

Lekenpraatje Cecile aan de Stegge over GEKKENWERK, 16 maart 2012, 16.00 uur, Aula Minderbroedersberg, Universiteit Maastricht

Geachte aanwezigen,

Ik dank u allen hartelijk dat u naar Maastricht bent gekomen om de openbare verdediging van mijn proefschrift bij te wonen. Eerst mag ik gedurende één kwartier proberen u duidelijk te maken welke vragen ten grondslag lagen aan mijn onderzoek, met welke methoden ik het heb uitgevoerd, en welke conclusies het resultaat zijn.

Ik begin met een mededeling over het historisch gewicht van 16 maart. Het is vandaag op de kop af 175 jaar geleden dat geneesheer Schroeder van der Kolk te Utrecht de redevoering hield waarin hij de verwaarlozing van krankzinnigen in ons land aan de kaak stelde. In deze lezing wond Schroeder van der Kolk nergens doekjes om. Hij vertelde hoe hij als arts krankzinnigen had gezien die gedurende vijftig jaar aan één stuk in een klein en donker hok opgesloten hadden gezeten, waar nooit frisse lucht of zon binnenkwam. Ook had hij een krankzinnige vrouw meegemaakt wier gewrichten door het strakke vastbinden zodanig waren vergroeid dat zij niet meer kon lopen. Waarom, zo vroeg hij zich af, bestonden er in ons land wél genootschappen die zich het lot van bejaarden, armen of gevangenen aantrokken, maar géén die dergelijke levensomstandigheden van krankzinnigen verbeterden. Verdienen de krankzinnigen niet bij uitstek de zorg van hun medemensen, omdat zij vanwege het verlies van hun Rede *buiten* hun schuld 'als een schip zonder roer door hun hartstogten heen en weer werden geslingerd?'. Sedert hij door de modernisering van het Willem Arntsz Huis ervaren had dat hij krankzinnigen bij een betere behandeling kon genezen drong hij aan op een Krankzinnigenwet die het oprichten van 'geneeskundige gestichten' zou bevorderen. Schroeder benadrukte echter dat ook in geneeskundige gestichten een medische handeling pas effect zou krijgen in combinatie met een 'doelmatige psychische behandeling'. Onder dat laatste verstond hij naast gesprekken concrete interventies die het bestaan van krankzinnigen menswaardiger maakten: het aanbrengen van een wc waardoor zij niet langer in hun eigen vuil hoefden te liggen; de verlossing uit hun ellendige cellen zodra dat maar mogelijk was; het gezamenlijk aan één tafel eten of het samen wandelen in de tuin.

Nu naar mijn onderzoek. Om het proces van beroepsvorming van de verpleging te traceren richtte ik mij op drie dimensies van het 'beroep' van 'oppassers en oppasseressen', dat geleidelijk zou veranderen in 'psychiatrische verpleegkunde'. Ik bestudeerde de totstandkoming en ontwikkeling van de verpleegopleiding, de arbeidsmarkt voor mensen met dit diploma en de manier waarop de verplegenden omgingen met hun patiënten. De vier onderzoeksmethoden die ik gebruikte zijn: archiefonderzoek, literatuuronderzoek, het afnemen van een enquête en het afnemen van aanvullende interviews.

DE OPLEIDING

Om de opleiding in kaart te brengen verzamelde ik de achtereenvolgende drukken van *alle* Nederlandse handboeken die vóór 1980 zijn uitgegeven in de verpleging van krankzinnigen en zenuwzieken of in psychiatrische verpleegkunde. Tot 1960 bleken deze vrijwel uitsluitend van de hand van geneeskundigen. Ik heb mij uitvoerig met deze medisch geschoolde auteurs beziggehouden

en hun boek, hun overtuigingen en hun carrière beschreven. Ik ging na of de opvattingen van deze opleiders ook doorklonken in de vergaderingen van Examen Commissies, vooral die van de *Nederlandsche Vereeniging voor Psychiatrie en Neurologie*, omdat deze vereniging de grootste opleider was. De gestichtspychiaters bleken meer van verplegenden te eisen dan het verrichten van op somatiek gerichte verpleegtechnische handelingen. Verplegers en verpleegsters moesten symptomen en beloop van elk destijds bekend psychiatrisch ziektebeeld kunnen herkennen, er objectief over kunnen rapporteren, met patiënten en artsen kunnen omgaan en tevens tactisch manoeuvreren tussen patiënten met uiteenlopende karakters, ziektebeelden en maatschappelijke achtergronden.

Inzake de wettelijke regelgeving rond de verpleegopleiding bleek het de psychiatrie tot ver na de Tweede Wereldoorlog grote moeite gekost te hebben om toegang te krijgen tot het beleidsorgaan dat ging over wijzigingen in de Wet tot Wettelijke Bescherming van het Diploma Ziekenverpleging, omdat het Staatstoezicht op Krankzinnigen en Krankzinnigengestichten nog was ingebed bij de afdeling Armenzorg op het Ministerie van Binnenlandse Zaken.

De handboeken, notulen en de opwinding van psychiaters over hun ondervetegenwoordiging in bepaalde commissies leerden mij dat de meeste Nederlandse gestichtsartsen en/of psychiaters die zich inzetten voor de opleiding of positionering van verplegenden de integrale visie op geneeskunde van Schroeder van der Kolk onderschreven. Zij onderkenden het belang van bredere dan strict *medische* kennis voor de verpleging, maar wilden het primaat van de medische wetenschap boven andere niet prijsgeven. Bovendien werden zij het onderling niet eens over de vraag *welke* sociale wetenschap voor de verpleging het nuttigst zou zijn. De een vestigde de nadruk op de psychologie en de sociologie, de ander op de pedagogie. Toen de verplegenden zèlf zich emancipeerden, bleek dat dezen de diverse sociale wetenschappen niet zozeer beoordeelden op hun fundamentele inzichten, als wel op de bruikbaarheid van de instrumenten die ze voortbrachten ten dienste van het begeleiden van patiënten.

ARBEIDSMARKT. *Deze foto heb ik op de kaft van mijn proefschrift geplaatst om verpleger Willem Wilschut te eren. Hij drukt echter tevens exact uit wat ik over de psychiatrische verpleegkunde in Nederland te melden heb: in dit vak werkten evenveel gediplomeerde verplegers als verpleegsters en het merendeel van de patiënten lag doorgaans niet in bed.*

Ik heb voor diverse meetmomenten uitgerekend hoeveel verplegers en verpleegsters in de psychiatrie werkzaam waren. Betreffende de periode 1910-1920 merkte ik dat enkele enquêtes van de *Nederlandsche Bond voor Ziekenverpleging* nooit eerder op het onderscheid tussen leerlingen en gediplomeerden waren doorgerekend. Dat leek mij wèl nuttig voor iemand die een proces van beroepsvorming moet traceren. Omdat ik wist dat 80 procent van de leerlingen in de psychiatrie voor 1920 vrouw was, had ik verwacht dat anno 1920 ook ongeveer 80 procent van de *gediplomeerde staf* vrouw zou zijn. Dat bleek niet het geval. De enquêtes toonden aan dat anno 1920 45 procent van de gediplomeerde staf in de psychiatrische inrichtingen *man* was, terwijl dit percentage in 1930 reeds gestegen was naar 48 procent. Het gevoerde personeelsbeleid was dus geenszins gericht op het weren van verplegers, zoals Boschma in 1997 had gesteld. Alvorens met dit nieuws naar buiten te treden wilde ik echter wel zeker weten of de trend zich in het vervolg van de 20^{ste} eeuw had voortgezet. Dat bleek geen sinecure, want de Inspectie had tussen 1938 en 1969 geen jaarverslagen uitgebracht. Op een gegeven moment vond ik in het Nationaal Archief de resultaten van een

enquête uit 1937 omtrent het aanname- en ontslagbeleid in de psychiatrische inrichtingen. Deze toonde aan dat in veel inrichtingen anno 1937 al méér gediplomeerde mannen in dienst waren dan vrouwen. Veel verpleegsters moesten onmiddellijk na het behalen van hun diploma zelfs vertrekken naar een algemeen ziekenhuis, omdat de directies die mannelijke kostwinners niet wilden of konden ontslaan. Hoewel de verplegers de verpleegsters dus lelijk dwars zaten, omdat door hun aanwezigheid op een vaste aanstelling onvoldoende geld resteerde om ook de vrouwenafdelingen met gediplomeerden te bezetten, had hun aanwezigheid ook positieve effecten. Zowel de beginnelingen als de ervaren verplegers hadden namelijk de neiging zich te organiseren. Zij strenden voor de Wet tot Wettelijke Bescherming van het Diploma en voor betere arbeidsvoorwaarden en leverden zo een mooie bijdrage aan de positieverbetering van de gehele Nederlandse verpleging. Hun langduriger dienstverband binnen de directe patiëntenzorg verleidde de bedachtzaamste mannen daarnaast tot reflectie op hun contact met patiënten. Het zijn vooral mannen geweest die het psychiatrisch verpleegkundige vak hebben beschreven. Zij presenteerden het gedurende de jaren zestig/zeventig als een vak met een overwegend agogische en maatschappelijk georiënteerde identiteit. Tezelfdertijd ijverden vooraanstaande dubbel-gediplomeerde verpleegsters voor een integrale dagopleiding in verplegen (het zg. één-diplomastelsel). Ook deze vrouwen leverden een bijdrage aan de emancipatie van de verpleging in bredere zin.

OMGANGSVORMEN

Ik heb de omgangsvormen tussen psychiatrisch verplegenden en hun patiënten door de tijd heen getraceerd aan de hand van drie thema's waarover in de psychiatrie nog steeds veel wordt gediscussieerd. De instructies en het feitelijk gedrag van verplegenden in reactie op seksuele uitingen van patiënten; in geval van zelfmoord(pogingen) en bij de toepassing van dwangmiddelen. Deze thema's heb ik gekozen omdat ze in de oudste *Gids voor Oppassers in Krankzinnigengestichten* al voorkwamen als thema's waarover de auteur iets extra's had op te merken. Daarnaast heb ik ze gekozen omdat ik ermee kon aansluiten op het werk van de Nederlandse socioloog Cas Wouters. In het boek *Van minnen en sterven* (1990) zette deze uiteen dat naar zijn mening het civilisatieproces zoals beschreven door Norbert Elias niet soepel verloopt, doch met horten en stoten gepaard gaat. Aan de hand van onder meer de omgang tussen artsen en verplegenden met stervende patiënten zette Wouters uiteen dat er af en toe een fase optreedt waarin alle etiquette in beweging lijkt te zijn, terwijl deze gevolgd wordt door een fase waarin de regels weer eenduidig worden. De fasen waarin de omgangsvormen in ons land in beweging waren (het einde van de negentiende eeuw, de jaren twintig en de jaren zeventig) betitelde Wouters als fasen van 'informalisering van omgangsvormen'. Deze fasen identificeerde hij door te letten op twijfels omtrent de zin van oude gedragsregels rond een te kiezen thema en aan de mate waarin de emoties rond dat thema opliepen. Ook werd er in zulke perioden geëxperimenteerd met andere omgangsvormen en waren voor- en achterhoedes aan te wijzen. Rond het sterven concludeerde Wouters op basis van tijdschriften en handboeken dat artsen en verplegenden tot de voorhoede behoorden. Omdat zij beroepshalve vaak met stervenden in contact kwamen, durfden zij *tien jaar eerder* een open gesprek aan over de dood dan de rest van de maatschappij.

In mijn proefschrift stel ik vast dat zich ook in de psychiatrische verpleegkunde tijdens het Interbellum en in de jaren zeventig een golf van informalisering heeft voorgedaan, vooral op het gebied van existentiële thema's als seksualiteit en zelfmoord. Van deze twee thema's kies ik vandaag de zelfmoord als voorbeeld. Rond het einde van de negentiende eeuw werden verplegenden haast

als vanzelfsprekend ontslagen wanneer een patiënt zich tijdens hun dienst van het leven had beroofd. De vaste regel in de leerboeken luidde dat 'zij patiënten met een doodswens NOOIT alleen mochten laten'. Zij mochten deze dus evenmin isoleren. Om dit laatste te voorkomen werden zelfs speciale waakkamers aangelegd bij de verpleegposten. Door de eeuw heen werd vervolgens eerst de lijst van potentiële 'zelfmoordwapens' die de verplegenden zouden worden aangerekend korter. Vervolgens erkenden de artsen dat zij níet tegelijkertijd een 'open deur systeem' konden aanhangen én pretenderen dat zij in een psychiatrische inrichting elke zelfmoord konden voorkomen. Bovendien erkenden vooruitstrevende artsen dat een doodswens begrijpelijk kon zijn. Een enkeling waarschuwde dat bij belangrijke beleidswijzigingen in de inrichting terdege op potentiële zelfmoordenaars gelet moest worden. Daartoe verwachtten zij van de verpleging een steeds verfijnder observatie- en signaleringsvermogen. Dezen dienden hun patiënten zó goed te kennen dat zij wisten welke gedragingen iemand wezensvreemd waren en konden duiden op het voornemen tot zelfmoord. De grote groepen patiënten uit die tijd in aanmerking nemend lijkt mij dit een zware opdracht te zijn geweest. Onder invloed van de informalisering werd dit type waarschuwingen in de turbulente jaren zeventig en tachtig ingeruild tegen een gedifferentieerder beleid aangaande zelfdoding, waarin de patiënt in kwestie en diens existentiële probleem nadrukkelijk werd meegewogen. De zeer expliciete bezorgdheid voor het alleen laten van potentiële zelfmoordenaars vond ik niet meer terug. Omdat die oude waarschuwingen mij inmiddels vertrouwd waren geworden vond ik het belangwekkend, in latere publicaties te lezen dat het aantal zelfmoorden in de jaren zeventig hoog opgelopen was. Dit niet alleen met het oog op de betrokken patiënten en hun nabestaanden, maar ook met het oog op de betrokken verplegenden zelf, omdat inzake zelfdoding ook alle naargeestige taken nog steeds op het bord van de verpleging lagen.

Inzake de toepassing van dwangmiddelen vond ik de informalisering het minst duidelijk terug. Dat komt misschien omdat de rol van de psychiater bij de existentiële thema's wat diffuser was, terwijl de verantwoordelijkheid van een psychiater inzake dwangmiddelentoeepassing wettelijk vastlag, doch die van de verplegende niet. Allereerst maakte het onderzoek mij duidelijk dat de Nederlandse psychiaters onder invloed van de Engelse arts Conolly meer moeite hadden met het *vastbinden* van patiënten dan met hun opsluiting in een cel. Toen de psychiaters niet langer het gevoel hadden dat zij een patiënt als een hond opsloten wanneer zij deze isoleerden, omdat zij de isoleerhokken op de binnenplaatsen hadden laten vervangen door *single rooms* binnen de afdelingen, kregen zij minder moeite met 'afzondering'. Maar het was de psychiater die wettelijk gezien de eindverantwoordelijkheid droeg voor het besluit tot toepassing van dwangmiddelen, voor de uitvoering ervan en voor de registratie. Verplegenden waren slechts zijn verlengde arm. In mijn proefschrift beschrijf ik dat de handboekauteurs veel tekst besteedden aan het inprenten van verplegenden dat zij bij voorkeur níet met dwangmiddelen of isoleercellen moesten werken, maar dat de opleiders in de praktijk er juist vanuit gingen dat elke verpleegkundige alle vaardigheden rond dwangtoepassing beheerste. In tijden waarin een idealistische psychiater aantrad die tegen het isoleren tekeer ging was er steeds korte tijd sprake van een alom oplevend besef dat isoleren een patiënt kon schaden. Ook patiënten als Mevr. Stuten-te Gempt, Fré Dommissie, en Corry van Eijk-Osterholt hadden in dit opzicht een enorm bereik. Het was echter verbazingwekkend te moeten constateren dat het tot 1983 heeft geduurd voordat iemand op het idee kwam dat het voortdurend inzakken van het besef van de ernst van isoleren (iets wat vaak bleek uit het slecht bijhouden van een dwangmiddelenregistratie) wel eens zou kunnen liggen aan het feit dat de verpleegkundige beroepsbeoefenaar nooit met zoveel woorden was genoemd op registratieformulieren en/of in de

wet. Pas nadat ex-patiënt Frits Koetser dit had vastgesteld kwam de druk op verplegenden in een stroomversnelling terecht. Nu werden zij meer en meer verantwoordelijk gehouden, zonder daadwerkelijk eindverantwoordelijk te zijn.

CONCLUSIE

Dames en heren, ik keer terug naar Schroeder van der Kolks visioen. Het doel waarvoor de verpleegopleiding ooit werd nagestreefd, te weten liefderijke zorg aan mensen die onberekenbaar of gevaarlijk geacht worden, is in de laatste 175 jaar door de introductie van de verpleegopleiding wel een stapje dichterbij gekomen, maar zeker nog niet bereikt. Naar mijn mening zal dit doel naderbij komen als de verpleegkundige een eenduidiger verantwoordelijkheid op het gebied van de dwangmiddelen krijgt toegewezen en daarop ook kan worden afgerekend. De eerste stap daartoe is gezet. In december 2008 stelde de Inspectie vast dat de wijze van uitvoering van separatie een verantwoordelijkheid van de verpleging moet worden en dat daar ook een bezettingsnorm bij hoort. Dat was een geheel nieuw geluid. Het zou heel mooi zijn als die voorgenomen regelgeving in de nabije toekomst werd afgerond. In december 2011 verscheen echter een nieuwe nota van de Inspectie. Daaruit bleek dat het terugdringen van separaties op dit moment stagneert. Het woord 'verpleegkundige' komt in die laatste nota sporadisch voor; het woord 'behandelaar' des te vaker. In het licht van alles wat ik verteld heb stel ik voor de term verpleegkundige weer te gebruiken. Wie wil dat deze groep mensen van een collectief 'functionarissen' verandert in een groep verantwoording nemende individuen moet deze eerst bij de naam noemen en hen een reële verantwoordelijkheid geven. In dat geval zal de verpleegkundige beroepsgroep waarschijnlijk rap tot het besef komen dat het hoog tijd is voor een experiment met begeleide afzondering, in elk geval voor suïcidale patiënten, en ten tweede voor een landelijk geldende verpleegkundige norm rond de toepassing van dwangmiddelen en isoleren. Zo'n gedragen beroepsnorm is dan ook weer een mooie volgende stap in het nog lopende professionaliseringsproces.