dennendal een andere benadering. Met een experimentele Z-opleiding probeerde Muller en de zijnen richting te geven aan het anti-pedagogische beleid. Niet kennis en de docenten waren de leidraad, maar de pupil, wat de leerling tegenkwam in de praktijk. Dat viel voor de leerling niet altijd mee, want hij moest ook voldoen aan het officiële curriculum. Ondanks dat Dennendal ontruimd moest worden en de experimentele opleiding daar op niets uitliep, werkten vernieuwingen toch door in de wettelijke opleiding van 1977. Attitude en

[157] Ibidem.
[158] Ibidem, 239-240.
[159] E. Hoejenbos, eindred., *Leerstof voor de opleiding tot Z-verpleegkundige. Derde leerjaar (vijfde en zesde semester)* (1978) 143.

vaardigheden moesten leiden tot optimale begeleiding. De nadruk kwam niet te liggen op het cognitieve leerproces, maar op de persoonlijke vorming van de leerling in zijn situatie op dat moment (pragmatisch leerproces). Het opvoedkundige aspect voerde niet meer de boventoon.

De termen antideskundig en anti-pedagogisch roepen associaties op met antipsychiatrie. In het vorige hoofdstuk werd gesteld dat de antipsychiatrie wel een verrijking was voor de B-verpleegkunde, maar ook dat de B-verpleegkundige in een nieuwe verlengde arm-constructie terecht kwam. Doorgeredeneerd kan gesteld worden dat hetzelfde gebeurde in Dennendal in de verlengde arm van de psycholoog Carel Muller. De officiële opleiding was, en dat is in dit hoofdstuk breed uitgemeten, vooral gestoeld op pedagogiek. Degenen die meegingen met Muller wilden zich dus los maken van pedagogische principes, maar zij opperden niet om dat te doen vanuit een verpleegkundige theorie. De jaren zeventig vormden in de zwakzinnigenzorg een zoektocht die als het ware op een driesprong bevond. Zou het verder gaan in de richting van de pedagogiek of toch de kant op van de antipedagogiek? Intussen kwam een andere weg steeds duidelijker in beeld: de verpleegkunde. Z-verpleegkundigen noemden zich immers verpleegkundigen.

Bij het wettelijk erkennen van de Z-opleiding in 1977 kreeg de opleiding, hoewel nog duidelijk een pedagogisch karakter, een min of meer verpleegkundig model. De wettelijke regeling van 1986 zette het verpleegkundig model nog steviger neer. Door een verpleegkundige methodiek kreeg de Z-verpleegkundige de mens met een verstandelijke beperking als totaal mens in beeld: psycho-sociaal-spiritueel-somatisch. Toen pas kreeg de verpleegkunde meer lesuren dan pedagogiek. De mens met een verstandelijke beperking was een mens met mogelijkheden geworden en om hem daarin te ondersteunen was een verpleegkundig model een uitstekend middel.

Bij het bespreken van de lesboeken voor de zwakzinnigenzorg is duidelijk geworden dat die een aparte plaats innamen in de verpleegkunde. Voor bijna de hele verpleegkunde kreeg alleen de leerstofomschrijving een vermelding. Auteurs/uitgevers verwezen verder naar de lesboeken van de A- en de B-verpleging. Didactisch was dat niet handig. Zelfs na de wettelijke erkenning van de Z-verpleging in 1977, was er geen lesboek voor de Z-verpleegkunde. Pas in de jaren negentig van de twintigste eeuw kwamen speciaal voor de Z-opleiding eigen boeken met een eigen verpleegkundige theorie. Dorothea Orem komt uitgebreid aan de orde in: Rob Keukens en Hans van Pernis, red. *Basisboek Z-verpleegkunde. Professioneel verpleegkundige zorg voor geestelijk gehandicapten* (Twello 1991) (zie bijlage 50). Orem was uitstekend geschikt voor de zwakzinnigenzorg. Zij ging onder meer uit van ontwikkelingsbepaalde zelfzorgbehoeften. Mochten daar tekorten bij zijn, dan pas komt de verpleegkundige in actie.

4. Ziekenverzorging: van ondergeschoven kindje tot volwassen beroepsgroep

De ziekenverzorging lijkt als onderwerp in een studie over de verpleegkunde een vreemde eend in de bijt. Toch is dat niet zo, want deze beroepsgroep hoorde wel degelijk tot de verpleegkunde. Sommige auteurs doen voorkomen dat de inservice-opleiding tot ziekenverzorgende (ZV-opleiding) haar oorsprong had in verpleeginstellingen voor het groeiend aantal chronisch zieken en ouderen dat geen complexe zorg nodig had.[1] In dit hoofdstuk zal worden betoogd dat de ZV-opleiding twee oorsprongen had. Eén opleiding ontstond inderdaad in verpleeginstellingen, de andere in de algemene ziekenhuizen. Deze laatste was uit nood geboren om de problemen in de A-verpleging op te lossen, die waren ontstaan door het al vaak besproken verpleegsterstekort en door technologische ontwikkeling in de geneeskunde waarin verpleegkundigen werden meegezogen.

Doordat verpleegkundigen zich bezig gingen houden met complexere verpleging en daardoor de basiszorg en huishoudelijke taken in het gedrang kwamen, vonden vele ziekenhuizen een oplossing in het starten van een opleiding tot ziekenverzorgende die zich moest gaan richten op de eenvoudige taken. Dat lijkt logisch. Toch ontstonden er problemen. Kort nadat ziekenverzorgenden in 1965 in de praktijk kwamen, begonnen zij zich al snel een sloofje te voelen van verpleegkundigen door de ondergeschikte rol die zij kregen toebedeeld. In hun emancipatiedrang gingen ziekenverzorgenden geleidelijk aan werkzaamheden overnemen die voorbehouden waren aan verpleegkundigen. Dat leidde ertoe dat zij verantwoordelijkheden naar zich toetrokken en handelingen gingen verrichten, die niet in de ZV-opleiding waren opgenomen en die verpleegkundigen bovendien al in de verlengde arm-constructie uitvoerden. De ziekenverzorging ging zich in de praktijk zodanig ontwikkelen, dat de grenzen tussen verpleegkunde en ziekenverzorging in de loop van de jaren zeventig gingen vervagen. De overheid greep in en floot de ziekenverzorgenden terug, waardoor ziekenverzorgenden nog gefrustreerder raakten.

Dit hoofdstuk geeft een overzicht vanaf de eerste ideeën voor een opleiding tot verplegings-assistente tijdens de Conferentie in Heelsum in 1955 (zie hoofdstuk 1) tot en met het eerste verpleegkundig beroepsprofiel van 1988, waar ook de ziekenverzorging deel van uit ging maken. Onderwerpen zullen eerder thematisch worden behandeld dan chronologisch. Dat komt omdat zaken gelijktijdig plaatsvonden. De ene commissie was nog niet klaar met haar zoektocht naar de inhoud van de taak, verantwoordelijkheid en identiteit van de ziekenverzorging of de andere was al weer begonnen met een andere. Allereerst wordt ontegenzeglijk duidelijk gemaakt hoe de ZV-opleiding vanuit twee oorsprongen is ontstaan. Daarna is er aandacht voor de ziekenverzorgende in de praktijk als assistent van de verpleegkundige. Omdat de wet alleen wat kaders aangaf, gingen vier autoriteiten in de jaren zeventig, elk met eigen doeleinden, zich bezig houden met de (gewenste) inhoud van de ZV-opleiding. De verpleegkundige/andragoge mevrouw J.A. van den Brink-Tjebbes krijgt in dit hoofdstuk verhoudingsgewijs veel belangstelling. Dat is gedaan omdat zij, naast haar vele werk voor de ziekenverzorging bij het Ministerie van Volksgezondheid, de eerste Nederlandse verpleegkundige theorie ontwikkelde en hiermee invloed kreeg op de hele verpleegkunde in Nederland. Vanuit dat oogpunt is niet eerder expliciet naar de ziekenverzorging gekeken. Tot slot zal dit hoofdstuk de ontwikkeling beschrijven omtrent het eten/de maaltijd, het sterven/de dood en enkele technische vaardigheden in de

[1] A. Mackaay, 'De status van de Ziekenverzorgenden', *Tijdschrift voor Bejaarden- Kraam- en Ziekenverzorging* 4 (1971) 9-12. J.A. Knobbout, 'Een pleidooi voor professionele autonomie van de ziekenverzorgende', *Tijdschrift voor Bejaarden- Kraam- en Ziekenverzorging* 16 (1983) 64-69. B.M. Jansen, 'Ziekenverzorging en functie-innovatie. De opmars van de ziekenverzorging door het verpleeghuis', in: A.H.M. van den Bergh-Braam e.a. red., *Honderd jaar verplegen. Een bijsluiter over gisteren met een opening naar morgen* (Lochem 1990) 113-124, aldaar 113-114.

ziekenverzorging. Het zal duidelijk zijn dat auteurs vooral het eten/de maaltijd en het sterven/de dood uitgebreid bespraken in de lesboeken. De ziekenverzorgende was immers in het leven geroepen voor de basiszorg.

De twee oorsprongen van de ZV-opleiding

De opleiding tot ziekenverzorgende was bedoeld om verpleegkundigen vrij te maken voor complexere werkzaamheden die door de ontwikkelingen in de geneeskunde op hen afkwamen. Bovendien zou het mes aan twee kanten snijden: enerzijds hoefden instellingen voor de A-opleiding geen meisjes aan te nemen met een lage vooropleiding zodat het niveau van de verpleegkund(ig)e opgekrikt kon worden en anderzijds kon het verpleegsterstekort met ziekenverzorgenden opgelost worden. Het idee dat een nieuwe opleiding van een lagere deskundigheid een oplossing zou zijn, kwam tijdens de Conferentie te Heelsum in 1955 reeds ter sprake (zie hoofdstuk 1). Omdat het ging om een assistente van de verpleegster, zou zij de naam Verplegings-assistente (VERA) moeten krijgen. De VERA was bedoeld voor de algemene ziekenhuizen om een einde te maken aan de 'statusloze ziekenverzorgster, verpleeghulp en hulpverpleegster'. Gehoopt werd dat met het instellen van de VERA de 'dreigende chaos van "wilde" krachten in geordende banen' kon leiden. Deze VERA zou een wettelijke status moeten krijgen en onder supervisie en verantwoordelijkheid van een verpleegster moeten werken. Heelsum stelde minimaal Voorgezet Gewoon Lager Onderwijs (VGLO) als toelatingseis. De opleiding zou een preklinische periode van drie maanden moeten krijgen en de hele opleiding zou anderhalf jaar moeten duren, met daarin de leerstof van het eerste jaar van de verpleegstersopleiding. Wanneer een verpleegster na het eerste jaar uit zou vallen, zou zij zo in aanmerking kunnen komen voor het diploma van VERA. Andersom zou een gediplomeerde VERA in principe kunnen starten in het tweede jaar van de verpleegstersopleiding. Op deze wijze zouden verplegenden kunnen worden behouden.[2]

In die periode was er sinds 1953 een opleiding tot ziekenverzorgster bij de in 1952 opgerichte Federatie van Verpleeginrichtingen voor Langdurige Zieken. Deze was in samenwerking met de Geneeskundige Hoofdinspectie van de Volksgezondheid, in het Zonnehuis te Beekbergen gestart.[3] Heelsum stelde voor om deze opleiding van de Federatie in te laten passen in de VERA-opleiding. In het verslag van de Heelsumconferentie werd het als volgt geformuleerd:

> Inpassing van de bestaande opleiding tot ziekenverzorgster in de VERA-opleiding zal nader, in overleg met de Federatie van Verpleeginrichtingen voor Langdurige Zieken, worden bezien.[4]

En verderop, alsof de opleiding tot ziekenverzorgster van de Federatie weinig te betekenen had, schreef de verslaglegger:

> Door de VERA een eigen status te bieden en haar opleiding mogelijk te maken in II-ziekenhuizen, waartoe ook de inrichtingen voor chronische zieken kunnen worden gerekend, kan in de toekomst de verpleging van de "vergeten groepen",

[2] Commissie Verplegingsaangelegenheden, *Verslag van de conferentie te Heelsum*, 29-34.
[3] Centrale Raad voor de Volksgezondheid, *Advies inzake taak, verantwoordelijkheid en aansprakelijkheid van de ziekenverzorg(st)er* (Rijswijk 1979) 5-6. Van Gemert en Spijker noemden andere jaartallen. Zij schreven dat er in september 1954 de eerste tweejarige opleiding startte bij deze in 1953 opgerichte Federatie met in totaal 130 leerlingen in zeven instellingen, Van Gemert en Spijker, *Verdichtsel en werkelijkheid*, 103, 122.
[4] Commissie Verplegingsaangelegenheden, *Verslag van de conferentie te Heelsum*, 18.

> die deze verpleeginrichtingen bevolken, veilig worden gesteld.[5]

Het opmerkelijke is dat Heelsum niet andersom redeneerde door de VERA-opleiding op te laten gaan in de opleiding van de Federatie. Heelsum ging dus uit van een eigen, nieuwe opleiding tot VERA.

De Voorlopige Verplegingsraad ging hard aan de slag met de uitwerking van de in Heelsum bedachte opleiding tot VERA. Deze Raad kwam in 1958 met het *Rapport Ziekenverzorgster* en daarin blijkt dat de Raad niet in alles met Heelsum meeging.[6] De Verplegingsraad en de Federatie van Verpleeginrichtingen voor Langdurig Zieken kwamen overeen dat de naam VERA werd vervangen door ziekenverzorgster, want zo schreef de Voorlopige Verplegingsraad:

> De naam ziekenverzorgster heeft het voordeel, dat deze de functie aangeeft en tevens het niveau. Bovendien zijn de kraamverzorgster, de gezinsverzorgster en de kinderverzorgster reeds gewaardeerde krachten, voor wie officieel erkende opleidingen bestaan. De naam van ziekenverzorgster is ook door anderen om deze reden meer aanvaardbaar geoordeeld en daarom ook hier aangehouden.[7]

De Voorlopige Verplegingsraad publiceerde in zijn rapport het lesprogramma en de leerstofomschrijving voor de hele opleiding (zie bijlage 24).[8] De Verplegingsraad vond dat de ziekenverzorgster ingezet kon worden in andere instellingen dan alleen instellingen voor somatische patiënten. Hij dacht daarbij aan de wijk, instellingen voor zwakzinnigen, en psychiatrische patiënten. De leeftijd voor toelating ging van achttien naar zeventien jaar om 'niet onnodig veel krachten te verliezen'.[9]

Het meest opmerkelijke van de Voorlopige Verplegingsraad was een vorm van een tuchtmaatregel die kennelijk bedoeld was om de kwaliteit van de opleiding veilig te stellen. Deze maatregel hield in dat ziekenverzorgenden na de opleiding zouden moeten worden ingeschreven in een centraal register met daaraan gekoppeld een certificaat. De inschrijving zou periodiek verlengd moeten worden na een herscholing.[10] De kersverse ziekenverzorgster zou dus geen diploma moeten krijgen gekoppeld aan een opleiding, maar een certificaat van inschrijving in een register als controlemiddel. Wanneer de ziekenverzorgster zich niet zou laten herscholen of zou gaan werken in een niet door de minister erkende omgeving zou zij uit het register worden geschrapt. Deze nieuwigheid in de verpleging leidde, zo zal nog blijken, tot discussie in de Tweede Kamer.

Dat de Voorlopige Verplegingsraad een voortvarende club was, is eerder gezegd. De hierboven genoemde uitgangspunten van Heelsum en die van het *Rapport Ziekenverzorgster* van de Verplegingsraad vormden de basis voor een Voorontwerp van de Wet inzake Ziekenverzorgers en Ziekenverzorgsters. Rond 1 november 1959 gingen exemplaren van het voorontwerp naar het Ministerie van Volksgezondheid. In het Ontwerp Memorie van toelichting kwamen opnieuw de hierboven genoemde motieven voor een nieuwe opleiding aan de orde.[11] Opmerkelijk is dat de makers van het voorontwerp toch sterk vanuit de A-

---

[5] Ibidem, 20.
[6] Voorlopige Verplegingsraad, *Rapport ziekenverzorgster* (juli 1958).
[7] Ibidem, 2.
[8] Ibidem, 9-20
[9] Ibidem, 7-8.
[10] Ibidem, 8.
[11] NA, DG Volksgezondheid, 2.15.65, inv. nr. 2170, Begeleidende brieven van de Voorlopige Verplegingsraad aan de Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid en aan de Directeur-Generaal van Volksgezondheid. Voorlopige Verplegingsraad, *Voorontwerp van Wet ziekenverzorgsters en ziekenverzorgers* met O*ntwerp Memorie van toelichting*.

opleiding bleven redeneren en dus niet vanuit de context van verpleeginrichtingen. De ziekenverzorgende kwam hiermee weer als redmiddel voor de ziekenhuizen naar voren. De opstellers van het voorontwerp verwachtten dat de ZV-opleiding een bepaalde status zou krijgen door die een wettelijke erkenning te geven. Eveneens vonden zij dat wanneer een ziekenverzorgster zou werken in een niet door de minister erkende omgeving, zij uit het register moest worden verwijderd door het intrekken van het certificaat van inschrijving.

De Centrale Raad voor de Volksgezondheid kwam na bovenstaande stappen in 1960 met een afwijkende mening. In een advies aan het Ministerie van Volksgezondheid maakte de Centrale Raad duidelijk dat de ZV-opleiding een opleiding moest zijn voor de verpleeginrichtingen en verpleegafdelingen van rusthuizen. Daarna kwamen psychiatrische inrichtingen, sanatoria en ten slotte ziekenhuizen in aanmerking. De minister moest, evenals bij de verpleegkunde, uit gaan maken welke instellingen voor een opleiding in aanmerking kwamen. De Centrale Raad vond ook dat de ziekenverzorgster geregistreerd moest worden, maar zoals dat bij verpleegkundigen gebeurde: door middel van koppeling van persoon aan diploma en insigne. Wanneer registratie als controlemiddel ingevoerd zou worden, zou dat gelijktijdig voor verpleegkundigen moeten gebeuren. Enige terughoudendheid was er ten aanzien van ziekenverzorgenden in de wijk. Vooraf zou een duidelijke afbakening moeten komen van werkzaamheden voor ziekenverzorgenden en verpleegkundigen. Werken bij particulieren wilde de Centrale Raad alleen toestaan via door de minister erkende bemiddelingsbureaus.[12]

Op 3 september 1962 kwam er uiteindelijk een wetsontwerp in de Tweede Kamer. Inmiddels waren er wel zeven jaren verstreken. Het wetsontwerp was gebaseerd op het voorontwerp van de Voorlopige Verplegingsraad. De minister vond een ZV-opleiding nodig onder meer door de ‘stijgende behoefte aan verplegenden, de aanzienlijke en voortdurende toeneming van het aantal ziekenhuisbedden, vooruitgang van de medische wetenschap, verkorting van arbeidsduur en andere factoren’. Ook kwam de aantasting van de A-opleiding aan de orde, doordat verlaging van de eisen bij het selecteren van aspirant-leerlingen ‘het verpleegsters- en het verplegersberoep min of meer in diskrediet [geraakte]’. Dit weerhield kandidaten met een grotere algemene ontwikkeling te kiezen voor de verpleging en juist zij waren nodig voor leidinggevende functies, aldus de wetgever. Afwijkend van wat de Raad voor de Volksgezondheid adviseerde, koos de minister toch voor aparte registratie in een register. Het wetsontwerp gaf aan dat de ziekenverzorgster de titel niet gekoppeld kreeg aan een diploma, maar aan een register. Zij mocht die titel voeren in een door de minister aangewezen verpleeginrichting of ziekenhuis. Op deze wijze wilde de minister uitsluiten dat de gediplomeerde op persoonlijke titel kon werken in een gezin of in een niet door de minister aangewezen instelling. Wanneer een ziekenverzorgster deze regel overtrad kon zij geschrapt worden uit het register.[13]

Het wetsontwerp gaf geharrewar binnen de Tweede Kamer. Vooral de aparte registratie leidde tot veel kritiek. Het leek veel Kamerleden onacceptabel dat gediplomeerden aan banden zouden worden gelegd terwijl niet-opgeleiden konden werken waar gediplomeerde ziekenverzorgsters dat niet mochten. Bovendien zou de minister volgens Kamerleden teveel de nadruk leggen op de tekorten in de (psychiatrische) ziekenhuizen en daarmee de verpleeginrichtingen tekort doen. De ziekenverzorgster moest geen gatenvuller worden voor het verpleegsterstekort of een lager soort verpleegster worden, maar een beroepsgroep voor bepaalde categorieën patiënten. Uiteindelijk kreeg de minister niet overal

[12] NA, Centr. Raad Volksgezondheid, 2.27.16, inv. nr. 793, Centrale Raad voor de Volksgezondheid, *Advies uitgebracht aan Zijne Excellentie de Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid inzake Voorontwerp Wet Ziekenverzorgsters* (’s-Gravenhage 28 oktober 1960) 14-15.

[13] Kamerstukken Tweede Kamer 1961-1962, kamerstuknummer 6819, ondernummer 2, Koninklijke Boodschap. Ibidem, ondernummer 3, Memorie van Toelichting.

zijn zin. Door ingediende amendementen kwam de aparte registratie te vervallen. Er kwam net als bij verpleegkundigen een centraal register om persoon, diploma en insigne te koppelen.[14]

In 1963 was de Wet op de ziekenverzorgers en ziekenverzorgsters een feit en op 15 juli 1965 trad die in werking (zie bijlage 25).[15] In tegenstelling tot de opleiding tot A- en B-verplegende, was de opleiding tot ziekenverzorgende niet veldgebonden. De ZV-opleiding kon dus worden aangeboden in instellingen van alle velden. De aspirant-leerling kon als 17 jarige de ZV-opleiding aanvangen. Zij moest wel minimaal drie jaar voortgezet algemeen onderwijs hebben genoten.[16] Opmerkelijk is dat de ZV-opleiding hier voor op de A- en B-opleiding liep, want voor de aspirant-verplegende was er tot respectievelijk 1967 en 1970 wettelijk nog geen vooropleidingseis. In theorie kon daardoor de ziekenverzorgende zelfs breder ontwikkeld zijn dan een verpleegkundige. De wet was net als de wet op de ziekenverpleging geen zogenoemde beroepsbeschermingswet, maar een titelbeschermingswet. Ieder mocht dus verplegen, maar niet de titel ziekenverzorg(st)er dragen als zij/hij niet dat diploma had. De ZV-opleiding duurde twee jaar met daarbinnen een preklinische periode van minimaal zes weken en maximaal drie maanden.[17] Het is aannemelijk dat instellingen voor invulling van de lesuren het *Rapport Ziekenverzorgster* van de Voorlopige Verplegingsraad gebruikten (zie bijlage 24). Met 383-400 lesuren uur was het aantal de helft minder dan de A-opleiding vanaf 1967 (zie hoofdstuk 1). De ZV-opleiding besteedde meer dan een derde aan algemene en sociale vorming. De wetgever wilde er kennelijk alles aan doen om uitval te voorkomen vanwege slechte ervaringen in de A-opleiding.

Ten tijde van het tot stand komen van de wet bestonden er al opleidingen tot ziekenverzorgende in 64 verpleeginrichtingen, zeven sanatoria en specifieke klinieken (met name voor revalidatie), twee psychiatrische inrichtingen, vijf algemene ziekenhuizen.[18] De reeds voor-wettelijk 1691 gediplomeerde ziekenverzorgenden bij de eerder genoemde Federatie van Verpleeginrichtingen voor Langdurig Zieken konden hun diploma na de inwerkingtreding van de wet wettelijk laten erkennen. Ook de sinds 1961 onder auspiciën van de Katholieke Vereniging voor Verpleegtehuizen 1499 gediplomeerden konden dat doen. Deze instellingen hadden inmiddels een uniforme opleiding. De examens waren toen al landelijk geregeld en de instellingen namen examens landelijk af op dezelfde dag vanuit verzegelde enveloppen (voor meer cijfers tussen 1965 en 1977, zie bijlage 51).[19] Door middel van een Beschikking in 1965, kregen naast de opleidingen van de genoemde twee instellingen, ook negen andere bestaande opleidingen van ziekenhuizen, federaties,

---

[14] Kamerstukken Tweede Kamer 1962-196,3 kamerstuknummer 6819, ondernummer 5, Memorie van Antwoord, (ingediend op 9 maart 1963). Ibidem, ondernummer 4, Voorlopig Verslag. Handelingen Tweede Kamer 1962-1963, 26 maart 1963, 3871-3880. Handelingen Tweede Kamer 1962-1963, 2 april 1963, 3911-3914.

[15] Vergragt en De Vries, *Ziekenverpleging* (1968) 120-123 en 136.

[16] Ontheffing was mogelijk als men niet letterlijk voldeed aan de vooropleidingseis. Zuster Bakker, hoofd van de opleiding van de Gemeentelijke Dienst voor Bejaardenverzorging 'Flevohuis' te Amsterdam, heeft dat bewezen door voor mij ontheffing te vragen. Zuster Bakker was een goed mens voor mij.

[17] De ZV-opleiding omvatte 383-400 theorie-uren van 50 minuten, verdeeld in: 125 uur Zorg voor de zieke mens; 111 uur Kennis van de zieke mens en 147 uur Algemene en sociale vorming (Zie bijlage 26) Vergragt en De Vries, *Ziekenverpleging* (1968) 124-129.

[18] Raad voor de Volksgezondheid, *Advies inzake taak, verantwoordelijkheid en aansprakelijkheid van de ziekenverzorg(st)er*, 9.

[19] W. Deurman, 'De plaats van de ziekenverzorgster in het verpleeghuis en in het ziekenhuis', *Tijdschrift voor Bejaarden- Kraam- en Ziekenverzorging* 3 (1970) 225-230, aldaar 226. Cijfers in bijlage 51 zijn gebaseerd op het rapport van de Raad voor de Volksgezondheid, *Advies inzake taak, verantwoordelijkheid en aansprakelijkheid van de ziekenverzorg(st)er*, 11 en 14.

stichtingen of andersoortige diensten wettelijke erkenning.[20] Hiermee is opnieuw duidelijk dat de ZV-opleiding meerdere oorsprongen had.

Spanningen tussen ziekenverzorgenden en verpleegkundigen

Het psychiatrisch centrum Zon en Schild te Amersfoort had het goed geregeld met zijn ziekenverzorgenden. De in hoofdstuk 2 uitgebreid besproken geneesheer-directeur D. Jacobs zag kort na de inwerkingtreding van de Wet op de ziekenverzorgers en ziekenverzorgsters, redenen genoeg om een ZV-opleiding te starten. Juist ziekenverzorgenden waren, volgens Jacobs, gespecialiseerd in het verzorgen van chronisch zieke patiënten en Zon en Schild had veel langdurig verpleegden. Jacobs meende dat door het verzwaren van de vooropleidingseisen voor de B-opleiding (vanaf 1970) er een tekort zou ontstaan aan leerlingen voor de B-opleiding. Om dat op te vangen was het hebben van een eigen ZV-opleiding een uitkomst, omdat voor die opleiding een lagere vooropleidingseis gold. Bovendien was het voor sommige jonge vrouwen en mannen aantrekkelijker om in een kortere tijd een diploma te halen. Ziekenverzorgenden waren, volgens Jacobs, vaak praktischer aangelegd en konden daardoor een plaats vinden in de activerende therapie met een eigen inbreng in het behandelingsklimaat van de psychiatrie.[21]

Zon en Schild had, later samen met het Christelijk Sanatorium te Zeist, Veldwijk te Ermelo en Wolfheze te Wolfheze, een op de psychiatrie aangepast lesprogramma. In de theorie kwam ruimte voor lesuren gericht op onder meer psychiatrische verpleegkunde en psychische stoornissen. Omdat leerlingen in de praktijk mogelijk te weinig somatiek zouden tegenkomen, moesten zij zoveel mogelijk rouleren opdat zij op afdelingen kwamen waar lichamelijk langdurig zieken verbleven. De samenwerkende instellingen hadden een preklinische periode van tien weken waarin veel aandacht was voor de nieuwe werksituatie. Opmerkelijk is dat de (leerling-)ziekenverzorgenden in deze instellingen zoveel mogelijk een omschreven verantwoordelijkheid en een afgebakende taakomschrijving hadden.[22] Dat betekende dat ziekenverzorgenden van meet af aan wisten waar zij aan toe waren bij Zon en Schild. Dat was bijzonder want de bevoegdheid van ziekenverzorgenden was niet wettelijk geregeld. De opleiding voorzag in een praktijk- en rapportenboekje en dat ging uit van eenvoudige vaardigheden op het gebied van somatische patiëntenzorg en slechts drie vaardigheden op het gebied van psychische stoornissen: dementie, depressie en paranoïde. Dat boekje was geen basis voor vermeende bevoegdheden, maar had de functie van controle op de voortgang van de leerling tijdens de praktijkopleiding.[23]

De ziekenverzorgenden in Zon en Schild kenden hun taken. In 1979 maakte de ziekenverzorgster Henny Pals dat nog eens duidelijk. Zij noemde de volgende hoofdtaken van een ziekenverzorgende op een langdurig verblijfsafdeling: training en begeleiding in de functies van algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL), observatie, activering, creëren van een huiselijke sfeer en het vernieuwen en onderhouden van contacten met familie. Pals liet weten dat een ziekenverzorgende wel extra getraind moest worden wanneer zij niet in een psychiatrische instelling was opgeleid. Zij moest van een doe-mens een kijk-mens worden en mogelijk sociale vaardigheden aanleren om goed te kunnen functioneren in de zojuist

[20] Vergragt en De Vries, *Ziekenverpleging* (1968) 138-140. ‘Legalisatie diploma ziekenverzorgster’, *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 18 (1965) 827-828.
[21] D. Jacobs, ‘De ziekenverzorgenden in het psychiatrisch centrum’, *Tijdschrift voor Bejaarden- Kraam- en Ziekenverzorging* 3 (1970) 231-235, aldaar 231.
[22] Ibidem, 233.
[23] *Praktijk- en Rapportenboekje betreffende Diploma Ziekenverzorging* (1972-1974). ‘Taak van de ziekenverzorgenden’, *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 29 (1976) 361.

genoemde taken. Omdat de ziekenverzorgende directe begeleider was van een patiënt, werd ook van haar gevraagd zich 'frank en vrij op te kunnen stellen in de relatie met de medikus', maar ook bijvoorbeeld met huishoudelijke dienstverleners. Pals suggereerde dat het merendeel van de (leerling-)B-verpleegkundigen wel tevreden was met de nieuwe taakverdeling. B-verplegenden waren zelf niet zo gemotiveerd om op een afdeling langdurig verblijfspatiënten te werken. Pals stelde dat dit kwam doordat de B-opleiding het therapeutisch bezig-zijn verengde, 'waardoor de zorg en aandacht voor de langdurige verblijfspatiënt buiten het aandachtsveld van de verpleegkundige' kwam te liggen.[24]

Zon en Schild lijkt een uitzondering, want meerdere bronnen wijzen er op dat de verhouding tussen ziekenverzorgenden en verpleegkundigen vaak wel degelijk zeer gespannen was. In 1969 constateerde zelfs een arts dat sommige verplegenden een discriminerende houding hadden ten opzichte van verzorgenden. Het was voor ziekenverzorgenden een gevoelig punt dat zij assistenten waren van verpleegkundigen. Zij voelden zich minderwaardig, vooral in de hiërarchische ziekenhuizen. Dat kwam mede doordat de nieuwe opleiding geen duidelijke, expliciete doelstelling had en er geen formeel beroepsprofiel was opgesteld. Zolang die er niet waren, moesten de afzonderlijke instellingen elk voor zichzelf duidelijke taakomschrijvingen formuleren, maar die ontbraken veelal. M. Bokslag, directrice van een bejaardenhuis in Zaandam, schreef in het gloednieuwe *Tijdschrift voor Bejaarden- Kraam- en Ziekenverzorging* in 1969 dan ook dat daar waar het fout ging, het de leiding was die in gebreke was gebleven. De bevoegdheden en verantwoordelijkheden moesten duidelijk worden gesteld.[25]

Naar aanleiding van de toenemende onvrede over de onduidelijke en in de praktijk vaak ondergeschikte status van de ziekenverzorgenden, kwam er op initiatief van de Nederlandse Christelijke Vereniging van Verpleegkundigen en Verzorgenden in mei 1970 een driedaagse cursus te Renkum met als onderwerp 'De status van de verzorgenden'. De volgende vragen stonden daar centraal: 'Hoe denken we er zelf over? Hoe denken we dat anderen er over denken? En … wat doen we met al die bovenstaande gedachten?'[26] Tijdens die cursus in Renkum kwam naar voren dat de cursisten voordat zij aan de ZV-opleiding begonnen, eigenlijk geen duidelijk beeld hadden van de ZV-opleiding. Veel ziekenverzorgenden waren teleurgesteld. Zij ontdekten dat de verschillen van opleidingen per instelling groot waren. De wens kwam naar voren om tijdens de opleiding ook in andere huizen te werken zodat de eenzijdigheid doorbroken kon worden. Er bleek behoefte aan bijscholing gericht op ziekenverzorgenden. Instellingen organiseerden wel cursussen, maar deze waren voor verpleegkundigen en nodigden daarvoor zelden ziekenverzorgenden uit. Zij kregen daardoor het gevoel vergeten te worden.[27]

Niet-ziekenverzorgenden voelden goed aan hoe ziekenverzorgenden hun ondergeschikte rol ervoeren. In het *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* stelde zuster A. Mackaay, hoofd opleiding ziekenverzorging van de Johanna Stichting te Arnhem, dat het niet zo mocht zijn dat ziekenverzorgenden gaten moesten opvullen wanneer er openingen waren gevallen doordat leerling-verpleegkundigen op cursus waren en dat zij daarna het veld weer moesten ruimen als de leerling-verpleegkundigen weer terug waren op de afdeling. Mackaay meende dat het idee leefde dat de ZV-opleiding inferieur was aan de A-opleiding. Het verschil

---

[24] Henny Pals, 'De ziekenverzorgende binnen en psychiatrisch centrum', *Tijdschrift voor Bejaarden- Kraam- en Ziekenverzorging* 5 (1979) 174-176, aldaar 176.

[25] J.A. de Fockert [internist], 'Het zicht van een arts op de beroepsdeskundigheid van de verplegende en de verzorgende', *Tijdschrift voor Bejaarden- Kraam- en Ziekenverzorging* 2 (1969) 28-34. M. Bokslag, 'De beroepsdeskundigheid van de verzorgenden', *Tijdschrift voor Bejaarden- Kraam- en Ziekenverzorging* 2 (1969) 35-37, aldaar 36.

[26] 'Verslag van de cursusdagen voor verzorgenden in het vormingscentrum De Keyenberg te Renkum', *Tijdschrift voor Bejaarden- Kraam- en Ziekenverzorging* 3 (1970) 217-218, aldaar 217.

[27] 'Verslag van de cursusdagen voor verzorgenden in het vormingscentrum De Keyenberg te Renkum', 217-218.

van de twee beroepen moest worden gezocht in het contact met de patiënt. In tegenstelling tot de verpleegkundige hield de ziekenverzorgende zich meer bezig met *bed-side-nursing*. Daar zou de plaats en taak van de ziekenverzorgende moeten zijn.[28] Mackaay probeerde een begin te maken met een taakomschrijving, zonder echter werkelijk concreet te worden in bijvoorbeeld het toekennen van taken en verantwoordelijkheden. Zij stelde dat de werkzaamheden van de verpleegkundige en ziekenverzorgende niet in elkaars verlengde mochten liggen, maar naast elkaar. Het probleem was eerder – en daar leek Mackaay zich toch niet voldoende van bewust te zijn – dat de werkzaamheden van verpleegkundigen en ziekenverzorgenden in elkaars vaarwater lagen. In de werkzaamheden waren overlappingen en vage grensgebieden.

De leerling-ziekenverzorgenden kregen in nieuwe lesboeken een hart onder de riem gestoken. De auteur M. Bouwhuizen[29] van het lesboek *Verpleegkunde ZV* in de serie *In goede handen*, was goed op de hoogte van wat zich in de praktijk afspeelde. Zij zinspeelde impliciet op de minderwaardigheidsgevoelens van ziekenverzorgenden. Het ging er bij haar niet om

> *wat* men is of doet, maar *hoe* men zijn taak uitvoert. Technische handelingen als b.v. het wisselen van infuuskolven, het toedienen van injecties e.d., lijken dikwijls belangrijker dan de patiënt een goede gemakkelijke houding te helpen geven. Toch is dit laatste een kunst en minstens even belangrijk in het bijstaan van de patiënt.[30]

Ziekenverzorging was in haar optiek een beroep met de nadruk op het woord *zorg*.[31]

Het was duidelijk dat de ziekenverzorging/ziekenverzorgende in een identiteitscrisis verkeerde, ondanks de opbeurende woorden als die van Mackaay en Bouwhuizen. Al na elf jaar na de start van de ZV-opleiding werd in het *Tijdschrift voor* Ziekenverzorging in 1976 hardop gediscussieerd of de ZV-opleiding eigenlijk wel bestaansrecht had. Doordat ziekenverzorgenden taken overnamen van verpleegkundigen en zelfs vervolgopleidingen voor verpleegkundigen deden, ontstonden in de ziekenhuizen scheve verhoudingen, conflicten en misverstanden. De ZV-opleiding ging in de ziekenhuizen steeds meer lijken op opleidingen tot pseudo-verpleegkundigen, zonder de theoretische ondersteuning. Schrijvers van ingezonden brieven in het *Tijdschrift voor Ziekenverpleging*, in 1976, vonden dat de ziekenverzorging zou moeten evolueren tot verpleeghuisverpleegkunde om in het verpleeghuis de moeilijke taak met veel verantwoordelijkheid en vereiste deskundigheid op zich te nemen. De theoretische opleiding zou zich moeten richten op de verzorging van langdurig somatisch en psychisch zieken met vakken als psychologie, agogiek, sociologie, gesprekstechniek, bezigheidstherapie, psychogeriatrie.[32]

De ziekenverzorgende was dus, in tegenstelling tot de A-, B- en Z-verpleegkundige, niet veldspecifiek. De wet bood enige uniformiteit wat betreft de theorie en het praktijk- en rapportenboekje, maar dat wilde niet zeggen dat daar daadwerkelijk in de praktijk aan werd gehouden of dat uniformiteit in de praktijk haalbaar was. De verpleegtechniek op een

---

[28] A. Mackaay, 'De status van de Ziekenverzorgenden', 11.

[29] M. Bouwhuizen was docente en later hoofd opleidingen tot ziekenverzorgende van het opleidingscentrum Ziekenhuis Leyenburg te Den Haag.

[30] M. Bouwhuizen, *Verpleegkunde*, Serie: *In goede handen* (1e druk, 1972; 2e druk; Leiden 1974) 9. M. Bouwhuizen, *Verpleegkunde ZV*. Deel 1. Serie: *In goede handen* (1e druk 1979; 4e oplage; Leiden 1985) 16.

[31] Ibidem.

[32] P.A.A.M. van de Leijgraaf, 'Moet de opleiding tot ziekenverzorgende plaats maken voor een andere?', *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 29 (1976) 249-252. M.C.H.W., 'Moet de opleiding tot ziekenverzorgende plaats maken voor een andere?', *Tijdschrift voor* Ziekenverpleging 29 (1976) 435-436. C.J.M. Raats, 'In gesprek over … Welke waarden en inhoud moeten we toekennen aan het beroep van Ziekenverzorgster?', *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 29 (1976) 479.

psychogeriatrische afdeling was immers een andere dan die op een afdeling plastische chirurgie. Een (leerling-)ziekenverzorgende kon gemakkelijk 'het kunstje leren', maar de vraag was of zij dan voldoende achtergrondkennis had. De Geneeskundig Hoofdinspecteur van de Volksgezondheid D. Drion, vond dan ook dat verpleegtechnische bijscholing er niet toe mocht leiden dat ziekenverzorgenden mochten worden ingezet voor verpleegtechnische taken. Hij vond dat de taak van ziekenverzorgenden moest worden beschermd door de nodige voorwaarden en garanties. Voorkomen moest worden dat zij te zware verantwoordelijkheden kregen, die niet in overeenstemming waren met hun theoretische opleiding.[33] De Centrale Raad voor de Volksgezondheid werkte daarom hard aan het omschrijven van de taak, verantwoordelijkheid en aansprakelijkheid van de ziekenverzorgster. Maar eerst was er nog een ander probleem. Het Ministerie van Onderwijs en Wetenschappen wilde in verband met de leerplichtwet precies weten wat de inhoud was van de ZV-opleiding.

Twee zoektochten in opdracht van het Ministerie van Volksgezondheid (1974-1979)

Dat de ziekenverzorgende in het grensgebied van de verpleegkundige werkte en dat dit in de praktijk tot onwenselijke spanningen en soms zelfs tot juridische discussies leidde, is inmiddels duidelijk. De overheid ging dan ook naarstig op zoek naar het omschrijven van de taak, verantwoordelijkheid en aansprakelijkheid van de ziekenverzorgende. In 1979 zou dit uiteindelijk resulteren in een lijvig rapport, waarin de verhoudingen. tussen de ziekenverzorgende en verpleegkundige nader werden gedefinieerd. Voor het zover was, werden de discussies over de ZV-opleiding begin jaren zeventig eerst nog verder gecompliceerd door het nodige bureaucratisch getouwtrek tussen twee ministeries in verband met de ophanden zijnde verlenging van de leerplichtige leeftijd. De ZV-opleiding moest als het ware doorgelicht worden om te zien of deze wel voldeed aan de eisen van de partiële leerplicht binnen de leerplichtwet van het Ministerie van Onderwijs en Wetenschappen.[34] Het Ministerie van Onderwijs wees erop dat in de opleiding tot ziekenverzorgende grote aandacht diende te worden besteed 'aan de algemene en persoonlijke vorming van de leerling om voor erkenning in het kader van de wet op de leerplicht in aanmerking te komen'.[35]

Dat de ZV-opleiding in de ogen van het Ministerie van Onderwijs niet zou voldoen aan de leerplichtwet is op z'n zachtst gezegd merkwaardig te noemen, want de ZV-opleiding had in het curriculum al meer dan een derde aan lesuren ingericht voor algemene en sociale vorming, namelijk 147 uur (zie bijlage 26). Bovendien was de praktijksituatie één en al 'maatschappij-component' die in het 'school-component' een uitwerking kreeg en vice versa. Alsof ziekte en dood van een verpleegde niet vormend zouden zijn voor een ziekenverzorgende. Toch vroeg het Ministerie van Onderwijs aan het Ministerie van Volksgezondheid schriftelijk aan te geven wat de opleiding inhield. In verband daarmee 'en met het feit dat op bepaalde punten uitbreiding van de vakken noodzakelijk was', besloot de

---

[33] 'Taak van de ziekenverzorgenden', 361.

[34] 'In 1969 werd de leerplichtperiode verlengd naar 9 jaar (…) In 1975 werd de leerplichtperiode nog eens verlengd, naar 10 jaar en werd toegevoegd dat een kind na 10 jaar nog gedeeltelijk leerplichtig (2 dagen per week) is tot en met het schooljaar waarin het kind 17 is geworden'. Esdor van Elten, 'Van kinderarbeid via leerplicht naar recht op onderwijs', 15 juni 2011, website IsGeschiedenis. Dagelijkse historische achtergronden bij het nieuws. http://www.isgeschiedenis.nl/nieuws/van_kinderarbeid_via_leerplicht_naar_recht_op_onderwijs/ (13 november 2013). Dat betekende voor de ziekenverzorgende dat zij in het jaar dat zij 17 jaar werd en de opleiding tot ziekenverzorgende mocht aanvangen nog leerplichtig was.

[35] Commissie Aanpassing Opleiding voor het diploma Ziekenverzorging aan de verplichtingen voortvloeiende uit de verlenging van de leerplichtige leeftijd, *Interimrapport aanpassing opleiding voor het diploma ziekenverzorging uitgebracht aan de Staatssecretaris van Volksgezondheid en Milieuhygiëne* (Leidschendam 1974) 3.

minister van Volksgezondheid in 1972 de Commissie Aanpassing Opleiding aan het werk te zetten die in 1974 met een interim-rapport kwam. Om aan de wensen van Onderwijs te voldoen, pleitte de Commissie Aanpassing ervoor om het aantal lesuren flink uit te breiden. De introductieperiode van drie maanden moest worden verplicht in plaats van de keuze te laten tussen zes weken en drie maanden, zoals de wet beschreef. Het voorstel was om het aantal uren van 383-400 bijna te verdubbelen tot 728 uur.[36] Het ziet er naar uit dat de Commissie Aanpassing naar de mond van het Ministerie van Onderwijs praatte, want de voorstellen zagen er wel heel rooskleurig en voorlopig onhaalbaar uit. Uitgaande van de 728 uur, schoolvakanties niet meegerekend, kwam het aantal uit op één lesdag per week. Het aantal lesuren kwam dichtbij de 800 uur van de A-opleiding (zie bijlage 5). Het was daarom alleen al niet geloofwaardig voor een opleiding tot 'assistente' van een verpleegkundige. Meer dan de helft van de lesuren zou moeten worden besteed aan persoonlijke, algemene en sociale vorming.

Tegemoetkomend aan de vele discussies – zowel op de werkvloer als in bestuurlijke kringen – probeerde de Commissie Aanpassing de taken van ziekenverzorgenden explicieter te formuleren dan de wetgever in 1963/1965 had gedaan. De ZV-opleiding had volgens de Commissie Aanpassing tot doel ziekenverzorgenden te vormen die in staat zijn de

> zieke en gehandicapte mens die lichamelijke zorg en geestelijke begeleiding te geven, die hij in bepaalde situaties nodig heeft. Hierbij wordt het bevorderen dat de patiënt zo spoedig mogelijk onafhankelijk kan zijn, benadrukt. Indien genezing niet mogelijk is, te trachten het leven voor de patiënt nog zo zinvol te doen zijn, waarbij hij geholpen moet worden, het leven op zo waardig mogelijke wijze te beëindigen.[37]

Het valt op dat de Commissie Aanpassing zich met deze definitie onmiskenbaar had laten inspireren door de internationaal invloedrijke visie van Virginia Henderson. Het opmerkelijke is dat met deze definitie de ziekenverzorgende geen assisterende rol kreeg toebedeeld. Zij kreeg, net als de verpleegkundige, een zelfstandige positie. Het is belangwekkend om vast te stellen dat in een discussie die niet direct over de verpleegkunde/ziekenverzorging ging, maar over de verlenging van de leerplicht, Henderson ook hier toegeëigend werd. In de leerstofomschrijving voor de A-verpleegkunde van 1973 was zij al geïntroduceerd (zie hoofdstuk 1). Om het doel van de ZV-opleiding, zoals die door de Commissie Aanpassing was gesteld, te bereiken was 'het nodig, de leerling (van 17 jaar en ouder) een beroepsopleiding te geven, die zowel gericht is op de persoonlijke, als op algemene en maatschappelijke vorming van de leerling'.[38] Die woorden zouden het Ministerie van Onderwijs moeten overtuigen. De vorming van de leerling stond immers centraal in de partiële leerplichtregeling.

De pogingen van de Commissie Aanpassing om de ZV-opleiding een steviger basis te geven, om te laten voldoen aan de partiële leerplicht, hadden op korte termijn niet het gewenste effect. Het Ministerie van Onderwijs vond het kennelijk toch onhaalbaar, niet goed genoeg of te lang duren, want de ZV-opleiding kreeg als bedrijfscursus in het kader van de partiële leerplicht slechts erkenning tot 1 augustus 1976.[39] Dat betekende dat zeventienjarigen

---

[36] De onderverdeling was als volgt: De zorg voor de zieke mens 150 uur (was 125 uur), Kennis van de zieke mens 120 uur (was 111 uur), Persoonlijke, algemene en sociale vorming 458 uur (was 147 voor Algemene en sociale vorming. Commissie Aanpassing Opleiding voor het diploma Ziekenverzorging, *Interimrapport aanpassing opleiding voor het diploma ziekenverzorging*, 2-3 en 7-9.
[37] Ibidem, 3.
[38] Ibidem, 4.
[39] Commissie Herziening Opleiding Ziekenverzorgenden, *Rapport van de Commissie Herziening opleiding ziekenverzorgenden* ('s-Gravenhage 1977) 1.

tot hun achttiende verjaardag, naast hun schooldag voor de ZV-opleiding ook nog naar een vormingsinstituut zouden moeten. De Nationale Ziekenhuisraad adviseerde dan ook geen leerlingen meer aan te nemen die 'niet tenminste tien jaar volledig en één jaar partiële leerplicht' hadden doorlopen.[40] Het Ministerie van Onderwijs zal toen de dwaasheid van de eis ingezien hebben, want in juli 1976 kwam alsnog de mededeling dat de inservice-opleidingen als bedrijfscursus werden erkend.[41]

In de zoektocht naar de taakomschrijving en identiteit van de ziekenverzorgende speelde in de jaren zeventig niet de Commissie Aanpassing, maar de Centrale Raad voor de Volksgezondheid een centrale rol. De Centrale Raad kwam in 1979 met een *Advies inzake taak, verantwoordelijkheid en aansprakelijkheid van de ziekenverzorg(st)e*.[42] De Raad stelde dat een duidelijke taakafbakening tussen verpleegkundigen en ziekenverzorgenden niet te maken viel. Toch deed hij een moedige poging om zoveel mogelijk helderheid te scheppen aan de hand van bestaande taakomschrijvingen van afzonderlijke instellingen, gericht op de basiszorg, de directe omgeving van de zorgvrager en de assisterende functie. De Raad nam daarbij van de *Stuurgroep Studietoetsen Ziekenverzorging*, onder leiding van Van den Brink-Tjebbes, ook de taakomschrijving van de ziekenverzorgende over, die in een latere paragraaf nog nader zal worden toegelicht.[43] Het adviesrapport benadrukte wat de ziekenverzorgende in de praktijk niet zozeer moest leren, maar moest doen: het bieden van basisverpleegkundige hulpverlening onder verantwoordelijkheid en supervisie van de verpleegkundige.[44]

De Centrale Raad realiseerde zich wel dat een louter ondersteunende rol niet helemaal meer mogelijk was omdat de ziekenverzorging al te ver was ontwikkeld. De onmogelijkheid een exacte taakafbakening te formuleren tussen verpleegkundigen en ziekenverzorgenden maakte het, aldus de Raad, daarom noodzakelijk om per instelling met een taakomschrijving te werken. Als ziekenverzorgenden al handelingen verrichtten, moesten daarvoor protocollen komen. De Raad wilde dat ziekenverzorgenden alleen die handelingen zouden verrichten aansluitend op de opleidingen en daarom zouden de inmiddels eventuele 'vanzelfsprekende' handelingen in overleg met een departementale commissie, opgenomen moeten worden in de opleiding. Verder adviseerde de Raad dat ziekenverzorgenden beter geen deel zouden moeten nemen aan bijscholingen bedoeld voor verpleegkundigen en dat zij niet met bekwaamheidsverklaringen moesten gaan werken. De Raad vond eveneens dat alleen verpleegkundigen (waarnemend-)hoofd konden zijn van afdelingen in algemene en psychiatrische ziekenhuizen. Een minderheid van de Raad vond dat dit ook moest gelden voor verpleeghuizen. De meerderheid vond dit echter wel aanvaardbaar voor ervaren ziekenverzorgenden, mede gezien de bestaande vervolgopleidingen, zoals de kaderopleiding voor ziekenverzorgenden.[45]

---

[40] 'Partiële leerplicht en inservice-opleiding', *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 29 (1976) 469.
[41] 'Opleidingen als bedrijfscursus', *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 29 (1976) 811.
[42] Raad voor de Volksgezondheid, *Advies inzake taak, verantwoordelijkheid en aansprakelijkheid van de ziekenverzorg(st)er*. Korte samenvattingen zijn te vinden in het *Tijdschrift voor Bejaarden- Kraam- en Ziekenverzorging* 13 (1980) 76-77 en *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 33 (1980) 120-121.
[43] Raad voor de Volksgezondheid, *Advies inzake taak, verantwoordelijkheid en aansprakelijkheid van de ziekenverzorg(st)er*, 16, 20 en bijlage 5.
[44] De Centrale Raad voor de Volksgezondheid verstond in 1979 onder basisverpleegkundige hulp: 'hulp (…) die gericht is op het ondersteunen, aanvullen en vervangen van de zelfzorg t.a.v. de Activiteiten van het Dagelijks Leven (ADL). In de internationale literatuur wordt basisverpleegkundige hulp veelal aangeduid als 'Basic nursing care''. Ibidem, 20.
[45] Ibidem, 59-62. In 1971 spoorde de Nationale Ziekenhuisraad, sectie Verpleeghuizen de Federatie van Verpleeginrichtingen en de Katholieke Vereniging van Verpleeghuizen aan, na te gaan of er mogelijkheden aanwezig waren om te komen tot een coördinatie van de door deze twee instituten georganiseerde Voortgezette Opleiding voor Ziekenverzorgenden. In januari 1973 werd de Stichting Voortgezette Opleiding voor Ziekenverzorgenden (SVOZ) opgericht, met als doel 'het organiseren en doen uitvoeren van cursussen voor ziekenverzorgenden die in het bezit zijn van het wettelijk erkende diploma ziekenverzorging'. De SVOZ had bij

De adviezen van de Centrale Raad hadden grote gevolgen, want ze werden overgenomen door de Geneeskundig Hoofdinspecteur van de Volksgezondheid, W.J.Chr. van Gestel. Hij schreef in 1982 een brief aan de directies van ziekenhuizen en opleidingen, waarin hij de opvattingen en adviezen van de Centrale Raad benadrukte. Ziekenverzorgenden dienden alleen werkzaamheden te verrichten die basisverpleegkundig van aard waren. Zij hoorden niet thuis op specialistische afdelingen van een ziekenhuis en zij dienden geen vervolgopleidingen te volgen die bedoeld waren voor verpleegkundigen en die dus niet aansloten op de ZV-opleiding. Ziekenhuizen zouden ziekenverzorgenden evenmin leidinggevende werkzaamheden mogen laten verrichten in bijvoorbeeld avond- en nachtdiensten.[46]

Ziekenverzorgenden terug naar de basiszorg

De Raad raakte met zijn advies gevoelige snaren bij ervaren ziekenverzorgenden. Een ziekenverzorgende die jaren als leidinggevende werkte, ervoer zelfs dat de volgende zinnen uit het rapport een erge beschuldiging waren aan het adres van ziekenverzorg(st)ers:

> In de meest acute fase van ziek zijn van de patiënten zal de ziekenverzorg(st)er er *niet* of *nauwelijks* zelfstandig een taak kunnen verrichten. Naarmate de toestand van de patiënten stabieler is, zal zij in toenemende mate zelfstandiger kunnen functioneren.[47]

Ook ziekenverzorgenden met een in de branche erkende applicatiecursus tot wijkziekenverzorgende herkenden zich niet in het rapport.[48] Een ziekenverzorgende die met veel ervaring op een afdeling werkte, kon opeens geen nachtdienst meer draaien. Zij moest vervangen worden door een ingehuurde verpleegkundige die de patiënten niet kende. ‘Dat ‘schuiven’ met de taken en bevoegdheden net zoals het uitkomt, [leidde] tot irritatie en spanningen bij ziekenverzorgenden’, aldus J.A. Knobbout, wetenschappelijk medewerker bij de Studierichting Algemene Gezondheidszorg aan de Erasmus Universiteit te Rotterdam.[49] Knobbout verwoordde een algemene tendens, om de ziekenverzorgende en de ZV-opleiding uit de algemene en de psychiatrische ziekenhuizen te laten verdwijnen. Volgens de auteur hadden ziekenverzorgenden een eigen plaats en taak in de verpleeghuizen. Er zou dan recht worden gedaan ‘aan de ontstaansgeschiedenis van het beroep’.[50] Knobbout leek de geschiedenis van het ontstaan van de ziekenverzorgenden niet helemaal te kennen, want juist in de ziekenhuizen waren de ZV-opleidingen gestart ten behoeve van de A-verpleegkund(ig)e.

Knobbout verwoordde goed dat de ziekenverzorgenden beter tot haar recht kwamen in de verpleeghuizen. De ziekenverzorgenden waren immers de specialisten of ‘eigenlijk onze

---

aanvang de eenjarige Voortgezette Opleiding en de tweejarige Kaderopleiding, aldus: *Tijdschrift voor Bejaarden- Kraam- en Ziekenverzorging* 14 (1981) 83-84. De SVOZ bestaat nog steeds en verzorgt als MBO-College en Zorg-Akademie erkende opleidingen tot verzorgende en verpleegkundige en vervolgopleidingen op MBO-niveau. Website SVOZ. www.svoz.nl (27 december 2014).

[46] W.J.Chr. van Gestel, ‘Inzetbaarheid van de ziekenverzorg(st)er in het ziekenhuis’, *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 35 (1982) 835.

[47] B. Teurlings, ‘Lezers aan het woord: De ziekenverzorg(st)er’, *Tijdschrift voor Bejaarden- Kraam- en Ziekenverzorging* 13 (1980) 272. Te vinden in: Raad voor de Volksgezondheid, *Advies inzake taak, verantwoordelijkheid en aansprakelijkheid van de ziekenverzorg(st)er*, 60.

[48] W. Dingelstad en R. Idema, ‘Lezers aan het woord’, *Tijdschrift voor Bejaarden- Kraam- en Ziekenverzorging* 13 (1980) 385.

[49] J.A. Knobbout, ‘Een pleidooi voor professionele autonomie van de ziekenverzorgende’, 67.

[50] Ibidem, 67 en 69.

geriatrisch geschoolde verpleegkundigen', zoals Van der Kooij dat zo bemoedigend formuleerde.[51] Ziekenverzorgenden wilden dan ook liever een eigen docentenopleiding kunnen volgen zodat zij hun eigen mensen konden opleiden, zoals verpleegkundigen dat ook deden: 'Een ziekenverzorgende is geen handlanger van de verpleegkundige, maar de ziekenverzorgende heeft een geheel eigen identiteit, binnen de gezondheidszorg', aldus een ziekenverzorgende in 1982 die net geslaagd was voor haar voortgezette opleiding. Maar hoewel ziekenverzorgenden zich een eigen plaats hadden veroverd, ervoeren zij blokkades in verticale en horizontale beroepsmobiliteit. Opleidingsmogelijkheden binnen de eigen discipline waren beperkt. Er ging zelfs een stem op dat de ZV van ziekenverzorging eerder stond voor Zonder Vooruitzichten.[52] De verpleegkundige was in tegenstelling tot de ziekenverzorgende zowel horizontaal als verticaal veel mobieler. Frustratie bleef aanwezig.

De verplegingswetenschapper Theo Dassen stelde in 1983 dat de verpleegkundige een sta-in-de-weg was voor de ziekenverzorgende, maar ook dat de ziekenverzorgende een blok-aan-het-been was voor de verpleegkundige. Dassen kwam met de volgende slotconclusie:

> *De huidige positie* [1983] *van de ziekenverzorgende werkt zowel remmend op de ontplooiing van de ziekenverzorgende als persoon, als op de totale ontwikkeling van het verplegend beroep*. Vanuit dit gezichtspunt zou ik willen stellen dat het *met* beleid afbouwen van de opleiding ziekenverzorging een positieve bijdrage kan leveren aan de ontwikkeling van het gehele verplegend beroep.[53]

Dat was een forse stellingname en het is daarom begrijpelijk dat er ziekenverzorgenden waren die deze woorden als een klap in het gezicht ervoeren. Het *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* richtte twee pagina's in voor ingezonden stukken met reacties op Dassen.[54]

De ziekenverzorgende had het zeker in de algemene ziekenhuizen moeilijk. In het eerste hoofdstuk is duidelijk geworden dat het ziekenhuis in de onderzoeksperiode van deze studie een kastemaatschappij was. Het zou volgens de socioloog C.J. Lammers minder problemen geven en voor iedereen duidelijk zijn als, overdreven gezegd, iedereen in zijn kaste bleef. Het ziekenhuis verkeerde echter in een dynamische tijd en daardoor ontstonden grensgebieden tussen de beroepen.[55] Andrew Abbott schreef al dat professies niet afzonderlijk bestudeerd konden worden binnen een systeem van beroepen dat interactief was en complexe verbindingen had (zie hoofdstuk 1).[56] Met de komst van de ziekenverzorgende in het ziekenhuis kwam er een laag bij in het kastesysteem. De ziekenverzorgende functioneerde onder de verpleegkundige. Werkte de verpleegkundige in het grensgebied van de arts en de verpleegkundige; de ziekenverzorgende werkte een trapje lager in het grensgebied van de verpleegkundige en de ziekenverzorgende.

Ziekenverzorgenden waren niet meer op hun plaats in de ziekenhuizen. Het aantal opleidingen in de algemene ziekenhuizen daalde gestaag. Waren er op een hoogtepunt in 1972

---

[51] C. van der Kooij, 'Deskundige of dommekracht', *Tijdschrift voor Verzorgenden* 1 (1988) 7-11, aldaar 11.
[52] J.H. Rietema, 'Uit een toespraak voor geslaagden', *Tijdschrift voor Bejaarden-, Kraam- en Ziekenverzorging* 15 (1982) 324.
[53] Theo Dassen, 'De ziekenverzorgende – het sloofje van de verpleegkundige', *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 36 (1983) 362-367, aldaar 367.
[54] 'In gesprek over het artikel van Theo Dassen, "De ziekenverzorgende – het sloofje van de verpleegkundige"', *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 36 (1983) 576-577.
[55] Volgens de socioloog C.J. Lammers bestond het wezen van een kastemaatschappij onder meer uit een rigide hiërarchische ordening van sociale groeperingen, scherp afgebakende arbeidsverdeling, geen mobiliteit van personen. C.J. Lammers, 'Het ziekenhuis als kastemaatschappij', in*: E.Th. Cassee en C.J. Lammers, Mensen in het ziekenhuis. Nieuwe vormen van leidinggeven en kommunikatie* (Leiden en Groningen 1971) 154-174, aldaar 154, 160, 161 en 163.
[56] Stevens en Philipsen, 'Professionalisering van beroepen in de gezondheidszorg', 89.

nog 74 opleidingen met 1340 leerling-ziekenverzorgenden, in 1977 was het aantal opleidingen met een kleine twee derde gedaald naar 26 met 549 leerling-ziekenverzorgenden. Het aantal ziekenverzorgenden groeide wel explosief. In 1970 waren er een kleine 10.000 geregistreerde ziekenverzorgenden. In 1980 kreeg de 50.000ste ziekenverzorgster haar diploma (zie bijlage 51).[57] In de jaren tachtig gingen ziekenverzorgenden en verpleegkundigen dan ook verder uit elkaar groeien. Het ging zelfs zo ver dat er omgekeerde omstandigheden ontstonden. Waar ziekenverzorgenden meesters waren in het benaderen van verpleeghuisbewoners, kregen verpleegkundigen in verpleeghuizen daarvoor bijscholingscursussen.[58] Situaties deden zich veelvuldig voor dat ziekenverzorgenden (waarnemend-)hoofd van een afdeling in een verpleeghuis waren en dat verpleegkundigen organisatorisch onder hen vielen. Hoofd-ziekenverzorgenden deden een beroep op verpleegkundigen in gevallen van verpleegtechnische vaardigheden. Niveauverschillen kregen hierdoor een andere dimensie.[59]

De invloed van de ziekenverzorging op de verpleegkunde

Opmerkelijk is dat een opleiding tot assistente van een verpleegkundige het niveau van de hele verpleegkunde zou verheffen. Dat was het werk van de kraam- en wijkverpleegkundige en andragoge mevrouw J.A. van den Brink-Tjebbes.[60] Bij haar speelde niveauverschil in de verpleegkunde geen rol. Haar gedachte hierachter was dat verzorgen en verplegen vanuit het patiëntgerichte uitgangspunt hetzelfde wezenskenmerk hadden. Ze waren volgens haar in wezen identiek. Het uitgangspunt van haar denken was dat de hulpvrager bezien moest worden vanuit een zogenoemd holistische mensbeschouwing, hierbij ging zij er van uit dat ‘de mens één ondeelbaar geheel vormt, dat hij onverbrekelijk verbonden is met zijn omgeving en dat hij op elk moment in een unieke toestand verkeert’. Daarbij vermeldde zij dat dit ook gold ‘voor de hulpverlener, i.c. de ziekenverzorgende’.[61] Van den Brink-Tjebbes had dus niet alleen oog voor de hulpvrager als totale mens, maar ook voor de hulpverlener.

Van de Brink-Tjebbes begon vanaf 1974 invloed te krijgen op de verpleegkunde als medewerkster van de Geneeskundige Hoofdinspectie van de Volksgezondheid.[62] Zij ging werken aan achtereenvolgende projecten ten behoeve van de ontwikkeling van de ziekenverzorging. Tegelijk ontwikkelde zij haar eigen verpleegkundige theorie mede door

---

[57] Centrale Raad voor de Volksgezondheid, *Advies inzake taak, verantwoordelijkheid en aansprakelijkheid van de ziekenverzorg(st)er*, 11 en 14. Marieke Dommissie, ‘Rika Woldhuis 50.000ste ziekenverzorgster in Nederland’, *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 33 (1980) 449 en *Tijdschrift voor Bejaarden- Kraam- en Ziekenverzorging* 13 (1980) 172.

[58] Gonny van Kessel en Carla Nuijten, ‘In gesprek over het artikel van Theo Dassen, “De ziekenverzorgende – het sloofje van de verpleegkundige”’, *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 36 (1983) 576.

[59] Tiny van Kampen, ‘Ziekenverzorgende of een verpleegkundige in een leidinggevende functie in het verpleeghuis?’, *Tijdschrift voor Bejaarden- Kraam- en Ziekenverzorging* 17 (1984) 255-259, aldaar 257-259. Klara van Luitgaren, ‘Deelnemers discussiedag CFO: zieken verzorgen een eigen beroep’, *Tijdschrift voor Bejaarden- Kraam- en Ziekenverzorging* 17 (1984) 261. Knobbout, ‘Een pleidooi voor professionele autonomie van de ziekenverzorgende’, 67.

[60] Voor deze paragraaf is contact geweest met de heer Joost ven Daalen, verpleegkundige en vertrouweling van mevrouw J.A. van den Brink-Tjebbes. Van Daalen heeft sinds het uitkomen van *Verpleging naar de maat* (1987) contact onderhouden met Van den Brink-Tjebbes. Hij is door Van den Brink-Tjebbes benoemd tot opvolger en hij draagt daarom haar werk in haar geest uit, aldus Joost van Daalen in een e-mail van 17 december 2014.

[61] J.A. van den Brink-Tjebbes, ‘Het project Studietoetsen Ziekenverzorging’, *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 31 (1978) 1125-1133, aldaar 1126-1127.

[62] In 1974 was mevrouw Van den Brink-Tjebbes nog niet getrouwd. Daarom voerde zij alleen nog haar eigen familienaam Tjebbes. In 2010 vertelde Van den Brink-Tjebbes dat zij als Staffunctionaris voor de Ontwikkeling van de Verpleging werkzaam was bij het ministerie: J.A. van den Brink-Tjebbes, DVD I, 'Levensgeschiedenis', *Verplegen in Verbondenheid* (Amersfoort 2010).

haar studie andragogiek, die zij afrondde met de doctoraalscriptie *De theorie van de verpleegkunde naar haar aard en functie gedacht* (Lochem 1975). Dit werk wordt gezien als de eerste Nederlandse verpleegkundige theorie. Daarna zou zij die verder uitbouwen en publiceren in onder meer het *Tijdschrift voor Ziekenverpleging*.[63] Haar theorie mondde uit in haar boek *Verpleging naar de maat. Een verplegingswetenschappelijke optiek* (Lochem 1987). Dit werk was oorspronkelijk bedoeld als proefschrift, maar omdat het promotieonderzoek strandde, heeft zij het boek op eigen kosten laten drukken en uitgeven.[64] In 1989 kwam er een tweede druk. Belangrijk in haar werk zijn de matrices waarin achttien aspecten van zelfzorg als uitgangspunten dienen om de totale mens in beeld te krijgen (zie bijlage 15). De theorie van Van den Brink-Tjebbes gaat dan ook uit van een holistische mensbeschouwing. In 1997 kwam Van den Brink-Tjebbes nog op hoge leeftijd met *Verplegen in Verbondenheid* en in 2010 met een hoorcollege op dvd en cd-r.[65] In diverse (les)boeken wordt haar theorie uitgelegd en/of gebruikt.[66]

Van den Brink-Tjebbes kreeg in 1974 een grote rol in de Stuurgroep Studietoetsen Ziekenverzorging die door het Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne in het leven was geroepen. Deze Studiegroep was bedoeld om de mogelijkheid te onderzoeken van examinering met behulp van studietoetsen (verzameling van een aantal vragen) om zodoende uniformiteit te brengen in de ZV-opleiding.[67] Het ministerie vond dat nodig omdat de ZV-opleiding in verschillende soorten instellingen plaatsvond. De opleiding moest meer uitgaan van één leerstofomschrijving en/of voor alle opleidingen dezelfde onderwijsdoelstellingen. De ZV-opleiding was niet veldgebonden en kon daarom gegeven worden in bijvoorbeeld verpleeghuizen voor somatische en/of psychogeriatrische bewoners, algemene of psychiatrische ziekenhuizen en specifieke klinieken. Leerling-ziekenverzorgenden kregen daardoor 'evenwel voor hetzelfde diploma' verschillende praktijkervaringen.[68]

De Stuurgroep vond het op de eerste vergadering in 1974 zeer wenselijk om werkgroepen te formeren ten einde leerstofomschrijving en/of onderwijsdoelstellingen op te stellen om van hieruit multiple-choice vragen te construeren.[69] Na vier jaar Stuurgroep kwam Van den Brink-Tjebbes in november 1978 met een samenvatting van een in mei 1978 uitgebracht interim-rapport.[70] De Stuurgroep had besloten te starten met het opstellen van een basisfilosofie en het omschrijven van de doelstellingen van de ZV-opleiding. Er waren vier

---

[63] *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 31 (1978) 1125-1133; 32 (1979) 881-884, 913-917, 1021-1027, 1072-1077; 35 (1982) 6-8, 53-56, 561; 38 (1985) 53-56, 88-91, 120-129, 158-161.

[64] Joost van Daalen in een mail 30 december 2014.

[65] J.A. van den Brink-Tjebbes en J.A. Keij, *Verplegen in Verbondenheid. De verpleegde centraal. Gevolgen voor verplegingspraktijk en verplegingswetenschap* (Utrecht 1997). J.A. van den Brink-Tjebbes, *Verplegen in Verbondenheid*. DVD-box (Amersfoort 2010).

[66] J.H.J. de Jong en J.A.M. Kerstens red., *Basisboek 1. Inleiding in de verpleegkunde* (Utrecht en Antwerpen 1989). J.H.J. de Jong en J.A.M. Kerstens, red., *Basisboek 2. De basisverpleegkunde*. Serie: Bouwstenen voor verpleegkundig onderwijs (Utrecht en Antwerpen 1989). J.H.J. de Jong en J.A.M. Kerstens, red., *Basisboek 3. Beroepsoriëntatie en professionalisering*. Serie: Bouwstenen voor verpleegkundig onderwijs (Utrecht en Antwerpen 1989). J.H.J. de Jong en J.A.M. Kerstens, red., *Methoden en technieken voor het verpleegkundig handelen*. Serie: Bouwstenen voor verpleegkundig onderwijs (Utrecht en Antwerpen 1989). Arets, Vaessen e.a., *Met zorg verplegen. Deel 2*, 29-42. H. van der Bruggen e.a., 'De verplegingswetenschappelijke optiek van Van den Brink-Tjebbes', in: Harry van der Bruggen, red., *De delta van de Nederlandse verpleging* (3e druk; Lochem en Utrecht 1992) 112-129. G.J.H. Spijker e.a., 'Verpleegkundige theorieën en begripsomschrijvingen', in: A.E.W.M. van de Pasch e.a., *Wegwijs in de gezondheidszorg. Handboek voor verpleegkundigen* (3e herziene druk; Houten en Diegem 1992) 12-31, aldaar 17-20.

[67] 'Mededelingen inzake instellingen Ministeriële Stuurgroep Studietoetsen Ziekenverzorging', *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 27 (1974) 765-766.

[68] Ibidem, 765.

[69] 'Mededelingen inzake instellingen Ministeriële Stuurgroep Studietoetsen Ziekenverzorging', 766.

[70] J.A. van den Brink-Tjebbes, 'Het project Studietoetsen Ziekenverzorging', *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 31 (1978) 1125-1133.

voorbeelden van ‘geïntegreerde toetsen’ ontwikkeld, die betrekking hadden op gedrag van ziekenverzorgenden ten aanzien van een bepaalde patiënt. De taak van de ziekenverzorgende was beschreven en globale doelstellingen ontwikkeld. Vervolgens waren die uitgewerkt in zogenoemde gedragsdoelstellingen en opleidingsdoelstellingen en ingepast in wat Van den Brink-Tjebbes ‘Leergebied Verpleegkunde’ ging noemen. Want hoewel het was ontwikkeld voor de ziekenverzorging, bleek ‘het ook als model te kunnen dienen voor de verpleegkunde in al zijn onderscheidene sectoren’.[71] Hiermee zei van den Brink-Tjebbes iets belangrijks, want hier is een begin van de invloed die de ziekenverzorging ging krijgen op de hele verpleegkunde, inclusief op de latere HBO-V.[72]

Het door de Stuurgroep ontwikkelde Leergebied Verpleegkunde werkte Van den Brink-Tjebbes uit in vier artikelen in het *Tijdschrift voor Ziekenverpleging*.[73] Een leergebied was volgens Van den Brink-Tjebbes in 1979

> een gebied waarin een aantal ervaringen en traditioneel gegroeide vakken en wetenschappen vanuit een nieuw perspectief worden geïntegreerd. Het nieuwe perspectief voor het leergebied is ontstaan door strikt vast te houden aan het gezegde: de patiënt staat centraal.[74]

Van den Brink-Tjebbes en haar stuurgroep maakten de ommezwaai van het medisch naar het verpleegkundig denken. Dat vergde begin jaren zeventig een behoorlijke inspanning omdat het curatieve denken nog een sterke nadruk had. Dat wil niet zeggen dat een curatieve behandeling geen ondersteuning kreeg. Niet het ziektebeeld, maar de belemmering in de zelfzorg kwam centraal te staan of in haar woorden ‘het geheel aan activiteiten, die de mens verricht om optimaal als mens in zijn wereld te leven’.[75]

In 1978 kwam Van den Brink-Tjebbes met een taakomschrijving voor de ziekenverzorgende, waar de Raad voor de Volksgezondheid in 1979 naar zou verwijzen (zie hierboven) en waar de Beroepsgroep Verpleegkundigen en Verzorgenden van de CFO, CNV-Bond voor Overheid, Gezondheid, Welzijn en Sociale Werkvoorziening in 1986 nog op teruggreep.[76] De taakomschrijving kon eveneens gezien worden als de algemene einddoelstelling van de ZV-opleiding en kreeg algehele instemming vanuit het veld:

> *De ziekenverzorgende richt zich:*
> tot een persoon, die zij ziet als een ondeelbaar geheel, onverbrekelijk verbonden met zijn omgeving en verkerend in de unieke toestand van dat moment;
> terzake van gevolgen van functionele beperkingen van zowel lichamelijke, geestelijke als maatschappelijke aard;
> in gevallen waarin sprake is van niet-complexe situatie, d.w.z. wanneer er een geringe dynamiek is in de verwachte wisselingen in de gezondheidssituatie;
> *en verleent aan deze persoon:*

---

[71] Ibidem, 1125.
[72] De eerder genoemde boeken van J.H.J. de Jong en J.A.M. Kerstens hadden Van den Brink-Tjebbes als leidraad.
[73] J.A. van den Brink-Tjebbes, ‘Het ‘leergebied’ verpleegkunde (I, II, III, en IV)’, *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 32 (1979) 881-884, 913-917, 1021-1027 en 1072-1077).
[74] Van den Brink-Tjebbes, ‘Het ‘leergebied’ verpleegkunde (I)’, 881.
[75] Later zou Van den Brink-Tjebbes zelfzorg vervangen door bestaanszorg, omdat, zo zei Van den Brink-Tjebbes in 2010, het woord zelfzorg was bedacht door een dokter en 'dus ging het in hoge mate over zelf medicijnen nemen'. Van den Brink-Tjebbes, ‘Het project Studietoetsen Ziekenverzorging’, 1126-1127. J.A. van den Brink-Tjebbes, DVD II, 'Verplegingswetenschap & Casus', *Verplegen in Verbondenheid* (Amersfoort 2010).
[76] Werkgroep Ziekenverzorgenden van de Beroepsgroep Verpleegkundigen en Verzorgenden van de CFO, *Basis-taakomschrijving ziekenverzorgenden* (april 1986) 1-2.

uitgaande van de, vanuit de hulpverlenersattitude tot stand komende, wezenlijke ontmoeting met hem en gericht op zijn gezond mogelijk functioneren;
in samenwerking met andere hulpverleners;
op grond van gerichte observatie en rapportage;
elementaire basiszorg gericht op:
het opheffen, verminderen of voorkomen van gevolgen van functionele beperkingen;
het ondersteunen van het functioneren;
het leren omgaan met functionele beperkingen.[77]

Op treffende wijze heeft Van den Brink-Tjebbes hier omschreven wat de verpleegkunde werkelijk inhield. Een sterk punt is dat zij de aandacht legde op de ontmoeting. Zij noemde het zelfs 'wezenlijke ontmoeting'. Expliciet noemde zij de ondeelbare mens. Een wezenlijke ontmoeting vroeg zeker in de algemene op de somatiek gestoelde ziekenverzorging/verpleegkunde een andere attitude.

Het Project Studietoetsen Ziekenverzorging waarin het Leergebied Verpleegkunde was ontwikkeld, brak de overheid 'om financiële redenen' vroegtijdig af.[78] Niettemin diende het enkele jaren later als basis voor het Project Begeleide Ontwikkeling Opleiding Ziekenverzorging dat in 1985 na vier lijvige tussentijdse rapporten, een eindrapport publiceerde.[79] Op grond hiervan kwam bijna parallel het *Opleidingsleerplan voor de opleiding tot ziekenverzorgende* uit.[80] Deze boekwerken vormen een verhandeling van hoe de ZV-opleiding er uit zou moeten zien, zowel in structuur als inhoudelijk.

De invloed van de theorie van Van den Brink-Tjebbes op de hele verpleegkunde was niet van lange duur. Dat had verschillende oorzaken. Een oorzaak was haar (filosofische) taalgebruik. Een doorsnee verpleegkundige kon moeilijk haar taalgebruik volgen. 'Kan het a.u.b. in gewone mensentaal', verwoordde een briefinzendster dit in 1985 wel heel raak.[81] Desondanks deed Van den Brink-Tjebbes geen concessies. Zij bleef in haar eigen stijl schrijven. Niet alleen hanteerde zij een moeilijk taalgebruik, ook was haar theorie soms 'geen gemakkelijke kost' zoals Joost van Daalen over *Verpleging naar de maat* zei tijdens de uitvaartdienst van Van den Brink-Tjebbes in de Emmaüskerk te Amersfoort op 12 november 2014.[82]

Bovendien gaf Van den Brink-Tjebbes een religieuze lading in de verpleegkunde. Niet alle verpleegkundigen zullen dat op prijs hebben gesteld. Hoewel Van den Brink-Tjebbes in een protestantse zuil is opgegroeid, uitte zij dat niet in haar verpleegkundige theorie. Hier is sprake van 'verpersoonlijking van het geloof' in een ontzuilde, maar collectief religieus plichtsbesef, zoals Mellink dat bedoelde in zijn proefschrift in de veelzeggende paragraaf 'Godsdienst om te doen'.[83] Mellink schreef:

---

[77] Van den Brink-Tjebbes, 'Het project Studietoetsen Ziekenverzorging', 1127.
[78] L.J. Pouderoyen, 'Poging om Project Studietoetsen Ziekenverzorging te redden', *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 32 (1979) 753.
[79] J.A. van den Brink-Tjebbes, *Eindrapport Begeleide ontwikkeling opleiding ziekenverzorgende* (Leidschendam 1985).
[80] J.A. van den Brink-Tjebbes, *Opleidingsleerplan voor de opleiding tot ziekenverzorgende. Tot stand gekomen op grond van het Opleidingsmodel van de begeleide ontwikkeling opleiding ziekenverzorging* (Lochem en Gent 1985).
[81] Renée van Aller, 'Kan het a.u.b. in gewone mensentaal?', *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 38 (1985) 168. Spijker e.a., 'Verpleegkundige theorieën en begripsomschrijvingen', 17. J.H.J. de Jong, J.A.M. Kerstens en M.M. Vermeulen, *Handboek verpleegkunde* (Houten 2003) 90-91.
[82] Joost van Daalen in de uitvaartdienst van J.A. van den Brink-Tjebbes op 12 november 2014, website Kerkdienstgemist.nl. http://kerkdienstgemist.nl/assets/1105771-uitvaartdienst-J-A-van-den-Brink-Tjebbes#.VI22Kj90zIU (14 december 2014).
[83] Mellink, *Worden zoals wij*, 110-116.

> Liefde voor God werd aan de liefde voor de medemens gepaard. Gelovigen kregen hierdoor enerzijds meer ruimte om hun geloofsleven persoonlijk vorm te geven. Anderzijds werden medemenselijkheid en naastenliefde geheiligde plichten, waarvoor een christen zich met hart en ziel persoonlijk moest inzetten. Godsdienst werd door de nadruk op verpersoonlijking dus niet vrijblijvend. Engagement werd onderdeel van een ernstig en collectief gedragen christelijk plichtsbesef.[84]

Dat is ook wat de filosoof Emmanuel Levinas in een andere taal overbracht en waar Van den Brink-Tjebbes haar theorie op stoelde. In haar college van 2010 noemde Van den Brink-Tjebbes zelfs de werken van barmhartigheid als 'historische wortels van het verplegen'.[85] Zij herhaalde in andere woorden deze gedachte in 2012 in een periodiek van de Protestantse Gemeente Amersfoort, waarvan zij lid was. Zij betoogde, met de volgende woorden, dat godsdienst om te doen ook kan binnen de Socialistische Partij:

> Ik leerde, dat elk mens een unieke heelheid is. Ik zelf ook. Daarop is de maatschappij gebouwd. En dat kan alleen goed gaan als de ik-gerichtheid niet de boventoon voert, maar juist het goede leven van de Ander. Waar ik dat zo goed mogelijk aantref? Ja, in de Socialistische Partij! Laat het daar maar verder groeien.[86]

In soortgelijke woorden sprak zij een half jaar voor haar dood in mei 2014 voor het *Reformatorisch Dagblad*.[87] Zo worden Bijbelse woorden actueel die tot de restauratie in 2015 aan weerszijden van de ingang van de negentiende eeuwse kerk op het terrein van het voormalig Provinciaal Krankzinnigengesticht Meerenberg te Bloemendaal (Provinciaal Ziekenhuis nabij Santpoort) stonden geschreven: ‘En zijt daders des Woords en niet alleen hoorders’.[88]

Het taalgebruik van Van den Brink-Tjebbes was niet de enige reden waarom zij als moeilijk werd gevonden. Haar wijze van wetenschap bedrijven druiste in tegen de praktijk. Zelf zei ze in 2010 dat ze het empirische wetenschapsmodel tijdens haar studie andragogie in de eerste helft van de jaren zeventig had verlaten.[89] Verpleegkundige en antropologe G.J.H. (Truus) Spijker en anderen[90] omschreven dat de weg waarlangs Van den Brink-Tjebbes tot theorievorming kwam, geplaatst kan worden ‘binnen een fenomenologische denkrichting. De verpleegkundige theorie [werd] door haar ‘gedacht’’.[91] De fenomenologie moet dan wel geplaatst worden in de fenomenologie van Emmanuel Levinas waar Van den Brink-Tjebbes van uitging. In de ontmoeting met de ander gaat de mens ook een ontmoeting aan met de

---

[84] Ibidem, 112
[85] Van den Brink-Tjebbes, DVD II, 'Verplegingswetenschap & Casus'.
[86] Bien van den Brink-Tjebbes, ‘De Ander’, *Drieluik* 13 (2012) afl. 7, 5, website Protestantse Gemeente Amersfoort. http://www.kerkpleinamersfoort.nl/maandblad/Drieluik/Drieluik201208.pdf (22 november 2013).
[87] Albert-Jan Regerschot, ‘Verpleegkundige voor het leven’, interview met Bien van den Brink-Tjebbes. *Reformatorisch Dagblad*, 9 mei 2014.
[88] Jacobus 1: 22[a], in de zogenoemde Statenvertaling
[89] Van den Brink-Tjebbes, DVD I, 'Levensgeschiedenis'.
[90] De anderen zijn: M. de Hont-Geelen en R. Rutgers van der Loeff, beiden stafdocent verpleegkunde aan de Twentse Academie voor Gezondheidszorg te Hengelo en T. van de Pasch, voormalig stafmedewerker in Psychiatrisch Centrum Venray, hoofdredacteur van het *Tijdschrift voor Ziekenverpleging*, aldus Van de Pasch e.a., *Wegwijs in de gezondheidszorg* (1992) IX-XI.
[91] Spijker e.a., ‘Verpleegkundige theorieën en begripsomschrijvingen’, 20.

Ander of zoals Levinas-kenner Marcel Poorthuis, hoogleraar aan de Faculteit Katholieke Theologie van de Universiteit van Tilburg, dat als volgt omschreef:

> Het gelaat van de ander is niet louter een fenomeen, dat ik kan begrijpen tegen de horizonten van taal, cultuur en lichamelijkheid. Het gelaat van de ander overrompelt mijn denken en is zoiets als een gat in de horizon, een betekenis die alle grenzen van taal en cultuur overstijgt.[92]

Het is dus allemaal niet eenvoudig wat Van den Brink-Tjebbes wilde met de verpleegkunde en dat was waarschijnlijk ook de reden dat deze theorie niet goed kon aansluiten op de toen gangbare methodische verpleegkunde. Van den Brink-Tjebbes zei het later als volgt in haar college:

> Hij [de Ander] verstoort jouw gericht-zijn-op-jezelf, jouw doelstellingen! Oók jouw doelstellingen, die jij hebt vastgesteld in het verplegingsproces van deze verpleegde. Ja, want dat was wat gebruikelijke theorieën ons leerden. Zij gebruikten het probleemoplossingsmodel voor het "verpleegproces". Zij waren er op gericht om verpleegproblemen te formuleren (...) En bij elk probleem behoorde een doelstelling die in de toekomst bereikt moest worden. Maar of zo'n doel bereikt werd? Dat was lang niet zeker. Want, we kunnen de toekomst immers niet kennen! Hoe kun je dan een doelstelling maken, die betrekking heeft op de toekomst? En daarbij … ging het hem niet om de kwaliteit van zijn leven hier en nu? En om zijn kwaliteit van leven en sterven? Welnu, luister dan om te beginnen heel goed naar zijn hulpvraag! [93]

De theorie van Van den Brink-Tjebbes lijkt uit te gaan van het hier en nu en niet op het bereiken van een verpleegdoel. Of zoals Van Daalen de volgende woorden in haar geest aanreikte: ‘Verpleegkunde is een godsdienst om te doen. Het is geen vak (iets dat ergens van is afgescheiden) maar een levensweg die onontkoombaar oriënteert op elk moment van nu, zowel in het werk als ‘privé’’.[94] Hoewel Van den Brink-Tjebbes in 2010 vertelde dat zij de empirische onderzoeksmethoden tijdens haar studie andragogie had verlaten, moet toch erkend worden dat zij daar niet helemaal omheen kon. In haar doctoraalscriptie van diezelfde opleiding schreef zij dat de verpleegkunde zou kunnen profiteren van ‘empirische onderzoeksmethoden, gericht op het voorspellen van het effect van de toepassing van technieken’.[95] Het zou niet anders kunnen. Ervaringen van ‘eeuwen’ kunnen niet worden genegeerd, want hoe kun je anders weten hoe thans bijvoorbeeld het beste decubitus kan worden voorkomen of behandeld.

Nog een reden dat Van den Brink-Tjebbes bij collega-verpleegkundigen op haar niveau uit de gratie raakte, kwam door haar onwrikbaarheid. Zij kon weinig kritiek op haar theorie verdragen omdat zij vreesde dat de consistentie van haar verplegingswetenschappelijke optiek zou worden aangetast en dat werkte door in haar gedrag.[96] Zo schreef de eerder genoemde Van Daalen:

---

[92] Vergelijk Marcel Poorthuis, ‘Levinas’, website Marcel Poorthuis. http://www.marcelpoorthuis.nl/MarcelPoorthuis-Levinas.htm (16 november 2014).
[93] Van den Brink-Tjebbes, DVD I, 'Levensgeschiedenis'.
[94] Aldus Joost van Daalen in reactie op deze paragraaf 30 december 2014.
[95] Tjebbes, *De theorie van de verpleegkunde naar haar aard en functie gedacht*, 67.
[96] Aldus Joost van Daalen in reactie op deze paragraaf 30 december 2014.

> Kritische vragen van studenten, collega's en wie dan ook beschouwde ze in de kern als potentieel beschadigend voor de consistentie van haar optiek: er kon geen enkel detail, zelfs niet het kleinste, worden veranderd want dan was de consistentie weg. Dus wat had discussiëren dan voor zin? Volgens haar dan.[97]

Van Daalen schreef zelfs dat zij bij haar optreden voor zalen met studenten HBO-V in de jaren tachtig en negentig vooraf zei 'dat ze college kwam geven (…) en geen negatieve (lees kritische) vragen wilde hebben'.[98] Dat zij onwrikbaar was in haar opvattingen is mede te destilleren uit de tweede druk van het *Basisboek I. Inleiding in de verpleegkunde* (1992) voor de HBO-V, van J.H.J. de Jong en J.A.M. Kerstens. Na in de eerste druk van deze reeks Basisboeken, volop uit te gaan van de theorie van Van den Brink-Tjebbes, kwam er in de tweede druk de klad er in. De auteur schreef:

> Er is nimmer overeenstemming geweest tussen de opvattingen van Van den Brink-Tjebbes enerzijds en De Jong anderzijds en er zijn vaak felle discussies tussen hen ontbrand. Uiteindelijk heeft De Jong ervoor gekozen, met Kerstens, zijn eigen weg in te slaan.[99]

Van den Brink-Tjebbes is naar het zich laat aanzien in de huidige verpleegkunde passé en dat bevestigde Van Daalen tijdens de uitvaartdienst. Hij vertelde dat haar werk door velen is 'afgedaan als niet ter zake doende folklore uit een voorbije tijd', maar hij geloofde dat de tijd, 'wanneer zij rijp is, [haar prijs zal] geven aan hen die haar zoeken en willen verstaan'.[100] Dat zal niet makkelijk zijn.

Nieuwe wettelijke kaders (1981-1986)

Het Ministerie van Volksgezondheid heeft niets gedaan met het vele en intensieve werk van Van den Brink-Tjebbes voor de Wet op de Ziekenverzorgers en Ziekenverzorgsters. Haar werk is niet te herkennen in de Beschikking van 1984 en het Besluit van 1986.[101] Evenmin zijn haar matrices en/of de achttien aspecten van zelfzorg als uitgangspunten van de verpleegkunde te herkennen bij de wetgever. Wel refereerde de wetgever letterlijk aan de in 1977 door de Staatssecretaris van Volksgezondheid en Milieuhygiëne ingestelde Commissie Herziening Opleiding Ziekenverzorgenden onder voorzitterschap van J.J. von Nordheim, waar Van den Brink-Tjebbes volgens de ledenlijst geen deel van uitmaakte (zie bijlage 23). Deze Commissie Herziening kwam met een advies voor een aanpassing van de ZV-opleiding.[102] Het vele werk van Van den Brink-Tjebbes lijkt dus te zijn doodgezwegen ten gunste van de Commissie Herziening Opleiding Ziekenverzorgenden.

---

[97] Joost van Daalen in een e-mail van 20 december 2014.
[98] Ibidem en als reactie op deze paragraaf op 30 december 2014.
[99] J.H.J. de Jong en J.A.M. Kerstens, red., *Basisboek 1. Inleiding in de verpleegkunde*. Serie: Bouwstenen voor verpleegkundig onderwijs (2e druk; Houten en Zaventem 1992) 132.
[100] Aldus Van Daalen tijdens de uitvaartdienst van J.A. van den Brink-Tjebbes op 12 november 2014, website Kerkdienstgemist.nl. http://kerkdienstgemist.nl/assets/1105771-uitvaartdienst-J-A-van-den-Brink-Tjebbes#.VI22Kj90zIU (14 december 2014).
[101] Haring, *Wetgeving ziekenverpleging* (1986) 215 en verder. Haring, *Wetgeving ziekenverpleging* (1988) 277 en verder.
[102] Haring, *Wetgeving ziekenverpleging* (1982) 254. Commissie Herziening Opleiding Ziekenverzorgenden, *Rapport van de Commissie Herziening opleiding ziekenverzorgenden* (1977).

Het Rapport van de Commissie Herziening werd door de staatssecretaris verspreid zonder te kunnen zeggen wanneer wijzigingen ingevoerd konden worden.[103] Opmerkelijk is dat de Commissie Herziening zich alleen bezig hield met de opleiding. Zij zag af van het omschrijven van een doelstelling omdat zij bewust was van parallelle studiegroepen en 'niet op het terrein van deze wilde treden'.[104] De commissie ging daarom uit van niet elders leerplichtige leerlingen (dit toen nog in verband met de onzekerheid of de ZV-opleiding als bedrijfscursus aangemerkt kon worden). Zij hield ook geen rekening met de MBO-V en eventuele andere dagopleidingen.[105]

Dit rapport van de Commissie Herziening leidde vanaf 1981 tot een aanpassing van de wet. De adviezen zouden in verband met de daaruit voortvloeiende kosten fasegewijs worden ingevoerd. Hierop vooruitlopend kreeg het aantal lesuren in 1979 een ophoging van 383-400 naar 550.[106] Na een Besluit in 1981 en een Beschikking in 1984 kwam het aantal lesuren uit op 770. De 272 uren voor Ziekenverzorging die de Commissie Herziening in 1977 adviseerde was in 1984 een feit. De opleiding ging twee jaar en drie maanden duren met de eerste twaalf weken als introductieperiode. De leerstof kreeg in 1981 en 1984 een uitvoerige omschrijving. Bovendien kreeg de opleiding in 1984 een uitgebreide doelstelling mee (zie bijlage 27). In dat jaar werd de vooropleidingseis MAVO op C-niveau.[107] De algemene toelichting/inleiding op de leerstofomschrijving voor het vak verpleegkunde binnen het blok ziekenverzorging in 1981 en 1984 vermeldde dat de verpleegkunde en de overige vakken tot doel hadden:

> de leerling die kennis, vaardigheden en attitude van verplegen bij te brengen, die uiteindelijk moeten leiden tot het herkennen van funktionele beperkingen van de patiënt van zowel lichamelijke als geestelijke aard.
> Het medewerken aan het verminderen, zo mogelijk opheffen van functionele beperkingen bij een patiënt, het begeleiden van patiënt en familie als genezing niet mogelijk is en het leren leven met eventuele beperkingen zullen een hoofddoel van de opleiding vormen.[108]

In 1986 ging de ZV-opleiding in verband met de arbeidsduurverkorting, evenals de opleidingen tot A-, B- en Z-verpleegkundige, terug van 40 naar 36 uur per week. Het aantal

---

[103] Commissie Herziening Opleiding Ziekenverzorgenden, *Rapport van de Commissie Herziening opleiding ziekenverzorgenden* (1977), bijgevoegde brief dd. 30 september 1977.
[104] Ibidem, 1.
[105] De Commissie stelde als vooropleidingseis een driejarig middelbaar algemeen vormend onderwijs of vergelijkbaar zoals een diploma vierjarig lager beroepsonderwijs. De leerling moest zeventien jaar zijn alvorens met de opleiding te mogen beginnen. Verder was het advies de introductieperiode tien weken te laten duren met aansluitend een inwerkperiode van twee weken op de afdeling. De leerling zou in de introductieperiode en in de inwerkperiode de leerlingenstatus moeten krijgen en geen werknemer moeten zijn. Dat betekende dat die periodes door het Ministerie Van Onderwijs en Wetenschappen als dagonderwijs gekenmerkt moesten worden. Vervolgens moesten er twee leerperioden komen van elk twaalf maanden. De duur van de opleiding kwam in dit advies uit op 27 maanden. Drie maanden langer dan de wet voorschreef. Het totaal aantal lesuren kwam op meer dan een verdubbeling en wel op 840 (was nog 383-400 uur), onderverdeeld in Ziekenverzorging: 272 uur; Bouw en functie van het menselijk lichaam, ziekteleer en behandelingsmethoden: 182 uur; Algemene, persoonlijke en sociale vorming: 226 uur. Negentig uur zouden moeten gaan naar keuze-uren en zeventig uur naar onder meer de inwerkperiode. De Commissie Herziening Opleiding Ziekenverzorging voegde aan haar rapport een bijlage toe van zo'n vijftig bladzijden met het 'concept wijziging van de opleidingsbeschikking' met toelichting, urentabel en leerstofomschrijvingen voor de hele opleiding. Commissie Herziening Opleiding Ziekenverzorgenden, *Rapport van de Commissie Herziening opleiding ziekenverzorgenden* (1977) 1-4 en bijlagen 1 t/m 4.
[106] De Vries, *Wetgeving ziekenverpleging* (3e druk; 1978; 4e gecumuleerde aanvulling, 15 juli 1981) 240-241.
[107] Haring, *Wetgeving ziekenverpleging* (1982) 214-215, 229-253, met name 229-233. Haring, *Wetgeving ziekenverpleging* (1986) 221-223, 238-254, met name 237 en 238-243.
[108] Haring, *Wetgeving ziekenverpleging* (1982) 229. Haring, *Wetgeving ziekenverpleging* (1986) 239.

theorie-uren steeg van 770 lesuren naar 990 lesuren en de opleiding werd verlengd van 27 naar 30 maanden. Van die 990 gingen 690 lesuren naar de voorbereidend periode (voorheen introductieperiode) van dertig weken. De overgebleven 300 lesuren gingen verdeeld in twee keer 150 uur naar de daaropvolgende perioden van respectievelijk 52 en 48 weken. De opleiding kon door de verlengde voorbereidende periode, aangevangen worden door wat jongere leerlingen (zestien jaar en acht maanden).[109] De doelstelling van de ZV-opleiding in 1986 was de aspirant beroepsbeoefenaar op te leiden:

> tot het beheersen van zodanige kennis, vaardigheden en tot een zodanige beroepshouding te brengen, dat hij zelfstandig gestalte kan geven aan verpleegprocessen en deze kan uitvoeren en evalueren. Op grond hiervan kan hij participeren in het totale hulpverleningsproces in het veld van de intra- en semimurale gezondheidszorg waar de verpleegkundige hulpverlening voor langdurige zieken plaatsvindt.[110]

De wetgever maakte hiermee expliciet duidelijk dat de ziekenverzorgende zich in de jaren tachtig zelfstandig en methodisch ging richten op een eigen doelgroep. De eindtermen waren afgeleid van de doelstellingen in de Regeling van 1984, maar ook van de eindtermen voor de pas ingestelde MDGO-VP (zie hoofdstuk 5 en bijlage 28).[111] Dat moest ook wel, want de Ziekenverzorgende en de MDGO-VP'er gingen samen de zogenaamde 'tweede deskundigheid' vormen en waren dus in de praktijk aan elkaar gelijk (zie hoofdstuk 5).

Het eten/de maaltijd, het sterven/de dood, technische vaardigheden in lesboeken

In dit hoofdstuk is duidelijk gemaakt dat de opleiding tot ziekenverzorgende in het leven is geroepen om de verpleegkundige te assisteren. Ziekenverzorgenden zouden de basiszorg over moeten nemen. Het is dan ook vanzelfsprekend dat de lesboeken verpleegkunde voor de ZV-opleiding veel aandacht schonken aan de basiszorg en de assisterende rol. Hoewel de ziekenverzorgenden in principe in alle velden konden worden opgeleid, waren de eerste lesboeken verpleegkunde voor ziekenverzorgenden sterk op de somatische patiënt gericht.[112] In het lesboek voor de speciële verpleegkunde in de serie *In goede handen* kwam er in 1974 voorzichtig aandacht voor 'De zorg voor bejaarden en chronisch zieken' met slechts één bladzijde voor de paragraaf *De geestelijk gestoorde bejaarde en de bejaarde geestelijk gestoorde*.[113] In 1979 kwam deze serie met een apart boek met de titel *De psycho-geriatrische*

---

[109] In 1986 was de opleiding tot ziekenverzorgende niet meer in vakkengroepen geordend, maar in vijf leergebieden: verpleegkunde, omgangskunde, gezondheidskunde, ziektekunde en ondersteunende vakken. De indeling van leergebieden in toebedeelde lesuren zag er als volgt uit: verpleegkunde 320 uur, omgangskunde 145 uur, gezondheidskunde 165 uur, ziektekunde 160 uur, overige ondersteunde vakken 150 uur, keuze-uren 50 uur (totaal 990 uur). De leerstofomschrijving van het leergebied verpleegkunde is opgenomen in bijlage 28. Haring, *Wetgeving ziekenverpleging* (1988) 282-283, 298-299, 302-303, 304-307, 322-324

[110] Haring, *Wetgeving ziekenverpleging* (1988), 318.

[111] Ibidem, 299-300. Ambtelijke werkgroep MBOV, *Rapportage aan de Bewindslieden van Onderwijs en Wetenschappen en Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur over de opleiding MBO-VP* (1983) in: Nationale Raad voor de Volksgezondheid, *Advies inzake de profielschets van een beroepsbeoefenaar die zich professioneel bezighoudt met het verplegen* (Zoetermeer 1984) bijlage 1a.

[112] A. Boersma, *Leerboek voor ziekenverzorgenden. De techniek van de ziekenverzorging* (1e druk 1971; 3e druk Lochem 1974). M. Bouwhuizen, *Verpleegkunde*, Serie: *In goede handen* (1e druk, 1972; 2e druk; Leiden 1974) 9. M. Bouwhuizen, *Verpleegkunde ZV*. Deel 1. Serie: *In goede handen* (1e druk 1979; 4e oplage; Leiden 1985). M. Bouwhuizen, *Verpleegkunde ZV*. Deel 2. Serie: *In goede handen* (1e druk 1979; 3e oplage Leiden 1985).

[113] H.P. Akkerman e.a., *Ziekteleer, speciële verpleegkunde en reactivering*. Serie *In goede handen* (2e druk Leiden 1976) 397-421 (416-417).

patiënt.[114] De titel van dit boek, met de term 'patiënt', verraadt dat de ziekenverzorging in 1979 nog in somatische kaders dacht. Wel was toen de opleiding zich gaan richten op ziekenverzorgenden die in de verpleeg- en verzorgingshuizen hun eigen doelgroep hadden gevonden. Zoals gezegd was het aantal leerling-ziekenverzorgenden in de algemene ziekenhuis tussen 1972 en 1977 gedaald van 1340 naar 549, terwijl het totaal aantal geregistreerde ziekenverzorgenden tussen 1970 en 1980 was vervijfvoudigd.

Tot medio jaren tachtig was het methodisch werken volgens een verpleegplan in de lesboeken voor ziekenverzorgenden nog niet te herkennen. Er was sprake van functionele, handelingsgerichte verpleging. Vanaf 1986 werden in de lesboeken verpleegkunde voor ziekenverzorgenden verpleegkundige modellen geïntroduceerd. Dat gebeurde onder sterke invloed van de theorie van Van den Brink-Tjebbes. In deze paragraaf zal dat duidelijk worden met de thema's het eten/de maaltijd en het sterven/de dood.

Het handelingsgerichte verplegen kwam het sterkst tot uiting in het *Leerboek voor ziekenverzorgenden* van zuster-diacones A. Boersma. Zij omschreef de lesstof rond het eten/de maaltijd chronologisch en puntsgewijs. Soms had zij aandacht voor het sociale aspect van het eten/de maaltijd, maar zij deed dat wel tussendoor in een opsomming zoals met het volgende punt: 'Vertel een blinde patiënt hoe gezellig zijn blad eruit ziet'.[115] Boersma leek de voorkeur te hebben voor een gecentraliseerd distributiesysteem want het: 'aanbieden van de gehele maaltijd ineens geeft de patiënt een overzicht van het menu. Het geeft hem tevens een gezellig idee van "vliegtuigbediening"'.[116] Kennelijk wilde Boersma met deze woorden dat ziekenverzorgenden een soort thuissituatie creëerden voor de zorgvrager. Ook de auteur Bouwhuizen schreef haar tekst, hoewel niet puntsgewijs, volgens de functionele, handelingsgerichte verpleging. Voor de voeding zelf verwees zij naar een boek voor voedingsleer, dat speciaal voor ziekenverzorgenden was geschreven.[117]

In het boek *De psycho-geriatrische patiënt*, in dezelfde serie *In goede handen* als het boek van Bouwhuizen, is een ommekeer waarneembaar. Aan de hand van dit lesboek is duidelijk dat ziekenverzorgenden/verpleegkundigen nog vast zaten aan een handelingsgerichte/functionele verzorging/verpleging, terwijl de beroepsbeoefenaren van nieuwe beroepen een andere visie hadden. Enerzijds behandelde de auteur G.M.L. Gerritsjans-Morsink, directrice van een opleidingsinstituut voor ziekenverzorgenden, het eten/de maaltijd nog enigszins vanuit een somatische invalshoek, met bijvoorbeeld de volgende woorden: 'Om een juist beeld te krijgen van de opname van eten en drinken, moeten wij erop letten wat het bezoek voor de patiënten meebrengt'.[118] Anderzijds merkte verderop in het lesboek de psycholoog J.J. Luijten op dat verzorgenden de hele dag op afdelingen met verzorgingsbehoeftige patiënten 'fabrieksmatig' werkten en dat binnen zo'n afdeling de sociotherapie niet gedijde.[119] In de jaren tachtig gaf de verpleegkundige-historica Cora van der Kooij nog aan dat de naar binnen gehaalde mensen in nieuwe beroepen als het ware de verpleeghuizen moesten helpen ontwikkelen tot een goed woon- en leefklimaat, terwijl ziekenverzorgenden nog steeds op de afdeling aan het wassen waren, bedden opmaakten, toiletrondes liepen, eten gaven en spoelhokken opruimden.[120]

---

[114] J.B.V. Welten, e.a., *De psycho-geriatrische patiënt.* Serie *In goede handen* (Leiden 1979).
[115] Boersma, *Leerboek voor ziekenverzorgenden* (1971 en 1974) 181-186, aldaar 185.
[116] Ibidem, 182-183.
[117] Bouwhuizen, *Verpleegkunde* (1972 en 1974) 105-108. M. Bouwhuizen, *Verpleegkunde ZV*. Deel 1. (1979 en 1985) 146-151. M. Bouwhuizen, *Verpleegkunde ZV*. Deel 2. Serie: *In goede handen* (1e druk 1979; 3e oplage Leiden 1985).
[118] G.M.L. Gerritsjans-Morsink, 'Praktische verpleegkundige aandachtpunten', in: Welten, *De psycho-geriatrische patiënt*, 68-74, aldaar 73.
[119] J.J. Luijten, 'Begeleiden en therapie', in: Welten, *De psycho-geriatrische patiënt*, 75-100, aldaar 99-100.
[120] Van der Kooij, 'Deskundige of dommekracht', 10.

Medio jaren tachtig, na de serie *In goede* handen, ging de opleiding over van functioneel, handelingsgericht op methodisch verplegen. Dat moest ook wel, want de wetgever had in 1986 in zijn doelstelling voor de ZV-opleiding opgenomen dat de ziekenverzorgende zelfstandig gestalte kon geven aan verpleegprocessen en dat zij die kon uitvoeren en evalueren. De lesboeken *Verpleegkunde voor verzorgende beroepen* (1986) en *Verpleegkunde voor de verplegende en verzorgende beroepen* (1989) gingen uit van de theorie van J.H.J. de Jong (samen met J.A.M Kerstens was hij hoofdredacteur van deze boeken). Onder sterke invloed van de achttien zelfzorgaspecten van Van den Brink-Tjebbes ging De Jong uit van zelfzorggebieden.[121] Voeding kreeg een plaats in het zelfzorggebied spijsvertering. De auteurs richtten didactisch dit boek zo in dat de leerling na het bestuderen van dit onderdeel, de factoren kon benoemen die de eet- en drinkgewoonten van mensen beïnvloedden, welke zorg hij moest besteden aan het eten en drinken van patiënten, hoe hij patiënten daarbij kon helpen en wat hij daarbij moest observeren.[122] De auteur werkte in dit hoofdstuk op methodische wijze een verpleegplan uit aan de hand van het verpleegprobleem/de verpleegdiagnose 'niet in staat zijn zelf te eten en te drinken'.[123]

Ook P. Stevens ging in zijn boeken *Verpleegkundige zorg* vanaf medio jaren tachtig uit van het methodisch verplegen. Dat deed hij met standaardverpleegplannen (net zoals in *Met zorg verplegen* van Arets en Vaessen voor de A-verpleegkunde (zie hoofdstuk 1)).[124] Elk standaardverpleegplan liep de volgende tien basisbehoeften langs: ademhalen, eten en drinken, uitscheiding, temperatuurregulatie, houding en beweging, persoonlijke verzorging, rust, regelmaat en activiteit, veiligheid, geborgenheid en intimiteit, communicatie en interactie met anderen, zin geven en zin ontlenen aan het leven. Ongetwijfeld zijn die mede gebaseerd op de door Stevens besproken achttien aspecten van zelfzorg van Van den Brink-Tjebbes.[125] Dat wil zeggen dat wanneer er verpleegproblemen ontstonden betreft eten en drinken bij bijvoorbeeld een terminale patiënt er acties volgden.[126] Om die acties uit te kunnen voeren had de ziekenverzorgende al geleerd een patiënt te helpen door middel van de volgende doelstellingen: 'De leerling is (…) in staat om vijf hoofdproblemen op te sommen die zich kunnen voordoen bij het gebruik van de maaltijd in bed en maatregelen te noemen die bijdragen aan de oplossing van die problemen.'[127]

Ziekenverzorgenden waren niet alleen drie keer per dag bezig met het eten/de maaltijd, zij kwamen ook regelmatig in aanraking met het sterven/de dood. De lesboeken voor ziekenverzorgenden liepen wat betreft deze onderwerpen voor op de andere velden. Auteurs van de eerste lesboeken vonden dat de ziekenverzorgster een stervende met 'alle beschikbare liefde' zou moeten verzorgen en bijstaan, waarbij het beste was om geen blijk te geven van emoties. Het was noodzakelijk dat de ziekenverzorgster de situatie beheerste.[128] Hoe zij dat moest doen, vertelden de auteurs begin jaren zeventig niet. Het is te hopen dat er op school vormen van intervisie waren of dat de ziekenverzorgster een goede begeleiding kreeg van een hoofdzuster of praktijkbegeleidster in de praktijk. Er werd veel gevraagd van een ziekenverzorgster. In 1971 zou zij een holistisch mensbeeld moeten hebben. Dat is op te maken uit het feit dat de ziekenverzorgster aandacht zou moeten 'schenken aan de *gehele*

---

[121] Dito e.a., *Verpleegkunde voor de verzorgende beroepen* (Amsterdam en Brussel 1986) 51-132. Dito e.a., *Verpleegkunde voor de verplegende en verzorgende beroepen* (Utrecht en Antwerpen 1989) 23 en 67-152.
[122] Dito e.a., *Verpleegkunde voor de verzorgende beroepen* (1986) 96-100.
[123] Ibidem, 99.
[124] P. Stevens e.a., *Verpleegkundige zorg.* Deel 2 (Leiden 1987) 101-232.
[125] P. Stevens e.a., *Verpleegkundige zorg.* Deel 1 (Leiden 1986) 114-118.
[126] Bij droge mond, misselijkheid, dorst, geen eetlust, onder meer de acties: persoonlijke voorkeur van de patiënt in acht te nemen, kleine hapjes, frisse lucht, bekkentje bij de hand houden, mondverzorging, voldoende laten drinken, regelmatig observeren. Stevens e.a., *Verpleegkundige zorg.* Deel 2 (1987) 226.
[127] Stevens e.a., *Verpleegkundige zorg.* Deel 1 (1986) 259-260.
[128] Boersma, *Leerboek voor ziekenverzorgenden* (1971 en 1974) 152. Bouwhuizen, *Verpleegkunde* (1974) 164.

mens, met inbegrip van diens geestelijke (dus ook godsdienstige) behoeften'.[129] De lesboeken toonden geen kenmerken van verzuiling. Zelfs zuster-diacones A. Boersma schreef het *Leerboek voor ziekenverzorgenden* (1971) niet met voorkeur vanuit haar protestantse zuil. Over niet-christelijke gelovigen schreef zij:

> Het afleggen mag niet gebeuren wanneer de overledene tot een Israëlitische gemeente heeft behoord. Bij orthodoxe Joden is het de gewoonte dat de voorganger van de gemeente de dode verzorgt. Dit geldt ook voor Mohammedanen.[130]

De laatste korte zin is tekenend voor de actualiteit van dit lesboek, maar ook voor het weinige dat Boersma daarover schreef of kon schrijven. Voor het eerst was er in een lesboek voor de verpleegkunde, naar aanleiding van het sterven/de dood, aandacht voor moslims.

De auteur Bouwhuizen vroeg in 1974 (met nog steeds dezelfde tekst in een vierde oplage in 1985) in een tweeregelig sub-paragraafje, rekening te houden met de godsdienst en levensopvatting van 'buitenlandse werknemers'. Welke godsdienst of levensopvatting dat waren, vermeldde de auteur niet.[131] Ongeveer gelijktijdig in de drukken van 1974 en 1976 waar de speciële verpleegkunde aan de orde kwam, noemde Bouwhuizen wel expliciet de groep 'Mohammedanen'. Daarin staat dat voor 'Mohammedanen (…) de laatste verzorgingshandelingen door geloofsgenoten verricht behoren te worden'.[132] Hopelijk kon de docent die paar regels toelichten. Dat zal niet gemakkelijk geweest zijn, want over het verplegen van moslims was nog niet veel bekend in de verpleegkunde. Literatuur daarover moest nog op gang komen.[133] Nederland had in 1970 41.000 Marokkaanse en Turkse inwoners. In 1980 was het aantal gestegen naar 192.000.[134]

Bouwhuizen vond in 1979 dat stervensbegeleiding een multidisciplinaire zaak was met een 'pastor, psychiater, psycholoog, maatschappelijk werker'.[135] Hoewel de auteur het woord 'palliatief' niet noemde, ging zij er in dit hoofdstuk wel van uit. De volgende woorden doen modern aan:

> Nauwkeurige rapportage over lichamelijke, psychische of sociale behoeften kan erg belangrijk zijn om juist deze mens die hulp te geven waardoor onnodig geestelijk of lichamelijk lijden kan worden voorkomen.[136]

De Jong en Kerstens pakten de lesstof over het sterven aan vanuit leerdoelen en volgens een methodische verpleegkunde. De leerling behaalde die leerdoelen door de eerder genoemde zelfzorggebieden van De Jong na te lopen. Op deze wijze kon de leerling op structurele wijze de hele zorg voor de stervende in kaart brengen en verpleegproblemen formuleren.[137]

---

[129] Boersma, *Leerboek voor ziekenverzorgenden* (1971 en 1974) 153, 161.
[130] Ibidem, 159.
[131] Bouwhuizen, *Verpleegkunde* (1974) 164. Bouwhuizen, *Verpleegkunde ZV*. Deel 1 (1979 en 1985) 186.
[132] M. Bouwhuizen, 'De zorg voor bejaarden en chronisch zieken', in: Akkerman e.a., *Ziekteleer, speciële verpleegkunde en reactivering* (1976) 397-421, aldaar 411.
[133] In 1980 komt in de Reeks Verpleegkundige Studies het volgende boekje uit: Harry van der Bruggen, red., *De buitenlander ons een zorg* (Lochem en Poperinge 1980).
[134] Nederlands Interdisciplinair Demografisch Instituut, *Bevolkingsatlas van Nederland. Demografische ontwikkelingen van 1850 tot heden* (Den Haag 2003) 149.
[135] Bouwhuizen, *Verpleegkunde ZV*. Deel 2 (1979 en 1985) 90.
[136] Ibidem, 91.
[137] De leerling moest vijf fasen in het stervensproces kunnen onderscheiden (Kübler-Ross) en voorbeelden kunnen geven van reacties van patiënten in elk der fasen. Voorts moest de leerling aan kunnen geven welke zorg zij de stervende patiënt kon geven en waar zij op moest letten in de omgang met de stervende en de naasten. Vervolgens moest zij kunnen vertellen hoe zij de overledene verzorgde en op welke wijze zij rekening kon

Stevens besteedde in deel twee van *Verpleegkundige zorg* de aandacht voor het sterven uit aan de verpleegkundige en theoloog J.A.G. van der Weyde.[138] Deze vond het alleen tonen van respect door de ziekenverzorgende aan de stervende niet voldoende. De auteur verwachtte van de ziekenverzorgende dat zij ook actief betrokken moest zijn bij de levensbeschouwing van patiënten, ook die van niet-christelijke patiënten, voor zover noodzakelijk en mogelijk. Van der Weyde had ook oog voor de zware taak van de ziekenverzorgende. Dat deed hij door leerdoelen te formuleren waarvoor uitgesproken moest worden waarom de leerling bijvoorbeeld vluchtgedrag toonde of het sterven/de dood zag als een nederlaag van zijn werk. Gesprekken over de zin van het leven en de dood zou de ziekenverzorgende niet primair door mogen schuiven naar de pastor. Van der Weyde zag dus voor de ziekenverzorgende een rol voor zowel stervenshulp als stervensbegeleiding. Dit in tegenstelling tot Dresen in het lesboek van Van der Moolen en Quanjer voor de A-verpleegkunde (zie hoofdstuk 1). Maar, en dat moet gezegd, er waren inmiddels wel zo'n vijftien jaren verstreken.[139]

Dit hoofdstuk zou korter kunnen zijn wat betreft de verpleegtechnische vaardigheden als het katheteriseren van de blaas en het aanprikken van een ader. Het was immers de bedoeling dat ziekenverzorgenden die vaardigheden niet mochten doen. Er is echter iets vreemds aan de hand met de eerste lesboeken voor ziekenverzorgenden omdat auteurs kennelijk nog niet wisten waar zij aan toe waren. De ziekenverzorgende kreeg in de eerste lesboeken niet zo'n uitgesproken assisterende rol, zoals de bedoeling was. Boersma liet in haar lesboek (1971-1974) voorkomen dat de ziekenverzorgende zelf de maagkatheter en bij de vrouw de blaaskatheter inbrengt. Zij had daar zelfs protocollen aan toegevoegd. Bij het inbrengen van een blaaskatheter bij een man liet zij de ziekenverzorgende duidelijk wel assisteren.[140]

Gelijktijdig in 1972 en 1974 was M. Bouwhuizen in de serie *In goede handen* terughoudend betreft de blaaskatheter. Zij vertelde alleen de functie van de blaaskatheter.[141] Later in een nieuwe druk binnen deze serie kreeg de ziekenverzorgende van Bouwhuizen een assisterende rol bij het inbrengen van een katheter in de blaas. Het inbrengen van een katheter in de maag besprak zij niet want dat werd volgens haar 'over het algemeen door een verpleegkundige gedaan'.[142] De auteur ging bij het vaststellen van de taak van de ziekenverzorgende uit van de handelingen die waren aangegeven in het Praktijk- en rapportenboekje en in 1979 Overzicht Praktische Opleidingen (OPO) genoemd. Dit boekje was tevens de algemene basis van de praktijkopleiding. Hierdoor kon het niet anders dan dat de ziekenverzorgende niet het katheteriseren geleerd kreeg, omdat in de aftekenboekjes die handelingen niet stonden. Ook later in 1986 leerden ziekenverzorgenden volgens de auteurs van *Verpleegkunde voor de verzorgende beroepen* het katheteriseren niet.[143]

Het beroepsprofiel van 1984/1988 omschreef taken voor verpleegkundigen op het eerste deskundigheidsniveau en ziekenverzorgenden en MDGO-verplegenden op het tweede

---

houden met de wensen van de familie. Verder moest de leerling de rol van de arts bij de stervende patiënt kunnen aangeven en vier vormen van euthanasie beschrijven en van elkaar onderscheiden. In dit lesboek werd euthanasie (nog) onderscheiden in: vrijwillige, onvrijwillige, actieve en passieve euthanasie. Dito e.a., *Verpleegkunde voor de verzorgende beroepen* (1986) 127-132.

[138] Stevens e.a., *Verpleegkundige zorg.* Deel 2 (1987) 259-283. Van der Weyde was ook medeauteur van Deel 3 van *Met zorg verplegen* voor de A-opleiding.

[139] Stevens e.a., *Verpleegkundige zorg.* Deel 2 (1987) 266-267en 270-271.

[140] A. Boersma, *Leerboek voor ziekenverzorgenden. De techniek van de ziekenverzorging* (1e druk 1971; 3e druk Lochem 1974) 188-189, 209-211. In de ZV-opleiding van de verpleeginrichting 'Flevohuis' te Amsterdam werd in 1972-1974 alleen klaarzetten voor en het assisteren bij katheteriseren geleerd.

[141] M. Bouwhuizen, *Verpleegkunde*, Serie: *In goede handen* (2e druk; Leiden 1974) 88-89 en 151-152.

[142] Bouwhuizen, *Verpleegkunde ZV*. Deel 1. Serie: *In goede handen* (1979 en 1985) 151. M. Bouwhuizen, *Verpleegkunde ZV*. Deel 2. Serie: *In goede handen* (1e druk 1979; 3e oplage Leiden 1985) 65-67.

[143] A. Dito e.a. (J.H.J. de Jong en J.A.M. Kerstens, red.), *Verpleegkunde voor de verzorgende beroepen.* Serie: Bouwstenen voor verpleegkundig onderwijs (Amsterdam en Brussel 1986) 193 en 198.

deskundigheidsniveau. Duidelijk is dat mensen op het tweede deskundigheidsniveau volgens het beroepsprofiel niet katheteriseerden, geen ader aanprikten en zelfs geen kolf met medicijnen aansloten op een reeds ingebracht infuus.[144] In dit hoofdstuk kwam echter naar voren dat ziekenverzorgenden, zeker in de ziekenhuizen, die handelingen wel verrichtten. Het beroepsprofiel waarschuwde dan ook dat ten aanzien van de toenmalige wetgeving er onvoldoende regels waren ten aanzien van te dragen verantwoordelijkheden.[145]

Nabeschouwing

Deze studie heeft expliciet de nadruk gelegd op de ontstaansgeschiedenis van de ZV-opleiding in de algemene ziekenhuizen om de wildgroei van ziekenhelpsters, hulpverpleegsters, verpleegsterassistentes in de ziekenhuizen tegen te gaan. De wetgever wilde met het instellen van een opleiding tot VERA een verpleegsterstekort opvangen, de verpleegster ontlasten van teveel werk en de A-verpleging behoeden van verder devaluatie. Uiteindelijk zou de inmiddels ingestelde opleiding tot ziekenverzorgster in verpleeginrichtingen samen gaan met die in de (psychiatrische) ziekenhuizen.

Vanaf dat de Wet op de Ziekenverzorgers en Ziekenverzorgsters in 1965 in werking trad, ontstonden er problemen omdat de ziekenverzorgenden in de grensgebieden met de verpleegkundigen kwamen te werken. Dit kwam enerzijds vanuit frustratie omdat de ziekenverzorgenden zich een ondergeschoven kindje voelden ten opzichte van de verpleegkundigen en anderzijds omdat de beroepsinhoud van de ziekenverzorging niet duidelijk was. Het was daarom dat van overheidswege autoriteiten op zoek gingen naar de taak, verantwoordelijkheid en identiteit van de ziekenverzorgende. Het resultaat was dat de ziekenverzorgenden (in theorie) teruggefloten werden naar de basiszorg.

Van den Brink-Tjebbes heeft met haar verpleegkundige theorie niet de plaats gekregen die zij verdiende in de Nederlandse geschiedschrijving van de verpleegkunde. Zij leverde vanuit de ZV-opleiding en dus vanuit een opleiding van een lager niveau, een eerste Nederlandse verpleegkundige theorie af voor de hele verpleegkunde tot en met de lesboeken voor de HBO-V. De onderzoeksvraag ‘wat is verpleegkunde?’ kreeg mede door Van den Brink-Tjebbes een antwoord. Weliswaar kreeg zij tijdelijk ruim aandacht in lesboeken, maar zij kreeg geen blijvende voet aan de grond. Eén van de redenen daarvan is mogelijk dat de uit haar geest ontsproten theorie niet direct aansloot op de empirische benadering in de praktijk. Een andere oorzaak kwam in dit hoofdstuk nog niet ter sprake: de opkomst van theorieën uit de VS. In volgende hoofdstukken zal nog blijken dat de theorie van Van den Brink-Tjebbes ondergesneeuwd raakte door theorieën/modellen uit Amerika. Maar, en dat moet ook gezegd, er is weinig moeite gedaan, door het verpleegkundig kader in de praktijk, om de theorie van Van den Brink-Tjebbes te doorgronden en te vertalen naar de werkvloer. De in dit hoofdstuk genoemde De Jong en Stevens waren nog sterk beïnvloed door Van den Brink-Tjebbes, maar De Jong zou later, zoals gezegd, Van den Brink-Tjebbes de rug toekeren.

Dat Van den Brink-Tjebbes vanuit de ziekenverzorging de hele verpleegkunde zou verheffen, zouden ziekenverzorgenden zelf in die tijd niet gedacht hebben. Zij voelden zich in de ziekenhuizen miskend ten opzichte van verpleegkundigen. Die miskenning veranderde enigszins nadat ziekenverzorgenden zich steeds meer gingen vestigen in de verpleeghuizen. Daar konden zij in hun eigen veld ruimschoots uit de voeten. Van functioneel/handelingsgericht konden zij vanaf medio jaren tachtig in hun eigen veld

[144] Nationale Raad voor de Volksgezondheid, *Advies inzake de profielschets van een beroepsbeoefenaar die zich professioneel bezighoudt met het verplegen* (Zoetermeer 1984) 48. Bakker en Le Grand-van den Bogaard, *Verpleegkundig Beroepsprofiel*, 44 en 48.
[145] Bakker en le Grand-van den Bogaard, red., *Verpleegkundig beroepsprofiel*, 38.

methodisch aan de slag. Daar kon het ook gebeuren dat een verpleegkundige hiërarchisch onder een ziekenverzorgende kwam te werken.

5. De MBO-verpleegkunde: een buiten de traditie ontstane opleiding

De Middelbare Beroepsopleiding tot Verpleegkundige (MBO-V) was in 1972, met de Hogere Beroepsopleiding tot Verpleegkundige (HBO-V), de eerste opleiding tot verpleegkundige binnen het dagonderwijs. Het was de bedoeling dat deze opleiding het inservice-onderwijs zou vervangen.[1] Daarmee zouden verschillende problemen in de inservice-opleidingen, die in vorige hoofdstukken ter sprake kwamen, worden opgelost. De leerling hoefde als stagiaire geen productieve werknemer meer te zijn. De aspirant-leerling zou direct vanaf de middelbare school de opleiding in kunnen, zodat er geen gat ontstond tussen schoolverlaten en de gerechtigde leeftijd om aan een inservice-opleiding te mogen beginnen. Omdat de MBO-V korter duurde dan bijvoorbeeld de A-opleiding zou de werkvloer sneller over gediplomeerden kunnen beschikken, hetgeen gunstig zou uitwerken op het nog altijd dringende personeelstekort. Bovendien zou de MBO-verpleegkundige in alle velden inzetbaar zijn, omdat zij voor alle velden zou worden opgeleid. De instelling kreeg daardoor een breed opgeleide verpleegkundige die oog had voor de socio-psycho-somatische en spirituele kanten van de zorgvrager in alle toen denkbare velden binnen de verpleegkunde.

De nieuwe MBO-opleiding zou een flink aantal problemen in de verpleegkunde moeten oplossen, maar hoe de opleiding er precies zou moeten uitzien en hoe de MBO-verpleegkundige zich ten opzichte van andere verpleegkundige zou onderscheiden, dat lag in 1972 nog grotendeels in het verborgene. De opleiding moest een weg bewandelen die totaal nieuw was. De verpleegkundige moest namelijk voor het eerst in het dagonderwijs opgeleid worden, los van een verpleeginstelling. Bovendien moest de nieuwe verpleegkundige in vijf velden kunnen werken: algemeen en psychiatrisch ziekenhuis, verstandelijk gehandicaptenzorg, verpleeghuis en wijkverpleging. De eerste MBO-V die in 1972 kon beginnen was die in Eindhoven. Het jaar daarop konden Leeuwarden, Hoogeveen en Rotterdam starten en nog weer een jaar later Leidschendam. Daar bleef het uiteindelijk bij. De MBO-V's kregen, met name in Rotterdam, een totaal andere invulling dan de traditionele inservice-opleidingen, waarbij het beroep van de verpleegkundige op een sterk vernieuwende manier werd benaderd en aan de hand van kernbegrippen uit de agogiek veel nadrukkelijker werd gericht op de 'totale mens'. Het was in veel opzichten een totaal nieuw experiment, dat ook een belangrijk stempel zou drukken op het latere beroepsprofiel. Maar het veld bleek in de jaren zeventig voor zoveel vernieuwing nog niet klaar.

In de geschiedschrijving over de verpleegkunde in Nederland heeft het experiment met de opleiding tot MBO-verpleegkundige nog nauwelijks de aandacht gekregen die het verdient. Zelfs Van der Meij-de Leur schreef in het standaardwerk *Van olie en wijn*, dat in 1989 nog een herziene druk kreeg, slechts in een paar regels dat de MBO-V een decennium heeft bestaan voordat die van het Ministerie van Volksgezondheid naar het Ministerie van Onderwijs werd overgeheveld. In dit hoofdstuk zal het kortstondige bestaan van de MBO-V nader worden geanalyseerd. Waarom startte dit experiment, hoe verliep het en om welke redenen kwam het tot een einde?

Victor van Gemert en Truus Spijker bespraken de MBO-V samen met de HBO-V nog het meest uitgebreid in bewerkte scripties (culturele antropologie) *Verdichtsel en werkelijkheid* (1990). Opmerkelijk genoeg waren zij over het dagonderwijs weinig enthousiast. Zij stelden vast dat het verpleegkundig kader de MBO-V's en HBO-V's zelf wel als een belangrijke vooruitgang zag, maar zelf waren zij van mening dat de nieuwe nadruk op

[1] Kamerstukken Tweede Kamer 1978-1979, Kamerstuknummer 15300 XVII, Ondernummer 51, Brief van de Staatssecretarissen van Volksgezondheid en Milieuhygiëne en van Onderwijs en Wetenschappen, respectievelijk E. Veder-Smit en K. de Jong. J.J. von Nordheim, 'De M.B.O.-V. wordt niet overgedragen aan O. en W.', *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 32 (1979) 1009-1014, aldaar 1009.

de agogiek[2] in het curriculum niet leidde tot een oplossing van de identiteitscrisis.[3] Dat laatste roept vragen op. In de volgende paragraaf zal het tegendeel worden betoogd.

Als het aan de scholen lag, zou de opleiding nog hebben bestaan. In dit hoofdstuk zal duidelijk worden hoe Rotterdam knokte voor het voortbestaan van een volwaardige MBO-verpleegkunde. De MBO-V was echter een kort leven beschoren doordat ze bekneld raakte tussen het Ministerie van Onderwijs en Wetenschappen, Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, Centrale Raad voor de Volksgezondheid, scholen en de werkvloer. Alle actoren en instellingen hadden zo hun eigen bedoelingen met de MBO-V, met als uiteindelijk resultaat dat de MBO-V het onderspit moest delven.

Dit hoofdstuk laat zien hoe het gevecht van de MBO-V verliep en hoe er met deze opleiding werd gesold en hoe zij uiteindelijk ten onder ging. Maar ook wordt duidelijk dat de MBO-V, ondanks haar korte bestaan, een originele zoektocht ondernam naar de taak, verantwoordelijkheid en identiteit van de verpleegkunde.

Het waarom van een MBO-V

Voor zover de MBO-V in historische overzichten over de verpleegkunde wordt aangestipt, wordt als startschot van de opleiding meestal melding gemaakt van de Nota van de Commissie Von Nordheim uit 1970.[4] Bij nader inzien is dat niet helemaal terecht, want vier jaar eerder, in 1966, was een dergelijke opleiding reeds bepleit door een bredere studie van de Studiecommissie Examencommissies (zie hoofdstuk 2).[5] Deze Studiecommissie had het verpleegkundig dagonderwijs op drie niveaus uitgewerkt als vervolg op respectievelijk LAVO, MAVO en HAVO. De Studiecommissie Examencommissies legde in 1966 de problemen van de inservice-opleidingen bloot en vond dat ‘de verpleging (…) een van de grond af nieuw opgebouwde opleiding nodig [had]’.[6] Omdat de inservice-opleidingen niet (meer) pasten in de bestaande onderwijsvoorzieningen, vond de Studiecommissie dat de verpleging moest worden ingepast in de Wet op het voortgezet onderwijs (kortweg Mammoetwet) van 1963, die in 1968 in werking zou treden.

De Studiecommissie onderkende dat de wettelijk vastgestelde toelatingsleeftijd voor de inservice-opleiding (zeventien jaar en zeven maanden) een gat deed ontstaan tussen het verlaten van de middelbare school (doorgaans op zestien jarige leeftijd) en de aanvang van de opleiding, met als gevolg dat aspirant-leerlingen verloren gingen. Een ander probleem was volgens de Studiecommissie dat een vrouw na diplomering (21-jarige leeftijd) gemiddeld nog slechts twee jaar actief was in een instelling voor zij in het huwelijk trad en dus inclusief de opleiding niet meer dan gemiddeld vijf jaar actief was in de verpleging. Andere bezwaren waren dat de leerling tegelijkertijd werknemer was, waardoor tegengestelde belangen ontstonden. Andere tekortkomingen van de inservice-opleidingen waren volgens de

---

[2] Van Gemert en Spijker gebruiken de term agologie. Over de termen binnen deze wetenschap, zie verderop.
[3] Van Gemert en Spijker, *Verdichtsel en werkelijkheid*, 130-132.
[4] Commissie Von Nordheim, *Nota uitgebracht door de Commissie Von Nordheim op verzoek van de beraadsconferentie over opleidingen in de verplegingssektor op 24 en 25 februari 1970*, [1970].
[5] Hier wordt de volgende studie bedoeld: *De opleiding in de verpleegkunde. Een voorstel tot reorganisatie van de opleiding in de verpleegkunde, voorgelegd aan, bewerkt in en uitgegeven door de studiekommissie van de drie gezamenlijke examenkommissies van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie en Neurologie, Vereniging van Katholieke Gestichtsartsen, Vereniging tot Christelijke Verzorging van Geestes- en Zenuwzieken*. De tekst werd ook afgedrukt als: Studiecommissie van de drie gezamenlijke examencommissies van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie en Neurologie, Vereniging van Katholieke Gestichtsartsen, Vereniging tot Christelijke Verzorging van Geestes- en Zenuwzieken, ‘De opleiding in de verpleegkunde. Een voorstel tot reorganisatie van de opleiding in de verpleegkunde’, *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 19 (1966) 134-141.
[6] Studiecommissie van de drie gezamenlijke examencommissies, ‘De opleiding in de verpleegkunde’, 141.

Studiecommissie dat didactisch en pedagogisch ongeschoolde artsen les gaven en dat één opleiding de leerling opleidde voor een aantal wel zeer uiteenlopende taken: van eenvoudige zaalwerkzaamheden tot leidinggevende taken. Voorts kende de inservice-opleiding geen inspectie vergelijkbaar met andere vormen van onderwijs, omdat de inservice-opleiding onder het Ministerie van Volksgezondheid ressorteerde en niet onder dat van Onderwijs.[7] Twee ministeriële beleidsambtenaren vertelden in een terugblik dat het ontbreken van een dagopleiding voor de verpleegkunde

> eigenlijk een brok rechtsongelijkheid ten opzichte van andere beroepen en opleidingen [was] als je een grote categorie leerlingen alleen maar in in-service-verband kunt opleiden, waar vaak de typische werksituatie het opleidingsklimaat [bepaalde].[8]

De Commissie Von Nordheim kwam in 1970 met ongeveer dezelfde conclusies als de Studiecommissie van de drie gezamenlijke examencommissies en gaf vier suggesties voor een MBO-opleiding tot verpleegkundige in het dagonderwijs.[9] De verpleegkundige op middelbaar niveau moest in alle velden van de gezondheidszorg inzetbaar zijn, in tegenstelling tot de tot één veld opgeleide inservice-verpleegkundige. De nieuwe opleiding moest direct aansluiten op het voortgezet onderwijs binnen de Mammoetwet. In het inservice-onderwijs was dat niet mogelijk, omdat een leerling zeventien jaar en zeven maanden oud moest zijn. Die leeftijd gaf geen directe aansluiting op bijvoorbeeld het LAVO/MAVO. Mogelijk gingen daardoor aspirant-leerlingen verloren.[10] De MBO-V betekende wel dat de leerling jonger de verpleging in kwam, maar de Commissie Von Nordheim vond dat de nieuwe opleiding geen emotionele risico's voor de leerlingen met zich mee mocht brengen. De behoeften en mogelijkheden van de leerling moesten centraal komen te staan. Dat zou ook kunnen omdat de leerling binnen het MBO geen productieve werknemer hoefde te zijn zoals in het inservice-onderwijs, maar een stagiaire die beroepsgericht en niet functiegericht kon worden opgeleid. De opleiding kon volgens de Commissie in drie jaar worden voltooid, zodat de praktijk sneller over

---

[7] Ibidem, 134-135.

[8] Aldus F. Jansen en B. de Rave, beleidsambtenaren van de Ministeries van Onderwijs en Volksgezondheid, T. Versteege-van de Pasch, 'Van MBO-V naar MDGO-Vp', *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 38 (1985) 102-108, aldaar 102.

[9] In de Commissie Von Nordheim zat ook de psychiater A.C. Lit, lid van de genoemde Studiecommissie Examencommissies (zie bijlage 23). In Driebergen op 24 en 25 februari 1970 was de daadwerkelijke aanzet voor een nieuw soort opleiding in de verpleging. Op die dag besloten deelnemers in een beraadsconferentie een commissie samen te stellen onder voorzitterschap van mevrouw J.J. (Joukje) von Nordheim (voor de samenstelling van de commissie, zie bijlage 23). Aan de conferentie namen 75 mensen uit alle velden deel. Deze was voorbereid door: M. van Driel Krol, J.C. Groneman, A.C. Lit, C.J.M. Nieland, H.W. Stuit, J.A. Tjebbes (rapporteur), J. Veerman, J. de Vries. Algehele leiding werd verzorgd door C.J. Wigbers en A.S. Manneke. De doelstelling van deze conferentie was: '(…) enerzijds constaterend gericht op het heden, anderzijds gericht op fundamentele vernieuwing, op de mogelijke of gewenste toekomst. Het laatstgenoemde doet een spanningsveld ontstaan tussen het denken op korte en op lange termijn. Getracht moet worden om zover mogelijk te komen, tot een visie met deadline. Het is de bedoeling dat deze conferentie consequenties heeft.' NA, Centr. Raad Volksgezondheid, 2.27.16, inv.nr. 658, Verslag van de beraadsconferentie over opleidingen in de verplegingssector, 24-25 februari 1970 Eijkmanhuis te Driebergen.

[10] Sommige instellingen hadden in het verleden iets bedacht om leerlingen aan zich te binden door aspirant-leerlingen voortrajecten aan te bieden. Eerder hadden de Gemeenteziekenhuizen te Rotterdam, het R.K. Ziekenhuis te Zwolle en het Binnengasthuis te Amsterdam voor schoolverlaters van 16 jaar een opleiding tot aspirant leerling-verpleegsters. Deze aspirant leerling-verpleegsters waren extern (in Zwolle intern) en werden inservice opgeleid, aldus: Albertine Brij, 'Iets over de opleiding van adspirant leerling-verpleegster bij de Gemeente-Ziekenhuizen van Rotterdam', *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 8 (1955) 110-114. 'School voor aspirant leerling-verpleegsters geopend in het Binnengasthuis', *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 16 (1963) 113-114. Ook de B-opleiding had voortrajecten (zie hoofdstuk 2).

gediplomeerden kon beschikken. Hiermee zou het nog steeds bestaande personeelstekort kunnen worden teruggedrongen. De Commissie beoogde hiermee dat carrièreplanning kon worden bevorderd.[11]

De nieuwe opleiding introduceerde nog een ander onbekend fenomeen in de verpleegkunde, namelijk: het bij aanvang samengaan van twee beroepsgroepen in één opleiding. Niet de vooropleiding was bepalend voor het eindniveau, maar de schoolresultaten van de leerling. Iedereen met een diploma van een vierjarige middelbare schoolopleiding kon de verpleging in. Dit was niet zomaar een loze ingeving van de Commissie Von Nordheim, maar een ingeving die zij maatschappelijk relevant achtte. De leerling moest 'in de school leren omgaan met anderen, ongeacht verschillen in intelligentie en sociaal niveau' en bovendien, aldus de Commissie, was deze constructie 'in verband met de realiteit van de beroepspraktijk'. Het gevolg zou zijn, dat er een nieuwe situatie ontstond van twee niveaus binnen één opleiding: een MBO-verpleegkundige en een 'MBO-ziekenverzorgende'. In de eerste periode kon een gezamenlijk programma worden aangeboden. Na het eerste jaar vond een differentiatie plaats in de niveaus verpleegkundige en ziekenverzorgende.[12]

De Commissie Von Nordheim stelde een leerplan op waarbij de leerling-verpleegkundige middels stages verschillende velden zou leren kennen. De dagopleiding tot ziekenverzorgende zou in het tweede jaar bestaan uit een tweetal stageperiodes (liefst een intra- en extramurale stage) met in de tweede helft van het tweede jaar een inwerkperiode, gekoppeld 'aan een gerichte theoretische begeleiding (seminaar) door de school'. Het diploma zou na anderhalf jaar gegeven kunnen worden. Verpleegkundigen moesten in het tweede jaar vier stages lopen in vier verschillende sectoren (A-, B-, Z- en wijkverpleegkunde) en in het derde jaar in de twee velden waarin zij zouden willen werken. Zij zouden na twee en een half jaar kunnen diplomeren met daarna nog een half jaar voor een inwerkprogramma in het veld waarin zij gingen werken en waar ook de school theoretische begeleiding zou geven.[13]

De Commissie Von Nordheim formuleerde de doelstelling van de nieuwe opleiding in twee overkoepelende leerdoelen die duidelijk niet alleen op medisch-technische vaardigheden, maar ook en vooral op sociale vaardigheden waren gericht:

> Het aankweken van een grondhouding welke zich beweegt tussen solidariteit en objektiviteit. Enerzijds moet men zich emotioneel verbonden voelen met de patiënt/cliënt, anderzijds moet men voldoende objektiviteit bezitten om adequaat te helpen.
> Het verwerven van kennis en vaardigheden, welke enerzijds betrekking hebben op het agogisch handelen, anderzijds op het medisch-technisch handelen.[14]

Met deze prominente plaats voor 'agogisch handelen' in de leerdoelen van de nieuwe opleiding koos de Commissie nadrukkelijk stelling in een breder debat over de taak van de verpleegkundige dat rond 1970 in verhevigde mate werd gevoerd.

In het jaar dat de eerste MBO-V begon, in 1972, startten de sociaal wetenschappers Bart van Bergen en Louk Hollands een discussie door te stellen dat de verpleegkunde uit moest gaan van het somatisch disfunctioneren (zie hoofdstuk 2 en 6). Daarmee zou, volgens Van Bergen en Hollands, de verpleegkundige in de psychiatrie en zwakzinnigenzorg geen verpleegkundige zijn, wanneer er geen sprake was van somatisch disfunctioneren, maar bijvoorbeeld groepsbegeleider en agoog. In 1992 zouden Van Bergen en Hollands die stelling relativeren omdat zij ook wel zagen dat absolute waarheden niet bestonden en dat 'gedachten,

[11] Commissie Von Nordheim, *Nota*, 4-6.
[12] Ibidem, 7.
[13] Ibidem, 10-13.
[14] Ibidem, 6.

visies en theorieën (…) op hun vertaalbaarheid naar de praktijk' bezien moesten worden.[15] Hoewel hun visie zeer zeker duidelijkheid had kunnen scheppen, maar ook het einde van de B- en Z-verpleegkunde had kunnen betekenen, kon de ontwikkeling in de verpleegkunde niet meer worden terug gedraaid. De Commissie Von Nordheim huldigde in 1970 het principe dat in de opleiding 'de mens als totaliteit' moest worden bezien, zowel 'het somatische als het psychosociale [diende] de aandacht te krijgen'.[16]

Wat behelsde de agogiek nu eigenlijk precies? Het begrip is niet makkelijk te omschrijven en niet voor één uitleg vatbaar. Er zijn aldus Jan Willem Duyvendak in zijn boek *De planning van ontplooiing* (1999) 'in de andragologie eindeloos debatten gevoerd over de verschillende betekenissen van agogie, agogiek, agologie, andragogie, andragogiek en andragologie'.[17] De andragologie heeft als zelfstandige wetenschap volgens de socioloog Maaike de Boois, bestaan tussen 1970 en 1983.[18] Dat is precies de periode waarin de MBO-V tot stand kwam en ten onder ging. De agogiek heeft zeker bijgedragen aan het verkrijgen van een identiteit van de verpleegkunde. Door de agogiek in het curriculum op te nemen had de MBO-verpleegkundige een extra hulpmiddel in handen om zorgvragers om te leren gaan met (psychosociale) beperkingen, onder meer met behulp van gesprekstechnieken. Zoals met name in het tweede hoofdstuk al duidelijk is geworden, wilden B-verpleegkundigen agogische instrumenten in handen hebben om hun zorgvragers niet alleen somatisch te hoeven bedienen.

Victor van Gemert en Truus Spijker waren in 1990 nog een andere mening toegedaan. Zij betoogden dat het verpleegkundig kader wel vond dat de nieuwe opleiding in het dagonderwijs een belangrijk winstpunt was, los van de bevoogding door artsen, maar zelf waren zij niet helemaal positief. Zij merkten op dat er in de jaren zeventig het verpleegkundig beroep een andere inhoud kreeg waarbij de associatie met zorg verviel en dat meer dan voorheen 'de sociale en menswetenschappen zich [deden] gelden'. Blijkbaar redeneerden Van Gemert en Spijker vanuit een somatisch perspectief, want volgens hen gaf de agologie wel een 'zekere invulling' van de verpleegkunde, maar ze was geen instrument dat leidde tot professionalisering of om uit de identiteitscrisis te komen, waarin de verpleegkunde zich volgens deze auteurs in 1990 nog steeds bevond.[19] Toch zou ook anders betoogd kunnen worden. Juist het dagonderwijs heeft bewezen dat met het inlijven van de agogiek verpleegkundigen instrumenten in handen kregen om de totale mens te verplegen. Verpleegkundige modellen die vanaf de jaren tachtig onderwezen werden in het verpleegkundig onderwijs konden niet zonder. De verpleegkundigen zouden de agogiek nodig

---

[15] Van Bergen en Hollands, 'Verplegen volgens "Het Profiel"' (1992) 50. In de eerste druk van de bundel *De delta van de Nederlandse verpleging* (1988) schreven de auteurs het volgende: 'Het is niet reëel dat alle verpleegkundigen het eens moeten zijn over de ene theorie die tot absolute waarheid verheven kan worden. Moe van 'theologische' discussies die ontaarden in verbale steekspelen is er een toenemend besef bij ons dat de verschillende theorieën intussen meer met elkaar gemeen hebben dan verschillen. Dit betekent dat vooral de mate van operationaliseerbaarheid en praktische toepassingsmogelijkheden over de waarde van gekozen verpleegkundige uitgangspunten zullen beslissen'. Van Bergen en Hollands, 'Verplegen volgens "Het Profiel"' (1988) 63.

[16] Commissie Von Nordheim, *Nota*, 8.

[17] Duyvendak, *De planning van ontplooiing*, 123. De agogie (pedagogie, andragogie, geronto-agogie) staat voor agogische praktijk; agogiek (pedagogiek, andragogiek, geronto-agogiek) staat voor praktijktheorie en agologie (pedagologie, andragologie, geronto-agologie) staat voor wetenschappelijke theorie. A. Bobbink e.a., *Agogiek voor gezondheidszorg en verpleegkunde* (4e herziene druk; Houten 2005) 15.

[18] 'Andragologie bestond als zelfstandige wetenschappelijke studie van 1970 tot 1983. Zij hield zich bezig met de deskundige hulpverlening aan en vorming van volwassenen (…) De academische andragologie komt voort uit de sociale psychologie en sociale pedagogiek, die vanuit 1947 in de zogeheten Sectie C van de Faculteit de Sociale wetenschappen aan de Universiteit van Amsterdam bestaan'. Maaike de Boois, 'Andragologie', website Body of Knowledge Sociaal Werk. http://www.bodyofknowledgesociaalwerk.nl/andragogiek (22 mei 2014).

[19] Van Gemert en Spijker, *Verdichtsel en werkelijkheid*, 130-132.

hebben om onder meer de preventieve, voorlichtende, begeleidende en coördinerende taken te kunnen verrichten die een onderdeel van hun beroep gingen vormen.

De opzet van de MBO-V betekende een aardverschuiving in de verpleegkunde. Deze dagopleiding leek alle problemen die in de inservice-opleidingen speelden weg te nemen. De uitgangspunten van de Commissie Von Nordheim vormden dan ook voor staatssecretaris R.J.H. Kruisinga het startsein om experimenten toe te staan en hij stelde daartoe in oktober 1970 de Begeleidingscommissie Experimenten in (waarin leden zaten uit de Commissie Von Nordheim, zie bijlage 23[20]). Kruisinga was als lid van de Christelijk-Historische Unie (CHU), niet zo behoudend als misschien gedacht wordt.[21] Hij ging mee met vernieuwing in de verpleegkunde en na zijn fiat werkte de Begeleidingscommissie als het ware de uitgangspunten van de Commissie Von Nordheim verder uit in een op 1 juni 1971 vrijgekomen Eerste Rapport. De Begeleidingscommissie zag een brede verpleegkunde die zich uitstrekte over vijf gebieden: verpleegkundige kennis, psychologische kennis, (ortho)pedagogische respectievelijk agogische kennis, sociologische en sociale kennis en medische kennis. Verbeterde onderwijsmethoden zouden de kansen op zelfontplooiing van de leerling en de betrokkenheid op het beroep vergroten. Daarom zouden de scholen onder de Mammoetwet moeten vallen, onafhankelijk van, maar in gelijkwaardige samenwerking met ziekenhuizen of andere soorten verpleeginstellingen. De Begeleidingscommissie vond dat de experimenten moesten worden beperkt tot vier-vijf scholen met per schooljaar vier klassen van maximaal 24 leerlingen met een gemiddelde groepsgrootte van 15 leerlingen. De experimentele scholen moesten op elkaar afgestemd worden en in de praktijk moest een programma worden opgesteld, met bovendien één (bijgeschoolde) praktijkbegeleider per acht à vijftien leerlingen en een onderwijscoördinator per instelling.[22]

De voorzitter van de Landelijke Stuurgroep Experimentele Opleiding Verplegende en Verzorgende Beroepen en arts M.C. de Haan[23] erkende de noodzaak van een MBO-V vanwege veranderingen in de gezondheidszorg, de maatschappij en het onderwijs. Hij vond dat de ziekenhuizen en dus ook de inservice-opleidingen teveel gesloten instellingen waren. Die kastemaatschappij moest van ‘ik’ en ‘mijn’, ‘wij’ en ‘onze’ worden. De Haan maakte duidelijk dat de inservice-opleidingen als het ware een eigen leven waren gaan leiden, afgesloten van de maatschappij, zonder de ontwikkelingen in het onderwijs te volgen en zonder de ontwikkelingen in de steeds complexere gezondheidszorg bij te kunnen benen. Hij meende dat de patiënt mondiger was geworden door massamedia en betere opleiding. Dat betekende dat de gezondheidszorgwerker zich niet meer boven, maar naast de patiënt moest opstellen ‘in een dialoog tussen gelijkwaardigen, ieder met zijn eigen deskundigheid’. De

[20] Commissie Von Nordheim, *Nota*, 3. Begeleidingscommissie Experimenten, ‘Eerste rapport van de Begeleidingscommissie Experimenten op het gebied van opleidingen in de verplegende en verzorgende beroepen aan Zijne Excellentie de Staatssecretaris van Sociale Zaken en Volksgezondheid’, *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 24 (1971) 674- 680, aldaar 674-675. Begeleidingscommissie Experimenten, ‘Tweede rapport van de Begeleidingscommissie Experimenten op het gebied van opleidingen in de verplegende en verzorgende beroepen aan Zijne Excellentie de Minister van Volksgezondheid en Milieuhygiëne’, *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 26 (1973) 799-810, aldaar 799.

[21] Kruisinga zou in 1978 als Minister van Defensie aftreden omdat hij vond dat Nederland afwijzend moest reageren op het Amerikaanse besluit tot het in productie nemen van de Neutronenbom. Kruisinga was hervormd, maar van huis uit doopsgezind [en daarom nog pacifist], website Parlement & Politiek. http://www.parlement.com/id/vg09llf0tjxq/r_j_h_roelof_kruisinga (26 juni 2014).

[22] Begeleidingscommissie Experimenten, ‘Eerste Rapport van de Begeleidingscommissie Experimenten’, 676 en 678-680.

[23] M.C. de Haan was geneesheer-directeur van het Diaconessenhuis te Eindhoven, voorzitter van de Landelijke Stuurgroep Experimentele Opleiding Verplegende en Verzorgende Beroepen en secretaris van het bestuur van het Regionaal Opleidingsinstituut voor de Verplegende en Verzorgende Beroepen te Eindhoven.

patiënt wilde met zijn eigen verantwoordelijkheid participeren in de gezondheidszorg die hem betrof.[24] Volgens De Haan kon de gezondheidszorg zich slechts goed ontwikkelen als:

> de werkers in de gezondheidszorg geïntegreerd met elkaar aan (sic) eenheid kunnen vormen en in een team om de patiënt kunnen staan die hulp behoeft.
> de werkers in de gezondheidszorg maatschappelijk geëngageerd zijn, zodat zij oog hebben voor de vragen en de veranderingen in de maatschappij en zich daarbij kunnen aanpassen.[25]

De MBO-V leek dus in tal van opzichten een antwoord op de 'achterhaalde' kaste-bevestigende inservice-opleiding. Maar er blijkt ook nog een heel andere reden te zijn geweest voor het instellen van een MBO-V. In 1976 kwam een Tweede Kamerlid van de Partij van de Arbeid met de suggestie het aantal MBO-V's uit te breiden omdat hij meende dat de MBO-V aantrekkelijker zou zijn voor mannen. Mannen waren nodig in de verpleging omdat, zo stelde hij, 'het rendement van vrouwen slechts 5 jaar is en het opleiden van mannen die aanzienlijk langer zouden werken dus veel rendabeler zou zijn. 'Met een echte schoolopleiding wordt de verpleging een echt vak', zo meende dit Kamerlid, suggererend dat dit niet alleen de algemene beroepstrots zou versterken, maar de aantrekkingskracht van de opleiding juist op jonge mannen zou vergroten.[26] Roland Janssen en Sjef den Uyl beaamden in 1975 dat door een dreigend vrouwentekort een nieuwe opleiding tot verpleegkundige noodzakelijk was, om reden dat de huwelijksleeftijd omlaag ging en de vrouw daardoor de verpleging verliet. Zij zagen ten slotte ook nog een economische reden. Het zou goedkoper zijn als (kleine) opleidingen gecentraliseerd verder gingen.[27]

De eerste experimenten vanaf 1972

Vol goede moed gingen de eerste experimentele MBO-V's van start. In 1972 begon de in 1971 opgerichte Stichting Regionaal Opleidingsinstituut voor de Verplegende en Verzorgende Beroepen te Eindhoven als eerste en een jaar lang als enige MBO-V. Het experiment zorgde samen met de HBO-V voor een revolutie in de verpleegkunde, want voor het eerst in de geschiedenis zou er een verpleegkundige in één opleiding opgeleid worden voor alle velden. Het doel van het experiment was om te onderzoeken of dat mogelijk was binnen het normale beroepsonderwijs in de Mammoetwet. Met de scholen zou ervaringen opgedaan moeten worden met leerstofinhouden en leervormen.[28] De leerplanopzet van Eindhoven was volgens de Begeleidingscommissie voor aanvang niet in alle opzichten bevredigend omdat er in het tweede jaar al te veel accent lag op de praktijkervaring. Toch kon worden gestart met het experiment [29] Helaas is dit Eindhovense leerplan niet meer te achterhalen, omdat archieven verloren zijn gegaan tijdens verhuizingen en/of door samengaan van scholen. Gelukkig kan

[24] De Haan, 'De noodzaak van de MBOV', 485-486. M.C. de Haan, 'Verpleegkundige opleidingen in toekomstperspectief. De M.B.O.V-ers in opleiding en praktijk (2)', *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 29 (1976) 408-417, aldaar 410.
[25] De Haan, 'De noodzaak van de MBOV', 490.
[26] Kamerstukken Tweede Kamer 1975-1976, kamerstuknummer 13939, ondernummer 1, Verslag van mondeling overleg.
[27] Janssen en Den Uyl, *In-service opleiding dood? Leve de MBO-V?*, 36-37.
[28] Begeleidingscommissie Experimenten, 'Tweede rapport van de Begeleidingscommissie Experimenten', 800-801.
[29] Ibidem, 803.

veel gecompenseerd worden met werken die dichtbij de bronnen stonden, zo niet bronnen zijn.[30]

Eindhoven hield, anders dan de Commissie Von Nordheim voor ogen had, ziekenverzorgenden en verpleegkundigen gescheiden. De directeur van de Eindhovense school J.H.W. Hendriks, vertelde tijdens een conferentie in 1972 dat de school startte met 25 leerling verzorgenden en 75 leerling verplegenden en dat er van die honderd leerlingen twintig jongens waren. De MBO-V in Eindhoven werkte in haar opzet per veld, maar men poogde volgens de 'Eindhovense' verpleegkundige A.M. van Dijk, 'het accent te leggen op het algemene van de verpleegkundige beroepsuitoefening'. Op deze wijze kwamen alle facetten van de verpleegkunde aan bod, zowel in theorie als tijdens de observatiestages. Dat alles vond plaats in het tweede jaar, na het algemeen vormend en beroepsoriënterend eerste jaar. De tweede periode kende zes leereenheden met theorie en met observatie in de praktijk voor achtereenvolgens: de mens in de maatschappij, het (zieke) kind, de (somatisch) zieke mens, de chronisch zieke en bejaarde mens, de zwakzinnige mens en de psychisch zieke mens. De derde periode kende één leereenheid, namelijk theoretische en praktische uitdieping (participatie). De leerling participeerde in die derde periode in twee velden: twintig weken waar de verpleegtechniek centraal stond en één met het accent op de agogiek. Dat betekende dat voor verpleegtechniek gedacht kon worden aan een algemeen ziekenhuis en een somatisch verpleeghuis en voor agogiek aan een instelling voor mensen met een verstandelijke beperking, een psychiatrisch ziekenhuis en verpleging in de wijk. In totaal bevatte de Eindhovense MBO-V 3600 uren.[31]

Nog voordat de experimentele school in Eindhoven daadwerkelijk startte, publiceerde de Stichting Christelijke School tot Opleiding van Verplegenden ofwel de Prinses Margrietschool te Rotterdam in 1970/1971 een *Rapport experimentele opleidingen in de verplegingssector* met een urenoverzicht van het eerste lesjaar. Uitgaande van 36 lesweken bij 6 lesuren per dag voor zowel de ziekenverzorgstersopleiding als de opleiding tot verpleegkundige, kwam de school uit op 1080 lesuren voor het eerste jaar.[32] Net als Eindhoven lijkt ook Rotterdam het plan te hebben gehad om bij aanvang ziekenverzorgenden en verpleegkundigen te splitsen, terwijl de Nota van de Commissie Von Nordheim juist het idee lanceerde om te differentiëren tijdens de opleiding en niet op voorhand. Rotterdam bood wel (bijna) hetzelfde vakkenpakket voor beide doelgroepen aan, maar het aantal uren per vak kon verschillen. Ziekenverzorgenden kregen in de theoretische opleiding niet de vakken interne geneeskunde, chirurgie en medische techniek.[33] De MBO-V van Rotterdam voorzag problemen wat betreft de praktijkervaring voor alle velden, want om 'dezelfde routine en vaardigheid in verpleegkundige taken te bezitten' zou er 'rekening moeten worden gehouden met een aanzienlijke na-scholing', zoals ook in de Nota van de Commissie Von Nordheim

---

[30] J.H.W. Hendriks, 'M.B.O.V-project te Eindhoven', *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 25 (1972) 1254-1257. J.H.W. Hendriks was directeur van de Stichting Regionaal Opleidingsinstituut voor de Verplegende en Verzorgende Beroepen te Eindhoven. M. Lips, *De organisatie van het onderwijs en het verloop van leerling-verplegenden. Een onderzoek bij een Middelbare Beroeps Opleiding voor Verplegenden te Eindhoven*. Afstudeerwerk University of Technology Eindhoven (Eindhoven 1974). Janssen en Den Uyl, *In-service opleiding dood? Leve de MBO-V?*A.M. van Dijk, 'Enige opmerkingen bij M.B.O.V-opleiding', *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 28 (1975) 563-567. Van Dijk was een 'Eindhovense' verpleegkundige.

[31] Ibidem. Lips schreef dat de tweede periode aanvankelijk anderhalf jaar duurde met een stage in elk veld en de derde periode een half jaar met één participatieperiode: Lips, *De organisatie van het onderwijs en het verloop van leerling-verplegenden*, 9-10.

[32] Prinses Margriet School, Rotterdam, Stichting Christelijke School tot Opleiding van Verplegenden, *Rapport experimentele opleiding in de verplegingssector* Prinses Margriet School (Rotterdam) in: Verslagen en Mededelingen Volksgezondheid nummer 6 ('s-Gravenhage 1971) 225-239, aldaar 230-231.

[33] Ibidem, 231.

was aangegeven. Rotterdam ging nog uit van een door de school begeleide inwerkperiode, zoals de Commissie Von Nordheim dat voorstelde.[34]

De Rotterdamse experimentele MBO-V startte een jaar na Eindhoven in 1973 onder de naam Rotterdams Experiment Opleiding Verplegende en Verzorgende Beroepen met 91 meisjes en 7 jongens (zo'n 13 procent minder jongens dan in Eindhoven).[35] Rotterdam wilde onder meer een volwaardige verpleegkundige/verzorgende afleveren wanneer die na diplomering een relatief korte inwerkperiode zou krijgen. Dankzij een opgediept leerplan, kan er een beeld gegeven worden hoe de Rotterdamse MBO-V haar driejarenplan invulde.[36] Dat zag er anders uit dan het genoemde *Rapport experimentele opleidingen in de verplegingssector*. Het valt op dat het leerplan bij aanvang van de opleiding toch geen onderscheid maakte tussen ziekenverzorgenden en verpleegkundigen. Het totaal aantal uren was conform de Europese norm, namelijk 4600 (4606). Daarvan was 2174 uur voor theorie en 2432 voor praktijk. De praktijkuren waren opgesplitst in 880 voor observatie in het tweede jaar en 1552 uur voor participatie in het derde jaar.[37] Rotterdam had volgens deze uitkomsten duizend uren meer dan Eindhoven.[38]

Rotterdam had haar doelstellingen doorspekt met aandacht voor ontplooiing van de jonge leerling. In de hele opleiding was er ruimte voor sociaal-culturele vorming, in de breedste zin, ook wat betreft godsdienstige en humanitaire levensopvattingen 'ter ondersteuning van een juiste beroepshouding'.[39] In het derde jaar, waarin de leerling de langste stages liep en dus niet op school was, diende de school als klankbord op terugkomdagen. De school schonk onder meer aandacht 'aan de mogelijkheden en grenzen van democratisering'.[40] Dat was een goede zet van Rotterdam, want de leerling zou vanuit een democratisch ingestelde school in een veelal hiërarchisch ingestelde organisatie terecht komen. De docenten van de school wisten daar zelf ook alles van, want zij waren zelf opgeleid in dit kastesysteem.

In tegenstelling tot wat het *Rapport experimentele opleidingen* nog voorstond, gingen bij aanvang verpleegkunde en verzorging in Rotterdam samen.[41] Zodra er in het eerste jaar duidelijkheid was betreft de differentiatie, ging de verzorgende zich richten op

> de bijstand ten aanzien van de dagelijkse levensbehoeften van de zieke en gehandicapte mens; het gebruik van basiskennis en vaardigheden, nodig om het lijden weg te nemen of te verzachten; de uitoefening van een funktie in de

[34] Ibidem, 229.
[35] J. Heitink, 'Rotterdams experiment opleiding verplegende en verzorgende beroepen', *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 27 (1974) 150-151, aldaar 150.
[36] De Prinses Margrietschool te Rotterdam is opgegaan in het Albeda College te Rotterdam. Het archief is toen niet meegegaan (met dank aan mevrouw Anky Romeijnders, directeur Branche Gezondheidszorg van het Albeda College, e-mail 17 augustus 2010). Dankzij mevrouw Sandra de Groot (e-mail 6 juli 2010) kwam er bij Calibris (thans Samenwerkingsorganisatie Beroepsonderwijs Bedrijfsleven (SBB)) een leerplan tevoorschijn met een niet meer complete leerstofomschrijving van Rotterdam uit 1973. Calibris/SBB was/is naast de erkenning van leerbedrijven, verantwoordelijk voor vaststelling van kwalificaties in zorg, welzijn en sport. In het verlengde daarvan richten zij zich op verbetering van de kwaliteit van de beroepspraktijkvorming. www.calibris.nl (30 november 2013), www.s-bb.nl (4 november 2015). Rotterdams Experiment Opleiding Verplegende en Verzorgende Beroepen, *Leerplan* (januari 1973) met bijlage Rotterdams Experiment Opleiding Verplegende en Verzorgende Beroepen, *Leerstofomschrijving* (maart 1973).
[37] Rotterdams Experiment Opleiding Verplegende en Verzorgende Beroepen, *Leerplan*, 41.
[38] Janssen en Den Uyl, *In-service opleiding dood? Leve de MBO-V?*, 57.
[39] Rotterdams Experiment Opleiding Verplegende en Verzorgende Beroepen, *Leerplan*, 3.
[40] Ibidem, 33.
[41] FNI, Doos egodocumenten Jeltje Heitink, W.J. Speets in een toespraak ter gelegenheid van de diplomering van de eerste M.B.O.-V'ers (18 juni 1976).

> gezondheidszorg in teamverband en onder supervisie; kennis van middelen ter voorkoming van ziekten en bevordering van optimale levensomstandigheden. [42]

De verplegende ging zich daarboven ook nog richten op

> de meer kennis en inzicht vereisende technische en agogische vaardigheden, nodig om te kunnen participeren in de behandeling; de voorbereiding tot vaardigheid in het leidinggeven binnen een verpleegkundig team en in het organiseren en begeleiden van activiteiten rond de patiënt.[43]

Het zag er op papier ideaal uit, maar in de praktijk was het vragen om problemen. Onderwijskundig bleek het bijzonder lastig te zijn om in één opleiding verschillen te concretiseren in opleidingsdoelstellingen en verschillende eindtermen. De begrippen 'verzorgen' en 'verplegen' waren onvoldoende uitgewerkt in profielen: waar hield bijvoorbeeld het niveau van een sociale vaardigheid van een ziekenverzorgende op en waar begon die bij de verpleegkundige? Waar lag de grens van praktische vaardigheden voor de verschillende niveaus? Allemaal vragen die ook bij de opleiding tot ziekenverzorgenden aan de orde kwamen (zie hoofdstuk 4). In oktober 1975, dus drie jaar na de start van de eerste MBO-V, was de opleiding al belangrijk gewijzigd door de mogelijkheid van differentiatie af te schaffen. W.J. Speets, directeur van de Prinses Margrietschool in Rotterdam, vertelde in een speech in juni 1976, dat het niet mogelijk was de scheiding tussen ziekenverzorgenden en verpleegkundigen onderwijskundig vorm te geven.[44] Het ziet er niet naar uit dat de MBO-V's ooit ziekenverzorgenden hebben afgeleverd.

Belangrijker dan het experiment met een ongedifferentieerd eerste lesjaar was de nieuwe visie op verpleegkunde die in de opleiding tot MBO-verpleegkundige tot uitdrukking werd gebracht. Vooral de Rotterdamse MBO-V probeerde een ongekend andere verpleegkunde en verpleegkundige tot stand te brengen. In het leerplan stond niet de verpleegkunde centraal, maar de twee pijlers levensfasen van de mens en agogiek (zie bijlage 31).[45] De opleiding ging niet uit van aparte werkvelden, zoals de A of B, maar van de verschillende levensfasen van de verpleegde: het kind, de volwassene en de oudere. Rotterdam wilde voorkomen dat de gedachtegang van de leerling, ook in de praktijk, te veel zou gaan in een bepaalde veldrichting. Met deze methode was de kans 'groot dat de leerling op den duur een geïntegreerd beeld [kreeg] van wat de totale gezondheidszorg aan de totale mens te bieden' had.[46] De school wilde voorkomen dat de leerling zich zou oriënteren op het organisatorische schema van de gezondheidszorg dat historisch was gegroeid en dat aan de

---

[42] Rotterdams Experiment Opleiding Verplegende en Verzorgende Beroepen, *Leerplan*, 3.
[43] Ibidem.
[44] Leeuwarden bood de instroomvariant van ziekenverzorgende wel aan, met de leerstof van de opleiding tot ziekenverzorgende, 'zij het vertaald naar de diverse velden'. Vanuit de Tweede Kamer kwam daarop een vraag in hoeverre de bescherming van het diploma ziekenverzorgenden van abituriënten van de MBO-V opleiding te Leeuwarden geregeld was. Staatssecretaris J.P.M. Hendriks antwoordde dat 'de tien leerlingen die aanvankelijk werden opgeleid tot ziekenverzorgende, een zodanig aanvullende opleiding verkrijgen aan de m.b.o.-v te Leeuwarden, dat (…) het m.b.o.-v diploma kan worden uitgereikt'. Kamerstukken Tweede Kamer 1975-1976, kamerstuknummer 13622, ondernummer 4, Voorlopig Verslag. Kamerstukken Tweede Kamer 1976-1977, kamerstuknummer 13622, ondernummer 5, Memorie van antwoord. FNI, Doos egodocumenten Jeltje Heitink, Speets in een toespraak (18 juni 1976). Janssen en Den Uyl, *In-service opleiding dood? Leve de MBO-V?*, 50-51. NA, Centr. Raad Volksgezondheid, 2.27.16, inv. nr. 777, Nota met betrekking tot een Middelbare Beroepsopleiding Verpleegkundige van de Vereniging van Opleidingsinstituten voor Verplegende en Verzorgende beroepen (VOVB) (30 september 1982) 1-2.
[45] Rotterdams Experiment Opleiding Verplegende en Verzorgende Beroepen, *Leerplan*, 6-10.
[46] Ibidem, 7.

basis lag van de A-, B- en Z-opleidingen. Rotterdam gebruikte de levensfasen als thema's, die elk jaar in een cyclus terugkwamen (zie het hoofdschema in bijlage 30).

De eerste pijler levensfasen (kind (jeugdige), volwassene, bejaarde) werd gekoppeld aan de tweede pijler, de agogiek (pedagogiek, andragogiek, gerontagogiek). Zodoende konden de onderscheiden velden van de gezondheidszorg als geheel worden overzien. Agogiek stond voor: 'een (wetenschappelijk) verantwoorde sociale begeleiding, hulp- en dienstverlening aan mensen, passend bij hun situatie en de levensfase waarin zij verkeren'. Met deze uitleg was de MBO-V veldoverstijgend. De medisch-verpleegkundige kennis en de sociaal-culturele vorming waren steunpunten om tot agogische vaardigheid in het verplegend en verzorgend beroep te geraken.[47] Door de veldverkenning (stages) en de theorie te koppelen aan de levensfasen verkreeg de leerling dus een geïntegreerd beeld van wat de totale gezondheidszorg te bieden had. Silvia Stoele, een leerling die in Rotterdam in 1984 diplomeerde, herinnerde zich in 2013 vele stages die elk vijf weken duurden, in verschillende contexten. Zij liep stage in drie algemene ziekenhuizen (inclusief kraam), drie psychiatrische instellingen (inclusief een psychiatrische afdeling in een algemeen ziekenhuis), drie instellingen voor zwakzinnigenzorg (inclusief een dagverblijf), twee verpleeghuizen en een stage in de wijk.[48] Zij kon dus met de kennis over agogiek ruim uit de voeten.

De agogiek was niet helemaal nieuw in de verpleegkunde. De Z-opleiding had de pedagogiek vanouds in de lesstof opgenomen (zie hoofdstuk 3 en bijlage 41 en 42). De B-verpleegkunde kreeg na de acties in de psychiatrische verpleegkunde, andragogie in 1975 in het curriculum (zie hoofdstuk 2 en bijlage 19). Voor het A-veld betekende de agogiek als pijler wel een revolutie, omdat in dat veld de somatiek op de voorgrond stond. De keuze van de Rotterdamse MBO-V om niet de verpleegkunde, maar de levensfasen en agogiek als pijlers te nemen moet gezien worden als een weg om uit de identiteitscrisis te komen die in deze decennia de volledige verpleegkunde in de greep hield. Het lijkt er sterk op dat de Rotterdamse MBO-V, hoewel neutraal van signatuur, de inspiratie voor een nieuwe invulling van de verpleegkunde in belangrijke mate ontleende aan een religieuze grondslag en in het bijzonder aan de protestants-christelijke signatuur van de Prinses Margrietschool waaraan de MBO-V was gerelateerd.[49] De directeur van de MBO-V Jeltje Heitink was actief lid van één van de niet-behoudende Gereformeerde Kerken in Nederland. Eén van de doelstellingen van de school was dan ook dat er ruimte was voor kennisname en verwerking van godsdienstige en humanitaire levensopvattingen ter ondersteuning van een juiste beroepshouding.[50] Zonder in zuilen te denken, kwam deze school met een centraal thema, namelijk 'De mens in zijn situatie'. Aan elke situatie is een dynamisch en relationeel aspect te onderscheiden. De school bedoelde met het dynamische aspect dat de mens altijd naar iets op weg is (bijvoorbeeld naar volwassenheid, ouderdom, de dood). Het relationele aspect wilde zeggen dat

> een mens bij dit "op weg zijn" altijd in relatie staat tot andere mensen die hem bij dit "op weg zijn" helpen, of storen, liefhebben of alleen maar begeleiden. Voor velen is het op weg zijn naar en de relatie tot God een realiteit. Voor de school zal tijdens de opleiding centraal staan: "de leerling in zijn relatie tot …". Voor de

[47] Rotterdams Experiment Opleiding Verplegende en Verzorgende Beroepen, *Leerplan*, 6-10.
[48] Met dank aan Silvia Stoele (e-mail 17 november 2013). Silvia Stoele werkte als MBO-V'er vele jaren bij de extramurale geestelijke gezondheidszorg. Anno 2015 werkt zij daar als HBO-V'er in opleiding.
[49] W.J. Speets, vertelde in een toespraak dat de experimentele school geen protestants-christelijke grondslag kreeg van de Prinses Margrietschool i.v.m. het woord 'experimenteel'. Hij zei 'Het toetsbaar experimenteren met een nieuw schooltype liet geen Protestants-Christelijke grondslag toe, aldus de begeleidingscommissie van het Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, indertijd aan het adres van het bestuur van de Prinses Margrietschool': FNI, Doos egodocumenten Jeltje Heitink, Speets in een toespraak (18 juni 1976).
[50] Rotterdams Experiment Opleiding Verplegende en Verzorgende Beroepen, *Leerplan*, 3.

leerling zal steeds meer centraal komen te staan: "de patiënt in zijn relatie tot …".[51]

Hoewel dus niet vanuit de godsdienstige overwegingen geformuleerd, zijn hier wel Bijbelse normen te herkennen. In het leerplan zouden zelfs de filosofen Martin Buber en Emmanuel Levinas herkend kunnen worden. Deze hadden hun filosofie gebaseerd op de relatie met de ander. Buber zag het echt mens-zijn in een wederkerige relatie met de omgeving, in de verhouding *Ich-Du*, in een onvervalste wisselwerking.[52] Levinas had het over de relatie met de ander/Ander (zie Van den Brink-Tjebbes en Levinas in hoofdstuk 4). De historicus Bram Mellink zag in zijn studie een vergelijkbare ontwikkeling in het onderwijs in Nederland: 'Contact met God verliep voortaan langs nieuwe lijnen (…) In de jaren zestig huisde God in de medemens'.[53]

De opzet van de opleiding tot MBO-verpleegkundige sloot uiteraard aan bij de 'maakbaarheidsideologie' van begin jaren zeventig. Het kabinet-Den Uyl (1973-1977) voerde een politiek die gericht was op effectief ingrijpen in de samenleving, door bijvoorbeeld het creëren van een riant stelsel van sociale zekerheid en subsidiëring. De eerder genoemde Duyvendak sprak in dit verband nog relatief voorzichtig van 'een zeker maakbaarheidsgeloof'.[54] Hellema citeerde in dit kader een verklaring van Den Uyl waarin hij betoogde dat het kabinet voorrang wenste 'te geven aan de verbetering van de kwaliteit van het bestaan, aan behoud en verbetering van de dagelijkse leef-, woon- en werkomstandigheden boven een slaafs volgen van de technische ontwikkelingen'.[55] Volgens veel liberale politici werd met het overheidsingrijpen dat voortkwam uit deze maakbaarheidsideologie de autonomie van burgers beknot.[56] In zekere zin zou dat ook kunnen gelden voor de agogiek die met name in de Rotterdamse MBO-V een centrale rol kreeg toebedeeld. Dat zal zeker niet zo bedoeld zijn. De achterliggende gedachte van de agogiek was immers om, wanneer dat mogelijk was, de patiënt onafhankelijk, zelfstandig te houden of te maken. Een leus 'verzorgen met de handen op de rug' of een variant daarop was niet voor niets vaak gehoord.[57]

Dat de verpleegkunde geen maakbaarheidsideologie, in de zin van het beknotten van burgers, voorstond, lag besloten in bijvoorbeeld de definitie van de eerder besproken Virginia Henderson, waarin zij schreef dat de verpleegkundige zou moeten zorgen dat 'de geholpene zo snel mogelijk weer onafhankelijk' wordt.[58] De Rotterdamse definitie van agogiek ging bovendien niet uit van zorg, maar van hulp- en dienstverlening. Van den Brink-Tjebbbes en J.A Keij zouden een genuanceerd onderscheid maken tussen helpen en zorgen: 'Zorgen is riskanter dan helpen, juist omdat de hulpvraag geen uitgangspunt is'.[59] Vanuit de hulpvraag moest de patiënt/cliënt geholpen worden, niet vanuit de zorg die de verplegende denkt te moeten geven.

Vanaf het begin was het de bedoeling van de overheid om de MBO-V binnen de wettelijke kaders van de Mammoetwet te krijgen en daarmee een plaats te geven onder het

[51] Ibidem, 5.
[52] Pieter-Jan André, *Korte schets over het denken van Martin Buber* (Martin Buber Podium, Hogeschool Utrecht 2008).
[53] Mellink, *Worden zoals wij*, 112.
[54] Duyvendak, *De planning van ontplooiing*, 2-3.
[55] Hellema, *Nederland en de jaren zeventig*, 151.
[56] Duyvendak, *De planning van ontplooiing*, 2-3.
[57] J.J. Luijten, 'Begeleiden en therapie', in: Welten, *De psycho-geriatrische patiënt*, 75-100, aldaar 99-100.
[58] Henderson, *Grondbeginselen van de verpleegkunde*, 13.
[59] Van den Brink-Tjebbes en Keij, *Verplegen in verbondenheid*, 44.

Ministerie van Onderwijs in plaats van onder dat van Volksgezondheid.[60] Om deze reden kreeg de MBO-V, die in 1972 als experimentele opleiding nog geen wettelijke doelstelling had gekregen, in 1975 alsnog een doelstelling toebedeeld die nauw aansloot op de formuleringen in de Mammoetwet. De doelstelling van het Middelbaar Beroepsonderwijs was als volgt omschreven:

> De onderwijsvragende, die de eerste cyclus van het 4-jarig voortgezet onderwijs voltooid heeft, onderwijsleersituaties aan te bieden die hem in staat stellen zichzelf in relatie tot de hem omringende wereld onder begeleiding te vormen tot beginnend beroepsbeoefenaar in arbeidsvelden, waar sociale, agogische, technische en organisatorische aspecten in de beroepsuitoefening een rol spelen. De onderwijsleersituaties dienen zodanig gestructureerd te zijn, dat in het onderwijsleerproces zowel algemene als aan de beroepsuitoefening ontleende vormende elementen voorkomen, die kunnen leiden tot een effectieve beroepsvoorbereiding en tot een tijdens en na de onderwijsperiode zo adequaat mogelijk participeren in de maatschappij.[61]

De afgeleide doelstelling voor het verplegende beroep bevestigde opnieuw het grote gewicht dat werd gegeven aan agogiek en persoonlijkheidsvorming:

> Voorbereiding op een beroep in de gezondheidszorg, waarin naast de verzorging de begeleiding van patiënten/cliënten centraal staat. Deze begeleiding wordt enerzijds geboden bij ontwikkeling van activiteiten tot behoud of herstel van gezondheid en anderzijds in die gevallen, waarin herstel niet mogelijk is; persoonlijke en maatschappelijke ontplooiing van de leerlingen.[62]

De aandacht voor persoonlijke en maatschappelijk ontplooiing was niet voor niets als doelstelling toegevoegd. De overheid realiseerde zich kennelijk dat de leerling jonger was dan de inservice-leerling en dat deze als stagiaire heel wat te verstouwen zou krijgen in de praktijk. Zij moest opgewassen zijn tegen een hoop ellende zoals ernstige ziekte en dood en zij moest bovendien voldoende zelfbewust kunnen omgaan met oudere, ervaren, mondige inservice-opgeleide collega's. Het zou niet lang duren dat het tot botsingen zou gaan komen.

Worsteling in de praktijk

De nieuwe MBO-verpleegkundigen werden tijdens hun stages en na diplomering zowel door het verpleegkundig kader als door de inservice-opgeleide collega's van meet af aan flink met

---

[60] Kamerstukken Tweede Kamer 1975-1976, kamerstuknummer 13939, ondernummer 1, Verslag van mondeling overleg. Volgens dit verslag zei J.P.M. Hendriks, Staatssecretaris van Volksgezondheid, dat de MBO-V uiterlijk 1 augustus 1977 onder het Ministerie van Onderwijs zou gaan vallen.

[61] Het was de bedoeling dat binnen de Mammoetwet het Middelbaar Sociaal Pedagogisch Onderwijs (MSPO) en het Middelbaar Huishoud- en Nijverheidsonderwijs (MHNO) samen zouden gaan. Binnen die MHNO/MSPO die uit zou monden in het Middelbaar Dienstverlenings- en Gezondheidszorgonderwijs (MDGO) moest ook de MBO-V gaan ressorteren (zie verderop). Janssen en Den Uyl, *In-service opleiding dood? Leve de MBO-V?*, 47-48. Van Dijk, 'Enige opmerkingen bij M.B.O.V-opleiding', 563. Evaluatiecommissie Middelbare Beroepsopleiding Verplegenden, *Eindrapport van de Evaluatiecommissie Middelbare Beroepsopleiding Verplegenden (MBO-V)* (1981) 8-9. E. Broekema, *Wet op het voortgezet onderwijs. Uitvoeringvoorschriften voor de scholen voor beroepsonderwijs*. Editie Schuurman & Jordens 33-V (4e gecumuleerde aanvulling bij de 3e druk Zwolle 1978) 244.

[62] Janssen en Den Uyl, *In-service opleiding dood? Leve de MBO-V?*, 48. Van Dijk, 'Enige opmerkingen bij M.B.O.V-opleiding', 564.

reserves ontvangen. Veel inservice-verpleegkundigen op de werkvloer waren van tevoren al bang dat de extern opgeleide verpleegkundige geen binding zou kunnen krijgen met de instelling en dat het MBO theoretische in plaats van praktische verpleegkundigen zou afleveren. Von Nordheim probeerde die angst te relativeren, waarbij ze de inservice-verpleegkundigen bedoeld of onbedoeld behoorlijk schoffeerde. Zij betoogde dat een MBO-V'er juist beide kwaliteiten zou kunnen hebben 'naast de erfenis van de 'doemensen' die onvoldoende geleerd hebben kritisch te denken, komt misschien een groep mensen die kan denken maar ook doen'.[63] Von Nordheim raakte met deze uitspraak misschien wel de kern van het probleem in de verpleegkunde, maar leek zich nauwelijks te realiseren dat de inservice-verpleegkundige – en zeker de leerling-verpleegkundige – in het hiërarchische systeem binnen de instellingen misschien ook een 'denkverpleegkundige' zou kunnen zijn, maar daar in de praktijk nauwelijks gelegenheid toe kreeg. Het waren veelal nog de arts en de hoofdverpleegkundige die de lakens uitdeelden. Het was daarom zeer de vraag of de MBO-V'er wel de kans zou krijgen om in de bestaande hiërarchie zich als 'denkverpleegkundige' te kunnen profileren.

De verschillen tussen de denk- en de doeverpleegkundige waren aanzienlijk. In plaats van een voor één veld opgeleide, oudere, productieve, zelfstandige doeverpleegkundige, die al tijdens de opleiding verantwoordelijkheid droeg, leverde de MBO-V een breed opgeleide, veelal jongere, denkverpleegkundige af, die tijdens de opleiding ook nog eens leerling mocht blijven, niet productief hoefde te zijn en daarbij weinig tot niet zelfstandig had leren werken en tijdens de opleiding geen verantwoordelijkheid kon dragen in bijvoorbeeld de avond en nachtdienst. Ook na de opleiding zou zij voorlopig niet zelfstandig kunnen werken zoals een inservice-opgeleide verpleegkundige dat in de opleiding had geleerd (zie voor een overzicht van verschillen bijlage 29).[64]

De net gediplomeerde MBO-V'er had dus een ruime inwerkperiode nodig om als volledig verpleegkundige inzetbaar te zijn.[65] De Commissie Von Nordheim dacht in haar enthousiasme oorspronkelijk nog aan een inwerkperkperiode van een half jaar binnen de driejarige opleiding zelf met behulp van de school. Maar dat bleek al snel bij lange na niet voldoende. Het Bethel Ziekenhuis te Delft gaf in 1979 na de opleiding van drie jaar een gestructureerde training van zo'n zes maanden en na die zes maanden bleef de MBO-V'er nog eens zes maanden op die afdeling werken. Daarna ging zij aan de hand van een mutatieschema op verschillende afdelingen werken om nader kennis te maken met andere specialismen.[66]

Ook in het Academisch Ziekenhuis te Groningen bleek een inwerkperiode van een half jaar bij lange na niet genoeg. Groningen had een inwerkperiode die even lang duurde als in het Bethel Ziekenhuis, maar de MBO-V'er was ook in Groningen pas na een jaar klaar om ook verantwoordelijke (oudste) diensten te draaien. Na diplomering bleek er dus duidelijk sprake van afstemmingsproblemen. Volgens een toenmalig leidinggevende was de kennis van specialismen oppervlakkig, de routine in verpleegtechnische vaardigheden afwezig en ontbrak het vermogen het werk te overzien.[67] Geen wonder dat op de werkvloer van het Groningse ziekenhuis er ten aanzien van de eerste MBO-V'ers een negatieve houding heerste.

---

[63] 'Gesprek met zr. J.J. von Nordheim. 'De experimentele opleiding en de consequenties voor het praktijkveld', *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 25 (1972) 451-452, aldaar 452.
[64] L.E. Vels, 'Begeleidend inwerken van de M-B-O-er', *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 34 (1981) 121-132, aldaar 128.
[65] In 1976 verspreidde het Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne nog circulaires over de noodzaak van een inwerkperiode. A.J.M.L. Smulders-Jaques, 'Begeleiding van de afgestudeerde MBO-V. in een algemeen ziekenhuis', *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 32 (1979) 1104-1109, aldaar 1104.
[66] Ibidem.
[67] Ellie Baving-Van Galen, 'Hoe functioneren M.B.O.-verpleegkundigen in het Academisch Ziekenhuis te Groningen?', *Tijdschrift voor Ziekenverpleging*' 36 (1983) 130-133, aldaar 132.

Functionarissen hadden moeite met de speciale aandacht die MBO-V'ers kregen. Later veranderde die houding omdat dit ziekenhuis onder meer voorlichting gaf over de MBO-V aan niet-MBO-V'ers. Ook kregen andere nieuwe werknemers een inwerkprogramma aangeboden.[68] Al met al betekende dit voor de ziekenhuizen in Delft en Groningen een hele inspanning. Het is goed voor te stellen dat een ziekenhuis liever een inservice-opgeleide A-verpleegkundige in dienst nam, omdat die de kneepjes kende van het algemeen ziekenhuis.

De lange inwerkperiode die na de opleiding tot MBO-verpleegkundige nodig bleek, stelde niet alleen de instellingen voor problemen, maar zeker ook de pas gediplomeerden zelf. Degenen die een baan kregen moesten in hun begintijd doorgaans flink wat negatieve bejegeningen verstouwen, maar voor veel gediplomeerden zat zelfs die baan er helemaal niet in. In de krappe arbeidsmarkt rond 1980 kregen pas gediplomeerde MBO-V'ers vaak niet eens de kans een inwerkperiode te krijgen. De eerder genoemde Silvia Stoele, die in 1984 diplomeerde en alleen werk kon vinden als uitzendkracht formuleerde het dertig jaar later als volgt:

> De routine en het werken moesten wij nog leren, maar omdat de arbeidsmarkt op dat moment voor verpleegkundigen bijna dramatisch was, gingen velen werken als uitzendkracht. Daar kon je eigenlijk geen extra begeleiding vragen, want je moest gaten vullen en er werd op je gerekend.[69]

En dan nog was het de vraag of er goede begeleiding gegeven kon worden. Veelal gebeurde het inwerken zonder een gestructureerd en doelmatig inwerkprogramma.[70]

Vragen, twijfels of zelfs misverstanden waren er over en weer op de werkvloer. Inservice-opgeleiden meenden dat het beroep vooral in de praktijk geleerd moest worden, terwijl de opgeleiden in het dagonderwijs hun basis zagen in de theorie. Zo betoogde in 1975 een inservice-opgeleide A-verpleegkundige dat een MBO-V'er niet kon leren werken wat een inservice-verpleegkundige wel kon. Zij/hij schreef: 'Ze komen van de M.B.O.V. en ze zijn allround, echter zonder praktijkervaring', want de praktijk is onberekenbaar 'en dat is de theoretisch nagemaakte sfeer beslist niet'.[71] Aan de andere kant vroegen MBO-V-leerlingen zich af hoe inservice-leerlingen met hun drie maanden theorie (preklinische periode) op gelijk vlak konden staan met het veel groter aantal theorie-uren van de MBO-V. Zij vroegen zich eveneens af waarom de MBO-V niet gelijkgesteld kon worden aan de inservice-opleiding.[72]

Het samenwerken was voor zowel de MBO-V'er als voor de inservice-verpleegkundige een worsteling. De directeur van de MBO-V van Rotterdam, Jeltje Heitink, schreef dat spanningen hoog konden opliepen. Zij schreef dat het triest was 'om te moeten horen dat een aantal M.B.O.V.ers op verschillende plaatsen (…) voor enige tijd de speld [had] terug gegeven'.[73] De emotionele belasting bij MBO-V'ers was niet te onderschatten. Heitink stelde dat zij en haar leerlingen 'al te vaak [hebben] ervaren dat een nieuwe opleidingsweg soms bedreiging en weerstand op kan roepen'.[74] Het zal zeker moeilijk geweest zijn voor pas

---

[68] Ibidem, 130-133.
[69] Silvia Stoele (2013).
[70] Centrale Raad voor de Volksgezondheid, *Tweede interimadvies inzake de ontwikkelingen van de opleidingen verpleegkunde* (Rijswijk 1980) 12-13. Evaluatiecommissie Middelbare Beroepsopleiding Verplegenden, *Eindrapport* (1981) 14. Vels, 'Begeleidend inwerken van de M-B-O-er', 127-128.
[71] I. de K., 'M.B.O.V. vooruitgang of achteruitgang', *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 28 (1975) 34.
[72] Marjolein Pouw e.a., 'De M.B.O.-V.', *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 35 (1982) 196-197, aldaar 197.
[73] J. Heitink, 'Wat verwacht de M.B.O.V. van het praktijkveld', *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 32 (1979) 347- 351, aldaar 350. Met de speld bedoelde Heitink het insigne dat een verpleegkundige droeg op haar uniform .
[74] FNI, Doos egodocumenten Jeltje Heitink, J. Heitink in een toespraak ter gelegenheid van de diplomering van de eerste M.B.O.-V'ers (18 juni 1976).

gediplomeerde MBO-V'ers. Zij moesten vanuit een beschermende omgeving die de school was en waar zij terecht konden met hun problemen, gaan werken in een instelling met 'kasteachtige kenmerken', waar zij moesten meedraaien en hun zorgen en emoties veelal niet kwijt konden. Zeker de algemene ziekenhuizen kenden, zoals eerder gezegd, een strakke hiërarchie. Als leerling waren zij boventallig, maar eenmaal gediplomeerd moesten zij in het arbeidsproces meedraaien en hadden zij de school niet meer als referentiepunt.[75]

Gevecht om een vierjarige MBO-V

Kon een driejarige opleiding een generieke verpleegkundige afleveren? Neen, vonden de verpleegkundigen in het veld. De opleidingsduur van drie jaar was te kort en zou vier jaar moeten duren. Bewindslieden luisterden niet naar wat er in de praktijk gezegd werd en zelfs niet naar adviezen van de belangenvereniging voor verpleegkundigen en verzorgenden Het Beterschap[76] en de Centrale Raad voor de Volksgezondheid. Deze autoriteiten pleitten voor een vierjarige MBO-V om het niveau van een algemeen inzetbare, allround, verpleegkundige te waarborgen. Om financiële redenen konden en wilden de Ministeries van Onderwijs en Volksgezondheid hier niet aan voldoen. Bovendien moest de MBO-V in hun ogen per se worden ingepast in het uniforme stramien van een driejarig Middelbaar Dienstverlenings- en Gezondheidszorgonderwijs (MDGO), dat een samenvoeging was van het Middelbaar Huishoud- en Nijverheidsonderwijs en het Middelbaar Sociaal Pedagogisch Onderwijs (MHNO/MSPO). Discussie was niet mogelijk. Het Beterschap trok zich terug in haar adviserende rol en zocht steun bij Kamerleden.[77] De Centrale Raad had in zijn advies een hard oordeel, zo zal verderop in dit hoofdstuk nog blijken.

Een felle strijd om een vierjarige MBO-V leverden twee strijdbare vrouwen van de Rotterdamse MBO-V, Jeltje Heitink en Sia Vogel.[78] Zij maakten deel uit van een opleidingsgroep, die was samengesteld uit deskundigen van vakbonden, gezondheidszorgorganisaties en vertegenwoordigers van de overheid. Deze groep hield zich vanaf januari 1979 bezig met het formuleren van een geherstructureerd opleidingsleerplan voor de MBO-V binnen een nieuw te vormen driejarige MDGO. De opleidingsgroep vond dat 'de totale tijd die voor praktijk was uitgetrokken niet genoeg [was] om het einddoel "algemene inzetbaarheid" te bereiken'. Om die reden zond de groep op 5 december 1980 een opleidingsleerplan 'waaruit alle elementen, die tijdsduur aangaven [lessentabel, duur stages], verwijderd zouden zijn'. De boodschap was duidelijk, want de Stuurgroep Herstructurering MHNO/MSPO, die de opdracht had de MHNO en MSPO te herstructureren, reageerde direct en er volgde op 6 januari 1981 een gesprek tussen de opleidingsgroep en de Stuurgroep. Daarin stelde de Stuurgroep dat de 'witte plekken' alsnog ingevuld dienden te worden anders zou de Stuurgroep zelf 'een basislessentabel maken en de situering en duur van de stages

[75] P.J. Kuepers, 'Nieuwe ontwikkelingen in de verpleegopleiding: de M.B.O.V.', *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 30 (1977) 604-612, aldaar 611.

[76] Het Beterschap was een tussen 1977 en 1981 tot stand gekomen fusie tussen de Katholieke Unie van Verpleegkundigen en Verzorgenden (KUVV) en de Landelijke Beroepsorganisatie van Werkers in de Gezondheidszorg (LBWG). In 1988 kreeg deze de naam: Nederlandse Maatschappij voor Verpleegkunde (NMV). Over de wirwar van beroepsorganisaties en bonden zie hoofdstuk 1.

[77] FNI, Doos egodocumenten Jeltje Heitink, J. Heitink in een toespraak ter gelegenheid van de diplomering van de eerste M.B.O.-V'ers (18 juni 1976). Betty van Meurs-Bertels, 'De ontwikkeling rondom het middelbaar beroepsonderwijs voor verpleegkundigen', *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 34 (1981) 358-359. Versteege-van de Pasch, 'Van MBO-V naar MDGO-Vp', 102-108. Sije van den Bosch, *Van m.b.o.-V naar m.d.g.o.-VP* (Ministerie van Onderwijs en Wetenschappen i.s.m. het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur (Den Haag 1985).

[78] Jeltje Heitink en Sia Vogel, waren respectievelijk directeur van de MBO-V te Rotterdam en docent verpleegkunde.

invullen'. Er ontstond een verschil van inzicht in de opleidingsgroep (Vogel had het over driespalt). Uiteindelijk formuleerde de groep een gereduceerd opleidingsleerplan. Heitink en Vogel waren afgehaakt en lieten daarna stevig van zich horen. Uit protest stuurden deze twee vrouwen het vierjarig *Voorlopig Opleidingsplan MBO-V(P[79])?* naar de Stuurgroep Herstructurering MHNO/MSPO.[80] Dat deden zij op persoonlijke titel om niet de school in te zetten in hun strijd.[81]

Heitink en Vogel versterkten hun motivatie voor een vierjarige MBO-V, door de normen van de Europese Gemeenschap te noemen (zie hoofdstuk 1).[82] In de begeleidende brief, van 28 januari 1981, aan de Stuurgroep betoogden zij niet mee te kunnen werken óf aan reductie van de eindtermen óf aan de aantasting van de algemene inzetbaarheid van de doelstelling van de opleiding tot verpleegkundige. Exemplaren van het 'protestplan' verstuurden zij ook naar onder meer de Staatssecretarissen van Volksgezondheid & Milieuhygiëne en Onderwijs & Wetenschappen, Kamerleden, Centrale Raad voor de Volksgezondheid. Daarbij zaten ook als bijlagen kopieën van brieven van instanties die ook pleitten voor een vierjarige opleiding (Het Beterschap en de Vereniging van de Opleidingsinstituten voor Verplegende en Verzorgende Beroepen.[83]

De Stuurgroep Herstructurering MHNO/MSPO trok zich van de protesten niets aan en produceerde in maart 1981 een 266 pagina's tellend *Voorlopig onderwijsleerplan MHNO/MSPO – nieuwe stijl (derde versie)*. Daarin stonden de plannen voor de opleidingen die binnen die herstructurering gingen vallen (waaronder ook de MBO-Verzorging).[84] Het opvallende is dat de doelstelling en eindtermen van Heitink en Vogel niet veel afweken van wat de Stuurgroep Herstructurering MHNO/MSPO formuleerde (zie bijlage 32).[85] Het geschil

---

[79] In het kader van de herstructurering ging de MBO-V bij de overheid MBO-VP heten.

[80] Sia Vogel, 'De ontwikkeling rondom het middelbaar beroepsonderwijs voor verpleegkundigen', *Tijdschrift voor Ziekenverpleging'* 34 (1981) 360-361, aldaar 360. Jeltje Heitink, '12 jaar MBO-V – verschuivend perspectief', in: Dick Baaij e.a., *Verplegen in verschuivend perspectief* (Lochem en Gent 1984) 193-208, aldaar 200-203. NA, Centr. Raad Volksgezondheid, 2.27.16, inv. nr. 788, Voorlopig opleidingsplan MBO-V(P)? (januari 1981) met brief van Heitink en Vogel aan de Stuurgroep Herstructurering MHNO/MSPO (28 januari 1981).

[81] FNI, Doos egodocumenten Jeltje Heitink, J. Heitink in een inleiding t.g.v. 2e Lustrum M.B.O.-V (23 maart 1984).

[82] NA, Centr. Raad Volksgezondheid, 2.27.16, inv. nr. 788, Voorlopig opleidingsplan MBO-V(P)? (januari 1981) met brief van Heitink en Vogel aan de Stuurgroep Herstructurering MHNO/MSPO gedateerd (28 januari 1981). Het opmerkelijke is dat de 1320 uren die Heitink en Vogel hier in 1981 aangeven, niet stroken met de structuurschets van het experiment in Rotterdam in 1973. Rotterdam voldeed volgens die structuurschets wel aan de Europese normen: 2174 voor theorie en 2432 voor praktijk (de praktijkuren waren onderverdeeld in 880 uur observatie en 1552 participatie), totaal 4606 uur. Mogelijk gingen de aan de MBO-V te Rotterdam verbonden Heitink en Vogel uit van een ander lesplan voor Rotterdam dan dat van 1973 (dat mogelijk te ambitieus was). Dat is niet te achterhalen omdat, zoals gezegd, het Rotterdams archief van de MBO-V verloren is gegaan. De MBO-V kreeg in 1977, met de A-verpleegkunde en HBO-V, wel Europese erkenning. Dat moet dan onder meer gebeurd zijn op basis van lesplannen zoals het plan in 1973 in Rotterdam. De Vries, *Wetgeving ziekenverpleging* (1978) 198. Rotterdams Experiment Opleiding Verplegende en Verzorgende Beroepen, *Leerplan*.
In 1981, sprak het Raadgevend Comité voor Europa (waarin ook Heitink als vervangend lid zitting had) bij monde van de eerder genoemde W.J. Speets zijn bezorgdheid uit ten aanzien van de MBO-V. Volgens Europese richtlijnen kwam deze opleiding 1000 praktijkuren tekort. In drie jaar konden de 4600 lesuren niet gehaald worden vanwege de schoolvakanties en de normering van dertig lesuren per week. Dat zou betekenen dat wanneer de MBO-V niet zou voldoen aan Europese normen en wanneer de A-opleiding opgeheven zou worden (want dat was de bedoeling), er alleen Europese erkenning zou komen voor de HBO-V. Speets, 'Het Raadgevend Comité voor de opleiding op het gebied van de verpleegkunde – een verantwoording uit Brussel (II)', 876.

[83] NA, Centr. Raad Volksgezondheid, 2.27.16, inv. nr. 788, Voorlopig opleidingsplan MBO-V(P)? (januari 1981) met brief van Heitink en Vogel aan de Stuurgroep Herstructurering MHNO/MSPO.

[84] Ibidem, Stuurgroep Herstructurering MHNO/MSPO, *Voorlopig onderwijsleerplan mhno/mspo – nieuwe stijl (derde versie, deel en deel 2)* (maart 1981).

[85] Ibidem, vanaf 220. Voorlopig opleidingsplan MBO-V(P)? (januari 1981) met brief van Heitink en Vogel aan de Stuurgroep Herstructurering MHNO/MSPO (28 januari 1981) 6 en vanaf 10.

ging dan ook niet zozeer over de theoretische stof, maar over de duur van de stages in alle velden, over de lengte van de opleiding. Volgens het *Voorlopig onderwijsleerplan MHNO/MSPO* kreeg de MBO-V in totaal 3600 leseenheden waarvan 1320 eenheden naar de praktijk gingen.[86] Het totaal aantal uren kwam met 1000 onder de Europese norm.

Na de door de Stuurgroep afgewezen adviezen van Heitink en Vogel kwam een paar maanden later, in april 1981, de gezaghebbende Centrale Raad voor de Volksgezondheid met een door de staatssecretaris gevraagd spoedadvies dat er niet om loog.[87] De Raad adviseerde in zijn algemene beschouwing van dit spoedadvies, dat het beter was om de MBO-V een zelfstandige positie te geven binnen de geherstructureerde MHNO/MSPO (zoals de HBO-V ondergebracht was bij het hoger sociaalpedagogisch onderwijs (HSPO).[88] De Raad miste de reeds in 1974 bekendgemaakte drie grondslagen (kerndimensies) in het *Voorlopig onderwijsleerplan MHNO/MSPO*.[89] Hoewel er toen nog geen algemeen aanvaard verpleegkundig beroepsprofiel voorhanden was, konden de niveaus van MBO-V en HBO-V toch op basis van deze kerndimensies worden uitgekristalliseerd. Hiermee bedoelde de Raad dat vanuit eenzelfde grondhouding kon worden gewerkt, maar wanneer het werk complexer ging worden er een verpleegkundige met een hoger en/of ervaringsniveau nodig zal zijn.[90] De drie kenmerken zouden prima voldoen voor de MBO-V, want ze omvatten precies wat de MBO-V (en de HBO-V) voor ogen had, namelijk het verplegen in alle velden (zie hoofdstuk 1).

De Raad had meer kritiek en beoordeelde dat de opleiding, zelfs met de eindtermen in gereduceerde vorm, de opleiding niet in drie jaar 'gedaan kon worden'. De in een tiental pagina's beschreven kritiek kreeg uiteindelijk een voorlopig eindoordeel dat de wetgever ter harte had moeten nemen. De rapporteur vermeldde dat

> het blijkens de geschetste opzet van het leerplan *onmogelijk*[91] moet worden geacht, binnen het kader van de herstructurering mhno/mspo een verpleegkundige beroepsopleiding te ontwikkelen met een voldoende niveau vanuit het oogpunt van de eisen van het werkveld.

---

[86] Ibidem, Stuurgroep Herstructurering MHNO/MSPO, *Voorlopig onderwijsleerplan mhno/mspo – nieuwe stijl (derde versie, deel en deel 2)* (maart 1981) 27. Voorlopig opleidingsplan MBO-V(P)? (januari 1981) met brief van Heitink en Vogel aan de Stuurgroep Herstructurering MHNO/MSPO.

[87] NA, Centr. Raad Volksgezondheid, 2.27.16, inv. nr. 774, Centrale Raad voor de Volksgezondheid, *Spoedadvies inzake de 3e versie voorlopig onderwijsleerplan mhno/mspo nieuwe stijl* (Rijswijk, 21 april 1981).

[88] Ibidem, 3. Raad voor de Volksgezondheid, *Tweede interimadvies inzake de ontwikkelingen van de opleidingen verpleegkunde*, 15.

[89] De drie kerndimensies zijn: Het scheppen en instandhouden van het therapeutisch klimaat, waarin de activiteiten, die de genezing van de patiënten bevorderen, zo goed mogelijk tot hun recht kunnen komen; Het coördineren van activiteiten die zich in de directe omgeving van de patiënt voordoen; Het zorgdragen voor de continuïteit in het therapeutisch klimaat en in de coördinatie. Raad voor de Volksgezondheid, *Rapport inzake de taak van de verpleegkundige* (1974) 8. NA, Centr. Raad Volksgezondheid, 2.27.16, inv. nr. 774, Centrale Raad voor de Volksgezondheid, *Spoedadvies inzake de 3e versie voorlopig onderwijsleerplan mhno/mspo nieuwe stijl*, 9.

[90] Ibidem. De Raad formuleerde de uitwerking in niveauverschillen in het interim-advies van 1978 als volgt: Op alle terreinen en op alle niveaus van de gezondheidzorg liggen verschillende taken met verschillende graden van gecompliceerdheid. Deze zullen echter steeds vanuit eenzelfde grondhouding, die specifiek is voor het beroep, moeten worden vervuld. Naarmate meer verschillende factoren een rol spelen, (…) zal een en ander ook een hoger opleidings- en/of ervaringsniveau van de verpleegkundige vragen. Uitgangspunt bij dit alles is de gedachte dat het beroep van verpleegkundige weliswaar in uiteenlopende situaties en ten behoeve van verschillende soorten patiënten wordt uitgeoefend, doch in wezen ondeelbaar is. De doelstelling van de opleidingen kon dan ook niet anders dan ondeelbaar zijn volgens de Centrale Raad: 'de leerling moet voorbereid worden op zelfstandig functioneren als beginnend beroepsbeoefenaar op de onderscheidene terreinen'. Raad voor de Volksgezondheid, *Interim-advies inzake de ontwikkeling van de opleidingen verpleegkundige* (1978) 19-20.

[91] Mijn cursivering.

> De voorgelegde opzet leidt ertoe, dat het civiel effect van de opleiding verloren dreigt te gaan, doordat de titel van verpleegkundige niet aan de afgestudeerde – MBO-VP zal mogen verleend.[92]

Een vierde versie van het voorlopig onderwijsleerplan MHNO/MSPO kreeg van de Centrale Raad zo mogelijk nog meer kritiek.[93] De Raad maakte dus duidelijk dat de MBO-V geen overlevingskansen had in de opzet zoals die in de herstructurering MHNO/MSPO geperst moest worden. Ondanks de kritiek op een driejarige MBO-V, zette de staatssecretaris echter onverstoord zijn zin door. De MBO-V was gedoemd niet het niveau van verpleegkundige te halen.

Ondergang van de MBO-V

Het duurde niet lang voordat de ondergang van de MBO-V zich zou aandienen. Tekortkomingen en onduidelijkheden die de ontwikkeling van de MBO-V bemoeilijkten, kwamen duidelijk aan het licht in het *Tweede interim-advies inzake de ontwikkeling van de opleidingen verpleegkunde* van de Raad voor de Volksgezondheid aan de staatssecretaris van juni 1980.[94] Een van de terugkerende problemen – die ook in de voorgaande hoofdstukken ter sprake kwamen – was dat de scholen en andere betrokkenen bij de vormgeving van de MBO-V niet konden teruggrijpen op een algemeen erkend verpleegkundig beroepsprofiel waaraan een identiteit ontleend kon worden. De Centrale Raad beschreef het gemis van een beroepsprofiel als volgt:

> De opleidingen ondervonden dat over de identiteit van het beroep en over de benodigde kennis, vaardigheden en inzichten die een beginnend verpleegkundige moet bezitten om zijn beroep in alle velden van de gezondheidszorg te kunnen uitoefenen, nog onvoldoende uitspraken gedaan kunnen worden.[95]

De Centrale Raad noemde de tekortkomingen van de experimentele scholen die eerder in dit hoofdstuk ook al genoemd zijn. De aansluitingsproblematiek na diplomering van de MBO-V'er werd genoemd omdat de brede inzetbaarheid als doelstelling van de MBO-V niet haalbaar bleek. In verband hiermee was ook de begeleide inwerkperiode na diplomering niet overal goed geregeld in instellingen. Maar ook waren er te weinig geschoolde docenten voor theorie. De MBO-V's hadden te kampen met een tekort aan stageplaatsen en bovendien was

---

[92] NA, Centr. Raad Volksgezondheid, 2.27.16,inv. nr. 774, Centrale Raad voor de Volksgezondheid, *Spoedadvies inzake de 3e versie voorlopig onderwijsleerplan mhno/mspo nieuwe stijl*, 15.

[93] In een brief van 16 april 1982 reageerde de Centrale Raad op de *Vierde versie van het voorlopig onderwijsleerplan mhno/mspo-nieuwe stijl (eerste deel)* als volgt: 'Het belangrijkste punt van kritiek, dat de Raad op de derde versie van het voorlopig onderwijsleerplan naar voren bracht, was juist de reductie die op de eindtermen had plaatsgevonden. Het feit, dat in de vierde versie niet over eindtermen wordt gesproken, kan niet leiden tot vermindering van de bezorgdheid, die de Raad in zijn eerdergenoemd advies hierover tot uitdrukking heeft gebracht'. Ook de doelstelling in de vierde versie toonde volgens de Raad ten opzichte van de derde versie een verarming. In plaats van de vijf velden in de doelstelling (zie bijlage 33) stond nu in de toelichting 'onder andere' en dat betekende dat leerlingen niet in alle velden stage zouden hoeven lopen met als gevolg dat het doel 'algemene inzetbaarheid' niet haalbaar zou zijn, Stuurgroep Herstructurering MHNO/MSPO, *Vierde versie van het voorlopig onderwijsleerplan MHNO/MSPO, nieuwe stijl (eerste deel)* (februari 1982) (op rapport staat foutief 1981) 81-91 met brief van de Centrale Raad voor de Volksgezondheid aan de Minister van Volksgezondheid en Milieuhygiëne (16 april 1982).

[94] Centrale Raad voor de Volksgezondheid, *Tweede interimadvies inzake de ontwikkelingen van de opleidingen verpleegkunde* (Rijswijk 1980).

[95] Ibidem, 10.

er geen eenstemmigheid betreft de duur en inhoud van de stages. De scholen zelf kregen te weinig onderwijskundige begeleiding doordat zij lange tijd onder het Ministerie van Volksgezondheid ressorteerden in plaats van het Ministerie van Onderwijs. In het bijzonder zag de Raad dat er geen evaluatie van het onderwijsproces had plaatsgevonden.[96]

Na al het getalm van commissies, werkgroepen, raden en ministeries, kwamen er dan toch in 1981 twee onderzoeksrapporten over het functioneren van MBO-verpleegkundigen in de verschillende velden van de gezondheidszorg. De Technische Hogeschool te Eindhoven publiceerde in februari 1981 het *Onderzoek naar het functioneren van M.B.O.-verpleegkundigen in de Gezondheidszorg*, met een samenvatting in het *Tijdschrift voor Ziekenverpleging*.[97] Daarna presenteerde in mei 1981 de Evaluatiecommissie M.B.O.-V een eindrapport met daarin weer het onderzoeksrapport van de Technische Hogeschool als bijlage.[98] De enquêtes onder MBO-V'ers die tussen 1975 tot en met 1978 diplomeerden, met een respons van 743 personen/ruim 85 procent, maakten in de eerste plaats helder waar gediplomeerde MBO-verpleegkundigen in de praktijk terecht kwamen. Uit de resultaten bleek dat de meeste geënquêteerden na diplomering gingen werken in de psychiatrie. Anderen (aflopend in volgorde van aantal) kwamen terecht in een algemeen ziekenhuis, de zwakzinnigenzorg, het verpleeghuis en de wijk. Hoewel het verpleeghuis op de vierde plaats stond, zou het eigenlijk op de vijfde plaats moeten staan omdat weinig geënquêteerden het verpleeghuis ambieerden. Er was meer belangstelling voor de zwakzinnigenzorg en de wijk, maar daar was de vraag kleiner dan het aanbod en de mobiliteit tussen de velden was gering.[99]

De enquête bood ook meer inzicht in de reputatie van de nieuwe gediplomeerde MBO-V'ers. Het overgrote deel van de verplegenden op de werkvloer stond positief tegenover gediplomeerde MBO-V'ers vanwege hun grotere sociale vaardigheden, positieve attitude en de over het algemeen opvallende belangstelling op breed niveau. Het werkveld was zich, volgens het rapport, echter niet bewust genoeg dat het om beginnende beroepsbeoefenaren ging die niet zoals de inservice-verpleegkundigen functiegericht opgeleid waren en tijdens de opleiding al verantwoordelijke diensten konden draaien. MBO-V'ers konden dat in het begin niet en daarom konden zij ook niet direct inzetbaar zijn. Ieder veld voelde weer andere tekortkomingen. In de algemene ziekenhuizen hadden MBO-V'ers, volgens diverse vertegenwoordigers in dat veld, een tekort aan technische vaardigheden en de mogelijkheid verantwoordelijkheid te dragen. Binnen de psychiatrie en zwakzinnigenzorg ervoer men een tekort aan sociale vaardigheden, in het bijzonder gesprekstechnieken. Vertegenwoordigers van alle velden vonden dat de MBO-V'ers jong waren en daarmee een tekort aan ervaring hadden. In de wijk was het bezwaar dat de MBO-V'ers een gebrek hadden aan zelfstandig kunnen werken. Uit de enquête bleek dat de praktijk te hoge verwachtingen had van de MBO-V'ers en vergeleek hen teveel met een inservice-opgeleide verpleegkundige. Daarbij ervoeren

---

[96] Ibidem, 12-13. In 1979 kon de MBO-V 'uit oogpunt van beheersbaarheid en financiering' niet worden ondergebracht bij Onderwijs. Een motie op 4 oktober 1979 van het toenmalige kamerlid mevrouw N.J. Ginjaar-Maas dwong de MBO-V toch onder Onderwijs wat op 1 augustus 1980 daadwerkelijk gebeurde. 'De overdracht van de vijf M.B.O.-V's naar Onderwijs en Wetenschappen', *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 33 (1980) 575-576, aldaar 575. Kamerstukken Tweede Kamer 1978-1979. Kamerstuknummer 15300 XVII, Ondernummer 51, Brief van de Staatssecretarissen van Volksgezondheid en Milieuhygiëne en van Onderwijs en Wetenschappen., respectievelijk E. Veder-Smit en K. de Jong. Von Nordheim, 'De M.B.O.-V. wordt niet overgedragen aan O. en W.', 1009.

[97] M.L. van Dam-Kraak en J.A. Verwey, *Onderzoek naar het functioneren van MBO-Verpleegkundigen in de gezondheidszorg* (Technische Hogeschool Eindhoven 1981). M.L. van Dam-Kraak en J.A Verwey, 'Hoe doen M.B.O.-verpleegkundigen het in de gezondheidszorg?', *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 35 (1982) 240-243.

[98] Evaluatiecommissie Middelbare Beroepsopleiding Verplegenden, *Eindrapport van de Evaluatiecommissie Middelbare Beroepsopleiding Verplegenden (MBO-V)* (1981).

[99] Van Dam-Kraak en Verwey, 'Hoe doen M.B.O.-verpleegkundigen het in de gezondheidszorg?', 241.

net gediplomeerde inservice-verpleegkundigen het als onrechtvaardig dat net gediplomeerde MBO-V'ers hetzelfde salaris kregen, terwijl zij minder productief waren.[100]

Het ziet er naar uit dat enquêteurs het doel van de MBO-V, 'algemene inzetbaarheid' verlieten, want volgens het rapport van M.L. van Dam-Kraak en J.A.Verwey, moest de oplossing van bovengenoemde knelpunten niet gezocht worden in verbreding en verlenging van de opleiding, maar in verdieping en toespitsing op de beroepspraktijk. Door niet aan te sturen op een verlenging van de opleiding stond het rapport lijnrecht tegenover de adviezen van bijvoorbeeld de Raad voor de Volksgezondheid en Heitink en Vogel. De eerste aanbeveling was om in de laatste fase van de opleiding een beperkte mate van differentiatie toe te laten in een veld of geclusterde velden zoals ziekenhuis/verpleeghuis en psychiatrie/zwakzinnigenzorg. De stage kon dan in een (geclusterd) veld langer duren (zoals hierboven blijkt, had Eindhoven al een dergelijke vorm: een 'agogische' en een 'verpleegtechnische' stage). De tweede aanbeveling was dat de instelling een inwerkprogramma moest hebben met vaste evaluatiemomenten en dat er een vaste begeleider toegewezen zou moeten worden. De derde aanbeveling was dat instellingen duidelijke eisen aan de verpleegkundige moesten stellen, die ook bij de scholen bekend moesten zijn.[101]

De evaluatie kwam echter als mosterd na de maaltijd, want bij het uitkomen van de evaluatierapporten in 1981 was het pleit al beslecht. De MBO-V was een politiek object geworden, dat in een driejarige opleiding moest worden geperst. Via het besluit van 16 juni 1981 kwam de MBO-V letterlijk in de Mammoetwet, binnen de afdeling Middelbaar Sociaal Pedagogisch Onderwijs (MSPO). Volgens een besluit van 24 juli 1984 ging de MSPO samen met het Middelbaar Huishoud- en Nijverheidsonderwijs (MHNO) verder als Middelbaar Dienstverlenings- en Gezondheidszorgonderwijs (MDGO).[102] De opleiding tot MBO-verpleegkundige bestond niet meer. De reeds gediplomeerde MBO-V'ers behielden hun titel verpleegkundige en daarmee de status van eerste deskundigheid in het beroepsprofiel van 1984/1988, gelijk aan inservice-opgeleide verpleegkundigen en HBO-V'ers. Ook Europees kregen MBO-V'ers erkenning als verpleegkundige. MDGO-verplegenden kregen de titel verpleegster/verpleger en gingen evenals de ziekenverzorgenden op het tweede deskundigheidsniveau functioneren volgens het beroepsprofiel 1984/1988 (zie hoofdstuk 6).

Nabeschouwing

Dagonderwijs voor een breed opgeleide verpleegkundige en onafhankelijk van een verpleeginstelling was in 1972 voor Nederland een nieuwigheid en daarom een belangrijke breuk in de geschiedenis van de verpleegkunde. Met de nadruk op de agogiek was de MBO-V

---

[100] Evaluatiecommissie Middelbare Beroepsopleiding Verplegenden, *Eindrapport* (1981) 11-15.

[101] Van Dam-Kraak en Verwey, 'Hoe doen M.B.O.-verpleegkundigen het in de gezondheidszorg?', 242-243.

[102] 'De overdracht van de vijf M.B.O.-V's naar Onderwijs en Wetenschappen', 575. Versteege-van de Pasch, 'Van MBO-V naar MDGO-Vp', 103. Van den Bosch, *Van m.b.o.-V naar m.d.g.o.-VP* (1985). Broekema, *Wet op het voortgezet onderwijs* (4e gecumuleerde aanvulling bij de 3e druk 1978) 236-246. E. Broekema, *Wet op het voortgezet onderwijs. Uitvoeringsvoorschriften voor de scholen voor beroepsonderwijs*. Editie Schuurman & Jordens 33-V. (3e gecumuleerde aanvulling bij de 4e druk Zwolle 1983) 402-475. Binnen het MDGO kwam ook de MBO-Verzorgende (MBO-VZ). De MBO-VZ was een samenvoeging van de opleidingen bejaardenverzorging en gezinsverzorging. In een besluit van 11 september 1980 kwamen die onder het middelbaar sociaal-pedagogisch onderwijs (MSPO). In 1984 kreeg deze opleiding als MDGO-VZ een verbreding naar vier werkvelden: kraam-, gezins- en bejaardenverzorging en lichamelijk-gehandicaptenverzorging. Hoewel de naam 'ziekenverzorgende' dat zou vermoeden, ging de ZV-opleiding niet op in het MBO-VZ/MDGO-VZ. De ziekenverzorging bleef onder de verpleging vallen. Marion Vervloet-Jansen, MBO-Verzorgende van het eerste uur volgde de opleiding van augustus 1981 tot en met juni 1984. Op haar diploma staat aangetekend dat het is uitgereikt in het kader van de herstructurering middelbaar huishoud- en nijverheidsonderwijs (MHNO) en het middelbaar sociaal-pedagogisch onderwijs (MSPO) (e-mail 9 juni 2010).

bovendien baanbrekend voor de hele breedte van de verpleegkunde, zeker in de op de somatiek gerichte algemene ziekenhuizen.[103]

Was de opzet van de MBO-V vanuit de nationale overheid knullig? Het antwoord is 'ja!'. De MBO-V kreeg geen kans om te overleven. Gedurende het decennium van bestaan verkeerde de opleiding in een bestuurlijk vacuüm. De MBO-V was onderwerp van politiek getouwtrek. Dat moet de verklaring zijn dat er geen lesboeken uitkwamen specifiek voor de MBO-V. Om die reden zijn de thema's het eten/de maaltijd, het sterven/de dood en enkele technische vaardigheden niet aan de orde geweest in dit hoofdstuk. Rotterdam gebruikte boeken voor de inservice-opleidingen, zoals enkele uit de serie *In goede handen*. Hoewel de eerder genoemde Rotterdamse Silvia Stoele de toen actuele Zr. Meyboom Serie niet kan herinneren, is het denkbaar dat boeken uit deze serie wel zijn gebruikt bij andere MBO-V's. Deze conclusie kan getrokken worden op basis van wat G. Roodhart in *Basis psychiatrische verpleegkunde* schreef. Bij het schrijven had Roodhart naast de leerling-B-verpleegkundige, ook leerlingen in de A-, MBO- en HBO-Verpleegkunde in gedachten.[104] Toen de posities van de MBO-V en MDGO-VP in de jaren tachtig duidelijk waren, kwamen nieuwe boeken voor MDGO-verplegenden in de handel. Voorbeelden zijn *Verpleegkunde voor de verzorgende beroepen* en *Verpleegkunde voor de verplegende en verzorgende beroepen* vanaf respectievelijk 1986 en 1989, in de reeks Bouwstenen voor Verpleegkundig Onderwijs (BVO-reeks) onder redactie van J.H.J. de Jong en J.A.M. Kerstens (zie hoofdstuk 4).

De Begeleidingscommissie Experimenten deed haar naam geen eer aan. Begeleiden kon zij nauwelijks en daar waren oorzaken voor. In een in november 1976 gepubliceerd interview met twee leden van de in september 1976 opgeheven Begeleidingscommissie, kwam naar voren dat er te laat een projectcoördinator was aangesteld. De plaatselijke MBO-V's hadden bij het instellen van de commissie 'alles al lang in kannen en kruiken' en het bleek daardoor 'ontzettend moeilijk elkaar in de besprekingen te vinden'. Dat waren niet de enige redenen. Er zaten onvoldoende onderwijskundigen in de commissie. Bovendien zeiden de leden van de Begeleidingscommissie dat de overheid het af liet weten. De 'adviezen die de begeleidingscommissie aan de overheid [voorlegde], werden niet beantwoord, d.w.z. er werd niet met behoorlijke argumenten op ingegaan'. Bovendien had de projectcoördinator meerdere petten op en diende daardoor meerdere heren. Daarbij was het praktijkveld volgens de twee leden 'op uiterst dilettanterige wijze geïnformeerd over de M.B.O.V.: te laat en bovendien te hooi en te gras'. De leden waren wel opvallend positief over de scholen zelf, want zij zeiden dat bij de eerste examens was gebleken dat er 'bij de leerlingen voldoende kennis en attitude aanwezig' was.[105] Dat bewijst dat de scholen hart hadden voor hun zaak.

Het is achteraf gezien niet verwonderlijk dat de MBO-V niet echt van de grond kwam en uiteindelijk mislukte. De verantwoordelijken in Den Haag hebben adviezen, om onder andere van de MBO-V een vierjarige opleiding te maken, niet opgevolgd. Een vierjarige opleiding had hoogstwaarschijnlijk een meer praktisch ervaren verpleegkundige opgeleverd. Zeker als zij haar stage in het veld van haar keuze langer had kunnen doen. Zij zou dan nog geen verantwoordelijkheid kunnen nemen, maar wel vaardiger kunnen zijn in respectievelijk technische vaardigheden of sociale vaardigheden. Het was vooral Heitink die met haar

---

[103] Een kleine aanzet tot dagonderwijs was er wel met de Stichting Vronestein (1947) voor het Ziekenhuis St. Antonius in Voorburg en de Verpleegstersschool verbonden aan het Academisch Ziekenhuis van de Vrije Universiteit (1961). Deze dagscholen waren los van het ziekenhuis, maar het ging toen nog wel uitsluitend om de opleiding tot A-verpleegkundige bedoeld voor één bepaald ziekenhuis. Goudswaard, *Inleiding tot de geschiedenis van de verpleegkunst*, 154-155 en 175-179. Goudswaard, *Gezondheidszorg als kunde en kunst*, 227-229.

[104] G. Roodhart, *Basis psychiatrische verpleegkunde*, V. Rotterdam gebruikte een psychiatrieboek van J.S. Reedijk, aldus Silvia Stoele op 17 november 2013.

[105] R.B. [redacteur TVZ] interview met G. Roodhart en J.H.M. van Bree: 'Experiment M.B.O.V. zonder begeleiding', *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 23 (1976) 1142-1145, aldaar 1144.

verbolgenheid naar buiten trad en streed voor een vierjarige opleiding. Wanneer de adviezen van haar en die van de Raad voor de Volksgezondheid waren opgevolgd, zou deze opleiding, net als de HBO-V, nog steeds bestaan en had die niet opnieuw 'uitgevonden' hoeven te worden voor de in 1995 gevormde Wet Educatie en Beroepsonderwijs en had de verpleegkundige op MBO-niveau eenvoudig ingepast kunnen worden binnen de kwalificatiestructuur op kwalificatieniveau 4 en waarbinnen die opleiding wel vierjarig kon worden met de mogelijkheid van de twee varianten: de beroepsbegeleidende en beroepsopleidende leerweg (respectievelijk BBL en BOL).[106]

[106] Caibris. Kenniscentrum voor leren in de praktijk in Zorg, Welzijn en Sport, *Gekwalificeerd voor de toekomst. Kwalificatiestructuur en eindtermen voor Verpleging en Verzorging* (Bunnik juni 1996).

6. HBO-verpleegkunde: einde van de identiteitscrisis

De Hogere Beroepsopleiding tot Verpleegkundige (HBO-V) die in 1972 werd ingesteld was niet te vergelijken met andere verpleegopleidingen. De opleiding was breder en qua niveau hoger dan de inservice-opleidingen en ook hoger dan de eveneens in 1972 ingestelde Middelbare Beroepsopleiding tot Verpleegkundige (MBO-V). Samen met de MBO-V was de HBO-V de eerste opleiding tot verpleegkundige binnen het dagonderwijs. In dit hoofdstuk zal blijken dat de motieven voor het instellen van een HBO-V nagenoeg dezelfde waren als die van de MBO-V. De HBO-V werd echter ook nodig geacht omdat er behoefte was aan hoger opgeleide verpleegkundigen die stand konden houden binnen een steeds complexere gezondheidszorg met andere nieuwe hoog opgeleide beroepsbeoefenaren.

De HBO-V leidde een categorie verpleegkundige op die met meer zelfvertrouwen, dan de inservice-verpleegkundige, de zoektocht naar de taak, verantwoordelijkheid en identiteit van de verpleegkund(ig)e aanging. Net als de MBO-V moest ook de HBO-V een geheel eigen weg inslaan, maar terwijl de MBO-V's qua niveau in veel opzichten nog konden afkijken bij de inservice-opleidingen, stonden de HBO-V's voor een grotere uitdaging: zij moesten voor het eerst verpleegkundigen op een hoger niveau opleiden en voorbereiden op een hoger functioneren in de praktijk. Toch konden de hogescholen voor de HBO-V zelfverzekerd zijn. Al bij de start waren er goede voorwaarden doordat de scholen al bij aanvang ressorteerden onder het Ministerie van Onderwijs, terwijl de MBO-V tot 1980 onder Volksgezondheid bleef. De HBO-V kreeg daardoor betere onderwijskundige begeleiding, betere didactische voorwaarden en controle van de onderwijsinspectie. Er was voor aanvang een heldere doelstelling geformuleerd en een duidelijk curriculum opgesteld. Bovendien kregen de opleidingen tot HBO-verpleegkundigen een plaats in hogescholen die al hoger vervolgonderwijs voor verpleegkundigen gaven. Dat betekent dat er docenten waren die gewend waren om op HBO-niveau les te geven. Doorslaggevend voor het uiteindelijk succes was waarschijnlijk dat de HBO-V, anders dan de MBO-V, geen 'status' kreeg van experimentele opleiding. Vanaf het begin kon er dus gericht worden gewerkt in tegenstelling tot de MBO-V die in een soort vacuüm bleef. De HBO-V's konden ten slotte ook slagen omdat het denkniveau van studenten hoger/breder was ontwikkeld, waardoor ook de toepassingsmogelijkheden van de opleiding in de praktijk groter waren. Alle definities en theorieën van verplegen die zich ten behoeve van de inservice-verpleegkunde hadden opgestapeld, werden in de HBO-V omgezet in daden.

In dit hoofdstuk zal de HBO-V worden beschouwd als het succesvolle antwoord op de identiteitscrisis in de Nederlandse verpleegkunde. De HBO-V kreeg met de integratie van diverse moderne verpleegkundige theorieën en modellen de totale mens in beeld. Dat betekende dat de HBO-V niet vanuit de somatiek, psychiatrie of zwakzinnigenzorg redeneerde zoals de onderscheiden A-, B- en Z-opleidingen, maar vanuit een veldoverstijgende verpleegkunde. Met die overtuiging was er aandacht voor de psychosociale-somatische en spirituele mens.

In de schaarse studies over de recente geschiedenis van de verpleegkunde in Nederland is de introductie van de HBO-V opmerkelijk genoeg weinig enthousiast onthaald. In hun studie *Verdichtsel en werkelijkheid* (1990) zijn Victor van Gemert en Truus Spijker nogal kritisch ten aanzien van het dagonderwijs. Zij hebben met name flink wat aan te merken op de zogenoemde 'zelfzorgtheorieën' van bijvoorbeeld invloedrijke verpleegkundigen als Dorothea Orem en J.A. van den Brink-Tjebbes, die in de opleiding tot HBO-verpleegkundige waren toegeëigend. Van Gemert en Spijker stelden in 1990 dat het claimen van deze zelfzorgtheorieën in theorie het verpleegkundig domein afbakenen, maar in de praktijk zou

deze claim niet effectief zijn.[1] Zij betoogden dat 'als we kijken naar de professionaliseringsaspiraties van verpleegkundigen' we kunnen stellen 'dat we hier te maken hebben met een paradox'.[2] In theorie wordt het verpleegkundig domein afgebakend, maar in de praktijk zou dat, volgens Van Gemert en Spijker, niet effectief zijn. Dat vonden zij omdat bijvoorbeeld aan de 'onderkant' van het verpleegkundig domein de ondersteuning van zelfzorg moeiteloos overloopt in wat een leek kan doen.[3] In dit hoofdstuk zal blijken dat met het juiste gebruik van de structuur van een verpleegkundig model de totale mens in beeld komt om daarmee ook 'ten behoeve van de verpleegde' aldus Van den Brink-Tjebbes in 1989 'voorwaarden [te] scheppen voor de ondersteuning van diens bastaanszorg door derden'.[4]

Cecile aan de Stegge beoordeelt in haar proefschrift (2012) de komst van de HBO-V ook niet helemaal positief. Zij noemt verschillende actoren die tal van uiteenlopende motieven hadden voor een HBO-V. Zo hoopte bijvoorbeeld, de later nog nader te bespreken leidinggevende verpleegster, Kitty Verbeek 'dat een brede, ook sociaal-psychologisch onderbouwde verpleegkundige opleiding "het algemeen ziekenhuis socialer zou maken"'.[5] Vertegenwoordigers in de psychiatrie hoopten dat de HBO-V een waardevolle bijdrage zou leveren aan de emancipatie van de verpleegkunde, 'zodat de psychiatrische verpleegkunde voortaan minder stigmatisering ten deel zou vallen', aldus Aan de Stegge.[6] Aan de Stegge zelf laat in haar proefschrift in verschillende contexten blijken dat zij de HBO-V niet echt als een antwoord op de identiteitscrisis in de B-verpleegkunde zag (zie hoofdstuk 2).[7] Zij betoogt in een terugblik dat er een discussie gaande was onder B-verpleegkundigen over de meest wenselijke richting in hun vak (sociotherapie of psychotherapie). De keuze werd volgens Aan de Stegge bemoeilijkt doordat

> het vak 'verpleegkunde' in het dagonderwijs een steeds nadrukkelijker 'Angelsaksisch' profiel aannam, waardoor steeds meer aandacht uitging naar generieke taken (zorg) en steeds minder naar begeleidende taken zoals in de psychiatrie gebruikelijk. In reactie op dit alles tobden de B-opleiders met hun identiteit[8]

Hieruit is op te maken dat Aan de Stegge uit gaat van de verpleegkundige en haar methode van werken en niet vanuit de verpleegde met zijn vraag. In dit hoofdstuk zal daar nader op ingegaan worden.

Dit laatste hoofdstuk geeft een overzicht van het ontstaan en de eerste jaren van het bestaan van de HBO-V. Veel aandacht is er voor de Commissie Hogere Beroepsopleiding Verplegenden (Commissie HBO-V), die de HBO-V voorbereidde en in 1969 met een belangrijk eindrapport kwam.[9] Het waren vooral de hogescholen in Leusden en Nijmegen die hard aan de weg timmerden om de verpleegkunde een eigen gezicht te geven. In de onderzoeksperiode van deze studie was er één Nederlandstalige serie lesboeken geschreven

---

[1] Van Gemert en Spijker, *Verdichtsel en werkelijkheid*, 133-134.
[2] Ibidem, 133.
[3] Ibidem, 133-134.
[4] Van den Brink-Tjebbes, *Verpleging naar de maat*, 266. In 1979 formuleerde Van den Brink-Tjebbes dit als volgt: 'voorwaarden scheppen voor het (op aangepaste wijze) volvoeren van de zelfzorg' en 'ondersteunen van de zelfzorg ingeval van behandeling van andere hulp- of zorgverleners': J.A. van den Brink-Tjebbes, 'Het leergebied' verpleegkunde (III), *Tijdschrift van Ziekenverpleging* 32 (1979) 1021-1027, aldaar bijgevoegde matrix VP.
[5] Aan de Stegge, *Gekkenwerk*, 679.
[6] Ibidem.
[7] Ibidem, 668-674, 678-679 en 737-750.
[8] Ibidem, 744.
[9] Commissie Hogere Beroepsopleiding Verplegenden (Commissie HBO-V), *Eindrapport van de Commissie Hogere Beroepsopleiding Verplegenden* ('s-Gravenhage 1969).

voor de HBO-V, namelijk de zogenoemde Van der Peet-reeks van Rob van der Peet, zelf opgeleid als HBO-verpleegkundige. Deze reeks geeft direct een beeld dat de HBO-V van een hoger niveau was, dan de andere bestaande opleidingen tot verpleegkundige in die tijd. De thema's het eten/de maaltijd, het sterven/de dood en enkele verpleegtechnische zijn in die serie opgenomen in de zelfzorgtheorie van de Dorothea Orem. Deze thema's zullen daarom ook vanuit de zelfzorgtheorie van Orem aan de orde komen. Tot slot is er een paragraaf die gericht is op het eerste beroepsprofiel van 1988 en de aanloop daartoe.

Grondvesting van de HBO-V

Nederland miste in de tweede helft van de jaren zestig een hogere beroepsopleiding tot verpleegkundige die qua niveau beter dan de inservice-opleidingen zou aansluiten op de HAVO en het VWO. Op initiatief van de toenmalige Directeur-Generaal van de Volksgezondheid R.J.H. Kruisinga (later staatssecretaris) en op verzoek van ziekenhuisorganisaties, kruisorganisaties, beroeps- en vakorganisaties werden er in 1966 enkele besprekingen gehouden. Men besloot een hoge prioriteit te stellen voor het tot stand brengen van een hogere beroepsopleiding tot verplegenden. Een aanleiding tot besprekingen was de publicatie *De Opleiding in de verpleegkunde* (1966) van de Studiecommissie Examencommissies. In die publicatie werd al gesproken van een Hoger beroepsonderwijs verpleging (h.o.b.o.v.) na de HAVO (zie hoofdstuk 2).[10] De besprekingen leidden tot het instellen van de Commissie Hogere Beroepsopleiding Verpleging (Commissie HBO-V) waarin drie werkgroepen binnen de commissie zich gingen beraden op respectievelijk: de inhoud van het verplegen, de mogelijkheid een andere ingang te creëren voor het opleiden van verplegenden en de wens van functies waarvoor een hogere beroepsopleiding gewenst was.

Wat is verplegen? Met die moeilijk te beantwoorden vraag ging werkgroep I aan de slag onder voorzitterschap van J.B.M. Veraart, Hoofdinspecteur voor de Geestelijke Volksgezondheid. Deze werkgroep ging gedetailleerd te werk en had wel zeventien vraagpunten, zoals: 'moet er gestreefd worden naar een algemeen basisdiploma (…)? Is Z-verplegen werkelijk verplegen (...)? Hoe (…) is de relatie verpleger-pedagoog? Moet B een afspiegeling van A zijn?'.[11] In de werkgroep zaten vijftien leden uit 'alle' velden met een kleine helft uit de psychiatrie. Twee daarvan waren de inmiddels bekende Jacobs en Lit, maar ook bijvoorbeeld de B- en A-verpleegkundige C.A.M. (Kitty) Verbeek, adjunct-directeur van het Seminarium voor Praktische Gezondheidszorg te Utrecht en later directeur van de Hogere School voor Gezondheidszorg te Leusden (zie bijlage 23).[12] Juist deze mensen hadden baat bij een goed functionerende HBO-V, omdat zij zich jaren hadden ingezet voor een andere opleiding dan een inservice-opleiding.

Werkgroep I zamelde bestaande definities en/of omschrijvingen van verplegen bijeen met vooraf de mededeling dat een antwoord op wat verplegen nou werkelijk is niet kon worden beperkt tot een definitie. Toch ondernam de werkgroep die poging. Allereerst nam de werkgroep de volgende definitie van Virginia Henderson over:

---

[10] Ibidem, 5 en 11. Die publicatie was van de hand van de gezamenlijk examencommissies van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie en Neurologie, de Vereniging van Katholieke Gestichtsartsen en de Vereniging tot Christelijke Verzorging van Geestes- en Zenuwzieken, met daarin onder meer de in hoofdstuk 2 vaak genoemde invloedrijke psychiaters D. Jacobs en A.C. Lit (zie hoofdstuk 2 en bijlage 23)).
[11] Commissie HBO-V, *Eindrapport*, 5-6, 11-12.
[12] Ibidem, 12. Voor een CV van Verbeek: 'Hall of Fame', website Florence Nightingale Instituut. http://fni.nl/kitty-verbeek-1919-2007 (6 juli 2014). Aan de Stegge, *Gekkenwerk*, 1038.

> De individu, ziek of gezond, bij te staan in het volbrengen van die activiteiten, die bijdragen tot gezondheid of herstel (of te helpen vredig te sterven, wanneer geen herstel meer mogelijk is), die deze individu zonder hulp zou kunnen verrichten, als hij de nodige kracht, het nodige wilsvermogen en de nodige kennis daartoe bezat. De verpleger[13] dient dit te doen op zulk een wijze, dat de geholpene zo snel mogelijk weer onafhankelijk wordt.[14]

Hierna vatte de werkgroep deze definitie ook nog eens als volgt samen in 'meer algemene termen':

> Verplegen is het systematisch begeleiden van een individu, gehandicapt dan wel bedreigd door een stoornis, met als doel dat deze mens onder optimale condities kan functioneren.[15]

Deze omschrijving zou een houvast worden voor latere zoektochten in de inservice-verpleegkunde, zoals is gebleken in eerdere hoofdstukken. Toch moest deze omschrijving het vooral hebben van de begeleidende tekst en uitleg, omdat die anders eveneens zou kunnen volstaan voor andere niet-verpleegkundige beroepsgroepen in de zorg. Werkgroep I omschreef 'stoornis' als:

> een somatische en/of psychische situatie, al dan niet beïnvloed door sociale omstandigheden, die het individu verhindert als 'normaal' mens in zijn behoeften te voorzien.[16]

Het ging bij verplegen niet om het opheffen van de stoornis, maar primair om:

> het bieden van 'bijstand' aan het individu om optimaal in zijn gehele scala van behoeften te kunnen voorzien en het nemen van die maatregelen, die een potentiële stoornis kunnen voorkomen.[17]

En secundair om:

> het participeren in de medische behandeling van de patiënt, in die zin, dat de verpleging zorgt voor een optimale situatie, voor een effectieve medische behandeling. Dit houdt tevens in: in paramedische zin participeren in de therapie in die gevallen, waarin het 'begeleiden' een therapeutisch effect met zich kan brengen.[18] [(voor de complete toelichting, zie bijlage 34).[19]]

De werkgroep leverde hier goed werk af. Want met deze toelichting er bij, kon de definitie voor de hele verpleegkunde gelden, zowel voor die in de algemene ziekenhuizen als in de psychiatrie en zwakzinnigenzorg. Ook de afbakening van het beroep is hier duidelijk gemaakt. Dat laatste vindt ook Aan de Stegge, maar zij stelt anderzijds dat het ook negatief geïnterpreteerd kan worden: 'dat de verpleegkundige volstrekt niet mocht 'behandelen''.

---

[13] De Commissie HBO-V gebruikte de mannelijke vorm.
[14] Commissie HBO-V, *Eindrapport*, 13
[15] Ibidem.
[16] Ibidem.
[17] Ibidem, 14.
[18] Ibidem.
[19] Ibidem, 13-14.

Waarschijnlijk redeneert Aan de Stegge vanuit de psychiatrische verpleegkunde waarin B-verpleegkundigen zich hadden ontwikkeld tot behandelende (socio)therapeuten. De vraag blijft of je dan nog wel over verpleegkunde kan spreken.

Het bijeenzamelen van definities en omschrijvingen ging binnen de Commissie HBO-V verder. De werkgroep citeerde de definitie/taakomschrijving van de verpleegkunde van de Wereld Gezondheidsorganisatie (WHO), uit 1956 (zie bijlage 3).[20] Ook de internationaal erkende definitie van de verpleegkundige van de ICN (1965) en die van een basisopleiding tot verpleegkundige nam de werkgroep over.[21] Om het compleet te maken eigende de werkgroep ook de standaardomschrijving van de verpleegkundige toe van de International Labour Organization (ILO) uit 1960.[22] De *general nurse* had bij de ILO een assisterende functie voor medici en ook een duidelijke rol als zelfstandig verpleegkundige. De ILO omschreef de rol van de verpleegkundige breed: van het helpen met eten geven tot en met het meten van de vitale functies en van het observeren en begeleiden in psychosociale zin tot en met de kraam (zie bijlage 35).[23]

Werkgroep I probeerde de taak van de verpleegkunde dus te vangen in nieuwe, heldere definities en omschrijvingen. Maar dat was niet het enige. De werkgroep wilde de verpleegkunde zelfs omschrijven als een wetenschappelijk discipline. Dat leidde tot de volgende definitie:

> Verpleegkunde is de wetenschap, die zowel met eigen (autologe), als met aan de medische en sociale wetenschappen ontleende (heterologe) methoden, de zorg voor de zieke en in zijn gezondheid bedreigde mens in zijn toepassing, ontwikkeling en wezen tot object heeft.[24]

Om de verpleegkunde om te vormen tot een wetenschappelijke discipline beperkte werkgroep I van de Commissie HBO-V zich niet uitsluitend tot de formulering van definities. De werkgroep presenteerde ook een systematisch overzicht van de drie kengebieden waar de verpleegkunde zich, volgens hem, zou moeten concentreren. Het eerste kengebied was 'basiskennis' (objectgerichte kennis), bestaande uit: kennis van de samenleving, kennis van de mens en van de mens in de samenleving, kennis van ziekteveroorzakende factoren en kennis van de invloed van afwijkingen op het gedrag van de mens. Als tweede kengebied onderscheidde de werkgroep 'Methodische kennis', bestaande uit: techniek van observatie en herkenning, kennis van de processen van herstel van afwijkingen, kennis van technieken van

---

[20] Ibidem, 18-19.

[21] De verpleegkundige is diegene, die een volledige basisopleiding tot verpleger heeft genoten en in eigen land bevoegd en gerechtigd is om de meest verantwoorde verpleegkundige zorg te verlenen ter bevordering van de gezondheid, het voorkomen van ziekte en de zorg voor de zieke mens. Een basisopleiding voor verpleger is een vastgesteld opleidingsprogramma, dat voorziet in een brede en solide basis voor de uitoefening van de praktijk der verpleegkundige dienstverlening en voor voortgezette verpleegkundige opleidingen (zie ook bijlage 3). Commissie HBO-V, *Eindrapport*, 19.

[22] De ILO ging uit van een *general nurse* en daaronder viel ook 'other nursing tasks in hospital, clinic, sanatorium or other medical establishment for the treatment of various kinds of mental and physical disorders (…)' Daarnaast kende de ILO specialisaties 'such as obstetric, orthopedic, pediatric or psychiatric nursing, or in a particular tasks such as giving anaesthetics or assisting surgeons during operations'. Commissie HBO-V, *Eindrapport*, 19 (zie voor de hele tekst bijlage 35). De International Labour Organization (ILO) of Internationale Arbeidsorganisatie (IAO) verenigt regeringen, werkgevers en werknemers. De ILO werd opgericht in 1919 en is een agentschap van de Verenigde Naties. De ILO ijvert voor de bevordering van waardig werk voor iedereen in de wereld en voor de versterking van de sociale dimensie van de globalisering, website Internationale Arbeidsorganisatie: http://www.ilo.org/brussels/about/lang--nl/index.htm (26 april 2014).

[23] Commissie HBO-V, *Eindrapport*, 19.

[24] Ibidem, 37.

gedragsbeïnvloeding van de mens in verschillende situaties en kennis van algemene en specifieke verplegingshandelingen. Het derde kengebied zou zich ten slotte moeten richten op kennis van de gezondheidsleer en het beroep, waarbij meer specifiek werd gedacht aan de organisatie van de gezondheidszorg, de organisatie van de verpleging, de beroepsuitoefening en de maatschappelijke organisatie van de welzijnszorg in het algemeen en de aanrakingsvlakken met de verpleging en de gezondheidszorg.[25]

Het streven of zelfs de hang naar een wetenschappelijke verpleegkunde was niet uit de lucht komen vallen. De World Health Organization (WHO) creëerde in Europa begin jaren zestig universitaire opleidingen in Schotland, Frankrijk en Polen. Ook in Nederland groeide de belangstelling voor een verpleegkunde op academisch niveau. De Europese afdeling van de WHO organiseerde eind oktober/begin november 1972 in Den Haag, dus drie jaar na het uitbrengen van het Eindrapport van de Commissie HBO-V en twee maanden na de start van de eerste HBO-V's, het symposium *Higher education in nursing*.[26] Tijdens dat symposium sprak de Poolse hoogleraar B. Komorowski over een academisch gevormde verpleegkundige die als gelijkwaardig partner in een medische staf zou functioneren. Hij deed dat met de volgende woorden die de verslaglegger in het *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* als volgt (vertaald) citeerde:

> De moderne verpleegster met een academische graad in verpleegkunde zal niet alleen een intelligent beroepsbe- en uitoefenaar zijn, maar ook een partner en medewerker in de medische staf. Zij moet niet alleen letten op ziekte, maar ook op de totale mens in zijn diverse omstandigheden om alle wetenschappelijk aanwijsbare feiten te verzamelen betreffende de psyche, de familie- en werkomstandigheden en de voor en na de ziekte ontstane toestanden.[27]

Deze uitspraak impliceerde een omwenteling in de verpleegkunde. Opmerkelijk is dat de verpleegkundige hier binnen een medische staf een extra rol kreeg toebedeeld, namelijk de zorg voor de totale mens en dus niet alleen voor de ziekte van de mens.

De Nederlandse verpleegkunde was tijdens dat symposium in 1972 nog allerminst wetenschappelijk van aard. De verpleegkundigen van die tijd waren nog gevormd in inservice-opleidingen en de eerste twee hogescholen waren net twee maanden van start gegaan. Verpleegkundige theorieën waarin de totale mens centraal werd gezet waren wel bekend in kringen rond de Commissie HBO-V, maar waren in de beroepsopleidingen nog niet doorgedrongen. Elke inservice-opleiding had een nadruk op een deel van de mens. De A-verpleegkunde benadrukte de somatische kant, de B-verpleegkunde ging de nadruk leggen op de sociotherapeutische kant en de Z-verpleegkunde op de pedagogische kant van de mens. Bovendien werkte de verpleegkundige vooral nog functiegericht, waardoor haar de mens als totaliteit kon ontgaan.

Toch had het Haagse symposium de aanleiding gegeven voor een Werkgroep Universitaire Opleiding Verpleegkundigen onder voorzitterschap van mevrouw J.J. von Nordheim met als secretaris mevrouw J.A. Tjebbes. De opdracht die de werkgroep zich stelde was het ontwikkelen van "globale' doelstellingen voor een universitaire opleiding (…) en zich beraden op een vorm van inpassing van een dergelijke opleiding binnen het universitaire onderwijs'.[28] Harry van der Bruggen wijdde in *De delta van de Nederlandse verpleging* in

---

[25] Commissie HBO-V, *Eindrapport*, 37-38.
[26] Harry van der Bruggen, 'Verpleegkunde en wetenschap', in: Harry van der Bruggen, red., *De delta van de Nederlandse verpleging* (3e herziene druk Lochem 1992) 179-195, aldaar 179-180.
[27] Ibidem, 180. Van der Bruggen heeft deze woorden, aldus een voetnoot, overgenomen uit het *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 25 (1972) 1284.
[28] Ibidem.

1988 een hoofdstuk aan deze Werkgroep Universitaire Opleiding en de reacties daarop.[29] Hij stelde naar aanleiding daarvan vast dat tussen 1970 en 1979 de verwachtingen ten aanzien van verplegingswetenschap in Nederland qua methode als volgt kon worden samengevat:

> De wetenschappelijke methoden zijn afkomstig uit andere disciplines: het 'horizontaal specialisme'; deze worden echter op eigen wijze gehanteerd (genoemd worden: eigen selectie, interpretatie en ordening, eigen verantwoordelijkheid voor kwaliteit, behoefte aan analyse en theorievorming). Theorievorming is inductief; hypothetisch-deductieve theorievorming wordt afgewezen. Theorievorming niet louter descriptief, maar moet leiden tot verbetering van de verpleegkwaliteit.[30]

Verderop in dit hoofdstuk zal blijken dat de HBO-V die richting al ging volgen en dat het rapport van de Commissie HBO-V in 1969 daartoe de aanleiding was.

Terwijl werkgroep I van de Commissie HBO-V zich beperkte tot enkele algemene principes van de nieuwe HBO-V, richtte werkgroep II onder voorzitterschap van B.T.G. de Jong, Hoofd van de Hoofdafdeling Algemene Gezondheidszorg van de Geneeskundige Hoofdinspectie, zich op de doelgroep, de doelstelling, de inhoud en vormgeving van de opleiding. Deze moest toegankelijk worden voor mensen met HAVO, maar liever nog met een hogere opleiding. De scholen konden hun eigen beleid voeren met betrekking tot de toelatingsvoorwaarden, als deze maar voldeden aan de eis van de toelaatbaarheid. Werkgroep II meende dat de HBO-V jongeren moest gaan aantrekken die een carrière in de gezondheidszorg ambieerden. De HBO-V moest bovendien, net als de MBO-V, dusdanig van aard en inrichting zijn dat 'mannelijke leerlingen zullen worden gewonnen voor de verpleging'.[31]

Werkgroep II formuleerde vijf uitgangspunten voor de nieuwe HBO-V. In tegenstelling tot de inservice-opleiding moest de opleiding een harmonisch samengaan bewerkstelligen van theorie en praktijk. De werkgroep verkoos een geïntegreerde opleiding boven een gefaseerde 'stapelopleiding'. In de HBO-V zou de lesstof van de bestaande stafopleiding opgenomen moeten worden zodat de afgestudeerde, na enige begeleiding, het niveau zou hebben van een verpleegkundige met stafopleiding.[32] Er zou een nieuwe opleiding tot kaderfunctionaris moeten komen, die op de HBO-V zou aansluiten. Een gediplomeerde HBO-V'er diende 'potentiële geschiktheid te hebben om ook in gespecialiseerde sectoren van de gezondheidszorg te kunnen worden ingezet'. De commissie had liever niet dat er na de HBO-V weer diverse aantekeningen zouden komen zoals met name na de A-opleiding. Bovendien zouden, aldus werkgroep II, afgestudeerde HBO-V'ers toegang moeten krijgen tot een universitaire studie.[33]

De HBO-V was dus breder opgezet in vergelijking met de inservice-opleiding. Dat was ook duidelijk terug te zien in het geplande aantal lesuren. De A-opleiding had in 1969 slechts 800 theorie-uren, terwijl de HBO-V-planning meer dan het dubbele liet zien, namelijk 1890.[34] De werkgroep verdeelde het curriculum in zes groepen: medisch-biologische vakken, sociaal-medische vakken, vormen van maatschappelijke hulpverlening, methodieken, geestelijke en maatschappelijke stromingen en methoden wetenschappelijk onderzoek.

---

[29] Harry van der Bruggen, 'Verpleegkunde en wetenschap', in: Harry van der Bruggen, red., *De delta van de Nederlandse verpleging* (3e herziene druk Lochem 1992) 179-195
[30] Ibidem, 190.
[31] Commissie HBO-V, *Eindrapport*, 51.
[32] De stafopleiding was een hogere opleiding voor gediplomeerde verpleegkundigen die een leidinggevende functie hadden of ambieerden.
[33] Commissie HBO-V, *Eindrapport*, 54-55.
[34] Ibidem, 65

Verpleegkunde viel met groepsgesprek en gespreksvoering onder Methodieken (voor het hele curriculum zie bijlage 36).[35] Opvallend is het onderdeel 'Methoden wetenschappelijk onderzoek'. Dat was nieuw in de verpleegkunde en dat alleen al tilde de verpleegkunde op. Opmerkelijk is wel dat werkgroep II voor een verpleegkundige die voor alle velden opgeleid zou worden, op het eerste gezicht het vak verpleegkunde relatief weinig uren gaf ten opzichte van bijvoorbeeld de A-opleiding. De groep Methodieken, waaronder verpleegkunde met 216 uren viel, kreeg 288 lesuren. De A-verpleegkunde kreeg 380 uur voor het blok Verpleging en zorg voor de zieke, waaronder 228 voor verpleegkunde (zie bijlage 5 en 36).[36]

De feitelijke vormgeving en realisatie van de HBO-V kwam in handen van de Subcommissie van de Commissie van Overleg Onderwijs-Volksgezondheid (COOV) en in het verlengde daarvan de Commissie Graamans.[37] De COOV kwam in januari 1970 voor het eerst bijeen. Zij schaarde zich volledig achter de definities en omschrijvingen van verplegen van de Commissie HBO-V en voegde zelf de terreinen van de verpleegkundige toe uit het *Technical report series no. 347*, *Fifth Report* van de Expert Committee on Nursing van de WHO uit 1966 (zie bijlage 9).[38] De COOV zag op grond daarvan, kennis en bekwaamheid van de verpleegkundige in de volgende vier gebieden uitstrekken: verpleegkundige, psychologische, sociologische en sociale en medische kennis.[39]

De COOV verschilde op een paar belangrijke punten van mening van die van de Commissie HBO-V. De nieuwe beroepsopleiding zou in haar ogen niet rechtstreeks gericht moeten zijn op het bekleden van leidinggevende functies. De HBO-V moest zich richten op het opleiden van beroepskrachten die een plaats kunnen bezetten als volwaardige beroepskrachten, waar dan ook in de gezondheidszorg. De COOV hield de HBO-V en de stafopleiding, later Kaderopleiding Gezondheidszorg, gescheiden. Een volgend belangrijk verschil met de Commissie HBO-V was dat de COOV geen integratie voorstond van de A-, B-, Z-opleiding en Maatschappelijke Gezondheidszorg (MGZ), maar een integrale opleiding met een nieuw concept, zonder vast te zitten aan de inservice-opleidingen.[40] Dat zou een hele uitdaging worden voor de scholen, want de docenten-verpleegkunde waren bij het uitkomen van dit rapport van de COOV in 1971 allemaal inservice-opgeleide verpleegkundigen. Nieuw van de COOV was ook de opmerking dat er een doelstelling voor de opleiding tot HBO-V'er moest komen. De COOV formuleerde die:

> De H.B.O.-V biedt een algemene voorbereiding op het beroep van de verpleegkunde ten dienste van de onderscheidene terreinen van de intra- en extramurale gezondheidszorg. Zij dient de grondslag te leggen voor het zelfstandig vervullen van verpleegkundige taken en het vermogen te ontwikkelen om mede vorm te geven aan de inhoud van het beroep van verpleegkundige.[41]

---

[35] Ibidem, 59 en 62-65.
[36] Vergragt en De Vries, *Ziekenverpleging* (1968) 44-45, 59. Commissie HBO-V, *Eindrapport*, 65.
[37] Commissie van Overleg Onderwijs-Volksgezondheid (COOV), *Samenvatting van de overwegingen en conclusies van de subcommissie van de C.O.O.V inzake de hogere beroepsopleidingen voor verplegenden* (februari 1971) [2-4], website Landelijk Centrum Wet- & regelgeving Zorgberoepen. http://www.lcwz.nl/bronnenmateriaal%20introductie.htm (2 oktober 2013). De Commissie Graamans nam de bevindingen van de Subcommissie van de COOV over met enkele toegevoegde opmerkingen, zie: Commissie Graamans, *Eindrapport betreffende de structuur van de hogere opleidingen in de gezondheidszorg* (april 1971) [5], website Landelijk Centrum Wet- & regelgeving Zorgberoepen. http://www.lcwz.nl/bronnenmateriaal%20introductie.htm (2 oktober 2013).
[38] COOV, *Samenvatting van de overwegingen en conclusies van de subcommissie van de C.O.O.V inzake de hogere beroepsopleidingen voor verplegenden* (1971) [2-4]
[39] Ibidem, [4].
[40] Ibidem, [2].
[41] Ibidem, [5].

Het opvallende in deze doelstelling was dat de HBO-V daadwerkelijk vorm moest gaan geven aan de inhoud van de verpleegkunde. De HBO-V kreeg hiermee een leidende rol in de ontwikkeling van de verpleegkunde. Dat lag natuurlijk wel enigszins voor de hand, omdat de HBO-V voorlopig de hoogste opleiding zou worden binnen de verpleegkunde en ook omdat binnen het curriculum een groep 'Methoden wetenschappelijk onderzoek' was gekomen. De expliciete doelstelling markeerde een belangrijk moment in de ontwikkeling van de zoektocht in de verpleegkunde.

De COOV legde in een leerplan de contouren vast van de nieuwe opleiding. De totale opleiding omvatte – inclusief het vierde jaar – 2.000-2.600 uren. Dat waren zo'n 700 lesuren meer dan de Commissie HBO-V voor ogen had. De COOV trok niet 216 uren uit voor verpleegkunde, zoals de Commissie HBO-V dat voorstelde, maar 400 lesuren. Zo kwam dit aantal uren in een betere verhouding te staan met de bijvoorbeeld de A-opleiding. De commissie plande tachtig lesweken voor theoretisch en praktisch onderwijs met maximaal dertig lesuren per week. Tijdens de praktijkopleiding moesten klinische lessen gegeven worden. In de eerste twee jaar moesten docenten vooral de nadruk leggen op de theorie en moesten studenten door middel van korte projecten in de praktijk de 'confrontatie met de werkelijkheid' aangaan. De COOV splitste de vakken op in drie deelgebieden: Verpleegkunde, Hulpwetenschappen en Algemene vakken. Veelzeggend daarbij is de inhoud van het deelgebied Hulpwetenschappen: medische vakken en sociale wetenschappen met elk 200 uur. Dat de HBO-verpleegkundige zelfverzekerd kon zijn, blijkt uit het feit dat de verpleegkundige haar gezichtspunt omdraaide. De sociale wetenschappen en de medische vakken werden als 'hulp' gezien. Niet de geneeskunde stond centraal, maar de verpleegkunde.

In tegenstelling tot de Commissie HBO-V nam de COOV ook (ped)agogiek op in het curriculum. Dat deed zij echter slechts als onderdeel van de sociale wetenschappen met daarnaast de vakken wijsgerige antropologie, ethiek, psychologie, sociologie en economie. Deze paar uur (ped)agogiek stonden niet in verhouding met de MBO-V, waarbij met name in Rotterdam de agogiek een belangrijke pijler van de opleiding vormde. Bij de HBO-V werd de (ped)agogiek slechts een onderdeel van de hulpwetenschap sociale wetenschappen (voor het lesprogramma van de COOV zie bijlage 37).[42] Terwijl de MBO-V door middel van de agogiek (en levensfasen van de mens) als pijler de totale mens in beeld bracht, zou de HBO-V, zo zal nog blijken, dat met behulp van verpleegkundige theorieën gaan doen.

De eerste ambitieuze jaren vanaf 1972

De eerste HBO-V's konden aanvangen nadat de Subcommissie COOV de puntjes op de i had gezet op het Eindrapport van de Commissie HBO-V en nadat de Commissie Graamans die in haar *Eindrapport betreffende de structuur van de hogere opleidingen in de gezondheidszorg* onderschreven had.[43] In 1972 startten de eerste HBO-V's bij de Katholieke Hogere School voor Verpleegkundigen (KHSV) te Nijmegen en de Hogere School voor Gezondheidszorg (HSG) te Leusden. In 1976 leverden zij de eerste circa 130 gediplomeerden af.[44] In 1975 kwamen er HBO-V's in Amsterdam (Amstelveen) en Voorburg, gevolgd door Eindhoven en

[42] Ibidem, [6-8].
[43] De Commissie Graamans verwees in haar eindrapport naar het rapport van de Subcommissie van de Commissie Overleg Onderwijs-Volksgezondheid (COOV). De Commissie Graamans gaf voor de HBO-V alleen wat structuren aan om de HBO-V te kunnen onderscheiden van de MBO-V, zoals toelatingseis (HAVO) en dat de kennisinhoud groter en breder moest zijn dan de MBO-V. Commissie Graamans, *Eindrapport betreffende de structuur van de hogere opleidingen in de gezondheidszorg* (april 1971) [5].
[44] Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, 'H.B.O.V.-ers en M.B.O.V.-ers', *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 29 (1976) 664.

Sittard in 1977, Groningen, Hengelo en Zwolle in 1978 en Goes in 1981.[45] Deze scholen konden een goede start krijgen omdat de Commissie HBO-V en de Subcommissie COOV tevoren gunstige voorwaarden hadden gecreëerd. Dat was bij de MBO-V wel anders. De HBO-V ressorteerde bij aanvang onder de Wet op het voortgezet onderwijs onder het sociaalpedagogisch onderwijs. Vanaf 1980 viel de opleiding onder het hoger sociaalpedagogisch onderwijs. Binnen deze afdeling waren ook de vervolgopleidingen voor (gediplomeerde) verpleegkundigen ondergebracht, zoals de kaderopleiding in de gezondheidszorg, opleidingen tot docent-verpleegkunde en verpleegkundige in de MGZ.[46] Dat betekent dat de HBO-V was ondergebracht in hogescholen die al bekend waren met hoger onderwijs. Bovendien kreeg de HBO-V een goede start omdat deze, in tegenstelling tot de MBO-V, vanaf het begin niet experimenteel was. De nieuwe opleiding kreeg direct een eigen doelstelling, urentabel en lesprogramma van de COOV. Omdat de HBO-V's al vanaf de start onder het Ministerie van Onderwijs ressorteerden, kregen zij ook onderwijsinspectie.

De scholen moesten werken volgens de richtlijnen van de Subcommissie COOV (1971). Het Ministerie van Onderwijs en Wetenschappen zou die richtlijnen in 1980 nog bevestigen door middel van een circulaire. Die richtlijnen bevatten onder meer de doelstelling van de HBO-V zoals hierboven omschreven en de lessentabel met het aantal uren per vakkengroep. De circulaire verwees naar het curriculum van de Subcommissie COOV (zie bijlage 37 en 38).[47] Het waren tamelijk summiere richtlijnen voor een vierjarige HBO-opleiding en het is voor te stellen dat de scholen grote kopzorgen hadden om die richtlijnen op het gewenste niveau te brengen. Er was immers nog geen referentiekader. Wel kregen de scholen veel ruimte voor eigen inzichten (aanvullende lessen in de zogenoemde N2-ruimte).

De archieven van de HBO-V's te Leusden en Nijmegen zijn helaas verloren gegaan. Dat is spijtig, maar uit een privé-archief is gelukkig een leerplan uit 1977 tevoorschijn gekomen van een van de andere vroege HBO-V's, namelijk van de Verpleegkundige Akademie Vronestein te Voorburg.[48] Dit leerplan laat duidelijk zien dat Voorburg grotendeels de richtlijnen volgde van de COOV. De doelstelling van de opleiding in Voorburg is bijna letterlijk van de COOV overgenomen. De toelatingsvoorwaarden waren volgens de COOV minimaal HAVO of gelijkwaardig, maar de academie keek eveneens naar persoonlijke geschiktheid door middel van een onderzoek.[49] Zo'n onderzoek naar persoonlijke geschiktheid was conform de richtlijnen van de COOV.[50] Voorburg vermeldde niet hoe dat onderzoek er uit zag. Het zou een gesprek geweest kunnen zijn.

Voorburg liet de student in het derde en vierde jaar de praktijk in gaan. Er was geen differentiatie en specialisatie mogelijk.[51] In het vierde jaar moest er wel een keuze gemaakt worden voor een stage in één of twee van de vier velden (A, B, Z en MGZ), maar dat moest zonder het algemene karakter van de verpleging aan te tasten. Met dat laatste bedoelde Voorburg dat er niet teveel in afzonderlijke velden gedacht en gedaan moest worden.

---

[45] Goudswaard, *Inleiding tot de geschiedenis van de verpleegkunst*, 157.
[46] Broekema, *Wet op het voortgezet onderwijs* (1e aanvulling 1980 bij de 3e druk 1978) 239.
[47] Nationaal Archief, Den Haag, Ministerie van Onderwijs en Wetenschappen: Directie Hoger Beroepsonderwijs, (1918) 1975-1985 (1987), nummer toegang 2.14.48, inventarisnummers 792 en 940, Leerplannen, eindexamenregelingen, concept 1977 en voorlopige bij circulaire 14 juni 1978.
B.Th.M.M. Pieterse en J.A Verwey, *Het functioneren van HBO-verpleegkundigen in de praktijk van de gezondheidszorg.* Onderzoek in opdracht van het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, in overleg met de Evaluatie Commissie HBO-V (Eindhoven, juli 1983), bijlage 1.
[48] *Leerplan Hogere Beroepsopleiding van de Verpleegkundige Akademie Vronestein* (mei 1977). Uit het persoonlijk archief van A. van der Arend in bezit van en met dank aan dr. Rob van der Peet. Vooralsnog zijn ook de aan het ministerie/onderwijsinspectie ingediende leerplannen niet achterhaald. Die zouden logischerwijs in het Nationaal Archief moeten zijn, maar zijn niet gevonden, ook niet door een archiefmedewerker.
[49] *Leerplan Hogere Beroepsopleiding van de Verpleegkundige Akademie Vronestein* [1].
[50] COOV, *Samenvatting van de overwegingen en conclusies van de subcommissie van de C.O.O.V*. [7].
[51] *Leerplan Hogere Beroepsopleiding van de Verpleegkundige Akademie Vronestein* [2].

Voorburg doceerde de volgende vakken: verpleegkunde, wijsgerige- en levensbeschouwelijke oriëntatie en ethiek, maatschappijleer, sociologie, psychologie, agogiek, recht, economie, organisatiekunde, gezondheidskunde, geneeskunde, anatomie/fysiologie, wiskunde-natuurkunde-scheikunde, lichamelijke oefening en expressieve vakken. De verpleegkunde stond er centraal en de overige vakken waren ondersteunend en in dienst van de verpleegkunde. Elk vak kreeg een doelstelling en leerstofomschrijving (zie bijlage 39). [52] Voorburg besteedde met 520 uur veel aandacht aan verpleegkunde. Dat aantal lag ver boven wat de Subcommissie COOV als minimum eiste (400). Dat was mogelijk omdat de COOV niet alle lesuren had ingevuld. Agogiek kreeg in Voorburg zelfs 320 uur, ten behoeve van het verkrijgen van kennis over veranderingsprocessen en training in sociale vaardigheden.[53] Bij de COOV was, zoals gezegd, de (ped)agogiek onderdeel van de sociale wetenschappen waarbinnen de 200 uur ook de vakken wijsgerige antropologie, ethiek, psychologie, sociologie en economie vielen. Voorburg nam de extra uren vanuit de N2-ruimte.

Voorburg leek zich 'keurig' gehouden te hebben aan de richtlijnen van de COOV. Aan te nemen is dat dit ook het geval was bij de eerste HBO-V's te Leusden en Nijmegen. Zij zouden anders door de onderwijsinspectie tot de orde zijn geroepen. Aan de hand van mondelinge overleveringen kan een aardig beeld gegeven worden hoe het er in Leusden en Nijmegen aan toe ging. Leusden streefde een integrale opleiding na, ongeacht de afzonderlijke praktijkvelden. 'Niet het vak verpleegkunde stond centraal, maar de uitoefening van het beroep', aldus de in de jaren zeventig aan Leusden verbonden Francis Mensink.[54] Docenten in Leusden lieten zich in belangrijke mate inspireren door de richtlijnen van de COOV, het ICN en door de in opdracht van het ICN geschreven *Basic Principles of Nursing Care* (1960) van Virginia Henderson. Leusden ging uit van de door de Centrale Raad voor de Volksgezondheid omschreven drie kerndimensies: het scheppen van een therapeutisch klimaat, het bieden van continuïteit door middel van 24-uurszorg in de intra- en extramurale zorgsettingen en coördinatie van de zorg, gebaseerd op het (in hoofdstuk 1 besproken) *Rapport inzake de taak van de verpleegkundige* van 1974. [55] Ook aspecten van de vijf terreinen van het verpleegkundig beroep volgens het *Technical report series no. 347* van de WHO (mei 1966), verwerkte Leusden in het curriculum (zie bijlage 9).[56] De school ving haar zoektocht dus niet aan vanuit de geneeskunde, maar vanuit de verpleegkunde. Dat zal niet gemakkelijk geweest zijn, want de docenten-verpleegkunde konden niet anders dan inservice-opgeleid zijn en zij waren daarom nog sterk door het medisch model beïnvloed. Mensink schreef dat docenten-verpleegkunde lang hebben gepionierd 'alvorens zij duidelijk hadden wat het begrip fundamentele verpleegkunde inhield en hoe zij hieraan op veldoverstijgende wijze vorm konden geven'.[57]

---

[52] Ibidem, [3-9].
[53] Ibidem, [6].
[54] Francis Mensink, 'Kennisontwikkeling in de Hogere Beroepsopleiding voor Verpleegkundigen', in: Mirjam Goes, Renée Smit Duyzentkunst, red., *HBO-V Utrecht. 1972-2002. 30 jaar inspiratie in het verpleegkundig onderwijs* (Hogeschool van Utrecht 2003) 11-13, aldaar 11.
[55] De drie kerndimensies luidden als volgt: Het scheppen en instandhouden van het therapeutisch klimaat, waarin de activiteiten, die de genezing van de patiënten bevorderen, zo goed mogelijk tot hun recht kunnen komen; Het coördineren van activiteiten die zich in de directe omgeving van de patiënt voordoen; Het zorgdragen voor de continuïteit in het therapeutisch klimaat en in de coördinatie. Raad voor de Volksgezondheid, *Rapport inzake de taak van de verpleegkundige* (1974) 8. NA, Centr. Raad Volksgezondheid, 2.27.16, inv. nr. 774, Centrale Raad voor de Volksgezondheid, *Spoedadvies inzake de 3e versie voorlopig onderwijsleerplan mhno/mspo nieuwe stijl*, 9.
[56] Ibidem, 11-13.
[57] Francis Mensink, 'Veertig jaar Hogere Beroeps Opleiding Verpleegkunde in Nederland. Toekomstgerichte dynamiek in vak en beroep', in: Cecile aan de Stegge & Cornelis van Tilburg, red., *Helpen en niet schaden. Uit de geschiedenis van verpleegkunde en medische zorg* (Antwerpen en Apeldoorn 2013) 123-142, aldaar 127.

De docent Truce Soeter merkte in een terugblik op dat de docenten-verpleegkunde in Nijmegen strikt opgedeeld waren in A, B, Z en MGZ.[58] Dat is opmerkelijk, omdat het de bedoeling was dat de HBO-V geen stapeling zou zijn van velden, maar een opleiding met een nieuw concept. Soeter vertelde verder dat de Nijmeegse staf uit een bonte verzameling docenten bestond die in 1977 nog volop de onderwijsinhouden en onderwijsvormen verkende. In het docentencorps waren academisch gevormden rijk vertegenwoordigd, zoals sociologen, psychologen, juristen en economen.[59] Het ligt voor de hand dat de HBO-V docenten 'leende' of inzette die op de hogeschool al les gaven in andere opleidingen voor gediplomeerde inservice-verpleegkundigen (opleiding MGZ, kaderopleiding, docentenopleiding). Dat kan enigszins opgemaakt worden uit de declaraties van de scholen aan het Ministerie van Onderwijs en Wetenschappen en waarin de personele kosten niet uitgesplitst zijn in opleidingen.[60]

Docenten in Nijmegen gaven beroepsgericht onderwijs, 'waarbij de vraag belangrijk was: wat moet een verpleegkundige weten van sociologie, psychologie, recht, economie et cetera'. Artsen doceerden geneeskunde niet 'gehinderd door onderwijskundige principes, doorgaans in witte jas'. Deze arts-docenten hadden nauwelijks contact met de docenten van de overige vakken of met de studenten. Toen de school het zogenoemde probleemgestuurd onderwijs (PGO) instelde, kwam er samenhang met de rest van de onderdelen.[61]

Nijmegen gaf in de jaren zeventig vooral hoorcolleges. Soms gaven docenten de lessen bewust confronterend, waarbij het voorkwam dat studenten huilend een college verlieten. Zulke colleges beschouwde Nijmegen als vormend.[62] Achteraf gezien lijkt het er op dat de HBO-V tevens een weerbaarheidstraining was en misschien was dat wel nodig om zich in de praktijk, zeker in het hiërarchische A-veld, staande te houden. In een interview gaf de socioloog Jan Stapel het voorbeeld van een groep studenten waarmee hij op excursie ging naar een psychiatrische instelling:

> We wachtten zo'n half uur in een lege zaal. Toen stormde een man binnen. Hij begon op scherpe toon mijn studenten uit te schelden. De studenten waren geschokt. We zijn daarna vertrokken. Later hoorde ik van een collega dat dit een doelbewuste actie was om ons te testen.[63]

De confronterende benadering moet gezien worden als een onderdeel van de zoektocht naar een vorm van lesgeven, want zo zei Jan Stapel verder: 'wilde ideeën kwamen op en werden uitgevoerd. Daarna werd de opleiding zakelijker'.[64]

Nijmegen had een oefenlokaal voor het aanleren van vaardigheden (skillslab) en verondersteld mag worden dat docenten en studenten daar gebruik van maakten.[65] Zo ging het niet in Leusden. Dat blijkt uit een incident in 1976 tijdens de diploma-uitreiking van de eerste groep die afstudeerde. Een van gecommitteerden, mevrouw J.J. von Nordheim, weigerde het

---

[58] De HBO-V door de ogen van: Truce Soeter, in: Penelope Nijeholt, red., *HBO-V Nijmegen. 1972-2002. 30 jaar inspiratie in het verpleegkundige onderwijs* (Hogeschool van Arnhem en Nijmegen 2003) 4-5.
[59] Ibidem.
[60] Dat waren geen kleine bedragen. In 1975 ging het betreft personele kosten in Nijmegen om ruim vijf miljoen gulden en in Leusden om een kleine vier miljoen. NA, OW / Hoger Beroepsonderwijs, 2.14.48, inv. nr. 882, declaratie over 1975 van onder meer de Katholieke Hogere School voor Verpleegkundigen en de Hogere School voor Gezondheidszorg aan het Ministerie van Onderwijs en Wetenschappen.
[61] De HBO-V door de ogen van: Truce Soeter, 4-5.
[62] De HBO-V door de ogen van: Jan Stapel, in: Penelope Nijeholt, red., *HBO-V Nijmegen. 1972-2002. 30 jaar inspiratie in het verpleegkundige onderwijs* (Hogeschool van Arnhem en Nijmegen 2003) 25-26.
[63] Ibidem.
[64] Ibidem.
[65] De HBO-V door de ogen van: Edith Arts in: Penelope Nijeholt, red., *HBO-V Nijmegen. 1972-2002. 30 jaar inspiratie in het verpleegkundige onderwijs* (Hogeschool van Arnhem en Nijmegen 2003) 7-9.

diploma te tekenen omdat zij van mening was dat de school onvoldoende training had gegeven in praktische vaardigheden. Het was Jeltje Heitink die de uitreiking redde en het diploma tekende. Dit incident leidde er toe dat Leusden daarna mensen aannam voor het vaardigheidsonderwijs, aldus docent en vanaf 1984 adjunct-directeur Gera Kol.[66] In 1976 hoefden Leusdense studenten volgens Michel Jansen, voormalig afdelingsdirecteur en docent-ethiek van Leusden, geen speciale literatuur over verpleegkunde te bestuderen voor hun eindexamen, want zo zei hij

> verplegen zat niet in boekenkennis. Hoe waar dit misschien ook was, het echte probleem was dat zij geen idee hadden wat ze de studenten moesten laten lezen, omdat zij er zelf geen weet van hadden.[67]

Dat is vreemd, want een docent-verpleegkunde was op z'n minst zelf verpleegkundige met eventueel een docentenopleiding en deze moest dus weten dat er genoeg (les)boeken voorhanden waren vanuit het inservice-onderwijs. Waarschijnlijk kwam dat omdat de inservice-boeken te handelingsgericht waren en daardoor niet aansloten op de in Leusden geldende ideeën. Leusden stelde de persoonlijke ontwikkeling, attitude en visie centraal in plaats van theorie en praktijkvaardigheden. Daarom heette de school in Leusden ook wel 'de rooie school'.[68] Mathilde Bos, student tussen 1979 en 1983, vertelde dat het onderwijs wel heel chaotisch was. Ze leerden weinig over de verpleging. Zij vertelde dat zij bij vaardigheidsonderwijs elkaar bloot moesten wassen, omdat studenten zich helemaal moesten verdiepen in hoe het voelde door een ander gewassen te worden. Dat vond zij overigens wel 'een enorm leermoment'.[69]

Begin jaren tachtig ging Leusden (nog steeds) uit van Maslow en Virginia Henderson. Intussen gebruikten docenten en studenten daarbij de volgende vertaalde/bewerkte boeken: Ann Marriner, *Verplegen volgens plan* (Deventer 1981) en Beverly Witter Du Gas, *Basisboek verpleegkunde. Verplegen als integraal proces* (Groningen 1981).[70] Marriner ging in haar lijvige boek uitgebreid in op het methodische verplegen: anamnese, planning, uitvoering en evaluatie. Het lesboek van Du Gas besprak Virginia Hendersons definitie van verplegen en ging om prioriteiten te stellen in het verpleegkundig proces uit van Maslows behoeftehiërarchie.[71] Leusden had daarmee, begin jaren tachtig, in vertaalde werken haar weg gevonden om in elk geval procesmatig te kunnen verplegen. Nijmegen gebruikte begin jaren zeventig de voor de inservice-opleidingen bedoelde boeken uit de serie *In goede handen*. Later gebruikte Nijmegen, net als Leusden, het lesboek voor de verpleegkunde van Du Gas. Voor de zwakzinnigenzorg was een geneeskundig boek voorhanden.[72] Het zou tot 1983 duren voordat de eerste Nederlandse lesboeken in de handel kwamen die speciaal voor de HBO-V waren geschreven (zie verderop).

---

[66] Gera Kol, 'Dat mensen groeien, dat ze zelfvertrouwen krijgen, daar gaat het om', in: Mirjam Goes, Renée Smit Duyzentkunst, red., *HBO-V Utrecht. 1972-2002. 30 jaar inspiratie in het verpleegkundig onderwijs* (Hogeschool van Utrecht 2003) 8-10.

[67] Michel Jansen, 'De romantiek van de eerste jaren', in: Mirjam Goes, Renée Smit Duyzentkunst, red., *HBO-V Utrecht. 1972-2002. 30 jaar inspiratie in het verpleegkundig onderwijs* (Hogeschool van Utrecht 2003) 2-4, aldaar 2..

[68] Gera Kol, 'Dat mensen groeien, dat ze zelfvertrouwen krijgen, daar gaat het om', 8-10.

[69] Projectgroep 16, Christa Elzinga e.a., *Kennis van het verleden biedt inzicht in het heden!.* Afstudeerproject geschiedenis van de HBO-V (Instituut Verpleegkundige Studies Hogeschool Utrecht 2007-2008) 57.

[70] Met dank voor de e-mail (27 februari 2012) van drs. Henriëtte van Woudenberg, studente HBO-V in de beginjaren tachtig te Leusden.

[71] Beverly Witter Du Gas, *Basisboek verpleegkunde. Verplegen als integraal proces* (Groningen 1981) 25 e.v., 154 en 166 e.v.

[72] Met dank aan het echtpaar Rob van der Peet en Annemieke van der Peet-Bos, HBO-V'ers van het eerste uur te Nijmegen.

Leusden kende in de eerste jaren een informele sfeer. Studenten zaten tijdens colleges te breien, te haken en te roken, ook docenten rookten. Veel 'lessen hadden dan ook het karakter van een Poolse landdag'.[73] De school kreeg kritiek, maar de toenmalige directeur Kitty Verbeek trok zich daar niets van aan. De afgestudeerden waren volgens haar 'in staat de patiënt centraal te stellen, ze konden luisteren en nadenken en hadden ook nog eens een brede basis, precies zoals ik het voor ogen had'. Nationaal was er belangstelling voor het Leusdens lesprogramma en internationaal vervulde Leusden een voorbeeldfunctie voor beroepsgericht opleiden.[74] Verbeek wilde 'de maatschappij een verpleegkundige brengen die breed was opgeleid'. Zij wilde een plek 'creëren waar mensen in vrijheid konden leren hun ideeën te verwoorden en vorm te geven' en waar 'werkelijk geluisterd werd naar studenten zodat zij omgekeerd ook in staat zouden zijn om naar patiënten te luisteren', zo citeerde Mensink Kitty Verbeek.[75] De eerder genoemde Gera Kol beschreef in een artikel dat Leusden uitging volgens een antropologisch model. Zij noemde deze denkrichting de 'Leusdense School'.[76]

Ook in Nijmegen werd gebreid en gehaakt tijdens de les door zowel vrouwelijke als mannelijke studenten. Edith Arts, docent tussen 1977 en 1997 vertelde dat zij terecht kwam op een 'geitenwollensokkenschool'.[77] De studenten gedroegen zich naar de hokjesgeest als zij eenmaal hadden gekozen voor hun veld van voorkeur. Studenten psychiatrie zagen er punkerig of flowerpowerachtig uit. MGZ'ers 'waren doorgaans stoere meiden met tuinbroeken en Zweedse klompen'. De studenten die gekozen hadden voor het algemene ziekenhuis waren 'nette meisjes met parelkettinkjes', studenten in de zwakzinnigenzorg distantieerden zich van de anderen en waren vooral zeer betrokken bij hun werk, aldus de eerder genoemde Soeter.[78] Eén en ander zal gechargeerd zijn, maar het tekent wel de tijd én het veldgerichte opleiden in Nijmegen. Het lijkt er op dat de verpleegkunde in Nijmegen in velden verzuild was gebleven.

HBO-V: leidster in de zoektocht

De hogescholen te Nijmegen en Leusden hadden vooraanstaande docenten en leverden verpleegkundigen af die een voortrekkersrol gingen vervullen. Zij voldeden ruimschoots aan de deel-doelstelling van de HBO-V: 'het vermogen te ontwikkelen om mede vorm te geven aan de inhoud van het beroep van verpleegkundige'. Deze twee hogescholen zetten zich in om het wezen van de verpleegkunde te vinden. Zij brachten, tussen 1973 en 1990, onder hun auspiciën 68 boeken uit binnen de befaamde Reeks Verpleegkundige Studies.

Binnen de Reeks Verpleegkundige Studies was ook de bijdrage van Bart van Bergen en Louk Hollands met *Naar een profiel van de verpleegkundige*. Naast de vele omschrijvingen die in omloop waren, ontwikkelde een team van docenten van Nijmegen in de loop van de jaren zeventig een profiel. Van Bergen en Hollands, niet-verpleegkundigen en verbonden aan Nijmegen, zetten dit profiel op papier. Ook zij kwamen met de grote vraag 'Wat is verplegen?'. Zij kwamen na het overnemen van bestaande omschrijvingen van verplegen uit bij een eigen omschrijving. Dat deden zij vanuit de begripskeuze 'ziek' en

[73] Michel Jansen, 'De romantiek van de eerste jaren', 2-4.
[74] Kitty Verbeek, 'Ik wilde de maatschappij een verpleegkundige brengen die breed was opgeleid en eigen ideeën vorm zou durven geven', in: Mirjam Goes, Renée Smit Duyzentkunst, red., *HBO-V Utrecht. 1972-2002. 30 jaar inspiratie in het verpleegkundig onderwijs* (Hogeschool van Utrecht 2003) 5-7.
[75] Francis Mensink, 'Veertig jaar Hogere Beroeps Opleiding Verpleegkunde in Nederland. Toekomstgerichte dynamiek in vak en beroep', 125.
[76] Gera Kol en Mari van Duijnhoven, 'Leusdense School', in: Harry van de Bruggen, red., *De Delta van de Nederlandse verpleging* (Lochem 1988) 39-56, aldaar 39 en 41.
[77] De HBO-V door de ogen van: Edith Arts, 7-9, aldaar 7.
[78] De HBO-V door de ogen van: Truce Soeter, 4-5.

‘gezond’. Om beroepsduidelijkheid te krijgen, baseerden zij hun keuze vanuit historisch perspectief toen tot in de jaren dertig in de A-, B-, Z- en wijkverpleegkunde er alleen sprake was ‘van een op het somatotype gerichte verpleging’.[79] Dit uitgangspunt was, het is eerder gezegd in eerdere hoofdstukken, wel slikken voor verpleegkundigen die werkten in de psychiatrie en de zwakzinnigenzorg waar veelal geen sprake was van somatisch disfunctioneren. Van Bergen en Hollands betoogden dat werkzaamheden in die velden eerder toebehoorden aan groepsleiders, agogen, sociaal werkers of speltherapeuten. Door het afbakenen van werkzaamheden wilden Van Bergen en Hollands duidelijkheid scheppen, want maakte men dat onderscheid niet dan was er alle reden om bijvoorbeeld gevangenispersoneel, begeleiders van pleegkinderen of van moeilijke opvoedbare kinderen ook verpleegkundigen te noemen.[80]

Behalve het onderscheid ziek en gezond vonden Van Bergen en Hollands dat verpleegkundige zorg afgebakend zou moeten worden ‘van andere zorgverlening op grond van een aantal pragmatische overwegingen’. Als voorbeeld namen zij het verschil in werkzaamheden tussen verpleegkundigen en ziekenverzorgenden. Als derde punt noemden zij de afgrenzing van andere vormen van hulpverlening. Hiermee bedoelden zij dat verpleegkundigen ‘zich bijvoorbeeld moeten hoeden voor het initiëren van therapieën’.[81]

Zoals in het vorige hoofdstuk is betoogd, zouden Van Bergen en Hollands later hun stellingname relativeren omdat zij ook wel inzagen dat de klok niet terug te draaien was. Wel vonden zij dat hun ‘inspanningen in de jaren zeventig zeker hebben bijgedragen tot een discussie over de eigenheid en inhoud van het verpleegkundig beroep en de consequenties daarvan voor opleiding en organisatie’.[82] Dat klopt. Gedurende de vijf drukken van het boekje *Naar een profiel van de verpleegkundige* tussen 1975 en 1983, publiceerde het *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* artikelen die op verschillende wijzen de verpleegkunde analyseerden. Enkele van die bijdragen, van met name docenten in Nijmegen, werden met andere artikelen gebundeld.[83] Dat Van Bergen en Hollands wat losmaakten in bijvoorbeeld het Z-veld, kan aan de hand van het volgende citaat van de Nijmeegse docenten Bart van der Laan en Truce Soeter worden geïllustreerd:

> Het is verheugend dat binnen de zorg voor geestelijk gehandicapten het begeleiden (agogische) aspect steeds meer naar voren komt. Uiteraard mag daarmee aan de mogelijkheid van een somatisch dysfunctioneren niet worden voorbijgegaan, noch aan de primaire, fundamentelle levensbehoeften van de pupil. Juist omdat veel geestelijk gehandicapten ook somatisch kwetsbaar zijn (…) is het belangrijk in hun gedrag de signalen te herkennen die dat aangeven.[84]

Zij vonden het van belang het ‘somatisch disfunctioneren (…) in het totaal aan gerichte zorg voor de pupil’ te durven onderkennen.[85] Van der Laan en Soeter draaiden vanuit het Z-veld het gezichtsveld dus om. Zij gingen in principe niet uit van het somatisch disfunctioneren, maar van het gedrag van de pupil zonder de somatiek uit het oog te verliezen. Van Bergen en

---

[79] Bart van Bergen en Louk Hollands, *Naar een profiel van de verpleegkundige.* Reeks Verpleegkundige Studies, nr. 12 (5e druk Lochem en Poperinge 1983) 53.
[80] Van Bergen en Hollands, ‘Verplegen volgens ‘Het Profiel’’ (1992) 47.
[81] Van Bergen en Hollands, *Naar een profiel van de verpleegkundige* (1983) 54.
[82] Van Bergen en Hollands, ‘Verplegen volgens ‘Het Profiel’’ (1992) 50.
[83] Bart van Bergen en Louk Hollands, red., *Over de verpleging. Bijdragen ter ondersteuning van de verpleegkundige praktijk* (2e druk Lochem en Poperinge 1981).
[84] Bart van der Laan en Truce Soeter, ‘Verpleegkundige begeleiding van geestelijk gehandicapten een perspectief’, in: Van Bergen en Hollands, red., *Over de verpleging. Bijdragen ter ondersteuning van de verpleegkundige praktijk*, 112-125, aldaar 115.
[85] Ibidem, 116.

Hollands zouden dan ook na 1980, na de discussie, inzien dat 'de inhoudelijke juistheid van een geformuleerde beroepsvisie in hoge mate afhankelijk [is] van een legitimatie ervan door de betreffende beroepsbeoefenaars' (zie ook hoofdstuk 2).[86]

Strijd van HBO-V'ers in de praktijk

HBO-V-studenten moesten in de praktijk soms een strijd leveren met inservice-opgeleide verpleegkundigen. Zij ondervonden, evenals MBO-V'ers, weerstand in de praktijk.[87] In 1982 vond een inservice-opgeleide verpleegkundige dat de HBO-V'er nog niet bewezen had een betere verpleegkundige te zijn dan de inservice-opgeleide.[88] Ook twee inservice-opgeleiden die doorstroomden naar de HBO-V ervoeren een strijd, zo blijkt uit de volgende woorden in 1984:

> Elkaar bestrijden lijkt ons binnen deze discussie niet nodig. De H.B.O.-V is voor ons géén vervolgopleiding, maar een duidelijk andere opleiding, die vanuit meerdere invalshoeken tegelijk het verpleegkundig beroep benadert.[89]

De eerder genoemde Mensink schreef dat bestuurders en inservice-verpleegkundigen in de eerste tien jaren vonden dat dagonderwijs op HBO-niveau volstrekt overbodig was. Zij meenden dat verplegen het best 'aan het bed' geleerd kon worden.[90] Mensink citeerde een oud HBO-V-student als volgt:

> Je moest jezelf wel bevechten in de praktijk (…) In de praktijk ondervond ik weerstand. Ik heb in die tijd geleerd dat ik vooral niet moest laten zien dat ik kennis had. Wel je handen laten wapperen (…).[91]

De docent-verpleegkundige Aty Jansen, vertelde dat de tegenwerking in het veld heel groot was. Zij zei dat je studenten steeds moest ondersteunen 'om hun positie in het veld goed te kunnen laten innemen'. In de praktijk waren er stemmen die zeiden 'dat de studenten niets zouden kunnen', aldus Jansen.[92] Volgens de eerder genoemde Mathilde Bos was het zelfs 'bijna niet mogelijk (…) om als HBO V'er in een [algemeen] ziekenhuis te functioneren. Er was vaak sprake van ruzie, omdat we eigenwijs waren en niets konden.' Bos vertelde verder dat dat niet gold voor de Geestelijke Gezondheidzorg en in de thuiszorg. 'In de AGZ konden we de eerste jaren niet zo goed terecht. De HBO-V was best GGZ gericht'.[93] Stagiaires waren boventallig en op sommige afdelingen liepen zij in de weg.[94] De verpleegkundige/historica Nannie Wiegman vertelde in een interview dat de hoofdzusters van toen met alleen een A-

---

[86] Van Bergen en Hollands, 'Verplegen volgens 'Het Profiel'' (1992) 50.
[87] HBO-V te Nijmegen, 'De M.B.O.-V.-er/H.B.O.V.-er bij het einde van de studie', *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 35 (1982) 227.
[88] D. Struiksma, 'De M.B.O.-V.-er/H.B.O.V.-er bij het einde van de studie (II)', *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 35 (1982) 336.
[89] Groep 1-2 van de H.B.O.V.-instroom te Groningen, 'Maar je hebt die speld toch al – verkorte H.B.O.-V opleiding voor inservice opgeleiden', *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 37 (1984) 213.
[90] Mensink, 'Veertig jaar Hogere Beroeps Opleiding Verpleegkunde in Nederland. Toekomstgerichte dynamiek in vak en beroep', 124-125.
[91] Ibidem, 128.
[92] Projectgroep 16, Christa Elzinga e.a., *Kennis van het verleden biedt inzicht in het heden!*, 59.
[93] Ibidem, 57.
[94] J. Willink, 'H.B.O.V.-stagiaires in een psychiatrisch centrum – boventallig, overtallig of overtollig?, *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 36 (1983) 62-65, aldaar 65.

opleiding de komst van gestudeerde HBO-V'ers als een bedreiging hebben ervaren.[95] Dat moet ook hebben gegolden voor de stage/praktijkbegeleiders (als die er al waren). Zij waren niet altijd onderwijskundig genoeg om met het lesmateriaal van de HBO-V om te gaan.

Dat HBO-verpleegkundigen weerstand kregen in de praktijk was waarschijnlijk ook het gevolg van de krappe arbeidsmarkt rond 1980. Er was nauwelijks verloop. Inservice-leerlingen waren na diplomering in sommige instellingen niet zeker of hun leerlingencontract omgezet zou worden in een aanstelling als gediplomeerde.[96] Laat staan dat men HBO-V'ers aannam. Niet iedere gediplomeerde HBO-V'er vond dus een werkplek van haar eerste keuze. Dat zou kunnen betekenen dat een HBO-V'er geen voldoening had van haar werk. Cijfers uit een evaluatierapport van 1983 maken de verspreiding van de gediplomeerden duidelijk.[97] Vooral de wijkverpleging was populair. Na diplomering ging 35,3 procent in de wijk werken. Dat getal zou hoger zijn als er meer plaats was. De wijk was aantrekkelijk, omdat de HBO-V'er de mogelijkheid kreeg zelfstandig te werken en omdat de werktijden gunstig waren. Slechts 24,1 procent ging naar een algemeen ziekenhuis. Naar verhouding was dat gering. Het algemeen ziekenhuis was immers het grootste veld. Met een relatief hoog percentage, 13,2 procent, ging een groot aantal HBO-V'ers in de psychiatrie werken. Het type hulpvraag, de intensieve contacten met de patiënt en het sociaal-agogische aspect trokken HBO-V'ers aan. Met 2,8 procent was de belangstelling voor de zwakzinnigenzorg gering, maar gelijk aan de vraag. Opmerkelijk is dat slechts een gering aantal gediplomeerden, 1,9 procent, in het verpleeghuis ging werken terwijl de vraag groter was. Een kleine twee procent ging werken in de ambulante geestelijke gezondheidszorg.[98]

Eerste Nederlandse lesboeken verpleegkunde voor de HBO-V vanaf 1983

De HBO-V's ondernamen baanbrekende stappen op het gebied van verpleegkunde. Het pionieren, zoals Mensink dat noemde, was na zo'n tien jaar niet meer echt nodig. De eerste HBO-V's gebruikten, zoals gezegd, de uit het Engels vertaalde lesboeken van Ann Marriner en Beverly Witter Du Gas. Hiermee maakten de hogescholen de eerste vernieuwende stappen in het verplegen, namelijk: het methodisch werken volgens een eigen verpleegkundig proces van anamnese, planning, uitvoering en evaluatie. Rob van der Peet kwam in de zoektocht naar verpleegkunde met een vierdelige lesboekenreeks, die tussen 1983 en 1986 uitkwam.[99] Van der Peet is zelf HBO-V'er van het eerste uur. Hij werkte een van de theorieën uit en vertaalde die in een nieuwe methode voor het verpleegkundig onderwijs, zonder de waarde van andere

---

[95] Projectgroep 16, Christa Elzinga e.a., *Kennis van het verleden biedt inzicht in het heden!*, 70.
[96] J. van der Ham, 'Gediplomeerd? … Ontslagen', *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 35 (1982) 367.
[97] Birgitte Pieterse en Janny Verwey, 'Verpleegkundigen van de H.B.O.V. in de praktijk van de gezondheidszorg', *Tijdschrift voor Ziekenverpleging*, 37 (1984) 565-572. Verwey was ook een van de auteurs van het rapport over de MBO-V (zie hoofdstuk 5).
[98] Ibidem, 567-568. Van de respondenten was een vijfde deel niet (meer) werkzaam in de verpleging, maar had 'andere tijdsbestedingen'. Het evaluatierapport zelf gaf daarvoor negen redenen: militaire dienst, ander werk of andere opleiding binnen of buiten de gezondheidszorg, werkzaam in het buitenland binnen of buiten de gezondheidszorg, onbekend en niet (meer) werkzaam. Pieterse en Verwey, *Het functioneren van HBO-verpleegkundigen in de praktijk van de gezondheidszorg*, 38.
[99] Rob van der Peet, e.a., *Inleiding in de verpleegkunde* (Lochem en Poperinge 1983). Rob van der Peet, e.a., *Verpleegkunde 1. De lichamelijkheid van de mens* (Lochem en Gent 1984). Rob van der Peet, e.a., *Verpleegkunde 2. De levenscyclus van de mens* (Lochem en Gent 1985). Rob van der Peet, e.a., *Verpleegkunde 3. De gezondheid van de mens* (Lochem en Gent 1986). Rob van der Peet, e.a., *Inleiding in de verpleegkunde* (2e herziene druk Lochem 1990). Rob van der Peet, e.a., *Verpleegkunde 1. De lichamelijkheid van de mens* (2e herziene druk Lochem 1990). Rob van der Peet, e.a., *Verpleegkunde 2. De levenscyclus van de mens* (2e herziene druk Lochem 1990). Rob van der Peet, *Verpleegkunde 3. De gezondheid van de mens* (2e herziene druk Lochem 1991).

modellen en theorieën te miskennen.[100] Hij koos daarvoor de theorie van Dorothea Orem, die met haar theorie vanuit het onderscheid zelfzorg-zelfzorgtekort redeneerde en niet vanuit het onderscheid gezond-ziek.[101] Van der Peet stelde dat met behulp van deze theorie 'klip en klaar [kan] worden aangegeven wat tot het beroepsdomein van de verpleegkundige behoort en wat niet'.[102] Hiermee zei hij iets revolutionairs, want hij gaf hiermee een duidelijk antwoord op de grote vraag: wat is verplegen? Orem zelf is betrokken geweest bij de voorbereiding van de Van der Peet-reeks. Zij schreef een 'Ten geleide' bij de tweede druk.[103]

Deze Amerikaanse verpleegkundige Orem omschreef in 1971, met aanvullingen in 1980 en 1985, haar zogenoemde zelfzorgtekort-theorie in *Nursing: Concepts of Practice*, dat in 1986 vertaald uitkwam als *Verpleegkunde: ondersteuning van zelfzorg*.[104] Opmerkelijk is dat Orem en Van den Brink-Tjebbes gelijktijdig een zelfzorgtheorie ontwikkelden. De een in de VS, de ander in Nederland. Aangenomen mag worden dat zij dat onafhankelijk van elkaar deden, want in hun literatuuropgaven verwezen zij niet naar elkaar. De zelfzorgtheorie laat zien dat verpleegkundige hulp alleen is gerechtvaardigd, wanneer er een kwantitatief en/of kwalitatief zelfzorgtekort is in samenhang met een en ziekte of gehandicapt zijn. Een ziekte of handicap op zichzelf is geen reden om iemand te verplegen. Het object waar verpleegkundigen zich mee bezighouden is, volgens Orems theorie, de zelfzorg van de mens. Wanneer er een zelfzorgtekort is, zet de verpleegkundige een verpleegsysteem in. Orem en dus ook Van der Peet onderscheiden drie verpleegsystemen: voorlichtend/ondersteunende hulp, gedeeltelijk compenserende hulp en volledig compenserende hulp.[105]

Van der Peet ging na het lesboek *Inleiding in de verpleegkunde* uit van de drie typen zelfzorgbehoeften: universele zelfzorgbehoeften, ontwikkelingsbepaalde zelfzorgbehoeften en gezondheidsbepaalde zelfzorgbehoeften in respectievelijk *De lichamelijkheid van de mens, De levenscyclus van de mens* en *De gezondheid van de mens* (voor inhoudsopgave van deze Van der Peet-reeks zie bijlage 40). De acht universele zelfzorgbehoeften van de mens vormen een structuur bij het hanteren van de theorie van Orem. Deze zijn: 1. de opname van lucht, 2. voldoende opname van water, 3. de opname van voeding, 4. uitscheiding, 5. het evenwicht tussen activiteit en rust, 6. het evenwicht tussen op zichzelf staan en sociaal contact, 7. de preventie van gevaren, 8. een normaal leven leiden.[106] Deze universele zelfzorgbehoeften hebben veel weg van de basisbehoeften van Virginia Henderson en aspecten van zelfzorg van J.A. van den Brink-Tjebbes (zie bijlage 15).

Alleen al aan de hand van een eenvoudig lijkend onderwerp als het eten/de maaltijd, wordt duidelijk dat Van der Peet de mens als totaliteit benaderde. Het eten/de maaltijd komt vanzelfsprekend ter sprake bij de derde universele zelfzorgbehoefte 'de opname van voeding' en komt in alle delen terug. A. Geerts, schrijfster van het hoofdstuk in het eerste deel, zette het hoofdstuk breed op. Zij besprak uitgebreid de persoonlijke factoren van de zorgontvanger als leeftijd, individuele gewoonten, psychische en lichamelijke invloeden, omgevingsfactoren die een rol konden spelen: klimaat, werksituatie, financiële, sociale en culturele en religieuze invloeden en media. Dat de auteur aan 'alles' dacht blijkt bijvoorbeeld uit een lijstje dat de auteur maakte met tips om de kosten te bewaken bij het aanschaffen van voedsel en om het voedsel op de goede manier te bereiden.[107] Dat zal de auteur gedaan hebben om het verpleegsysteem voorlichtend/ondersteunende hulp te kunnen inzetten.

---

[100] R. van der Peet, *De Van der Peet-reeks. Informatie in kort bestek* (Lochem 1990) 5.
[101] Ibidem, 11-14.
[102] Ibidem, 13.
[103] Van der Peet, e.a., *Inleiding in de verpleegkunde* (1990) 5-6.
[104] Dorothea Orem, *Verpleegkunde: ondersteuning van zelfzorg* (Lochem en Gent 1986). Nederlandse vertaling van: Dorothea Orem, *Nursing: Concepts of Practice* (3e druk New York 1985).
[105] Van der Peet, e.a., *Inleiding in de verpleegkunde* (1990) 38 en 44.
[106] Ibidem, 39.
[107] Rob van der Peet, e.a., *Verpleegkunde 1* (1984) 158-168.

Geerts gaf uitleg hoe de verpleegkundige methodisch te werk kon gaan om te bezien in hoeverre de zorgontvanger een zelfzorgtekort had betreft de universele zelfzorgbehoefte 'de opname van voeding'. De verpleegkundige diagnose kon gesteld worden door subjectieve gegevens te verzamelen met de vragen: Hoe zorgt de zorgontvanger nu voor zijn voeding en welke problemen ondervindt hij? Welke factoren beïnvloeden deze zelfzorgactiviteiten? Is de zorgontvanger in staat om zelf invloed uit te oefenen op deze factoren? Hoe staat de zorgontvanger tegenover de zorg voor zijn voeding? Deze subjectieve gegevens moest de verpleegkundige aanvullen met objectieve gegevens van de zorgontvanger, zoals lengte, lichaamsgewicht en algemene indruk (zoals kleur van gezicht, lippen, tong, nagels en vitale functies als pols en bloeddruk).[108]

De subjectieve en objectieve gegevens ten behoeve van de universele zelfzorgbehoefte 'opname van voeding' had de verpleegkundige nodig om te beoordelen in welke mate er een zelfzorgtekort was op dit gebied. Zo kon met alle acht zelfzorgbehoeften de verpleegkundige zelfzorgtekorten gediagnosticeerd worden. Dan blijkt, wanneer dat gedaan wordt bij het type ontwikkelingsbepaalde zelfzorgbehoefte, dat Orems theorie veldoverstijgend is. Een zieke zuigeling of een volwassene met een verstandelijk beperking die niet zelfstandig kan eten, hebben immers andere voeding en daarbij andere hulpmiddelen nodig dan een comateuze stervende oudere.[109] Van der Peet schreef dat ontwikkelingsbepaalde zelfzorgactiviteiten te maken hebben met

> de levensfase waarin iemand verkeert en met de overgang van de ene naar de andere levensfase; crisissituaties of gebeurtenissen die iemands groei en ontwikkeling kunnen schaden.[110]

Met de acht zelfzorgbehoeften liet Van der Peet ook op structurele wijze zien welke gevolgen het sterven/doodgaan heeft en welke rol de verpleegkundige kan hebben in het zorgproces nadat de verpleegkundige diagnose is vastgesteld. Om tot die verpleegkundige diagnose te komen, had hij tevoren een heel hoofdstuk gewijd aan het levenseinde met als doel dat de student aan het eind van dit hoofdstuk kon beschrijven of uitleggen hoe de mens op het einde van zijn leven zorgt voor zijn groei en ontwikkeling, hoe anderen door middel van mantelzorg dat konden doen en op welke manieren de verpleegkundige die zorg kon bieden.[111]

De acht zelfzorgbehoeften golden ook binnen het type gezondheidsbepaalde zelfzorgbehoeften die de auteur vooral vanuit de somatiek heeft ingevuld, omdat gezondheidsbepaalde zelfzorgbehoeften samenhangen met of voortvloeien uit ziekte, letsel en handicap en ook voortvloeien uit het onder behandeling staan van een arts. De auteurs B. van der Laan en A. van der Peet-Bos behandelden 'alles' wat betreft voeding bij zorgproblemen die voorkomen bij bijvoorbeeld boulimie, zwangerschap, voorafgaand aan operatie en diagnostisch onderzoek en voorkomen na een maagresectie, bij stofwisselingsziekten en allergieën. Ook kwamen eventuele zorgproblemen bij vastende joodse en islamitische zorgontvangers aan de orde.[112]

Van der Peet was spaarzaam met het uitleggen van technische vaardigheden. Hij achtte het belangrijker alleen de principes van de vaardigheden te noemen. Verdere uitwerking zou tijdens de praktische lessen moeten geschieden.[113] In de tweede druk verwees Van der Peet voor verdere uitleg, aan het begin van een module, naar het vertaalde boek van H.K. Hamilton

---

[108] Ibidem, 168-170.
[109] Van der Peet, *Verpleegkunde 2* (1985) 464.
[110] Ibidem, 5.
[111] Ibidem, 443-453.
[112] Van der Peet, e.a., *Verpleegkunde 3* (1986) 303-326.
[113] Van der Peet, *De Van der Peet-reeks* (1990) 13.

en M.B. Rose, *Verpleegkundige handelingen en procedures. De praktijk van het verplegen* (Lochem 1988). Het boek van Hamilton en Rose was bedoeld als aanvulling op de reeks van Rob van der Peet. De samenstelling voor de vertaling was van Van der Peet.[114] Hamilton en Rose lieten de verpleegkundige zelf de venapunctie uitvoeren, het perifeer infuus aanleggen en de katheter bij de man inbrengen.[115]

De bestendiging van de identiteit van de verpleegkunde

De jaren tachtig waren de jaren waarin het eerste beroepsprofiel een feit werd. Eindelijk. Na jaren van zoeken was het er dan toch van gekomen. In deze paragraaf wordt uit de doeken gedaan hoe dat eerste profiel tot stand kwam. Dat was een lange weg.

De eerste aanzet voor een beroepsprofiel was de discussienota van juni 1981 opgesteld door de Ambtelijke Commissie.[116] Dit beroepsprofiel ging nog uit van een MBO-V en HBO-V. Het was immers de bedoeling dat er in de toekomst alleen die twee soorten verpleegkundigen zouden worden opgeleid. De discussienota stond sterk onder invloed van Van den Brink-Tjebbes. Haar verpleegkundige theorie is hierin duidelijk te herkennen. In veel woorden legde de Commissie uit dat de MBO-V'er vooral haar werk had op microniveau en minder op mesoniveau. De HBO-V'er had het complexere werk op micro- en mesoniveau. Bovendien was de HBO-V'er meer voorwaardenscheppend. In een schema liet Van den Brink-Tjebbes helder die verhouding zien. Daarboven had de HBO-V'er een bijdrage te leveren aan de ontwikkeling van de verpleegkunde ten behoeve van de beroepsuitoefening op micro- en mesoniveau.[117]

De discussienota kreeg veel kritiek. De Centrale Raad voor de Volksgezondheid kwam in november 1981 met een advies aan de Minister van Volksgezondheid en Milieuhygiëne inzake die discussienota.[118] De Raad concludeerde dat er geen onderscheid was gemaakt in beroepsprofiel en eindtermen van een opleiding en daarom zou er eerst een beroepsprofiel moeten worden geformuleerd waarin elke verpleegkundige zich zou moeten kunnen herkennen. Daaraan gekoppeld zouden eindtermen voor de opleiding moeten worden geschreven, die de niveaudifferentiaties zouden bepalen. De Centrale Raad vond dat de holistische mensbeschouwing, waar de Ambtelijke Commissie vanuit ging, een beperking inhield. De beroepsbeoefenaar zou ook een andere mensbeschouwing kunnen hanteren.[119] Hiermee is nogmaals duidelijk dat de Ambtelijke Commissie onder grote invloed stond van Van den Brink-Tjebbes. Zij was het die in haar theorie de holistische mensbeschouwing handen en voeten gaf (zie hoofdstuk 4). De Raad nam wat betreft een eventuele keuze voor een andere mensbeschouwing geen standpunt in. Rond die tijd hadden zich al wel verschillende stromingen afgetekend in het Nederlandse taalgebied.[120]

---

[114] Helen K. Hamilton en Minnie B. Rose, *Verpleegkundige handelingen en procedures. De praktijk van het verplegen* (Lochem 1988) 6.
[115] Ibidem,161-164, 269-270 en 377-378
[116] Ambtelijke Commissie MBO-V/HBO-V, *Discussienota. Profiel van de beginnend verpleegkundig beroepsbeoefenaar, die de MBO-V opleiding heeft gevolgd en profiel van de beginnend verpleegkundig beroepsbeoefenaar, die de HBO-V opleiding heeft gevolgd* (juni 1981).
[117] Ibidem, 3-5.
[118] Centrale Raad voor de Volksgezondheid. *Advies inzake de discussienota "profiel van de beginnend verpleegkundig beroepsbeoefenaar, die de MBO-V opleiding heeft gevolgd en profiel van de beginnend verpleegkundig beroepsbeoefenaar die de HBO-V opleiding heeft gevolgd"* (Rijswijk 1981).
[119] Ibidem, 8-9.
[120] Rond 1980 waren in het Nederlandse taalgebied onder meer de volgende theorieën/modellen bekend: 'Het Profiel' van Van Bergen en Hollands; integrerende verpleegkunde van onder meer Maria Grypdonck; antropologisch georiënteerde verpleegkunde van Van der Bruggen en van de Hogere School voor Gezondheidszorg ('Leusdense School'). J.H.J. de Jong e.a., *Handboek verpleegkunde* (Houten 2003) 89-92.

Het advies van de Raad voor de Volksgezondheid kreeg navolging, want in september 1982 kwam de Ambtelijke Commissie met een nieuwe discussienota.[121] Ook deze nota lijkt grotendeels te zijn geschreven door Van den Brink-Tjebbes. Termen als mens-in-zijn-wereld, wezenskenmerk en kernobject waren typisch voor haar en ook haar schema's kregen net als in de eerste nota een plaats. Uiteindelijk vatte de Commissie de verpleegkundig beroepsuitoefening op als

> professioneel verpleegkundig handelen van de beoefenaren van elk der beroepen behorend tot de discipline van de VERPLEGING
> zoals dat plaatsvindt binnen de kaders van deze discipline
> in beroepssituaties van een bepaalde complexiteit
> in maatschappelijke systemen waarin instellingen, ter realisering van hun doelstellingen functies voor verpleegkundige beroepsbeoefenaren van onderscheidene deskundigheidsniveaus in stand houden.[122]

Erg toegankelijk was deze samenvatting niet. Deze moest dan ook gelezen worden met het hele, eveneens weinig toegankelijke, rapport in het achterhoofd.

Een vervolg op het werk van de Ambtelijke Commissie zou er niet komen. Alles zou anders lopen. Het was inmiddels duidelijk geworden dat de MBO-V op zou houden te bestaan. Daarvoor in de plaats kwam de opleiding tot de lager gekwalificeerde MDGO-verpleegster/verpleger (zie hoofdstuk 5). Er waren nu twee verschillende beroepen binnen de verpleging die eigen profielen en eigen eindtermen voor de opleiding moesten krijgen. Deze nieuwe situatie deed de Staatssecretaris van Volksgezondheid besluiten de Nationale (voorheen Centrale) Raad voor de Volksgezondheid te vragen hem te adviseren over een profiel voor beide deskundigheidsniveaus.[123] Eerdere Ambtelijke Commissies en dus ook Van den Brink-Tjebbes, waren uit beeld geraakt. Nu ging de Raad voor de Volksgezondheid zelf aan de slag. Deze kwam in september 1984 met het advies voor een verpleegkundig beroepsprofiel.[124] De Raad adviseerde allen met de titel verpleegkundige op het eerste deskundigheidsniveau te laten functioneren en MDGO-VP'ers en ziekenverzorgenden op het tweede deskundigheidsniveau.[125] In het rapport schetste de Raad de profielen voor de twee deskundigheidsniveaus met per deskundigheidsniveau verantwoordelijkheden, takenpakket, kennis, vaardigheden en attitude.[126]

Maria Grypdonck, 'Integrerende Verpleegkunde. Een situatiescheppende theorie', in: Harry van de Bruggen, red., *De Delta van de Nederlandse verpleging* (Lochem 1988) 118-137. Kol en Van Duijnhoven, 'Leusdense School', 39-56. Harry van der Bruggen, 'Ten geleide', in: Harry van der bruggen, red., *De Delta van de Nederlandse verpleging* (3e druk Lochem 1992) 23.

[121] Ambtelijke Commissie MBO-V/HBO-V, *Karakteristiek van de beroepsuitoefening binnen de discipline van de verpleging. Het verpleegkundig beroepsprofiel. Discussienota* (Leidschendam 1982).

[122] Ibidem, 31.

[123] In 1983 lag er van een ambtelijke werkgroep, met vertegenwoordiger van WVC en O&W, een rapport waarin een opleidingsleerplan voor de MDGO-VP was opgenomen. Het verzoek van Staatssecretaris van WVC, J.P. van der Reijden, aan de Nationale Raad voor de Volksgezondheid was om dat profiel te betrekken bij het advies. Nationale Raad voor de Volksgezondheid, *Advies inzake de profielschets van een beroepsbeoefenaar die zich professioneel bezighoudt met het verplegen* (Zoetermeer september 1984) bijlage I: Brief van Staatsecretaris van WVC, J.P. van der Reijden, aan de Nationale Raad voor de Volksgezondheid (18 augustus 1983) bijlage Ia *Rapportage aan de bewindslieden van Onderwijs en Wetenschappen en Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur over de opleiding MBO-VP door de ambtelijke werkgroep MBOV* (mei 1983).

[124] Raad voor de Volksgezondheid, *Advies inzake de profielschets van een beroepsbeoefenaar die zich professioneel bezighoudt met het verplegen* (1984).

[125] Ibidem, 46-48 en 50-55.

[126] Ibidem, 28 en verder

De Raad voor de Volksgezondheid kwam als vanouds ook nu met definities van verplegen. Allereerst met een oude, namelijk die van Florence Nightingale uit 1859: 'zorgdragen voor de persoonlijke gezondheid van iemand' met als doel 'de patiënt in de best mogelijke condities te brengen om de natuur haar werk te kunnen laten doen'. Naast Nightingale was ook de bekende Virginia Henderson in 1984 nog van toepassing bij de Raad.[127] In deze traditie kwam de Raad met enige aanpassing met de volgende definitie van de American Nurses Association (1980):

> Verplegen op het eerste deskundigheidsniveau of wel verpleegkundig handelen is: het herkennen, analyseren alsmede advies en bijstand verlenen ten aanzien van de feitelijke of dreigende gevolgen van lichamelijke en/of geestelijke ziekteprocessen, handicaps of ontwikkelingsstoornissen voor de fundamentele levensverrichtingen (de activiteiten van het dagelijks leven) van het individu.[128]

Aan de hand van deze definitie werkte de Nationale Raad vier bepalende kenmerken uit van verplegen: de verschijnselen waarop het verplegen gericht is, de toepassing van theorieën, de activiteiten in het kader van verplegen en de evaluatie van de effecten.

De vele reacties[129] op het advies van 1984 deed de Raad besluiten om het profiel bij te stellen. Dat werd als eindproduct in 1988 gepubliceerd onder de naam *Verpleegkundig beroepsprofiel*.[130] De Raad had de definitie aangepast op het gebied van 'het bevorderen en in stand houden van gezondheid'.[131] De definitie bleef echter gebaseerd op die van de American Nurses Association (1980) die het beroepsmatig verplegen omschreef als 'diagnosis and treatment of human responses to actual or potential health problems'.[132] Met aanpassing en concretisering luidde de uiteindelijke definitie:

> 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 het in stand houden en bevorderen van gezondheid.[133]

Daar was die dan! Na een zoektocht van enkele decennia beschikte de verpleegkunde eindelijk over een definitie en een eigen beroepsprofiel waarmee verpleegkundigen en ziekenverzorgenden konden laten zien waarvoor zij stonden. De definitie van 1988, die de hele verpleegkunde dekte, was meer dan acceptabel. Alle inservice-verpleegkundigen en ziekenverzorgenden en de verpleegkundigen en verpleegsters/verplegers via de dagscholen zouden zich hierin moeten kunnen herkennen. Dat een definitie nooit voor iedereen honderd procent zou voldoen is inherent aan de verschillende opvattingen van verpleegkundigen. Zoveel verpleegkundigen, zoveel meningen. Zo zou de laatste zin in de definitie vraagtekens op kunnen roepen. Was het in stand houden en bevorderen van gezondheid niet iets van geneeskundigen? Was het aspect van (secundaire en tertiaire) preventie niet impliciet in de

---

[127] Ibidem, 21.
[128] Ibidem, 21-22.
[129] Nationale Raad voor de Volksgezondheid, *Rapport reacties advies verpleegkundig beroepsprofiel* (Zoetermeer 1988).
[130] Bakker en Le Grand-van den Bogaard, red., *Verpleegkundig beroepsprofiel*.
[131] Raad voor de Volksgezondheid, *Rapport reacties advies verpleegkundig beroepsprofiel*, 10.
[132] Bakker en Le Grand-van den Bogaard, red., *Verpleegkundig beroepsprofiel*, 19.
[133] Ibidem.

eerste zin omschreven en zou die laatste zin dus niet nodig zijn geweest? Vermeldingswaardig is dat het verpleegkundig beroepsprofiel zich niet vastpinde op één theorie. Dat lieten de auteurs over aan het zelfstandig oordeelsvermogen van de verpleegkundige met de oproep tot alertheid 'op de wisselwerking tussen denken (theorie) en handelen (praktijk)'.[134]

Op het eerste deskundigheidsniveau werkten dus allen die de titel verpleegkundige mochten voeren en op het tweede deskundigheidsniveau werkten degenen die MDGO-verpleegster/verpleger of ziekenverzorgende waren.[135] In bijlage 52 zijn de verantwoordelijkheden, taken en verrichtingen, kennis en vaardigheden van de verpleegkundige en verpleegster/verpleger naast elkaar gezet, zodat duidelijk is hoe de Raad de deskundigheden onderscheidden.[136] De jarenlange discussie over het wel en niet mogen uitvoeren van medisch-technische handelingen zou met dit overzicht gestopt kunnen worden. De lijst met de technische vaardigheden maakte duidelijk dat de verpleegkundige onder meer bloedmonsters afnam, intraveneus medicijnen toediende en de blaas katheteriseerde, met de volgende waarschuwing: ten aanzien

> van de uitvoering van verrichtingen of handelingen op het terrein van medische diagnostiek en behandeling geldt uiteraard dat ze op basis van juridisch verantwoorde voorschriften van de arts of verloskundige toegepast en uitgevoerd kunnen worden. Aangezien de bestaande wetgeving en het wetsontwerp BIG onvoldoende regels hiertoe geven, moet mede op grond van jurisprudentie de zekerheid bestaan, dat de verantwoordelijkheid kan worden gedragen. Artsen en verloskundigen hebben bevoegdheden op grond van de Wet uitoefening geneeskunst.[137]

In 1986 nam de wetgever het principe van eerste en tweede deskundigheid over. Met deze kunstgreep dat alle verpleegkundigen op het eerste deskundigheidsniveau gingen werken, creëerde de wetgever wel een grensvervaging tussen inservice- en HBO-opgeleiden. Het beroepsprofiel was geen functieprofiel. In bijvoorbeeld het A-veld waren A-verpleegkundigen en HBO-V'ers in principe elkaars gelijken terwijl de HBO-V'er overduidelijk breder en hoger was opgeleid. Goed beschouwd betekende dit voor HBO-V'ers een degradatie en voor de inservice-verpleegkundige een opsteker. Deze gelijkstelling gold ook voor het salaris. Een breder opgeleide HBO-V'er kon op basis van het beroepsprofiel geen hoger salaris krijgen. Dat had op basis van het conceptprofiel van 1981 wel gekund omdat het toen nog ging om het onderscheid in deskundigheidsniveaus tussen MBO-V en HBO-V. In de jaren zeventig kon een HBO-V'er in de wijk bij aanvang lager ingeschaald worden dan een inservice-verpleegkundige met wijkaantekening en op hetzelfde niveau ingeschaald als een MBO-V'er. De redenering was dat de HBO-V beroepsvoorbereidend was en dat de pas gediplomeerde HBO-V'er een inwerkperiode behoefde in het veld van haar keuze.[138]

---

[134] Bakker en le Grand-van den Bogaard, red., *Verpleegkundig beroepsprofiel*, 21.
[135] MDGO-VP'ers zouden de ziekenverzorgenden moeten gaan vervangen. Nationale Raad voor de Volksgezondheid, *Rapport reacties advies verpleegkundig beroepsprofiel*, 20.
[136] Bakker en le Grand-van den Bogaard, red., *Verpleegkundig beroepsprofiel*, 29-48.
[137] Ibidem, 38.
[138] W. de Hey, 'De H.B.O.V. in ontwikkeling', *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 31 (1978) 351-363, aldaar 357-358.

Nabeschouwing

Dit hoofdstuk heeft aangetoond dat de HBO-V de laatste zet was bij het vinden van de identiteit van de verpleegkund(ig)e. Dat kon ook omdat de wettelijke voorwaarden voor deze opleiding aanzienlijk beter waren geregeld dan bij de MBO-V. Bovendien waren studenten en docenten hoger opgeleid zodat door hun denkniveau de HBO-V een goede veldoverstijgende vorm kon krijgen. Zij maakten daartoe gebruik van uitgebrachte rapporten uit binnen- en buitenland en vonden een identiteit met bijvoorbeeld de theorieën van Maslow, Henderson, Van den Brink-Tjebbes en Orem. Vrij snel gingen de hogescholen daadwerkelijk aan de slag met het implementeren van verpleegkundige theorieën en modellen in de opleiding van bijvoorbeeld Henderson.

Het kon niet anders dan dat de A- en B-verpleegkunde invloed hadden op de HBO-V. Een ander Nederlandse referentiekader was er nog niet voor de HBO-V. Vooral opmerkelijk is het feit dat er invloed was vanuit de paar niveaus 'lagere' ziekenverzorging, doordat Van den Brink-Tjebbes voor deze opleiding met een theorie kwam die voor de hele verpleegkunde dienst deed. De eerste lesboeken voor de HBO-V onder redactie van J.H.J de Jong en J.A.M. Kerstens, die kort na de onderzoeksperiode van deze studie uitkwamen (eerste druk, 1989), waren gebaseerd op Van den Brink-Tjebbes. Nadat de HBO-V's zich hadden gevestigd en bewezen, kon er sprake zijn van omgedraaide invloed, namelijk invloed van de HBO-V's op de inservice-opleidingen. Dat gebeurde bijvoorbeeld met de Reeks Verpleegkundige Studies, die onder auspiciën van Leusden en Nijmegen uitkwam en door middel van de leden in de Commissie HBO-V. Bovendien beïnvloedden (oud)studenten van hogere scholen de inservice-opleidingen zoals Van der Peet dat deed met zijn *Van der Peet-reeks* (zie ook hoofdstuk 1 en 3).[139]

Dit hoofdstuk laat ook zien dat de HBO-V de inservice-verpleegkundigen in de praktijk opkrikten. Doordat de MBO-V op een lager niveau verder moest gaan als MDGO-VP, moest ook het in de maak zijnde beroepsprofiel aangepast worden. Inservice-verpleegkundigen gingen vanaf 1984/1988 in hun eigen veld gelijkwaardig aan HBO-verpleegkundigen functioneren op het eerste deskundigheidsniveau. Dat zou ook door een wettelijk besluit in 1986 vastgelegd worden. Ook hier kan de invloed van de HBO-V gezien worden. Andersom kan dit uitgelegd worden als degradatie en frustratie bij HBO-V'ers. Hier is immers de breder en hoger opgeleide HBO-V deels gelijkgesteld aan de smal en lager opgeleide inservice-verpleegkundige.

De HBO-V had de verpleegkunde uit de identiteitscrisis gehaald. De verpleegkunde kreeg een eigen identiteit met behulp, maar onafhankelijk van de geneeskunde en sociale wetenschappen. De COOV kwalificeerde medische vakken en sociale wetenschappen voor de HBO-V in 1971 zelfs als hulpwetenschappen. Ook Rob van der Peet betoogde dat met een verpleegkundige theorie 'klip en klaar' aangegeven kon worden wat tot het beroepsdomein van de verpleegkundige behoorde en wat niet. Het beroepsprofiel van 1984/1988 had deze bevinding ook door te stellen dat voor de beroepsuitoefening kennis en inzicht nodig is in: 'Modellen en theorieën, ontwikkeld met betrekking tot het verplegen'.[140]

Spijker en Van Gemert hadden misschien deels gelijk dat de zelfzorgtheorieën in de praktijk niet helemaal de 'onderkant' van de verpleegkunde dekten, maar het is inherent aan de verpleegkunde dat er grensgebieden zijn, zowel aan de onderkant als aan de boven- en zijkant. Zij vonden dat zelfzorgtheorieën in de praktijk niet werkelijk een handvat boden om

---

[139] Van der Peet wordt genoemd in bibliografieën van *Met zorg verplegen* van Arets en Vaessen voor de A-verpleegkunde. Arets, Vaessen e.a., *Met zorg verplegen. Deel 1a*, 282. Arets, Vaessen e.a., *Met zorg verplegen. Deel 3*, 305 en 524. In hoofdstuk 3 kwam naar voren dat in een opleiding tot Z-verpleegkundige een lesboek van Van der Peet als naslag gebruikt werd.

[140] Bakker en Le Grand-van den Bogaard, red., *Verpleegkundig beroepsprofiel*, 33.

het eigen terrein af te bakenen en te controleren: ‘een voorwaarde voor professionalisering’. In dit hoofdstuk is het tegendeel staande gehouden. Ook Aan de Stegge had moeite met het Angelsaksische profiel in de B-verpleegkunde omdat de nadruk meer kwam te liggen op zorg en niet op behandelen. Vanuit de optiek van de B-verpleegkunde is dat te begrijpen. In het democratiseringsproces hadden B-verpleegkundigen de graag gewilde therapeutische werkzaamheden naar zich toegetrokken. Het punt is dat door deze verworvenheden de B-verpleegkundigen in een nieuwe verlengde arm terecht kwamen (zie hoofdstuk 2). Toch zou het aanvaarden van (Angelsaksische) verpleegkundige theorieën en modellen ook voor B-verpleegkundigen een eigen identiteit betekenen. Door uit te gaan van een zelfzorgtekort van een patiënt/cliënt, gaf de HBO-V – vanuit de verpleegkunde geredeneerd – voldoende ruimte om de agogiek (als hulpwetenschap) in te zetten. Met een eigen verpleegkundige theorie konden verpleegkundigen vorm geven aan de totale mens in alle velden.

Slotbeschouwing

> Ikzelf vraag mij af, of in ons land [door de verpleegster] niet somtijds teveel het ambt van dienstbode of werkster wordt bekleed [1957].
>
> De arts vertoont veelal een autoritair gedragspatroon. (…) In de verhouding verpleegkundige arts beschouwt de verpleegkundige de arts nog te veel als God zelf [1971].
>
> De veranderingen binnen de psychiatrie, de komst van psychologen en agogen, die soms de plaats van de verpleegkundige lijken in te nemen, hebben de onzekerheid vergroot. (…) Heeft de verpleegkundige eigenlijk wel een identiteit? (…) De huidige situatie wijst op een identiteitscrisis (…) [1980].

Deze citaten afkomstig van respectievelijk de arts Bax, leden van de Werkgroep 2000 van het project 'Ziekenhuis, menselijk en modern', Thiadens en Smulders-Aghina, en verpleegkundige Westerveld-Post, laten zien dat verpleegkundigen het moeilijk hadden in de naoorlogse decennia. In dit poefschrift heeft daarom de vraag centraal gestaan, hoe tussen 1955 en 1988 werd gezocht naar het wezen en de identiteit van de verpleegkunde. Welke visies formuleerden diverse betrokkenen aangaande de taak, verantwoordelijkheid en identiteit van de verpleegkundige en de ziekenverzorgende en hoe zagen zij de relatie tussen verpleegkundigen en andere beroepsbeoefenaren in de zorg?

In deze studie is ook gezocht naar oorzaken van de identiteitscrisis, zowel binnen de gezondheidzorg als daarbuiten. Gebleken is dat vooral de arts en de nieuwe beroepsgroepen in de gezondheidszorg interne oorzaken waren. Artsen hadden een remmende werking op de ontwikkeling van de verpleegkunde en nieuwe beroepsgroepen knabbelden taken af van de verpleegkundige. Dieperliggende oorzaken waren het verpleegsterstekort en de wijze van opleiden. Instellingen waren genoodzaakt aspiranten aan te nemen met een lage vooropleiding. Eenmaal als inservice-leerlingen waren zij eerder productieve werknemers dan leerlingen. Externe oorzaken waren de democratiserings- en emancipatieprocessen in een complexer wordende samenleving. Deze processen zetten binnen elk veld van de verpleging, op z'n zachtst gezegd, het een en ander in beweging. Verdergaande ontzuiling en individualisering waren eveneens factoren van een identiteitscrisis. Het was niet meer per se een zuil die bepaalde hoe er verpleegd moest worden. Verplegenden gingen zelf uitmaken uit welke levensbeschouwing zij hun werk deden. Externe oorzaken waren vooral in de B- en Z-verpleegkunde letterlijk zichtbaar. Aktiegroep Willem en de affaire in Dennendal genereerden begin jaren zeventig spraakmakende media-aandachttrekkende scènes die vergelijkbaar waren met de Maagdenhuisbezetting in 1969. In deze studie is gebleken dat de acties in de B- en Z-verpleegkunde wel revolutionair waren voor de verpleegkunde, maar niet de echte breuk veroorzaakten die gewenst was. Een echte breuk lag voor de verpleegkunde ook niet in de 'antipsychiatrische' tendensen die in Nederland vanaf 1971 grote bekendheid kregen door *Wie is van hout…* van Jan Foudraine. De heuse revolutie, de waarachtige breuk in de verpleegkunde lag in het accepteren van een eigen verpleegkundige theorie. Daarmee was de identiteit gevonden.

Achteraf gezien lijkt het logisch dat een verpleegkundige identiteit alleen gevonden kon worden binnen de verpleegkunde zelf. Maar de verpleegkunde verkeerde in zo'n diepe identiteitscrisis en was in zo'n complexe fuik terecht gekomen dat ontkomen daaruit bijna niet mogelijk was. Tijdens de identiteitscrisis waren er zelfs geluiden dat verpleegkunde geen bestaansrecht meer had. Het heeft daarom decennia geduurd voordat de beroepsgroep er

bovenop kwam. Dankzij zelfbewuste goed ontwikkelde verpleegkundigen konden verpleegkundigen in 1988 zich profileren met een eigen verpleegkundig profiel.

Voordat een identiteit gevonden was, gebeurde er veel tegelijk. Kees Schuyt en Ed Taverne schreven dan ook dat het lastig was de jaren zestig historisch te interpreteren en aan die jaren betekenis toe te kennen door het probleem van de gelijktijdigheid. Dat geldt eveneens voor de verpleegkunde met name voor de jaren zeventig. De 'stille revolutie' van de lange jaren vijftig van Paul Luykx en Pim Slot waren voor de verpleging wel heel lang, want de jaren zestig kunnen wat de verpleging betreft, meegerekend worden. Luykx en Slot lieten in hun bundel *Een stille revolutie?* de lange jaren vijftig niet naar voren komen als kleurloos, saai en truttig, maar als jaren waarin voorboden zichtbaar waren van de revolutionaire jaren zestig en zeventig. Dat kon ook bijna niet anders want in de jaren vijftig gingen (jonge) mensen hun vrije tijd op een andere manier invullen. De radio, de opkomende televisie, de invloedrijke bioscoop met de polygoonjournaals en films en de uit de VS overgewaaide rock-'n-roll, verbonden de jeugd met een grotere wereld dan de lokale elite, kerk en traditionele jeugdbewegingen. Jongeren gingen zich onttrekken aan ouders en gezaghebbenden. Ouderen hinkten op twee benen: meegaan met het nieuwe of vasthouden aan het oude vertrouwde. Terwijl er in de jaren vijftig en zestig een maatschappelijke ommekeer gaande was, bleef het in de verpleging uiterlijk nog rustig. Alles kwam met een stille aanloop in de jaren vijftig en zestig tot een ommekeer in de jaren zeventig met een slotfase in de jaren tachtig. De stille revolutie in de verpleging duurde dus vanaf de jaren vijftig tot en met de jaren zestig.

Stille revolutie

Dat Thiadens en Smulders-Aghina in 1971 vonden dat het ontbreken van een beroepsidentiteit niet te wijten viel aan een verpleegsterstekort moet – zo bleek in het eerste hoofdstuk – tegengesproken worden. Bronnen uit hun tijd en een paar decennia daarvoor komen niet overeen met wat zij stelden. Diverse solide uitgevoerde onderzoeken kwamen, ook met allerlei slagen om de arm, wel degelijk uit op een verpleegsterstekort. Dat tekort vormde, in combinatie met de inservice-opleiding en het kastesysteem in de instelling, een belangrijke onderliggende factor van de identiteitscrisis. Instellingen zagen zich door het verpleegsterstekort gedwongen om aspirant-leerlingen aan te nemen die laag opgeleid waren. In 1961 had meer dan de helft van de A-leerlingen 'onvoldoende' vooropleiding.[1] In 1965 en 1966 had respectievelijk 24,3 en 19 procent van de nieuwe leerlingen nog onvoldoende vooropleiding.[2] In de B-verpleegkunde lag het percentage veel hoger. In 1967 had in 44 inrichtingen nog 63,8 procent van de leerlingen onvoldoende vooropleiding. Er moesten wel aanpassingen komen om uitval van leerlingen en verder devaluatie van de inservice-opleidingen te voorkomen. Zolang de opleidingen op dit niveau bleven, was het niet te verwachten dat de verpleegkunde zich kon ontwikkelen. Een categorie (leerling-)verpleegkundigen kon door een gebrek aan algemene vorming nauwelijks een partij zijn voor geneeskundigen en voor hoog opgeleide nieuwe beroepsbeoefenaren die in de gezondheidszorg een eigen plaats gingen innemen. Pas vanaf 1967 ging de wet een vooropleidingseis stellen van MULO/MAVO of gelijkwaardig voor de A-opleiding. Vanaf 1970 ging die eis ook gelden voor de B-opleiding en in datzelfde jaar werd ook MAVO of gelijkwaardig aanbevolen voor de (nog niet wettelijk erkende) Z-opleiding.

[1] Onvoldoende vooropleiding wil zeggen één of meer jaar vervolgonderwijs of Gewoon Lager Onderwijs/Voortgezet Gewoon Lager Onderwijs (GLO/VGLO).,

[2] De vooropleidingseis MULO/MAVO of gelijkwaardig gold voor de A-opleiding nog net niet in de jaren 1965 en 1966.

Het niveau van de Nederlandse verpleegkunde was hiermee heel anders dan dat in de VS. De verpleegkunde kende in de VS vanaf de jaren twintig van de twintigste eeuw al een *university school*. Dat is de reden dat er in de VS geen identiteitscrisis in de verpleegkunde was. Terwijl er in Nederland nog een inservice-opleiding tot Z-verpleegkunde werd ingesteld (1977) en een opleiding tot MBO-verpleegkundige binnen het dagonderwijs werd opgeheven (1984), ging het in de VS juist andersom. Het aantal ingeschreven leerlingen in ziekenhuisscholen daalde tussen 1960 en 1980 van tachtig naar zestien procent, het aantal studenten voor een Associate degree steeg in die periode van vijf naar veertig en het aantal bachelors van twintig naar meer dan veertig. In Nederland werden de inservice-leerlingen eerder gezien als productieve werknemers die met name in het A-veld weinig te vertellen hadden. Zij moesten hard werken, kregen lange (gebroken) diensten en volgden tot in de jaren zestig lessen in de eigen vrije tijd waarin geen ruimte was voor reflectie. Door het verpleegsterstekort wisten zij vaak op het laatste moment pas hun diensttijden, waardoor zij nauwelijks een privéleven hadden. Een grote groep (leerling-)verpleegkundigen had dus niet de competentie, geen tijd of geen puf meer om de verpleegkunde te ontwikkelen en aan een identiteit te helpen.

Het tekort aan (leerling-)verpleegsters had mede te maken met een breder en groter aandeel van vrouwen op de groeiende arbeidsmarkt. In de jaren vijftig bevolkten jonge (nog) niet gehuwde vrouwen de arbeidsmarkt in winkels, op kantoor en in de fabriek. In de loop van de jaren zestig groeide de behoefte aan arbeidskrachten zo snel dat werkgevers steeds vaker een beroep deden op vrouwen. In het eerste hoofdstuk is erop gewezen dat er tussen 1947 en 1970 sprake was van een verviervoudiging van vrouwen die werkten op een kantoor (van 84.272 naar 356.500). De verpleging had dus een geduchte concurrent. Het aantal vrouwen met een middelbare schoolopleiding groeide en het is begrijpelijk dat een meisje met een behoorlijke vooropleiding dat bovendien hechtte aan een normale vrijetijdsbesteding eerder koos voor bijvoorbeeld een baan op kantoor of in een winkel. Het was uiteraard niet alleen kommer en kwel voor de (leerling-)verpleegsters. Tegenover de genoemde nadelen in de verpleging waren er ook voordelen. Jonge vrouwen konden zich voor die tijd geoorloofd vroeg losmaken van het ouderlijk huis door intern te wonen. Ondanks het feit dat het hard werken was in de verpleging en hoewel er in dit beroep weinig ruimte was voor een normaal privéleven, bood het eigen wereldje ook gezelligheid. Gediplomeerde verpleegsters hadden bovendien een respectabel aanzien, zeker wanneer zij met bijvoorbeeld de kraam- en wijkaantekening de wijk in konden.

Voor een respectabel beroep moesten leerlingen heel wat over hebben. De in het eerste hoofdstuk beschreven ergerlijke toestanden in de algemene ziekenhuizen, werden aan het licht gebracht door het in het *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* geplaatste artikel van de arts Bax. Dat leidde tot de eerste tekenen van een emancipatiedrang bij (leerling-)verpleegsters door middel van een maandenlange discussie over hun positie in de praktijk. De vooruitstrevende Bax betoogde dat (leerling-)verpleegsters geëxploiteerd werden als dienstbode/werkster in een beklemmend kastesysteem waarin de arts en de hoofdzuster, met veelal een militaire houding, hoog verheven waren. Bax pleitte in de jaren vijftig al voor *teamwork* en patiëntenbesprekingen. Het begrip teamwork had toen nog uitleg nodig. Zulke nieuwigheden zullen in de ziekenhuizen van die tijd als onhaalbaar moeten hebben geklonken.

Bax zou een vroeg voorbeeld kunnen zijn van een elite waar hoogleraar Nederlandse geschiedenis James Kennedy op doelde, namelijk een elite die in de jaren zestig in feite aanhangers waren van vernieuwing en zich verzoenden met de in hun ogen onvermijdelijke moderniseringsprocessen (zie inleiding en hoofdstuk 1). Dat lag in de algemene ziekenhuizen toch anders. De hele periode van dit onderzoek bleef de arts een machtige factor in de ziekenhuizen. De arts/elite in de ziekenhuizen bleef de arts/elite. Zelfs de aanstaande eerste hoogleraar verplegingswetenschappen mevrouw A.H.M. Van den Bergh-Braam bracht nog in

1984 in haar promotieonderzoek de ongelijke/ongelijkwaardige verhoudingen tussen artsen en (hoofd)verpleegkundigen aan het licht. Tegen de verwachting in gedroegen ook psychiaters met vooruitstrevende ideeën zich paternalistisch en autoritair. Voorbeelden zijn in het tweede hoofdstuk gegeven met Van der Drift en Foudraine. Van Ree vond in 1969 bij het opstarten van een sociotherapeutische afdeling in Vogelenzang dat wie geen democratie wilde, op kon donderen.

Zoals gezegd betekende de unieke soloactie van Bax niet direct een verandering in de verhouding tussen arts en verplegende, maar hij leverde wel een steeds breder gedragen emancipatiedrang op. Die was ook te zien bij het groeiende aantal mannen in de verpleging. In het eerste hoofdstuk is gebleken dat mannen uit de lagere klassen zich in de vrouwenwereld die de A-verpleging was, een weg omhoog konden werken zonder veel concurrentie van andere mannen. Het ging bij hen niet zozeer om gelijkstelling met de vrouw; zij streden bijvoorbeeld niet voor het recht om op vrouwenzalen te mogen werken. Het ging deze mannelijke verplegers om een plaats voor wat zij beschouwden als de mannelijke kant van de A-verpleging, zoals: het leiding geven, het assisteren van de arts, het bedienen van medische apparatuur en werken bij de koopvaardij. Om de achterstelling in te halen, kwam er in 1958 een aparte Permanente Commissie van Verplegers binnen de ‘Federatie van Nederlandse Verenigingen die de belangen van de verpleging en de verplegenden behartigen’. In hun emancipatiestreven stichtten Broeders van Barmhartigheid van de Heilige Joannes de Deo te Haarlem in 1959 een eigen verplegersschool. Deze broeders kregen in de praktijk alleen met mannelijke patiënten te maken. Dat betekent dat leerling-verplegers een andere praktijkopleiding kregen dan leerling-verpleegsters. De wet liet tot in de jaren zeventig toe dat mannen vrijgesteld konden worden van het werken op bijvoorbeeld verloskamers.

Mannen kregen in de A-verpleging verhoudingsgewijs de overhand in leidinggevende functies. Het merkwaardige is dat in een periode van de tweede feministische golf toch vrouwelijke verpleegkundigen zich door hun mannelijke collega’s lieten wegspelen. Na eerst onderdrukt te zijn geweest door mannelijke artsen, lieten vrouwelijke verpleegkundigen zich nu passeren door mannelijke verpleegkundigen, terwijl toch de man op de werkvloer in de minderheid was in de verpleging, zeker in de A-verpleging. Waarschijnlijk ging het proces dat mannen in leidinggevende functies kwamen zo snel dat vrouwen geen invloed meer kregen op het inmiddels mannelijk geworden kader.

In de B-verpleging lag de verhouding tussen mannelijke en vrouwelijke verpleegkundigen anders. Daar waren de mannelijke verpleegkundigen niet sterk ondervertegenwoordigd, zo stelde ook Aan de Stegge. In het onderzoek van deze studie is in het tweede hoofdstuk geconcludeerd dat mannelijke verpleegkundigen verhoudingsgewijs wel meer ondervertegenwoordigd waren in leidinggevende functies dan in de A-verpleegkunde. Dit kwam omdat meer vrouwen in de psychiatrische verpleegkunde naast hun B-opleiding ook een A-diploma hadden. Zij hadden leidinggevende functies om de doodeenvoudige reden dat zij breder verpleegkundig geschoold waren, hoewel zij een lagere vooropleiding konden hebben. Mannen met een A-opleiding waren immers schaars omdat zij verhoudingsgewijs sterk in de minderheid waren. Vrouwen met een B- én A-diploma hadden dus meer carrièrekansen in de B-verpleging dan mannen met alleen een B-diploma. Mannen zouden overigens over de hele breedte van de verpleging met maximaal één vijfde ver in de minderheid blijven. Dat was ook nog zo in het jaar 2000.

Het B-veld kende in de jaren vijftig duidelijker een stille revolutie dan het A-veld. In het B-veld werden er in de jaren vijftig al daadwerkelijk veranderingen doorgevoerd in het curriculum van de opleiding tot B-verpleegkundige. Hoewel de B-opleiding nog sterk op het medisch model was gebaseerd, kregen projecten op het gebied van sociotherapie, gemengd en gekruist verplegen in de jaren vijftig al vorm in Wolfheze. Artsen-psychiaters in de Commissie Westerhuis breidden de leerstof voor de B-verpleegkunde in de jaren vijftig uit

met onderwerpen op het gebied van niet-somatische therapieën. Ook het *Praktijk- en rapportenboekje* kreeg onder invloed van de Werkgroep Praktijk- en rapportenboekje gecoördineerd door broeder Alexander/Johan Wesel in 1959 een uitbreiding. Het gangbare lesboek van de psychiaters Hamer en Tolsma was daarin al voor gegaan. Wolfheze's psychiater Van der Drift was wat betreft het invoeren van sociotherapie een vooruitstrevende psychiater. Voor zijn eigen instelling had hij zelfs al in 1953 een lesboekje geschreven waarin de verpleging in dienst stond van opvoedkunde (en niet andersom). Van der Drift begon in 1961 in Wolfheze met succes een sociotherapeutisch centrum. In de lange jaren vijftig was dat een buitengewoon moderne stap. Hij nam voor deze nieuwe vorm van behandelen geen verplegenden in dienst die hij zelf opleidde. Verpleegkundigen waren volgens hem te medisch ingesteld voor die functie.

Met de nieuwe onderwerpen in het curriculum van de B-opleiding, de nieuwe praktische vaardigheden en nieuwigheden in Wolfheze zijn er tegenstrijdigheden waar te nemen in het B-veld. Enerzijds ondervonden B-verpleegkundigen – althans in sommige psychiatrische ziekenhuizen – een verrijking van hun opleiding doordat er in de jaren vijftig taken op sociotherapeutisch gebied bij kwamen. Anderzijds nam Van der Drift in Wolfheze taken af en gaf die aan door hem zelf opgeleide assistentes die bovendien al MULO moesten hebben in tegenstelling tot B-verpleegkundigen. Hiermee had Van der Drift binnen zijn instelling een arbeidsdeling gecreëerd omdat hij vond dat B-verpleegkundigen de patiënt in een sociotherapeutische behandeling teveel als ziek beschouwden. Met de eis dat assistentes in Wolfheze MULO moesten hebben en B-verpleegkundigen volgens de wet (nog) niet, is het voor te stellen dat er bij die arbeidsdeling ook een tweedeling kwam in sociale achtergrond en/of intellect. Dat Van der Drift vond dat B-verpleegkundigen te medisch waren opgeleid voor zijn sociotherapeutisch centrum, was ook aan hemzelf te wijten. Hijzelf had het medisch model niet verlaten, want in Wolfheze werden nog medisch-therapeutische middelen toegepast (zie hoofdstuk 2). Wolfheze stond daarin niet alleen, want het B-veld was overwegend nog op het medisch model gestoeld. Wel is Wolfheze te zien als een exponent van een overgangsfase naar een nieuwe tijd. Enerzijds hing de instelling nog aan oude medische waarden en anderzijds waren er tijdens de stille revolutie nieuwe niet-medische behandelingsmethoden ingevoerd die bovendien gepaard gingen met een arbeidsdeling.

Arbeidsdeling zoals in Wolfheze, ging zich op alle niveaus voordoen in de verpleegkunde en hing onder meer samen met de voortschrijdende technologie. Arbeidsdeling betekende een nieuwe factor van de identiteitscrisis. Naast dat taken aan de ene kant werden afgeknabbeld door nieuwe beroepsbeoefenaren, delegeerden verpleegkundigen aan de andere kant basiszorgtaken om hun handen vrij te krijgen voor complexere taken. Ten tijde van de stille revolutie zou de komst van de eerste leerling-ziekenverzorgende in 1965 verlichting moeten brengen omdat de ziekenverzorgende de basiszorg over zou nemen. Dat betekende echter een nieuw probleem. Er kwam grensvervaging in de werkzaamheden tussen ziekenverzorgenden en verpleegkundigen. Ziekenverzorgenden namen taken over van verpleegkundigen. Zo kreeg het probleem van de verlengde arm-constructie er een blijvende dimensie bij.

In de lesboeken is goed waar te nemen dat de verpleegkunde qua techniek in een overgangsfase verkeerde. Oude technieken zoals het rectaal toedienen van vocht en/of voeding kregen in lesboeken in de jaren zestig nog een plaats naast de meer voor de hand liggende sondevoeding en hypodermoclyse en ondanks dat de antibiotica vrijwel de koortskuur had verdrongen, behandelde een lesboek nog wel de verpleging bij een koortskuur. In de jaren zestig gingen instellingen ook over tot een nieuwe wijze van maaltijdendistributie in de instellingen. Het opscheppen van maaltijden ging plaatsvinden op moderne warmhoudborden in de centrale keuken om op dienbladen in (warmhoud)karren naar de afdelingen gebracht te worden. Keukenpersoneel ging taken overnemen van verplegenden

door het eten op te scheppen. Technologie en arbeidsdeling gingen dus samen, ook in schijnbaar kleine veranderingen/ingrepen.

Met deze verandering van het takenpakket zou de verpleegkundige blij moeten zijn. Zij kreeg immers haar handen vrij en kon zich bezig houden met haar eigen taken. Maar wat waren haar eigen taken? De ontwikkelingen in technologisering en specialisering had tot gevolg dat zich ook binnen de verpleegkunde zelf een arbeidsdeling ontwikkelde door opsplitsing in specialismen. Vooral in het A-veld was dat duidelijk. Analoog aan de medische specialisatie ontstonden in de jaren zestig verpleegkundige specialisaties, zoals urologie en cardiologie. Hoewel deze ontwikkeling waarschijnlijk voortkomt uit emancipatiedrang, in de zin van drang tot statusverhoging, betekende het wel, zoals Spijker ook al schreef, dat verpleegkundigen zich aanpasten aan de behoeften van gespecialiseerde artsen. Deze ontwikkeling was geen antwoord om uit de identiteitscrisis te komen. Daar kwam nog bij dat de verpleegkundige minder tijd kreeg door arbeidsduurverkorting, vakantieverlenging en uitbreiding van lesuren. Het is dus geen wonder dat wanneer taken en verantwoordelijkheden afgeknabbeld, afgestoten en opgesplitst werden, de verpleegkundige in een identiteitscrisis bleef, want wat bleef er nog over van het wezen van de (basis)verpleegkunde?

Een andere factor binnen de brede identiteitscrisis was de ontzuiling. Godsdienst kreeg een meer individueel karakter en verpleegkundigen zochten via andere wegen dan via hun zuil naar motivatie en zingeving ten aanzien van hun werk. Het lesboek van Hamer en Tolsma voor de B-verpleging had zich in 1956 van de protestants-christelijke zuil ontdaan.[3] Kerckhoffs ontdeed in 1969 voor de A-verpleegkunde het *Werkboek* van Zuster Agathe van rooms-katholieke kenmerken. Religieuze motivatie viel in de lesboeken verpleegkunde zelf weg, maar dat betekende niet dat instellingen zich van hun zuil afkeerden of dat verpleegkundigen ongelovig werden. In 1962 kwam er nog een apart lesboek uit voor het geven van godsdienstleer voor rooms-katholieke verplegenden. Verplegenden in het niet als christelijk bekend staande Willem Arntsz Hoeve rechtvaardigden hun acties bijvoorbeeld vanuit seculiere geesteskracht, zoals vanuit de flowerpowerbeweging met elementen als *love, harmony, understanding, sympathy, trust, peace* en *freedom* zoals het lied Aquarius in de musical Hair zo mooi liet horen. Tegelijk was er een opkomst van spirituele bewegingen en niet te vergeten evangelische groeperingen zoals de Evangelisch Omroep. Tot op zekere hoogte was er dan ook geen breuk.

Geesteskracht kon een verpleegkundige ook vinden binnen een verpleegkundige theorie, die dan bovendien een eigen identiteit bekrachtigde. Van den Brink-Tjebbes gaf in haar theorie door de ontmoeting met de ander/Ander (Levinas) een religieuze lading. De in onder meer in het vierde hoofdstuk aangehaalde historicus Mellink zei het anders in zijn proefschrift: ‘Liefde voor God werd aan de liefde voor de medemens gepaard’. Wolfheze was daar een voorbeeld van. Daar uitte de liefde voor de medemens zich, zoals gezegd, in een nieuwe vorm van verplegen en behandelen.[4] Met bijvoorbeeld Van den Brink-Tjebbes is, om

---

[3] De boeken B.Chr. Hamer, B.Chr., en F.J. Tolsma, e.a., *Algemeen leerboek voor het verplegen van geestes- en zenuwzieken* (9e, 10e en 11e druk; Spruyt, Van Mantgem & De Does N.V. te Leiden resp. 1956, 1960 en 1964), waren ‘ontzuild’. Hamer vermeldde in zijn ‘Voorbericht’ bij de negende druk (1956) dat deze herziene uitgave wijzigingen heeft ondergaan ten opzichte van de vorige druk. Het boek was bedoeld voor alle opleidingsinrichtingen. De vorige druk van B.Chr. Hamer met nog J.H. Haverkate als medeauteur had nog een protestants-christelijke context. Zij schreven hun boek voor protestantse instellingen en zij werkten in een protestantse instelling Dat blijkt uit de opmerking dat zij niet in alles mee konden gaan zoals met wat Freud beweerde: dat godsdienst een gesublimeerde geslachtsdrift is. In 1956 kreeg Freud juist grote aandacht van Hamer en Tolsma.

[4] De in zekere zin verzuilde Gereformeerde Hogeschool VIAA te Zwolle koos voor het Neuman Systems Model van de Amerikaanse Betty Neuman (ontwikkeld in 1970). Volgens de website van VIAA is het kenmerkende aan het Neuman Systems Model ‘dat een plaats is ingeruimd voor de spirituele variabele, de geloofskant of zingevingskant van de mens’. ‘Betty Neuman’, website Nurses.info. Information & Resourcesfor Nurses Worldwide, 20 mei 2010. http://www.nurses.info/nursing_theory_person_neuman_betty.htm (5 november 2014).

met Mellink te spreken, verpersoonlijking van het geloof te herkennen, een uiting van (collectief) individualisme.

Ontzuiling als factor van een identiteitscrisis staat dicht bij de factor individualisme. Hoewel dit moeilijk geïsoleerd te constateren valt, kan het niet anders dan dat individualisme een rol speelde als factor binnen de identiteitscrisis in de verpleegkunde. Het ene hing met het andere samen. In deze studie kreeg het begrip individualisering, geïnspireerd door Bram Mellink, een andere betekenis. De vraag voor de B-verpleegkunde kwam naar voren of de idealen van nieuw in de praktijk gekomen geëmancipeerde, geïndividualiseerde verplegenden niet collectief opgedrongen werden aan de oude generatie verplegenden. Een antwoord voor de B- én Z-verpleegkunde is te vinden door Mellink te parafraseren: onder de noemer van tolerantie, vrijheid en zelfstandigheid viel de oude generatie B- en Z-verpleegkundigen ten prooi aan een nieuwe generatie die haar maande tot aanpassing aan individualiseringswaarden. Het emancipatieproces van nieuwkomers was pas voltooid als de oude garde de waarden van vrijheid, zelfstandigheid en ruimdenkendheid omarmde, als ze werd zoals de nieuwe generatie. Deze nieuwe generatie in het B-veld zou later, aldus Aan de Stegge, als zij ouder en wijzer was geworden wroeging hebben over haar harde opstelling.

De intramurale A-verpleegkundige was op een andere manier maatschappelijk geëngageerd dan haar collega's in de B-verpleegkunde. Doordat A-verpleegkundigen vooral oog hadden of moesten hebben voor de somatische kant van de patiënt, kregen zij minder notie van psychosociale omstandigheden. Bovendien konden A-verplegenden geen lange relatie opbouwen met hun patiënten om de doodeenvoudige reden dat een patiënt in een A-ziekenhuis een kortere opnameduur had dan een verpleegde in de andere velden. De lange relatie die B-verpleegkundigen met hun verpleegden konden opbouwen zorgden er voor dat B-verpleegkundigen meer betrokken raakten met hun verpleegden. Die betrokkenheid was waarschijnlijk ook de oorzaak dat de identiteitscrisis in de B-verpleegkunde eerder aan het licht kwam en heftiger tot uiting kwam.

Het was niet zo dat tijdens de identiteitscrisis stilletjes werd toegekeken door beleidsmakers op meso- en macroniveau in de verpleegkunde. Zeker niet. Zoals gezegd was er in de jaren vijftig en zestig een stille revolutie gaande. In de B-verpleging voerden beleidsmakers alvast binnen de wettelijke kaders veranderingen door, zoals het invoeren van een preklinische periode in 1964 in Zon en Schild en Hebron te Amersfoort om de leerling beter voor te bereiden op de praktijk(opleiding). De strategen op meso- en macroniveau in de Commissie Herziening B-opleiding zagen in de jaren zestig in dat de B-opleiding aan herziening toe was en daartoe lag er in 1969 een *Interim-rapport herziening B-opleiding* klaar. De A-verpleegkunde was al zover dat er op 1 januari 1967 een beschikking in werking trad, die voor het eerst MULO of gelijkwaardig van aspirant-leerlingen eiste. Hiermee was een stap gezet om het niveau van de A-opleiding op te krikken. Ook stille revolutionairen uit de elite in de personen van artsen maakten zich sterk voor de verpleegkund(ig)e. Hierboven is Bax al genoemd in het A-veld. Maar het waren toch vooral artsen-psychiaters in het B-veld die de verpleegkund(ig)e op een hoger niveau wilden tillen door de B-opleiding aan te passen aan de nieuwe tijd. In het tweede hoofdstuk is beschreven hoe de psychiaters Trimbos, Jacobs en Lit hun visie op de (B-)verpleegkunde meedeelden. Jacobs was oprecht begaan met de B-verpleegkundige en hij heeft vanuit verschillende gezichtspunten de B-verpleegkunde recht gedaan. Lit had met andere psychiaters in de jaren zestig een onderwijsplan beschreven, dat een inspiratiebron zou worden voor de MBO-V en HBO-V. Hij zag de verpleegkundige als

---

'Neuman Systems Model', website Gereformeerde Hogeschool VIAA. http://www.viaa.nl/Studeren%20aan%20Viaa/hbo-v/Neuman%20Systems%20Model.aspx (13 september 2014). Gert Westrik en René van Leeuwen, 'Het Neuman Systems Model: De spirituele variabele', in Frans Verberk en Marlou de Kuiper, *Verpleegkunde volgens het Neuman Systems Model. Vertaling en bewerking voor de Nederlandse praktijk* (Assen 2006) 42-54.

een volwaardige partner in de gezondheidszorg, evenals Trimbos dat deed. Deze als voorbeeld genoemde artsen droegen in de jaren vijftig en zestig daadwerkelijk bij aan de ontwikkeling van de verpleegkunde. Hier is dus ook een opmerkelijk verschil te constateren tussen het A- en het B-veld. Artsen-psychiaters in het B-veld waren meer betrokken met de B-verpleegkunde, dan de artsen in het A-veld met de A-verpleegkunde.

Het waren B-verpleegkundigen zelf die in de jaren zestig, vanuit een emancipatiedrang en door een gevoel van achterstand ten opzichte van A-verpleegkundigen, een sprong voorwaarts maakten. Dat was mede te danken aan de in 1958 opgerichte Studiegroep Leidinggevenden B-verpleegkundigen (SLBV). Aan de Stegge meende dat het in 1966 uitgegeven boekje *Bewaken wordt begeleiden* van W.A. van den Hurk/Broeder Andreas, die ook tot de SLBV behoorde, gezien kan worden als het markeringspunt voor een nieuw tijdperk. Dat zal zij vooral gevonden hebben omdat Van den Hurk veel ruimte liet voor het situatieve aspect ofwel de therapeutische kant van de psychiatrie voor de B-verpleegkunde. Dat was zeker een winstpunt voor B-verpleegkundigen, want hiermee hadden zij in hun emancipatiedrang een plaats veroverd in het behandelteam. Een verliespunt is echter dat B-verpleegkundigen in zee gingen met behandelingen die niet vanuit een eigen verpleegkundige theorie zijn ontstaan. Zo bleef een identiteitscrisis in stand en een nieuwe verlengde arm-constructie lag op de loer of was reeds in gang gezet. Van den Hurk zou met andere vooraanstaande B-verpleegkundigen ook zitting nemen in de Commissie Herziening B-opleiding die met haar rapport van 1969 een belangrijke bijdrage zou leveren aan de modernisering van de B-opleiding.

Emancipatie ten opzichte van de arts toonde ook F. Kramer. Hij schreef als eerste B-verpleegkundige in 1968 een lesboek. Kramer heeft geprobeerd zich los te wurmen van een medisch model. Dat lukte gedeeltelijk. Na Kramer volgden al snel andere uitgaven van B-verpleegkundigen. Ten opzichte van A-verpleegkundigen waren B-verpleegkundigen wel laat met het schrijven van hun eigen lesboeken. De eerste lesboeken van A-verpleegkundigen voor hun eigen veld verschenen al vanaf 1910: L. de Bussy-Kruysse (1910) en F. Meyboom (1912). Dat heeft te maken dat de A-verpleging een andere ontwikkeling doormaakte dan de B-verpleging. In de negentiende eeuw kwamen A-verpleegsters uit hoge kringen en stonden aanvankelijk op gelijke voet met artsen die uit dezelfde kringen kwamen. Zo was De Bussy-Kruysse dochter van een apotheker en vanaf 1896 adjunct-directrice van het Amsterdamse Wilhelmina Gasthuis. Meyboom was als dochter van een medisch officier bij de marine, onder meer adjunct-directrice van het Gemeente Ziekenhuis aan de Bergweg ofwel het Bergwegziekenhuis te Rotterdam. Ook zuster H.A. Melk (oud-)docente aan de Gemeenteziekenhuizen te Den Haag kwam tussen 1931 en 1949 met vier drukken van lesboeken voor de A-verpleging. Deze verpleegsters konden vanuit hun hoge posities grote invloed uitoefenen op de Nederlandse (A-)verpleegkunde. In de B-verpleging bleven artsen dat doen totdat dus de B-verpleger Kramer in 1968 een lesboek schreef voor de B-verpleegkunde.

Hoe anders was het in de zwakzinnigenzorg. De komst van de Z-opleiding is een spiegel van de steeds complexere maatschappij die na de Tweede Wereldoorlog ontstond. Arbeidsdeling vond niet alleen binnen de velden plaats. Er ontstond binnen de verpleegkunde een apart beroep voor een apart veld. De zorg voor verstandelijk gehandicapten emancipeerde zich los van de psychiatrische en algemene verpleegkunde. In 1958 kreeg dit veld een eigen Z-opleiding. De Z-verpleegkunde lijkt dan ook niet echt in een identiteitscrisis geweest te zijn. Het was eerder een zoektocht zich los te maken van de op het medisch model gerichte B- en A-verpleegkunde. Al direct trad deze opleiding buiten de gangbare paden in de verpleegkunde door niet uit te gaan van een medisch model, maar van pedagogiek en psychologie. De totale mens kwam bij de Z-verpleegkunde al snel in beeld. Het viel niet mee om vanuit die visie te werken in de praktijk, want de afdelingen voor zwakzinnigen stonden

onder leiding van een A- en/of B-verpleegkundig regime. Het kleine beetje theorie over zwakzinnigenzorg in de B-opleiding was nog gericht op tucht, rust, reinheid en regelmaat. De A-opleiding had helemaal geen zwakzinnigenzorg in haar curriculum. Al snel na 1958 staken directeuren van instellingen veel energie in het ontwikkelen van de Z-opleiding.

Revolutie?

Thans wandelend op het terrein van de Willem Arntsz Hoeve is het nauwelijks voor te stellen dat hier het zenuwcentrum was van acties voor een nieuwe koers in de psychiatrische verpleegkunde en verpleegkunde in de verstandelijk gehandicaptenzorg. Het ging er toen stevig aan toe. De Aktiegroep Willem mobiliseerde de 'hele' B-verpleging. Deze actiegroep wilde voornamelijk in een onderhandelingspositie gebracht worden met als doel af te komen van het medisch model en om als B-verpleegkundige een positie te krijgen in het therapeutisch behandelen. De Aktiegroep Willem transformeerde in 1970 de stille revolutie in media-aandacht trekkende acties. Gemma Blok schreef dat de acties van de Aktiegroep resultaat hadden omdat belangrijke wijzigingen in de B-opleiding doorgevoerd werden. Cecile aan de Stegge sprak in haar werk op verschillende plaatsen over geslaagde acties. Toch is enige nuance op z'n plaats, want het is de vraag of de acties wel zo succesvol waren. Weliswaar had de actiegroep op niet eerder gekende wijze de boel wakker geschud, maar wat hij doorgevoerd kreeg waren vernieuwingen die al opgetekend waren in het *Interim-rapport herziening B-opleiding* van 1969. Aktiegroep Willem deinde mee op een al gaande vernieuwingsgolf. Een woordvoerder van het Nederlands Verbond van Vakverenigingen (NVV) noemde de acties van Aktiegroep Willem zelfs mosterd na de maaltijd omdat eisen van de actiegroep op het punt stonden ingevoerd te worden. Daarom kan voor de psychiatrische verpleegkunde wel de conclusie getrokken worden dat er in zekere zin wel een generatie- en cultuurconflict was, maar dat de veronderstelde bodemloze ideologische kloof niet dieper was dan een greppel, zoals Kennedy dat zo treffend schreef.

Waar B-verpleegkundigen geen erg in hadden, was dat zij met hun wil naar 'antipsychiatrische' werkzaamheden in een nieuwe verlengde arm-constructie terecht kwamen. Nu niet in die van de op de somatiek gerichte arts-psychiater, maar in die van de arts-psychiater die zich richtte op sociotherapie en psychotherapie. Bovendien kwamen B-verpleegkundigen in de verlengde arm-constructie van de steeds belangrijker wordende psycholoog. Er waren zelfs verpleegkundigen die verbolgen zich afvroegen of zij nu 'psycholoogjes' moesten worden. Bij hen ging het dus niet ongemerkt voorbij dat verplegenden in een nieuwe rol werden geduwd. Kennelijk was het bij verplegenden nog niet opgekomen om vanuit een eigen verpleegkundige theorie in te spelen op de nieuwe (anti-)beweging in de psychiatrie. Blijkbaar hadden zij hier geen behoefte aan. Ook vanuit het terugblikkend perspectief van B-verpleegkundige Aan de Stegge blijkt die behoefte niet. In haar *Gekkenwerk* stelde zij zelfs dat de definitie van Henderson een beperking kon inhouden voor B-verpleegkundigen omdat het 'behandelen' als het ware uit het domein van de B-verpleegkunde was gehaald.

Deze visie van Aan de Stegge is een andere dan de visie in deze studie. Na het onderzoek voor deze studie is geconcludeerd dat het voor de ontwikkeling van de verpleegkunde beter was om de verpleegkunde vanuit een eigen verpleegkundige theorie vorm te geven en niet vanuit die van andere beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg. Dat leidde, zoals gezegd, tot een nieuwe verlengde arm-constructie, zo was in de B-verpleging te zien. Door vanuit een verpleegkundige theorie te werken komt de totale mens in beeld waardoor hij op alle gebieden die hulp kan krijgen die hij nodig heeft en niet bijvoorbeeld alleen op somatisch gebied als in het A-veld of op sociotherapeutisch gebied in het B-veld.

Vanuit een eigen verpleegkundige theorie kan bovendien de verpleegkunde zelf verder ingevuld en uitgewerkt worden zonder bang te hoeven zijn in een fuik van andere beroepsbeoefenaren terecht te komen.

De vraag of therapeuten de identiteit van verpleegkunde in de weg stonden of juist stimuleerden, is maar net vanuit welk perspectief de verpleegkunde werd gezien. Vanuit de 'antipsychiatrische' visie was deze ontwikkeling een verrijking voor de B-verpleegkunde. Deze studie laat zien dat die ontwikkeling niet tot een eigen identiteit leidde. Instellingen en/of geneesheren-directeuren werkten de nieuwe verlengde arm-constructie in de hand door bijscholing te geven in therapeutische vaardigheden, buiten het curriculum van de B-opleiding om. B-verpleegkundigen gingen zich zelfs sociotherapeut noemen. Therapeutische vaardigheden gingen daardoor een zodanig onderdeel vormen van de B-verpleegkunde dat er in 1975 andragogische vaardigheden in het curriculum van de B-opleiding werden opgenomen. Het was uiteindelijk de Raad voor de Volksgezondheid die in 1983 vond dat sociotherapeutische taken onderdelen moesten vormen van de B-verpleegkunde. Dat kon ook niet anders meer. De praktijk had zich zodanig ontwikkeld dat de grens tussen therapeutische en verpleegkundige werkzaamheden vervaagd was. Een voorbeeld kan gegeven worden hoe het eten/de maaltijd in de loop van de tijd een andere functie kreeg. Met het zich losmaken van het medisch model kreeg het sociale aspect steeds meer aandacht. Het eten/de maaltijd kwam in het teken te staan van sociotherapie en daar hoorde ook het tafeldekken, afruimen en afwassen bij. In 1980 kreeg het woord eetgroep betekenis in een resocialisatieproces.

Terwijl B-verplegenden, met Aktiegroep Willem in een zichtbare voorhoede, zich aan het losmaken waren van het medisch model en mee wilden met 'antipsychiatrische' ideeën, waren de ideeën van de Z-verpleegkunde in de jaren vijftig, zoals gezegd, het medisch model al voorbij. De pedagogiek en psychologie domineerden de Z-opleiding. Dat was een buitengewone nieuwigheid in de verpleegkunde. In de jaren zeventig was zelfs de Z-opleiding een tijdje gekoppeld aan die van de pedagogisch medewerkster. Na twee jaar opleiding kon de leerling zich pedagogisch medewerkster noemen, en na een derde jaar was de pedagogisch medewerkster ook Z-verpleegkundige. De Z-verpleegkundige was dus én verpleegkundige én pedagogisch medewerkster. Zo legde de Z-verpleegkundige bij het eten/de maaltijd meer de nadruk op pedagogische beginselen. Zij kreeg geleerd hoe zij het beste kon handelen om de pupil zelfstandig te leren eten. Daarentegen moest de (leerling-)Z-verpleegkundige veelal nog werken op afdelingen waar B- en/of A-verpleegkundigen een somatisch regime voerden omdat zij waren opgeleid volgens een medisch model. Veel van de ideeën van de Z-opleiding zal daarom niet in praktijk zijn gebracht.

In Dennendal kreeg pedagogiek de betekenis van antipedagogiek waarbij zelfontplooiing van de cliënt voorop stond. De idee was dat de zwakzinnige het recht moest hebben om zwakzinnig te zijn en dat opvoeden eerder begeleiden en ondersteunen moest worden. Op basis van dit idee ontstond er onder leiding van de psycholoog Carel Muller in Dennendal een experimentele Z-opleiding, die autoriteiten op macroniveau binnen de zwakzinnigenzorg met argusogen volgden. Leerlingen van deze experimentele opleiding leverden echter degelijk werk af. Zij moesten én voldoen aan de officiële examenstof én zij kregen lesstof aangeboden toegespitst op de antipedagogiek van Dennendal. Toch ging het allemaal mis. De in het derde hoofdstuk beschreven tweedeling in oud en Nieuw Dennendal splitste ook de Z-opleiding, waarna de experimentele opleiding en de leerlingen die in die opleiding zaten het onderspit moesten delven. Alleen de Z-opleiding van oud Dennendal kreeg erkenning. Visies op pedagogisering bleven lange tijd naast elkaar bestaan. Van een echte revolutie, een echte breuk was in de Z-verpleegkunde op dat moment dan ook geen sprake. Pedagogiek/psychologie bleef in de Z-opleiding tot 1986 meer lesuren houden dan verpleegkunde. Daarna ging de opleiding uit van een verpleegkundige theorie en verpleegkundig model waarin de totale mens beter in beeld gebracht kon worden.

Revolutie!

Niet de opzienbarende acties van Aktiegroep Willem en de geruchtmakende affaire in Dennendal bezorgden een ommekeer in de identiteitscrisis in de verpleegkunde. De echte breuk voltrok zich via overleg en via de pen, door het feit dat verplegenden vanuit een eigen theorie de verpleegkunde gingen formuleren. Een belangrijke cesuur was het in het zesde hoofdstuk besproken Eindrapport van de Commissie HBO-V van 1969. Het verdere grote zoeken naar het wezen van de verpleegkunde en de ziekenverzorging vond plaats in de jaren zeventig. Dat was het decennium van het definiëren van de verpleegkunde en het formuleren van de taak, verantwoordelijkheid en identiteit van de verpleegkundige en de ziekenverzorgende. Dat was moeilijk want de ontwikkeling van professies/beroepen in de gezondheidszorg was noodzakelijkerwijs een kwestie van complexe verbindingen. Zeker in de grensgebieden van professies/beroepen in de gezondheidszorg waren geen duidelijke grenzen te trekken. De discussie over de verhouding tussen verpleegkunde en de geneeskunde als andere discipline, kreeg een stevige impuls toen Freidson (1970) meende dat alleen iemand een professie kon beoefenen op basis van autonomie, zoals de arts. Een verpleegkundige was afhankelijk van die arts en kon daarom niet die volledige autonomie hebben. Zij had daarom een paraprofessie, een paramedisch beroep.

Verpleegkundigen, waaronder Van der Peet en Van Driel Krol, gingen zich afzetten tegen de opvatting van Freidson waarbij zij zich zelfs beriepen op de negentiende eeuwse theorie van Florence Nightingale, die op punten nog verrassend modern is.[5] Van der Peet en Van Driel Krol gingen niet uit van een autonome machtspositie, maar van de eigenheid van het verpleegkundig beroep. Van Driel Krol liep al vooruit op wat Abbott schreef in 1988, namelijk dat professies in de gezondheidszorg niet afzonderlijk bestudeerd konden worden omdat die binnen een systeem met andere beroepen interactief waren. Freidson en de zijnen, zoals de in het eerste hoofdstuk besproken sociaal psycholoog Pool, hadden verpleegkundigen in de gordijnen gejaagd en gefrustreerd, maar zij gaven tegelijk een prikkel voor een verdere zoektocht naar de eigenheid van de verpleegkunde. (Woordvoerders van) verpleegkundigen bleven in hun emancipatiedrang zoeken naar grenzen, naar een afbakening van de verpleegkunde ten opzichte van de geneeskunde en andere beroepsgroepen.

Het zoeken naar en afbakenen van de taak, verantwoordelijkheid en identiteit had vooral te maken met het begrenzen van het werken in de verlengde arm. Hoewel het doen van geneeskundige handelingen een klein onderdeel vormde van de verpleegkunde, veroorzaakte dat deel wel de meeste discussie. Vooral de risicovolle handelingen zoals het aanprikken van de ader (venapunctie, inbrengen van een infuus, geven van medicijnen via een ader) en het katheteriseren van de blaas bij de man waren onderwerpen van discussie. Hoewel enkele lesboeken het aanprikken van de ader wel behandelden, was die handeling geen onderdeel van de basisopleiding. Adviezen van bijvoorbeeld de Centrale Raad voor de Volksgezondheid om terughoudend te zijn met het doen van deze handelingen kregen geen voet aan de grond. De Raad en het Ministerie poogden om taken en verantwoordelijkheden te coderen opdat duidelijk zou worden wat tot de basisverpleegkunde hoorde en tot de gespecialiseerde verpleegkunde, en wat geen verpleegkunde was. Het waren allemaal pogingen die geen zoden aan de dijk zetten. De praktijk was al te ver ontwikkeld om zaken terug te draaien. De verpleegkundige bleef dus geneeskundige handelingen uitvoeren. Menig verpleegkundige zal

5 In haar conclusie van Notes on Nursing maakte Nightingale overduidelijk wat het verschil is tussen een chirurg en een verpleegster: de chirurg ‘neither can do anything but remove obstructions; neither can cure; nature alone cures (…) And what nursing has to do (…), is to put the patient in the best condition for nature to act upon him’. Nightingale, *Notes on nursing*, 133.

die handelingen wel interessant hebben gevonden om te doen. Ze gaven een zekere status die dan, en daar hadden zij geen erg in, wel ten koste ging van de eigen beroepsidentiteit.

De Raad voor de Volksgezondheid produceerde het ene na het andere rapport met in elk rapport één of meerdere definities van verpleegkunde. Ook het Ministerie van Volksgezondheid liet van zich horen. Het was vooral Van den Brink-Tjebbes die via dat ministerie vanaf de jaren zeventig invloed kreeg op de ziekenverzorging en van daaruit op de hele verpleegkunde. Van den Brink-Tjebbes die met haar werkgroep de opleiding tot ziekenverzorgende moest herzien, ontwierp tegelijkertijd een eigen eerste Nederlandse theorie, die voor de hele verpleegkunde gold en dus ook voor de toen hoogste opleiding: de HBO-V. In vele lesboeken van de jaren tachtig kwam Van den Brink-Tjebbes ter sprake of vormde zelfs een leidraad voor een verpleegkundig model. Goed beschouwd is hiermee gezegd dat een 'lagere' beroepsgroep van invloed was op hogere beroepsgroepen binnen de verpleegkunde zelf. In dit verband was het opmerkelijk dat het kon voorkomen dat verpleegkundigen die werkten in de sectoren ouderenzorg en zorg voor chronisch zieken, waar ziekenverzorgenden experts in waren geworden, hiërarchisch onder ziekenverzorgenden functioneerden. Voor het doen van technische vaardigheden riep de ziekenverzorgende de verpleegkundige in.[6] Hiërarchie en arbeidsdeling kregen hier een betekenis die bij het instellen van de opleiding tot ziekenverzorgende in 1963/1965 niet voor te stellen was geweest. De ziekenverzorgende was bij aanvang immers bedoeld om de verpleegkundige te assisteren. De ziekenverzorging had zich revolutionair ontwikkeld tot een beroepsgroep met een eigen specialisme. Maatschappelijke processen als vergrijzing en arbeidsdeling hingen dus samen en kregen invloed op de (verhouding) verpleegkunde/ziekenverzorging in de sector ouderenzorg en chronisch zieken.

Naast het formuleren van de ene na de andere definitie kwamen in respectievelijk 1973 en 1974 voor de A- en de B-verpleegkunde van overheidswege grootscheepse leerstofomschrijvingen uit (zie bijlage 10 en 20). Deze werden weliswaar niet onverdeeld enthousiast ontvangen, maar het overheidsinitiatief was wel een sprong in de richting van wat verpleegkunde moest zijn. Zelfs de definitie van Henderson en het verpleegplan kregen van de auteurs een plaats in het curriculum voor de A-verpleegkunde. De leerstofomschrijving voor de B-verpleegkunde kreeg een opsplitsing in psychiatrische en somatische verpleegkunde. Het merkwaardige is dat Henderson wel in het somatische deel van de leerstofomschrijving werd opgenomen en niet in het psychiatrische deel. De auteurs hadden dus de psychiatrische verpleegkunde niet op voorhand gekoppeld aan een bestaande theorie, zoals in dezelfde uitgave wel was gedaan met Henderson voor de somatische verpleegkunde. Dat is vreemd, want hier had de kans gegrepen kunnen worden om de B-verpleegkunde aan een verpleegkundige identiteit te helpen. Jacobs als medeauteur van de leerstofomschrijving had hierbij kunnen helpen, want hij had eerder in het *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* Peplau aangehaald als antwoord op wat B-verpleegkunde was. Bovendien had hij in zijn zoektocht eerder Hendersons theorie als bruikbaar voor de B-verpleegkunde bevonden. Hij vond toen Henderson geschikt voor een allround verpleegkundige, dus een A- én B-verpleegkundige.

---

[6] Het merkwaardige is dat ziekenverzorgenden voorbehouden handelingen in theorie wel kregen geleerd in het in 1989 uitgegeven boek J.C. Dito e.a., (J.H.J. de Jong en J.A.M. Kerstens, red.), *Verpleegkunde voor de verplegende en verzorgende beroepen.* Serie: Bouwstenen voor verpleegkundig onderwijs (2e druk; Utrecht en Antwerpen 1989) Handleiding, 247-248 en 263 (dit boek valt buiten de onderzoeksperiode van deze studie). Deze reeks was geschreven voor beroepsbeoefenaren op het tweede deskundigheidsniveau (ZV'ers, MDGO-VP'ers en MDGO-VZ'ers). Ook in het lesboek P. Stevens e.a., *Verpleegkundige zorg.* Deel 2 (Leiden 1987) 320-324 en 340-342, kreeg de ziekenverzorgende het katheteriseren bij zowel de vrouw als de man en het inbrengen van een maagkatheter geleerd. De auteur nam daarvoor protocollen op in het lesboek. Kennelijk namen deze auteurs, in de discussie over het wel en niet doen van voorbehouden handelingen, een voorschot op de Wet BIG en het Beroepsprofiel van helpenden en verzorgenden van 2000, waarin was opgenomen dat een beroepsbeoefenaar voorbehouden handelingen mocht verrichten wanneer aan voorwaarden was voldaan.

Kennelijk was Jacobs teruggekomen op zijn eerdere bevindingen of kon hij de andere leden van de opstellers van de leerstofomschrijving niet overtuigen. De leerstofomschrijving voor het psychiatrische deel kreeg dus nu geen verpleegkundig(e) theorie/model mee.

De leerstofomschrijvingen van 1973 en 1974 en de lesboeken in de jaren tachtig lieten een zekere verwetenschappelijking zien. Het verpleegplan en daarmee het methodisch werken begonnen vorm te krijgen in de jaren zeventig. Betreft de thema's, het eten/de maaltijd en het sterven/de dood, die in voorgaande hoofdstukken besproken zijn, is die ontwikkeling te volgen. In dertig jaar tijd veranderde de verpleegkunde van functioneel/handelingsgericht verplegen naar methodisch verplegen. Waren de lesboeken in de eerste periode van de onderzoeksperiode vooral voorschrijvend en opleggend, vanaf de jaren tachtig moest de leerling/student zelf nadenken en op onderzoek uit, eventueel aan de hand van casussen. De patiënt werd het uitgangspunt van een verpleegkundige methodiek. In de B-verpleegkunde was het eten/de maaltijd, zoals gezegd, een onderdeel geworden van sociotherapie. Ook het bijstaan van een stervende kreeg in de loop van de periode van de onderzoeksperiode een andere benadering. Was er eerst in de lesboeken aandacht voor lichamelijk comfort en het verplegen met een gereserveerde houding, in de jaren zeventig/tachtig ging de aandacht ook uit naar comfort in de bredere Engelse betekenis. Daar kwam meer voor kijken dan kennis van de natuurwetenschappen. Kennis van bijvoorbeeld sociologie, psychologie, agogie en religie waren nodig. Er was een verwetenschappelijking in de verpleegkunde zichtbaar geworden.

Zonder twijfel was het nieuwe dagonderwijs vanaf 1972 – en de aanloop daar naar – van invloed op de verwetenschappelijking van de inservice-opleiding. In de werkgroepen die de MBO-V en de HBO-V voorbereidden of begeleidden zaten inservice-opgeleide verpleegkundigen en niet-verpleegkundigen uit de verschillende velden. De invloed was over en weer, want deze mensen namen hun kennis mee naar hun velden. Voorbeelden zijn de verpleegkundigen Van den Brink-Tjebbes, Heitink, Van Driel Krol, Verbeek en Von Nordheim. Voorbeelden van artsen zijn Hoejenbos, Jacobs en Lit (zie bijlage 23). Een van de eerste HBO-V'ers Van der Peet was met zijn *Van der Peet*-reeks van invloed op inservice-opleidingen.

De MBO-V had als dagonderwijs een ongekend nieuwe invalshoek in de zoektocht naar de verpleegkunde. De MBO-V's waren bij aanvang experimentele opleidingen en konden daardoor een eigen weg bewandelen. De MBO-V in Rotterdam ging daarin heel ver. Daar golden zelfs de agogiek en levensfasen van de mens als pijlers voor de opleiding en niet de verpleegkunde. Vanuit die gedachte was de Rotterdamse MBO-V veldoverstijgend. Er was ook grote aandacht voor de ontplooiing van de leerling. Een zeker maakbaarheidsgeloof van de jaren zeventig zal hierbij van invloed zijn geweest. Zoals de socioloog Jan Willem Duyvendak opmerkte, had het kabinet Den Uyl (1973-1977) de overtuiging dat de overheid een betere samenleving diende te creëren. Hellema citeerde Den Uyls regeringsverklaring waarin hij zei dat het kabinet onder meer voorrang wenste te geven aan de verbetering van de kwaliteit van het bestaan en aan behoud en verbetering van de dagelijkse leef-, woonomstandigheden. De MBO-V en de B- en Z-velden hadden met hun opvoedingsgedachten die overtuiging eveneens. Vast staat dat vooral de MBO-V te Rotterdam in de persoon van Heitink veel van zich heeft laten horen. Toch heeft de MBO-V het niet overleefd. De overheid had vanaf het begin onduidelijke voorwaarden gesteld en zij sloeg adviezen van raden en commissies in de wind.

Met de komst van het dagonderwijs kwamen de tekortkomingen van de inservice-opleidingen goed aan het licht. Het dagonderwijs had de tijd en de ruimte om de verpleegkunde een eigen vorm te geven en een eigen identiteit. Het merkwaardige is dat Van Gemert, Spijker en Aan de Stegge de HBO-V niet als oplossing van de identiteitscrisis zagen. Van Gemert en Spijker vonden in 1990 nog dat de MBO-V's en HBO-V's wel belangrijke

winstpunten waren, maar zij zagen dat met de meer geldende sociale en menswetenschappen in de verpleegkunde de associatie met zorg verviel en dat deze opleidingen, die in 1990 toch al zo'n twintig jaar bestonden, het medisch model naar de achtergrond had geplaatst. De agogisering leidde volgens de auteurs, niet tot een oplossing, leidde niet als instrument tot professionalsering of om uit de identiteitscrisis te komen waarin de verpleegkunde zich, volgens de auteurs, in 1990 nog steeds bevond. Uit het onderzoek voor dit boek is gebleken dat Van Gemert en Spijker het mis hadden. De sociale en menswetenschappen waren als hulpwetenschappen belangrijke dragers binnen een eigen verpleegkundige theorie. Het was juist de HBO-V en haar lesboeken die hadden bewezen dat de verpleegkunde in 1990 al een identiteit had (zie hoofdstuk 6).

Het gezichtspunt van Aan de Stegge was een heel andere dan dat van Van Gemert en Spijker. Zij gaf op een andere manier aan weinig gelukkig te zijn met de komst van het dagonderwijs met het daarin opgenomen Angelsaksische profiel. Van Gemert en Spijker vonden dat door het dagonderwijs de associatie met zorg naar de achtergrond was geschoven. Aan de Stegge meende juist dat met de komst van het dagonderwijs meer aandacht uitging naar generieke taken (zorg) en minder naar begeleidende taken. Hier staan twee visies van een A-verpleegkundige (Spijker) en een B-verpleegkundige (Aan de Stegge) tegenover elkaar. Anders geredeneerd kan ook geconcludeerd worden dat bij het juiste gebruik van een verpleegtheorie/model de totale mens in beeld gebracht kan worden en dus ook de mens die zorg én begeleiding nodig heeft. De theorieën van bijvoorbeeld de Angelsaksische Henderson en Orem waren juist goed bruikbaar in alle velden. Uitgaande van Hendersons veertien basisbehoeften of Orems universele zelfzorgbehoefte komen zorg en begeleidende taken in alle velden tot hun recht (zie bijlage 15).

Niet alleen de (Angelsaksische) verpleegkundige theorieën en modellen gaven alle ruimte in alle velden, ook de wetgeving op de inservice-opleidingen bood die ruimte. Aan de Stegge lijkt te zeggen, zo is gebleken in hoofdstuk 2, dat de HBO-V de 'sociaal-agogische armslag' van de B-verpleegkundige inperkte en dat het agogische karakter verloren was gegaan door de wettelijke wijziging van 1986 in de B-verpleegkunde. Andragogie was inderdaad toen een onderdeel gaan vormen van het leergebied gezondheidsleer en niet meer sinds 1975 van het blok psychische vakken (vergelijk bijlage 19 en 22). Dat hoefde echter niet te betekenen dat de sociaal-agogische armslag ingeperkt hoefde te worden. Die was onderdeel geworden van de systematiek en methodiek van verpleegkunde. De leergebieden verpleegkunde en methodieken en technieken gaven daar ruimte voor. De sociaal-agogische armslag ging vanaf 1986 uit van de verpleegkunde.

Met het adopteren van een Angelsaksisch profiel kan gesteld worden dat de Nederlandse verpleegkunde niet langer een geïsoleerd wereldje was. De invloed van het buitenland op de Nederlandse verpleegkunde was groot. De in 1957 ingestelde EEG bezorgde de verpleegkunde vanaf de in 1977 geformaliseerde richtlijnen heel wat kopzorgen. Bij de Europese invloed ging het met name om de vorm van de opleiding. Om internationaal mee te blijven tellen als 'verantwoordelijk algemeen ziekenverpleger', moest de Nederlandse opleiding aangepast worden aan Europese normen. Dat viel niet mee, maar stapsgewijs ging dat lukken. Nederlandse verpleegkundigen en de overheid waren dan ook actief om Europees mee te tellen en het opmerkelijke is dat daarbij geen negatieve geluiden te horen waren over Europese bemoeizucht. De HBO-V voldeed vanaf het begin aan Europese eisen. De MBO-V kreeg erkenning, maar voldeed eigenlijk niet aan de normen. De MBO-V hoefde verder niet meer te werken om aan Europese normen te voldoen, want de Nederlandse wetgever besloot deze opleiding naar het tweede deskundigheidsniveau over te hevelen (MDGO-VP). De A-verpleegkunde kon ook rekenen op Europese erkenning. De B- en Z-opleiding kregen, tot teleurstelling van mensen in die velden en ondanks Nederlandse inspanningen in het

Raadgevend Comité, geen erkenning als 'verantwoordelijk algemeen ziekenverpleger'. Deze opleidingen kenden onder meer geen praktijkopleiding in een algemeen ziekenhuis.

Inhoudelijke invloed was er vooral vanuit de Verenigde Staten. Gesteld kan worden dat tussen 1955 en 1988 sprake was van een uitgesproken amerikanisering van de verpleegkunde. Tussen 1955 en 1988 ging de zoektocht altijd gepaard met het formuleren van definities van wat verpleegkunde was. Opmerkelijk is dat één definitie steeds terugkwam, die van de Amerikaanse Virginia Henderson. Nederland eigende zich Henderson gretig toe. Henderson werd toegeëigend, getransnationaliseerd zodat zij iemand van ons, de Nederlandse verpleegkundigen en ziekenverzorgenden, werd. Op haar graf staat niet voor niets *Architect of nursing and mother of us all*.[7] Dat is niet zo gek omdat haar theorie werd erkend door de International Council of Nurses, waar Nederland vanaf het begin lid van is (zie Inleiding). Hendersons theorie dekte de Nederlandse verpleegkunde in de volle breedte. Zij had oog voor de totale mens. Haar theorie vormde mede de basis voor het verpleegkundig onderwijs van de eerste hogescholen in Leusden en Nijmegen. Zelfs in 1984 kwam Henderson nog voor in het advies ten behoeve van het beroepsprofiel dat er in 1988 kwam. Amerikanisering kan ook gezien worden bij Rob van der Peet, die zich liet beïnvloeden door de Amerikaanse Orem voor zijn vanaf 1983 geschreven *Van der Peet-reeks* voor de HBO-V. De uiteindelijk in het beroepsprofiel geformuleerde definitie was eveneens onder Amerikaanse invloed, namelijk die van de American Nurses Association.

Amerikanisering was er dus ontegenzeglijk. Niettemin zijn verpleegkundigen en ziekenverzorgenden voorbij gegaan aan de Nederlandse theorie van J.A. van den Brink-Tjebbes. In hoofdstuk 4 is uiteengezet dat Van den Brink-Tjebbes' theorie niet voor iedereen toegankelijk was. Het ziet er zelfs naar uit dat zij door collega-verpleegkundigen op haar niveau, ook als persoon, werd afgedaan. Hoewel zij in de lesboeken van de jaren tachtig ruim ter sprake kwam en zelfs in lesboeken onder redactie van J.H.J. de Jong en J.A.M. Kerstens een leidraad vormde, kwam haar theorie toch niet echt van de grond. Van den Brink-Tjebbes' theorie is dan niet de meest toegankelijke, maar haar matrices en achttien zelfzorgaspecten zijn gelijkwaardig aan de veertien basisbehoeften van Henderson en de acht zelfzorgbehoeften van Dorothea Orem en goed bruikbaar in de praktijk (zie bijlage 15). Zelfs even bruikbaar als het nog steeds gebruikte uit Amerika overgewaaide classificatiemodel met de elf gezondheidspatronen van de in 2015 overleden Marjory Gordon (zie bijlage 15).[8] Het ziet er naar uit dat een Nederlandse theorie als dat van Van den Brink-Tjebbes weinig kans (meer) maakt op landelijke belangstelling door de Amerikaanse overvloed. Wel blijft overeind dat Van den Brink-Tjebbes een onmisbare schakel was in het vinden van de totale mens in de geschiedenis van de Nederlandse verpleegkunde.

De echte revolutie voltrok zich dus door het aanvaarden van een eigen verpleegkundige theorie waarin andere wetenschappen als hulpwetenschappen werden gezien. De HBO-V had daarin een leidende rol. Kozen de eerste HBO-V's vooral voor de theorie en model van Virginia Henderson. Later kwamen lesboeken uit die ook kozen voor Orem en Van de Brink-Tjebbes. De identiteit was gevonden. De zoektocht kon vanaf die tijd voortgezet worden volgens de behoeften van de tijd. Dat zou ook gebeuren, want na het eerste

---

[7] Edward Joseph Halloran, 'Virginia A. Henderson. 1897-1996', website American Association for the History of Nursing. http://www.aahn.org/gravesites/henderson.html (17 december 2014).

[8] Met dank aan Silvia Stoele, werkzaam als verpleegkundige bij de GGZ Delfland (e-mail 22 augustus 2014). Anno 2015 zijn er in Nederland meerdere Amerikaanse modellen in omloop, zoals het eerder genoemde Neuman Systems Model. De North American Nursing Diagnoses Association (NANDA) en het Omaha Systeem staan in de belangstelling bij de wijkverpleging. Jennie Mast, *Zoeken naar de gouden standaard. Een vergelijking van classificaties voor de maatschappelijke gezondheidszorg* (Vilans, Utrecht 2014). Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN), *Normen voor indiceren en organiseren van verplegen verzorging in de eigen omgeving* (Utrecht 2014) met name Bijlage 5 en 35-37. Marloes Oelen, 'Is er een gouden standaard? Verpleegkundige classificaties', *Nursing* 21 (april 2015) 42-47.

beroepsprofiel van 1988 zou er opnieuw weer heel veel veranderen binnen de verpleegkunde. Een volgende promovendus heeft alvast een onderwerp over de verpleegkunde in de periode na 1988. Een mogelijke vraag zou dan kunnen zijn: hoe kon na 1988 de verpleegkundige zich ontwikkelen tot…? Tsja, tot wat? Tot ‘welzijnskundige’ misschien.

Geraadpleegde bronnen en secundaire literatuur

Bronnen

Archieven

Florence Nightingale Instituut te Culemborg
Archief met egodocumenten (in verband met de privacy van archiefgevers deels anoniem)

Internationaal Instituut voor Sociale Geschiedenis te Amsterdam
Archief Nieuw Dennendal (Den Dolder).

Nationaal Archief te Den Haag
Archief van de Centrale Raad van de Volksgezondheid, (1955) 1958-1982 (1983).
Archief van de Inspecteurs van het Staatstoezicht op Krankzinnigen en Krankzinnigengestichten, (1818) 1842-1961.
Archief van het Directoraat-generaal Volksgezondheid van het ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur en haar taakvoorgangers (1913) 1946-1982 (1989).
Archief van het Ministerie van Onderwijs en Wetenschappen: Directie Hoger Beroepsonderwijs, (1918) 1975-1985 (1987).
I Archief Vergadering van Directeuren van Instituten voor Zwakzinnigenzorg 1947-1980 waarin onder hetzelfde toegangsnummer: II Archief van de Opleidingscommissie Zwakzinnigenzorg, 1957-1981.

Privé-archief F. Dorrenboom-Krijgsman te Rotterdam.

Gedrukte bronnen

Addink-Van den Berg, J. en J. Gulmans, *Leerstofevaluatie ten behoeve van de Opleidingen in de Zwakzinnigenzorg. Eindrapport (deel II). Bijlagen* (Technische Hogeschool Twente, Toegepaste Onderwijskunde, Enschede 1982).
Agathe, Zuster, *Werkboek ten gebruike bij de opleiding voor Ziekenverpleging* (2e druk; Amsterdam z.j. (~1953)).
Agathe, M., *Werkboek ten gebruike bij de opleiding voor Ziekenverpleging. A-diploma* (4e druk; Amsterdam z.j. (1956)).
Agathe, M., *Werkboek ten gebruike bij de opleiding voor Ziekenverpleging. A-diploma* (7e druk; Amsterdam 1959).
Agathe, M., *Werkboek ten gebruike bij de opleiding voor Ziekenverpleging. A-diploma* (14e druk; Amsterdam en Brussel 1966).
Agathe, M., herzien door H.M.L Kerckhoffs, *Werkboek ziekenverpleging* (16e druk; Amsterdam en Brussel 1969).
Agathe, M., herzien door M.Th. Winkel, *Werkboek Ziekenverpleging, algemene en speciële verpleegkunde* (17e druk; Amsterdam en Brussel 1973).
Aken, E.M. van, 'Organisatorische aspecten van de verplegingsdienst', *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 17 (1964) 307-310.
Aken, E.M. van, 'De Nieuwe Opleiding', *Zuidwal. Contact-orgaan* nr. 33 (oktober 1964).
Akkerman, H.P., e.a., *Ziekteleer, speciële verpleegkunde en reactivering*. Serie In goede handen (2e druk; Leiden 1976).

Aller, Renée van, ‘Kan het a.u.b. in gewone mensentaal?’, *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 38 (1985) 168.
Ambtelijke Commissie MBO-V/HBO-V, *Discussienota. Profiel van de beginnend verpleegkundig beroepsbeoefenaar, die de MBO-V opleiding heeft gevolgd en profiel van de beginnend verpleegkundig beroepsbeoefenaar, die de HBO-V opleiding heeft gevolgd* (juni 1981).
Ambtelijke Commissie MBO-V/HBO-V, *Karakteristiek van de beroepsuitoefening binnen de Discipline van de Verpleging. Het verpleegkundig Beroepsprofiel. Discussienota* (Leidschendam 1982)
Ambtelijke werkgroep MBOV, *Rapportage aan de Bewindslieden van Onderwijs en Wetenschappen en Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur over de opleiding MBO-VP* (1983) in: Nationale Raad voor de Volksgezondheid, *Advies inzake de profielschets van een beroepsbeoefenaar die zich professioneel bezighoudt met het verplegen* (Zoetermeer 1984).
Arets, J.R.M., J.P. Vaessen e.a., *Met zorg verplegen. Deel 1a.* Serie: InteGraal (Leiden 1984).
Arets, J.R.M., J.P. Vaessen e.a., *Met zorg verplegen. Deel 1b.* Serie: InteGraal (Leiden 1984).
Arets, J.R.M., J.P. Vaessen e.a., *Met zorg verplegen. Deel 2.* Serie: InteGraal (Leiden 1985).
Arets, J.R.M., J.P. Vaessen e.a., *Met zorg verplegen. Deel 3.* Serie: InteGraal (Leiden 1987).
Arts, Edith, De HBO-V door de ogen van, in: Penelope Nijeholt, red., *HBO-V Nijmegen. 1972-2002. 30 jaar inspiratie in het verpleegkundige onderwijs* (Hogeschool van Arnhem en Nijmegen 2003) 7-9.
Ausems, F.M., ‘De Z-opleiding een utopie?’, *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 22 (1969) 641-644.
Baaij, J.H., ‘Toelichting op het Rapport over enige aspecten van het Verpleegsterstekort in Nederland’, *Het Ziekenhuiswezen* 29 (1956) 399-401.
Baaij, J.H., ‘Rapport over enige kwalitatieve aspecten van het verpleegsterstekort in Nederland. Uitgebracht in opdracht van de Commissie ‘Verpleegsterstekort’ van de Geneeskundige Vereniging tot bevordering van het Ziekenhuiswezen’, *Het Ziekenhuiswezen* 34 (1961) 349-360.
Baar, J. van, ‘Psychiatrische verpleegkunde in ontwikkeling’ *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 19 (1966) 566-571.
Bakker, J.H, en M.J.M. le Grand-van den Bogaard, *Verpleegkundig Beroepsprofiel* (Zoetermeer 1988).
Bakker, J.H., ‘Basisopleidingen in de verpleging’, *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 41 (1987) 133-135.
Bakker, J.H., ‘Het verpleegkundig beroepsprofiel’ in: Vera Gaikhorst e.a. red., *Verpleging tussen beroep en beleid. Een symposium over beroepsprofiel,verzorgingsstaat en politiek* (Leeuwarden 1990) 7-20.
Baving-Van Galen, Ellie, ‘Hoe functioneren M.B.O.-verpleegkundigen in het Academisch Ziekenhuis te Groningen?’, *Tijdschrift voor Ziekenverpleging*’ 36 (1983) 130-133.
Bax, H.R., ‘Critiek op de opleiding tot verpleegster’, *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 10 (1957) 620-629.
Beek, J. ter, ‘Mannen in de verpleging’, *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 22 (1969) 79-82.
Begeleidingscommissie Experimenten, ‘Eerste Rapport van de Begeleidingscommissie Experimenten op het gebied van opleidingen in de verplegende en verzorgende beroepen aan Zijne Excellentie de Staatssecretaris van Sociale Zaken en Volksgezondheid’, *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 24 (1971) 674- 680.
Begeleidingscommissie Experimenten, ‘Tweede Rapport van de Begeleidingscommissie Experimenten op het gebied van opleidingen in de verplegende en verzorgende beroepen aan Zijne Excellentie de Minister van Volksgezondheid en Milieuhygiëne’, *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 26 (1973) 799-810.

Berg, Piet van den, ‘Psychiatrisch verpleegkundige in de toekomst’ *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 26 (1973) 135-140.
Bergen, Bart van, en Louk Hollands, *Naar een profiel van de verpleegkundige. Een gedragswetenschappelijke beschouwing over het beroep van de verpleegkundige* (1e druk 1975; 5e druk; Lochem en Poperinge 1983).
Bergen, Bart van, en Louk Hollands, ‘Verplegen volgens ‘Het Profiel’, in: Harry van der Bruggen, red., *De delta van de Nederlandse verpleging* (Lochem en Gent 1988) 57-67.
Bergen, Bart van, en Louk Hollands, ‘Verplegen volgens ‘Het Profiel’, in: Harry van der Bruggen, red., *De delta van de Nederlandse verpleging* (3e herziene druk; Lochem 1992) 44-54.
Bergh-Braam, A.H.M. van den, ‘De verpleegster en haar werk’, *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 21 (1968) 231-233.
Bergh-Braam, A.H.M. van den, en L. van der Meijden, *Algemene Verpleegkunde*. Serie: In Goede Handen (Leiden 1970).
Bergh-Braam, A.H.M., van den, en T. Kruyne, *Algemene Verpleegkunde.* Serie: In goede handen (3e herziene druk; Leiden 1974).
Bergh-Braam, A.H.M. van den, e.a., *Verpleegkunde 1.* Serie: *In goede handen* (2e druk; Leiden 1980).
Bergh-Braam, A.H.M. van den, e.a., *Verpleegkunde 2.* Serie: *In goede handen* (1e druk 1980; 2e druk; Leiden 1981).
Bergh-Braam, A.H.M. (Anneke) van den, *‘Hoofdverpleegkundigen’ over leven in het ziekenhuis. Een onderzoek naar de rolonduidelijkheid van hoofdverpleegkundigen.* Proefschrift Rijksuniversiteit Limburg (Maastricht 1984).
Bles, H., *Godsdienstleer voor katholieke verplegenden.* Boventitel: *Gods heilsplan met ons* (5e en 6e druk; Amsterdam resp. 1957 en 1962).
Bloemendaal, J.J. van, D.W. Dondorp en I.M. Elsendoorn-Gunters, eindredactie, *Opleiding tot verpleegkundige en pedagogische medewerkers in de zwakzinnigenzorg. Eerste en tweede semester* (2e druk; Lochem en Poperinge 1979).
Bloemendaal, J.J. van, D.W. Dondorp en I.M. Gunters, eindredactie, *Opleiding tot verpleegkundige en pedagogische medewerkers in de zwakzinnigenzorg. Derde en vierde semester* (2e druk; Lochem en Poperinge 1980).
Boersma, A., *Leerboek voor Ziekenverzorgenden. De techniek van de ziekenverzorging* (1e druk 1971; 3e druk Lochem 1974).
Boeters, Wim, e.a., ‘In gesprek over … Professionalisering van de verpleegkundige’, *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 31 (1978) 226-227.
Bokslag, M., ‘De beroepsdeskundigheid van de verzorgenden’, *Tijdschrift voor Bejaarden-Kraam- en Ziekenverzorging* 2 (1969) 35-37.
Boog, W., e.a., *Inleiding in de verpleegkunde en aspecten van de verpleegkundige beroepsuitoefening* (Houten en Diegem 1997).
Boog, W., e.a., *Inleiding in de verpleegkunde en aspecten van de verpleegkundige beroepsuitoefening* (2e druk; Houten 2002).
Boorsma, M., ‘Onderwijsdoelstellingen in de verpleegkundige opleidingen’, *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 28 (1975) 785-787.
Bosch, Sije van den, *Van m.b.o.-V naar m.d.g.o.-VP* (Ministerie van Onderwijs en Wetenschappen i.s.m. het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, Den Haag 1985).
Bouwhuizen, M., *Verpleegkunde*, Serie: *In goede handen* (1e druk, 1972; 2e druk; Leiden 1974).
Bouwhuizen, M., ‘De zorg voor bejaarden en chronisch zieken’, in: H.P. Akkerman e.a., *Ziekteleer, speciële verpleegkunde en reactivering* (1976) 397-421.

Bouwhuizen, M., *Verpleegkunde ZV*. Deel 1. Serie: *In goede handen* (1e druk 1979; 4e oplage; Leiden 1985).
Bouwhuizen, M., *Verpleegkunde ZV*. Deel 2. Serie: *In goede handen* (1e druk 1979; 3e oplage Leiden 1985).
Brands, G., 'Ziekenverzorgenden geen "tweederangs" verpleegkundige', *Tijdschrift voor Bejaarden- Kraam- en Ziekenverzorging* 20 (1987) 207-208.
Bras, Jacques, *Tweespraak tussen residentiële andragogiek en psychiatrische verpleegkunde* (2e druk; Lochem 1976).
Bree, J.H.M. van, 'De opleiding tot verpleegkundige – een beschouwing naar aanleiding van het concept leerstof ziekenverpleging A', *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 25 (1972) 640-645.
Brij, Albertine, 'Iets over de opleiding van adspirant leerling-verpleegster bij de Gemeente-Ziekenhuizen van Rotterdam', *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 8 (1955) 110-114.
Brij, Albertine, 'Commentaar door zr. Albertine Brij', *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 10 (1957) 703-707.
Brij, Albertine, reactie op: 'De afbakening van de taak van de arts en van de verpleegster in het ziekenhuis', overgenomen uit *Medisch Contact* (1 november 1963), *Tijdschrift voor ziekenverpleging* 17 (1964) 296-297.
Brink-Tjebbes, J.A. van den, 'Het project Studietoetsen Ziekenverzorging', *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 31 (1978) 1125-1133.
Brink-Tjebbes, J.A. van den, 'Het 'leergebied' verpleegkunde (I, II, III, en IV)', *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 32 (1979) 881-884, 913-917, 1021-1027 en 1072-1077)..
Brink-Tjebbes, J.A. van den, *Eindrapport Begeleide ontwikkeling opleiding ziekenverzorgende* (Amersfoort 1985).
Brink-Tjebbes, J.A. van den, *Opleidingsleerplan voor de opleiding tot ziekenverzorgende. Tot stand gekomen op grond van het Opleidingsmodel van de begeleide ontwikkeling opleiding ziekenverzorging* (Lochem en Gent 1985).
Brink-Tjebbes, J.A. van den, *Verpleging naar de maat. Een verplegingswetenschappelijke optiek* (Lochem 1987).
Brink-Tjebbes, J.A. van den, en J.A. Keij, *Verplegen in Verbondenheid. De verpleegde centraal. Gevolgen voor verplegingspraktijk en verplegingswetenschap* (Utrecht 1997).
Brink-Tjebbes, J.A. van den, DVD I, 'Levensgeschiedenis', *Verplegen in Verbondenheid* (Amersfoort 2010).
Brink-Tjebbes, J.A. van den, DVD II, 'Verplegingswetenschap & Casus', *Verplegen in Verbondenheid* (Amersfoort 2010).
Brink-Tjebbes, Bien van den, 'De Ander', *Drieluik* 13 (2012) afl. 7, 5, website Protestantse Gemeente Amersfoort. http://www.pkn-amersfoort.nl/art/uploads/file/0458%20drieluik%200sept-12.pdf (22 november 2013).
Brink-Tjebbes, Bien van den, 'Verpleegkundige voor het leven' interview door Albert-Jan Regerschot, *Reformatorisch Dagblad*, 9 mei 2014.
Broekema, E., *Wet op het voortgezet onderwijs. Uitvoeringvoorschriften voor de scholen voor beroepsonderwijs*. Editie Schuurman & Jordens 33-V (3e druk; Zwolle 1978).
Broekema, E., *Wet op het voortgezet onderwijs. Uitvoeringsvoorschriften voor de scholen voor beroepsonderwijs*. Editie Schuurman & Jordens 33-V. (4e druk; Zwolle 1983).
Buré, M.J., 'Wie is van hout …', *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 14 (1971) 1129-1131.
Caibris. Kenniscentrum voor leren in de praktijk in Zorg, Welzijn en Sport, *Gekwalificeerd voor de toekomst. Kwalificatiestructuur en eindtermen voor Verpleging en Verzorging* (Bunnik juni 1996).
Centraal Bureau voor de Statistiek, *Gezondheid en zorg in cijfers, 2011* (Den Haag en Heerlen

2011).
Centrale Raad voor de Volksgezondheid. Vaste Commissie Verpleging, Subcommissie Opleiding, *Interimnota nr. 1 betreffende algemene gezichtspunten t.a.v. het verpleegkundig beroepsonderwijs* (z.j. (1971)).
Centrale Raad voor de Volksgezondheid, *Advies inzake de Verantwoordelijkheid en de Aansprakelijkheid van Verpleegkundigen en Leerling-verpleegkundigen in de Intramurale gezondheidszorg* ('s-Gravenhage 1972).
Centrale Raad voor de Volksgezondheid, *Rapport taak van de verpleegkundige* ('s-Gravenhage 1972).
Centrale Raad voor de Volksgezondheid, *Rapport inzake de taak van de verpleegkundige* (Rijswijk 1974).
Centrale Raad voor de Volksgezondheid, *Advies inzake nadere regelingen met betrekking tot de verantwoordelijkheid van de verpleegkundige en de leerling-verpleegkundige in het algemeen ziekenhuis* (Rijswijk 1976).
Centrale Raad voor de Volksgezondheid, *Advies inzake herziening van de opleiding tot het diploma A ziekenverpleging* (Rijswijk, 1976).
Centrale Raad voor de Volksgezondheid, *Interim-advies inzake de ontwikkeling van de opleidingen verpleegkunde* (Rijswijk 1978).
Centrale Raad voor de Volksgezondheid, *Advies inzake Taak, verantwoordelijkheid en aansprakelijkheid van de ziekenverzorg(st)er* (Rijswijk 1979).
Centrale Raad voor de Volksgezondheid, Tweede i*nterimadvies inzake de ontwikkelingen van de opleidingen verpleegkunde* (Rijswijk 1980).
Centrale Raad voor de Volksgezondheid, *Spoedadvies inzake de 3e versie voorlopig onderwijsleerplan mhno/mspo nieuwe stijl* (Rijswijk, 21 april 1981).
Centrale Raad voor de Volksgezondheid, *Advies inzake de Discussienota "Profiel van de beginnend beroepsbeoefenaar, die de MBO-V opleiding heeft gevolgd en profiel van de beginnend beroepsbeoefenaar, die de HBO-V opleiding heeft gevolgd"* (Rijswijk, november 1981).
Commissie Aanpassing Opleiding voor het diploma Ziekenverzorging aan de verplichtingen voortvloeiende uit de verlenging van de leerplichtige leeftijd, *Interimrapport aanpassing opleiding voor het diploma ziekenverzorging uitgebracht aan de Staatssecretaris van Volksgezondheid en Milieuhygiëne* (Leidschendam 1974).
Commissie Graamans, *Eindrapport betreffende de structuur van de hogere opleidingen in de gezondheidszorg* (april 1971).
Commissie Herziening Opleiding Ziekenverzorgenden, *Rapport van de Commissie Herziening opleiding ziekenverzorgenden* ('s-Gravenhage 1977).
Commissie Hogere Beroepsopleiding Verplegenden, *Eindrapport van de Commissie Hogere Beroepsopleiding Verplegenden* ('s-Gravenhage 1969).
Commissie Sociotherapie, *Rapport Sociotherapie in de psychiatrische hulpverlening* (1981).
Commissie van Overleg Onderwijs-Volksgezondheid, *Samenvatting van de overwegingen en conclusies van de subcommissie van de C.O.O.V inzake de hogere beroepsopleidingen voor verplegenden* (februari 1971).
Commissie Verpleegsterstekort van de Geneeskundige Vereniging tot Bevordering van het Ziekenhuiswezen door het Instituut voor Sociale Geneeskunde, 'Rapport over enige aspecten van het Verpleegsterstekort in Nederland, *Het Ziekenhuiswezen* 29 (1956) 323-333.
Commissie Verplegingsaangelegenheden, *Verslag van de conferentie te Heelsum van 7 en 11 februari 1955* (21 april 1955).
Commissie Von Nordheim, *Nota uitgebracht door de Commissie Von Nordheim op verzoek van de beraadsconferentie over opleidingen in de verplegingssektor op 24 en 25 februari*

1970, [1970].
Een cursist, '25 verplegers volgden de cursus "Eerste Hulp Bij Bevallingen"', *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 16 (1963) 496.
Dam-Kraak, M.L. van, en J.A. Verwey, *Onderzoek naar het functioneren van MBO-Verpleegkundigen in de gezondheidszorg* (Technische Hogeschool Eindhoven 1981).
Dam-Kraak, M.L. van, en J.A Verwey, 'Hoe doen M.B.O.-verpleegkundigen het in de gezondheidszorg?', *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 35 (1982) 240-243.
Dassen, Theo, 'De ziekenverzorgende – het sloofje van de verpleegkundige', *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 36 (1983) 362-367.
'De overdracht van de vijf M.B.O.-V's naar Onderwijs en Wetenschappen', *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 33 (1980) 575-576.
Deurman, W., 'De plaats van de ziekenverzorgster in het verpleeghuis en in het ziekenhuis', *Tijdschrift voor Bejaarden- Kraam- en Ziekenverzorging* 3 (1970) 225-230.
Dijk, A.M. van, 'Enige opmerkingen bij M.B.O.V-opleiding', *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 28 (1975) 563-567.
Dingelstad, W., en R. Idema, 'Lezers aan het woord', *Tijdschrift voor Bejaarden- Kraam- en Ziekenverzorging* 13 (1980) 385.
Dito, A., e.a. (J.H.J. de Jong en J.A.M. Kerstens, red.), *Verpleegkunde voor de verzorgende beroepen.* Serie: Bouwstenen voor verpleegkundig onderwijs (Amsterdam en Brussel 1986).
Dito, J.C., e.a., (J.H.J. de Jong en J.A.M. Kerstens, red.), *Verpleegkunde voor de verplegende en verzorgende beroepen.* Serie: Bouwstenen voor verpleegkundig onderwijs (2e druk; Utrecht en Antwerpen 1989).
Dommissie, Marieke, 'Rika Woldhuis 50.000ste ziekenverzorgster in Nederland', *Tijdschrift voor ziekenverpleging* 33 (1980) 449 en *Tijdschrift voor Bejaarden- Kraam- en Ziekenverzorging* 13 (1980) 172.
Driel Krol, M. van, 'Het beroep van verplegen in deze eeuw van wetenschap en techniek', *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 17 (1964) blz. 141-147 (naar een artikel in *International Nursing Review* (augustus 1963) inhoudende een lezing van prof. D.J. du Plessis (oktober 1962)).
Driel Krol, M. van,'De verpleegkundige in de EEG', *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 19 (1966) 483-484.
Driel Krol, M. van, 'Wetenschappelijk onderzoek op het terrein van de verpleegkunde', *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 20 (1967) 588-591.
Driel Krol, M. van, 'Rapport uitgebracht door de commissie van deskundigen in de verpleegkunde van de Wereldgezondheidsorganisatie, mei 1966 (WHO technical report series no. 347)', *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 21 (1968) 113-116.
Driel Krol, M. van, 'Basis voor een wetgeving voor de verpleegkundige beroepen I', *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 23 (1970) 533-541.
Driel Krol, M. van, 'Basis voor een wetgeving voor de verpleegkundige beroepen II', *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 23 (1970) 570-582.
Driel Krol, M. van, 'Verpleegkundig beroep en wetgeving. Legt het verpleegkundige beroep voldoende gewicht in de schaal?', *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 24 (1971) 625-631.
Driel Krol, M. van, 'Verpleegkundige beroepsstructuur in het buitenland', *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 35 (1982) 580-585.
Driel Krol, Marianne, 'Internationale invloed op de ontwikkeling van de verpleging in Nederland', in: Dick Baaij, e.a., *Verplegen in verschuivend perspectief* (Lochem en Gent 1984) 49-57.
[Drift, H. van der], *Kort begrip van de verpleegkunst op opvoedkundige basis* (Wolfheze 1953).
Drift, H. van der, 'Verpleging en behandeling van geestes- en zenuwzieken', in: B.Chr.

Hamer en F.J. Tolsma, e.a., *Algemeen leerboek voor het verplegen van geestes- en zenuwzieken* (9e, 10e en 11e druk; Leiden resp. 1956, 1960 en 1964) 431-580.
Drift, H. van der, coördinator, *Behandeling van geestes- en zenuwzieken.* Serie: In goede handen (Leiden 1969).
Drift, H. van der, coördinator, *Behandeling van geestes- en zenuwzieken.* Serie: In goede handen (2e druk; Leiden 1972).
Drijfhout A., en L. M. Bruna, 'Wijkverpleger', *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 21 (1968) blz. 338-339.
'E.G.-richtlijnen diploma's algemeen verpleegkundige in werking', *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 32 (1979) 706.
Eindhoven, A. van, 'Algemene inzetbaarheid van de H.B.O.-V-er een probleem?', *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 35 (1982) 152-155
''Emancipatie' van de verplegers', *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 17 (1964) 60 en 462.
Eilander, Henk, en Constant Kleyntjens, 'Geen z-opleiding in Nieuwenoord. Wie is de dupe?', *KLIK. Maandblad voor Zwakzinnigenzorg* (november 1978) 18-19.
'Enkele functies voor verplegers na diploma A', *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 21 (1968) 337.
'Enquête N.Z.R. over ontslagproblematiek pas-gediplomeerden', *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 35 (1982) 834.
Evaluatiecommissie Middelbare Beroepsopleiding Verplegenden, *Eindrapport van de Evaluatiecommissie Middelbare Beroepsopleiding Verplegenden (MBO-V)* (1981).
Evers, George, 'Het verpleegplan de zin en onzin', *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 30 (1977) 464-470.
Evers, George, 'Verpleegkundige beroepsuitoefening op H.B.O.-niveau – verwachtingen versus realiteit (I)', *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 35 (1982) 70-72.
Eynde, I.E.I.M. Van, 'Waar het om gaat…. Aantekeningen bij 'Wie is van hout?', *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 14 (1971) 1132-1135.
Federatie-Bestuur [van de Nederlandse Verenigingen die de belangen van de verpleging en de verplegenden behartigen], 'De Permanente Commissie van Verplegers', *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 11 (1958) 115.
Federatiebestuur [van de Nederlandse Verenigingen die de belangen van de verpleging en de verplegenden behartigen], 'De verpleger en de eerste hulp bij bevallingen', *Tijdschrift voor Ziekenverpleger* 12 (1959) 519.
Federatie van Verenigingen, die de verpleging en andere onderdelen van de gezondheidszorg bevorderen, *Konsept-verslag van een verzameling van meningen omtrent enkele diskutabele verpleegkundig-medisch technisch handelen, voorkomend in de A-opleiding* (december 1974).
Filius, M.C., 'De discriminatie van de B-opleiding' *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 18 (1965) 824-826.
Floor, R.L., 'De opleiding en werksituatie van verpleegkundigen (II). Verloop onder gediplomeerde verpleegkundigen. Resultaten van een onderzoek in zes ziekenhuizen', *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 30 (1977) 518-521.
Fockert, J.A. de, 'Het zicht van een arts op de beroepsdeskundigheid van de verplegende en de verzorgende', *Tijdschrift voor Bejaarden- Kraam- en Ziekenverzorging* 2 (1969) 28-34.
Foudraine, Jan, *Wie is van hout… Een gang door de psychiatrie* (32e druk; Amsterdam 1997).
Frederiks, P.W., 'In gesprek over: Het examen ziekenverpleging A', *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 28 (1975) 236-237.
Gas, Beverly Witter Du, *Basisboek verpleegkunde. Verplegen als integraal proces* (Groningen 1981).
Ganzevoort, Jacobien, 'Nieuwe taken voor psychiatrisch verpleegkundigen', *Tijdschrift voor*

Ziekenverpleging 26 (1973) 872-876.
Geneeskundige Hoofdinspectie, *Opleiding voor diploma A ziekenverpleging. De stand van zaken 1968* (Leidschendam 1970).
Gerritsjans-Morsink, G.M.L., 'Praktische verpleegkundige aandachtpunten', in: J.B.V. Welten, e.a., *De psycho-geriatrische patiënt* (Leiden 1979) 68-74,
Gestel, W.J.Chr. van, 'Inzetbaarheid van de ziekenverzorg(st)er in het ziekenhuis', *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 35 (1982) 835.
Geuzebroek, H.L.F., en M.E. Hamburger, *Leerboek der ziekenverpleging* (Gorinchem 1958).
Geuzebroek, H.L.F., en M.E. Hamburger, *Leerboek der ziekenverpleging* (2e druk; Gorinchem 1967).
Geuzebroek, H.L.F., en M.E. Hamburger, m.m.v. C.J.E. Demmenie, *Leerboek der ziekenverpleging* (3e druk; Culemborg 1970).
Giesberts, Lambertus, 'Psychiatrische verpleging en verpleegkunde. Verschillende termen voor hetzelfde begrip, of onderscheid?', *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 22 (1969) 3-7.
Giffen, J.A.IJ. van, 'De vergissing: menselijk of strafbaar?', *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 24 (1971) 98-100.
Goorbergh, E.A.C. v.d., en T. Pouwels, 'De Z-opleiding geen utopie', *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 22 (1969) 1021-1023.
Goudriaan, Gerard, en Thijs Hakkenberg, 'Verpleegkundigen en de medische macht (II)', *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 35 (1982), 652-658.
Groneman, J.C., 'De onderwijskundige aspecten van de verpleegstersopleiding', *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 17 (1964) 310-312.
Groneman J.C., in een interview, 'Een opleiding ziekenverpleging volgens het nieuwe plan', *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 18 (1965) 702-705.
Groep 1-2 van de H.B.O.V.-instroom te Groningen, 'Maar je hebt die speld toch al – verkorte H.B.O.-V opleiding voor inservice opgeleiden', *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 37 (1984) 213.
H. 'Dit schrijft de hoofdzuster van een kinderafdeling', *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 10 (1957) 708-709.
H., C.G. v.d., 'Blij met de opleiding in Nederland', *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 11 (1958) 758-761 [28-31].
Haan, M.C. de, 'De noodzaak van de MBOV', *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 28 (1975) 483-491.
Haan, M.C. de, 'Verpleegkundige opleidingen in toekomstperspectief. De M.B.O.V-ers in opleiding en praktijk (2)', *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 29(1976) 408-417.
'Hafakker krijgt 6 miljoen voor verdunningsplan', *KLIK. Maandblad voor de Zwakzinnigenzorg* (april 1977) 3.
Ham, J. van der, 'Gediplomeerd? … Ontslagen', *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 35 (1982) 367.
Hamer, B.Chr., en F.J. Tolsma, red., *Algemeen leerboek voor het verplegen van geestes- en zenuwzieken* (9e, 10e en 11e druk; Leiden resp. 1956, 1960 en 1964).
Hamilton, Helen K., en Minnie B. Rose, *Verpleegkundige handelingen en procedures. De praktijk van het verplegen* (Lochem 1988).
Handelingen Tweede Kamer 1962-1963 26 maart 1963, 3871-3880.
Handelingen Tweede Kamer 1962-1963 02 april 1963, 3911-3914.
Handelingen der Staten-Generaal, 1969-1970, 40ste vergadering, 3 februari 1970, 1981-1982.
Haring, J., *Wetgeving ziekenverpleging. Wet tot bescherming van het diploma van verpleegkundige. Wet op de ziekenverzorgers en ziekenverzorgsters. Richtlijnen en besluiten van de Raad van de Europese Gemeenschapen van 27 juni 1977*. Editie Schuurman en Jordens nr. 161 (4e druk; Zwolle 1982).

Haring, J., *Wetgeving ziekenverpleging. Wet tot bescherming van het diploma van verpleegkundige. Wet op de ziekenverzorgers en ziekenverzorgsters. Richtlijnen en besluiten van de Raad van de Europese Gemeenschapen van 27 juni 1977 inzake de onderlinge erkenning van de diploma's van algemeen ziekenverpleger*. Editie Schuurman en Jordens nr. 161 (5e druk; Zwolle 1986).
Haring, J., *Wetgeving ziekenverpleging. Wet tot bescherming van het diploma van verpleegkundige. Wet op de ziekenverzorgers en ziekenverzorgsters.* Editie Schuurman en Jordens nr. 161 (6e druk; Zwolle 1988).
Hart, E.'t, e.a., 'Experiment studietoetsen bij de opleiding diploma A ziekenverpleging. Tussentijds verslag', *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 25 (1972) 171-173.
Haterd, Judith van de, e.a., *Beroepsprofiel van helpenden en verzorgenden* (Utrecht en Maarssen 2000).
HBO-V te Nijmegen, 'De M.B.O.-V.-er/H.B.O.V.-er bij het einde van de studie', *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 35 (1982) 227.
Heitink, J., 'Rotterdams experiment opleiding verplegende en verzorgende beroepen', *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 27 (1974) 150-151.
Heitink, J., 'Wat verwacht de M.B.O.V. van het praktijkveld/', *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 32 (1979) 347- 351.
Heitink, Jeltje, '12 jaar MBO-V – verschuivend perspectief', in: Dick Baaij e.a., *Verplegen in verschuivend perspectief* (Lochem en Gent 1984) 193-208.
Henderson, Virginia, *Grondbeginselen van de verpleegkunde* (2e druk; Lochem 1976).
Hendriks, J.H.W., 'M.B.O.V-project te Eindhoven', *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 25 (1972) 1254-1257.
Hermans, Hans, 'Verrassende gang van zaken rondom de Z-opleiding', *KLIK. Maandblad voor de Zwakzinnigenzorg* (november 1974) 3-4.
Herten, J.H.S. van, 'Aspecten van aansprakelijkheid voor medisch handelen door artsen en verpleegkundigen', *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 32 (1979) 924-927.
Hey, W. de, 'De H.B.O.V. in ontwikkeling', *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 31 (1978) 351-363.
Hilgenga-Liem, D.I., 'Observatie en rapportage', in: E. Verschoor, coördinator, *Psychiatrie 1*. Serie: *In goede handen* (Leiden 1980) 212-225.
Hilgenga-Liem, D.I., 'De taak van de verpleegkundige', in: E. Verschoor, coördinator, *Psychiatrie 3*. Serie: *In goede handen* (Leiden 1980), 161-173.
Hoejenbos, E., e.a., red., *Grondslagen der zwakzinnigenzorg,* (1e deel 3e druk; Lochem 1963).
Hoejenbos, E., e.a., red., *Grondslagen der zwakzinnigenzorg,* (2e deel 2e druk; Lochem 1963).
Hoejenbos, E., e.a., red., *Grondslagen der zwakzinnigenzorg,* (1e deel 4e druk; 2e deel 3e druk; Lochem 1966).
Hoejenbos, E., en J. Hoeing, red., *Leergang Opleiding Zwakzinnigenzorg. Eerste leerjaar* (Lochem 1970).
Hoejenbos, E., en J. Hoeing, red., *Leergang Opleiding Zwakzinnigenzorg. Tweede leerjaar* (Lochem 1971).
Hoejenbos, E., en J. Hoeing, red., *Leergang Opleiding Zwakzinnigenzorg. Derde leerjaar. Band A en B* (Lochem 1972).
Hoejenbos, E., eindred., *Leerstof voor de opleiding tot Z-verpleegkundige. Derde leerjaar (vijfde en zesde semester)* (Lochem 1978).
Hollander, D. den, 'De kunst van het gewoon praten', *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 39 (1985) 615-619.
Holtslag, Cor, 'Opleidingen zwakzinnigenzorg voorlopig niet samen', *KLIK. Maandblad voor de Zwakzinnigenzorg* (maart 1975) 26-28.
Holtslag, Cor, 'Gezamenlijke lesstof voor OPM en Z-opleiding is klaar: een belangrijk begin.

Interview met M.A. Boon', *KLIK. Maandblad voor de Zwakzinnigenzorg* (november 1976) 6-7.
Holtslag, Cor, 'Gelijke kans voor iedereen? Vergeet het maar'', in: *KLIK. Maandblad voor de Zwakzinnigenzorg* (januari 1977) 12-14.
Hurk, W.A. van den/Broeder Andreas, *Bewaken wordt begeleiden. Moderne psychiatrische verpleging* AO-reeks boekje 1111 (z.p., z.j. [Amsterdam 1966]).
Iersel, P.J. van,'Minder Vooropleiding', *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 11 (1958) 80-81.
IJzeren, H. van, 'De afbakening van de taak van de arts en van de verpleegster in het ziekenhuis', overgenomen uit *Medisch Contact* (4 oktober 1963), *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 17 (1964) 295-296.
'In gesprek over het artikel van Theo Dassen, "De ziekenverzorgende – het sloofje van de verpleegkundige"', *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 36 (1983) 576-577.
'Ingezonden', *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 24 (1971) 164-165.
Interdisciplinaire Werkgroep Z-opleiding, *Interimrapport Z-opleiding,* uitgebracht aan de Staatssecretaris van Volksgezondheid en Milieuhygiëne (juli 1974) en uitgegeven in Ministere van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, *14 Verslagen Adviezen Rapporten* (Leidschendam 1975).
'Interim rapport betreffende herziening A-opleiding verplegenden', *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 19 (1966) 310-312.
'Interim-rapport herziening B-opleiding, van de Commissie Herziening B-opleiding', *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 22 (1969) 255-270.
I.R., 'Begrip voor ons werk', *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 11 (1958) 50-51.
Jacobs, D, en J.L. Hoiting, 'Ervaringen met preklinische opleiding in psychiatrisch ziekenhuis', *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 19 (1966) 142-148.
Jacobs, D., 'Problemen rond de B-opleiding', *Het Ziekenhuiswezen* 6 (1966) 200-204.
Jacobs, D., 'Verpleegkundige zorg', *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 20 (1967) 622-624.
Jacobs, D., *De verpleging in het psychiatrisch centrum* (Lochem 1968).
Jacobs, D., 'De toekomst van de verpleegkunde: professionalisering, profanatie, profetie', *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 21 (1968) 778-782.
Jacobs, D., 'Psychiatrische verpleegkunde en verpleegkundige verantwoordelijkheid', *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 22 (1969) 241- 254.
Jacobs, D., 'De ziekenverzorgenden in het psychiatrisch centrum', *Tijdschrift voor Bejaarden- Kraam- en Ziekenverzorging* 3 (1970) 231-235.
Jacobs, D., 'Psychiatrische verpleegkunde en ortho-agogiek; een voorlopige verkenning', *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 23 (1970) 852-860.
Jacobs, D.,'De psychiatrisch verpleegkundige in relatie tot nieuwe disciplines', *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 27 (1974) 9-14.
Jacobs, D., 'De psychiatrisch-verpleegkundige als therapeut', *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 27 (1974) 284-288.
Jansen, F., en B. de Rave, beleidsambtenaren van de ministeries Onderwijs en Volksgezondheid in gesprek met T. Versteege-van de Pasch, 'Van MBO-V naar MDGO-Vp', *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 38 (1985) 102-108.
Jans[s]en, Roland, 'Wat verwacht de leerling van de opleiding?', *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 26 (1973) 791-794.
Janssen, Roland, en Sjef den Uyl, *In-service opleiding dood? Leve de MBO-V?* HBO scriptie Katholieke Hogere School voor Verplegenden (Nijmegen 1975).
Janssens, A.R., en P. Snel, 'Verpleegstersschool V.U.', *Nederlands Tijdschrift voor Medische Studenten,* 13 (1967) 62-68.
Jong, B.L. de, 'Mannen in de verpleegkundige diensten van het ziekenhuis', *IPZ. Orgaan van het Interkerkelijk Protestants Ziekenhuisbureau* 17 (1969) 200-204.

Jong, J.H.J. de, en J.A.M. Kerstens, red., *Basisboek 1. Inleiding in de verpleegkunde.* Serie: Bouwstenen voor verpleegkundig onderwijs (Utrecht en Antwerpen 1989).
Jong, J.H.J. de, en J.A.M. Kerstens, red., *Basisboek 1. Inleiding in de verpleegkunde*. Serie: Bouwstenen voor verpleegkundig onderwijs (2e druk; Houten en Zaventem 1992).
Jong, J.H.J. de, en J.A.M. Kerstens, red., *Basisboek 2. De basisverpleegkunde*. Serie: Bouwstenen voor verpleegkundig onderwijs (Utrecht en Antwerpen 1989).
Jong, J.H.J. de, en J.A.M. Kerstens, red., *Basisboek 3. Beroepsoriëntatie en professionalisering*. Serie: Bouwstenen voor verpleegkundig onderwijs (Utrecht en Antwerpen 1989).
Jong, J.H.J. de, en J.A.M. Kerstens, red., *Methoden en technieken voor het verpleegkundig handelen*. Serie: Bouwstenen voor verpleegkundig onderwijs (Utrecht en Antwerpen 1989).
Jong, J.H.J. de, e.a., *Aspecten van verpleegkundige beroepsuitoefening* (Houten 1998) 3-4.
Jongerius, P.J., 'Milieu- of sociotherapie', in: E. Verschoor, coördinator, *Psychiatrie 3*. Serie: *In goede handen* (Leiden 1980), 14-30.
Jongerius, P.J., 'Resocialisatie' in: E. Verschoor, coördinator, *Psychiatrie 3*. Serie: In goede handen (Leiden 1980), 182-199.
Jonkergouw, Th.A.J.M., 'Opleiding, macht en gezag in ziekenhuizen en inrichtingen', *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 22 (1969) 1207-1210.
K., I. de, 'M.B.O.V. vooruitgang of achteruitgang', *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 28 (1975) 34.
Kamerstukken Tweede Kamer 1961-1962 kamerstuknummer 6819 ondernummer 2, Koninklijke Boodschap.
Kamerstukken Tweede Kamer 1961-1962 kamerstuknummer 6819 ondernummer 3, Memorie van Toelichting.
Kamerstukken Tweede Kamer 1962-1963 kamerstuknummer 6819 ondernummer 4, Voorlopig Verslag.
Kamerstukken Tweede Kamer 1962-1963 kamerstuknummer 6819 ondernummer 5, Memorie van Antwoord, (ingediend op 9 maart 1963).
Kamerstukken Tweede Kamer 1975-1976, kamerstuknummer 13622, ondernummer 4, Voorlopig Verslag.
Kamerstukken Tweede Kamer 1976-1977, kamerstuknummer 13622, ondernummer 5, Memorie van antwoord.
Kamerstukken Tweede Kamer 1975-1976, kamerstuknummer 13939, ondernummer 1, Verslag van mondeling overleg.
Kamerstukken Tweede Kamer 1978-1979. Kamerstuknummer 15300 XVII. Ondernummer 51, Brief van de Staatssecretarissen van Volksgezondheid en Milieuhygiëne en van Onderwijs en Wetenschappen.
Kampen, Tiny van, 'Ziekenverzorgende of een verpleegkundige in een leidinggevende functie in het verpleeghuis?', *Tijdschrift voor Bejaarden- Kraam- en Ziekenverzorging* 17 (1984) 255-259.
Kessel, Gonny van, en Carla Nuijten, 'In gesprek over het artikel van Theo Dassen, "De ziekenverzorgende – het sloofje van de verpleegkundige"', *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 36 (1983) 576.
Knobbout, J.A., 'Een pleidooi voor professionele autonomie van de ziekenverzorgende', *Tijdschrift voor Bejaarden- Kraam- en Ziekenverzorging* 16 (1983) 64-69.
Kommeren, L., 'Het tekort aan verplegenden', *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 14 (1961) 347-353.
Kramer, F., samensteller, *Opleiding Ziekenverpleging Diploma B. Vak: Psychiatrische Verpleegkunde* (Psychiatrische Inrichting, Franeker 1965, 1967).
Kramer, F., *Psychiatrische verpleegkunde* (Lochem 1968).

Kramer, F., *Psychiatrische verpleegkunde* (2e druk; Lochem 1970).
Kruyne, T., 'De verpleegkundige en de pastor samen bij de patiënt' in: Van den Bergh-Braam en Kruyne, *Algemene Verpleegkunde.* (3e herziene druk; 1974).441-451.
Kuepers, P.J., 'Nieuwe ontwikkelingen in de verpleegopleiding: de M.B.O.V.', *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 30 (1977) 604-612.
Landelijke werkgroep van afgestudeerden HBOV-ers, *Nota Problematiek afgestudeerde H.B.O.V.-ers* (1e druk, november 1977; 4e ongewijzigde druk, Nijmegen april 1978).
Leerplan Hogere Beroepsopleiding van de Verpleegkundige Akademie Vronestein (mei 1977).
Leerstof van de opleiding tot het Staatsdiploma Ziekenverpleging B (z.p. z.j. [1959/1960]).
Leerstof Ziekenverpleging A, deel 1 en deel 2 ('s-Gravenhage 1973).
'Leerstof Ziekenverpleging', *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 25 (1972) 127.
Leerstof Ziekenverpleging B ('s-Gravenhage 1974).
Leest, A.E. v.d., 'De mening van een oud-verpleegster', *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 10 (1957) 712-713.
Leeuwen, T. van, en A. van Leeuwen, 'Extra nadruk op enkele punten', *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 11 (1958) 55-56.
'Legalisatie diploma ziekenverzorgster', *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 18 (1965) 827-828.
Leijdesdorff, L., *Wetten betreffende Uitoefening der Geneeskunst m*et daarin o.a. de wet tot *Wettelijke bescherming van het diploma voor ziekenverpleging met bijlagen*. Editie Schuurman en Jordens nr. 25 (13e druk; Zwolle 1924).
Leijdesdorff, L., *Wetten betreffende Uitoefening der Geneeskunst m*et daarin o.a. de wet tot *Wettelijke bescherming van het diploma voor ziekenverpleging met bijlagen*. Editie Schuurman en Jordens nr. 25 (14e druk; Zwolle 1928).
Leijdesdorff, L., *Wetten betreffende Uitoefening der geneeskunst* … met daarin o.a. de wet tot *Wettelijke bescherming van het diploma voor ziekenverpleging met bijlagen*. Editie Schuurman en Jordens nr. 25 (15e druk; Zwolle 1933).
Leijgraaf, P.A.A.M. van de, 'Moet de opleiding tot ziekenverzorgende plaats maken voor een andere?', *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 29 (1976) 249-252.
Lips, M., *De organisatie van het onderwijs en het verloop van leerling-verplegenden. Een onderzoek bij een Middelbare Beroeps Opleiding voor Verplegenden te Eindhoven*. Afstudeerwerk University of Technology Eindhoven (Eindhoven 1974).
Lit, A.C., 'Een systeembenadering van de psychiatrische verpleegkunde', *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 32 (1979) 771-776.
Loenen, P.M. van, 'De intramurale zwakzinnigenzorg en de opleiding tot verpleegkundige in de zwakzinnigenzorg', *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 34 (1981) 5-9.
Lok, Yolanda, 'De broeder van vandaag, de directeur van morgen', *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 36 (1983) 396-399.
Luijten, J.J., 'Begeleiden en therapie', in J.B.V. Welten, e.a., *De psycho-geriatrische patiënt* (Leiden 1979) 75-100, aldaar 99-100
Luitgaren, Klara van, 'Deelnemers discussiedag CFO: zieken verzorgen een eigen beroep', *Tijdschrift voor Bejaarden- Kraam- en Ziekenverzorging* 17 (1984) 261.
Mackaay, A., 'De status van de Ziekenverzorgenden', *Tijdschrift voor Bejaarden- Kraam- en Ziekenverzorging* 4 (1971) 9-12.
M.C.H.W., 'Moet de opleiding tot ziekenverzorgende plaats maken voor een andere?', *Tijdschrift voor* Ziekenverpleging 29 (1976) 435-436.
'Mededelingen inzake instellingen Ministeriële Stuurgroep Studietoetsen Ziekenverzorging', *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 27 (1974) 765-766.
Meisner, J., 'Hoe is de positie der verplegers', *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 9 (1955) 500-505.

Melk, H.A., *De praktijk der ziekenverpleging* (3e druk; Gorinchem 1947).
Melk, H.A., *De praktijk der ziekenverpleging* (4e druk; Gorinchem 1949).
Mercx, R.J.M., 'Het verpleegplan als mogelijkheid tot kwaliteitsverbetering', *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 32 (1979) 412-418.
Meurs-Bertels, Betty van, 'De ontwikkeling rondom het middelbaar beroepsonderwijs voor verpleegkundigen', *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 34 (1981) 358-359.
Mijn, W.B. van der, 'De wettelijke positie van de verpleegkundige', *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 30 (1977) 668-669.
Ministerie van Sociale Zaken en Volksgezondheid, 'Vaste Commissie van Advies en Bijstand betreffende de Verpleging', *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 114 (1970) 1510-1511.
Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, 'H.B.O.V.-ers en M.B.O.V.-ers', *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 29 (1976) 664.
Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, *Eerste interimrapport van de commissie verantwoordelijkheid verpleegkundigen in algemene ziekenhuizen.* ('s-Gravenhage 1982).
Ministerie van Volksgezondheid en Cultuur, *Tweede rapport van de commissie verantwoordelijkheid verpleegkundigen in algemene ziekenhuizen*. (Leidschendam 1985).
Moolen, J.C.W. van der, en H.J. Quanjer, *Verpleegkunde (preklinische periode).* Serie Leerboek voor de Ziekenverpleging deel V (Lochem 1962).
Moolen, J.C.W. van der, en H.J. Quanjer, *Verpleegkunde. Basisverpleging - preklinische periode.* Serie Leerboek voor de Ziekenverpleging deel V (4e druk; Lochem 1967).
Moolen, J.C.W. van der, e.a., *Verpleegkunde. Algemene verpleging.* (8e druk; Lochem 1973).
Moolen, J.C.W. van der, e.a., *Verpleegkunde. Speciële verpleging.* Serie Leerboek voor de Ziekenverpleging deel VI (6e druk; Lochem 1974).
Nationale Raad voor de Volksgezondheid, *Rapport in het kader van de specialisaties in de verpleegkunde betreffende 'De verpleegkundige belast met specifieke taken in de geestelijke gezondheidszorg met name in de psychiatrische hulpverlening'.* Uitgebracht aan de Staatsecretaris van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur (Rijswijk 1983).
Nationale Raad voor de Volksgezondheid, *Advies inzake de profielschets van een beroepsbeoefenaar die zich professioneel bezighoudt met het verplegen* (Zoetermeer 1984).
Nationale Raad voor de Volksgezondheid, *Advies Basisopleidingen verpleging* (Zoetermeer 1986).
Nationale Raad voor de Volksgezondheid, *Rapport reacties advies verpleegkundig beroepsprofiel* (Zoetermeer 1988).
'Nationale Ziekenhuisraad', *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 81 (1937) 2258.
Nationale Ziekenhuisraad, *Tekort aan verpleegkundigen. Een nadere typering van het vraagstuk en aanbevelingen ter mogelijke oplossing* (Utrecht 1977).
'De nieuwe opleiding voor het diploma A', *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 17 (1964) 448-462.
Nieboer, John, 'In gesprek over … een B-verpleegkundige in de A-opleiding', *Tijdschrift voor de Ziekenverpleging* 35 (1982) 297.
Nieland, C.J.M., e.a, *Verpleegkundige lessen voor de opleiding tot het diploma-B*. Serie: In goede handen (experimentele uitgave; Leiden 1969).
Nieland, C.J.M, e.a, *Verpleegkundige lessen voor de opleiding tot het diploma-B*. Serie: In goede handen (Leiden 1970).
Nightingale, Florence, *Notes on Nursing. What it is, and what it is not* (New York 1969).
Nordheim, J.J. von, 'De experimentele opleiding en de consequenties voor het praktijkveld', *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 25 (1972) 451-452.
Nordheim, J.J. von, e.a., *Speciële verpleegkunde*. Serie: *In goede handen* (2e druk; Leiden 1975).

Nordheim, J.J. von, ‘De M.B.O.-V. wordt niet overgedragen aan O. en W.’, *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 32 (1979) 1009-1014,
Nordheim, J.J. von, ‘Bericht van de geneeskundige Hoofdinspectie van de Volksgezondheid afdeling Verplegende en Verzorgende Beroepen’, *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 35 (1982) 58-59.
Oostinga, M.A., ‘E.G.-Informatie-Centrum’, *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 33 (1980) 472-474.
‘Ombouw inservice- naar dagonderwijs lijkt financieel onhaalbaar’, in: *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 42 (1988) 325.
Orem, Dorothea, *Verpleegkunde: ondersteuning van zelfzorg* (Lochem en Gent 1986).
‘Opleidingen als bedrijfscursus’, *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 29 (1976) 811.
Overzicht Praktische Opleiding Diploma B Ziekenverpleging (1 mei 1973).
Overzicht Praktische Opleiding Diploma A-verpleegkundige (Lochem 1979).
Pals, Henny, ‘De ziekenverzorgende binnen en psychiatrisch centrum’, *Tijdschrift voor Bejaarden- Kraam- en Ziekenverzorging* 5 (1979) 174-176.
‘Partiële leerplicht en inservice-opleiding’, *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 29 (1976) 469.
Peet, R.A.M. van der, ‘De praktijk alleen is ook niets. Op weg naar verpleegkundige theorievorming’, *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 29 (1976) 1077- 1084.
Peet, Rob van der, e.a., *Inleiding in de verpleegkunde* (Lochem en Poperinge 1983).
Peet, Rob van der, e.a., *Verpleegkunde 1. De lichamelijkheid van de mens* (Lochem en Gent 1984).
Peet, Rob van der, e.a., *Verpleegkunde 2. De levenscyclus van de mens* (Lochem en Gent 1985).
Peet, Rob van der, e.a., *Verpleegkunde 3. De gezondheid van de mens* (Lochem en Gent 1986).
Peet, R. van der, *De Van der Peet-reeks. Informatie in kort bestek* (Lochem 1990).
Peet, Rob van der, e.a., *Inleiding in de verpleegkunde* (2e herziene druk; Lochem 1990).
Peet, Rob van der, e.a., *Verpleegkunde 1. De lichamelijkheid van de mens* (2e herziene druk; Lochem 1990).
Peet, Rob van der, e.a., *Verpleegkunde 2. De levenscyclus van de mens* (2e herziene druk; Lochem 1990).
Peet, Rob van der, *Verpleegkunde 3. De gezondheid van de mens* (2e herziene druk; Lochem 1991).
Permanente Commissie van verplegers ingesteld door de Federatie, ‘Ook de verplegers aan het woord’, *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 11 (1958) 756-758 [26-28].
Pieterse, B.Th.M.M., en J.A Verwey, *Het functioneren van HBO-verpleegkundigen in de praktijk van de gezondheidszorg.* Onderzoek in opdracht van het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, in overleg met de Evaluatie Commissie HBO-V (Eindhoven, juli 1983).
Pieterse, Birgitte, en Janny Verwey, ‘Verpleegkundigen van de H.B.O.V. in de praktijk van de gezondheidszorg’, *Tijdschrift voor Ziekenverpleging*, 37 (1984) 565-572.
Pik, Gerrit, e.a., ‘Z-opleiding weer op de tocht’ (ingezonden), *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 32 (1979) 325.
‘Plan Hijzen. ABVA/KABO-Het Beterschap-CFO …’, *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 38 (1985) blz. 62-64.
Pool, J.J., ‘Verpleegkunde is niet professioneel. Een vergelijking tussen artsen en verpleegkundigen’, *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 31 (1978) 953-960.
‘Positie van de leerling-verpleegkundige’, *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 24 (1971) 3.
Pouderoyen, L.J., ‘Poging om Project Studietoetsen Ziekenverzorging te redden’, *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 32 (1979) 753.

Pouw, Marjolein, e.a., ‘De M.B.O.-V.’, *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 35 (1982) 196-197.
Prinses Margriet School, Rotterdam, Stichting Christelijke School tot Opleiding van Verplegenden, *Rapport Experimentele opleiding in de verplegingssector* Prinses Margriet School (Rotterdam) in: Verslagen en Mededelingen Volksgezondheid nummer 6 (’s-Gravenhage 1971) 225-239.
Publicatieblad van de Europese Unie, 30 september 2005, L255/113, website Landelijk Centrum Wet- & regelgeving Zorgberoepen. http://www.lcwz.nl/wetgeving%201993/2005%20europese%20richtlijn%2036.pdf (24 oktober 2013).
Pulles, R., ‘Het profiel van een Z-verpleegkundige’ door Ton van Waardenburg. Uit Onderwijs en Gezondheidszorg, januari 1982, *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 35 (1982) 509.
R.B. [redacteur TVZ] interview met G. Roodhart en J.H.M. van Bree: ‘Experiment M.B.O.V. zonder begeleiding’, *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 23 (1976) 1142-1145,.
Raats, C.J.M., ‘In gesprek over … Welke waarden en inhoud moeten we toekennen aan het beroep van Ziekenverzorgster?’, *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 29 (1976) 479.
Redactie, *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 8 (1955) 606-607.
Ree, F. van, ‘Alternatieve zienswijzen’, in: E. Verschoor, coördinator, *Psychiatrie 3* (Leiden 1980) 271-283.
Ree, F. van, ‘In gesprek over … De levensvatbaarheid van de psychiatrische verpleegkunde’, *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 34 (1981) 30-32.
Regeling opleiding diploma A-verpleegkundige 1986 (Lochem z.j. (1987)).
Regeling opleiding diploma B-verpleegkundige 1986 (Lochem z.j.).
Regerschot, Albert-Jan, ‘Verpleegkundige voor het leven’, interview met Bien van den Brink-Tjebbes. *Reformatorisch Dagblad*, 9 mei 2014.
Riemen, Emile, en Erik van Rijssel, ‘Ontwikkelingen betreffende de M.B.O.-V’, *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 33 (1980) 177-178.
Rietema, J.H., ‘Uit een toespraak voor geslaagden’, *Tijdschrift voor Bejaarden-, Kraam- en Ziekenverzorging* 15 (1982) 324.
Robroek, Will, ‘Wat verwacht ik – als opleidingsfunctionaris/theoriedocent – van de verpleegkundige?’, *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 26 (1973) 795-798.
Rodriguez, Br., samensteller, nagezien door H.H. Beek, arts, *Practijk van de B-verpleging* (St. Willibrordusstichting, Heiloo z.j.).
Rompes, G., *Cursus Ziekenverpleging: samengevat in meer dan duizend vragen en antwoorden* (2e druk; Amsterdam 1946).
Roodhart, G., *Basis psychiatrische verpleegkunde*. Zr. Meyboom Serie (1e druk, 1975; 2e [ongewijzigde] druk, 2e oplage; Amsterdam en Brussel 1980).
Roper, Nancy, Winifred W. Logan en Alison J. Tierney, *De elementen van verplegen* (Lochem en Gent 1984).
Rotterdams Experiment Opleiding Verplegende en Verzorgende Beroepen, *Leerplan* (januari 1973).
Rotterdams Experiment Opleiding Verplegende en Verzorgende Beroepen, *Leerstofomschrijving* (maart 1973).
‘Samenvatting [van ingezonden brieven betreft artikel ‘Critiek op de opleiding tot verpleegster’ van H.R. Bax]’, *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 22 (1958) 264-265.
‘School voor aspirant leerling-verpleegsters geopend in het Binnengasthuis’, *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 16 (1963) 113-114.
Slagter, D.C.Th., ‘Enige aspecten van de patiënt en de verpleging op de ziekenzaal binnen het psychiatrisch centrum’, *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 24 (1971) 772-778.
Slegt, M., ‘Wat gebeurde er na ‘de ooievaar’’, *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 42 (1988)

288-291.
Sleijffers, Werenfried, ‘De verpleger en zijn toekomstmogelijkheden’, *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 18 (1965) 337-340.
Smulders, F.J.H., ‘De opzet van het federatieve diploma van de zwakzinnigenzorg’, *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 13 (1962) 281-282.
Smulders-Jaques, A.J.M.L., ‘Begeleiding van de afgestudeerde MBO-V. in een algemeen ziekenhuis’, *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 32 (1979) 1104-1109.
Sp.-D., ‘Opening van het Socio-Therapeutisch Centrum in het psychiatrisch ziekenhuis ‘Wolfheze’ te Wolfheze’, *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 14 (1961) 735-737.
Speets, W., ‘Professionalisering van de verpleegkundige. Kanttekeningen van een betrokkene’, *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 31 (1978) 4-10.
Speets, W.J., *Vernieuwingen in de in-service-opleidingen beter nu dan later*. VOVB-cahiers (Lochem 1979).
Speets, W.J., ‘Het Raadgevend Comité voor de opleiding op het gebied van de verpleegkunde – een verantwoording uit Brussel’, *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 33 (1980) 1087-1090.
Speets, W.J., ‘Het Raadgevend Comité voor de opleiding op het gebied van de verpleegkunde – een verantwoording uit Brussel (II)’, *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 34 (1981) 871-877.
Speets, W.J., ‘Het Raadgevend Comité voor de opleiding op het gebied van de verpleegkunde. Een verantwoording uit Brussel III’, *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 37 (1984) 757-759.
Speets, W.J., ‘Erkenning van diploma’s in de Europese Gemeenschap – een verantwoording uit Brussel IV van het Raadgevend Comité voor de opleiding op het gebeid van de verpleegkunde’, *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 38 (1985) 217-218.
Stal, P.L., ‘Het verpleegstersberoep en de opleiding daartoe’, *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 14 (1961) 260-264.
Stevens, P., e.a., *Verpleegkundige zorg.* Deel 1 (Leiden 1986).
Stevens, P., e.a., *Verpleegkundige zorg.* Deel 2 (Leiden 1987).
Struiksma, D., ‘De M.B.O.-V.-er/H.B.O.V.-er bij het einde van de studie (II)’, *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 35 (1982) 336.
Studiecommissie van de drie gezamenlijke examencommissies van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie en Neurologie, Vereniging van Katholieke Gestichtsartsen, Vereniging tot Christelijke Verzorging van Geestes- en Zenuwzieken, ‘De opleiding in de verpleegkunde. Een voorstel tot reorganisatie van de opleiding in de verpleegkunde’, *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 19 (1966) 134-141.
Stuurgroep Herstructurering MHNO/MSPO, *Vierde versie van het voorlopig onderwijsleerplan MHNO/MSPO, nieuwe stijl (eerste deel)* (februari 1982).
‘De taak van de verpleegkundige in een veranderende wereld’, *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 27 (1974) 16.
‘Taak van de ziekenverzorgenden’, *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 29 (1976) 361.
Teurlings, B., ‘Lezers aan het woord: De ziekenverzorg(st)er’, *Tijdschrift voor Bejaarden-Kraam- en Ziekenverzorging* 13 (1980) 272.
Thiadens, A.J.H., en M.J. Smulders-Aghina, *De verpleegkundige die ons toe-komt.* Werkgroep 2000, Project ‘Ziekenhuis, menselijk en modern’ i.s.m. Katholieke Unie van Verpleegkundigen en Verzorgenden (Deventer 1971).
Tjebbes, J.A., *De theorie van de verpleegkunde naar haar aard en functie gedacht* (Lochem 1975).
Tolsma, F.J., en J.P. de Smet, red., *Psychiatrie*. Serie: *In goede handen* (Leiden 1969).
Trimbos, C.J.B.J., ‘Verpleging en toekomst’, *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 20 (1967) 322-327.

Trimbos, Kees, *Antipsychiatrie. Een overzicht* (2e druk; Deventer 1978).
Trimbos, Kees, 'Wat is antipsychiatrie?', *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 34 (1981) 227-232.
United Kingdom Central Council for Nursing, Midwifery and Health Visiting, *Project 2000: a New Preperation for Practice* (1986).
Vaste Kommissie Professionalisering en Beroepsmatige belangenbehartiging van de Landelijke Beroepsorganisatie van Werkers in de Gezondheidszorg, 'Z-opleiding weer op de tocht?', *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 32 (1979) 75-76.
Vels, L.E., 'Begeleidend inwerken van de M-B-O-er', *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 34 (1981) 121-132
Vergragt, J.H., *Wetten betreffende Uitoefening der geneeskunst* … met daarin o.a. de wet tot *Wettelijke bescherming van het diploma voor ziekenverpleging met bijlagen*. Editie Schuurman en Jordens nr. 25 (20e druk; Zwolle 1960).
Vergragt J.H., en J. de Vries, *Ziekenverpleging. Wet tot bescherming van het diploma voor ziekenverpleging. Wet op de ziekenverzorgers en ziekenverzorgsters*. Editie Schuurman en Jordens nr. 161, (1e druk; Zwolle 1968).
Vermaas, H., 'Een psychiatrisch beroep – of niet?', *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 27 (1974) 728-735.
Vermaas, H., 'Psychiatrische verpleegkunde – heeft dit vakgebied nog levensvatbaarheid?', *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 33 (1980) 1027-1040.
Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN), *Normen voor indiceren en organiseren van verplegen verzorging in de eigen omgeving* (Utrecht 2014).
'Verplegers op vrouwenzalen', *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 19 (1966) 179.
Verschoor, E., coördinator, *Psychiatrie 1*. Serie: *In goede handen* (Leiden 1980).
Verschoor, E., coördinator, *Psychiatrie 2*. Serie: *In goede handen* (Leiden 1980).
Verschoor, E., coördinator, *Psychiatrie 3*. Serie: *In goede handen* (Leiden 1980).
'Verslag van de cursusdagen voor verzorgenden in het vormingscentrum De Keyenberg te Renkum', *Tijdschrift voor Bejaarden- Kraam- en Ziekenverzorging* 3 (1970) 217-218.
Versteege-van de Pasch, T., 'Van MBO-V naar MDGO-Vp', in *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 38 (1985) 102-108.
Verweij, J.A., 'De opleiding en werksituatie van verpleegkundigen (I). Het verloop onder het verplegend personeel. Schets van het onderzoek "opleiding en werksituatie verplegenden"', *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 30 (1977) 515-517.
Verzameling van regelingen voor de opleiding tot het diploma zwakzinnigenzorg en het diploma zwakzinnigenzorg-assistent(e) (Lochem 1973).
'Vestiging verpleegkundigen binnen de E.E.G. Memorandum inzake de voorwaarden van vestiging voor verpleegkundigen uit de landen die lid zijn van de E.E.G.', *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 19 (1966) 485-489.
Vink, Ronny, 'Gelijke kans voor iedereen? Vergeet het maar'', Interview met Cor Holtslag, *KLIK. Maandblad voor de Zwakzinnigenzorg* (januari 1977) 12-14
Vink, Ronny, 'Z-opleiding is wettelijk erkend. Opleiders teleurgesteld over inhoud', *KLIK. Maandblad voor de Zwakzinnigenzorg*, (februari 1978) 3-7.
Vink, Ronny, 'Nieuwenoord vervangt Z-opleiding door Opleiding Pedagogisch Medewerker', *KLIK. Maandblad voor de Zwakzinnigenzorg* (augustus 1978) 20-21.
Vink, Ronny, 'Hafakker wordt moedeloos van jarenlang wachten op verdunningswijk', *KLIK. Maandblad voor de Zwakzinnigenzorg* (februari 1980) 12-15.
Rooyackers, Bassianus, *Algemene Verpleegkunde. Eerste gedeelte* (Psychiatrisch Ziekenhuis 'Voorburg', Vught 1964).
Visser, G.J., 'De Noodzaak van het plan 'Hijzen', *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 38 (1985) 137-139.

Vogel, Sia, ‘De ontwikkeling rondom het middelbaar beroepsonderwijs voor verpleegkundigen’, *Tijdschrift voor Ziekenverpleging’* 34 (1981) 360-361.
Voorlopige Verplegingsraad, *Rapport Ziekenverzorgster* (juli 1958).
Voorlopige Verplegingsraad, *Rapport Basisdiploma Verpleegster* (12 december 1958).
Voorlopige Verplegingsraad, *Rapport Basisdiploma Verpleger* (1958).
Voorlopige Verplegingsraad, ‘Rapport Uitwerking Basisdiploma Verpleegster’, *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 14 (1961) 192-208.
Vries, J. de, *Wetgeving Ziekenverpleging. Wet tot bescherming van het diploma voor ziekenverpleging. Wet op de ziekenverzorgers en ziekenverzorgsters*. Editie Schuurman en Jordens nr. 161 (2e druk; Zwolle 1974).
Vries, J. de, *Wetgeving ziekenverpleging. Wet tot bescherming van het diploma van verpleegkundige. Wet op de ziekenverzorgers en ziekenverzorgsters. Richtlijnen en besluiten van de Raad van de Europese Gemeenschapen van 27 juni 1977 inzake de onderlinge erkenning van de diploma’s van algemeen ziekenverpleger*. Editie Schuurman en Jordens nr. 161 (3e druk; Zwolle 1978).
Vries, J. de, ‘Verpleegkundige in de rol van sociotherapeut’ in: E. Verschoor, coördinator, *Psychiatrie 3* (Leiden 1980) 174-181.
Welten, J.B.V., e.a., *De psycho-geriatrische patiënt* (Leiden 1979)
Werenfridus, Broeder, ‘Eerste verpleegstersschool [bedoeld wordt verplegersschool] te Haarlem’, *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 13 (1960) 387-389.
Werkgroep Herziening A-opleiding, ‘De inserviceopleidingen 1986’, *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 39 (1986) 74-79.
Werkgroep Verpleegsterstekort, ‘Rapport van de werkgroep verpleegsterstekort’, *Het Ziekenhuiswezen* 37 (1964) 344-354.
Werkgroep Voorbereiding Regeling Opleidingen Zwakzinnigenzorg, *Nota van de Werkgroep Voorbereiding Regeling Opleidingen Zwakzinnigenzorg*, in: Verslagen en Mededelingen Volksgezondheid nummer 6 (’s-Gravenhage 1971).
Werkgroep Ziekenverzorgenden van de Beroepsgroep Verpleegkundigen en Verzorgeden van de CFO, *Basis-taakomschrijving ziekenverzorgenden* (april 1986).
Westerveld-Post, F.H.L., ‘De psychiatrisch verpleegkundige’, in: E. Verschoor, coördinatrice, *Psychiatrie 1*. Serie: In goede handen (Leiden 1980) 18-27.
Wetsontwerp Wet op de verpleegkundigen en Memorie van Toelichting, Tweede Kamer der Staten Generaal; zitting 1980-1981, 16724, nrs. 1-3
‘Wijziging van de wet tot wettelijke bescherming van het diploma voor ziekenverpleging bij de Tweede Kamer ingediend’, *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 28 (1975) 1023.
Willink, J., ‘H.B.O.V.-stagiaires in een psychiatrisch centrum – boventallig, overtallig of overtollig?, *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 36 (1983) 62-65.
Winter, S.P., ‘Vermaningen van een oud-hoofdverpleegster’, *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 11 (1958) 261-262.
Witvliet, H., *De Bijbel, de Zuster en de Zieke. Bijbelcursus voor leerling-verpleegsters*. Deel 1. Oude Testament en Deel 2. Nieuwe Testament (’s-Gravenhage 1955).

Websites

Beltman, Henk, ‘Zwakzinnigenzorg: mensen met een verstandelijke handicap’ gesprek over zijn proefschrift *Buigen of barsten?*, in: *OVT*, VPRO-radio 29 april 2001, website geschiedenis24. http://www.geschiedenis24.nl/ovt/afleveringen/2001/Ovt-29-04-2001/Zwakzinnigenzorg-mensen-met-een-verstandelijke-handicap.html
Berends, Nienke, ‘Stuurgroep: ‘Twee verschillende beroepen voor verpleegkundigen’’, 8 december 2015, website Nursing.

http://www.nursing.nl/Verpleegkundigen/Nieuws/2015/12/Stuurgroep-Twee-verschillende-beroepen-voor-verpleegkundigen-nodig-2729922W/?cmpid=NLC|nursing_tvv_tvz|2015-12-08|%20Twee_verpleegkundige_beroepsgroepen'
Bezetting van de Katholieke Hogeschool Tilburg film uit de reeks 'Plaats van Herinnering' van VPRO /Geschiedenis TV, website Geschiedenis 24. www.geschiedenis24.nl/speler.program.7035792.html
Bezetting van het Maagdenhuis, website Geschiedenis 24. www.geschiedenis24.nl/speler.program.7071622.html
Boois, Maaike de, 'Andragologie', website Body of Knowledge Sociaal Werk. http://www.bodyofknowledgesociaalwerk.nl/andragogiek
'De wilde jaren – over het tijdperk Van den Muijsenbergh', 2006, geüpload door Amerpoort.nl, website youtube. https://www.youtube.com/watch?v=PAxsUZG07KU
'Eksperimentele' film over het Utopia van de Kabouterbeweging in de late jaren zestig: Oranje Vrijstaat. De film is een impressie van de ideale samenleving van ex-provo en opperkabouter Roel van Duijn; gemaakt door Paul Haenen en Ruud van Hemert. Met o.a. kraakactie in de Sarphatistraat. VPRO, 29-4-1970; (CD1/827.2, 37 min)), website youtube. www.youtube.com/watch?v=2xXpRVSdbiU
Elten, Esdor van, 'Van kinderarbeid via leerplicht naar recht op onderwijs', 15 juni 2011, website IS Geschiedenis. Dagelijkse historische achtergronden bij het nieuws. http://www.isgeschiedenis.nl/nieuws/van_kinderarbeid_via_leerplicht_naar_recht_op_onderwijs/
Florence Nightingale Instituut. www.fni.nl
Goedkoop, Hans, 'Andere tijden. Special jaren 50', 11 juni 2011, website Uitzending gemist. http://www.uitzendinggemist.nl/afleveringen/1104183
Goedkoop, Hans, 'Dennendal' in: *Andere Tijden*, NTR en VPRO 3 december 2002, website geschiedenis24. http://www.geschiedenis24.nl/andere-tijden/afleveringen/2002-2003/Dennendal.html
Halloran, Edward Joseph, 'Virginia A. Henderson. 1897-1996', website American Association for the History of Nursing. http://www.aahn.org/gravesites/henderson.html
Huwelijk Prinses Beatrix en Claus van Amsberg, 10 maart 1966, website youtube. www.youtube.com/watch?v=Q9nidRdJY80
'Ik hoor hier niet thuis', documentaire van Mercedes Stalenhoef, 3 december 2014, website Omroep Human, NPO 2. http://omroep.human.nl/2doc/ik-hoor-hier-niet-thuis.html
International Council of Nurses. www.icn.ch
Internationale Arbeidsorganisatie: http://www.ilo.org/brussels/about/lang--nl/index.htm
'It's a happening' (1966), fragmenten uit een Engelse documentaire van Michael Apted over de provobeweging, website youtube. www.youtube.com/watch?v=omb23Qm_RG8
Jasper en het rokertje (1962). Film van regisseur Bas van der Lecq, website youtube. www.youtube.com/watch?v=WATRmo-g9nY
Kaljouw, Marian, 'Beroepsgroep schrijft geschiedenis', 12 maart 2012, website Skipr. Koersbepalend in de zorg. http://www.skipr.nl/blogs/id1038-beroepsgroep-verpleging-schrijft-geschiedenis.html
Kerkdienstgemist.nl. http://kerkdienstgemist.nl/assets/1105771-uitvaartdienst-J-A-van-den-Brink-Tjebbes#.VI22Kj90zIU
Landelijk Centrum Wet- & regelgeving Zorgberoepen. www.lcwz.nl
Lans, Jos van der, '1974 Carel Muller & Nieuw Dennendal. Van verdunning naar Vermaatschappelijking', 19 juni 2008/27 oktober 2014, website Canon Sociaal werk Nederland, http://www.canonsociaalwerk.eu/nl/details.php?cps=40&canon_id=43
'Levinas', website Marcel Poorthuis.

http://www.marcelpoorthuis.nl/MarcelPoorthuis-Levinas.htm
'Maagdenhuis bezetting Amsterdam', website Internationaal Instituut voor Sociale Geschiedenis. http://socialhistory.org/nl/collecties/maagdenhuis-bezetting-amsterdam
Maastricht University. http://webmagazine.maastrichtuniversity.nl/index.php/people/professors/item/224-master_hans-philipsen-and-student-hannerieke-van-der-boom
Mans, Inge, en Evelien Tonkens, 'Geschiedenis van de zwakzinnigenzorg', in: *OVT*, VPRO-radio 8 april 2007, website Geschiedenis24. http://www.geschiedenis24.nl/ovt/afleveringen/2007/Ovt-08-04-2007/Geschiedenis-van-de-zwakzinnigenzorg.html
Mellink, A.G.M., 'Worden zoals wij: Onderwijs en de opkomst van de geïndividualiseerde samenleving sinds 1945 (22 mei 2013), website Universiteit van Amsterdam. http://dare.uva.nl/cgi/b/bib/bib-idx?type=simple;lang=nl;c=uvadis;sid=e30409437ffca20c95f81d2345ae78f4;rgn1=entire%20record;q1=mellink;Submit.x=0;Submit.y=0;sort=publicationyear;cc=uvadis;view=reslist;fmt=long;page=reslist;start=1;size=1
Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. www.bigregister.nl
'Betty Neuman', website Nurses.info. Information & Resourcesfor Nurses Worldwide, 20 mei 2010. http://www.nurses.info/nursing_theory_person_neuman_betty.htm
'Neuman Systems Model', website Gereformeerde Hogeschool VIAA. http://www.viaa.nl/Studeren%20aan%20Viaa/hbo-v/Neuman%20Systems%20Model.aspx
Nieuwe Unie'91 (NU'91), website nu91.nl/
Nursing. www.nursing.nl
Nursing Journey. nursing-information2u.blogspot.ro/
Oever, Neel van den, en Ron Cornet, red., Virtueel Museum 's Heeren Loo, oktober 2012, website 's Heeren Loo Zorggroep, http://museum-sheerenloo.nl/#de-blik-van-de-maatschappij/omgekeerde-integratie
Ousey, Karen, 'The changing face of student nurse education and training programmes', in: *Wounds UK* 7 (2011) 70-76, website University of Huddersfield, 2011. http://eprints.hud.ac.uk/10084/1/ouseycontent_9838.pdf
Overheid.nl. http://wetten.overheid.nl
'Toestanden' van het Werkteater Jet Willers, script; Thijs Chanowski, productie, regie, montage (1976), website vimeo. http://vimeo.com/55293258
Parlement en Politiek. www.parlement.com
Stegge, Cecile aan de, www.cecileaandestegge.nl
SVOZ. Opleidingen in de zorg. www.svoz.nl
Systeemtheorie.nl. www.systeemtheorie.nl
University of Chicago. home.uchicago.edu
Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN). http://www.venvn.nl/
'Werkloosheid jaren dertig hoogste ooit', Webmagazine, 16 maart 2013, website Centraal Bureau voor de Statistiek. http://www.cbs.nl/nl-NL/menu/themas/macro-economie/publicaties/artikelen/archief/2009/2009-2716-wm.htm
'Wet- en regelgeving. Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg', website Overheid.nl. http://wetten.overheid.nl/BWBR0006251/Hoofdstuk1/Artikel1/geldigheidsdatum_24-07-2015
'Wie is van hout?', in: *Andere Tijden* (NTR/VPRO 13 en 15 februari 2014), website Geschiedenis 24. http://www.geschiedenis24.nl/andere-tijden/afleveringen/2013-2014/Wie- is-van-hout-.html

E-mails
Joost van Daalen (17, 20 en 30 december 2014)
Willy van der Kaaden (9 juli 2014)
Anky Romeijnders (6 juli 2010)
Koen Schilders (8 november 2011)
Cecile aan de Stegge (11 februari 2014)
Silvia Stoele (17 november 2013 en 22 augustus 2014)
Marion Vervloet-Jansen (9 juni 2010)
Henriëtte van Woudenberg (27 februari 2012)

Secundaire literatuur

Abel-Smith, Brian, *A History of the Nursing Profession* (Londen 1960).

Aggleton, Peter en Helen Chalmers, 'Het ontwikkelingsmodel van Peplau', in: Jan de Jong en Cees Salentijn, *Verpleegkunde in perspectief. Theorievorming, modellen en theorieën, praktische toepassingen* (Houten en Zaventhem 1993) 68-73.

Anderson, Benedict, *Verbeelde gemeenschappen. Bespiegelingen over de oorsprong en de verspreiding van het nationalisme* (Amsterdam 1995).

André, Pieter-Jan, *Korte schets over het denken van Martin Buber* (Martin Buber Podium, Hogeschool Utrecht 2008).

Bakker-van der Kooij, Cora, 'Mara. Pleegzuster zijn. Ontwikkelingen in de ziekenverpleging en de organisatiepogingen van verpleegsters, 1870-1920', in: Josine Blok, e.a., red. *Tweede Jaarboek voor vrouwengeschiedenis. 1981* (Nijmegen 1981) 193-221.

Bakker-van der Kooij, Cora, 'De maatschappelijke positie van verpleegsters in de periode 1880-1940', *Tijdschrift voor Geschiedenis* 96 (1983) 454-475.

Baly, Monica E., *Nursing and Social Change* (3e druk; Londen en New York 1995 [digitale oplage 2004/2011]).

Beets, C., en H.C. Nijhuis, samenstellers, *Het Koningin Juliana Ziekenhuis te Hengelo (O.)* (Hengelo 1956).

Beltman, H., *Buigen of barsten? Hoofdstukken uit de geschiedenis van de zorg aan mensen met een verstandelijke handicap 1945-2000.* Proefschrift Rijksuniversiteit Groningen (2001).

Binnenkade, Cornelis, *Honderd jaar opleiding tot verpleegkundige in Nederland, 1872-1972. Een terreinverkenning.* Academisch proefschrift, Vrije Universiteit Amsterdam (Leiden 1973).

Blok, Gemma, *Baas in eigen brein, 'Antipsychiatrie' in Nederland, 1965-1985* (Amsterdam 2004).

Blok Gemma, en Joost Vijselaar, *Terug naar Endegeest. Patiënten en hun behandeling in het psychiatrisch ziekenhuis Endegeest 1897-1997* (Nijmegen 1998).

Bobbink, A., e.a., *Agogiek voor gezondheidszorg en verpleegkunde* (4e herziene druk; Houten 2005).

Boeije, H.R., e.a., *Een verzorgde toekomst. Toekomstscenario's voor verpleging en verzorging* (Utrecht 1997).

Boer, Herman W.J. de, en Gerard Pley, *Grachtenzusters. Episoden uit honderdvijftig jaren Vereeniging voor Ziekenverpleging, sedert 1857 gevestigd aan de Prinsengracht te Amsterdam* (Amsterdam 1993).

Boom, Hannerieke van der, e.a., 'Een schets van de professionalisering van de wijkverpleging in Nederland in de laatste vijftig jaar (1950-2004)', *Gewina. Tijdschrift voor de geschiedenis der geneeskunde, natuurwetenschappen, wiskunde en techniek* 27 (2004) 100-

119.
Boot, J.M., en M.H.J.M. Knapen, *De Nederlandse gezondheidszorg* (3e druk; Utrecht 1990).
Boschma, Geertje, *The Rise of Mental Health Nursing. A History of Psychiatric Care in Dutch Asylums: 1890-1920* (Amsterdam 2003).
Bruggen, Harry van der, red., *De buitenlander ons een zorg* (Lochem en Poperinge 1980).
Bruggen, Harry van der, red., *De Delta van de Nederlandse verpleging* (3e druk; Lochem en Utrecht 1992).
Bruggen, Harry van der, 'Verpleegkunde en wetenschap', in: Harry van der Bruggen, red., *De delta van de Nederlandse verpleging* (3e druk; Lochem en Utrecht 1992) 179-195.
Bruggen, H. van der, e.a., 'De verplegingswetenschappelijke optiek van Van den Brink-Tjebbes', in: Harry van der Bruggen, red., *De delta van de Nederlandse verpleging* (3e druk; Lochem en Utrecht 1992) 112-129.
Brush Barbara L., en Joan E. Lynaugh, red., *Nurses of All Nations. A History of the International Council of Nurses, 1899-1999* (Philadelphia etc.1999).
Cooper, David, *Psychiatrie en anti-psychiatrie* (2e druk; Meppel 1972).
Dam, Peter van, *Staat van verzuiling. Over een Nederlandse mythe* (Amsterdam 2011).
Dane, Corrie, *Geschiedenis van de ziekenverpleging* (9e druk; Utrecht 1994).
Dankers, J.J., en A.A.M. van der Linden, *Om het geluk van de zwakzinnige. De geschiedenis van Dennendal. 1969-1994* (Den Dolder 1994).
Davis, Celia, *Gender and the Professional Predicament in Nursing* (Buckingham en Philidelphia 1996)
Dingwall, Robert, e.a., *An Introduction to the Social History of Nursing* (Londen 1988 [digitale oplage 2003]).
Duivenvoorden, Eric, *Rebelse jeugd. Hoe nozems en provo's Nederland veranderden* (Amsterdam 2015).
Duyvendak, Jan Willem, *De planning van ontplooiing. Wetenschap, politiek en de maakbare samenleving* (Den Haag 1999).
Dzuback, Mary Ann, 'Nursing historiograhy, 1960-1980: An Annotated Bibliography' in: Allen Condliffe Lagemann, red., *Nursing History. New Perspectives, New Possibilities* (New York en Londen, 1983) 181-210.
Eijt, José, *In dienst van de zieken. Broeders van Barmhartigheid van St. Joannes de Deo 1875-2013* (Hilversum 2014).
Ende, J. van den, red., 'Kantoor en informatietechnologie', in: J.W. Schot e.a., *Techniek in Nederland in de twintigste eeuw I. Techniek in ontwikkeling. Waterstaat, kantoor en informatietechnologie* (Zutphen 1998) 209-348.
Freidson, Eliot, *De medische professie. Een studie van de sociologie van toegepaste kennis* (Lochem en Poperinge 1981).
Furnée, Jan Hein, en Jan H.G. Jonkman, *Het Noorder Sanatorium te Zuidlaren. Geschiedenis en architectuur van een psychiatrisch monument* (Zuidlaren 1994).
Gemert, Victor van, en Truus Spijker, *Verdichtsel en werkelijkheid. De waardering van de verpleegkundige zorg door de jaren heen* (3e druk; 1990).
Goudswaard, N.B., *Inleiding tot de geschiedenis van de verpleegkunst* (Rotterdam 1994).
Goudswaard, N.B., *Gezondheidszorg als kunde en kunst. Genezen, verplegen en geestelijke verzorgen van de zieke als 'totale mens' op de weg naar samenhang en samenwerking* (Rotterdam 1998).
Green, Margaret, 'Nursing Education - 'Reports are not Self-Executive'' in: Monica E. Baly, *Nursing and Social Change* (3e druk; Londen en New York 1995 [digitale oplage 2004/2011]) 295-310.
Grote Winkler Prins, *Encyclopedie in twintig delen*. Deel 8 (Amsterdam en Brussel 1969).
Hellema, Duco, *Nederland en de jaren zeventig* (Amsterdam 2012).

Heuvel, Mark van den, ‘Jeugd tussen traditie en moderniteit. Transformaties van naoorlogse jeugdcultuur en het beheer over de jeugd’, in Paul Luykx en Pim Slot, red., *Een stille revolutie? Cultuur en mentaliteit in de lange jaren vijftig* (Hilversum 1997) 170-189.
Hopman, W.M., *Opleidingen in de verpleging. Onderwijskundige aspecten van de Nederlandse beroepsopleidingen voor ziekenverzorgenden, verplegenden en verpleegkundigen in de intramurale* gezondheidszorg (Lochem 1970).
Jansen, B.M., ‘Ziekenverzorging en functie-innovatie. De opmars van de ziekenverzorging door het verpleeghuis’, in: A.H.M. van den Bergh-Braam e.a. red., *Honderd jaar verplegen. Een bijsluiter over gisteren met een opening naar morgen* (Lochem 1990) 113-124.
Jansen, Michel, ‘De romantiek van de eerste jaren’, in: Mirjam Goes, Renée Smit Duyzentkunst, red., *HBO-V Utrecht. 1972-2002. 30 jaar inspiratie in het verpleegkundig onderwijs* (Hogeschool van Utrecht 2003) 2-4
Kastrop, Bea, ‘Niet langer weggestopt in het bos’, *NCRV-gids*, nr. 48 (2014) 24-25.
Kennedy, James C., *Nieuw Babylon in aanbouw. Nederland in de jaren zestig* (Amsterdam en Meppel 1995).
Kerkhoven, Annemarie, *Beeld van de psychiatrie 1800-1970. Historisch bezit van de psychiatrische ziekenhuizen in Nederland* (Zwolle 1996) 236-241.
Kleijer, Henk, en Ger Tillekens, ‘Afgestemd op gezelligheid. De trage aanpassing van de radio aan de jeugdcultuur in de jaren vijftig’, in: Paul Luykx en Pim Slot, red., *Een stille revolutie? Cultuur en mentaliteit in de lange jaren vijftig* (Hilversum 1997) 191-210.
Knecht-van Eekelen, Annemarie de, en Nanny Wiegman, ‘Om de verdeling van de zorg. Beroepsprofilering in de Nederlandse gezondheidszorg in de negentiende en twintigste eeuw’, *Gewina. Tijdschrift voor de geschiedenis der geneeskunde, natuurwetenschappen, wiskunde en techniek* 19 (1996) 205-209.
Kol, Gera, en Mari van Duijnhoven, ‘Leusdense school’, in: Harry van der Bruggen, red., *De delta van de Nederlandse verpleging* (Lochem 1988) 39-56.
Kol, Gera, ‘Dat mensen groeien, dat ze zelfvertrouwen krijgen, daar gaat het om’, in: Mirjam Goes, Renée Smit Duyzentkunst, red., *HBO-V Utrecht. 1972-2002. 30 jaar inspiratie in het verpleegkundig onderwijs* (Hogeschool van Utrecht 2003) 8-10.
Kooij, C. van der, ‘Deskundige of dommekracht’, *Tijdschrift voor Verzorgenden* (januari 1988) afl. 1, 7-11.
Kooij, C.H. van der, ‘1890-1990. De vermaatschappelijking van de zorg’ in: A.H.M. van den Bergh-Braam e.a. red., *Honderd jaar verplegen. Een bijsluiter over gisteren met een opening naar morgen* (Lochem 1990) 13-64.
Kooij, Cora van der, *Mans die moeten hier ter syden. De organisatie van verplegend personeel in Nederland in de periode 1880-1930.* Doctoraalscriptie Rijksuniversiteit Utrecht (1979; heruitgave rond 1990).
Kuiper, H., ‘Hoe het was en hoe het groeide. Hendrik van Boeijen-Oord van 1955 tot 1980’, in: J. Brands en L. Touwen, samenstellers, *Hendrik van Boeijen-Oord. Een plaats om te wonen* (Assen 1980) 75-81.
Laan, Bart van der, en Truce Soeter, ‘Verpleegkundige begeleiding van geestelijk gehandicapten een perspectief’, in: Bart van Bergen en Louk Hollands, red., *Over de verpleging. Bijdragen ter ondersteuning van de verpleegkundige praktijk* (2e druk; Lochem en Poperinge 1981) 112-125.
Laing, Ronald, *Het verdeelde zelf* (5e druk; Meppel 1972).
Lambregts, Johan, en Ans Grotendorst, red. *Leren van de toekomst. Verpleegkundigen & Verzorgenden* (Houten 2012).
Lammers, C.J., ‘Het ziekenhuis als kastemaatschappij’, in*:* E.Th. Cassee en C.J. Lammers, *Mensen in het ziekenhuis. Nieuwe vormen van leidinggeven en kommunikatie* (Leiden en Groningen 1971) 154-174.

Leeuw, Marianne de, e.a., *Van oppasser naar verpleegkundige* (Utrecht 1997).
Lesnik, Milton J., en Bernice E. Anderson, *Nursing Practice and the Law* (2e druk; Philadelphia en Montreal 1962).
Lieburg, M.J., 'Boekbesprekingen', *Gewina. Tijdschrift voor de Geschiedenis der Geneeskunde, Natuurwetenschappen, Wiskunde en Techniek* 6 (1983) 208-209.
Lieburg, M.J. van, *Bronovo 1865-1990. Van 's-Gravenhaagsche Diakonessen-Inrichting tot Ziekenhuis Bronovo* (Kampen 1990).
Lieburg, M.J. van, *Van Zeemanshospitaal tot Havenziekenhuis* (Rotterdam 1992).
Lieburg, M.J. van, *Het Sint Franciscus Gasthuis te Rotterdam 898-1992* (Rotterdam 1992).
Luykx, Paul, en Pim Slot, red., *Een stille revolutie? Cultuur en mentaliteit in de lange jaren vijftig* (Hilversum 1997).
Lynaugh, Joan E., 'From Chaos to Transformation', in: Barbara L. Brush en Joan E. Lynaugh, red., *Nurses of All Nations. A History of the International Council of Nurses, 1899-1999* (Philadelphia etc. 1999) 111-147.
Lynaugh, Joan E.,'Nursing the Great Society: The Impact of the Nurse Training Act of 1964' in: Diana J. Mason e.a., *The Nursing Profession: Development, Challenges, and Opportunities* (San Francisco 2011) 181-193.
Lynn, Chad E. O','History of Men in Nursing: A Review' in: Chad E. O'Lynn en Russell E. Transbarger, red., *Men in Nursing. History, Challenges and Opportunities* (New York 2007) 26.
Macintosh, C., 'A historical study of men in nursing', *Journal of Advanced Nursing* 26 (1997) 232-236.
Mans, Inge, *Zin der Zotheid. Vijf eeuwen cultuurgeschiedenis van zotten, onnozelen en Zwakzinnigen*. Dissertatie Universiteit Utrecht (Amsterdam 1998).
Mason, Diana J., e.a., *The Nursing Profession: Development, Challenges, and Opportunities* (San Francisco 2011).
Mast, Jennie, *Zoeken naar de gouden standaard. Een vergelijking van classificaties voor de maatschappelijke gezondheidszorg* (Vilans, Utrecht 2014).
Meij-de Leur, A.P.M. van der, m.m.v. P. Klijnsma, *Van Olie en wijn. Geschiedenis van verpleegkunde, geneeskunde en sociale zorg* (5e druk; Utrecht en Antwerpen 1989).
Mellink, A.G.M., *Worden zoals wij. Onderwijs en de opkomst van de geïndividualiseerde samenleving sinds 1945.* Proefschrift Universiteit van Amsterdam (Amsterdam 2014).
Mensink, Francis, 'Kennisontwikkeling in de Hogere Beroepsopleiding voor Verpleegkundigen', in: Mirjam Goes en Renée Smit Duyzentkunst, red., *HBO-V Utrecht. 1972-2002. 30 jaar inspiratie in het verpleegkundig onderwijs* (Hogeschool van Utrecht 2003) 11-13.
Mensink, Francis, 'Veertig jaar Hogere Beroeps Opleiding Verpleegkunde in Nederland. Toekomstgerichte dynamiek in vak en beroep', in: Cecile aan de Stegge en Cornelis van Tilburg, red., *Helpen en niet schaden. Uit de geschiedenis van verpleegkunde en medische zorg* (Antwerpen en Apeldoorn 2013) 123-142.
Meyboom, F., *Grepen uit de geschiedenis van zorgen en verzorgen* (Amsterdam en Brussel 1970).
Mistiaen, P., e.a., *Verpleegkundigen en verzorgenden in internationaal perspectief. Een literatuurstudie naar rollen en posities van beroepsbeoefenaren in de verpleging en verzorging* (Utrecht 2011).
Mortimer, Barbara, 'Introduction: the History of Nursing: Yesterday, Today and Tomorrow' in: Barbara Mortimer en Susan McGann, *New Directions in the History of Nursing, International Perspectives* (Londen en New York 2005), 1-21.
Mortimer, Barbara, en Susan McGann, red., *New Directions in the History of Nursing. International Perspectives* (Londen en New York 2005).

Nederlands Interdisciplinair Demografisch Instituut, *Bevolkingsatlas van Nederland. Demografische ontwikkelingen van 1850 tot heden* (Den Haag 2003).
Nolan, Peter, 'Mental Health Nursing – Origins and Developments' in: Monica E. Baly, *Nursing and Social Change* (3e druk; Londen en New York 1995 [digitale oplage 2004/2011]) 250-263.
Oelen, Marloes, 'Is er een gouden standaard? Verpleegkundige classificaties', *Nursing* 21 (april 2015) 42-47
Oever, Neel van den, *Van Boldershof tot nu: Al 100 jaar een goede buur 1907-2007* (Wijchen 2007).
Oever, Neel van den, e.a., *Onze toekomst ligt in het verleden. 120 jaar 's Heeren Loo Zorggroep)* 's Heeren Loo 2012).
Projectgroep 16, Christa Elzinga e.a., *Kennis van het verleden biedt inzicht in het heden!*. Afstudeerproject geschiedenis van de HBO-V (Instituut Verpleegkundige Studies Hogeschool Utrecht 2007-2008)
Querido, A., *Godshuizen en Gasthuizen. Een geschiedenis van de ziekenverpleging in West-Europa* (2e druk; Amsterdam 1967).
Ree, Frank van, *Don Quichot of klokkenluider? Een halve eeuw in de Nederlandse psychiatrie. 1956-2006* (Amsterdam 2007).
Riet, Catty Van, *Verplegen met visie* (Leuven en Den Haag 2010).
Righart, Hans, en Piet de Rooy, 'In Holland staat een huis. Weerzin en vertedering over "de jaren vijftig"', in: Paul Luykx en Pim Slot, red., *Een stille revolutie? Cultuur en mentaliteit in de lange jaren vijftig* (Hilversum 1997) 11-18.
Righart, Hans, *De eindeloze jaren zestig. Geschiedenis van een generatieconflict* (Amsterdam 2006).
Roode, Johanna, *An Exploratory Study of Nursing Education in The Netherlands and the United States of America.* Proefschrift Rijksuniversiteit Utrecht (1975).
Schuyt, Kees, en Ed Taverne, *1950. Welvaart in zwart-wit* (Den Haag 2000).
Smulders, Eric, ''Het glazen huis der openbaarheid'. Televisie in de jaren vijftig: de moeizame groei van een medium', in Paul Luykx en Pim Slot, red., *Een stille revolutie? Cultuur en mentaliteit in de lange jaren vijftig* (Hilversum 1997) 249-279.
Soeter, Truce, De HBO-V door de ogen van: in: Penelope Nijeholt, red., *HBO-V Nijmegen. 1972-2002. 30 jaar inspiratie in het verpleegkundige onderwijs* (Hogeschool van Arnhem en Nijmegen 2003) 4-5.
Speets, W.J., 'Beroepsorganisaties en beroepsontwikkeling', in: A.H.M. van den Bergh-Braam e.a. red., *Honderd jaar verplegen. Een bijsluiter over gisteren met een opening naar morgen* (Lochem 1990) 265-272.
Spijker, G.J.H., e.a., 'Verpleegkundige theorieën en begripsomschrijvingen', in: A.E.W.M. van de Pasch e.a., *Wegwijs in de gezondheidszorg. Handboek voor verpleegkundigen* (3e herziene druk; Houten en Diegem 1992) 12-31.
Spijker, Truus, *Mooi en beschaafd verplegen. Een historische analyse van een vrouwenberoep.* Reeks Verpleegkundige Studies, deel 26 (1e druk; Lochem 1979, 2e druk; Lochem en Poperinge 1981).
Stapel, Jan, De HBO-V door de ogen van: in: Penelope Nijeholt, red., *HBO-V Nijmegen. 1972-2002. 30 jaar inspiratie in het verpleegkundige onderwijs* (Hogeschool van Arnhem en Nijmegen 2003) 25-26.
Stegge, Cecile aan de, 'Honderdtwintig jaar psychiatrische verpleegopleiding in Nederland', *Gewina. Tijdschrift voor de geschiedenis der geneeskunde, natuurwetenschappen, wiskunde en techniek* 27 (2004) 78-99.
Stegge, Cecile aan de, *Onderbouwing Gekkenwerk (2012).* Werkdocument 4, 10, website Cecile aan de Stegge.

http://www.cecileaandestegge.nl/images/PDF/Onderbouwing%20Gekkenwerk%204.pdf
Stegge, Cecile aan de, *Gekkenwerk. De ontwikkeling van het beroep psychiatrisch verpleegkundige in Nederland, 1830-1980* (Maastricht 2012).
Stegge, Cecile aan de, 'Van hulpje tot serieus beroep. De verpleging van 1945 tot 1964', *TVZ, Tijdschrift voor verpleegkundig experts.* Dossier Dag van de Verpleging (2014) afl. 2, 11-14. Website Nursing. http://www.nursing.nl/Global/Downloads/Special_TVZ.PDF (17 september 2015).
Stevens, F., en H. Philipsen, 'Professionalisering van beroepen in de gezondheidszorg' in: C.W. Aakster en J.W. Groothoff, red., *Medische Sociologie* (6e druk; Groningen en Houten 2003) 85-93.
Strauss, Anselm, 'The Structure and Ideology of American Nursing: An Interpretation' in: Fred Davis, red., *The Nursing Profession: Five Sociological Essays* (New York etc. 1966) 60-108.
Suurmond, Jean-Jacques, *De spiritualiteit van Florence Nightingale* (Zoetermeer 2010).
Sweet, Helen, 'The Evolution of Professional Nursing' in: Kate Trant en Susan Usher, red., *Nurse: Past, Present and Future. The making of Modern Nursing* (Londen 2010) 10-20.
Szasz, Thomas S., *Geestesziekte als mythe* (2e druk; Rotterdam 1972).
Timmer, Cees, en Jos Lammers, *Een jonge wever en zeven andere verhalen. Over de zorg aan mensen met een verstandelijke handicap* (Amersfoort 1991).
Tonkens, Evelien, *Het zelfontplooiingsregime. De actualiteit van Dennendal en de jaren zestig* (Amsterdam 1999).
Trant, Kate, en Susan Usher, red., *Nurse: Past, Present and Future. The making of modern nursing* (Londen 2010).
Verbeek, Kitty, 'Ik wilde de maatschappij een verpleegkundige brengen die breed was opgeleid en eigen ideeën vorm zou durven geven', in: Mirjam Goes, Renée Smit Duyzentkunst, red., *HBO-V Utrecht. 1972-2002. 30 jaar inspiratie in het verpleegkundig onderwijs* (Hogeschool van Utrecht 2003) 5-7.
Vergert, H.G.M. ten, *2 jaar aktie. Verslagboek van de NMV over de jaren 1989-1990* (Nederlandse Maatschappij van Verpleegkunde, Utrecht 1990).
Vernède, C.H., *Geschiedenis der Ziekenverpleging* (Haarlem 1927).
Vernède, C.H., *De Ziekenverpleging. Roeping en Beroep. Leidraad voor Verpleegsters en Verplegers* (Utrecht 1950).
Vijselaar, Joost, ''Vrijheid, gelijkheid en broederschap'. Een revolutie in de psychiatrie 1965-1985', in: Joost Vijselaar, red., *Gesticht in de duinen. De geschiedenis van de provinciale psychiatrische ziekenhuizen van Noord-Holland van 1849 tot 1994* (Hilversum 1997) 192-237.
Vijselaar, Joost, ''De ander tot vrijheid wekken'. De psychiatrische inrichting Wolfheze onder het directoraat van Hendrik van der Drift, 1950-1975', in Joost Vijselaar e.a., *Van streek. 100 jaar geestelijke gezondheidszorg in Zuid-West Gelderland* (Utrecht 2007) 192-223.
Weijers, Ido, 'De slag om Dennendal. Een terugblik op de jaren vijftig vanuit de jaren zeventig', in: Paul Luykx en Pim Slot, red., *Een stille revolutie? Cultuur en mentaliteit in de lange jaren vijftig* (Hilversum 1997) 45-65.
Weijers, Ido, 'De binnenhuisarchitecten van de Nederlandse verzorgingsstaat. Menswetenschappers en doorbraak', *Gewina. Tijdschrift voor de geschiedenis der geneeskunde, natuurwetenschappen, wiskunde en techniek* 24 (2001) 196-206.
Westrik, Gert, en René van Leeuwen, 'Het Neuman Systems Model: De spirituele variabele', in: Frans Verberk en Marlou de Kuiper, *Verpleegkunde volgens het Neuman Systems Model. Vertaling en bewerking voor de Nederlandse praktijk* (Assen 2006) 42-54.
Wiegman, Nanny, 'Zusters in smetteloos wit: een blanco bladzijde in de Nederlandse

geschiedschrijving', *Gewina. Tijdschrift voor de geschiedenis der geneeskunde, natuurwetenschappen, wiskunde en techniek* 16 (1993) 63-79.
Wiegman, Nannie, ''Gij completeert zijn arbeid': over de professionalisering van het verpleegkundig beroep (1880-1925)', *Gewina. Tijdschrift voor de geschiedenis der geneeskunde, natuurwetenschappen, wiskunde en technie* 19 (1996) 296-312.
Wiegman, Nanny, 'The Origins of Modern Nursing in the Netherlands', *Nursing History Review* 4 (1996) afl. 1, 83-97.
Wiegman, Nannie, en Joseph Wachelder, 'Zorgen als professie: een inleiding', *Gewina. Tijdschrift voor de geschiedenis der geneeskunde, natuurwetenschappen, wiskunde en techniek* 27 (2004) 57-65.
Zwols, Gré, *Het ontstaan en de ontwikkeling van het beroep verpleegkundige.* Reeks Verpleegkundige Studies, deel 55 (Lochem en Gent 1985) 115.

Register van personen die in de hoofdtekst worden genoemd

A

Abbott, Andrew 68, 79, 130, 177, 253
Abel-Smith, Abel 22, 38, 279
Agathe, Zuster M. 66, 72, 73, 74, 75, 77, 248, 259
Aken, E.M. van 32, 40, 41, 259
Alexander, Broeder ..... *Zie* Wesel, Johan
Amsberg, Claus von 19, 277
Ancona, Hedy d' 19
Andel, J. van 145
Andel, Jacomina van 1
Anderson, B.E. (Bernice) 51, 57, 64, 80, 279, 282
Anderson, Benedict 57, 279
André, Willem 143, 144, 145, 147, 204, 279
Andreas, Broeder ..... *Zie* Hurk, W.A. van den
Arets, J.R.M. 71, 73, 76, 78, 81, 179, 188, 240, 260
Ausems, F.M. 142, 143, 260

B

Baalen, Anneke van 19
Baan, P.A.H. (Pieter) 111
Baar, J. van 96, 97, 260
Baarens, Gerrit 1
Bakker-van der Kooij, C.H. (Cora) van der ..... *Zie* Kooij, C.H. (Cora) van der
Basaglia, Franco 107
Bassant, John 117
Bax, H.R. 28, 29, 30, 31, 33, 76, 79, 243, 245, 246, 249, 260, 273
Beatrix, Prinses 19, 277
Beauvoir, Simone de 78
Bellemakers, Anna ..... *Zie* Servatius, Zuster
Beltman, H. (Henk) 14, 15, 137, 138, 276, 279
Berg, Piet van den 121, 124, 261
Bergen, Bart van 116, 117, 196, 197, 230, 231, 232, 236, 261, 281
Bergh-Braam, A.H.M. (Anneke) van den ... 12, 45, 50, 66, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 81, 157, 165, 245, 261, 270, 281
Biemond, Nelleke 107, 118
Binnenkade, Cornelis 9, 10, 279
Bloemendaal, J.J. van 153, 156, 157, 158, 162, 261
Blok, Gemma 1, 15, 83, 84, 90, 106, 107, 109, 110, 117, 118, 119, 120, 251, 279
Blom, Hans 16
Boer, Herman W.J. de 14, 37, 279
Boersma, A. 186, 187, 188, 189, 190, 261
Boois, Maaike de 197, 277
Bos, Mathilda 229, 232
Boschma, Geertje 12, 43, 95, 280
Bouwhuizen, M. 172, 186, 187, 188, 189, 190, 261, 262
Bras, Jacques 119, 120, 122, 262
Bree, J.H.M. van 63, 214, 273

Brij, Albertine 30, 33, 35, 49, 50, 195, 262
Brink-Tjebbes, J.A. (Bien) van den 26, 61, 74, 132, 136, 165, 175, 178, 179, 180, 181, 182, 183, 184, 187, 188, 191, 195, 204, 217, 218, 222, 234, 236, 237, 240, 248, 254, 255, 257, 262, 273, 274, 277, 280
Brown, M.M. 100, 101
Bruggen, Harry van der 117, 179, 189, 222, 223, 230, 237, 261, 280, 281
Buber, Martin 204, 279
Bussy-Kruysse, L. de 93, 250

C

Cooper, David 106, 107, 280

D

Daalen, Joost van 178, 179, 181, 183, 184, 279
Dam, Peter van 17, 280
Dam-Kraak, M.L. van 212, 213, 264
Dane, Corrie 8, 9, 280
Dankers, J.J. 137, 138, 143, 144, 145, 280
Dassen, Theo 177, 178, 264, 268, 269
Deinema, C.H.A. 149, 150
Dijk, A.M. van 200, 264
Dijk, W.K. van 127
Dondorp, D.W. 153, 156, 157, 158, 162, 261
Dorrenboom-Krijgsman, Frieda 32, 259
Dresen, J.A.P.M. 77, 190
Driel Krol, M. (Marianne) van 41, 49, 57, 64, 67, 68, 79, 80, 195, 253, 255, 264
Drift, H. van der 88, 89, 90, 113, 122, 126, 127, 133, 134, 246, 247, 264, 265, 284
Duijn, Roel van 18, 19, 277
Duyvendak, Jan Willem 197, 204, 255, 280

E

Eijt, José 14, 46, 66, 280
Elsendoorn-Gunters, I.M., zie ook Gunters, I.M. 153, 156, 157, 158, 162, 261
Eynde, I.E.I.M. Van 107, 265

F

Faber, Peter 134
Filius, M.C. 90, 91, 95, 96, 265
Foudraine, Jan 15, 106, 107, 108, 112, 116, 117, 243, 246, 265
Fowler, G.R. 100, 101
Frederiks, P.W. 63, 265
Freidson, Eliot 67, 79, 253, 280
Furnée, Jan Hein 1, 88, 280

G

Ganzevoort, Jacobien 121, 122, 265
Gas, Beverly Witter Du 229, 233
Geerts, A. 234, 235

Gemert, Victor van 10, 11, 12, 47, 70, 166, 193, 194, 197, 217, 218, 240, 255, 256, 280
Gerritsjans-Morsink, G.M.L. 187, 266
Gestel, W.J.Chr. van 176, 266
Geuzebroek, H.L.F. 72, 73, 74, 75, 78, 266
Giesberts, Lambertus 94, 95, 266
Goedkoop, Hans 144, 146, 151, 277
Goorbergh, E.A.C. v.d. 142, 143, 266
Gordon, Marjory 257
Goudswaard, N.B. 39, 40, 45, 214, 226, 280
Graamans, (Commissie) C.A.R. 224, 225, 263
Groneman, J.C. 40, 195, 266
Groot, Sandra de 201
Grootveld, Robert Jasper 18
Gunters, I.M., zie ook Elsendoorn-Gunters, I.M. 153, 156, 157, 158, 162, 261

H

Haan, M.C. de 198, 199, 266
Hamburger, M.E. 72, 73, 74, 75, 78, 266
Hamer, B.Chr. 88, 90, 126, 133, 134, 148, 247, 248, 265, 266
Hamilton, H.K. 235, 236, 266
Heitink, J. (Jeltje) 64, 201, 202, 203, 207, 208, 209, 210, 213, 214, 229, 255, 267
Hellema, Duco 16, 19, 20, 67, 204, 255, 280
Henderson, Virginia 21, 28, 50, 51, 57, 58, 62, 63, 64, 68, 74, 80, 99, 100, 102, 116, 122, 123, 125, 126, 128, 132, 136, 162, 174, 204, 219, 227, 229, 234, 238, 240, 251, 254, 256, 257, 267, 277
Hendriks, J.H.W. 200, 267
Hendriks, J.P.M. 145, 154, 202, 205
Hilgenga-Liem, D.I. 128, 134, 267
Hoejenbos. E. 140, 141, 156, 157, 158, 162, 163, 255, 267
Hollander, D. den 117, 267
Hollands, Louk 116, 117, 196, 197, 230, 231, 232, 236, 261, 281
Holtslag, Cor 154, 159, 267, 268, 275
Hopman, W.M. 10, 281
Hurk, W.A. van den 91, 92, 95, 97, 104, 250, 268

I

IJzeren, H. van 49, 50, 268

J

Jacobs, D. ... 98, 99, 100, 101, 102, 104, 115, 116, 122, 124, 136, 170, 219, 249, 254, 255, 268
Jansen, Aty 232
Jansen, Michel 229, 230, 281
Janssen, Roland 3, 52, 63, 199, 200, 201, 202, 205, 268
Johnson, Lyndon 20
Jong, B.T.G. de 223
Jong, Henk de 1
Jong, J.H.J. (Jan) de. 55, 101, 179, 180, 181, 184, 188, 189, 190, 191, 214, 236, 240, 254, 257, 264, 269, 279
Jongerius, P.J. 134, 269

Jonkergouw, Th.A.J.M. 66, 269
Juliana, Koningin 19

K

Kaaden, Willy van der 139, 279
Karnosh, L.J. 99
Keij, J.A. 179, 204, 262
Kennedy, James C. 16, 17, 18, 19, 29, 109, 112, 122, 245, 251, 281
Kerckhoffs, H.M.L. 66, 72, 75, 248, 259
Kerstens, J.A.M. 101, 179, 180, 181, 184, 188, 189, 190, 214, 240, 254, 257, 264, 269
Keukens, Rob 164
Knobbout, J.A. 165, 176, 178, 269
Kol, Gera 229, 230, 237, 281
Komorowski, B. 222
Kooij, C.H. (Cora) van der 12, 43, 45, 177, 187, 279, 281
Kool-Smit, Joke 19
Kramer, F. 93, 94, 95, 99, 101, 134, 140, 148, 250, 269, 270
Krijgsman ..... *Zie* Dorrenboom-Krijgsman, Frieda
Kruisinga, R.J.H. 109, 110, 144, 198, 219
Kruyne, T. 75, 77, 261, 270
Kübler-Ross, Elisabeth 77, 78, 189
Kuiper, H. 139, 146, 281
Kuiper, Yvonne 1, 138

L

Laan, B. (Bart) van der 231, 235, 281
Laan, L. van der 126, 134, 149
Laing, Ronald 106, 107, 108, 281
Lammers, C.J. 177, 281
Lans, Jos van der 146, 147, 277
Lesnik, M.J. (Milton) 51, 57, 64, 80, 282
Levinas, Emmanuel 107, 182, 183, 204, 248, 277, 278
Lieburg, M.J. van 10, 14, 282
Ligtelijn, E. 145
Linden, A.A.M. van der 137, 138, 143, 144, 145, 280
Lit, A.C. 103, 123, 124, 195, 219, 249, 255, 270
Loenen, P.M. van 159, 160, 270
Luijten, J.J. 187, 204, 270
Luykx, Paul 17, 33, 113, 116, 244, 281, 282, 283, 284
Lynaugh, Joan E. 20, 21, 24, 50, 58, 63, 280, 282

M

Mackaay, A. 165, 171, 172, 270
Mannoni, Maud 107
Mans, Inge 14, 15, 137, 138, 139, 144, 146, 278, 282
Marriner, A. 60, 229, 233
Maslow, Abraham 74, 229, 240
Meij-de Leur, A.P.M. (Aly) van der 8, 9, 24, 193, 282
Meijering, W.L. 111

Melk, H.A. 27, 73, 75, 250, 271
Mellink, A.G.M. (Bram) 18, 119, 136, 181, 204, 248, 249, 278, 282
Mensink, Francis 227, 230, 232, 233, 282
Mereness, D. 99
Meyboom, F. (Frederike) 8, 9, 45, 93, 134, 214, 250, 273, 282
Moolen, J.C.W. van der 72, 73, 74, 75, 77, 157, 190, 271
Mosher, Loren 107
Muijsenbergh, Cees van den 147, 159, 277
Muller, J.C. (Carel) 14, 15, 143, 144, 145, 146, 147, 149, 150, 151, 152, 163, 164, 252, 277

N

Neuman, Betty 248, 249, 257, 278, 284
Nieland, C.J.M. 126, 127, 134, 149, 195, 271
Nightingale, Florence 20, 57, 68, 238, 253, 271, 284
Nordheim, J.J. ((Joukje) von 62, 64, 70, 73, 74, 80, 128, 184, 193, 194, 195, 196, 197, 198, 200, 201, 206, 212, 222, 228, 255, 263, 271, 272

O

Ockeloen, George 1
Ockeloen-Homoet, Eefje 35
Oever, Neel van den 14, 137, 139, 140, 141, 146, 147, 278, 283
Orem, Dorothea 58, 74, 162, 164, 217, 219, 234, 240, 256, 257, 272
Ousey, Karen 22, 23, 278

P

Pals, Henny 170, 171, 272
Peet, R.A.M. (Rob) van der 60, 61, 124, 125, 162, 219, 226, 229, 233, 234, 235, 236, 240, 253, 255, 257, 272
Peet-Bos, A. (Annemieke) van der 229, 235
Peplau, H. (Hildegard) 58, 101, 116, 136, 254, 279
Pernis, Hans van 164
Piebenga, P.J. 85, 86, 87, 94
Pley, Gerard 14, 37, 279
Pool, J.J. 67, 253, 272
Poorthuis, Marcel 183, 277
Poslavsky, A. 110, 149
Pouwels, T. 142, 143, 266
Prick, J.J.G. 145
Pruyt, S. 143

Q

Quanjer, H.J. 72, 73, 75, 77, 190, 271
Querido, A. 8, 9, 34, 283

R

Ree, F. (Frank) van 15, 106, 112, 122, 125, 126, 129, 246, 273, 283
Rhijn, C. van 90
Righart, Hans van 16, 17, 18, 33, 109, 116, 283

Robroek, Will 3, 52, 273
Romeijnders, Anky 201, 279
Roode, Johanna 20, 283
Roodhart, G. 134, 214, 273
Rooy, Piet de 116, 283
Rooyackers, P.F. 93, 126, 134, 149, 275
Roper, Nancy 162, 273
Rose, M.B. 236, 266

S

Schilders, Koen 161, 162, 279
Schravesande, Jeannette 1
Schulman, Bruce 16
Schuyt, Kees 5, 17, 20, 33, 34, 35, 244, 283
Servatius, Zuster (Anna Belllemakers) 88, 100, 104
Sleijffers, Werenfried 45, 46, 47, 71, 274, 276
Slot, Pim 17, 113, 244, 281, 282, 283, 284
Smet, J.P. de 126, 274
Smulders, F.J.H. 141, 274
Smulders-Aghina, M.J. 3, 66, 67, 69, 243, 244, 274
Soeter, Truce 228, 230, 231, 281, 283
Speets, W.J. 13, 45, 59, 60, 64, 65, 71, 132, 201, 202, 203, 209, 274, 283
Speijer, N. 144, 145
Spijker, G.J.H. (Truus) .. 10, 11, 12, 24, 38, 43, 47, 56, 66, 70, 72, 78, 166, 179, 181, 182, 193, 194, 197, 217, 218, 240, 248, 255, 256, 280, 283
Stal, P.L. 39
Stalenhoef, Mercedes 147, 277
Stapel, Jan 228
Stegge, Cecile aan de 12, 13, 34, 36, 58, 59, 72, 84, 85, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 103, 104, 109, 110, 112, 113, 118, 119, 125, 126, 130, 132, 136, 152, 218, 219, 220, 221, 227, 241, 246, 249, 250, 251, 255, 256, 278, 279, 282, 283, 284
Stevens, P. 188, 190, 191, 254, 274
Stoele, Silvia 203, 207, 214, 257, 279
Stolk, Rob 18
Sweet, Helen 23, 284
Szasz, Thomas 107, 108, 118, 284

T

Taverne, Ed 5, 17, 20, 33, 34, 35, 244, 283
Thiadens, A.J.H. 3, 66, 67, 69, 243, 244, 274
Tjebbes, J.A. ..... *Zie* Brink-Tjebbes, J.A. (Bien) van den
Tolsma, F.J. 88, 90, 126, 127, 133, 134, 148, 247, 248, 265, 266, 274
Tonkens, Evelien 15, 138, 143, 144, 145, 146, 147, 148, 152, 278, 284
Trimbos, C.J.B.J. (Kees) 97, 98, 106, 107, 117, 136, 249, 250, 274, 275

U

Uyl, (Kabinet) Joop den 204, 255
Uyl, Sjef den 3, 63, 199, 200, 201, 202, 205, 268

V

Vaessen, J.P. 71, 73, 74, 76, 78, 81, 179, 188, 240, 260
Veraart, J.B.M. 99, 101, 153, 219
Verbeek, C.A.M. (Kitty) 218, 219, 230, 255, 284
Vermaas, H. 124, 125, 126, 275
Vernède, C.H. 8, 9, 284
Verschoor, E. 3, 106, 126, 127, 128, 129, 134, 267, 269, 273, 275, 276
Vervloet-Jansen, Marion 213, 279
Verwey, J.A. (Janny) 212, 213, 226, 233, 264, 272
Vijselaar, Joost 83, 84, 89, 90, 107, 109, 113, 117, 118, 143, 279, 284
Vogel, S. (Sia) 208, 209, 210, 213, 276
Vries, J. de 128, 276

W

Waardenburg, Ton van 160, 273
Walter, Angelica 46
Weijers, Ido 17, 120, 143, 144, 284
Werenfridus, Broeder ..... *Zie* Sleijffers, Werenfried
Wesel, Johan 88, 247
Westerhuis, J. 85, 86, 87, 88, 90, 92, 96, 103, 110, 135, 246
Westerveld-Post, F.H.L. 3, 128, 243, 276
Weyde, J.A.G. van der 190
Wiegman, Nannie/Nanny 1, 8, 12, 45, 232, 281, 284, 285
Woudenberg, Helmert 134
Woudenberg, Henriëtte van 229, 279

Z

Zwols, Gré 12, 38, 58, 70, 285

Samenvatting

De Nederlandse verpleegkund(ig)e verkeerde tussen 1955 en 1988 in een diepe identiteitscrisis. Die was na de Tweede Wereldoorlog ontstaan door veranderingen in de maatschappij in het algemeen en de gezondheidszorg in het bijzonder. Deze studie betoogt dat de verplegende zich aan deze identiteitscrisis wist te ontworstelen door een eigen verpleegkundige theorie te ontwikkelen die zich richtte op het verplegen van 'de totale mens'. De invloed van verpleegkundige modellen uit Amerika was hierbij van groot belang. Dit proefschrift beschrijft de ontwikkeling in zes hoofdstukken, die corresponderen met de zes soorten verplegenden die bestonden tussen 1955 en 1988, respectievelijk: A-verpleegkundige in de algemene verpleegkunde, B-verpleegkundige in de psychiatrische verpleegkunde, Z-verpleegkundige in de verstandelijk gehandicaptenzorg en de niet veldgebonden Ziekenverzorgende, MBO-verpleegkundige en HBO-verpleegkundige. De studie is gebaseerd op een analyse van archiefstukken van onder meer het Ministerie van Onderwijs en Wetenschappen, het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, de Centrale Raad voor de Volksgezondheid, en de Inspecteurs van het Staatstoezicht op Krankzinnigen en Krankzinnigengestichten. Eveneens zijn besluiten en regelingen die betrekking hebben op de verschillende wetten op de verpleegkundige opleidingen bestudeerd. Veel aandacht is besteed aan relevante artikelen en ingezonden brieven die in onderhavige periode zijn verschenen in vaktijdschriften waarvan het *Tijdschrift voor Ziekenverpleging*, *KLIK. Maandblad voor de Zwakzinnigenzorg* en het *Tijdschrift voor Bejaarden- Kraam- en Ziekenverzorging* de belangrijkste zijn. Ook de vele lesboeken voor verpleegkunde in de periode 1955-1988 zijn als bronnen geanalyseerd op de taak, verantwoordelijkheid en identiteit van de verpleegkunde. Met deze aanpak wordt zowel een uitgebreide aanvulling als deels ook een nuancering geboden van het opvallend beperkt wetenschappelijk onderzoek dat tot nu toe naar de geschiedenis van de naoorlogse verpleegkunde in Nederland is verricht.

A-verpleegkunde
De onderzoeksperiode voor deze studie begint met de conferentie in Heelsum in 1955, waar vertegenwoordigers vanuit de gezondheidszorg in de volle breedte concludeerden dat de A-verpleegkunde op de schop moest om verdere devaluatie te voorkomen. Het niveau van de A-opleiding en de beroepsgroep daalde, omdat door een enorm verpleegsterstekort meisjes werden aangenomen die onvoldoende vooropleiding hadden. Het was daarom niet verwonderlijk dat de A-verpleegkunde zich nauwelijks kon ontwikkelen. In de praktijk waren het de arts en de hoofdzuster die de dienst uitmaakten. De leerling-verpleegster op de werkvloer moest hard werken in onmogelijke diensten. Zij moest veel huishoudelijk werk verrichten en bovendien verplicht intern wonen. Van een privéleven was weinig sprake. Meisjes met voldoende vooropleiding zouden wel gek zijn om voor zo'n baan te kiezen. Zij kozen liever voor werk op bijvoorbeeld een kantoor of in een winkel, waar geen onregelmatige diensten waren en waar ze op z'n minst de zondagen vrij waren. Daarentegen was het werken in de verpleging wel een manier om op geoorloofde wijze los te komen van het ouderlijk huis. Na diplomering hadden zij een gerespecteerde opleiding die zelfstandigheid en onafhankelijkheid bood.

(Leerling-)verpleegsters moesten wel veel van hun werk houden om het uit te kunnen houden in de algemene ziekenhuizen waarin zij niet veel te vertellen hadden. Toch vertoonden (leerling-)verpleegsters in de jaren vijftig al een emancipatiedrang door middel van het zenden van brieven aan de redactie van het *Tijdschrift voor Ziekenverpleging.* Daarin maakten zij hun ongenoegen kenbaar over het kaste-achtige regime in de ziekenhuizen, waarin de arts en de hoofdzuster bovenaan stonden. Deze brieven kregen in het *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* alle ruimte, maar in de praktijk van de verpleging veranderde weinig.

De artsen bleven dominante factors en de verplegenden voeren in hun kielzog mee zonder dat zij vanuit de eigen verpleegkundige discipline redeneerden. Verplegenden waren ‘de verlengde arm’ van de artsen, die steeds meer taken aan hen overlieten. Dat veroorzaakte bij de overheid echter grote discussies. Het Ministerie van Volksgezondheid had liever niet dat verpleegkundigen medisch-technische vaardigheden uitvoerden, zoals het aanprikken van een ader. De ontwikkelingen waren echter al zo ver doorgevoerd, dat terugdraaien bijna onmogelijk was.

Terwijl verpleegkundigen aan de ‘bovenkant’ werkzaamheden van artsen overnamen, werden tegelijkertijd aan de ‘zijkanten’ aspecten van hun traditionele takenpakket afgeknabbeld door (nieuwe) beroepsbeoefenaren in bijvoorbeeld de sociale, psychologische en agogische beroepen. Verpleegkundigen gingen als het ware in dienst staan van deze nieuwe beroepsgroepen. Gaf bijvoorbeeld een verpleegkundige eerst zelf de patiënt aanwijzingen hoe uit bed te komen na een hernia-operatie, nu moest zij een papier invullen om een fysiotherapeut te laten komen. Vanaf het midden van de jaren zestig namen ziekenverzorgenden aan de ‘onderkant’ de basiszorg en huishoudelijke werkzaamheden van de verplegenden over. De A-verpleegkundige zou hierdoor de handen vrij krijgen voor haar eigen werk, voor complexere taken. Het probleem was echter dat niet duidelijk meer was wat haar eigen werk was. Er gingen zelfs geluiden op dat de verpleegkunde geen identiteit had en geen toekomst zou hebben. Op verschillende niveaus ging men naarstig op zoek naar de afbakening van de taak, verantwoordelijkheid en identiteit van de verpleegkunde. In de jaren zeventig bleek, mede door de discussie of de verpleegkunde wel of niet een professie was, dat de verpleegkunde nog bestaansrecht had. Vooraanstaande verpleegkundigen gingen zich afzetten tegen de artsen en toonden aan dat de verpleegkunde oude papieren had. Zelfs de theorie van Florence Nightingale zetten zij daarbij in. In de discussies vormde de steeds terugkerende Amerikaanse Virginia Henderson een leidraad en houvast. Met het model van Henderson werden niet alleen de somatische basisbehoeften in beeld gebracht, maar ook de psycho-sociale en spirituele behoeften: ‘de totale mens’. Verpleegkundig Nederland kwam er achter dat met een eigen theorie/model een identiteit te vinden was. In de laatste aanpassing van de wet in 1986 ging de verpleegkunde dan ook uit van verpleegkundige visies en methodieken

In de zoektocht naar een beroepsidentiteit moesten A-verpleegkundigen ook rekening houden met de normen die ‘Europa’ ging stellen aan uitwisselbare diploma’s. Om Europees erkend te worden moest er heel wat gebeuren om de A-opleiding op Europees niveau te krijgen. Stapsgewijs ging dat lukken. Het diploma tot A-verpleegkundige kreeg Europese erkenning als ‘verantwoordelijk algemeen ziekenverpleger’, zoals de Europese verpleegkundige in de mannelijke vorm werd aangeduid. Dat is overigens opmerkelijk, want de mannelijke verpleegkundige was in het A-veld in een minderheidspositie, ook in Nederland. Wel kwam de verpleger in ons land, ondanks zijn getalsmatige minderheidspositie, verhoudingsgewijs vaker in hogere functies terecht dan zijn vrouwelijke collega. De mannelijke verpleegkundige maakte na de Tweede Wereldoorlog een proces van emancipatie door, in een vrouwenwereld. Die emancipatie ging wel ten koste van de vrouwelijke verpleegkundige en dat nog wel in een periode van de tweede feministische golf. Het eerste hoofdstuk poneert de vraag of dat kwam doordat ook vrouwen in traditionele rollenpatronen dachten, of doordat de inmiddels mannelijke staf in het benoemingsbeleid een voorkeur had voor mannen. Dit punt verdient zeker nader onderzoek.

B-verpleegkunde

De zoektocht naar de taak, verantwoordelijkheid en identiteit van de B-verpleegkunde was een heel andere dan in de A-verpleegkunde. Terwijl A-verpleegkundigen zich vooral wilden losmaken van de dominante arts, wilden B-verpleegkundigen juist aanhaken aan door

artsen/psychiaters ontwikkelde nieuwe behandelmethoden. Binnen wettelijke kaders had in 1959 een modernisering plaatsgevonden in de leerstof en het praktijkboekje van de B-opleiding. Sociotherapeutische werkzaamheden werden voorzichtig een onderdeel van de B-verpleegkunde. In het psychiatrische werkveld waren de vernieuwingen destijds met name in Wolfheze te signaleren. Geneesheer-directeur van Wolfheze Van der Drift startte in de jaren vijftig een sociotherapeutisch project dat in 1961 uitmondde in een sociotherapeutisch centrum, dat nu kleinschalig wonen zou heten. Van der Drift wilde de menselijke interactie in de groep therapeutisch inzetten. Daarvoor nam hij meisjes in dienst zonder verpleegkundige achtergrond. Op het gebied van therapeutische methoden was Van der Drift in de jaren vijftig een vooruitstrevende psychiater. Dat bleek ook uit zijn bijdragen aan lesboeken voor de B-opleiding. Tegelijkertijd bleef hij vasthouden aan medische, op de somatiek gerichte behandelmethoden. In het tweede hoofdstuk is dan ook naar voren gebracht dat Van der Drift via lesboeken moderne therapeutische methoden aan de B-verpleegkundige leerde, maar dat hij – tegenstrijdig genoeg – niet-verpleegkundigen in dienst nam voor zijn sociotherapeutisch project. Wolfheze kan gezien worden als een belangrijke schakel in de overgang naar een nieuwe tijd, waarin kritiek op het zogenaamde ‘medisch model’ groeide en hervormingsgezinden in de psychiatrie gingen pleiten voor een ‘sociaal model’.

Ook verpleegkundigen gingen zich inzetten voor zo’n sociaal model in de psychiatrie. In dit hoofdstuk is veel aandacht besteed aan de acties van Aktiegroep Willem in 1970. Deze actiegroep van (leerling-)verpleegkundigen uit de Willem Arntsz Hoeve in Den Dolder wilde vernieuwingen in de B-opleiding bewerkstelligen die vooral niet medisch gestoeld waren. Ze wilden graag dat hun beroepstaak minder exclusief gericht zou zijn op het bewaken van de hygiëne van patiënt en slaapzaal, het serveren van de maaltijd, het toedienen van medicijnen, of het helpen bij elektroshocks en isoleren. Ze wilden meer ruimte en gelegenheid om te praten met patiënten, om ‘menselijker’ met ze om te gaan, niet rond te lopen in uniform maar in gewone kleding – kortom, om (socio)therapeutisch bezig te zijn. De landelijke draagwijdte voor de acties was groot in de B-verpleging. De acties kregen bovendien de nodige media-aandacht. In de hedendaagse geschiedschrijving wordt een grote rol toebedacht aan de vernieuwing die Aktiegroep Willem teweeg gebracht zou hebben. In deze studie is die rol van de actiegroep genuanceerd. Achteraf gezien hadden de acties van Aktiegroep Willem hooguit een versnellende werking op veranderingen die al op het punt stonden doorgevoerd te worden. De actiegroep deinde mee op een beweging die al gaande was. In de jaren zestig vond al een ‘stille revolutie’ plaats in de psychiatrie. Van overheidswege waren toen al forse en vooruitstrevende veranderingen voor de B-verpleging aangekondigd, die in een rapport in 1969 waren vastgelegd. Nagenoeg al die veranderingen werden geïmplementeerd in wetgeving voor de B-verpleging van 1970 en 1975. Deze veranderingen in de B-verpleegkunde moeten gezien worden in het verlengde van zogenaamde antipsychiatrische tendensen die destijds in de psychiatrie opkwamen. De psychiatrische behandelmethoden moesten volgens vernieuwers anders en zeker niet gestoeld op een medisch model. Jan Foudraine was in Nederland toonaangevend. Zijn boek *Wie is van hout… Een gang door de psychiatrie* (1971) had een grote invloed in de B-verpleegkunde, hoewel het boek nauwelijks aandacht kreeg in het gezaghebbende *Tijdschrift voor Ziekenverpleging*.

De hang naar antipsychiatrische tendensen, of kritische psychiatrie, kreeg vanzelfsprekend niet direct aanhang van diegenen die vast bleven houden aan het medisch model. Zo kon het voorkomen dat de ene psychiatrische instelling vasthield aan een conservatief medisch model, terwijl in een andere inrichting een vergaand klimaat heerste van democratisering en experimenten in de behandelcultuur. De nieuwe lichting verplegenden pleitte voor meer democratie, maar drong zijn wil in de praktijk op een niet altijd even democratische wijze aan ‘ouderwetse’ collega’s op. Actievoerders, sympathisanten en gezaghebbende B-verpleegkundigen zagen de vernieuwingen op therapeutisch gebied als een

verrijking van de B-verpleegkunde. Toch heeft achteraf gezien juist het opnemen van nieuwe (socio)therapeutische taken een bijdrage geleverd aan de identiteitscrisis. Want behoorden die taken wel tot de B-verpleegkunde? Moest de B-verpleegkundige nog wel verpleegkundige heten? In het tweede hoofdstuk is de conclusie getrokken dat B-verpleegkundigen door het omarmen van het 'sociaal model' in de psychiatrie in een nieuwe verlengde arm-constructie terecht kwamen. Nu niet in die van de arts/psychiater die het medisch model aanhing, maar in die van de arts/psychiater die werkte in de geest van de antipsychiatrie. De antipsychiatrie was immers een ontwikkeling binnen de psychiatrische geneeskunde en niet binnen de verpleegkunde. Bovendien raakte de B-verpleegkundige in de verlengde arm van nieuwe beroepsbeoefenaren zoals de klinisch psycholoog. Hoewel B-verpleegkundigen zich in de tweede helft van de jaren zestig duidelijker gingen profileren, kwamen eind jaren zeventig de eerste geluiden van verpleegkundigen, zoals die van H. (Hendrik) Vermaas, om zich los te maken van de arts/psychiater en psycholoog. Pas met de wettelijke aanpassing van 1986 moest de B-verpleegkundige de psychiatrische patiënt vanuit verpleegkundige theorieën/modellen benaderen. Niet iedere verpleegkundige was hier gelukkig mee, maar het was wel de weg die leidde naar een eigen identiteit.

Z-verpleegkunde

De Z-verpleegkunde was vergeleken met de A- en B-opleiding een jonge opleiding. In 1958 riep een aantal instituten voor zwakzinnigenzorg een Z-opleiding in het leven, omdat de behoefte bestond eenduidigheid te krijgen in de verspreide huisopleidingen. Bijzonder is dat de Z-verpleegkunde al vanaf het begin niet gestoeld was op het medisch model, maar hoofdzakelijk op de pedagogiek en psychologie. Daarmee was de opleiding haar tijd ver vooruit. De praktijk was echter veelal nog niet aangepast aan die visie. Dat kwam omdat de leiding van afdelingen in handen was van A- en/of B-verpleegkundigen die nog in de medische traditie waren opgeleid. Rust, reinheid en regelmaat was het devies van deze verplegenden. Pas in de jaren zeventig gingen instellingen langzaamaan mee met de nieuwe pedagogische en psychologische inzichten. In 1977 kreeg de Z-opleiding een wettelijke status. Het derde hoofdstuk concludeert dat de Z-verpleegkundige zowel verpleegkundige was als ook pedagogisch medewerker. Twee opleidingen in de zwakzinnigenzorg werden toen samengevoegd: de Opleiding Pedagogisch Medewerker en de opleiding tot Z-verpleegkundige. Dat betekende dat na de eerste twee jaren een pedagogisch medewerker afgeleverd kon worden die zich na het derde jaar Z-verpleegkundige mocht noemen. Net als in de B-verpleegkunde kan hier de vraag gesteld worden of het hier nog wel om verpleegkunde ging, want tot de laatste wettelijke aanpassing in 1986 besteedde de Z-opleiding meer uren aan agogische vakken dan aan verpleegkunde.

De Z-opleiding was dus vooral op de pedagogiek gestoeld. De instelling voor zwakzinnigenzorg Dennendal, onderdeel van de Willem Arntsz Hoeve in Den Dolder, wilde onder leiding van de psycholoog Carel Muller juist van het pedagogiseringsbeleid af. Daar heerste een sfeer van antipedagogisering, omdat Muller en zijn navolgers vonden dat de zwakzinnige mocht zijn wie hij was. De Z-opleiding in Dennendal kon van de Vergadering van Directeuren van Instituten voor Zwakzinnigenzorg experimenteren met projectonderwijs waarbij niet de docent uitmaakte wat er geleerd moest worden. Het waren onderwerpen vanuit de praktijk die lesstof aandroegen. Zo kon het gebeuren dat leerlingen, naast het officiële curriculum, een werkstuk schreven over het verdunningsproject in Dennendal. In dat project hoefde de zwakzinnige zich niet aan te passen aan de maatschappij, maar de maatschappij aan de zwakzinnige. Zodoende vestigden zich mensen vanuit de 'gewone' maatschappij op het terrein van Dennendal. Hoewel de leerlingen degelijk werk afleverden, ging het toch mis. Examens werden door de directeuren afgekeurd omdat die door Dennendal zelf waren georganiseerd zonder officiële gecommitteerden. Het liep niet goed af met het

antipedagogiseringsbeleid van Carel Muller. Onder hevige maatschappelijke beroering ontruimde de Nederlandse overheid in 1974 de paviljoens van Dennendal en werd ook de experimentele Z-opleiding opgeheven.

Dennendal had echter het Z-veld wel wakker geschud. De verstandelijk gehandicaptenzorg was daarna niet meer dezelfde. Er kwamen democratiseringsprocessen in instellingen op gang en van lieverlee ook integratieprojecten voor mensen met een verstandelijke beperking. Met de wettelijke aanpassing in 1986 kreeg de Z-opleiding voor het eerst meer uren voor verpleegkunde dan voor agogische vakken. De verpleegkundige kant van de Z kreeg meer nadruk. In de leerstofomschrijving werd een plaats ingeruimd voor 'verpleegkundige theorieën' en zelfs voor 'verplegingswetenschappelijk onderzoek'.

Ziekenverzorging

Het vierde hoofdstuk over de ziekenverzorging laat zien dat de opleiding tot ziekenverzorger(st)er twee oorsprongen had. De ziekenhuizen bleken een wirwar aan statusloze hulpkrachten in dienst te hebben. De conferentieleden te Heelsum in 1955 opperden dan ook om voor de ziekenhuizen een opleiding tot Verplegings-assistente (VERA) te creëren om deze situatie in goede banen te leiden. Verpleeginrichtingen voor langdurig zieken hadden enkele jaren eerder een eigen ziekenverzorgstersopleiding gestart. Beide opleidingen waren bedoeld om de verpleegkundige te ontlasten van werkzaamheden rond de basiszorg en de huishouding. Het mes zou aan meerdere kanten snijden: én de A-verpleegkundige kreeg haar handen vrij voor complexere taken, én het verpleegsterstekort kon aangepakt worden, én de A-verpleegkunde zou behoed kunnen worden voor verdere devaluatie omdat lager opgeleiden konden 'uitwijken' naar de ziekenverzorging. De conferentieleden in Heelsum stelden voor om de ziekenverzorgstersopleiding in de verpleeginrichtingen in te laten passen in de opleiding tot VERA (en niet andersom). De voortvarende Voorlopige Verplegingsraad ontwierp een opleiding voor meisjes die toch ziekenverzorgsters gingen heten en niet VERA omdat de titel ziekenverzorgster meer aanvaardbaar was, naast de al bestaande gezins-, kraam- en kinderverzorgster.

Dat het anders ging lopen hadden de mensen in Heelsum en in de Verplegingsraad kennelijk niet voorzien. De kersverse ziekenverzorgende ging mede uit frustratie, vanwege haar ondergeschikte positie, in het grensgebied van de verpleegkundige werken zodat ziekenverzorgenden van overheidswege teruggefloten moesten worden. Tegelijk ging de ziekenverzorging zich ontwikkelen tot een eigen beroepsgroep, los van de verpleegkundige. De opleiding die bedoeld was om als assistente van de verpleegkundige te fungeren ging door de (dubbele) vergrijzing een eigen koers varen. De ziekenverzorgende werd een expert in het methodisch verzorgen en verplegen van ouderen en chronisch zieken, waarbij het voor kon komen dat verpleegkundigen hiërarchisch onder ziekenverzorgenden kwamen te werken.

Dit vierde hoofdstuk beschrijft hoe overheden vonden wat de ziekenverzorging moest inhouden. Relatief is er grote aandacht besteed aan J.A. van den Brink-Tjebbes. Die grote aandacht is gerechtvaardigd, want zij heeft gelijktijdig met haar werk om de ziekenverzorging verder te ontwikkelen een grote bijdrage geleverd aan de verpleegkunde in de volle breedte in Nederland. Daarnaast was zij de eerste Nederlandse die een eigen verpleegkundige theorie heeft ontwikkeld die voor de hele verpleegkunde, inclusief de HBO-V, een leidraad vormde in de lesboeken van de jaren tachtig. Haar theorie, die was ontwikkeld vanuit een 'lager' niveau binnen de verpleegkunde, namelijk de ziekenverzorging, was van grote invloed op de hele verpleegkunde. Van den Brink-Tjebbes was voor de Nederlandse verpleegkunde een onmisbare schakel in het vinden van de totale mens in de verpleegkunde, want door haar model met de achttien aspecten van zelfzorg kon op methodische wijze een totaal – psycho-sociaal-spiritueel-somatisch – beeld van de mens verkregen worden.

MBO-verpleegkunde
Voor het eerst in Nederland startten er in 1972 opleidingen tot verpleegkundige in het reguliere dagonderwijs. Binnen het middelbaar beroepsonderwijs opende de eerste MBO-V haar deuren in Eindhoven. Binnen twee jaar kwamen daar nog vier scholen bij. De MBO-V was bedoeld om de bovengenoemde inservice-opleidingen te vervangen zodat de problemen in de inservice-opleidingen zouden worden opgelost. Zo kon onder meer de leerling na de middelbare school direct de opleiding in zodat er geen gat was tussen het verlaten van de middelbare school en de toegestane aanvangsleeftijd voor de inservice-opleiding. De leerling mocht tijdens de stage leerling zijn, in plaats van een productieve werknemer zoals de inservice-leerling. Bovendien zou de MBO-V'er in alle velden ingezet kunnen worden. Het leek allemaal mooi, maar het liep anders. Van overheidswege waren de voorwaarden voor deze dagopleiding onvoldoende geregeld, zodat de MBO-V in een vacuüm bleef en de opleiding nauwelijks wist hoe zij verder moest. Bovendien bleek een driejarige MBO-V tekort om een breed opgeleide verpleegkundige op te leveren. De scholen wilden een vierjarige opleiding, zodat er meer praktijkervaring in alle velden opgedaan kon worden. De overheid wilde daar niet aan omdat de MBO-V moest opgaan in een nieuw te vormen middelbaar dienstverlenings- en gezondheidszorgonderwijs (MDGO). Doordat de MBO-V niet kon voldoen aan de eisen van een verpleegkundige, kreeg deze opleiding een degradatie. De opleiding ging verder als MDGO-Verpleegster/Verpleger. Deze MDGO-VP'er ging werken op het tweede deskundigheidsniveau, hetzelfde niveau als de ziekenverzorgende. De MBO-V heeft uiteindelijk ruim een decennium bestaan, maar als het aan de scholen zelf had gelegen zouden de MBO-V's van de jaren zeventig nog steeds hebben bestaan en had er medio jaren negentig de verpleegkundige op MBO-V-niveau zonder veel moeite in de nieuwe kwalificatiestructuur op niveau 4 gepast.

Dit vijfde hoofdstuk maakt duidelijk dat de MBO-V weliswaar een mislukt experiment was, maar dat in die tien jaar wel een belangrijke omslag werd gemaakt in het denken over de verpleegkunde. Deze opleiding heeft niet alleen laten zien dat verpleegkunde breed aangeboden kon worden via het beroepsonderwijs op een dagschool, dus niet via het inservice-onderwijs, maar ook dat de verpleegkunde aangeboden kon worden met behulp van andere disciplines. Hoewel de Z-opleiding ook uitging van onder meer pedagogiek, bood de MBO-V te Rotterdam de hele opleiding aan via de pijlers levensfasen van de mens en agogiek (pedagogiek, andragogiek, gerontagogiek). De medisch-verpleegkundige kennis en de sociaal-culturele vorming waren steunpunten. De MBO-V had geen traditie en de scholen konden in de experimentele beginfase dus een geheel eigen weg zoeken, wat zij dan ook deden. Dat betekende niet dat MBO-V'ers overal enthousiast werden ontvangen. Instellingen en inservice opgeleide verpleegkundigen waren niet altijd blij met deze nieuwe verpleegkundigen. Zij hadden weliswaar een brede kijk op de verpleegkunde, maar in het dragen van verantwoordlijkheden en het doen van verpleegkundige vaardigheden waren zij niet bedreven. MBO-V'ers moesten na diplomering dan ook een lange inwerkperiode krijgen eer zij op hetzelfde niveau hun werk konden doen als hun inservice-collega's in hun respectievelijke velden.

HBO-verpleegkunde
Hoewel veel geschiedschrijvers hier anders over denken, betoogt dit proefschrift dat de verpleegkundige door de invoering van de HBO-V uit de identiteitscrisis wist te komen. Er startten HBO-V's in Leusden en Nijmegen, gelijk met de eerste MBO-V te Eindhoven in 1972. Het was voor het eerst dat er een verpleegkunde kwam op het niveau van een hogere beroepsopleiding. Anders dan de MBO-V kreeg de HBO-V van overheidswege de juiste voorwaarden om een goede start te maken. Weliswaar was er een zoeken om de verpleegkunde op HBO-niveau aan te bieden, maar het lukte. De voorbereidende Commissie

HBO-V rapporteerde in 1969 een degelijk onderzoek op basis van de vraag hoe de verpleegkunde er uit zou moeten zien. Dit rapport betekende een cesuur in de verpleegkunde. De verpleegkunde kreeg wetenschappelijke ambities.

Vanaf het begin ging de HBO-V uit van eigen verpleegkundige modellen. Met behulp van zo'n model kon op methodische wijze – door bevraging of er zelfzorgtekorten waren op psycho-sociaal-spiritueel-somatisch gebied – een verpleegkundige diagnose gesteld worden ofwel 'de totale mens' in beeld worden gebracht. Toen begon ook duidelijk te worden dat de amerikanisering definitief de verpleging had bereikt. De eerste lesboeken voor de HBO-V waren bijvoorbeeld vertaalde lesboeken uit Amerika, die onder meer uitgingen van Virginia Henderson. In de jaren tachtig kreeg de Nederlandse Van den Brink-Tjebbes in HBO-lesboeken weliswaar tijdelijk navolging bij De Jong en Kerstens, maar ook deze auteurs gingen in een tweede druk over op een uit de VS afkomstige theorie van Dorothea Orem. Met behulp van (bijvoorbeeld) Orem kon klip en klaar worden aangegeven wat tot het beroepsdomein van de verpleegkundige behoorde en wat niet.

Thema's

(Bijna) elk hoofdstuk in dit proefschrift staat stil bij de thema's verpleegtechnische vaardigheden, het eten/de maaltijd en het sterven/de dood. Dat is gedaan om te zien hoe de verpleegkundige praktijk zich ontwikkelde in de drieëndertig jaar die dit proefschrift beschrijft. In het geval van bijvoorbeeld de venapunctie en het inbrengen van een perifeer infuus kwam goed naar voren dat deze vaardigheden niet in de basisopleiding werden geleerd, maar wel door verpleegkundigen in de praktijk werden uitgevoerd. Hoewel deze vaardigheden een klein onderdeel vormden van de praktische verpleegkunde, gaven deze wel de meeste discussies. Overheden hadden liever niet dat verpleegkundigen deze vaardigheden uitvoerden, terwijl verpleegkundigen ze in hun basisopleiding wel geleerd wilden hebben. Zelfs voor het katheteriseren van de blaas bij een man waren overheden terughoudend, terwijl die handeling 'vanouds' door de verpleegkundige werd gedaan.

Een schijnbaar eenvoudig onderwerp als het eten/de maaltijd maakte duidelijk hoe (opvattingen over) de verpleegkundige praktijk zich ontwikkelde tussen 1955 en 1988. Rondom de maaltijd ontstond van lieverlee een verdere arbeidsdeling. Aan de hand van het eten/de maaltijd was goed te volgen dat verpleegkundigen in plaats van functioneel/handelingsgericht naar methodisch verplegen volgens een verpleegmodel gingen werken. Het eten kreeg aandacht als de patiënt een zelfzorgtekort op dat gebied had. Bij het verplegen van een stervende was er ook een ander soort ontwikkeling te zien. Werkte de verpleegkundige bij het sterven van een patiënt eerst vooral intuïtief, somatisch, functioneel en handelingsgericht (stervenshulp), vanaf de jaren zeventig ging zij ook begeleidend werken (stervensbegeleiding). Dat kreeg zij geleerd door het inzetten van andere disciplines, zoals de sociale wetenschappen en de geesteswetenschappen.

Het Verpleegkundig Beroepsprofiel van 1988 vormde het eindpunt van deze studie. Alle verantwoordelijkheden, taken en verrichtingen en kennis en vaardigheden werden hierin opgenomen. Ook kwam er een onderscheid in het functioneren op het eerste en tweede deskundigheidsniveau. Het beroepsprofiel betekende een houvast voor de opleidingen, want aan de hand hiervan konden eindtermen geformuleerd worden. Verpleegkundigen konden zelf bepalen vanuit welke verpleegkundige theorie zij wilden denken en handelen. In lesboeken was het aanbod dan ook niet beperkt tot één theorie.

Het Verpleegkundig Beroepsprofiel van 1988 vermeldde bijvoorbeeld dat het voor de verpleegkundige beroepsuitoefening nodig was dat er kennis en inzicht moest zijn in modellen en theorieën, ontwikkeld met betrekking tot het verplegen. Dit proefschrift toont aan dat hiermee de verpleegkundige en de ziekenverzorgende onafhankelijk van de arts en nieuwe beroepsgroepen hun eigen taken en verantwoordelijkheden konden afbakenen. Met andere

woorden de verpleegkundige had haar identiteit gevonden. Met een eigen theorie/model kon de verpleegkundige en ziekenverzorgende de totale mens in beeld krijgen door hem te bevragen op zelfzorgtekorten op psycho-sociaal-spiritueel-somatisch gebied. Dat lijkt anno 2016 logisch, maar het heeft na de Tweede Wereldoorlog wel tot 1988 geduurd voordat verpleegkundigen en ziekenverzorgenden zich daadwerkelijk los hadden gemaakt van beroepsbeoefenaren die voorheen bijna de ondergang betekenden van de verpleegkunde.

Summary

Dutch nurses and nursing in general experienced a major identity crisis between 1955 and 1988. In the aftermath of the Second World War, this crisis arose both through societal changes in general and through developments in healthcare in particular. This dissertation argues that the nurse managed to wrestle free from this identity crisis through the development of a nursing theory that aimed at nursing the 'total human'. In this process, nursing models from the United States played a large influential role. This dissertation describes this development in six chapters, corresponding to the six types of nurses that existed in the Netherlands between 1955 and 1988, these being: A-nurse in general (somatic) nursing, B-nurse in psychiatric nursing, Z-nurse in developmental disability nursing and the nurses across all fields: the healthcare assistant, MBO-nurse (secondary vocational) and HBO-nurse (higher vocational). This study is based on an analysis of the archival documents from the Ministry of Education and Science, the Ministry of Health, Welfare and Culture, the Central Council for Public Health and the State Supervision Inspectors for the Insane and Insane Asylums [Staatstoezicht op Krankzinnigen en Krankzinnigengestichten]. In addition, the study examined decisions and regulations that relate to the different laws affecting nursing courses. A great deal of attention was given to relevant articles and submitted letters that appeared in professional journals at the time, in particular the *Tijdschrift voor Ziekenverpleging*, *KLIK. Maandblad voor de Zwakzinnigenzorg* and the *Tijdschrift voor Bejaarden- Kraam - en Ziekenverzorging*. The many nursing textbooks in the period 1955-1988 were analysed as sources for the task, responsibility and identity of nursing. This approach offers both an extensive addition and a nuance to the surprisingly limited availability of scientific research into the history of post-war nursing in the Netherlands.

A-nursing (general somatic nursing)
The research period for this study begins with the Heelsum conference in 1955, where representatives from the healthcare industry concluded with great consensus that the A-nursing sector had to be re-organised to avoid further devaluation. The level of the A-education and of the educated nurses was dropping, due to the fact that a severe staff shortage led to the hiring of girls with inadequate pre-education. In this context A-nursing was barely able to develop. In practice, the doctor and head nurse were in charge. At the same time, the nurse in training was expected to put in a lot of hours in near-impossible working shifts. She was tasked with performing a great deal of household chores and to top this all off, she had to reside at the work location. Having a private life was hard to come by. Girls who did have sufficient pre-education were wise enough not to choose this line of career. Instead, they preferred a career in an office or a shop; a setting devoid of irregular shifts where they enjoyed their Sundays off. However, being employed as a nurse was a allowed way of breaking the 'shackles' of the parental home. After graduating, the nurses finished a respectable course that offered them both independence and self-sufficiency.

(Student)-nurses just required one thing; a great passion for their line of work to counter-act being at the bottom of the hierarchy. Still, (student)-nurses in the 1950s already felt the urge to emancipate by means of sending letters to the editorial board of the *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* (Nursing Magazine). In these letters, they expressed their discontent at the caste-like regime in the hospitals; a regime that favoured the doctor and the head nurse. The magazine received these letters with open arms, but nothing much changed in practice. The doctors remained the dominant players and the nurses just tagged along without reasoning from their own nursing discipline. Nurses were an 'extension' of the doctors, who left them with more and more tasks. This flared up some heavy debate within the government. The Ministry for Public Health was not entirely keen on nurses performing medical-technical

tasks such as pricking a vein. However, these developments had continued long enough for a reversal to be near impossible.

While nurses took over some tasks from doctors at the 'top' spectrum of their role, new medical practitioners in the fields of social, psychological and agogic care increasingly took over the tasks at their 'sides'. Nurses, as it were, increasingly worked in service of these new professions. Whereas a nurse would formerly instruct a patient on how the latter should leave his bed after a hernia surgery, the nurse would now fill out a form to call for a physiotherapist. From the late sixties onwards, healthcare assistants at the 'bottom' took over basic medical care and household tasks from the nurses. This was done to alleviate the workload for the A-nurse, granting her more time for her own work and for more complex tasks. However, no one was too sure anymore what a nurse's 'own work' actually was. A discussion was brewing that nursing had lost its identity, and its future. People hastily scrambled at various levels to define the task, responsibility and identity of nursing. In the seventies it became apparent, partially due to the discussion if nursing was an actual profession, that nursing was still a legitimate practice. Prominent nurses began to defy the doctors, showing that they, as nurses, knew a thing or two. There was no hesitation to use the theory of Florence Nightingale for that purpose. The American citizen Virginia Henderson was a guide and cornerstone throughout these times. Using the Henderson model, the somatic basic needs were mapped out, as well as the psycho-social and spiritual needs. 'The total human'. The Dutch nursing industry quickly found that an identity could be gained by developing an own theory/model. The last legislative change in 1986 therefore had the nursing industry basing itself on nursing visions and nursing methods

In this quest for a professional identity, A-nurses had to account for the standards 'Europe' would set for exchangeable diplomas. In order to gain European acknowledgement, plenty was left to do to get the A-course at a European level. They would get there, step by step. The diploma to be an A-nurse received European recognition as a ‘responsible general nurse’: indicated in Dutch as ‘verantwoordelijk algemeen ziekenverpleger’, which refferred to its male form. This is something remarkable, however, given how the male nurse was a minority position in the A-field, including in the Netherlands. That said, despite its numerical inferiority, the male nurse in the Netherlands managed to find its way to higher positions at a comparatively higher rate than his female counterpart. Following the Second World War, the male nurse underwent an emancipation process inside a woman-governed world. This emancipation did take place at the expense of the female nurse, during a second wave of feminism at that time. The first chapter postulates the question if this happened because women also based themselves on traditional men/women role models, or because the predominantly male staff in the appointment committees simply favoured men. This is worth further investigation.

B-nursing (psychiatric nursing)

The quest for the task, responsibility and identity of B-nursing was vastly different from A-nursing. While A-nurses mostly sought to break free from the dominant doctors, B-nurses wished to actually make gain a foothold by making use of newly developed treatments by doctors/psychiatrists. Within legal frameworks, a modernisation took place in 1959 within the theory and practice books of the B-courses. Socio-therapeutic tasks slowly and gradually became a part of B-nursing. Within the psychiatric field, these innovations were at that time mostly observable in Wolfheze. The medical director of Wolfheze Van der Drift began a socio-therapeutic project in the 1950s that culminated in a socio-therapeutic centre in 1961; something we would now refer to as small-scale living. Van der Drift aimed to use human interaction as a therapeutic tool. For that purpose, he employed girls without any background in nursing. In the 1950s, Van der Drift was a pioneering psychiatrist when it came to

therapeutic methods. This was also evident in his contributions to textbooks for the B-courses. At the same time, he continued to rely on medical, somatically-aimed treatment methods. The second chapter therefore explains how Van der Drift used his textbooks to provide B-nursing with modern therapeutic methods, but that personally he employed non-nursing staff for his socio-therapeutic project. Wolfheze can be regarded as a major link in the transition to a new era, an era within which criticism on the so-called 'medical model' grew and reformists in psychiatry began to plead for a 'social model', instead.

Nurses, too, began to actively campaign for such a social model in psychiatry. This chapter pays considerable attention to the actions by Aktiegroep Willem in 1970. This action group by (student)-nurses from the Willem Arntsz Hoeve in Den Dolder aimed to achieve innovations in the B-courses that were not based on medicine. They wanted to see their profession tasked less with safeguarding a patient's hygiene, serving the meal, administering medicine, or assisting with electroshocks and isolation. Instead, they wanted more opportunity to simple converse with patients, to interact with them in a more 'human' way, to not prance around in a uniform but in regular clothes - in short, to be active in a (socio)therapeutic way. National support for these actions was great amongst B-nurses. In addition, the actions received plenty of media attention. Contemporary historiography attributes a great deal to the innovations that Aktiegroep Willem was supposedly responsible for. This study puts some nuance on the role of this action group. In hindsight, their actions at most accelerated the changes that were already inevitable. The action group surfed the wave of a movement that had already begun. A 'silent revolution' took place in the 1960s. The government already announced far-reaching and progressive changes for B-nursing, recorded in a 1969 report. Nearly all of these changes were implemented in the legislation for B-nursing in 1970 and 1975. These changes in B-nursing were in line with the trends of the so-called anti-psychiatry that flared up in psychiatry at the time. According to reformists, psychiatric treatments were in need of revision and they should certainly not be based on a medical model. Jan Foudraine was very prominent in the Netherlands. His book *Wie is van hout… Een gang door de psychiatrie* (1971) largely influenced the B-nursing, while the book barely garnered any attention whatsoever in the influential *Tijdschrift voor Ziekenverpleging*.

The drive for anti-psychiatric trends, or critical psychiatry, did not gain much sympathy from those who stuck to the medical model. It was thus not uncommon for one psychiatric institute to cling to a conservative medical model, while another institute was saturated by a far-reaching climate of democratisation and experiments in the treatment culture. This ‘new’ nurses plead for more democracy, but in practice they did not convey their will to 'old-fashioned' co-workers in that same democratic way they vied for. Activists, sympathisers and influential B-nurses saw the innovations on a therapeutic level as being enriching to B-nursing. Still, in hindsight, the inclusion of new (socio)therapeutic tasks contributed more to the identity crisis. After all, did these new tasks even belong to B-nursing? Would the B-nurse still go by its title of nurse? The second chapter concludes that by embracing a 'social model' in psychiatry, B-nurses ended up within a new, extended arm construction. Not as the extended arm of the doctor/psychiatrist that adhered to the medical model, but as the one of the doctor/psychiatrist who supported the anti-psychiatric movement. After all, anti-psychiatry was a development within psychiatric medicine and not within nursing. In addition, the B-nurse began to serve as the extended arm of new professional practitioners like the clinical psychologist. While B-nurses began to assume a more prominent role in the second half of the 1960s, the first discussions arose by nurses like H. (Hendrik) Vermaas in the late seventies to detach from the doctor/psychiatrist and psychologist. It was not until the legislative change of 1986 that the B-nurse had to approach the psychiatric patient from nursing theories/models. This did not please every nurse, but it was the beginning of a road leading to an own identity.

Z-nursing (developmental disability nursing)
Z-nursing was a young course compared to the A and B versions. In 1958, a number of institutes for people with developmental disabilities set up Z-training because there was a demand for clarity in the diffuse home training courses. It is quite remarkable that Z-nursing from its very start was not based on the medical model, but rather on pedagogy and psychology. This put the training well ahead of its time. However, the actual working-floor was far from being adjusted to that vision. This was mostly due to departmental management still being controlled by A and/or B nurses who still adhered to the medical tradition. These nurses followed a doctrine of peace, purity and frequency. It was not until the 1970s that institutes slowly began to adapt to the new pedagogic and psychological insights. The Z-training received legal status in 1977. The third chapter concludes that the Z-nurse was both a nurse and held a teacher function. Two training courses in the care for the people with developmental disabilities were combined: the Pedagogical Worker course and the Z-nurse course. This meant that after the first two years, a pedagogical worker could be deployed who would then be able to refer to him or herself as a Z-nurse in the third year. Similar to B-nursing, we can ask the question if this still involves nursing, as right until the last legislative change in 1986, the Z-course spent more hours on agogic subjects than on actual nursing.

The Z-course thus focused mostly on pedagogy. On the initiative of director Carel Muller, the institute for the people with developmental disabilities Dennendal, part of the Willem Arntsz Hoeve in Den Dolder, actually wanted to get rid of the pedagogic policy. They worked in an atmosphere of anti-pedagogy, given how Muller and his followers were of the opinion that people with developmental disabilities could be whoever he/she pleased. The Z-course in Dennendal was granted the freedom by the Meeting of Institute Directors for the Developmental Deficiency Nursing to experiment with project-based teaching, where it was no longer the teacher who decided what needed to be taught. Subjects from daily practice were what supplied subject matter. This allowed for students, next to the official curriculum, to write an essay about the thinning project in Dennendal. This project entailed that people with developmental disabilities needed not adjust to society, but society had to adjust to the people with developmental disabilities. As such, people from within 'normal' society settled on the Dennendal terrain. While the students did a good job, the project still failed. Exams were rejected by the directors because they were organised by Dennendal itself without any official delegates. Carel Muller's anti-pedagogy policy did not end well. Pressured by severe societal unrest, the Dutch government evacuated the Dennendal pavilions in 1974 and the experimental Z-course was terminated.

However, Dennendal did manage to shake up the Z-field of nursing. This field would never be the same again. More democratisation processes went underway in the institutes; eventually followed by integration projects for people with developmental disabilities. The legislative change in 1986 ensured that for the first time, the Z-course was allocated more hours for nursing than agogic subjects. More focus was placed on the nursing side of Z training. The subject matter reserved room for 'nursing theories' and even for 'nursing scientific research'.

Healthcare assistance
The fourth chapter shows that the course for healthcare assistants (ziekenverzorgenden) has two paths of origin. The hospitals appeared to have a maze of aids employed without any status. Conference members in Heelsum 1955 raised comments to create a course for Nursing assistants (VERA), so the hospitals could orderly manage this situation. A few nursing institutes for the prolonged ill had started a healthcare assistant course of their own several years earlier. Both courses were designed to take away some of the workload for nurses when

it came to basic care and household tasks. The benefits would be on all sides: the A-nurse would win more time for more complex tasks, the shortage of nurses would be remedied, and the A-nurse would be shielded from further devaluation because those with lower credentials could move to healthcare assistance. The conference members in Heelsum suggested to have the healthcare assistance course in the nursing institutes fit into the VERA course (instead of vice versa). The diligent Voorlopige Verplegingsraad (Preliminary Nursing Council) designed a course for girls who would be titled healthcare assistants (‘ziekenverzorgster’) instead of VERA given how the former title would be more acceptable next to the already existing family and maternity assistant (‘gezins- en kraamverzorgster’).

Things passed much differently than the people in Heelsum and the Nursing council originally expected. The freshly educated healthcare assistant began to operate in the scope of the nurse; mostly out of frustration because of her subordinate position. The government was ultimately left with no option but to blow the whistle. Simultaneously, healthcare assistance began to develop into an own professional group, separate from nursing. The course that was meant to act as an assistant to the regular nurse began to plot its own course because of the (doubly) aging society. The healthcare assistant became an expert in the methodical nursing and caring for the elderly and chronically ill, creating situations where nurses were actually subordinate to healthcare assistants.

This fourth chapter describes how the government quested to ascertain what healthcare assistance should be about. Quite some attention was paid to J.A. van den Brink-Tjebbes. Indeed, this attention was justified, as she greatly contributed to nursing in the Netherlands in its full breadth whilst at the same time further developing healthcare assistance. What is more, she was the first Dutch person to develop a nursing theory that served as a guiding principle in 1980s lecture for the whole of nursing, including HBO-V. Her theory, developed from a 'lower' level within nursing, namely the level of healthcare assistance, was of large influence on the whole of nursing. For Dutch nursing, Van den Brink-Tjebbes was an essential link in finding the ‘total human’ in nursing, as her model with the eighteen aspects of self-care allowed for a methodical total (psycho - social - spiritual - somatic) image of the human being.

MBO-nursing (nursing across all fields, secondary vocational)

For the first time in the Netherlands, nursing courses were launched as part of the regular full-time attendance system in 1972. Secondary vocational education saw its first MBO-V open in Eindhoven. Within two years, four more schools were added to that list. The MBO-V was meant to replace the above-mentioned inservice-courses in a bid to solve the issues that were rampant in them. For example, students who finished secondary education could enrol in the course immediately, negating the gap between leaving secondary education and the mandatory entitlement age for the inservice-course. The student was allowed to be a student during internships rather than a supposed full-fledged employee that the inservice student was expected to be. Furthermore, the MBO-V graduate could be employed across all fields. It all sounded great in theory - but reality turned out different. From a government position, the conditions for this full-attendance course were insufficiently arranged, placing the MBO-V in a vacuum with the course not knowing how to proceed. Besides, a three-year MBO-V course proved incapable of producing widely-oriented nurses. The schools wanted a four-year course, allowing for students to gain more practical experience across all fields. The government was not too keen on this, because the MBO-V had to be incorporated into a future secondary service and healthcare education system (MDGO). Because the MBO-V could not meet the demands of a nurse, the course was relegated. The course continued as MDGO-Nurse. This MDGO-VP nurse proceeded on a so-called secondary expert level, the same level as the healthcare assistant. The MBO-V existed for over a decade, but were it up to the

schools, the MBO-V's of the 1970s would still exist to this day and the MBO-V level nurse would have easily integrated into the new classification system at level 4 in the mid-90s.

This fifth chapter elaborates on the MBO-V being somewhat of a failed experiment, but argues that the ten years of its existence contributed greatly to how nursing was perceived. This course showed that not only could nursing be offered in a wide spectrum through vocational education at full-time attendance institutes, instead of inservice education, but that it could additionally be offered with the help of other disciplines. While the Z-course also based itself on pedagogy, the MBO-V in Rotterdam offered the entire course by using the pillars stages of life and agogics (pedagogy, andragogy, gerontagogy). The medical-nursing knowledge and social cultural training were important supports. MBO-V lacked tradition, enabling schools in the experimental phase to find their own paths, and they definitely did so. With that said, by no means were MBO-V graduates accepted everywhere with great enthusiasm. Institutes and inservice trained nurses did not always appreciate these new nurses. Indeed, they carried a broad view on nursing, but when it came to bearing responsibility and actual nursing skills, they were far from experts. After graduating, MBO-V workers were subject to a lengthy training period before being able to operate on the same level as their inservice co-workers in their respective fields.

HBO-nursing (nursing across all fields, higher vocational)

While many historians would think otherwise, this dissertation argues that the nurse managed to wrestle free from her identity crisis by the advent of HBO-V. HBO-V institutes were set up in Leusden and Nijmegen, the same time as the first MBO-V in 1972. For the first time, nursing was taught at a higher vocational level. Different from MBO-V, the HBO-V received adequate conditions from the government to be off to a good start. Indeed, it took some searching to get nursing available at a higher vocational level, but it was successful. The preliminary Commission HBO-V drafted a report in 1969, posing the question what nursing should actually look like. The report signalled a paradigm shift in nursing. Nursing was now dealing with scientific ambitions.

From the very first moments, HBO-V based itself on nursing theories and models. It then became clear that the Americanisation had definitively reached nursing. For example, the first textbooks used in HBO-V were translated books from America based on the likes of Virginia Henderson. In the 1980s, the Dutch Van den Brink-Tjebbes temporarily found her way into HBO textbooks with the authors De Jong and Kerstens, but these two also moved on to a theory by the American Dorothea Orem in the second edition. Using (for instance) Orem, it was clear-cut what belonged to the professional domain of the nurse and what did not.

Themes

(Nearly) every chapter in this dissertation has focussed on the themes of nursing skills, eating/meals and dying/death. This was done to see how the nurse developed herself in the thirty-three years that this thesis spans. For instance, tasks like venepuncture and applying a peripheral IV revealed that these skills were not taught in basic training, but nurses did perform them in practice. While these skills were but a small part of practical nursing, they were amongst the things most discussed. Governments were not very keen on nurses performing these skills. The government even kept a reserved stance when it came to the catheterisation of a man's bladder, a task that was 'traditionally' part of the nurse's portfolio.

A seemingly simple theme like eating/meals made it obvious how (perceptions of) nursing in practice developed between 1955 and 1988. A further division of labour began to surround the meal. Eating/the meal clearly showed that nurses moved from nursing functionally or action-oriented, towards nursing methodically according to a nursing model. The eating itself received attention if the patient had a self-care deficit on that front. There

was also a different kind of development visible when nursing a terminally ill patient. Whereas the nurse originally worked intuitively, somatically, functionally and action-oriented when nursing a terminally ill (terminal aid), from the 1970s onwards they also began to work in a more supportive fashion (terminal care). They were taught this by using other disciplines like social sciences and the humanities.

The Nursing Professional profile of 1988 was the endpoint of this study. All responsibilities, tasks, operations, knowledge and skills were included in it. It also distinguished between functioning on the primary and secondary expert level. The nurses were able to determine for themselves which nursing theories they wished to apply. Textbooks therefore were not limited to just one theory.

For instance, the Nursing Professional profile of 1988 mentioned that professional nursing practice required knowledge and insight into models and theories that were developed for nursing. This thesis has demonstrated that this allowed the nurse and the healthcare assistant to define their own tasks and responsibilities; irrespective of the doctor and new professional groups. In other words, the nurse had found her identity. Using an own theory/model, the nurse and healthcare assistant were able to gain a detailed picture of the total human by questioning him for self-care deficits on psycho-social-spiritual-somatic fronts. This makes sense in 2016, but after the end of World War II it took until 1988 for nurses and healthcare assistants to finally wrestle free from professional workers that nearly signalled the end to nursing.

Curriculum vitae

Koos Duivesteijn-Ockeloen (1952) geboren en opgegroeid in Bleiswijk, volgde in het Flevohuis te Amsterdam de opleiding tot ziekenverzorger (1974) en in het Sint Franciscus Gasthuis te Rotterdam de opleiding tot A-verpleegkundige (1990). Aansluitend deed hij de Kaderopleiding Gezondheidszorg (1992) bij de Hogeschool Rotterdam, waarna hij in met name verpleeg- en verzorgingshuizen kaderfuncties vervulde. In 2006 kreeg hij de Verklaring om les te kunnen geven in het beroepsonderwijs en volwasseneducatie. Vanaf die tijd geeft hij les aan studenten in het middelbaar beroepsonderwijs binnen de branche gezondheidszorg. Hij studeerde Algemene Cultuurwetenschappen aan de Open Universiteit, waar hij in 2003 zijn doctorandustitel behaalde met een scriptie over de remonstranten in Bleiswijk (1610-1865). Vanaf 2010 werkte hij als buitenpromovendus aan de Open Universiteit aan het onderhavige promotieonderzoek naar de taak, verantwoordelijkheid en identiteit van de verpleegkunde in de periode 1955-1988.