

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

Samenvatting



Koos Duivesteijn-Ockeloën

Rotterdam, februari 2016

Het proefschrift heeft ISBN-nummer: 978-90-9029488-9

Omslag 'De Doek' | Christina de Vos (tekening) | Antoon Duivesteijn (foto)

Het proefschrift is verschenen op de website van het Florence Nightingale Instituut: www.fni.nl/onderzoek en op www.proefschriftenverpleegkunde.nl U kunt een PDF-exemplaar ge-e-maild krijgen: ockel.duiv@kpnmail.nl

Samenvatting (zoals opgenomen in het proefschrift)

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 onttrekken 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 ‘zijanten’ 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 ziekenverzoekers 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 Actiegroep 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 Actiegroep Willem teweeg gebracht zou hebben. In deze studie is die rol van de actiegroep genuanceerd. Achteraf gezien hadden de acties van Actiegroep 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 Foudraïne 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 lichte 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 gecommiteerden. 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 verantwoordelijkheden 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 perifere 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.