



Eva Rensman en Leonie van den Schoor



Zuster over de vloer Thuiszorg, toen en nu



Colofon

Zuster over de vloer – Thuiszorg, toen en nu

Uitgave van Stichting Else, Bunnik, www.stichting-else.nl

Tekst:

Eva Rensman, Utrecht, www.evarensman.nl

Leonie van den Schoor, Stuk Producties, Nijmegen, www.stukproducties.nl

Vormgeving:

Drukkerij Libertas, Bunnik, www.libertas.nl

ISBN 978-90-811448-0-3

Bunnik, september 2013



© Wil je iets uit dit boek gebruiken?

Neem dan even contact op met Stichting Else en de auteurs.

Inhoud

8

Verpleegsters, po's en ontsmettingsovens
Het Witte Kruis tussen 1875 en 1900

16

Verstoorde lucht en smetstof
Besmettelijke ziekten in de 19de eeuw



27

Aafke Gesina van Hulst (1868 – 1930)
Pionier in de wijkverpleging

38

Wit, Groen, Wit-Geel en Oranje-Groen
De kruisverenigingen tussen 1900 en 1940

51

Bakeren en bloemschikken
De opleiding tot kraamverzorgster

55

Volksvijand nummer één
De kruisverenigingen en tuberculose

66

De Tweede Wereldoorlog
De kruisverenigingen tussen 1940 en 1945

71

Het paradepaardje van de kruisvereniging
Het consultatiebureau



85

Riet Stoop (1928)
Kraamverzorgster in de jaren 50 en 60

96

Recht op gezondheid
De kruisverenigingen tussen 1945 en 1970

111

AKTIE!
Professionalisering en emancipatie van de
wijkverpleegkundige



115

Jacqueline de Vries (1950)
Wijkverpleegkundige op de barricades

124

De DKTP-cocktail
Het Rijksvaccinatieprogramma

130

Kruiswerk wordt thuiszorg
De kruisverenigingen van 1970 – nu



143

Aart Pool (1944)
Eerste man in de wijkverpleging

154

Zielzorg en psychosociale vaardigheden
De opleiding tot verpleegster



166

Susanne Schrauwen (1964)
Coördinerend wijkverpleegkundige

176

De wijkverpleegkundige van NU

182

De verzorgende van NU

Het Groene Kruis lied, geschreven door ds. Fleischer, 1910. Bij het 10-jarig bestaan van de verenigingen van het Groene Kruis.

Groene Kruislied

Liefd', uit Medelij geboren
En door Wijsheid groot gebracht,
Heeft zich 't Groene Kruis verkoren
En doen worden tot een' macht.

In Noord-Hollands groene weiden
Blonk de zon van 't Witte Kruis,
Deed veel droeven zich verblijden,
Bracht weer hoop in 't smartehuis.

Maar de and're tien gewesten
Koesterden zich niet in 't licht
Van die Liefde, tot ten lesten
't Groene Kruis werd opgericht.

Toen gold het, te wagen,
Te beuren en dragen,
En moedig probeeren,
En dapper zich weren,
En spotten met moeite,
En spotten met strijd.

Toen gold het, te slagen
In weinige dagen,
Elk wapen hantereen
Om 't Kruis te vermeeren,
En stout te herwinnen
verlorenen tijd.

Liefde heeft het werk gedreven,
Bloemen op het Kruis gestrooid;
Wijsheid heeft de kracht gegeven
En het groote werk voltooid.

Honderd-vijftig-duizend braven
Schaarden zich om 't Groene Kruis,
Off'ren gul en graag hun gaven
In Hygeia's heilig huis.

Vroede mannen, sterkt uw' handen!
Kloeke vrouwen, werkt toch voort!
Draagt uw Kruis naar alle landen,
Plant uw vaan in ieder oord!

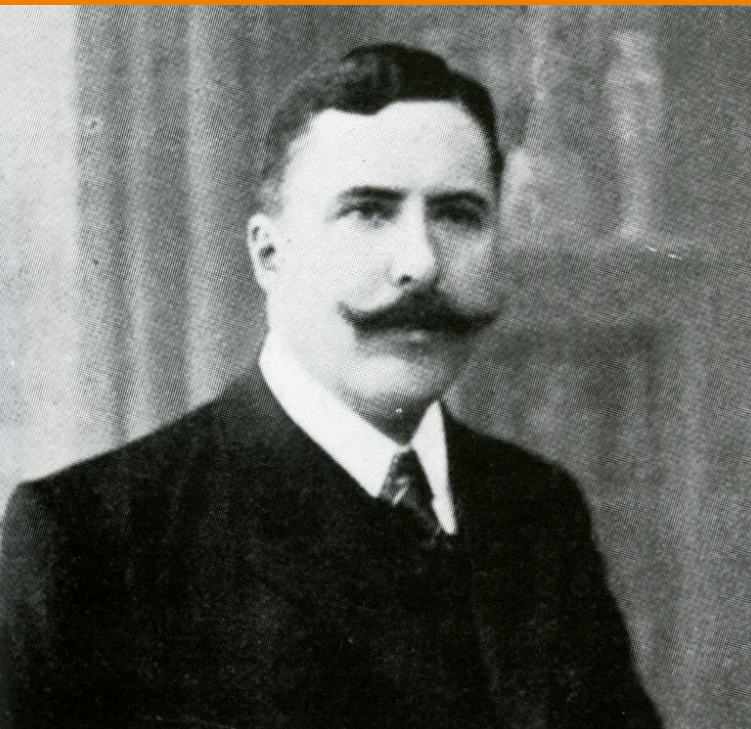
**Verpleegsters, po's en
ontsmettingsovens**

Het Witte Kruis

tussen 1875 en 1900



Jacobus Penn, oprichter Witte Kruis



Wilhelm Poolman, oprichter Groene Kruis

In 1875 richtte de arts Jacobus Penn het Witte Kruis op, een vereniging 'ter Afwering van Epidemische Ziekten en tot Hulpbetoon tijdens Epidemieën'. Het was de eerste grote professionele organisatie voor verpleging aan huis in Nederland. De eerste lokale afdeling werd opgericht in Hilversum en niet lang daarna kwamen er afdelingen in verschillende andere plaatsen in Noord-Holland. Tot 1900 bleef het Witte Kruis, dat alleen actief was in Noord-Holland, de enige kruisvereniging in Nederland. Daarna ontstonden er andere, landelijke kruisverenigingen die in vrijwel elke stad en dorp in Nederland een lokale afdeling hadden.

Penn was erg onder de indruk van het Rode Kruis, dat tien jaar eerder was opgericht om hulp te bieden aan slachtoffers van oorlogen. Hij noemde zijn vereniging daarom het Witte Kruis. Net als het Rode Kruis was het Witte Kruis neutraal. Iedereen kon lid worden, ongeacht zijn godsdienst of levensovertuiging.

Het Witte Kruis was niet de eerste organisatie die zich richtte op verpleging aan huis. In 1843 was de Nederlandse vereniging voor Ziekenverpleging opgericht in Amsterdam, die spullen zoals bedden en po's uitleende en die 'pleegzusters' in dienst had. Er waren ook religieuze organisaties met verpleegsters die vooral arme mensen thuis verpleegden.

Epidemieën

Eind negentiende eeuw was het niet best gesteld met de gezondheid van de meeste Nederlanders. De industrialisatie was in volle gang, mensen trokken naar steden om in de nieuwe fabrieken te werken. Steden werden voller en leefomstandigheden werden slechter. Veel mensen woonden in te kleine, vochtige huizen zonder verwarming, frisse



Straat in de Amsterdamse wijk Uilenburg, ook bekend als Jodenbuurt, 1910. De krotten in de wijk werden in de jaren twintig gesloopt.

lucht of schoon water. Riolering was er niet, meerdere mensen deelden één wc.

Drinkwater werd bij een pomp gehaald en vuil lag in grote hopen op straat, inclusief mest en uitwerpselen.

In deze omstandigheden grepen epidemieën om zich heen. Wie ziek werd en geen geld had, had pech. Er waren ziekenhuizen, maar daar bleven mensen zo lang mogelijk weg. De zalen waren vol, de zorg was slecht, de bedden waren vies, artsen konden weinig omdat de medische kennis beperkt was. De kans dat iemand er levend uit kwam, was niet groot. Rijke mensen waren beter af. Zij betaalden verpleegsters die hen aan huis verpleegden en lieten zich zelfs thuis opereren.

Onzedelijk

De Nederlandse overheid bemoeide zich tot eind negentiende eeuw nauwelijks met de volksgezondheid. Gezondheid, zo luidde het standpunt, was een privézaak. Dat kwam deels door het politieke systeem. Door het censuskiesrecht mochten alleen mannen stemmen die belasting betaalden en dus rijk waren. Zij kozen voor liberale regeringen, die vonden dat de overheid zich zo min mogelijk met het leven van inwoners moest bemoeien. Hun uitgangspunt was dat iedereen verantwoordelijk was voor zijn eigen lot. Daarnaast was de medische wetenschap nog niet ver ontwikkeld. De kennis van ziekte en gezondheid was beperkt. Veel mensen gingen er vanuit dat gezondheid een kwestie was van regelmatig, nijver en rechtschapen leven. Ze zagen hun ideeën bevestigd doordat besmettelijke ziekten vooral om zich heen grepen in armere buurten. Dat kwam, zo werd gedacht, doordat veel armere mensen ongezond, onhygiënisch en vooral onzedelijk leefden. Het was met andere woorden hun eigen schuld dat ze ziek werden.



Eenkamerwoning zonder wc en badkamer, Tweede Looiersdwarstraat Amsterdam, 1928

Modernisering

In de loop van de negentiende eeuw ontwikkelde de medische kennis zich in een razend tempo. Van steeds meer ziektes werd de oorzaak ontdekt. Onderzoek maakte duidelijk dat leefomstandigheden een belangrijke rol speelden bij het verspreiden van ziekten. Zo liet onderzoek zien dat cholera werd verspreid door besmet drinkwater. Omdat in arme buurten geen waterleiding was en iedereen uit dezelfde pomp dronk, kon de ziekte zich daar snel verspreiden. Een groep artsen die zich de hygiënisten noemden, drong er bij de Nederlandse overheid op aan maatregelen te nemen om de volksgezondheid te verbeteren. Ook Penn, de oprichter van het Witte Kruis, hoorde bij deze groep.

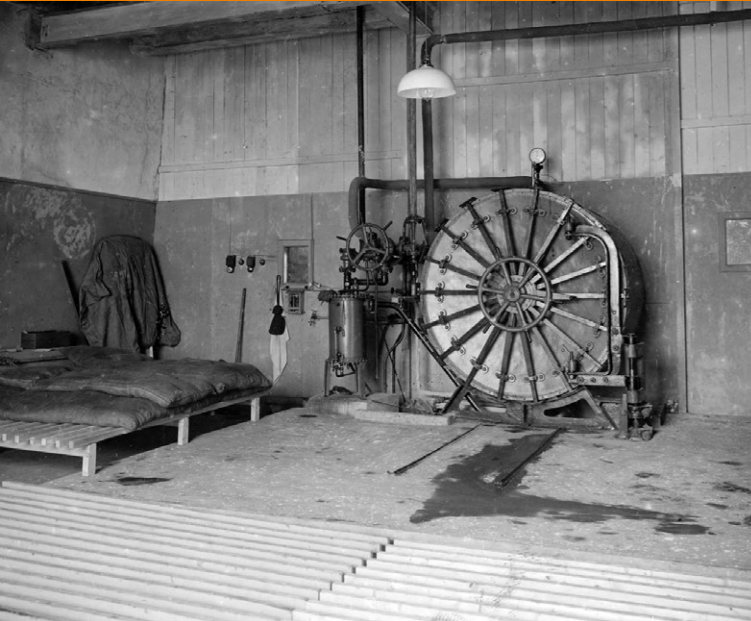
In 1872 werd de Wet Besmettelijke Ziekten aangenomen. Gemeenten waren voortaan verantwoordelijk voor het bestrijden van epidemieën. Zij moesten besmettingen melden aan de provincie en maatregelen nemen om verdere besmetting te voorkomen. Ook werd in de wet geregeld dat alle schoolkinderen werden ingeënt tegen de pokken, een inenting die toen net bestond. Tegelijkertijd werden er maatregelen genomen om de omstandigheden van arbeiders te verbeteren. In 1874 werd het Kinderwetje van Van Houten aangenomen, waardoor kinderen tot 12 jaar niet meer in fabrieken mochten werken.

Eieren, vlees en wijn

Penn en zijn medeoprichters van het Witte Kruis ging het allemaal niet snel genoeg. De overheid bleef te laks, vonden zij. Een ander probleem was de houding van de bevolking. Er was steeds meer kennis over gezond leven en het voorkomen van ziekten, maar veel mensen namen die niet serieus. Ze hechtten meer waarde aan bijgeloof. Het was heel normaal om nooit in bad te gaan en huizen werden niet gelucht omdat mensen dachten dat kou voor ziektes zorgde.

Hier trok het Witte Kruis tegen ten strijde. Vanaf 1881 was het officiële doel het verlenen van hulp bij epidemieën en gewone ziektegevallen en het bevorderen van algemene gezondheidsbelangen.

Voor het eerste doel nam het Witte Kruis verpleegsters in dienst die zieke leden van de vereniging thuis verpleegden. Het vak verpleegster was in die tijd nieuw, er was geen landelijke opleiding voor. Het verschilde per ziekenhuis welke taken een verpleegster had. In sommige ziekenhuizen waren verpleegsters een groot deel van de dag aan het schoonmaken. Om zeker te zijn van goed opgeleid personeel richtte het Witte Kruis in 1879 een eigen opleiding voor ziekenverpleegster op. Twee jaar later studeerden zeven vrouwen af. Het Witte Kruis verzamelde ook spullen die leden bij ziekte konden lenen. Bedden bijvoorbeeld en po's. Dit was hard nodig, want veel mensen waren zo arm dat ze niet eens voldoende geld hadden om een bed aan te schaffen. Het zorgde ook meteen voor een probleem: veel spullen werden na lening niet meer ingeleverd. Sommige afdelingen gaven zieken en hun familie ook eten: eieren, vlees, melk, wijn en ijs, om op wonden te leggen. De Ziektewet was er nog niet. Wie ziek werd, had geen inkomen. Extra voedsel was daarom erg welkom.



Ontsmettingsoven



Controleur neemt stand thermometer op na de ontsmetting

Ontsmettingsoven

Voor haar tweede doel, het bevorderen van de algemene gezondheidsbelangen, oefende het Witte Kruis druk uit op de overheid, vooral op gemeenten. Zo drong de afdeling Amsterdam er bij de gemeente op aan een waterleiding aan te leggen vanuit de duinen, waar het grondwater zuiver was. Die waterleiding is er uiteindelijk ook gekomen. In andere gemeenten werden mestvaalten langs de openbare weg opgeruimd, stilstaande sloten afgesloten en riolering aangelegd. Ook liet de vereniging in 1894 een grote ontsmettingsoven bouwen in Alkmaar. In deze oven werden spullen ontsmet van mensen die leden aan tbc, tyfus, difterie, roodvonk en kanker. Van al deze ziekten werd gedacht dat ze besmettelijk waren. De spullen werden met hete stoom gereinigd.

Niet iedereen was zonder meer overtuigd van de nieuwe inzichten. Dat bleek bijvoorbeeld toen Noord-Holland aan het einde van de negentiende eeuw met een malariaplaag kampte. Veel mensen werden ziek en overleden. Sommige gemeenten namen maatregelen, bijvoorbeeld door stilstaand water te dempen zodat de malariamug geen broedplaats meer had. De gemeente Texel weigerde iets te doen. Dat was op Texel namelijk overbodig: de zeelucht zou alle besmettelijke ziekten tegenhouden.

Het Witte Kruis groeide na de oprichting snel en het aantal activiteiten nam toe. Maar veel leden kreeg de vereniging voorlopig niet. Er ontstonden daarom financiële problemen. In 1888 leende het Witte Kruis van verschillende particulieren via een premielening in totaal 675.000 gulden, een ongekend hoog bedrag in die tijd. Dit geld werd onder meer gebruikt voor de bouw van een herstellingsoord in Hilversum en meerdere ontsmettingsovens.



De ontsmettingsinrichting van het Noord-Hollandse Witte Kruis in Hilversum, ca. 1910

**Verstoorde lucht of
smetstof**

**Besmettelijke ziekten
in de 19de eeuw**

Cholera, pokken, tyfus, dysenterie, roodvonk, difterie. Allemaal ziektes die nauwelijks meer in Nederland voorkomen. En als ze al voorkomen, zijn ze goed te behandelen.

Dat was twee eeuwen geleden heel anders. Nederland werd met regelmaat geplaagd door epidemieën van besmettelijke ziektes die duizenden slachtoffers eisten. Zo overleden in de negentiende eeuw ruim twintigduizend Nederlanders door pokken, bijna vijftwintigduizend door tyfus en bijna zestigduizend door cholera. Daarnaast leden veel meer mensen aan ziektes als dysenterie, roodvonk, tuberculose, difterie en geslachtsziekten.

Al die epidemieën zorgden voor angst. Angst om besmet te raken als er een epidemie heerste en angst dat er weer een nieuwe zou komen als de epidemie eindelijk over was. Die angst speelde een grote rol bij de oprichting van het Witte Kruis in 1875. De oprichter van het Witte Kruis, de arts Jacobus Penn, vond dat de Nederlandse overheid te weinig deed om dreigende epidemieën tegen te houden. Met het Witte Kruis zette hij de Nederlandse regering maar vooral gemeenten onder druk om maatregelen te nemen. Vaak met succes: onder druk van de kruisvereniging besloten gemeenten riolering en waterleiding aan te leggen en zorgden ze voor schonere straten.

Miasma

In die tijd was nog onduidelijk waardoor ziektes werden veroorzaakt. Veel mensen zagen ziekte als een straf van God. Artsen hadden twee theorieën voor de verspreiding van besmettelijke ziekten: miasma en contagio.

Volgens de theorie van miasma werden ziektes veroorzaakt door een giftige stof in de lucht of de grond die miasma werd genoemd. Miasma kon ontstaan door plotselinge veranderingen:



Een patiënt met vlektyfus wordt een ambulance in gedragen. De ambulancebroeders dragen beschermende kleding. Rotterdam, 1919.

een aardbeving bijvoorbeeld, maar ook noodweer of baggeren. Een belangrijk kenmerk van miasma was dat het stonk. Aanhangers van deze theorie zagen hygiëne als de beste manier om verdere verspreiding van ziekten te voorkomen. Riolering en waterleiding waren daarin een eerste stap. Daarnaast moesten tijdens epidemieën straten worden schoongemaakt met veel water en werden huizen maar ook meubels en kleren van zieken ontsmet met hete stoom. Ook het Witte Kruis en later het Groene Kruis voerde veel van deze ontsmettingen uit.

Contagio

De theorie van contagio ging ervan uit dat besmetting werd veroorzaakt door lichamelijk contact. Mensen werden volgens deze theorie ziek doordat in hun lichaam een smetstof ontstond. Die smetstof maakte vervolgens weer anderen ziek. Was een ziekte door contagio ontstaan, dan was quarantaine de beste manier om verdere verspreiding tegen te gaan.

Om ziekten te bestrijden die waren ontstaan door contagio, liet het Witte Kruis een speciale quarantainebarak bouwen die ter plekke kon worden opgebouwd. Officieel waren gemeenten verplicht zieken die aan een besmettelijke ziekte leden te isoleren, maar de meeste gemeenten hadden daar geen maatregelen voor genomen. Zij konden de barak van het Witte Kruis lenen. De barak werd tot 1900 maar één keer gebruikt, in Amsterdam, om joodse kinderen die leden aan een besmettelijke oogziekte te isoleren. Zij konden vanwege de besmettelijkheid niet terecht in het joodse ziekenhuis. Later werd er nog een kleinere barak gebouwd. Deze werd in 1884 gebruikt in Amsterdam, voor mensen die pokken hadden.

Bacteriën

Ondertussen deden wetenschappers koortsachtig onderzoek naar de oorzaak van ziekten en naar manieren om ze te bestrijden. In de jaren tachtig van de negentiende eeuw werd ontdekt dat sommige ziekten werden veroorzaakt door bacteriën. Dit sloot beter aan op de theorie van contagio dan op die van miasma. De miasmaleer verdween hierdoor naar de achtergrond. Helaas betekende de ontdekking van ziekmakende bacteriën voorlopig weinig voor de behandel mogelijkheden. Die waren nog steeds beperkt.

Cholera

Een zeer gevreesde besmettelijke ziekte was cholera, die ook wel Aziatische buikloop werd genoemd. Eerst kwam cholera namelijk alleen in Azië voor. De eerste Europese slachtoffers vielen in 1830 in Moskou, waarna de ziekte zich verder naar het westen verspreidde. Landen probeerden besmetting tegen te houden door de grenzen te sluiten en quarantainemaatregelen te nemen. Het hielp niet. In 1832 werd het eerste cholera-geval vastgesteld in Frankrijk, niet lang daarna in België en toen volgde ook Nederland. In 1866 brak er opnieuw een grote cholera-epidemie uit in Europa.

Het was lange tijd onduidelijk waar cholera door werd veroorzaakt. In sommige landen werd gedacht dat cholera door vergiftiging kon komen, anderen zagen insecten als verspreider en weer anderen legden de oorzaak bij schommelingen in de elektrische lading van de lucht.



Cholera wordt veroorzaakt door de bacterie *Vibrio cholerae*

Besmet water

De werkelijke oorzaak van cholera werd ontdekt in 1833: de vibrio cholerae, een bacterie. Deze bacterie wordt uitgescheiden door braaksel of ontlasting en kan zo in het water terechtkomen. Vervolgens wordt de ziekte verspreid doordat mensen besmet water drinken, hun groenten erin wassen of rauwe vis eten die erin heeft gezwommen.

Ongeveer tien procent van de mensen die met de bacterie zijn besmet, wordt ernstig ziek. Zij krijgen heftige diarree, moeten continu overgeven en kunnen wel vijftien liter vocht per dag verliezen en dus uitdrogen. Dat ziet er akelig uit: mensen krijgen uitpuilende ogen, een hese stem en de nieren werken niet meer waardoor de urineproductie stopt. Meestal gaat iemand snel dood, soms al na enkele uren. Mensen met een zwakke gezondheid zijn extra vatbaar voor de ziekte, zeker als ze ondervoed zijn.

Als cholera goed wordt behandeld, is de kans op overlijden heel klein. De behandeling bestaat uit het toedienen van vocht, een oplossing van suiker en zout (ORS), eventueel met een infuus, en als iemand heel erg ziek is antibiotica. Toen de cholera-epidemieën in Nederland woedden, was dit niet bekend.

Veel gevolgen

Cholera kwam het eerste voor in arme wijken, waar mensen in bedompte, vochtige huizen woonden, met de hele straat één 'secreet' (wc) deelden, uitwerpselen gewoon op straat of in de gracht gooiden en drinkwater bij één pomp haalden. Ook andere besmettelijke darmziektes als tyfus en dysenterie kwamen in deze buurten vaak voor. Maar anders dan deze ziektes

verspreidde cholera zich daarna vaak over de rest van de stad. Er werden quarantainemaatregelen genomen, maar die hielpen niet. Iedereen kon het volgende slachtoffer zijn. De ziekte werd ook als 'schokkend' ervaren: iemand kon 24 uur na besmetting dood zijn en slachtoffers zagen er afschuwelijk uit.

Deze twee kenmerken, de brede verspreiding van cholera en het schokkende ervan, hebben ervoor gezorgd dat cholera veel gevolgen heeft gehad voor de Nederlandse volksgezondheid. Cholera maakte mensen bang, en die angst zette mensen aan tot maatregelen. De Hygiënisten, progressieve artsen, zetten zich in voor riolering en waterleiding, Penn richtte het Witte Kruis op, veel gemeenten sloopten krotwoningen en de Nederlandse overheid voerde steeds meer wetten in om de leefomstandigheden van arme mensen te verbeteren. In 1900 waren die omstandigheden zo verbeterd dat cholera niet meer in Nederland is voorgekomen.

Pokken

Al eerder was succes behaald met de pokkenbestrijding. Vanaf het begin van de negentiende eeuw waren succesvolle vaccinaties tegen de pokken mogelijk. Veel scholen eisten dat leerlingen waren ingeënt tegen de pokken, ze moesten een 'pokkenbriefje' kunnen laten zien. Zo'n briefje kreeg je nadat je je had laten inenten.

Nadat in 1872 de Wet Besmettelijke Ziekten was ingevoerd, werden speciale vaccinatiebureaus opgericht en werd iedereen op scholen, gevangenis, in het leger en krankzinnigengestichten verplicht ingeënt. In 1880 was de helft van de Nederlandse bevolking ingeënt. Ook het Witte Kruis, eind negentiende eeuw de enige kruisvereniging in Nederland, voerde veel van deze vaccinaties uit.



'Kosteloze inenting' tegen de pokken in een auto van de GGD, Rotterdam, 1929

Pokken worden veroorzaakt door een virus dat opgezette blaasjes over het hele lichaam veroorzaakt. Deze blaasjes drogen later op en worden littekens. De ziekte is zeer besmettelijk. Pokken kwamen al in de oudheid voor en maakten vele slachtoffers. Ongeveer een derde van de mensen die besmet raakten, overleed.

Wereldwijde vaccinatie

Wie eenmaal pokken heeft gehad, kan niet meer opnieuw ziek worden. Deze kennis werd gebruikt om een vaccin te ontwikkelen. Inenting met dit vaccin zorgde ervoor dat er antistoffen werden aangemaakt, genoeg om niet meer ziek te worden. In 1880 was het mogelijk deze vaccins in grote hoeveelheden te maken. Steeds meer Nederlanders lieten zich inenten en de ziekte kwam daardoor steeds minder vaak voor.

In andere landen kwamen de pokken nog wel voor. In 1972 woedde er nog een epidemie in Joegoslavië. Daarna werd een wereldwijde vaccinatiecampaagne opgezet. Dit heeft er uiteindelijk toe geleid dat pokken tegenwoordig nergens meer voorkomen. Het is de enige ziekte die wereldwijd is uitgeroeid.

Tyfus

Een andere ziekte die in de negentiende eeuw veel slachtoffers maakte in arme wijken was tyfus. Tyfus is een darminfectie die via ontlasting wordt verspreid. Ongeveer tien procent van de zieken overlijdt.

Een belangrijke manier om besmetting met tyfus tegen te gaan was ontsmetting van spullen en huizen. Dat gebeurde met 'stroomende waterdamp'. In 1894 richtte het Witte Kruis een provinciale ontsmettingsoven op in Alkmaar. Met hete stoom werden kleren, bedden, po's, beddengoed en andere spullen ontsmet. Na 1900 werd ook ontsmet met formaline. Betere leefomstandigheden en betere hygiëne zorgden ervoor dat tyfus steeds minder vaak voorkwam.

Een kamer wordt ontsmet met lysol vanwege vlektyfus, Rotterdam, 1919



Scheldwoorden

Cholera, tyfus, pokken: ze komen in Nederland nauwelijks meer voor. Ze klinken ons zelfs ouderwets in de oren. Maar ze zijn nog wel terug te vinden in de Nederlandse taal. Het Nederlands kent verschillende verwensingen die zijn afgeleid van ziektes. Krijg de pest bijvoorbeeld, of krijg de klere (cholera), tyfus, kanker of tering (tuberculose).

Dat verschijnsel is typisch Nederlands. In andere landen wordt vooral veel gescholden met seksuele of godsdienstige termen, Nederlanders geven al eeuwenlang de voorkeur aan ziektes. Waar die voorkeur vandaan komt, is niet helemaal duidelijk. Een mogelijke verklaring is dat mensen graag schelden met 'taboewoorden'. Gezondheid is voor Nederlanders erg belangrijk. Je kunt iemand dus het hardst raken door hem toe te wensen dat zijn gezondheid wordt aangetast. In andere landen zouden de seksuele en godsdienstige taboes groter zijn.

Aafke Gesina van Hulst
(1868 – 1930)

Pionier in de wijkverpleging



‘Mij maak
je niet
gek!’

Een pittige dame die zich niet van de wijs laat brengen. Dat is het eerste wat in je opkomt als je de foto van Aafke Gesina van Hulst ziet. En zo wás ze ook. De in 1868 geboren Friezin was tegendraads, strijdlustig en vastberaden. Als ze zich iets in het hoofd had gehaald, was ze daar niet vanaf te brengen. ‘Sien’ was de Nederlandse pionier van de wijkverpleging.

Aafke Gesina van Hulst groeide op als oudste dochter van een vooraanstaande doopsgezinde familie in Harlingen. Eigenlijk zou ze zich bezig moeten houden met borduurwerkjes en het huishouden, zoals het een meisje van haar stand betaamde. Maar daar had ze geen zin in. Liever wijdde ze zich aan nuttiger zaken. Zo nam ze het als oudste dochter van het gezin op zich om te zorgen voor haar broer die epilepsie had. En toen haar vader op jonge leeftijd overleed, werd ze als 12-jarige de rechterhand van haar moeder Riek die ze meehielp met de opvoeding van haar drie broers en haar jongere zusje. Sien wist daardoor al jong van aanpakken.

“Eruit, eruit!
Dit is een
dames-coupé!”

Kachel uit

De familie Van Hulst was niet onbemiddeld en woonde in een mooi patriciërshuis in Harlingen. Toch leefde het gezin sober. De kachel ging niet eerder aan dan 1 november en - weer of geen weer - op 1 april uit. Moeder Riek leerde de twee dochters zelf hun kleren te maken. Haar leven lang breide Sien haar eigen zwarte wollen kousen. Sien maakte het niet uit dat ze niet volgens de laatste mode gekleed ging, belangrijker vond ze dat haar kleren ‘netjes’ waren: schoon en zonder gaten of scheuren. Met haar bepaald niet elegante kleding en haar kordate manier van lopen - snel en met grote passen - kwam ze nogal mannelijk over. In Harlingen waren ze wel gewend aan haar opvallende verschijning, maar daar buiten niet. Toen ze een treinreis maakte en een conducteur haar achter een raampje zag zitten, riep hij ontsteld uit: “Eruit, eruit! Dit is een damescoupé!”

Asociale buurt

Het liefst zou ‘mejuffrouw Van Hulst’ dokter of verpleegster zijn geworden, maar daar kwam het niet van. Waarschijnlijk omdat ze voor haar broer wilde zorgen en omdat verpleegsteropleidingen in die tijd maar dun gezaaid waren. Wel leerde ze veel over ziekenverpleging van haar huisarts, die een groot voorstander was van ‘huisverpleging’. Geïnspireerd door hem begon Sien in 1894 op eigen houtje met wijkverpleging in Harlingen. Ze was toen 26. Van een kruisvereniging had nog bijna niemand in Friesland gehoord, want er bestond toen alleen maar het Witte Kruis in Noord-Holland. In haar eentje trok ze de Bargebuurt in om zieken te verplegen. Dit deel van Harlingen

stond bekend als ‘de meest a-sociale buurt van de stad waar de bewoners onder het ongedierte zitten en menigeen niet alleen durft te komen’. De bewoners die ze ging helpen, moesten aanvankelijk niets van haar hebben. Ze jouwden haar zelfs uit en gooiden haar met stenen na. Maar Sien trok er zich niets van aan en zette door. Eenmaal bij de mensen thuis bemoeide ze zich niet alleen met de zieken, maar ook met het huishouden (“Die kast mag je wel eens opruimen.”). Ze was er een ster in de mensen te vertellen waar het op stond. Ze nam geen blad voor de mond en vond dat je alles het beste recht in iemands gezicht kon zeggen.

Door allen, voor allen

In 1896, twee jaar nadat ze op eigen initiatief was begonnen met wijkverpleging, richtte ze de Vereniging voor Wijkverpleging en Ziekenzorg op. Die was er niet alleen voor de armen, vond Sien, ook de rijken konden zich aansluiten bij wijkverpleging. Tenslotte waren rijke mensen ook wel eens ziek en konden ze baat hebben bij thuisverpleging. ‘Door allen, voor allen’ was haar leus. Elk lid betaalde contributie en hielp op die manier de zieke leden. Al gauw had ze tachtig leden geworven. De jaarcontributie was naar draagkracht en gaf ieder lid recht op gratis hulp. Haar doel met de vereniging was: de zorg van het ziekenhuis in huis brengen.

In 1902 ging de vereniging op in het pas opgerichte Groene Kruis, afdeling Harlingen. Dat verliep succesvol. Het ledental, dat jarenlang was blijven steken op tachtig, vertienvoudigde binnen een jaar. Vanaf die tijd draaide alles in het leven van Sien om het Groene Kruis.

De fopspeen, die bron van infectie, moest rechtstreeks de prullenbak in.

In 1903 werd ze officieel aangesteld als wijkverpleegster van het Groene Kruis. Zelf noemde ze zich volontair-wijkverpleegster. Haar salaris van 250 gulden per jaar stortte ze in een fonds voor wijkverpleging. “Zo’n potje aan het einde van het jaar, daar kunnen we wat mee.” En inderdaad, na zes jaar was het potje groot genoeg voor een draaibare lighal met zes bedden voor de verpleging van tbc-patiënten.

Rust, reinheid en regelmaat

Sien trouwde niet en bleef haar leven lang vrijgezel. Toen haar moeder overleed, ging ze boven het kruisgebouw wonen. Daar namen ook de secretaresse, freule Trip, en de wijkkraamverzorgster, mejuffrouw De Vries, hun intrek. Mejuffrouw De Vries bracht in de praktijk wat Sien had uitgedacht. “Dat zijn de handen en ik ben het hoofd”, zei Sien over haar kraamverzorgster. Ze instrueerde juffrouw De Vries niet alleen ’s morgens en ’s avonds naar de kraamvrouw te gaan, maar om de drie uur. Dit om erop toe te zien of de baby wel goed verzorgd en gevoed werd en de kraamvrouw zich aan de regels hield.

Sien had uitgesproken ideeën over kraamverzorging, die ze beschreef in het boekje *Reinheid, rust en regelmaat*, de ook nu nog bekende drie R’en. Zo moest er in de kraamkamer beslist een ziekenhuisledikant staan, mocht er geen kleding op de vloer liggen en mocht de man onder geen enkel beding bij zijn vrouw slapen. Hygiëne ging voor alles.

Bij dit alles organiseerde Sien moeder- en bakercursussen, waarin ze zich een fel voorstander van borstvoeding toonde en de strijd aanbond met de fopspeen. Die bron van infectie moest wat haar betrof regelrecht de prullenbak in. Moeders en bakers volgden samen dezelfde cursus, want “wat de moeder moet weten, moet de baker ook weten en

andersom.” Harlingen werd hiermee de ‘bakermat van de bakkers’. De niet-opgeleide bakkers, die er nog veel waren in die tijd, waren niet blij met de cursussen: ze zagen de opgeleide bakkers als moordende concurrentie.

Verpleegsterstas

Praktisch ingesteld als ze was, bedacht Sien in de loop der jaren veel handige verpleegartikelen. In haar jonge jaren had ze al eens een poreus kussen voor haar broer ontworpen, dat voorkwam dat hij zou stikken als hij weer eens een epileptische aanval had. Later kwam ze met het idee van klossen voor onder het bed, ontwierp ze een praktische tas voor wijkverpleegsters en bedacht ze een hoog ledikant dat je gemakkelijk kon demonteren. Ook verbeterde ze veel verpleegartikelen, zoals een spanzeil met stokken in de zomen.

Groene Kruis promotie

In 1909 stopte Sien om gezondheidsredenen als wijkverpleegster. Maar ze bleef actief voor het Groene Kruis. Ze verliet haar geliefde Harlingen om te gaan werken voor de Algemene Nederlandse Vereniging ‘Het Groene Kruis’ (het hoofdkantoor) in Utrecht. Midden in de stad betrok ze een klein slaapkamertje, meer had de onbaatzuchtige Sien niet nodig. Vanaf toen reisde ze het land door om het Groene Kruis te promoten, met als doel nieuwe afdelingen op te richten. In allerlei zaaltjes vertelde ze haar gehoor over de vereniging,

In een half jaar tijd werden cursisten bijgespijkerd in de wijkverpleging.

haar verhaal ondersteunend met lichtbeelden, erg modern voor die tijd. Soms zag het blauw van de rook in de zaal. Sien weigerde dan om te praten, “zo kan ik niet spreken hoor”, totdat de heren stopten met roken.

Theorie en praktijk

In 1920 ging een lang gekoesterde wens van haar in vervulling: het Groene Kruis begon met een aanvullingscursus voor gediplomeerde verpleegsters. In een half jaar tijd werden de cursisten bijgespijkerd in de wijkverpleging. Sien doceerde over theorie en praktijk van de wijkverpleging. Ze vroeg haar leerlingen naar hun praktijkervaringen en gebruikte deze, aangevuld met haar eigen ervaring, in de lessen. Zo gaf ze op een voor die tijd originele manier les, levendig en vol humor. Een goede scholing was volgens haar belangrijk voor de nieuwe wijkverpleegsters “zodat zij niet, zoals wij hebben moeten doen, op de tast werken”.

Ook op ander gebied werkte zij aan professionalisering van de wijkverpleging. In 1927 richtte ze, samen met enkele anderen, de Nederlandse Bond voor Wijkverpleegsters op. Die moest zorgen voor verbetering van arbeidsvoorwaarden en de positie van de wijkverpleegsters. Ook wilde de bond het onderlinge contact tussen de wijkverpleegsters bevorderen en bijdragen aan de oprichting van districtskringen. De bond voorzag in een grote behoefte en het aantal districtskringen groeide snel.

Tekening gebruikt door Sien van Hulst
bij moedercursussen ca. 1915.



“Witte pofmouwen
zijn fijn voor onze
bakers.”

Vakantie

Eén keer per jaar gunde de hardwerkende Sien zich een pleziertje: een reisje naar het buitenland! Vaak nam ze op haar vakanties een van haar nichtjes mee, die allen aan de beurt kwamen in het jaar dat ze 18 werden. In 1923 ging de reis naar Engeland, waar wijkverpleging al veel langer bestond. Als reisgezel koos ze dit keer geen van haar nichtjes, maar een vriendin die ooit een leerling van haar was: zuster Schutte. Het werd een soort werkreis, waarin ze – naast “zalige ritjes over mooie heuvels” - consultatiebureaus bezocht en meeliep met huisbezoeken van Engelse wijkverpleegsters. In haar dagboek schreef ze hierover: “Zag zuster mouwen opgerold en daaromheen witte pofmouwen. Lijkt me zeer praktisch, tenzij men een overschort gebruikt dat alles bedekt. Maar dat geeft veel wasloon. In elk geval zijn de poffen fijn voor onze bakers.” En: “Wat een deplorabele boel al die krotten. Toch moet ik erkennen geen vlo te hebben gekregen, wat in Harlingen zeker wel gebeurd zou zijn.”

Erfenis

Sien's gezondheid ging verder achteruit, maar ze bleef zich inzetten voor het Groene Kruis. Zelfs op haar ziekbed bleef ze met kruisjes op een kaart bijhouden waar nieuwe afdelingen waren opgericht. Ook schreef ze een vlammend betoog voor het Groene Kruis congres dat in september 1930 gehouden zou worden. Ze was te ziek om er zelf bij te zijn. Enkele weken na het congres stierf ze, na een maandenlang ziekbed. Bij haar crematie waren vier oud-cursisten haar slippendraagsters en dekten de vlag van het Groene Kruis haar kist. Van haar erfenis zag haar familie niets terug: die ging in zijn geheel naar het Groene Kruis.

**Wit, Groen, Wit-Geel en
Oranje-Groen**

**De kruisverenigingen
tussen 1900 en 1940**

VOLKSGEZONDHEID



DOOR ALLEN VOOR ALLEN

Affiche Groene Kruis, begin twintigste eeuw

Lange tijd was het Witte Kruis, dat alleen in Noord-Holland actief was, de enige kruisvereniging in Nederland. Dat veranderde op 3 november 1900. Toen richtte huisarts Wilhelm Poolman de eerste afdeling van het Groene Kruis op in Lange Ruigeweide, in Zuid-Holland. Poolman had zijn vereniging het Witte Kruis willen noemen, maar was bang voor verwarring. Hij koos daarom voor de kleur groen, de kleur van de medische faculteit. Bovendien vond hij groen een moderne kleur. Groen maakte duidelijk dat de organisatie geen liefdadigheidsinstelling, maar een professionele organisatie was.

Eén gulden

Tien jaar na de oprichting had het Groene Kruis 514 afdelingen, verspreid over heel Nederland. In 1917 werd het Witte Kruis onderdeel van het Groene Kruis. De vereniging bleef Witte Kruis heten, maar viel onder het hoofdbestuur van het Groene Kruis in Utrecht.

Net als het Witte Kruis richtte het Groene Kruis zich op ziekenverpleging aan huis en voorlichting over gezondheid en voorkomen van ziekte. Er werden boeken, brochures en films gemaakt over gezondheid en er werden cursussen over gegeven. Leden konden gratis spullen lenen die nodig waren voor thuisverpleging. Ook thuisverpleging was gratis voor leden. Lidmaatschap kostte in 1910 één gulden. Mensen die dat niet konden betalen, mochten vaak gratis lid worden. In sommige plaatsen betaalde de kerk het lidmaatschap voor armen.

Het Groene Kruis kreeg niet overal even gemakkelijk nieuwe leden. In grote steden zagen huisartsen de nieuwe vereniging als concurrent. Zij werkten vaak al samen met zieken-



Magazijn van het Groene Kruis, Kruiningen, begin twintigste eeuw



Affiche Wit-Gele Kruis, 1937

huizen die verpleegsters in dienst hadden die ook bij patiënten thuis kwamen. Ook waren er gemeentelijke organisaties als de Gemeentelijke Geneeskundige en Gezondheidsdienst (GG&GD) die zorg aan huis aanboden.

Bovendien werd de rol van ziekenhuizen steeds groter. De medische mogelijkheden namen razendsnel toe. Er kwamen steeds meer behandelmogelijkheden en de zorg werd steeds beter. Ziekenhuizen waren allang niet meer de chaotische, smerige en troosteloze plaatsen van de negentiende eeuw waar je liever wegbleef. Daardoor verbleven zieke mensen steeds vaker en langer in het ziekenhuis en was er minder vraag naar verpleging thuis.

Het Wit-Gele Kruis

Vooraf in het katholieke zuiden van Nederland kreeg het Groene Kruis te maken met argwaan. In deze periode was de verzuiling in Nederland op zijn hoogtepunt: er waren aparte scholen, kranten, woningbouwverenigingen, omroepen, ziekenhuizen en politieke partijen voor elke levensovertuiging. Om die reden wantrouwden katholieken het neutrale Groene Kruis. Zij gaven de voorkeur aan een katholieke vereniging.

In Limburg werd het Groene Kruis in 1910 officieel een katholieke vereniging, ook al bleef de provinciale Limburgse afdeling lid van het landelijke Groene Kruis. Pas toen stroomden de leden toe. In Noord-Brabant gebeurde dat niet. Het Groene Kruis kreeg daar maar weinig leden.

Het Groene Kruis verdween vrijwel helemaal uit Noord-Brabant in 1916. In dat jaar werd een aparte katholieke kruisvereniging opgericht: het Wit-Gele Kruis. Het Wit-Gele Kruis

was net als het Witte en Groene Kruis een initiatief van notabelen: artsen, notarissen, advocaten. De bisschoppen van Den Bosch en Breda speelden ook een belangrijke rol. Er werd gekozen voor de kleuren wit en geel omdat dit de kleuren van de paus zijn.

Keuterboeren

In Noord-Brabant was verbetering van de volksgezondheid harder nodig dan waar ook. De armoede was groter dan in de rest van Nederland. Er woonden veel 'keuterboeren', boeren die minder dan één hectare grond bezaten en nauwelijks genoeg te eten hadden. Veel mensen woonden in vochtige, donkere krotten, zonder riolering en schoon drinkwater. Aan het begin van de twintigste eeuw had Noord-Brabant het hoogste geboortecijfer én de hoogste babysterfte van Nederland. Zo overleed in 1910 ruim vijftwintig procent van de baby's in Noord-Brabant voordat ze één jaar oud waren. Dat kwam onder andere doordat veel baby's flesvoeding van slechte kwaliteit kregen omdat hun moeders weer aan het werk moesten. Maar er was ook veel onwetendheid. Mensen wisten niet hoe ze baby's goed moesten verzorgen, gaven verkeerde voeding en als baby's ziek werden, werd er vaak geen arts bij gehaald.

Het Wit-Gele Kruis had dezelfde doelstellingen als het Groene Kruis: het verlenen van ziekenverpleging aan huis, het uitlenen van verpleegspullen en het verbeteren van de volksgezondheid door voorlichting. Er was wel één groot verschil. Het belangrijkste doel van het Wit-Gele Kruis was ervoor te zorgen dat de katholieke 'geloofsbeleving' werd versterkt. Juist als mensen ziek of stervend waren, vonden de oprichters, waren ze ontvankelijk voor katholieke 'zielzorg'. Verpleegsters van het Wit-Gele Kruis moesten de



Vervoer van zieken door het Groene Kruis, Zuid-Beveland, begin twintigste eeuw



Verpleegsters van het Wit-Gele Kruis bij een plaggenhut, Drenthe, 1925



Religieuze verpleegster van het Wit-Gele Kruis verzorgt een patiënt, 1935

patiënt daarom niet alleen lichamelijk verzorgen, maar ook stimuleren in het geloof. Bijvoorbeeld door samen te bidden of door te vertellen over het geloof.

Nonnen en diaconessen

Het bestuur van het Wit-Gele Kruis besloot dat alleen katholieke vrouwen als verpleegster voor het Wit-Gele Kruis mochten werken. Er was discussie over de vraag welke vrouwen dat mochten doen. Al eeuwenlang was het gebruikelijk dat nonnen zich bezighielden met verpleging van zieken. Het lag voor de hand dat het Wit-Gele Kruis alleen nonnen in dienst nam. Dat had verschillende voordelen. Nonnen mochten ook mannen verplegen. Niet-religieuze vrouwen mochten dat niet, dat was 'zedelijk gevaarlijk'. Mannen en vrouwen zouden dan in verleiding komen. Nonnen waren bovendien goedkoop. Ze hoefden geen salaris te krijgen omdat ze al kost en inwoning kregen in het klooster waarin ze woonden.

Er was wel één obstakel voor nonnen in de verpleging aan huis. Voor hen gold een bisschoppelijk fietsverbod. De fiets, toen een modern voertuig, was, in de woorden van een bisschop, 'de snelste weg naar de hel'. In 1919 werd dit verbod opgeheven en konden nonnen aan de slag.

Maar net als het Groene Kruis lukte het ook het Wit-Gele Kruis niet voldoende verpleegsters aan te trekken. Al snel werden ook vrouwen aangenomen die geen non waren. Daar waren wel strikte voorwaarden aan verbonden. Zij mochten alleen werken als ze niet getrouwd waren. In de katholieke moraal van die tijd waren er voor vrouwen namelijk maar twee mogelijkheden: zij trouwden niet en bleven werken, eventueel als non, of ze

trouwden, stopten met werken en kregen kinderen. Moeders mochten niet werken, dat schaadde het gezin te veel.

Twintig jaar later, in 1936, kregen de protestanten hun eigen landelijke kruisvereniging: het Oranje-Groene Kruis. Net als het Wit-Gele Kruis had het Oranje-Groene Kruis ook zielzorg als belangrijke doelstelling. De protestanten waren veel later met een eigen kruisvereniging omdat er van oudsher al allerlei religieuze organisaties voor verpleging in ziekenhuizen en aan huis waren. Er waren vanaf de negentiende eeuw diaconessen, deels vergelijkbaar met nonnen, al woonden zij niet in een klooster. Diaconessen waren protestante vrouwen die kozen voor de zorg in plaats van het huwelijk en moederschap.

Overheidsbemoeienis

In de negentiende eeuw had de Nederlandse overheid zich nauwelijks bemoeid met de leefomstandigheden van arbeiders. Dat was na 1900 afgelopen. In een rap tempo werden wetten aangenomen die de positie van arbeiders verbeterden. Zo werd in 1900 de leerplicht verlengd tot 12 jaar, in 1901 de Woningwet ingevoerd die eisen stelde aan huurwoningen, en volgden later onder andere de Arbeidswet, de Ziektewet en het algemeen kiesrecht.

Het bleef niet bij wetten en regels. De overheid trok voor het eerst ook geld uit om de volksgezondheid te verbeteren. In 1903 kreeg het Nederlands Comité voor Bestrijding van Tuberculose subsidie voor de bestrijding van tuberculose. Ruim tien jaar later, in 1918, kregen de kruisverenigingen voor het eerst subsidie: voor de bestrijding van tuberculose, voor het bevorderen van kinderhygiëne en voor kraamzorg. Overheidsgeld was een

uitkomst voor de kruisverenigingen, die altijd kampten met geldgebrek. Ze waren afhankelijk van contributie van leden, collectes en inzamelingen op fancy fairs of braderieën. Vanaf het eind van de jaren twintig konden de kruisverenigingen rekenen op structurele overheidssubsidie.

Wijkverpleegster bij haar auto,
Zwollerkerspel, 1925



A-opleiding

Subsidie betekende automatisch ook overheidsbemoeyenis met het kruiswerk. Zo stelde de overheid eisen aan de opleiding tot verpleegster. Tot begin twintigste eeuw waren er verschillende verpleegstersopleidingen. Veel ziekenhuizen organiseerden hun eigen opleiding. Artsen wilden dit graag zo houden, op deze manier konden ze verpleegsters precies volgens hun eigen inzichten opleiden.

Dit accepteerde de overheid niet meer. Om zeker te zijn van kwaliteit moesten de verpleegstersopleidingen overal hetzelfde worden. In 1920 werd de A-opleiding ingevoerd voor verpleging in het ziekenhuis. Een jaar later werd de B-opleiding ingevoerd voor verpleging in de psychiatrie. Tegelijkertijd werd de Wet Bescherming Diploma Ziekenverpleging ingevoerd: verpleegster werd een beschermd beroep. Het werd verboden je verpleegster te noemen als je de opleiding niet had gedaan. Om duidelijk te maken dat iemand een gediplomeerd verpleegster was, werden de insignes ingevoerd.

In 1929 kwam er een aparte opleiding voor wijkverpleegster. Deze opleiding kon worden gevolgd als je al een A-opleiding had afgerond. De overheid gaf de verschillende kruisverenigingen de opdracht de opleiding inhoudelijk te verzorgen.

Zuigelingenverzorging

Een ander belangrijk aandachtspunt voor de overheid was de bestrijding van kindensterfte. Die was nog steeds hoog. De overheid wilde dit terugdringen, om te beginnen met goede kraamzorg, maar ook door meer aandacht te geven aan kinderverzorging.

Het was in Nederland gebruikelijk dat een kraamvrouw en een pasgeboren baby werden verzorgd door een baker. Een baker was meestal een oudere vrouw. Zij had geen speciale opleiding gevolgd, maar wel veel ervaring met het verzorgen van baby's en kinderen.

Het verwijt aan bakers was dat zij door onkunde en bijgeloof niet goed voor baby's zorgden. Zo waren er veel bakers die vonden dat pas bevallen moeders en baby's beter niet konden worden gewassen, omdat ze daar ziek van zouden worden.

De kruisverenigingen zagen de bakers het liefst zo snel mogelijk vervangen door modern opgeleide kraamverzorgsters. Om al voor enige verbetering te zorgen, gaven de verenigingen vanaf het begin van de twintigste eeuw bakercursussen. In 1928 begon de eerste officiële opleiding voor kraamverzorgsters. Er kwam ook een aparte, kortere opleiding voor bakers. Bij beide opleidingen hoorden een diploma en een insigne. Veel bakers trokken zich daar niets van aan en gingen 'wildbakeren'. Zij bleven baby's en kraamvrouwen verzorgen, ook al mocht dat officieel niet meer.

Alleen goede kraamzorg was niet voldoende, vonden de kruisverenigingen. Om de gezondheid van kinderen te verbeteren, moest er meer gebeuren. Er werden cursussen kinderverzorging gegeven voor moeders die hun eerste kind verwachtten. En er kwamen consultatiebureaus om de gezondheid van kinderen in de gaten te houden. Hiervoor kregen de verenigingen forse subsidies van de overheid. Het aantal bureaus groeide snel. In 1929 waren er 329 consultatiebureaus waar 35.000 baby's werden gezien. In 1940 waren dat er al 1.100 waar 95.000 baby's kwamen.



Moedercursus Yerseke, 1930

Tuberculose

Vanaf 1900 verbeterden de leefomstandigheden voor veel mensen. Er kwam riolering en waterleiding, huizen werden beter en de welvaart steeg. Dit leidde ertoe dat veel besmettelijke ziekten minder voorkwamen dan in de negentiende eeuw. Maar één ziekte bleef om zich heen grijpen: tuberculose (tbc).

Er kwamen daarom met steun van de overheid tbc-consultatiebureaus. Bij deze bureaus konden mensen laten onderzoeken of ze tbc hadden. De kruisverenigingen stelden daarnaast huisbezoeksters aan, die controleerden of mensen met tbc de medische voorschriften wel naleefden. Tbc was nauwelijks te behandelen. Er zat niets anders op dan te 'kuren': in bed te liggen en te rusten, liefst in de buitenlucht. Rijke mensen vertrokken naar de gezonde lucht in de bergen, arme mensen bleven thuis. De kruisverenigingen leenden 'ligtenten' uit, waarin patiënten overdag buiten konden liggen.

VEREENIGING TOT BESTRIJDING
DER T. B. C.
„HET GROENE KRUIS”
SANATORIUM
JOHANNA PAULINALEAN 50
TELEFOON 1274 - GIRO 4666
Bankiers: N.H. LANDBOUWCREDEET, DELFT

DELFT, 1 April 1933

Aan *Verg. t. b. c. tuberculose*
te *Ooerwijk*

Hierbij hebben wij het genoegen U aan te bieden een opgave van de verpleegkosten voor
patienten, welke ten uwten laste gedurende de maand *Maart* in onze inrichting
werden verpleegd. Deze beloopt over *2* dagen à f *3.20* in totaal f *6.40*

„HET GROENE KRUIS”

NAMEN	RENTE No.	VAN AF—TOT	AANTAL DAGEN	BEDRAG	OPMERKINGEN
<i>Mij. M. d. Dree</i>		<i>1/3 - 2/3</i>	<i>2</i>	<i>f 6.40</i>	

Verpleegkosten tbc-patiënt, 1933

Bakeren en bloemschikken

**De opleiding tot
kraamverzorgster**

Begin twintigste eeuw groeide het besef dat een goede opleiding voor kraamverzorgsters noodzakelijk was. Daarom werd er een speciale commissie in het leven geroepen: de Commissie Inzake Kraamhulp. Die adviseerde om met twee soorten opleidingen te starten, eentje voor kraamverzorgsters en eentje voor bakkers. De opleiding tot kraamverzorgster duurde anderhalf jaar met een half jaar praktijkervaring in een erkende kliniek. De opleiding tot baker duurde negen maanden tot een jaar zonder klinische periode.

Kraamverzorgenden in opleiding



In 1928 ging de eerste lichting van de opleidingen van start. Al gauw bleek dat de opleidingen niet goed verdeeld waren over het land: de opleidingen van de kraamverzorgsters bevonden zich in de steden, waar de ziekenhuizen gevestigd waren, die van de bakkers op het platteland. Bovendien groeide de animo voor de kraamverzorgsteropleiding, waardoor er een tekort aan opleidingsplaatsen ontstond. De bakeropleiding, waarvoor nauwelijks belangstelling meer was, werd daarom opgeheven. Voor de kraamverzorgsters werd de opleiding vernieuwd.

Kraaminternaat

De kruisverenigingen waren nauw betrokken bij het opzetten en uitvoeren van de nieuwe opleiding. De kraamzorgbureaus zorgden niet alleen voor het plaatsen van een kraamverzorgster in een gezin, maar ook voor de opleiding van de leerling-kraamverzorgsters. Aan het hoofd van een kraamcentrum stond een gediplomeerde wijk- of kraamverpleegster die verantwoordelijk was voor de theoretische en praktische opleiding van de leerling-kraamverzorgsters. De scholing kreeg dus de vorm van een inservice-opleiding bij de afzonderlijke kruisverenigingen. In 1950 opende het Wit-Gele Kruis in Vught het eerste kraaminternaat: leerling-kraamverzorgsters hadden hier kost en inwoning. Het Groene Kruis en het Oranje-Groene Kruis volgden niet lang daarna. Op het hoogtepunt bestonden er dertig van zulke internaten.

Naast theoriecursussen kregen de leerling-kraamverzorgsters ook vormingscursussen, zodat ze zich konden aanpassen aan de gewoonten van gezinnen in rijkere milieus. Zo kregen ze les in het op verantwoorde wijze omgaan met kinderen en een cursus bloemschikken. In juni 1988 sloot het laatste kraaminternaat zijn deuren.



Wandtegel ter gelegenheid van het 25-jarig jubileum van Kraamzorg Nederland



Leerling-kraamverzorgsters op kraaminternaat De Bakermat, Baarn

Volksvijand nummer één
De kruisverenigingen en
tuberculose



Tbc-lichthuisje van sanatorium Zonnestraal, Hilversum

In de negentiende eeuw werd Nederland regelmatig geplaagd door epidemieën van besmettelijke ziekten. Cholera, tyfus en pokken maakten vele slachtoffers. Heel anders was het aan het begin van de twintigste eeuw. Veel steden hadden riolering en waterleiding gekregen, de ergste krotten waren afgebroken en de leefomstandigheden van arme mensen waren sterk verbeterd, vooral in de steden. De meeste besmettelijke ziekten kwamen daardoor veel minder vaak voor. Maar op één ziekte hadden al deze verbeteringen veel minder effect. Dat was tuberculose (ook wel afgekort tot tbc of tb en in verwensingen vervormd tot tering). Tot ver in de twintigste eeuw raakten veel Nederlanders besmet met tbc. Het opsporen en bestrijden van tbc en het verplegen van tbc-patiënten werd een belangrijke taak van de kruisverenigingen.

Tuberkelbacterie

Tuberculose wordt veroorzaakt door de tuberkelbacterie. Die bacterie kan op verschillende plaatsen in het lichaam ontstekingen veroorzaken. Meestal gebeurt dat in de longen: dat heet longtuberculose. Tuberculose kan ook voorkomen in de lymfeklieren, gewrichten, botten of hersenen. Iemand die longtuberculose heeft, hoest veel, heeft pijn in de borstkas en hoest bloed op.

De tbc-bacterie wordt verspreid door hoesten of niezen. Tuberculose is daardoor zeer besmettelijk. Besmetting is ook mogelijk door iets te eten of drinken dat tuberculosebacteriën bevat. Vroeger raakten mensen nog wel eens besmet door melk te drinken van een koe die rundertuberculose had. Dit komt in Nederland niet meer voor sinds melk wordt gepasteuriseerd.



Draaibare lichttent voor tbc-patiënten, begin jaren twintig

Rust en kuren

Niet iedereen die wordt besmet met de tuberkelbacterie, wordt ziek. De meeste mensen merken zelfs niets van de besmetting. Toch kunnen ze wel anderen besmetten. Bovendien blijven er na een besmetting vaak ingekapselde levende tbc-bacteriën in het lichaam, in de longen of op een andere plaats. Als iemand minder weerstand heeft, bijvoorbeeld na een andere ziekte, kunnen deze bacteriën iemand toch ziek maken. Tussen de besmetting en ziek worden kunnen dus jaren zitten.

In 1882 ontdekte Robert Koch de tuberkelbacterie die tbc veroorzaakt. Maar die kennis leverde voorlopig weinig op voor de behandeling. De ziekte was tot aan de Tweede Wereldoorlog alleen te behandelen met 'kuren': in bed liggen, een groot deel van de dag in de buitenlucht, en veel en gezond eten waardoor de weerstand toenam. Rijke mensen kuurden in Zwitserland, arme mensen thuis in de tuin of in de tuin van het kruisgebouw. Er werden in de loop van de tijd ook speciale sanatoria in Nederland gebouwd voor tbc-patiënten op plaatsen waarvan werd gedacht dat de lucht gezond was: aan zee of op de Veluwe. De kruisverenigingen hadden speciale houten lighuisjes waarin tbc-patiënten de hele dag lagen. Kuren kon jaren duren.

Huisbezoeksters

Om de bestrijding van tuberculose goed te kunnen uitvoeren, werden in het begin van de twintigste eeuw speciale consultatiebureaus voor tuberculose opgericht. Grote steden richtten zelf bureaus op, in andere plaatsen deden de kruisverenigingen dat. Mensen konden hier laten testen of ze waren besmet. Dat gebeurde eerst door lichamelijk onderzoek en door het onder-

zoek van speeksel. Later kregen consultatiebureaus ook röntgenapparaten waarmee longen konden worden bekeken. Vanaf de jaren dertig werd ook de Mantouxtest toegepast. Hierbij werd een krasje op de huid gemaakt waarbij een kleine hoeveelheid tuberculine (gezuiverde tbc-bacteriën) werd toegediend. Als de huid rood werd, dan was je besmet.

Wanneer iemand tuberculose had, kwam hij of zij verplicht onder behandeling van het consultatiebureau. Het bureau begeleidde het kuren, zorgde voor hygiënische maatregelen en begeleidde de patiënt en zijn familie. Die begeleiding werd gegeven door de 'huisbezoeksters', meestal verpleegsters van de kruisvereniging, die kwamen vertellen hoe verdere besmetting moest worden voorkomen.

Zo legde de wijkverpleegster uit dat het huis met veel water moest worden schoongehouden en vaak moest worden gelucht, dat alle gezinsleden regelmatig hun handen moesten wassen, dat ze elkaar niet op de mond mochten kussen en niet bij elkaar in één bed mochten slapen. Bovendien moest de tbc-patiënt in een speciaal potje, het sputumpotje, spugen in plaats van op de grond. Niet iedereen zat op deze adviezen te wachten. Regelmatig luchten, regelmatig baden: het waren aan het begin van de twintigste eeuw moderne adviezen die veel mensen maar vreemd vonden. Bovendien woonden veel mensen met grote families in kleine huizen. Ruimte om iedereen apart te laten slapen was er vaak niet.

De kruisverenigingen hadden ook een taak bij de ontsmetting. Ze hadden speciale ovens om woningen en spullen van tbc-patiënten te ontsmetten. Dat gebeurde met hete stoom. Gedacht werd dat ontsmetting verdere verspreiding van tuberculose tegenhield. In de jaren twintig van de 20e eeuw werd duidelijk dat deze ontsmetting niet hielp, omdat tuberculose wordt verspreid door hoesten, niet door besmette spullen. Sindsdien zijn de ontsmettingsovens niet meer gebruikt.



Tbc-krasje, 1960

Pingpongballen

Totdat antibiotica werd uitgevonden, was er geen goede behandeling van tuberculose. Wel werd er in de jaren twintig en dertig veel geëxperimenteerd. Zo zorgden artsen expres voor een klaplong om daarmee te voorkomen dat er een groter deel van de long door de ziekte werd aangetast. Ook werd lucht in de buikholte gebracht waardoor de longen minder ruimte kregen. Ook hierbij was het idee dat de ziekte het gezonde deel van de long niet kon aantasten. Hetzelfde effect werd bereikt door pingpongballen in de borstholte in te brengen, waardoor de long werd samengedrukt. Deze behandelingen waren riskant en zorgden niet voor snellere genezing.

Ook kuren en rust hielpen niet altijd. Rond 1900 overleden er elk jaar ongeveer tienduizend mensen aan tuberculose. Dat is veel, want Nederland had toen ongeveer vijf miljoen inwoners. Omdat tuberculose niet te behandelen was, de kans op overlijden groot was en patiënten vaak jaren ziek werden, was het een gevreesde ziekte. De angst voor besmetting was zo groot, dat veel mensen contact met tbc-patiënten uit de weg gingen. Het werd ook wel 'volksvijand nummer één' of de 'witte pest' genoemd.

Screening

Hoe lastig de bestrijding ook was, het aantal besmettingen met tuberculose nam tussen 1900 en 1945 toch af. Verbeterde woonomstandigheden, betere hygiëne en goede voorlichting speelden daarbij een belangrijke rol. De Tweede Wereldoorlog zorgde voor een kentering.

Door slechte voeding waren er in 1945 veel meer mensen besmet dan in 1940. Ook het aantal mensen dat aan tuberculose overleed, was enorm toegenomen.

Na 1945 bleef bestrijding van tuberculose een belangrijke taak van de kruisverenigingen. Doordat er zoveel meer tuberculose voorkwam, werd er een uitgebreid landelijk systeem ontwikkeld om tbc op te sporen. Alle schoolkinderen, docenten, maar ook werknemers van grote bedrijven, werden gescreend op tuberculose.

De uitvinding van antibiotica veranderde de behandeling van tbc. In 1944 was er een antibioticum ontwikkeld dat de tuberkelbacil met succes bestreed. Voor het eerst was er een medicijn waarmee de ziekte te genezen was. Jarenlang kuren was niet meer nodig. Toch duurde het tot ver in de jaren zestig voordat tuberculose in Nederland standaard met antibiotica werd behandeld. Dat kwam onder meer omdat de nieuwe medicijnen erg duur waren. Artsen wisten niet goed wat de bijwerkingen waren en gebruikten antibiotica de eerste jaren daarom alleen als aanvulling op het kuren.

Verdwenen

Na 1945 nam de welvaart in Nederland in een hoog tempo toe. Het betekende een geweldige verbetering van de leefomstandigheden, Nederlanders werden steeds gezonder. Dat was ook te zien aan het aantal tbc-besmettingen: dat werd elk jaar minder. Al snel leverden de grote bevolkingsonderzoeken bijna geen tbc-gevallen meer op. Vanaf de jaren zestig kwam tuberculose in Nederland nauwelijks meer voor. De speciale consultatiebureaus voor tuberculose werden daarom opgeheven. De bestrijding van tuberculose is sindsdien een taak van de Gemeentelijke Geneeskundige en Gezondheidsdienst (GG&GD).



Bevolkingsonderzoek in de provincie Groningen



Ligtent voor tbc-patiënten,
jaren twintig

Hoe succesvol tuberculose ook werd bestreden, verdwenen is het niet. Tegenwoordig zijn er elk jaar nog ongeveer duizend tbc-patiënten in Nederland. De meesten van hen zijn in het buitenland besmet. In het buitenland komt tuberculose vaker voor, vooral in Afrika en Azië. Elk jaar krijgen ongeveer negen miljoen mensen tbc, daarvan sterven er 1,5 miljoen.

Romantiek

Aan het eind van de negentiende eeuw, toen niet duidelijk was wat de oorzaak van tuberculose was, hing er een romantische waas omheen. Tuberculose werd gezien als een lot dat vooral fijngevoelige en kunstzinnige mensen trof. Veel schrijvers en kunstenaars leden namelijk aan tbc. Vreemd is dat niet aangezien heel veel mensen destijds aan tbc leden. Beroemde voorbeelden zijn de schrijvers Franz Kafka, George Orwell en de Brontë-zusters. In verschillende boeken komt tuberculose en vooral het kuren aan de orde. De roman *De Toverberg* van Thomas Mann speelt zich af in een kuuroord in Davos, Zwitserland. Nederlandse boeken zijn onder andere *Sanatorium* van Henri Knap, *Toen TB nog tering was* van H. Meins en het (autobiografische) jeugdboek *Blijf lachen* Irmgard van Irmgard Smits.

De Tweede Wereldoorlog

De kruisverenigingen tussen 1940 en 1945

Al snel nadat de Duitsers in 1940 Nederland hadden bezet, begonnen ze met de 'Gleichschaltung' of 'nazificatie' van Nederland. Alle verenigingen en stichtingen in Nederland moesten zich schriftelijk melden bij het gerechtshof. Duitse commissarissen kregen de macht om bij elke organisatie in te grijpen wanneer ze maar wilden. Ook de kruisverenigingen waren de klos.

In 1940 al besloten de besturen van de kruisverenigingen dat ze geen Duitse inmenging wilden. De kruisverenigingen waren Nederlandse organisaties die hoorden bij de Nederlandse samenleving, en ze zouden zich niet door de Duitsers laten voorschrijven wat ze moesten doen. De besturen van de verzuilde verenigingen zetten toen een grote stap. Ze spraken af samen te werken tegen Duitse inmenging, met alle zuilen samen.

Ziekenfonds

In de nationaalsocialistische filosofie paste een goede, goedkope gezondheidszorg voor het volk. De zorg moest voor iedereen toegankelijk zijn, behalve voor joden en 'niet bruikbare' mensen als gehandicapten en krankzinnigen. In Duitsland was de zorg onder Hitler gemoderniseerd. Dat gebeurde nu ook in Nederland. De Duitse bezetters voerden tandheelkundige zorg op scholen in, breidden het aantal consultatiebureaus voor baby's uit en stichtten vakantiehuizen voor kinderen uit arme gezinnen.

Daarnaast werden er verschillende maatregelen genomen die de positie van mensen met een laag inkomen verbeterde. In 1941 werd de Ziekenfondswet ingevoerd. Wie niet genoeg geld had voor een particuliere verzekering, was voortaan verplicht verzekerd bij het Ziekenfonds. Nederlandse politici hadden vanaf het begin van de twintigste eeuw

NEDERLANDSCHE VOLKSDIENST

**UITDEELPOST
VOOR MAALTIJDEN**

 **Alleen op
Schadekaartbon**

Voor Schadekaarten moet
men zich vervoegen:

GEZINSHULP

NEDERLANDSCHE
VOLKSDIENST

geprobeerd een landelijk ziekenfonds op te richten, maar daar was zoveel discussie over dat het niet was gelukt. Een van de eerste behandelingen die door het Ziekenfonds werd gedekt, was die van tbc.

Ook werd de Ziektewet ingevoerd. Werknemers kregen voortaan doorbetaald als ze ziek waren. Ten slotte kwam er een kraamuitkering van 55 gulden, een groot bedrag in die tijd. Met dit geld konden gezinnen een kraamverzorgster inhuren. De kraamzorg bleef onderdeel van het kruiswerk. Wel werden de kwaliteitseisen aangescherpt. Er kwam een nieuwe opleiding en het 'wildbakeren' werd definitief verboden. Er kwamen kraambureaus die bemiddelden tussen gezinnen en kraamverzorgsters.

Nederlandse Volksdienst

In 1941 werd een nieuwe organisatie opgericht die de gezondheidszorg in Nederland moest organiseren: de Nederlandse Volksdienst. De Nederlandse Volksdienst had dezelfde taken als de kruisverenigingen. Al eerder was naar Duits voorbeeld de stichting Winterhulp Nederland opgericht. Deze stichting collecteerde voor hulp aan arme gezinnen. De Duitsers drongen er bij de kruisverenigingen op aan samen te werken met de Nederlandse Volksdienst en stichting Winterhulp. Dat weigerden ze. Officieel omdat ze niet samen wilden werken met een liefdadigheidsinstelling, maar eigenlijk omdat ze niet samen wilden werken met een organisatie die werd geassocieerd met de nazi's. Door deze weigering werd het de kruisverenigingen verboden nog langer te collecteren. Dat mocht alleen stichting Winterhulp nog. Bovendien werd het gemeenten moeilijker gemaakt kruisverenigingen financieel te steunen. Ze mochten alleen nog maar subsidie geven als

Halt



23 en 24
JANUARI

STRAAT-
COLLECTE

WINTERHULP NEDERLAND



ze eenzelfde bedrag aan de Winterhulp gaven. De kruisverenigingen gingen er door al deze maatregelen financieel op achteruit.

In 1941 ging de gelijkschakeling weer een stap verder. Elke organisatie moest alle joden of niet-joden die gehuwd waren met joden ontslaan of uit het bestuur zetten. Gebeurde dat niet, dan werd de subsidie stopgezet. Kranten en tijdschriften kwamen onder Duitse censuur, ook de tijdschriften die de kruisverenigingen uitgaven voor leden. Dat leidde er in 1943 toe dat deze tijdschriften tijdelijk werden opgeheven, onder andere omdat de redacties geen advertenties wilden plaatsen waarin reclame werd gemaakt voor de Waffen SS.

Besmettelijke ziekten

Door de oorlog verslechterde de gezondheid in Nederland, vooral toen er na 1943 steeds minder voedsel was. Besmettelijke ziekten waren sinds 1900 steeds minder voorgekomen, nu werden steeds meer mensen ziek. Vlektyfus, tyfus, difterie, schurft, roodvonk, dysenterie, geslachtsziekten en vooral tbc kwamen steeds vaker voor. Vooral in de koude winter van 1944-1945 (de hongerwinter) vielen er veel slachtoffers.

De behandeling en verpleging van al deze zieken werd steeds lastiger. Er waren grote tekorten aan zeep, verbandmiddelen en ander materiaal. Alles was op de bon en was beperkt verkrijgbaar. Wijkverpleegsters konden hun patiënten moeilijk bereiken. De Duitsers hadden veel fietsen in beslag genomen, en de fietsen die er nog wel waren, hadden vaak geen banden meer.

Toen Nederland in mei 1945 werd bevrijd, was de gezondheidszorg ontwricht. Veel mensen hadden een slechte gezondheid, er waren veel zieken en er waren te weinig verpleegsters en artsen om voor deze mensen te zorgen.

**Het paradedepaardje van
de kruisvereniging**

Het consultatiebureau

Aandacht voor het wel en wee van kinderen is nu vanzelfsprekend, maar dat is niet altijd zo geweest. In het begin van de twintigste eeuw letten ouders minder op de gezondheid van kinderen. Alleen bij hoge uitzondering gingen ze met een ziek kind naar de dokter, want “kleine kinderen konden toch niet praten”. Bovendien kostte doktersbezoek geld, wat sommige ouders zich niet konden veroorloven. Sommigen beklagden zich hierover bij de arts: een hoge doktersrekening, en dát voor een kind. Liever ‘dokterden’ ze er zelf op los. Maag- en darmklachten? Geef het kind een speklapje in de mond om aan te zuigen, dan verdwijnt het zo. Een kind dat niet kan slapen? Met een stukje kamfer was dit snel verholpen. Huiduitslag was een goed teken: kwade stoffen kwamen naar buiten en dat moest je vooral niet tegengaan met zalfjes want dan zou de ziekte naar binnen kunnen slaan.

Bakerpraatjes en kwakzalverij

Onhygiënische woonomstandigheden, slechte voeding, ziektes en aandoeningen die maar al te vaak werden bestreden met bakerpraatjes en kwakzalverij. Dat was de situatie rond 1900, geen wonder dus dat de zuigelingensterfte hoog was. Van de duizend baby’s stierven er 136 in hun eerste levensjaar, vooral de zuigelingen uit arme en sociaal zwakkere gezinnen. Ter vergelijking: nu zijn dat er 5. Destijds overleden baby’s vooral aan infecties, voedingsstoornissen, uitdroging en ondervoeding, zaken die soms vrij eenvoudig te voorkomen waren. Om iets aan deze situatie te doen, opende de Haagse huisarts Plantenga in 1901 het eerste consultatiebureau van Nederland. Zijn inspiratiebron was Frankrijk, waar dit soort bureaus al tien jaar bestond onder de naam ‘consultation des nourrissons’.



Melkkeuken van het consultatiebureau in Rotterdam, rond 1920

Plantenga gaf voedingsadviezen aan de moeders van arme gezinnen en volgde de groei van hun baby's. Ook verstrekke hij in een melkkeuken gratis melk. De extra melk was bedoeld voor moeders die geen borstvoeding konden geven, en tegelijkertijd een lokkertje voor moeders uit 'a-sociale gezinnen' om naar het consultatiebureau te komen. De melk was bestemd voor de baby, de moeders moesten elke dag de volle luiers laten zien, als bewijs dat het kind de melk kreeg. Bovendien kon men zo vroegtijdig problemen in de spijsvertering van de baby opsporen. Erg lang bleven de melkkekens niet bestaan. Al gauw ontdekte men dat borstvoeding beter was dan flesvoeding: de sterfte onder kinderen die borstvoeding kregen was vele malen lager dan die van kinderen met flesvoeding. In plaats van gratis melk kregen de moeders na de opheffing van de melkkekens 'zoogpremies'. Dit om het geven van borstvoeding te stimuleren én om de moeders te binden aan het consultatiebureau.

Daling kindersterfte

In 1908 werd de Nederlandse Bond ter Bescherming van Zuigelingen opgericht. De bond was een groot voorstander van consultatiebureaus en probeerde die in het hele land van de grond te krijgen. Ook de kruisverenigingen zagen het als hun taak de hoge zuigelingen- en kindersterfte te bestrijden. In de eerste dertig jaar van de twintigste eeuw richtten diverse plaatselijke kruisverenigingen consultatiebureaus op. Eerst in de steden, later ook op het platteland. In eerste instantie werd consult gehouden op locaties waar het een beetje improviseren was met het wegen en onderzoeken van baby's: in loodsen en dorpszaaltjes, in herbergen waar de gelagkamer diende als wachtruimte en het biljart als uitkleedtafel, in de toneelzaal of in een fabrieksgebouw. Pas later kwam er geld voor beter toegeruste consultatiebureaus.

Aanvankelijk keken moeders met enige scepsis naar de consultatiebureaus. Waarom zou je met een gezónd kind naar de dokter moeten? Dat doe je toch pas als het ziek is? Maar al snel zagen ze dat preventieve controle van hun kind wel degelijk nut had. Tussen 1875 en 1949 daalde het sterftecijfer van zuigelingen van 20 naar 3 procent en het sterftecijfer van 1- tot 5-jarigen van 14 naar 0,8 procent. Natuurlijk kon dat niet op het conto van de consultatiebureaus alléén worden bijgeschreven - de gezondheidszorg, hygiëne en sociale omstandigheden waren ook enorm verbeterd - toch had het toezicht van de consultatiebureaus een groot effect.

Vanaf eind jaren 30 begonnen ook de rijke moeders gebruik te maken van het consultatiebureau. Dat riep in eerste instantie nog discussie op, want de consultatiebureaus waren bestemd voor 'on- en minvermogende moeders'. De rijken mochten wel komen, maar moesten dan wel voor het consult betalen.

Vanaf de jaren dertig groeide het aantal consultatiebureaus in rap tempo en bloeiden ze als nooit tevoren. Dankzij het netwerk van de kruisverenigingen had in de jaren vijftig vrijwel elke gemeente een eigen bureau.

Hoestkamertjes

Waren de consultatiebureaus in het begin alleen voor gezonde kinderen bedoeld, in 1921 werden ze ook opgesteld voor zieke kinderen. In Amsterdam werd een nieuw consultatiebureau geopend met twee uitkleedkamers: eentje voor de gezonde baby's en eentje voor de zieke, hoestende zuigelingen 'opdat die de anderen niet zullen besmetten'. Dit waren de hoestkamertjes of quarantainekamertjes. Niet veel later werd dit weer afgeschaft: zieke kinderen konden naar een kinderarts in het ziekenhuis. Tegenwoordig luidt het advies om niet naar het consultatiebureau te komen als een baby hoge koorts heeft of mogelijk een besmettelijke ziekte heeft.

Babybus

Op het platteland was het voor moeders soms lastig om naar het consultatiebureau te komen. Ze woonden afgelegen of er was een gebrek aan vervoer. Sommige kruisverenigingen bedachten daar een oplossing voor: ze haalden de moeders met hun baby's met de bus op. In de stad ging het precies andersom: in Den Haag ging de zogenaamde babybus naar de moeders toe in de wijken die geen consultatiebureau hadden. Dit mobiel consultatiebureau reed van 1964 tot 1988 langs twaalf vaste standplaatsen in de stad.

Ook nu nog bestaan er mobiele consultatiebureaus. In 2006 waren er 62 rijdende consultatiebussen, compleet uitgerust met een werkplek voor de arts en verpleegkundige, uit- en aankleedtafels, weeg- en meetplekken een ogentest en sommigen zelfs met een overdekte stalling voor kinderwagens. Ze rijden vooral in plattelandsgebieden, zoals Noordoost-Groningen, Twente en Noord-Holland.

De babybus van de kruisverenigingen op het Janskerkhof in Utrecht, 1967



Babybus van het Groene Kruis in
Den Haag, 1970



Mevrouwartsen

Consultatiebureaus moesten, op voorschrift van de Nederlandse Bond ter Bescherming van Zuigelingen en de Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde, geleid worden door een medicus, liefst een kinderarts. Dat zette de kruisverenigingen voor een probleem: er was een groot tekort aan kinderartsen, vooral op het platteland waar het aantal consultatiebureaus snel groeide. De kruisverenigingen oefenden daarom druk uit op huisartsen om de leiding van consultatiebureaus op zich te nemen. Maar die hadden er weinig zin in om naast hun drukke praktijk ook nog een spreekuur op het consultatiebureau te draaien. Bovendien was het vaak een slecht of niet-betaalde klus.

Het werk als consultatiebureauarts was wél aantrekkelijk voor 'mevrouwartsen': getrouwde vrouwelijke huisartsen die na de komst van eigen kinderen gedwongen gestopt waren met werken. Veel van deze mevrouwartsen waren blij dat ze toch iets zinnigs met hun medische opleiding konden doen.

De consultatiebureauarts werkte nauw samen met de wijkverpleegkundige. Door veelvuldig huisbezoek kende zij de gezinnen door en door. De wijkverpleegkundige mat en woog de kinderen en legde spullen klaar voor vaccinaties. De arts deed het lichamelijke onderzoek en zorgde voor de nodige inentingen. Later kwam er een verandering in die werkverdeling en nam de wijkverpleegkundige veel taken van de arts over.

3-6 maanden



veilig groot worden

De ontwikkeling van baby's van 3 tot 6 maanden en de veiligheidsvoorzorgen die bij die leeftijd horen

1½-2½ jaar



veilig groot worden

De ontwikkeling van peuters van 1½ tot 2½ jaar en de veiligheidsvoorzorgen die bij die leeftijd horen

9-12 maanden



veilig groot worden

De ontwikkeling van baby's van 9 tot 12 maanden en de veiligheidsvoorzorgen die bij die leeftijd horen

6-9 maanden



veilig groot worden

De ontwikkeling van baby's van 6 tot 9 maanden en de veiligheidsvoorzorgen die bij die leeftijd horen

Groeiend aantal taken

Het aantal taken van het consultatiebureau groeide in de loop der tijd. Lag de nadruk aanvankelijk op voorschriften voor voeding en hygiëne en de verzorging van het kind, later kwam er ook aandacht voor preventie en vroege signalering. De opsporing van rachitis (Engelse ziekte) bijvoorbeeld, een botaandoening die vooral bij jonge kinderen ontstond door gebrek aan zonlicht en vitamine D.

In de jaren 50 breidde het takenpakket van het consultatiebureau zich uit met de inenting van het Rijksvaccinatieprogramma. Kinderen werden ingeënt tegen ziektes als difterie, kinkhoest en polio. In de jaren 70 was de controle op het consultatiebureau niet langer puur medisch, sindsdien kijken de arts en wijkverpleegkundige ook naar psychosociale factoren en geven ze advies bij opvoedingsproblemen.

Moeder met kind op consultatiebureau



Laten huilen

De inhoud van de adviezen van het consultatiebureau veranderden met de jaren. Dat had niet alleen te maken met nieuwe medische ontwikkelingen, ook de tijdgeest zorgde voor een verschuiving van opvattingen. De eerste helft van de twintigste eeuw stond nog in het teken van korte en bondige regels, zoals de drie R'en: Reinheid, Rust en Regelmaat.

Tot in de jaren 70 kregen moeders het advies om de baby in de keuken te laten slapen, zodat ze het gehuil niet hoorden en ze zelf goed konden uitrusten. Ook een huilend kindje troosten door het in de armen te nemen en te wiegen was fout: dat was een 'verdovingsmiddel' dat een goede spijsvertering tegenhield.

Later werden deze strakke regels losgelaten. De behoeften van het kind stonden centraal, het rigide voedingsschema was onmenselijk. Een hongerig kind laten huilen kon blijvende schade aanrichten. Zodra het kind honger kreeg, werd het daarom meteen gevoed, 'verwennen' was niet meer gevaarlijk. Het consultatiebureau vatte het samen in het voorschrift 'twintig minuten voeding en tien minuten vitamine L, van liefde'.

Rijmpje uit een
voedingsbrochure
uit de jaren 30

Geef de borst alle drie of vier uren

Laat u nooit bepraten door de burenen,

Hoe boos ze ook mogen kijken

Om daar van af te wijken.

Alleen als de dokter het zegt,

Is een andere maat niet slecht.

Zes uur nachtrust dient minstens genomen,

Alleen d'eerste maand mag het 's nachts een keer
komen.

Als men om zeven, tien, twee, zes, tien uur voedt,

Dan doet negen uur nachtrust de moeder goed.

Borst of fles?

Ook de ideeën over babyvoeding veranderden. De vraag 'borstvoeding of flesvoeding?' houdt consultatiebureaus al vanaf het prille begin bezig. Honderd jaar geleden gaven de meeste moeders borstvoeding, goede flesvoeding bestond toen nog niet. Tot in de jaren vijftig kreeg driekwart van de baby's gedurende de eerste drie maanden borstvoeding.

In de jaren 70 was flesvoeding in de mode. Dat kwam onder andere door de sterk verbeterde samenstelling van kunstmatige babyvoeding: die leek steeds meer op moedermelk. Flesvoeding werd daardoor gezien als veilig en gemakkelijk. Een ander voordeel was dat je precies kon zien hoeveel de baby dronk. Opeens was het modern om een baby de fles te geven, borstvoeding was 'uit'. In 1975 kreeg nog maar 10 procent van de baby's drie maanden borstvoeding. Tegenwoordig is dat weer helemaal omgedraaid: borstvoeding is de norm.

Het consultatiebureau nu

Inmiddels maken consultatiebureaus niet langer deel uit van de kruisverenigingen en zijn ze ook niet meer gehuisvest in het kruisgebouw. Ze vallen nu onder de Jeugdgezondheidszorg. Nog steeds kunnen ouders er terecht met vragen over de opvoeding. Nog steeds worden baby's en peuters er gevaccineerd en onderzocht op afwijkingen. De arts kijkt niet alleen naar de lichamelijke ontwikkeling, maar let ook op de psychosociale, cognitieve en emotionele ontwikkeling van het kind. Nieuwe aandachtsterreinen zijn eraan toegevoegd, bijvoorbeeld de preventie van overgewicht bij jonge kinderen. En dan te bedenken dat een eeuw geleden ondervoeding de aanleiding was om te starten met consultatiebureaus.

Riet Stoop (1928)
Kraamverzorgster
in de jaren 50 en 60



‘Babygeluidjes
klinken mij
als muziek in de
oren’



Riet Stoop heeft een dik album vol met geboortekaartjes: een blijvende herinnering aan de 250 gezinnen waar ze in de jaren 50 en 60 als kraamverzorgster heeft gewerkt. Zelf is ze nooit getrouwd en kinderen heeft ze niet. “Bij elk adres waar ik bakerde had ik altijd het idee: dit is mijn gezin.”

“Mijn vader was er faliekant op tegen dat ik kraamverzorgster zou worden, dat was veel te zwaar werk voor mij. Toch was dit al van jongs af aan mijn grootste wens: baby’s verzorgen en moeders verwennen. Alle geluidjes van baby’s, gebrabbel, gekraai en zelfs gehuil, het klonk mij als muziek in de oren. Toen ik me aanmeldde voor de kraamopleiding verzwegen ik dat ik een jaartje had moeten kuren wegens tuberculose, want dan zouden ze me kunnen afwijzen. Tot mijn grote vreugde werd ik aangenomen en kon ik vrijwel meteen beginnen in de praktijk.”

“Ik had een vrouw
nog nooit bloot
gezien, alleen van
boven.”

Zo groen als gras

“Het was 1951 toen ik aan mijn opleiding begon. We kregen onder andere kookles en huishoudkunde. Zonde van mijn tijd, want ik had jarenlang voor mijn zieke moeder gezorgd en het huishouden van een gezin met zes kinderen gedraaid. Mijn moeder is overleden toen ik 18 was. Ik groeide op in Graft, een klein dorp in de Eilandspolder in Noord-Holland, en was niet veel in de stad geweest. Daarom was het wel even wennen op de opleiding in Alkmaar. Ik sliep op het kantoor van het kraamcentrum. 's Ochtends moest ik er bijtijds uit en zorgen dat het bed weg was, het was tenslotte een kantoor. Al gauw mocht ik mee naar een bevalling. Die eerste keer maakte enorme indruk. Ik was nog zo groen als gras, seksuele voorlichting kreeg je in die tijd niet. Ik had een vrouw nog nooit bloot gezien, alleen van boven. We kregen wel les van een kinderarts die ons het een en ander vertelde, en ik praatte wel met andere meiden van de opleiding, zo werd je wijzer van elkaar.”

Bij de kraamvrouw in bed

“Mijn vader had gelijk, het werk was zwaar. Ontzettend zwaar. In die tijd had je geen verhoogde bedden. Soms lag de kraamvrouw in een bedstee, dat was nog erger. Dan moest je je in allerlei bochten wringen om haar te helpen met bijvoorbeeld het aanleggen van het kind. En je moest dag èn nacht werken. De kraamzorg was nog intern, als kraamverzorgster sliep je bij het gezin gedurende de hele kraamperiode. Die was toen twaalf dagen lang, de kraamvrouw lag na de bevalling zeker nog acht of negen dagen in bed. Om

tien uur 's avonds was de laatste voeding en verzorgde ik de kraamvrouw, 's nachts moest je er een paar keer uit voor de baby, en om half 7 's ochtends stond ik weer op om de baby te wassen. Vaak werkte je in gezinnen met vijf kinderen, soms wel tien of twaalf kinderen. Daar moest je ook voor zorgen. Eén keer moest ik bij de kraamvrouw in bed slapen, er was gewoon geen andere plek. Dat was voor mij eens maar nooit weer.”

Goede brandstof, weinig as

“In mijn leerlingentijd verdiende ik één gulden per dag. De reiskosten moest ik zelf betalen. Daarna als gediplomeerd kraamverzorgster kreeg ik 123 gulden per maand, als ik het me nog goed herinner. Wij werkten volgens de regels van rust, reinheid en regelmaat. Er moest rust zijn in huis en in het gezin: geen drukte van de andere kinderen en 's middags geen bezoek zodat de kraamvrouw kon slapen. De reinheid bestond eruit dat we zo steriel mogelijk moesten werken, voor zover dat mogelijk was in een huishouden natuurlijk. En met een regelmaat van drie uur kreeg de baby een voeding: dat begon om 7 uur 's ochtends, dan om 10 uur en zo ging het door tot 10 uur 's avonds.

Borstvoeding was toen heel normaal. Om te kijken of het kind voldoende voeding binnenkreeg, controleerde je de luiers. Die moesten vooral nat zijn. ‘Goede brandstof, weinig as’, noemden we dat.”

“Je kon niet even met de leidster bellen, er was niet overal telefoon.”

Geintjes uithalen

“Mannen deden nooit wat in het huishouden. Meestal kon ik goed met ze opschieten. Sommigen haalden wel eens geintjes met me uit. Stond ik 's nachts op om de kraamvrouw te verzorgen, had haar man twee dode mollen in mijn sloffen gestopt. De volgende dag heb ik die mollen in een krant gewikkeld en op zijn hoofdkussen gelegd. Zo pestten we elkaar een beetje. Soms had je ook van doen met handtastelijke mannen. Eén keer kwam een man 's nachts mijn slaapkamer binnen om me lastig te vallen. Ik heb hem weg gestuurd. De volgende dag heb ik zijn vrouw ingelicht. Het echtpaar kreeg vreselijke ruzie, maar ik dacht: dat is jullie pakkie-an. Met de leidster kon ik dit niet bespreken, die zag ik pas aan het einde van de kraamtijd. Je kon niet tussendoor eventjes bellen, er was niet overal telefoon.”

Janken bij afscheid

“Het leukste van het werk was priegelen met de baby. Na de laatste voeding legde ik de baby op tafel en speelde er een beetje mee, keek hoe mooi die kleine handjes en voetjes waren. Ook was het heerlijk om de moeder te verzorgen en vertroetelen. Die had het zo moeilijk gehad, dat ze wel recht had op wat verwennerij. 's Ochtends een fruithapje, en om een uur of elf even praten bij een kop koffie. Zo deed ik dat toen.

Tegenwoordig is er geen aardigheid meer aan. De kraamvrouw gaat lopend het ziekenhuis uit, ze verzorgt zichzelf, stapt alleen onder de douche. Als kraamverzorgster kun je nu niet zo veel meer betekenen voor een gezin, alleen wat huishoudelijk werk doen.

Kraamzorg is nu heel versnipperd: 's ochtends werken kraamverzorgsters hier, 's middags weer daar. Zo bouw je toch geen band op met het gezin? Terwijl ik soms heb staan jánken bij het afscheid.”

Levenslange vriendschap

“Tijdens een koude winter kwam ik bij een gezin met twaalf kinderen. Ik moest op een tochtige zolder slapen, de ijspegels hingen aan het dak. Op mijn bed lag één dun dekentje. Met een vloerkleedje erop voor wat meer warmte probeerde ik in slaap te komen. Maar het bleef maar koud. Aan de dienstbode die in het kamertje naast mij sliep, vroeg ik een extra deken. Maar zij had er ook maar één, de tweede had ze aan mij moeten afstaan. Ik zei tegen haar: “Bets, weet je wat, ik kruip bij jou in bed, dan hebben we het allebei warm.” Dat was het begin van een levenslange vriendschap. Later heb ik drie van haar kinderen ook gebakerd.”

Krentenbrood en tulband

“Soms kwam je in gezinnen waarvan je dacht: o jee, wat moet ik ermee. Ik weet nog dat ik plotseling werd gebeld door het kraamcentrum: of ik naar een gezin in De Schermer kon gaan. “Maar ik mocht toch een paar dagen vrij?” wierp ik tegen. Ik had net bij drie gezinnen achter elkaar gebakerd. “Ja, maar het gaat om een speciaal gezin, de vader is vannacht overleden in het ziekenhuis.” In precies dezelfde nacht was de moeder thuis

“De kinderen hadden maar één stel kleren.”

bevallen van haar tiende kindje. Leven en dood in één nacht. Op weg naar het gezin heb ik gebeden: God, wat moet ik tegen de kraamvrouw zeggen als ik er aankom? Wat zal ik daar aantreffen? In Schermer stapte ik uit de bus, niemand om me af te halen natuurlijk, en ik liep naar het adres. Toen ik de slaapkamerdeur opende, keken de kraamvrouw en ik elkaar aan. Het leek wel alsof we elkaar kenden. Uren hebben we met elkaar gepraat, het was een heel dappere vrouw. Ik heb er een prachtverzorging gehad. De jongste kinderen snapten niet wat er aan de hand was en waren ook niet bij de begrafenis. Ze wisten alleen dat er een ‘feest’ was voor pappa waar zij niet naartoe mochten. En dat de gasten daar krentenbrood en tulband kregen, en zij niet. Dus regelde ik dat zij ook krentenbrood en tulband konden eten. Dan zorg je voor de kinderen en hoor je er echt bij.”

Schoenendoos

“Armoede heb ik veel gezien. Midden in een bloedhete zomer kwam ik in ’t Zand bij een gezin van een varkensboer met een heel stel kinderen. Ze hadden niks. He-le-maal niks. De kinderen hadden maar één stel kleren. Die moest ik ’s avonds wassen en drogen, want de kinderen moesten ze de volgende dag weer aan. Hoe arm ze ook waren, ze deelden wel alles met mij. Nadat ik mijn koffer had ingepakt aan het einde van de kraamtijd, bracht de vader me achterop de fiets naar de bushalte. Hij gaf me een schoenendoos mee die ik pas mocht openmaken als ik thuiskwam. Het was een zij spek met zes eieren. Erbovenop lag een briefje: ‘hedenavond uitsmijter’. Zoiets vergeet je nooit.”

Onverantwoord

“Toen in 1965 de 24-uurs kraamzorg veranderde in kraamzorg alleen overdag, ben ik ermee gestopt. Ik vond het onverantwoord om de kraamvrouw 's nachts alleen te laten. Dat kon toch niet? Waarschijnlijk had dat te maken met die keer dat ik 's nachts een baby'tje van de dood heb gered. Ik stond op om de kraamvrouw te helpen, hoorde de baby kreunen en ontdekte dat het kindje naar aceton rook. Foute boel, dacht ik, en belde de dokter. Die heeft het kindje onmiddellijk naar het ziekenhuis gebracht. Het was uitgedroogd en is meteen aan het infuus gelegd. En die keer dat de kraamvrouw 's nachts een vloeijing kreeg, ook toen heb ik onmiddellijk de dokter erbij gehaald. Je zal er niet bij zijn, wat dan? Een van mijn collega's heeft een kraamvrouw 's ochtends dood in bed gevonden. Dat vonden we allemaal zó erg! En dan krijg je opeens te horen: om 6 uur kun je naar huis. Daar was ik het totaal niet mee eens.”

Trouwjurk

“Ik ben niet getrouwd, had er ook geen behoefte aan. Af en toe had ik wel eens een vriend, maar dat ging dan weer over. Vriendinnen zeiden wel eens: Riet, je bent te kritisch. In die tijd moest je stoppen met werk als je trouwde. Na mijn tijd als kraamverzorgster heb ik als huishoudelijke hulp gewerkt in het kraamcentrum. Daar hebben we voor verschillende kraamverzorgsters die geen kant-en-klare jurk konden betalen, een trouwjurk genaaid. Dat was dan meteen een soort afscheidscadeau, want daarna hield het werk voor hen op.

“De baby rook
naar aceton.
Dat was
foute boel.”

Ik ben nog steeds dol op baby's en kleine kinderen. Dat ik zelf geen kinderen heb gekregen, vind ik niet erg. Ik heb in meer dan 250 gezinnen gebakerd. Telkens beschouwde ik die als mijn gezin.”

Recht op gezondheid
De kruisverenigingen
tussen 1945 en 1970

Kraamverzorgsters van het Wit-Gele
Kruis aan het werk, jaren vijftig





Affiche Wit-Gele Kruis

In 1945 lag de Nederlandse gezondheidszorg in puin, net als een groot deel van Nederland. En net als de rest van het land werd ook de gezondheidszorg in een hoog tempo weer opgebouwd. Nieuw was de invloed van de Verenigde Staten, waar de zorg moderner was. Nederland nam steeds meer dingen uit Amerika over: medicijnen, behandelmethoden en ideeën over verpleging en verzorging.

Al snel was de Nederlandse zorg van hoger niveau dan voor de oorlog. In ziekenhuizen was veel meer mogelijk omdat er voor het eerst met infusen werd gewerkt. In de psychiatrie veranderde begin jaren vijftig veel toen de eerste psychofarmaca op de markt kwamen, medicijnen die inwerken op de psyche zoals antipsychotica en kalmerende middelen. En een grote doorbraak was de komst van antibiotica, die in 1947 voor het eerst in Nederland werden voorgeschreven. Een wondermiddel, vonden veel mensen, want tot dan toe waren bacteriële ontstekingen moeilijk te behandelen, waardoor ze tot ernstige complicaties konden leiden. Het gevolg van al deze vernieuwingen was dat steeds meer mensen in het ziekenhuis werden opgenomen en daar langer bleven.

Totale mens

In de jaren vijftig nam de welvaart in Nederland toe. Mensen kregen beter te eten, huizen werden ruimer en er kwam geld voor luxe. De jaren dertig en veertig waren sombere tijden geweest. Nu kregen mensen vertrouwen in de toekomst.

Het denken over gezondheid en gezondheidszorg veranderde. Voor 1940 was de visie op gezondheid beperkt. Gezond zijn betekende niet ziek zijn. Deze visie was na 1945 achterhaald. Voor gezondheid was meer nodig. Iemand was pas gezond als hij zich lichamelijk,



Wijkverpleegster (met Berini) overlegt met huisarts, Castricum, 1952

geestelijk én sociaal goed voelde. Dat bleek bijvoorbeeld toen in 1948 de Wereldgezondheidsorganisatie WHO werd opgericht. Als uitgangspunt formuleerde deze organisatie: het gaat om de totale mens en zijn lichamelijke, geestelijke en sociale gesteldheid. Bij deze nieuwe visie op gezondheid paste ook een andere visie op de rol van de overheid ten opzichte van de volksgezondheid. De overheid, was de algemene overtuiging, moest ervoor zorgen dat mensen in goede gezondheid konden leven. Er bestond een recht op gezondheid en de overheid moest ervoor zorgen dat dat recht werd gewaarborgd. Dat betekende: zorgen voor goede en moderne ziekenhuizen, genoeg en goed opgeleid personeel, een goede en niet te dure ziektekostenverzekering en voldoende maatregelen om mensen te beschermen tegen ongezond werken, ongezond wonen en ongezond leven.

Verzorgingsstaat

In de negentiende eeuw had de overheid zich terughoudend opgesteld en zich zo min mogelijk bemoeid met de omstandigheden waarin mensen leefden. Die houding was nu definitief verleden tijd. Nederland werd een verzorgingsstaat: de staat was verantwoordelijk voor het welzijn van de inwoners, en dus voor goed onderwijs, goede gezondheidszorg, voldoende werkgelegenheid en een vangnet voor mensen die niet zelf voor een inkomen konden zorgen.

Sommige maatregelen die de Duitsers al tijdens de oorlog hadden ingevoerd, bleven bestaan. De Ziekenfondswet en de Ziektewet bijvoorbeeld. Er werden ook nieuwe regelingen getroffen. In 1956 werd de Algemene Ouderdomswet ingevoerd, de Algemene Bijstandswet volgde in 1965. Een jaar later werd de Ziekenfondswet aangepast, er werden



Rotterdamse wijkverpleegsters in 1936, gereed om hun dagtaak te beginnen



Verpleegster van het Wit-Gele Kruis verbindt patiënt, omstreeks 1960

steeds meer behandelingen en ingrepen vergoed. In 1968 werd de AWBZ ingevoerd, waardoor iedereen verplicht verzekerd was voor onverzekerbare risico's en langdurige medische zorg, bijvoorbeeld verblijf in een verpleeghuis.

Kruisverenigingen

De overheidsbemoeyenis met de gezondheidszorg was in de jaren voor de oorlog al gegroeid, na 1945 werd de groei spectaculair. Door de opbouw van de verzorgingsstaat kreeg de overheid er taken bij. Een deel van deze taken werd uitbesteed aan organisaties als de kruisverenigingen. Het idee was dat de kruisverenigingen daar beter geschikt voor waren omdat ze dichtbij mensen stonden. Bovendien waren de kruisverenigingen verzuild en vertegenwoordigden ze verschillende levensovertuigingen. In de jaren vijftig, toen Nederland nog verzuild was, was dit een belangrijk argument. Op lokaal niveau voerden de kruisverenigingen de taken alleen uit, de besturen aan de top werkten wel samen. Datzelfde patroon was te zien bij andere verzuilde organisaties als vakbonden, werkgeversorganisaties en omroepen.

Voor de kruisverenigingen betekende de grotere overheidsbemoeyenis dat ze over veel meer geld beschikten. De financiële problemen van voor de oorlog, toen ze nog loterijen en fancy fairs moesten organiseren om aan geld te komen, waren voorbij. Maar het bleef niet bij subsidie. In ruil daarvoor eiste de overheid een flinke vinger in de pap.

Eind jaren veertig besloot de overheid voortaan een deel van de salarissen van wijkverpleegkundigen te betalen. Voor de kruisverenigingen was dat in financieel opzicht een opluchting. Daar stond tegenover dat wijkverpleegkundigen een uitgebreider takenpakket

kregen, ze moesten ook werken aan preventie van ziekten, bijvoorbeeld door het geven van voorlichting.

Ook werden er hogere eisen aan het personeel gesteld. Nog steeds leidden ziekenhuizen hun eigen verpleegkundigen op, volgens hun eigen inzichten. Vanaf 1956 werd die vrijheid deels ingeperkt. Toen werden in de herziene Gezondheidswet nieuwe opleidingseisen vastgelegd, waar elk opleidingsziekenhuis aan moest voldoen.

Expositie van verplegingsartikelen
uit het uitleenmagazijn van het
Hilversumse Wit-Gele Kruis,
omstreeks 1945



Administratieboek

Door alle technische ontwikkelingen in de geneeskunde werd verpleging een ingewikkelder vak. Verpleegsters moesten steeds meer weten om hun beroep te kunnen uitoefenen. Dat gold ook voor wijkverpleegkundigen. Er kwamen specialisaties. In de jaren dertig was al een onderscheid gemaakt tussen A-verpleging (in een gewoon ziekenhuis) en B-verpleging (in de psychiatrie). In 1958 werd de Z-verpleging ingevoerd, voor zwakzinnigenzorg. In 1972 ging de eerste HBO-V-opleiding van start. Het was voor het eerst mogelijk verpleegkundige te worden zonder door een ziekenhuis te zijn opgeleid.

Er kwamen ook nieuwe beroepen bij in de zorg. Secretariaresses namen administratieve taken over, er kwamen operatieassistenten, laboranten, diëtisten, maatschappelijk werkers en fysiotherapeuten. In 1965 werd er officieel onderscheid gemaakt tussen ziekenverzorgenden en verpleegkundigen. De ziekenverzorgenden deden de basale zorg, verpleegkundigen voerden ingewikkelder taken uit als het toedienen van medicijnen (injecteren).

Wijkverpleegkundigen kregen eveneens met allerlei nieuwe taken te maken. Technisch, omdat er meer mogelijk was, maar ook administratief. Vanaf de jaren vijftig waren wijkverpleegkundigen verplicht bij te houden wat ze deden op een werkdag. Die administratieve taken werden steeds omvangrijker. In 1965 werd het Administratieboek Wijkverpleging ingevoerd. Een wijkverpleegkundige was een steeds groter deel van haar tijd kwijt met verantwoording afleggen over haar werk.



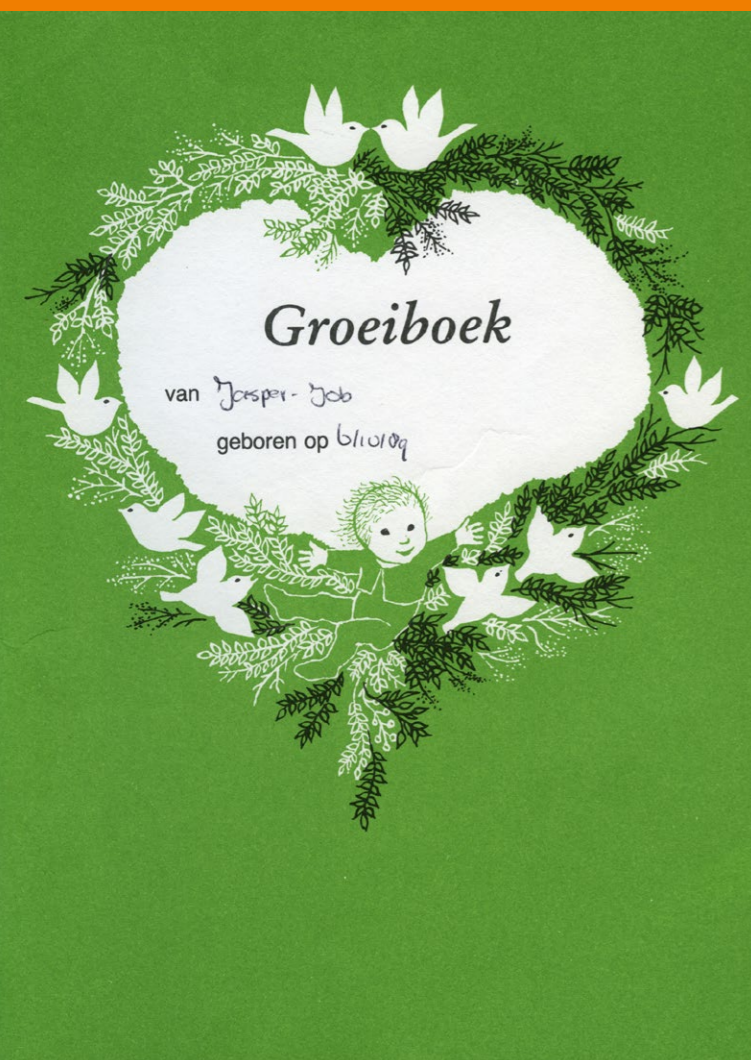
Drie leerling-kraamverzorgsters met babypop, 1960

Roeping

De werkomstandigheden in de wijk waren in het begin van deze periode slecht, zeker vlak na de oorlog. Er was weinig materiaal en verpleegkundigen werden karig betaald. Een zuster schreef anoniem in het maandblad Katholieke Gezondheidszorg eind jaren veertig dat zij altijd 'geprezen en bewierookt' werd door haar bestuur, maar dat ze liever een fatsoenlijke rechtspositie wilde, waardoor ze 'eens een doodgewone jurk kon kopen en zich enige ontspanning kon permitteren'.

Wijkverpleegkundigen hadden wel veel aanzien, zij het niet zoveel als artsen of andere notabelen. Ze werkten, zeker op het platteland, nog steeds alleen en woonden vaak boven het kruisgebouw, waardoor hun werk in feite zeven dagen per week doorging.

Langzaam werd de status van de verpleegkundige beter. Een verpleegkundige werd niet meer gezien als 'de verlengde arm van de arts', verpleegkundige werd een apart beroep met eigen taken en verantwoordelijkheden. Ook de arbeidsvoorwaarden werden beter. Verpleging was lang gezien als werk dat een vrouw uit roeping deed. Verpleegkundigen kregen dan ook geen salaris, maar 'zakgeld'. Deze opvattingen verdwenen, al was het maar omdat er steeds minder vrouwen roeping hadden. Vanaf de jaren vijftig begonnen de salarissen langzaam te stijgen. Toen er later onderscheid werd gemaakt tussen verpleegkundigen en verzorgenden, betekende dat vooral voor verpleegkundigen opnieuw een verbetering van het salaris.



Groeiboekje, 1989

Groeiboekje

De taken van de kruisverenigingen veranderden in deze periode. Net na de oorlog lag de nadruk op de vele besmettelijke ziekten die de kop opstaken. Doordat de welvaart steeg, werd de gezondheid van Nederlanders steeds beter. Preventie van ziekten werd nu een belangrijke taak. En dat gebeurde onder andere door goede zorg voor kinderen en moeders.

Veel mensen hadden het krijgen van kinderen in de jaren dertig en veertig uitgesteld. Na 1945 volgde een inhaalslag. Er werden heel veel baby's geboren: de *babyboom*. Er waren daarom veel kraamverzorgsters nodig.

De kraamzorg was officieel onderdeel van de kruisverenigingen, veel mensen waren zelfs alleen maar lid van de kruisvereniging omdat ze dan kraamzorg kregen. Toch werd de kraamzorg vaak stiefmoederlijk behandeld. Kraamverzorgsters werden veel slechter betaald dan wijkverpleegkundigen en er was vrijwel altijd een groot tekort aan kraamverzorgsters.

Ook de zorg voor oudere kinderen op de consultatiebureaus veranderde. Voor 1940 keken deze bureaus vooral naar voeding, gewicht en groei. In 1956 kwamen er extra taken bij, toen het Rijksvaccinatieprogramma werd ingevoerd. Tegelijkertijd werd de blik van de consultatiebureauarts en -verpleegkundige breder. De ideeën van Spock en Bowlby over de ontwikkeling van kinderen werden populair en de pedagogiek was in opkomst. Er werd gekeken naar hoe een kind zich ontwikkelde, lichamelijk en psychisch. Steeds meer kwam de nadruk op de ontwikkeling van het kind en problemen daarin te liggen.

De voorlichting aan moeders werd belangrijker. Dat resulteerde in 1972 in het groeiboekje, dat alle ouders kregen bij de geboorte van hun kind. In dit groeiboekje werd beschreven

VERKOUDHEID _ KEELZIEKTEN
GRIEP _ T.B.C.



Moeders een goede raad.
Houd de kleine gezond.
Geef hem een spuugdoekje
En zoen hem niet op de mond
Laat geen vreemden bij de wagen
En bij verkoudheid een masker dragen.

Wandplaat van het Groene Kruis, te zien in veel kruisgebouwen

hoe een kind zich de eerste vier jaar ontwikkelde en hoe je daar als ouder het beste mee kon omgaan. De consultatiebureaus voor baby's waren een groot succes. In 1970 waren er ruim drieduizend in Nederland, waar 95 procent van de baby's werden gezien.

Voorlichting

Een belangrijke taak van de kruisverenigingen was ten slotte, net als voor de Tweede Wereldoorlog, de bestrijding van tbc. Vlak na 1945 waren er veel mensen met tbc, maar dat veranderde snel. In 1950 had nog één op de 19 mensen tbc. Tien jaar later was dat afgenomen tot één op de 128. Er waren nog steeds consultatiebureaus voor tbc waar mensen zich konden laten doorlichten. De kruisverenigingen controleerden bovendien elk jaar alle schoolkinderen en leraren op tbc.

Door dat succes werd de tbc-bestrijding minder belangrijk. De kruisverenigingen richtten zich daarom op nieuwe taken. Er kwamen steeds vaker andere chronische ziekten voor waar de wijkverpleging zich mee bezighield: diabetes, reuma, hart- en vaatziekten en kanker. Bovendien werd preventie en voorlichting over gezondheid, 'hygiënische volksopvoeding', een belangrijk onderdeel van het werk. Wijkverpleegsters gaven cursussen over gezond leven en kruisverenigingen namen diëtisten in dienst.



opgepast, hoog in de kast
laat medicijnen,



juiste temperatuur
w.c.-manieren als gewoon.
vaste standplaats, fijn begin!

reinigingsmiddelen

langer dan de grote teen

De een is vroeg, de ander laat
Heb geduld tot dat het gaat

Raak de regelmaat niet kwijt:
Een vaste plaats, een vaste tijd!

En per keer
5 minuten en niet meer

ZINDELIJKHEID
ieder leert 't op eigen tijd



LIEFDE IN KLEUREN...



HET ORANJE-GROENE KRUIS

Brochure van het Oranje-Groene Kruis,
1955

Ontzuiling

In de jaren zestig begon de Nederlandse samenleving te veranderen. De traditionele zuilen die kenmerkend waren voor Nederland, brokkelden af. Steeds minder mensen gingen naar de kerk en ze hadden helemaal geen behoefte aan organisaties die aan de kerk verbonden waren zoals omroepen, kranten, ziekenhuizen of vakbonden.

Dat sijpelde ook door naar de kruisverenigingen. In 1967 werd de Stichting Landelijke Kruisverenigingen opgericht, waarin de koepels van de verenigingen officieel samenwerkten. Ook op lokaal niveau werd steeds meer samengewerkt. In 1975 werden de nationale bureaus samengevoegd. Het werk van de kruisverenigingen heette sindsdien wijkwerk en bestond uit cursussen, preventie en curatief werk.

Ontzuiling was niet de enige reden voor deze samenwerking. De zorg en de organisatie van de zorg was na 1945 steeds ingewikkelder geworden. Eén kruisvereniging met één centraal bureau was daarom efficiënter dan drie verschillende verenigingen die elk hun eigen manier van werken hadden. Bovendien, was de gedachte, was één kruisvereniging veel goedkoper. En dat was hard nodig, omdat de kosten van de gezondheidszorg door alle vernieuwingen en verbeteringen enorm waren toegenomen.

Wat er ook veranderde, de kruisverenigingen bleven populair. In 1970 was nog steeds zeventig procent van alle Nederlanders lid van een kruisvereniging. Vooral op het platteland waren kruisverenigingen sterk. Daar werkten ze vaak samen met de huisarts. In de grote steden was de zorg meer versnipperd en waren de GG&GD en ziekenhuizen ook actief in zorg aan huis.



Oprichting Stichting Samenwerkende Landelijke Kruisverenigingen, 1967

AKTIE!

**Professionalisering
en emancipatie van de
wijkverpleegkundige**

Bezuinigingen in het kruiswerk maakten het wijkverpleegkundigen in de jaren 70 moeilijk om hun vak nog goed te kunnen uitoefenen. Dat ging een aantal actieve wijkverpleegkundigen te ver. In juni 1976 richtten zij de Landelijke Aktiegroep Wijkverpleging (LAW) op. Meteen stonden zij op de stoep bij de vaste Kamercommissie van Volksgezondheid om te protesteren tegen de voorgenomen bezuinigingen. Ook voerden ze actie tegen plannen om salarisverhoging voor wijkverpleegkundigen uit te stellen om zo het begrotingstekort weg te werken. Beide acties hadden succes: de plannen werden terug gedraaid.

Disciplinegroepen

Naar goed gebruik van actiegroepen in die tijd discussieerde de LAW heel wat af. In plaatselijke 'disciplinegroepen' in steden als Amsterdam, Rotterdam, Utrecht en Nijmegen, werden ervaringen uitgewisseld en gingen leden op zoek naar de 'eigenheid van de wijkverpleging': wat hield het vak nu precies in? Daar deden ze verslag van in halfjaarlijkse gestencilde nieuwsbrieven, die met de hand bij elkaar geraapt en geniet werden. Af en toe organiseerden ze een landelijke studiedag, waarop stevig werd gediscussieerd. Moest de wijkverpleging bijvoorbeeld meer aan differentiatie doen of verder gaan met wijkgericht werken? Was het raadzaam om specialisaties in te voeren zodat je patiënten beter kon helpen? Of was het beter om met één allround wijkverpleegkundige per wijk te werken die een vertrouwensband met de patiënten had?

Heftige tijd

Myriam Crijns was actief lid van de LAW van 1976 tot 1982. “Wij legden de vinger op de zere plek van het overheidsbeleid. Daar waren we heel alert op. Af en toe werden we hierbij ingefluisterd door leden van de CPN en PSP die contacten hadden in de Tweede Kamer. Er kwam een soort emancipatiebeweging vanuit de wijkverpleging op gang. We wilden serieus worden genomen en als professionals worden gezien. Ik heb aan heel wat demonstraties meegedaan, regelde sprekers en maakte flyers. Het was een spannende en heftige tijd, ook op het persoonlijke vlak met relaties die werden aangegaan en verbroken.

De LAW organiseerde niet alleen demonstraties en acties, maar hield zich ook bezig met de inhoudelijke ontwikkeling van het vak. Daar praatten we over met een grote groep wijkverpleegkundigen. Dat maakte het voor mij interessant. Al met al denk ik dat we een enorme stimulans hebben gegeven aan de professionalisering van de wijkverpleging.”

De LAW bestaat al lang niet meer. In 1991 is de actiegroep opgegaan in NU'91.



Demonstratie voor een betere CAO in Lelystad in 1989

Jacqueline de Vries (1950)
Wijkverpleegkundige
op de barricades



‘Met pleerollen
onder de arm
gingen we
naar het
hoofdkantoor’

De actiebereidheid in Nederland was groot in de jaren tachtig. Ook wijkverpleegkundigen gingen de barricades op. De Rotterdamse wijkverpleegkundige Jacqueline de Vries demonstreerde tegen van alles: bureaucratie in het kruiswerk, bezuinigingen in de zorg, invoering van verplicht lidmaatschapsgeld, gebrek aan carrièremogelijkheden, en zelfs tegen de komst van kruisraketten. “Want die bommen maakten gezonde mensen ziek.”

“Ik begon in 1980 als wijkverpleegkundige in Middelland en Nieuwe Westen, twee oude stadswijken van Rotterdam die tegenwoordig onderdeel zijn van de deelgemeente Delfshaven. Het waren arme wijken met kleine, smalle straatjes waar veel arbeiders woonden. De huizen hadden geen douche, als ik langs kwam stond er vaak een teil water op het gas te koken. De mensen waren heel direct, zeiden alles recht voor zijn raap. Omdat je verantwoordelijk was voor een klein gebied, kenden de bewoners je en spraken ze je altijd aan. ‘Hallo meid, kom je weer helpen?’ Of: ‘Zuster Jacqueline, op nummer 24 is een kleine geboren.’ Het grappige was dat de wijk een gouden randje had: straten waar

“De preventieve kant van de zuigelingen­zorg kwam in het gedrang.”

veel dokters, notarissen en advocaten woonden. Daar kreeg je een koekje op een schotel­ tje en werd je opeens heel anders aangesproken.”

Plakkertjes op kast

“Het kruiswerk was net gefuseerd, de plakkertjes van het Groene Kruis, het Wit-Gele Kruis en het Oranje-Groene Kruis zaten nog op de kasten in het kruisgebouw. Mijn werk­ dag begon om 8 uur. In de ochtend ging ik naar de zieken in de wijk, in de middag deed ik zuigelingen­bezoek en het consultatiebureau. Het mooie van dat allround bezig zijn was de afwisseling. Was je 's ochtends bij iemand geweest die op sterven lag, dan zag je 's middags een pas geboren baby. Zo combineerde je ziek en gezond, dood en nieuw leven. Toch was die combinatie eigenlijk niet goed. De zieken en stervenden kregen altijd priori­ teit boven een gezonde baby. Tegen iemand die op sterven ligt, zeg je niet: wacht maar tot maandag. Daardoor kwam de preventieve kant van de zorg voor zuigelingen en peuters soms in het gedrang, dat deed je in de tijd die 'over' was.”

81 Gulden en 25 cent

“Aan het eind van de middag bezocht ik terminale patiënten om ze klaar te maken voor de nacht. Dat was vroeg, zo rond vijf uur, half zes. Soms hield ik langer middagpauze, zodat het einde van mijn dienst wat opschoof en ik later kon gaan. Maar het houdt ergens op. Het was ons een doorn in het oog dat er geen avondzorg of 24-uurszorg voor hen was.

Dat was een reden voor ons om te gaan protesteren. En er waren meer schrijnende situaties die ons tot actievoeren aanzetten. Bijvoorbeeld mensen die de verplichte bijdrage niet konden betalen en daardoor geen recht op hulp hadden.

Het kruiswerk zat toen net in de AWBZ en de regel was dat iedereen voortaan lid moest zijn van het kruiswerk. Ik weet nog precies hoe hoog die bijdrage was: 81 gulden en 25 cent. Dat bedrag staat in mijn geheugen gegrift. Veel mensen konden dat niet betalen. Zo kwam ik wel eens bij mensen die de hulp van de wijkverpleging hard nodig hadden, maar absoluut in de problemen kwamen door dat lidmaatschapsgeld. Natuurlijk hielp ik ze dan toch, ook al waren ze geen lid. Ze kregen dan achteraf de rekening gestuurd. Maar soms 'vergat' ik hen op te schrijven en hun naam door te geven. De administratie was toen heel simpel, een groot boek met namen en adressen. Daarin kon je best een naam vergeten, geen haan die er naar kraaide."

Arbeidstijdverkorting

"Er was meer onvrede onder wijkverpleegkundigen. Het kruiswerk was een bureaucratische organisatie met plaatselijke en provinciale afdelingen en het landelijk bureau: de Nationale Kruisvereniging (NK). We vonden dat de geluiden van de werkvloer niet aankwamen bij het landelijk bureau, laat staan dat onze wensen en ideeën doordrongen tot het ministerie. Zo gaf de NK niet genoeg weerwoord tegen de verordeningen van de AWBZ, waar het kruiswerk toen net onder viel. Ook moesten we vanwege de arbeidstijdverkorting tijd inleveren voor vacatures die bestemd waren voor jongeren op de arbeidsmarkt. Maar die vacatures werden niet opgevuld, er was altijd al een groot tekort aan wijkverpleegkundigen. Een onzinnige maatregel dus."

“Demonstreren was ook gewoon lol hebben.”

Diarree aan beleidsnotities

“Ik werd lid van de Landelijke Actiegroep Wijkverpleegkundigen die in de jaren 70 was opgericht. Met driehonderd wijkverpleegkundigen uit het hele land gingen we naar het landelijk bureau in Bunnik. We wilden het hoofdkantoor bezetten, waar het bestuur die dag vergaderde. Omdat we vonden dat de NK een diarree aan onzinnige beleidsnotities produceerde, hadden we allemaal pleerollen meegenomen. Die gooiden we door de gangen en zalen van het hoofdkantoor. Hannie van Leeuwen, die destijds de voorzitter was, wilde ons eerst niet binnenlaten, ze wilde alleen praten met een afvaardiging. ‘Hallo’, zeiden we, ‘wij zijn de afvaardiging.’”

Kruisraketten

“We hebben heel wat af gedemonstreerd. In Rotterdam op de Coolasingel, in Den Haag op het Malieveld, met bakfietsen, in het zwart gekleed, in Amsterdam op het Museumplein tegen de kruisraketten. Want ja, die raketten konden mensen ziek maken en daar waren wij als gezondheidswerkers natuurlijk tegen. Demonstreren was ook gewoon lol hebben. Met z’n allen zingend in de trein, het contact met andere mensen, vriendschappen sluiten. Demonstreren lééfde toen meer. Soms leverde het wat op, bijvoorbeeld dat bezuinigingen werden terug gedraaid. Maar in de zorg was het altijd een mantra van uitbreiden-krimpen, uitbreiden-krimpen. Dat was afhankelijk van de politieke wind die er waaide. Natuurlijk hebben we ook voor loonsverhoging gedemonstreerd. Het salaris was geen vetpot, zeker niet in vergelijking met andere functies op hbo-niveau. De cao was ongun-

stig en lag meer op mbo-niveau. Toch bleef ik het werk doen, net als al die andere wijkverpleegkundigen. Het leuke was dat je zelfstandig kon werken, bij mensen thuiskwam en bezig was met de emoties van het leven. Daarvoor deed je dit werk.”

Praten met handen en voeten

“Ondertussen werd de wijk waarin ik werkte steeds kinderrijker. Het was de tijd van de gezinshereniging. De ‘gastarbeiders’, zoals ze toen nog heetten, lieten hun vrouwen en kinderen overkomen en kregen ook nieuwe kinderen. Als er ergens een baby was geboren, ging ik er langs om kennis te maken en hen uit te nodigen voor een bezoek aan het consultatiebureau. Bij Turkse en Marokkaanse gezinnen moesten we praten met handen en voeten. Met veel lachen en gebarentaal vroeg je dan of het goed ging met de borstvoeding. Ook knipten we plaatjes van groenten en fruit uit tijdschriften, zodat we dingen konden aanwijzen. Maar we wilden niet praten met een vingertje, we wilden juist het gesprek met hen aangaan. Gelukkig kende een collega iemand die Marokkaans sprak en als vrijwilliger kwam tolken. Op die momenten nodigden we alle Marokkaanse moeders uit.”

Tolkencentrum

“Achteraf gezien zijn we in het diepe gegooid. Er was helemaal niets om ons te helpen communiceren met buitenlandse gezinnen. Later kwamen er vertaalde boekjes en tolken van het tolkencentrum, een overheidsdienst die gratis was voor de gezondheidszorg. We

“Alle ouders willen het beste voor hun kind.”

hadden niet alleen Turkse en Marokkaanse tolken nodig, maar ook Chinese en Portugese. Door de tolken konden we eindelijk een echt gesprek aangaan met de buitenlandse vrouwen. Zij konden ons ook vragen stellen. Ouders vragen zich vaak af of ze het wel goed doen met hun kind, ze zijn onzeker en zoeken naar bevestiging. Natuurlijk zijn er verschillen in gewoontes, Marokkanen houden baby's bijvoorbeeld veel meer op schoot, in Nederlandse gezinnen ligt een baby vaker op bed. Maar je ziet ook universele dingen: alle ouders willen het beste voor hun kind.”

Buurtzorg

“Na vijf jaar ben ik gestopt met de wijkverpleging. Mensen thuis verplegen kende ik wel, ik wilde meer invloed kunnen uitoefenen. Ik heb op verschillende managersfuncties in de thuiszorg gezeten en werk nu als beleidsmedewerker Jeugd bij ActiZ, een organisatie die het ondernemerschap in de zorg stimuleert. De laatste vijftien jaar ben ik met jeugdgezondheidszorg bezig. Hoe het tegenwoordig gesteld is met de wijkverpleging weet ik niet precies, daarvan ben ik onvoldoende op de hoogte. Wat ik wel om me heen zie is de opkomst van buurtzorg en politieke belangstelling voor uitbreiding van het aantal wijkverpleegkundigen. Dat vind ik een goede ontwikkeling. Het lijkt een beetje op de idealen die we toen nastreefden: buurtgericht werken, weinig bureaucratie, rechtstreeks contact met patiënten, en veel verantwoordelijkheid voor de wijkverpleegkundigen. Dat wil ik ook voor de jeugdwijkverpleegkundigen.”

De DKTP-cocktail

Het Rijksvaccinatieprogramma

In 1957 ging het Rijksvaccinatieprogramma van start. Nederland bond hiermee de strijd aan tegen besmettelijke ziektes als difterie, tyfus en polio. Door de polio-epidemie van een jaar eerder zat de schrik er goed in. Deze epidemie veroorzaakte in Nederland spierverlammingen bij bijna tweeduizend mensen. Tien procent van hen was er zo erg aan toe dat ze beademd moesten worden in de zogenaamde ijzeren long. Zeventig mensen zijn uiteindelijk aan polio bezweken.

De epidemie was voor de Nederlandse overheid reden om het poliovaccin versneld in te voeren en in allerijl te starten met een landelijke inentingscampagne. Alle kinderen die na 1945 waren geboren, werden ingeënt. Schoolkinderen kwamen soms in bussen vol naar de GGD voor hun poliospuit.

Entgemeenschap

Eerst waren er verschillende partijen die vaccineerden: kruisverenigingen, huisartsen en kinderartsen. Om alle kinderen te kunnen inenten was er een landelijk systeem nodig. De overheid riep daarom de zogenoemde entgemeenschappen in het leven. In zo'n entgemeenschap werkten verschillende partijen uit een plaats samen: huisartsen, kruisverenigingen en kinderartsen. In elke provincie werd een systeem ingevoerd dat de oproepen voor vaccinaties bijhield en de vaccinaties registreerde. De kruisverenigingen hadden hun handen vol aan de oproepen en administratieve afhandeling.

DKTP-cocktail

Het Rijksvaccinatieprogramma begon met vaccins tegen vier ziekten: difterie, kinkhoest, tetanus en polio, de bekende DKTP-cocktail. In de loop van de tijd werd het programma talloze malen aangepast en kwamen er vaccins tegen andere ziekten zoals rodehond, de bof en mazelen bij. Vaccins werden zoveel mogelijk gecombineerd om het aantal inenting te beperken. Nieuwe wetenschappelijke inzichten zorgden voor de nodige veranderingen in het Rijksvaccinatieprogramma. Soms verving een nieuwe, verbeterde variant een oud vaccin. Bovendien werd de leeftijd waarop kinderen konden starten met het Rijksvaccinatieprogramma, verlaagd van drie naar twee maanden. Ook verdween er een vaccinatie: in 1975 stopte de inenting tegen pokken omdat het niet langer nodig was. De ziekte was wereldwijd uitgeroeid. Inmiddels bestaat het Rijksvaccinatieprogramma al meer dan een halve eeuw. De vier ziekten uit de beginjaren vormen nog steeds de basis van het programma.

Gods Voorzienigheid

Vaccineren gebeurde – en gebeurt nog steeds - op vrijwillige basis. Ouders konden zelf beslissen of ze hun kinderen wel of niet lieten inenten. Vaak lieten streng gelovige mensen hun kinderen niet inenten, omdat hun geloof dat niet toestond. Ze waren tegen het ingrijpen in 'Gods Voorzienigheid'. Als een kind ziek raakte, dan was dat de wil van God, zo was hun overtuiging. In 1971 zorgde dit in Staphorst opnieuw voor een polio-epidemie, een ziekte waarvan Nederland dacht verlost te zijn. 39 kinderen werden ziek en vijf kinderen stierven.

Tegenwoordig is de vaccinatiegraad in Nederland hoog, bijna alle ouders laten hun kind uit

voorzorg inenten. Het percentage loopt uiteen van 92 tot 96 procent per vaccinatie.

Uitzondering is de vaccinatie van jonge meisjes tegen baarmoederhalskanker. De invoering hiervan in 2009 veroorzaakte veel onrust, ouders vroegen zich af of de inenting wel veilig was. In 2011 werd iets meer dan de helft (56 procent) van de 14-jarige meisjes ingeënt tegen baarmoederhalskanker.

Door de invoering van het Rijksvaccinatieprogramma zijn de meest gevaarlijke infectieziekten bijna of helemaal bedwongen. Toch blijft vaccinatie belangrijk om ervoor te zorgen dat de ziekten niet plotseling opduiken of terugkomen. Regelmatig zijn er uitbraken van de bof of mazelen of komt er weer kinkhoest voor. Is een kind ingeënt en wordt het toch ziek, dan verloopt de ziekte minder ernstig. De vaccinaties worden tegenwoordig uitgevoerd door consultatiebureaus, Centra voor Jeugd en Gezin en de GGD. Ouders kunnen er nog steeds vrijwillig aan meedoen en hoeven er niet voor te betalen.

Het Rijksvaccinatieprogramma anno 2012 beschermt tegen de volgende ziekten (met tussen haakjes het jaar van invoering):

- Difterie (1957)
- Kinkhoest (1957)
- Tetanus (1957)
- Polio (1957)
- Rode hond (1974)
- Mazelen (1976)
- Bof (1987)
- Hib-ziekten: hersenvliesontsteking (1993)
- Meningokokken C: hersenvliesontsteking (2002)
- Pneumokokken: long-, hersenvlies-, buikvliesontsteking (2006)
- Baarmoederhalskanker (2009)
- Hepatitis B (2011)

BEWIJS VAN VACCINATIE

J-J A 10

M 06-10-1989

CHT/PKU-ONDERZOEK VERRICHT

VACCINATIES	DATUM + PARAAF EN PARTIJNUMMER
D.K.T.P.*-1	15-02-90
D.K.T.P.-2	15-03-90 <i>H</i>
D.K.T.P.-3	19-4-90 <i>g</i>
D.K.T.P.-4	20-12-90 <i>J</i>
B.M.R.**-1	20-12-90 <i>J</i>
D.T.P.*** op ong. 4-j leeftijd	10 FEB. 1993
D.T.P. op ong. 9-j leeftijd	17 JUNI 1998
B.M.R.-2	17 JUNI 1998
B.C.G.****	

* D.K.T.P. = Difterie, Kinkhoest (Pertussis), Tetanus, Poliomyelitis

** B.M.R. = Bof (Parotitis), Mazelen (Morbilli), Rodehond (Rubella)

*** D.T.P. = Difterie, Tetanus, Poliomyelitis

**** B.C.G. = Bacille Calmette-Guérin

Kruiswerk wordt thuiszorg

De kruisverenigingen van 1970 – nu

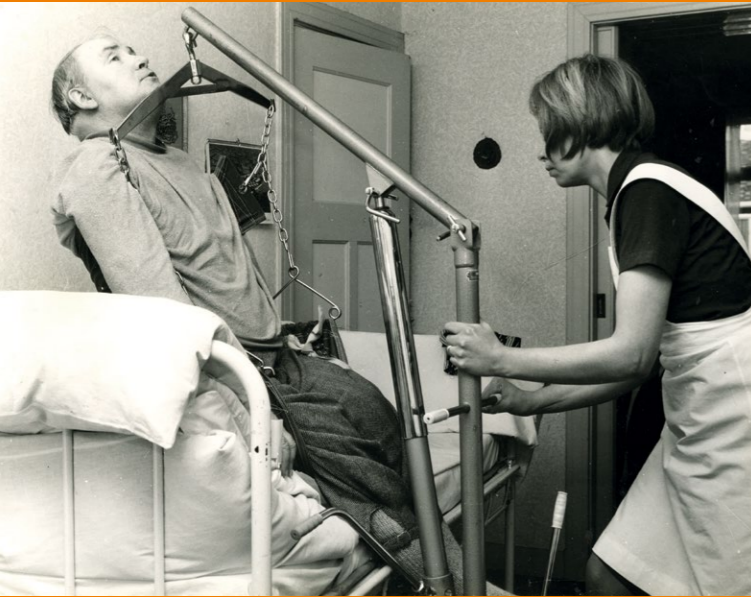
Wijkverpleegkundigen hadden altijd zeven dagen per week alles gedaan in hun werkgebied: zieken thuis verpleegd, cursussen en voorlichting gegeven en de ontwikkeling van baby's en kinderen bijgehouden op het consultatiebureau. Vaak woonde de wijkverpleegkundige letterlijk 'boven het werk', in een deel van het kruisgebouw. Dat was in 1875 al zo, toen de eerste kruisvereniging het Witte Kruis werd opgericht, en dat bleef decennialang hetzelfde.

Maar in de jaren zeventig van de twintigste eeuw verdween deze traditionele wijkverpleegkundige. Verschillende ontwikkelingen zorgden ervoor dat het werk drastisch veranderde.

Ingewikkelder werk

In de eerste plaats waren er meer mensen die thuis verpleging nodig hadden. Dat kwam onder andere doordat ziekenhuizen patiënten steeds sneller naar huis stuurden. Ziekenhuizen probeerden hiermee kosten te besparen. Voor de kruisverenigingen betekende het meer klanten, die ingewikkeldere zorg nodig hadden, zorg die tot dan toe door het ziekenhuis was verleend.

Ook de vergrijzing zorgde ervoor dat de kruisverenigingen meer klanten kregen. Mensen werden ouder en leefden langer terwijl ze ziek waren. Vroeger zouden mensen met soortgelijke gezondheidsproblemen zijn overleden, nu konden ze worden behandeld en bleven in leven. Een andere reden voor de groei van het aantal patiënten was de toename van het aantal alleenstaanden. Alleenstaande mensen die ziek zijn, hebben eerder professionele zorg nodig dan mensen die samenwonen of in een gezin leven. Er is vaak niemand om voor hen te zorgen.



Wijkverpleegster helpt patiënt in bed met tillift.

Daarnaast hadden steeds meer mensen chronische ziekten. Deels kwam dit door betere behandelmethoden, mensen gingen minder snel dood. Een andere reden was de toename van de welvaart. Die zorgde voor meer mensen met chronische welvaartsziekten als diabetes type 2 en hart- en vaatziekten. De zorg voor deze patiënten kwam ook op de schouders van de wijkverpleegkundige.

Ten slotte werd het werk in de verpleging ingewikkelder door medische en verpleegkundige ontwikkelingen. Er kwamen allerlei hulpmiddelen als tilliften, maar ook nieuwe medicijnen en behandelmogelijkheden. Het betekende dat een wijkverpleegkundige meer taken kreeg, die ook nog eens complexer werden.

Zelfzorg en mantelzorg

De werkdruk van wijkverpleegkundigen was altijd al groot geweest. Door al deze ontwikkelingen werd die werkdruk nog hoger. In 1978 bedachten de kruisverenigingen een oplossing hiervoor.

In een discussienota kwam de organisatie met twee nieuwe woorden die het werk van wijkverpleegkundigen makkelijker moesten maken. Patiënten moesten aan zelfzorg doen: ze moesten zelf de verantwoordelijkheid nemen voor hun eigen gezondheid en zoveel mogelijk zelf doen in plaats van te wachten tot een zorgverlener hen alles uit handen kwam nemen. En familieleden en vrienden moesten hen daarbij helpen door mantelzorg te verlenen.

Wijkverpleegster met moeder en baby, 1970



Grenzen aan groei

Het kruiswerk kwam ook onder druk te staan door economische ontwikkelingen. Sinds het einde van de Tweede Wereldoorlog was de gezondheidszorg in Nederland sterk gegroeid. Ook het kruiswerk had van deze groei geprofiteerd. De kruisverenigingen hadden steeds meer personeel in dienst kunnen nemen die steeds meer taken konden vervullen. Niemand had kanttekeningen geplaatst bij die groei. Meer behandelmogelijkheden, meer verpleegkundigen en artsen: het was nodig voor een moderne, kwalitatief goede gezondheidszorg. Zorg werd een steeds groter deel van de overheidsbegroting, maar dat vonden alle politieke richtingen, links of rechts, geen probleem.

Dat veranderde begin jaren zeventig. Voor het eerst waren er grenzen aan de groei. Het werd duidelijk dat de overheid te veel geld uitgaf en dat de overheidsbegroting moest worden beperkt. Voor het eerst sinds de jaren dertig probeerde de overheid haar uitgaven terug te schroeven. En aangezien zorg een van de grootste kostenposten was, werd daar het eerst naar gekeken.

Eén Nationale Kruisvereniging

Voor het kruiswerk dreigde de eerste tegenvaller in 1971. De minister van Volksgezondheid stelde voor de kruisverenigingen een bezuiniging op te leggen van één miljoen gulden. Er was buiten de grote populariteit van de kruisverenigingen gerekend: er brak een golf van protesten los, binnen en buiten de politiek. Het voorstel werd ingetrokken. Maar de kruisverenigingen bleven niet volledig buiten schot.



Zusters Holsteyn en Van Vlugt gaan hun ronde maken, Hoeven, 1974

Er werd toch tweehonderdduizend gulden gekort op hun subsidie. En de minister stelde een andere eis. De kruisverenigingen die nog steeds verzuild waren, moesten fuseren. Door samenwerking zouden ze efficiënter werken en op die manier kosten besparen. In 1978 was het zover: de drie afzonderlijke kruisverenigingen gingen op in één kruisvereniging: de Nationale Kruisvereniging.

Eerstelijnszorg

Meer bezuinigingen kwamen er voorlopig niet. Wel bleef de overheid proberen de gezondheidszorg efficiënter en dus goedkoper te organiseren. In 1974 werd de Structuurnota Gezondheidszorg aangenomen. Deze nota maakte voor het eerst onderscheid tussen de eerstelijnszorg (huisarts en gezondheidscentra) en de tweedelijnszorg (ziekenhuizen en specialistische zorg). Het kruiswerk hoorde bij de eerstelijnszorg. Het was de bedoeling dat de eerstelijnszorg zoveel mogelijk werd geconcentreerd in gezondheidscentra, waar verschillende disciplines samenwerkten. Ook het kruiswerk werd in deze centra ondergebracht. Op veel plaatsen in Nederland werden deze centra opgericht. Ondanks alle veranderingen zag het er aanvankelijk goed uit voor de nieuwe Nationale Kruisvereniging. In 1980 werd het kruiswerk opgenomen in de AWBZ. Dat betekende dat iedereen zich er verplicht voor moest verzekeren. De premie werd betaald via de inkomstenbelasting, net als die voor andere collectieve verzekeringen.

Consultatiebureau, 1975



Fusies en schaalvergroting

Maar twee jaar later waren de goede tijden voorbij. Voor het eerst sinds de jaren dertig verkeerde Nederland in een economische crisis. De staatsschuld was te hoog en het kabinet Lubbers I (1982 – 1986) drong met harde hand de overheidsuitgaven terug. Dat gold ook voor uitgaven in de gezondheidszorg. Salarissen werden bevroren en de werkdruk nam toe. Verpleegkundigen moesten steeds meer doen in minder tijd. Ook de wijkverpleging ontkwam hier niet aan.

Doordat het kruiswerk was opgenomen in de AWBZ, kon de overheid nu vrijwel alles bepalen. Er was in deze periode maar één leidraad. Het moest goedkoper en het moest efficiënter. De meeste plaatsen hadden één lokale kruisvereniging en verschillende instellingen voor gezinsverzorging. Dat, besloot de overheid, was te duur. Er moest opnieuw worden gefuseerd: de kruisverenigingen en de instellingen voor gezinsverzorging moesten opgaan in één organisatie.

In 1970 had Nederland ongeveer vijftienhonderd kruisverenigingen en ruim achthonderd instellingen voor gezinsverzorging. Twintig jaar later waren dat er bij elkaar nog maar honderdvijftig. De organisaties werden groter, bestreken een groter gebied en kregen aparte bureaus voor administratie en planning.

De laatste stap in de schaalvergroting werd in 1990 gezet. De Nationale Kruisvereniging toen met de landelijke organisaties voor gezinsverzorging op in de Landelijke Vereniging voor Thuiszorg. Ook op regionaal niveau volgden fusies. Dit was het einde van de kruisvereniging zoals die sinds 1875 in Nederland had bestaan. Op sommige plaatsen zijn kruisverenigingen blijven bestaan. Zij veranderden wel van karakter. Ze werden stichtingen en concurreerden met nieuw opgerichte thuiszorginstellingen en kraamcentra.



Mevrouw De Boer kan zelf niet meer afwassen
(maar ze zet wel de lekkerste koffie)

Door uw hulp kunnen mensen als mevrouw De Boer doen wat ze het liefste willen: zelfstandig thuis blijven wonen. Amsterdam Thuiszorg zoekt

Alfahulpen ^{m/v}

Zoekt u leuk en afwisselend werk in uw eigen buurt en op tijden dat het u uitkomt? Tegen een aantrekkelijk uurloon? Dat kan. Amsterdam Thuiszorg brengt u in contact met oudere of zieke mensen die hulp nodig hebben op huishoudelijk gebied. Levenservaring is in dit werk meer waard dan diploma's. Bel voor een baan of een informatiefolder (020) 573 24 64.

Amsterdam Thuiszorg 

Poster van Amsterdam Thuiszorg om alfahulpen te werven, 1999

Veel van deze verenigingen hebben nog steeds leden. Lidmaatschap is niet zoals vroeger nodig om thuiszorg te kunnen krijgen, maar geeft korting op medische hulpmiddelen of op gezondheids cursussen.

Tijdschrijven

Al deze ontwikkelingen hadden grote gevolgen voor de manier waarop wijkverpleegkundigen werkten. Solistisch werken als wijkverpleegkundige, zelf bepalen wat je wanneer deed, was definitief voorbij.

Vanaf midden jaren zeventig werkten vrijwel alle wijkverpleegkundigen in teams, met een hoofdwijkverpleegkundige aan het hoofd die de eindverantwoordelijkheid had. Deze teams hadden ook ziekenverzorgenden in dienst. Zij voerden de eenvoudigere verpleeghandelingen uit, zoals wassen en aankleden. De wijkverpleegkundigen deden het ingewikkeldere verpleegkundige werk zoals medicijnen toedienen of wondverzorging. Doordat verpleging ingewikkelder werd, kwamen er steeds meer specialisaties. Ook voor wijkverpleegkundigen, bijvoorbeeld voor kind- en jeugdzorg en psychiatrie en voor chronische ziektes als diabetes en hart- en vaatziekten.

De planning van het werk werd meestal gedaan door de bureaus. Zij planden wie welke patiënten bezocht, welke taken moesten worden uitgevoerd en hoe lang dat mocht duren. Tijdschrijven werd steeds gebruikelijker: bijhouden hoe lang je over je werk deed. En daarbij mocht je niet afwijken van de tijd die voor een taak was ingepland.



De Stichting Maatzorg, een thuiszorginstelling, helpt mensen die tijdelijk na een ziekte of ziekenhuisopname niet voor zichzelf kunnen zorgen, zoals hier met het wassen, 1994

Witte Woede



Protestactie wijkverpleegkundigen, 1972

Verpleegkundigen en verzorgenden protesteerden van oudsher niet snel. Lange tijd werd het vak gezien als een ‘roeping’, niet als een baan waarvoor je goede werkomstandigheden en een goed salaris wilde. Doordat het vak steeds professioneler werd, veranderde dat.

In de jaren zeventig kwamen verpleegkundigen en verzorgenden voor het eerst op grote schaal in opstand tegen voorgestelde bezuinigingen. Ook verpleegkundigen en verzorgenden die in de thuiszorg werkten, begonnen zich te roeren. Toen begin jaren zeventig verschillende bezuinigingen op het kruiswerk werden voorgesteld, volgden verschillende acties en demonstraties. In 1976 werd de Landelijke Actiegroep Wijkverpleegkundigen opgericht. Zij voerde actie tegen bezuinigingen op de wijkverpleging en voor salarisverhoging. Beide met succes: de eisen van de demonstranten werden ingewilligd.

In de jaren tachtig waren er weer verschillende plannen voor bezuinigingen, zowel op de thuiszorg als op de salarissen. Die leidden opnieuw tot demonstraties. In 1989 werd de actiegroep Witte Woede opgericht. Ook deze acties hadden succes, de salarissen gingen uiteindelijk omhoog. De Landelijke Actiegroep Wijkverpleegkundigen en Witte Woede zijn beide opgegaan in vakbond Nu'91, een vakbond voor verpleging en verzorging.



Thuiszorg in het asielzoekerscentrum in Tilburg

Mondig

In de jaren negentig ging het economisch weer beter met Nederland. Rust voor de wijkverpleging en thuiszorg bracht dat niet, de fusies en schaalvergrotingen bleven doorgaan. Tussen 1993 en 2003 fuseerden de laatste overgebleven kruisverenigingen met instellingen voor gezinsverzorging. Zij vormden nieuwe organisaties onder de naam thuiszorg. Er kwamen tegelijkertijd nieuwe, particuliere bureaus voor thuiszorg en kraamzorg. Ook ziekenhuizen begonnen thuiszorg te organiseren.

Ondertussen bleef de overheid proberen de kosten voor zorg onder controle te houden. De regels en procedures voor thuiszorg werden daarom voortdurend aangepast. In 1996 werd er één loket ingesteld waar mensen terecht konden voor verpleging of verzorging thuis, het RIO (Regionaal Indicatie Orgaan). Tien jaar later werd dit vervangen door het CIZ (Centrum Indicatiestelling Zorg). Ook kregen mensen met het Persoonsgebonden Budget (PGB) de mogelijkheid zelf zorg in te kopen.

De professionalisering van het vak verpleegkunde zette door. Verpleegkundigen waren al lang niet meer 'de zusters die de opdrachten van de dokter uitvoerden'. Het was een aparte discipline geworden, die sinds de jaren tachtig ook een eigen wetenschap had, Verplegingswetenschappen. Bij de professionalisering hoorde ook ander onderwijs. In 1997 werd het verplegingsonderwijs vernieuwd. Er werden verpleegkundigen onderscheiden op twee niveaus: niveau 4 (mbo) en niveau 5 (hbo). De inservice-opleidingen werden opgeheven. Ook de verhouding tussen zorgverlener en patiënt veranderde. De Nederlandse bevolking is steeds beter opgeleid en het oude ontzag voor autoriteiten dat al begon af te brokkelen in de jaren zestig, is nog verder afgenomen. Het is steeds gewoner om mondig te zijn tegen artsen of verpleegkundigen. Dat betekent dat er steeds hogere eisen worden gesteld aan zorg en aan zorgverleners.

Terugblik

In 1875 werd de eerste kruisvereniging van Nederland opgericht. Ziekenverpleging aan huis was er toen vrijwel niet, met de gezondheidszorg was het niet best gesteld en veel Nederlanders leefden in erbarmelijke omstandigheden. De kruisverenigingen zetten zich in om dit te verbeteren. Door zieken te verplegen, door spullen uit te lenen en door uit te leggen hoe mensen goed voor zichzelf konden zorgen.

De kruisverenigingen kwamen voort uit particulier initiatief. Ze waren afhankelijk van contributies en giften van particulieren. Dat veranderde vanaf het begin van de twintigste eeuw. De overheid gaf de kruisverenigingen steeds meer geld om er zeker van te zijn dat ze hun taken goed konden uitvoeren. In ruil daarvoor eiste de overheid meer invloed. Uiteindelijk trok de overheid de zorg helemaal naar zich toe. De kruisverenigingen werden opgeheven.

De moderne Nederlandse gezondheidszorg is van hoog niveau en voor alle Nederlanders toegankelijk. Veel ziektes waar mensen vroeger aan overleden, zijn nu goed te behandelen. Het is tegenwoordig bijna onvoorstelbaar dat er in Nederland mensen sterven door slechte leefomstandigheden. Maar thuiszorg blijft nog steeds hard nodig. De tendens dat zorgtaken van het ziekenhuis steeds verder richting thuiszorg verschuiven, blijft doorgaan. De thuiszorg lijkt een steeds prominentere rol te gaan spelen in de Nederlandse gezondheidszorg.

Aart Pool (1944)
Eerste man in de
wijkverpleging



**‘Patiënten
raakten snel
aan me
gewend’**

Aart Pool moest in 1970 lang solliciteren voordat hij werd aangenomen. In Arnhem durfden ze het aan: ze namen de eerste mannelijke wijkverpleegkundige van Nederland in dienst. Later werkte hij in de gereformeerde Krimperwaard. Problemen met patiënten had hij niet. Slechts één vrouw wilde niet door een ‘broeder’ verpleegd worden, “Ik wilde écht iets betekenen voor mensen.”

“Eind jaren zestig was het werk van een verpleegkundige eenvoudig: je werd niet geacht na te denken, je moest gewoon je handen laten wapperen. En doen wat de hoofdverpleegkundige je opdroeg. Ik ben begonnen in de psychiatrie, daarna stroomde ik door naar de A-verpleging. Daar liep ik meteen tegen onzinnige regels aan. Zo had ik op mijn eerste dag in het ziekenhuis bedden opgemaakt, het etiket van de deken aan het voeteneind, net als in de psychiatrie. Maar in het ziekenhuis moest dat etiket juist aan het hoofdeinde. De hoofdverpleegkundige haalde mijn twintig keurig opgemaakte bedden af en zei dat ik opnieuw moest beginnen. Ik weigerde. Na veertig jaar zie ik haar gezicht nog precies voor me, zo diep zit dat.

Er werd niet naar verpleegkundigen geluisterd. Ik werkte op de kinderafdeling waar een jongetje

“Ik wilde écht verplegen, maar had het gevoel dat dat niet mocht.”

met psychische problemen werd verpleegd. Niemand kreeg contact met hem, tegenwoordig zouden we hem autistisch noemen. Hij lag niet in bed, liep de hele dag als een hondje achter me aan. Daardoor had ik dingen aan het kind opgemerkt die ik aan de arts wilde vertellen. Maar die had geen interesse in de mening van een onnozele verpleegkundige.”

Vragen stellen mag

“Ze vonden dat ik een dwarse was, maar dat was niet zo. Ik wilde iets betekenen voor patiënten, ik wilde écht verplegen, maar had het gevoel dat dat niet mocht. Ik kon alleen hand- en spandiensten verrichten voor de hoofdzuster en de dokter. Uiteindelijk ben ik de opleiding maatschappelijke gezondheidszorg (MGZ) gaan doen, in de hoop dat ik in de wijkverpleging meer ruimte kreeg.

De MGZ in Breda was een katholieke opleiding. En dat terwijl ik was opgegroeid op de Veluwe: ik was gereformeerd tot op het bot. Opeens zat ik daar tussen de nonnen in habijt. De MGZ-opleiding was voor mij een verademing. Voor mijn A- en B-diploma heb ik amper hoeven leren, maar nu kreeg ik vakken waarover ik echt moest nadenken: bacteriologie, psychologie, tuberculosebestrijding, dieetleer, organisatie van gezondheidszorg. En je mocht er vragen stellen. Dit in tegenstelling tot het ziekenhuis: daar werd een vraag opgevat als kritiek. Vooral de stages van de MGZ-opleiding waren geweldig, ik zag hoe de wijkverpleegkundigen te werk gingen: ze zágén mensen en praatten met hen, ze namen zelf beslissingen en konden hun eigen dag indelen.”

In de krant

“Na de opleiding heb ik veel gesolliciteerd. De meeste teams wilden geen man, ze zeiden: dat willen patiënten niet. Uiteindelijk ben ik in 1970 in Arnhem aangenomen bij het Oranje-Groene Kruis. Dat was zo’n unicum, ik kwam zelfs in de lokale krant, met foto. Eerste mannelijke wijkverpleger snel ingeburgerd, was de kop. Ik was apetrots, dacht: dat helpt wel bij de acceptatie van een man als wijkverpleegkundige. In het begin stonden patiënten wel eens raar te kijken, maar dat was zó over, ze waren snel aan me gewend. In al die jaren dat ik heb gewerkt in de wijkverpleging heb ik maar één keer meegemaakt dat iemand niet door mij verpleegd wilde worden. Een vrouw die liever wilde worden gewassen door een wijkzuster.”

Omkopen

“Ik woonde zoals toen gebruikelijk was voor een wijkverpleegkundige boven het wijkgebouw, op het Leeuwensteinplein, precies op de grens van mijn wijk Klarendal. Dat was een echte achterstandswijk met mensen die recht voor zijn raap waren. Later kreeg ik ook het Spijkerkwartier erbij, toen nog een rosse buurt. Je had er veel prostituees en meerdere kleuren kinderen in één gezin. Soms bezocht ik iemand in het café in plaats van thuis, dan schoof ik aan bij de vrouwen aan de bar. Dat was voor een mannelijke wijkverpleegkundige toch gemakkelijker dan voor een vrouwelijke. Bij huisbezoeken aan de prostituees nam ik blikken babyvoeding mee. Want die vrouwen gaven natuurlijk geen borstvoeding. Het was een soort omkopen, maar dat vond ik wel geoorloofd. Mijn doel was om die moeders op het consultatiebureau te krijgen.”

“Wijkverpleging is:
iets betekenen voor
mensen.”

Scheiding werk privé

“In de jaren zeventig gingen wijkverpleegkundigen uit verschillende dorpen voor het eerst in teams werken. Daardoor kreeg je te maken met wensen en werkwijzen van het team. Daar hield ik me niet altijd aan. Het was bijvoorbeeld opeens in zwang om werk en privé gescheiden te houden. Ik maakte niet zo’n strikt onderscheid. Zo kwam ik bijvoorbeeld op huisbezoek bij een gastarbeider wiens vrouw zwanger was. Ze hadden niets in huis. Echt helemaal niets. Samen met die man ben ik toen kleren gaan kopen voor de baby, ook al hoorde dat niet tot mijn takenpakket.

Verder werd je afgeraden naar begrafenissen te gaan, omdat je afstand moest bewaren tot cliënten. Maar ik deed het toch. Bij een uitvaart liep een vrouw helemaal alleen achter de kist. Ik heb haar bij de arm genomen. Dát vind ik wijkverpleging: dingen doen die betekenis hebben voor mensen. Voor mij ging wijkverpleging echt om maatschappelijke gezondheidszorg, daar zit het woord ‘maatschappij’ in.”

Kick

“De Nationale Kruisvereniging wilde op den duur meer samenwerking tussen huisartsen, maatschappelijk werk en de wijkverpleging. Toen zo’n samenwerkingsproject startte in de Krimperwaard dacht ik meteen: dat is iets voor mij. Stolwijk en Berkenwoude waren traditionele gemeenschappen, maar ze namen me gewoon aan, ook al was ik een man. Het werk was zó leuk: ik nam beslissingen en moest mijn handelingen ook verantwoorden aan anderen.

Dat er eindelijk een arts naar me luisterde gaf me een kick.

Elke ochtend reed ik met mijn auto een rondje door de Krimpenerwaard, om mijn patiënten te verzorgen. Dat was grotendeels een rondje 'wassen en plassen': mensen uit bed halen en helpen met wassen en aankleden. 's Middags hield ik consultatiebureau en deed andere huisbezoeken om mensen te verplegen.

Ik hield altijd tijd over. Daarom heb ik toen verschillende projecten opgezet in de Krimpenerwaard: bejaardengym, het tegengaan van tandbederf, seksuele voorlichting voor christelijke vrouwen. Ook ging ik de Krimpenerwaard door voor een preventieve controle van mensen van 75 jaar en ouder. Ik nam bloed af en checkte hun gezondheid. Dat liep goed, zeker toen het in de krant had gestaan. Maar preventie, dat was God voor de voeten lopen, vonden sommige gelovige mensen. Toen ik bij een oude boer aanbelde, weigerde hij mee te werken aan het preventieve onderzoek. Maar hij liet me wel binnen voor koffie. Zo ging dat het jaar erop weer. In het voorhuis van de boerderij woonde zijn ongetrouwde zus, die af en toe psychotisch werd. Op een dag belde de boer me: 'Kunt u even langs komen, mijn zus is in de war.' Zo had ik na twee bezoeken zijn vertrouwen gewonnen en kon ik toch nog iets voor hem doen."

Lullen in plaats van poetsen

"In de jaren tachtig kwam de agogiek op. De hele wijkverpleging werd uit de medische sfeer getrokken. Want, zo was de redenering destijds, we medicaliseren de samenleving te veel. Wijkverpleegkundigen gingen lullen in plaats van poetsen. Ze discussieerden over vragen als: Wat is wijkverpleging? Wat houdt ons vak in? Ikzelf heb nooit afstand genomen van het medisch handelen. En ook niet van zelf professionele beslissingen nemen. Beide werden in die tijd uitge-

“Ik ben jaloers op de wijkverpleegkundigen van nu.”

vlakt. Die ontwikkeling heeft zich doorgezet in de tijd dat het kruiswerk veranderde in thuiszorg.

Er kwamen wijkziekenverzorgenden die het rondje ‘wassen en plassen’ van de wijkverpleegkundigen overnamen. Voor mij bleven de verpleegtechnische handelingen over, de intake van nieuwe patiënten, het spreekuur en preventieve activiteiten. In diezelfde tijd moesten veel kruisverenigingen fuseren. Er kwamen teams wijkverpleegkundigen met een leidinggevende hoofdzuster. Wijkverpleegkundigen die het altijd in hun eentje hadden gedaan, moesten hun werk opeens met anderen afstemmen. Ik had geen zin om onder een hoofd te werken. Daarom ben ik het zelf maar geworden.”

Hoofd én handen

“Ik ben zó jaloers op de wijkverpleegkundigen van nu. Het mooie aan deze tijd is dat ze kennis kunnen vergaren, kunnen promoveren, en met hun handen kunnen blijven werken. Ze ontwikkelen zich tot nurse practitioners en wijkverpleegkundigen met een specialisatie. Zoiets heb ik ook altijd gewild. Maar ik zat altijd met die spanning, ik moest kiezen: doe ik iets met mijn hoofd óf met mijn handen. Ik wilde me verder ontwikkelen en zo kwam ik steeds verder van de praktijk af te staan. Ik werd hoofd wijkverpleegkundige in Den Haag, daarna hoofd stafbureau van een provinciale kruisvereniging. Vervolgens heb ik de lerarenopleiding gedaan en psychologie gestudeerd. Uiteindelijk ben ik gepromoveerd op een proefschrift over autonomie en zorg voor chronisch zieken.

Ik ben altijd voor de wijkverpleegkundigen en hun professionaliteit blijven staan. Hun medische kennis is enorm toegenomen. Maar toen het kruiswerk begin jaren negentig overging in de

thuiszorg, is die kwaliteitsontwikkeling gestopt. Fusering, schaalvergroting en marktwerking was de tijdgeest, ambtenaren namen het over. Dat is in mijn ogen dramatisch geweest voor de wijkverpleging. Er kwamen managers van buitenaf, want 'die denken anders', sommigen met goede bedoelingen, anderen waren uit op macht. Gelukkig is er nu een kentering. Thuiszorgorganisaties concurreren niet langer alleen op slogans, maar profileren zich ook met professioneel werken."

Buurtzorg

"De wijkverpleging zal in de toekomst uit de thuiszorg verdwijnen, denk ik. Dan komt het bij eerstelijnsorganisaties terecht, of wijkverpleegkundigen gaan als zelfstandige eenheden opereren. Buurtzorg is al een paar jaar in opkomst. Wijkverpleegkundigen werken in kleine zelfstandige teams en nemen hierin zelf de verantwoordelijkheid voor de zorg aan de patiënt, voor de organisatie van de zorg én voor het budget. Het is een buurtgerichte aanpak met korte lijnen naar de patiënten. Jos de Blok van Buurtzorg Nederland is de bedenker van het concept. Zijn organisatie heeft duizenden wijkverpleegkundigen in dienst en maar twintig stafmensen en één directeur. Omdat er weinig management is, blijft er veel geld over voor zorg.

Voor de patiënt is buurtzorg een goede aanpak van zorg aan huis. Je hebt minder te maken met bureaucratie, de zorg is professioneler en beter op jouw situatie afgestemd. Ook voor wijkverpleegkundigen is buurtzorg goed. In de thuiszorg moesten verpleegkundigen zich steeds houden aan indicaties en regeltjes. Tijdschrijven bijvoorbeeld, en niet meer dan zoveel minuten besteden aan wondverzorging. Met de buurtzorgformule kunnen wijkverpleegkundigen hun kwaliteiten weer ten volle benutten, omdat ze als zelfstandige professional werken en samen

“Vroeger was het heus niet allemaal beter.”

met patiënten problemen oplossen. Zo kan de wijkverpleegkundige weer een centrale rol spelen. Niet voor niets zijn veel wijkverpleegkundigen die gefrustreerd zijn geraakt in de reguliere thuiszorg, overgestapt naar buurtzorg.”

Wijkzuster van vroeger

“Soms hoor je: de allround wijkzuster van vroeger moet terug. Dan moet ik lachen. Vroeger was het heus niet allemaal beter. Een wijkverpleegkundige van vroeger zou nu behoorlijk door de mand vallen. De werkdruk is tegenwoordig hoger. Vroeger lagen zieke mensen in het ziekenhuis, nu gaan ze zo snel mogelijk naar huis. De wijkverpleging heeft daardoor veel meer zieke patiënten met complexere problematiek. Dat vraagt meer medische kennis. Daarbij komt dat patiënten veeleisender zijn geworden, ze willen bijvoorbeeld vaker op een dag worden geholpen. Nee, de oude wijkzuster komt echt niet meer terug. Wat je nodig hebt is een wijkverpleegkundige met kennis en kwaliteiten die zijn toegesneden op de problemen van nu.”

Zielzorg en psychosociale vaardigheden

De opleiding tot verpleegster



Voor het verzorgen en verplegen van zieke mensen was tot eind negentiende eeuw geen opleiding of diploma nodig. Ervaring en praktisch inzicht waren belangrijker. Dat gold helemaal voor religieuze verpleegsters. Voor hen stond het verplegen van zieken in het teken van naastenliefde en zielzorg. Een speciale opleiding was overbodig want 'barmhartigheid en het verrichten van liefdewerk kon je niet leren, dat moest je doen'.

Dat veranderde in 1879 toen het Witte Kruis startte met de eerste verpleegstersopleiding van Nederland. De leerlingen kregen theorielessen en deden praktijkervaring op in het Buitengasthuis in Amsterdam. Twee jaar later kregen de eerste zeven Witte Kruis-verpleegsters hun diploma. Dat was de start van het verpleegonderwijs in Nederland. In het begin zetten vooral gasthuizen in de grote steden een verpleegstersopleiding op. Het was een hele organisatie om twintig of dertig leerlingen in zo'n ziekenhuis onder te brengen. Ze werkten er niet alleen als leerling, ze woonden er ook. Later begonnen de kleinere ziekenhuizen met een interne verpleegstersopleiding, soms met maar twee of drie leerlingen.

Insignes

Na veel inzet van Nosokomos, de belangenvereniging voor verplegenden, kreeg de verpleegstersopleiding in 1921 wettelijke erkenning. Daarmee was de titel verpleegster beschermd. Afgestudeerde verpleegsters van de A-opleiding (algemene verpleging in een ziekenhuis) en de B-opleiding (psychiatrie) kregen een insigne, een puntenboekje en een handgrepenlijst. De inservice-opleiding was geboren. Deze intramurale opleiding was sterk gericht op de ziekenhuizen. Verpleegsters in deze opleiding waren tegelijkertijd leerling en werkneemster. Later werden de specialisaties kinder-, kraam- en wijkverpleging aan het A-diploma toegevoegd.

Ook die waren zichtbaar op het insigne: een ooievaar voor de kraamaantekening, vier vlakjes voor de wijkaantekening, en twee zilveren puntjes voor de kinderaantekening. Verpleegkundigen moesten zelf betalen voor het aanbrengen van die tekens.

Aanvullende wijkcursus

De opleiding tot wijkverpleegkundige vond lange tijd plaats in ziekenhuizen. Dat gaf problemen. Een opleiding in het ziekenhuis bereidde niet goed voor op het werken in de wijk. Het aanpakken van maatschappelijke problemen leerde je er bijvoorbeeld niet. Daarom kwam er een aanvullende cursus wijkverpleging. De cursisten werden opgeleid voor ziekenverpleging aan huis, de bestrijding van tuberculose en het geven van voorlichting in de kraamzorg en de zuigelingenverpleging. In 1929 werd deze aantekening wijkverpleging officieel erkend. Alleen de kruisverenigingen mochten de opleiding geven. De landelijke kruisverenigingen hadden sindsdien elk hun eigen aanvullende cursus voor de wijkverpleging waarin hun eigen 'kleur' tot uiting kwam. Bij hun diploma ontvingen cursisten een insigne met het embleem van hun kruisvereniging.



Oefenen met pop in het ziekenhuis in Rotterdam

Bidden en biechten

In de opleiding van het Wit-Gele en het Oranje-Groene Kruis waren godsdienstlessen een belangrijk onderdeel van het lesprogramma. Zo leerden de verpleegsters van het Wit-Gele Kruis hoe ze het katholieke geloof inpasten in hun dagelijks leven en werk. Alleen goede katholieke verpleegsters, vond de kruisvereniging, konden de juiste zorg aan katholieke patiënten geven. Ze moesten, zoals een goede katholiek dat betaamt, elke dag een ochtend- en avondgebed doen, minstens één keer per maand biechten, elke dag naar de kerk gaan en de rozenkrans bidden. Pas na deze 'geloofsverinnerlijking' was de wijkverpleegster in staat om goede 'zielzorg' te verlenen aan patiënten. Ze moest hen leren 'hun lijden uit liefde tot God met gelatenheid te verduren'.

Luisteren en inleven

De vraag naar wijkverpleegsters nam snel toe. Er kwamen daarom op steeds meer plaatsen opleidingen. Ondertussen zette ook de professionalisering van het verpleegstersvak door. De snelle vooruitgang in de medische wetenschap stelde steeds nieuwe eisen aan verpleegkundigen. De Geneeskundige Hoofdinspectie bleef erop hameren dat het niveau van de verpleging en het onderwijs omhoog moest. Ook was er veel discussie over de inhoud van het werk. Sommigen spraken hun afschuw uit over de alsmaar technischer wordende wereld waarbij verpleegkundigen dreigden af te glijden tot 'verlengstukken van de medische wetenschappen'. Dat veranderde in de jaren vijftig door de opkomst van het maatschappelijk werk. Verpleegsters, werd de algemene opinie, moesten over dezelfde vaardigheden beschikken als maatschappelijk werksters. Ze moesten inlevingsvermogen hebben en patiënten een luisterend oor bieden.

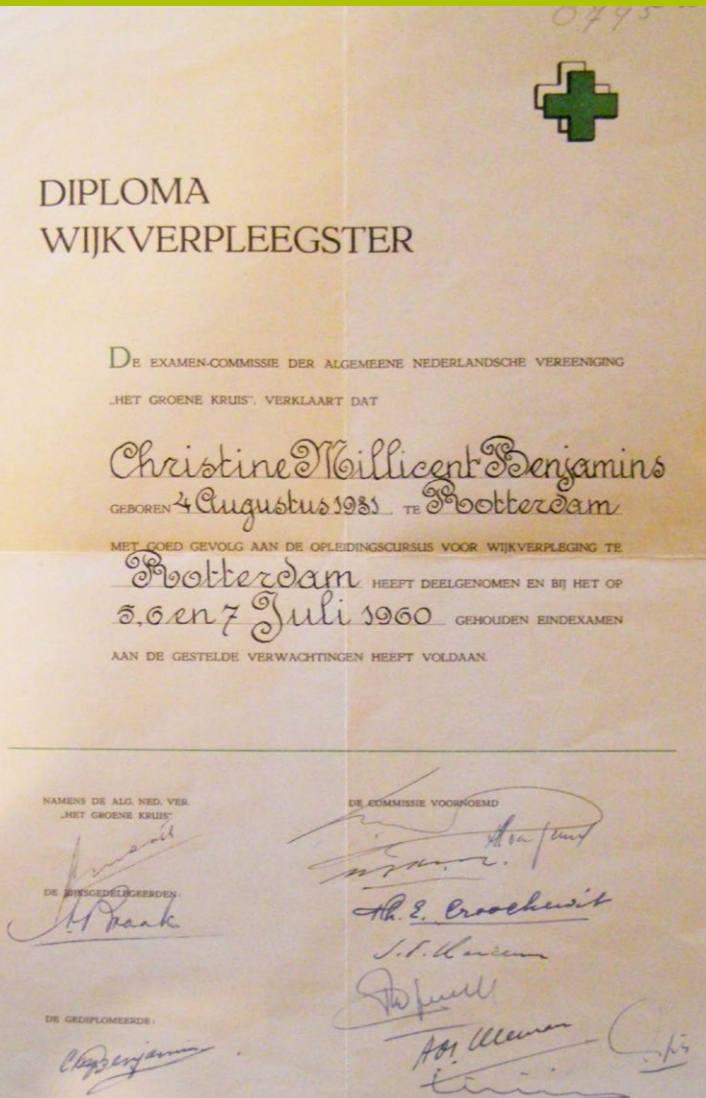


Geslaagde leerlingen van de opleiding wijkverpleging-A rond een maquette van het Dijkzigt Ziekenhuis, Rotterdam, 1966

Nieuwe aanpak

In de jaren zestig kreeg de wijkverpleegkundige, zoals wijkverpleegsters vanaf 1967 officieel heetten, te maken met problemen waaraan de opleidingen amper aandacht besteedden. Gezinnen met huwelijks- en opvoedingsproblemen, de komst van gastarbeiders en andere sociale vraagstukken vroegen om een nieuwe aanpak van het werk. De traditionele verplegende en verzorgende taken van de wijkverpleging raakten daardoor meer op de achtergrond. Preventie, gezondheidsvoorlichting en -opvoeding, psychosociale begeleiding en stervensbegeleiding werden steeds belangrijker. Dit had ook gevolgen voor de opleiding: er werd steeds meer aandacht besteed aan het ontwikkelen van psychosociale vaardigheden.

Ongeveer een kwart van de wijkverpleegkundigen was eind jaren zeventig niet gediplomeerd. Dat was het kruiswerk een doorn in het oog. De parttime opleiding Maatschappelijke Gezondheidszorg (MGZ) werd opgezet om een inhaalslag te maken. Onbevoegde wijkverpleegkundigen kregen hierdoor de kans aan de vereiste papieren te komen. Met succes. Waren er in 1979 nog 1017 ongediplomeerde wijkverpleegkundigen aan het werk, in 1985 was dat gedaald tot 130.



Diploma wijkverpleegster, 1960

Onafhankelijke verpleegstersschool

Lange tijd was de basisopleiding voor wijkverpleegkundigen de inservice-opleiding in ziekenhuizen. Zij leidden verpleegkundigen naar eigen inzicht en goeddunken op. In de loop der tijd ontstonden er zo steeds meer verschillende opleidingen met eigen methoden. Van enige samenhang tussen de opleidingen was nauwelijks sprake. Veel partijen, waaronder de Nederlandse Bond voor Ziekenverpleging, waren hier ontevreden over. Ze wilden een volwaardige, allround beroepsopleiding voor alle verpleegkundigen. Die opleiding moest een bredere basis geven, zodat verpleegkundigen konden doorstromen naar leidinggevende functies en een groter carrièreperspectief hadden. Ook moest de kwaliteit van de opleiding omhoog. Het ideaal was een onafhankelijke opleiding voor verpleegkundigen, een dagopleiding die los stond van ziekenhuizen.

In 1947 was er al zo'n aparte opleiding opgericht: de katholieke opleidingschool Vronestein in Voorburg. Maar deze opleiding verschilde qua sfeer en werkwijze niet veel van de opleidingen in ziekenhuizen. Wel anders was de Katholieke Hogere School voor Verpleegkundigen (KHSV) in Nijmegen die in 1952 van start ging. Dit was de eerste opleiding die de oppervlakkige en eenzijdige opleiding van verpleegkundigen doorbrak. De nieuwe dagopleiding duurde twee jaar, waarin de verpleegsters hun praktische en beroepskennis konden verdiepen, een hele doorbraak in die dagen. Pas in 1972 kwam eindelijk de landelijke, uniform geregelde aparte opleiding, de Hogere Beroepsopleiding voor Verpleegkundigen (HBO-V), een volwaardige beroepsopleiding van vier jaar. Het begon met twee opleidingen: één in Leusden en één in Nijmegen. Nu zijn er achttien HBO-V's in Nederland.



Leidster-docente begeleidt
leerling-verpleegkundige, 1981

Geleerde verpleegsters

Aanhangers van de inservice-opleidingen protesteerden heftig tegen de komst van de HBO-V. Sommige ziekenhuizen riepen hun inservice-leerlingen zelfs op om te gaan demonstreren in Amsterdam. De tegenstanders vonden dat ziekenhuizen door de nieuwe opleiding te weinig invloed hadden op de manier waarop verpleegsters werden opgeleid. Ook waren ze bang voor 'geleerde' verpleegkundigen: al die theorie was niet nodig, verpleegkundigen moesten vooral praktisch zijn en opdrachten van de artsen uitvoeren.

Alle protesten ten spijt, gingen de HBO-V's toch van start. In de beginjaren kozen HBO-V studenten vaak voor de wijkverpleging en de psychiatrie, niet voor het ziekenhuis. Afgestudeerden zagen het ziekenhuis als een plek waar ze 'geen kans hadden om hun beroep op een autonome manier uit te oefenen'. De wijkverpleging was vanwege de grote autonomie een veel populairder werkveld.

De inservice-opleiding bleef overigens gewoon bestaan na de invoering van de HBO-V. Ziekenhuizen gingen door met het opleiden van leerling-verpleegkundigen volgens hun eigen inzichten.

Ziekenverzorgende

Tegelijkertijd met de invoering van de HBO-V kwam er ook een Middelbare Beroepsopleiding voor Verpleegkundigen, de MBO-V. Deze school leidde op tot ziekenverzorgende. Al jaren was er behoefte aan goed opgeleide ziekenverzorgenden voor chronisch zieken en ouderen, zowel in de thuiszorg als in ziekenhuizen en verpleeghuizen.

Met de komst van de MBO-V kwam er een eind aan een wirwar van onofficiële opleidingen voor zieken- en bejaardenhelpsters die vaak van laag niveau waren. Voor toelating tot de MBO-V moesten de leerlingen minimaal de mavo hebben afgerond. De opleiding duurde drie jaar waarin leerlingen kennis maakten met theorie en praktijk van de totale gezondheidszorg: ziekenhuizen, psychiatrische inrichtingen, verpleeghuizen, kruisorganisaties en zwakzinnigenzorg. In het derde jaar kozen de leerlingen voor een van deze werkterreinen en liepen daar stage. Naast de MBO-V kregen veel wijkziekenverzorgenden hun opleiding nog steeds in verpleeghuizen. Voordat zij in de wijk aan de slag gingen, moesten zij een applicatiecursus van tien weken volgen en een jaarlijkse bijscholing doen.



Gezinsverzorgenden in opleiding, 1970



Sokken stoppen, 1970

Nieuw opleidingsstelsel

Ruim twintig jaar bleven de inservice-opleidingen en de HBO-V voor verplegenden en verzorgenden in deze vorm bestaan. Dat veranderde in 1997. Toen werd het Samenhangend Stelsel ingevoerd dat de beroepsopleiding in de zorg ingrijpend veranderde. Het stelsel bevat vijf verschillende kwalificatieniveaus: verpleegkundige niveau 5 (hbo-opleiding), verpleegkundige niveau 4 (mbo-opleiding), verzorgende niveau 3 (vmbo), helpende thuiszorg niveau 2 en zorghulp niveau 1. Met de introductie van het nieuwe opleidingsstelsel werden ook de insignes aangepast.

Het nieuwe stelsel bracht meer samenhang in de opleidingsstructuur. Het idee erachter was dat gediplomeerden breed inzetbaar moesten zijn in alle werkvelden en zorgsettings. Het had grote gevolgen voor het inservice-onderwijs in ziekenhuizen en andere zorginstellingen. Dat verdween in zijn oude vorm. Het bleef mogelijk om het vak in de praktijk te leren, maar dat werd nu geregeld door ROC's (Regionale Opleidingencentra) en hbo's. Wie kiest voor zo'n leerweg, werkt vier dagen per week in een ziekenhuis, verpleeghuis of in de thuiszorg en gaat één dag per week naar school voor de theorie. Ziekenhuizen hebben sindsdien niet veel meer te zeggen over de inhoud van de opleidingen.

Susanne Schrauwen (1964)
Coördinerend
wijkverpleegkundige



‘Echte
aandacht
hebben voor
mensen,
daar gaat het
om’

Susanne Schrauwen werkte in verpleeghuizen, een kindertehuis, de gezinszorg en de ‘zwakzinnigenzorg’. Ze poetste, waste, streek, verzorgde wonden en diende medicatie en injecties toe. Twintig jaar werkt ze nu in de thuiszorg. In al die jaren heeft ze het werk zien veranderen. Niet altijd ten goede, vindt ze. Nu zet ze bij Thuiszorg West-Brabant ‘Thuiszorg met aandacht’ op: kleine, zelfsturende teams die alles zelf doen: “Ze luisteren naar de klant, komen tegemoet aan de zorgvraag, maken zelf hun rooster. Eigenlijk zoals we het vroeger in de wijk ook deden.”

“Huisarts, kraamverzorgster en wijkzuster zaten op één troon.”

“Ik heb de inservice-opleiding voor zwakzinnigenzorg gedaan, zoals dat toen nog heette, één van de beste opleidingen die er waren. Omdat je telkens vijf weken werkte en één week naar school ging, waren theorie en praktijk goed op elkaar afgestemd. Ik werkte in een tehuis voor verstandelijk gehandicapte jongens. Zoveel praktijk vond ik prettig, het gaf me de ruimte om de kennis van school echt toe te passen. Theorie alléén is klinisch en niet voldoende. Dan heb je iets geleerd dat logisch klinkt, maar bij de uitvoering in de praktijk is het net even anders en loop je tegen problemen aan. Hoe los je dat dan op? Die kloof tussen theorie en praktijk leer je pas overbruggen door het te doen.

In 1986 studeerde ik af, daarna heb ik allerlei banen gehad. Zo werkte ik in een kindertehuis en in een verpleeghuis, waar ik mijn verpleegtechnische vaardigheden kon toepassen. Maar echte aandacht besteden aan mensen kon ik daar niet, terwijl dat voor mij wel voorop staat. Uiteindelijk ben ik daarom in 1990 in de thuiszorg gaan werken als gezinsverzorgster en later ook als wijkverpleegkundige.”

Gemoedelijk

“In de jaren tachtig zat de wijkzuster nog dicht bij de huisarts, net als de kraamverzorgster die het halve dorp op de wereld heeft gezet. Met zijn drieën zaten ze op één troon. Dat veranderde in 1990 toen het kruiswerk overging in de thuiszorg. Het oude wijkgebouw van het voormalige Wit-Gele Kruis werd afgebroken, wij verhuisden naar een multifunctioneel gebouw waar je ook testen voor ogen, oren en diabetes kon doen. Met de huisarts hadden we nog steeds regelmatig cliëntenoverleg. Hij verwees patiënten rechtstreeks naar ons door. Dat was toen nog simpel, even bellen en de naam van de patiënt

doorgeven. Veel directer en sneller dan tegenwoordig. En vooral gemoedelijker. Nu heb je eerst een indicatie nodig voordat je maar een stap mag binnenzetten bij een cliënt.”

Lievelingsmuziek

“Mijn werkdag begon om 8 uur. Ik hielp de kinderen met aankleden, maakte het ontbijt klaar en bracht de kinderen naar school. Daarna had ik tijd om de zieke moeder te verplegen. Tussendoor deed ik de was en de strijk, soms nog boodschappen, en 's middags moest het eten alweer klaar staan voor de kinderen die uit school kwamen. Meestal had ik een gezin drie maanden tot een half jaar in zorg.

Het leukste van de gezinszorg was dat ik onderdeel van het gezin werd. Ik vind het fijn om cliënten persoonlijke aandacht te geven en te zorgen dat ze zich prettig voelen. Het contact van mens tot mens staat voor mij centraal. Met sommige mensen bouw je een speciale band op. Met Ineke bijvoorbeeld. Ze had darmkanker in een vergevorderd stadium. Ze kon bijna niets meer, als ik bij haar aankwam, zat ze moedeloos op bed. Ik begon de ochtend altijd heel relaxed, luisterde goed naar haar, zonder opdringerig te zijn. Zo praatten we over haar angsten. Ze had een dochter van twintig en was bang haar niet ouder te zien worden, bang dat ze geen kleinkinderen meer zou zien opgroeien. Omdat ik wist dat ze van muziek hield, zette ik haar lievelingsplaten op. Daar luisterden we naar terwijl ik het huis schoonmaakte. Ze monterde ervan op, aan het einde van de ochtend voelde ze zich een stuk beter. Zelf kreeg ik daar ook vleugels van. Het mooie is dat ze nog steeds leeft, ik kom haar wel eens tegen in het dorp en dan groeten we elkaar hartelijk.”

“Hier vrouwke,
hedde ge
un bakske.”

Dikke laag vet

“Natuurlijk waren er ook gezinnen waarmee het niet klikte. Mijn enthousiasme kon bij de ander in het verkeerde keelgat schieten, dan ging ik te snel. Sommige gezinnen zetten meteen al de hakken in het zand. ‘De dokter heeft gezegd dat je moest komen, daar staan de spullen.’ Die hadden dus weinig zin in mijn komst.

Ook waren er mensen die heel andere normen en waarden hadden over de schoonmaak. Ik herinner me nog een alleenwonende man. Omdat hij veel in frietvet bakte, zat zijn keuken onder een dikke laag vet. Toen ik die keuken samen met een collega probeerde schoon te maken, keek de man lichtelijk geamuseerd toe. Er was geen beginnen aan. Mijn collega gruwde ervan, maar achteraf kun je erom lachen.

Ook al was ik gediplomeerd, ik deed af en toe nog huishoudelijk werk bij de ‘oudjes’ in het dorp. Het was leuk om te doen. Ze wachtten me altijd op, de koffiepot pruttelend op de kachel. ‘Hier vrouwke, hedde ge un bakske.’ Dat was heel aardig, maar de koffie was vaak oud en bitter. In die tijd heb ik thee leren drinken, die werd tenminste vers gezet.”

Veranderingen in de thuiszorg

“Een tijdje ben ik eruit geweest. Toen ik in 2000 weer in de thuiszorg ging werken, was alles radicaal veranderd. Het tijdschrijven was ingevoerd, je moest werken met indicaties en productcodes, we leveren nu zorg op de minuut. De contactmomenten met de cliënt zijn daardoor veel korter. Vroeger had je een heel dagdeel de tijd, nu een uurtje hier en een uurtje daar. De tijd die ertussen zit moet je zien af te dichten zodat er continu

voldoende zorg is voor zo'n cliënt. Ik vind het niet erg om dat te regelen, met familie of mantelzorgers bijvoorbeeld, maar het is niet leuk om tegen beperkingen van zorgindicaties aan te lopen.

In de jaren negentig kreeg een gezin een paar uur aaneengesloten zorg per dag. In 2000 was diezelfde zorg versnipperd. Voor elke handeling wordt weer een andere zorgverlener ingezet. Een patiënt kan in twee uur tijd drie verschillende mensen over de vloer hebben: een verzorgende voor steunkousen, een alfahulp voor het huishouden, en een verpleegkundige voor injecties of wondverzorging.”

Tijdschrijven

“Ik vond het waardeloos dat we moesten gaan tijdschrijven. Ik snap het wel, je moet de kosten bijhouden, er moet ergens een rekening naar toe. Cliënten hangen er zelf ook aan, zeggen: ik heb recht op zoveel uur zorg. Maar ik vind het jammer. Dan is zorg geen middel meer, maar een doel op zich. Al die van bovenaf opgelegde indicaties leggen me beperkingen op. Ik kan zelf goed inschatten hoeveel tijd ik nodig heb voor een cliënt. Nu wordt het me voorgeschreven en dat is niet altijd efficiënt.

Stel je krijgt iemand die uit het ziekenhuis komt en die volgens indicatie in drie maanden tijd moet leren zichzelf te wassen en aan te kleden. Daar kun je netjes drie maanden over doen, er elke keer evenveel tijd voor uittrekken. Maar die voorgeschreven tijd kun je ook loslaten. Het kan mij niet schelen of ik 20 of 40 minuten per keer met iemand bezig ben, het gaat mij om het doel: dat de cliënt weer zelfstandig wordt. Als je de voorgeschreven tijd loslaat en op die manier werkt, haal je dat doel misschien wel sneller. Wie weet heb ik die cliënt al in twee maanden zover dat hij zichzelf kan wassen en aankleden.”

“Cliënten willen vooral aandacht en communicatie.”

Thuiszorg met aandacht

“Sommige wijkverpleegkundigen zijn weggegaan bij de thuiszorg door alle veranderingen. Ze hadden moeite met het logge apparaat, de slechte aansluitingen op de zorgvraag en de ontevreden klanten die ze daardoor tegenkwamen. Bij Thuiszorg West-Brabant zijn we daarom begonnen met een nieuwe opzet van thuiszorg: Thuiszorg met Aandacht. Aan klantenpanels hebben we gevraagd: wat willen jullie? Ze waren unaniem: vooral aandacht en communicatie. Dus daar richten we ons nu op.

Ik ben coördinerend wijkverpleegkundige en help bij het opzetten van kleine, zelfsturende teams die in een bepaald gebied alles zelf doen. Ze luisteren naar de klant, komen tegemoet aan de zorgvraag, maken zelf hun rooster. Eigenlijk zoals we het vroeger in de wijk ook deden. Het team zorgt ervoor dat ze weten wat de klant wil en dat afspraken worden nagekomen. Je moet er gewoon voor ze zijn, bereikbaar zijn, dat is zó belangrijk voor mensen. Dat is echte zorg.”

Administratie

“Onze manier van werken lijkt op die van Buurtzorg Nederland, die ook met zelfstandige teams werken. Maar er is één verschil: wij doen niet zelf de administratie, dat doet een backoffice. Bij Buurtzorg staan de teams onder druk om klanten te werven, het budget te bewaken en zelf de administratie te doen. Dat lijkt me niet fijn, als ik thuiskom wil ik niet ook nog eens papierwerk moeten doen.

De thuiszorg verandert snel, het werk van een wijkverpleegkundige is in de afgelopen jaren ingewikkelder geworden. We verplegen steeds meer mensen die uit het ziekenhuis komen. We hebben te maken met wondzorg, zwachtelen, stomazorg, mensen die zuurstof nodig hebben, pijnpompen voor mensen in de palliatieve thuiszorg. Al die verpleegtechnische zaken uit het ziekenhuis komen richting thuiszorg. Die variatie in het werk vind ik heel leuk. Ik ben een generalist, wil alles kunnen oppakken en doen. Je moet hiervoor je scholing goed op peil houden. Straks komt er nog meer bij, misschien gaan we thuis ook infusies en bloedtransfusies doen. Dat is veel prettiger voor de patiënt. Sommige dingen veranderen trouwens niet: een steunkous blijft een steunkous, wondzorg blijft wondzorg. Dat is van alle tijden.”

De wijkverpleegkundige van NU

Waar 'zij' staat, kan ook 'hij'
worden gelezen.

Is een generalist

De wijkverpleegkundige van nu is een hbo-opgeleide generalist die zorg verleent in de eerste lijn. Zij zorgt niet alleen voor de lichamelijke gezondheid van de wijkbewoners, maar ook voor hun psychisch en sociaal maatschappelijk welbevinden. Haar motto is: samen gaan we voor een gezonde buurt. De zorgverlening is naast de curatieve zorg ook gericht op reactivering en preventie waarbij zij aandacht heeft voor zelfzorg en eigen regievoering.

Is een wijk- professional

De wijkverpleegkundige van nu combineert meerdere rollen. Ze richt zich op alle aspecten van zorg en gezondheid. Dat vraagt empathie, zelfreflectie, doortastendheid en een goed ontwikkeld verantwoordelijkheidsgevoel. Zij kan zelfstandig knopen doorhakken en risico's inschatten. Ze heeft de nodige kennis van de laatst bewezen 'best practices'. Daarom is ze eerst en vooral een ervaren verpleegkundige.

Is een spin in het web

De wijkverpleegkundige is laagdrempelig en toegankelijk voor iedereen. Voor kwetsbare ouderen, chronisch zieken, mensen met psychiatrische problematiek, alleenstaande ouders en jongeren is ze een bekende in de wijk. Samenwerking met de politie, de huisartsen, collega's van de thuiszorg, mantelzorgers, maar ook andere professionals en vrijwilligers is voor het uitvoeren van haar vak van belang. Doordat de wijkverpleegkundige precies weet hoe haar wijk in elkaar steekt, kan zij elke doelgroep vinden en helpen op weg naar een betere kwaliteit van leven.

Heeft vrije regelruimte nodig

In de ideale situatie is de wijkverpleegkundige niet direct verbonden aan tijd en heeft zij vrije regelruimte. Alleen dan kan zij haar werk met succes uitvoeren. Zij kan als geen ander mensen met elkaar verbinden en maakt daarbij graag gebruik van de middelen die zij tot haar beschikking heeft. Daarbij profiteert ze van de korte lijnen waaruit haar netwerk is opgebouwd.

Is goedkoper en beter

Het doel van de wijkverpleegkundige is samen met elke bewoner van haar wijk het onderste uit de kan halen op de terreinen preventie, zorg, wonen en welzijn. De wijkverpleegkundige vindt haar werk succesvol als zij een bijdrage heeft geleverd aan het verbeteren van de gezondheid of het voorkómen van ziekte. Zij spreekt mensen aan op hun eigen kracht en benut bij voorkeur het draagvermogen van de mantelzorgers, vrienden of familie. Zo voorkomt zij dat mensen meer en duurdere zorg nodig hebben. Daarom is zij een professional die ook goed is voor de portemonnee.

De verzorgende van NU

Werkt zelfstandig

De verzorgende van nu werkt zelfstandig. Zij heeft een MBO-opleiding of is intern opgeleid. Zij helpt mensen met lichte, niet complexe verpleegtechnische handelingen en werkzaamheden. Met de cliënt stelt zij een zorgplan op.

Werkt samen

De verzorgende helpt mensen zich aan te passen aan het leven met een ziekte of beperking. Daarom werkt zij samen met mantelzorgers en vrijwilligers. Omdat de verzorgende bij mensen thuis werkt en in verzorgings- of verpleeghuizen, is zij tussenpersoon in de relatie met andere zorgverleners, zoals de wijkverpleegkundige, huisarts en apotheek.

Werkt met chronisch zieken en ouderen

De maatschappij verandert. Ziektes zijn beter te behandelen en mensen worden ouder. Er zijn daarom meer chronisch zieken en meer kwetsbare ouderen. Dit is de doelgroep van de verzorgende.

Verzorgenden worden hierop goed voorbereid doordat de opleiding wordt aangepast.

Is respectvol en behulpzaam

Zorg verandert, maar veel blijft hetzelfde. Net als vroeger zet ook de verzorgende van nu zet zich in om mensen een goede kwaliteit van leven te bieden. En om ze, als het moment gekomen is, bij te staan in het stervensproces. Dat doet ze met een respectvolle en behulpzame houding.

Voor nadere informatie zie

www.venvn.nl

Gebruikte literatuur

- *100 jaar zorg voor zorg*, Gerrit Bouma, Vereniging Het Groene Kruis Minnertsga, 2004
- *125 jaar thuiszorg, oude tradities en nieuwe ambities, 1875 – 2000*, drs. Hervé Jamin, Tirion – Baarn / Thuiszorg Gooi en Vechtstreek, 1999
- *Dag in, week uit*, Marjan Woudstra en Aafje Bouma, Home & Care Consultants, 's-Hertogenbosch, 1997
- *De Wit-Gele Vlam, gedenkboek ter gelegenheid van het 50-jarig bestaan van de Nationale Federatie het Wit-Gele Kruis, 1923 – 1973*, prof.dr. A. Querido, Tilburg, z.j.
- *Een eeuw thuiszorg in Rotterdam*, prof.dr. M.J. van Lieburg (red.), Erasmus Publishing, Rotterdam, 2011
- *Het beleid van Het Witte Kruis, Het Groene Kruis en Het Wit-Gele Kruis over de periode 1875 – 1945*, Marjolein van der Kolk-Kousemaker, Utrecht, 2005
- *Het Wit-Gele Kruis in Noord-Brabant 1916 – 1974, Intermediair tussen medische verworvenheid en sociale acceptatie*, M. Th. Wijnen-Sponselee, Zuidelijk Historisch Contact, Tilburg, 1997
- *Kroniek Kruiswerk Zeeland tot 1970*, D.J. Wieringa, J. Traas, Provinciale Vereniging Het Zeeuwse Kruis, Middelburg, 1991
- *Kruiselings door de tijd, van kruisvereniging tot thuiszorgorganisatie in Midden-Brabant*, Adriana Esmeijer en Victoire Geerts, Regionale Kruisvereniging Midden-Brabant / Tilburg, 1992
- *Over en Weer, Dubbelportretten uit de Thuiszorg*, Landelijke Vereniging voor Thuiszorg, Bunnik, 1996
- *Sien van Hulst*, Martha van Brink-Poort, Harlingen, 1987, uitgave in eigen beheer

- *Symfonie in groen*, dr. A.M.G. Schenk en J.B.Th. Spaan, Uitgave van de Algemene Nederlandse Vereniging 'Het Groene Kruis', z.p., 1961
- *Van huiszorg naar thuiszorg, de geschiedenis van de gezinsverzorging in Friesland*, Willem Frieling, Thuiszorg De Friese Wouden, Een-West, 1996
- *Van kruiswerk tot thuiszorg, De moeizame strijd voor erkenning van een boeiende maar complexe werksoort in de periode 1946 – 1990*, Jan J.C. Huige, uitgave van de Landelijke Stichting Beheer Kruiswerk, Bunnik, 2011
- *Van roeping tot beroep, verpleging en verzorging in historisch perspectief*, Raymond Goelabdien, Tijdstroom, Landelijk Centrum Verpleging en Verzorging, Utrecht, 1996
- *Vertel eens wat Anders!, 'Multicultureel samenleven verrijkt'*, Stichting Even Anders, Zingeving in Zorg, Bunnik, 2010
- *Zoevende zusters, zorg thuis: toen, nu en straks*, Stichting Onderzoek en Ontwikkeling Maatschappelijke Gezondheidszorg en Florence Nightingale Instituut, Bunnik / Zetten, 2009

Fotomateriaal

Cover Wijkverpleegster in het gezin van een kraamvrouw, 1910
 Querido, A., *De wit-gele vlam*, Nationale Federatie het Wit-Gele Kruis, 1973 (12 - archief A.N.V. Het Groene Kruis)

pagina

- 7 Jamin, drs. H., *125 jaar Thuiszorg, oude tradities en nieuwe ambities*, Tirion Uitgevers BV Baarn, ISBN 9051218494 (38 - Propagandist van het Groen Kruis, F.C. Fleischer (red.), Na 10 jaren Het Groene Kruis in 1910 (Winterswijk 1910).
- 9 Jamin, H., *125 jaar Thuiszorg, Oude tradities en nieuwe ambities*, Tirion Baarn, ISBN 9051218494 (14 - Gemeente Archief Amsterdam)
- 9 Wieringa, D.J. en Traas, J. *Kroniek Kruiswerk Zeeland tot 1970*, Provinciale Vereniging Het Zeeuwse Kruis, 1991, ISBN 90-9004716-6 (15)
- 10 Nationaal Archief/Spaarnestad Photo/Het Leven/Fotograaf onbekend
- 11 Nationaal Archief/Spaarnestad Photo/Het Leven/Fotograaf onbekend
- 14 Nationaal Archief/Spaarnestad Photo/Het Leven/Fotograaf onbekend
- 14 Jamin, H., *125 jaar Thuiszorg, oude tradities en nieuwe ambities*, Tirion Uitgevers BV Baarn, ISBN 9051218494 (27 - Rijksarchief Noord-Holland, Haarlem)
- 15 Jamin, drs. H., *125 jaar Thuiszorg, oude tradities en nieuwe ambities*, Tirion Uitgevers BV Baarn, ISBN 9051218494 (27 - Rijksarchief Noord-Holland, Haarlem)
- 18 Nationaal Archief/Spaarnestad Photo/Het Leven/Fotograaf onbekend
- 20 Wikipedia
- 23 Nationaal Archief/Spaarnestad Photo/Het Leven/C. Kramer
- 25 Nationaal Archief/Spaarnestad Photo/Het Leven/Fotograaf onbekend
- 28 Jamin, drs. H., *125 jaar Thuiszorg, oude tradities en nieuwe ambities*, Tirion Uitgevers BV Baarn, ISBN 9051218494 (33 - LSBK)
- 36 Jamin, drs. H., *125 jaar Thuiszorg, oude tradities en nieuwe ambities*, Tirion Uitgevers BV Baarn, ISBN 9051218494 (35 - Particuliere collectie, Nieuwenhuizen, Blaricum)
- 39 Jamin, drs. H., *125 jaar Thuiszorg, oude tradities en nieuwe ambities*, Tirion Uitgevers BV Baarn, ISBN 9051218494 (32 - collectie LSBK)
- 40 Wieringa, D.J. en Traas, J. *Kroniek Kruiswerk Zeeland tot 1970*, Provinciale Vereniging Het Zeeuwse Kruis, 1991, ISBN 90-9004716-6 (22)

- 41 Archief Wit Gele Kruis - Katholiek Documentatiecentrum/RU Nijmegen
- 42 Wieringa, D.J. en Traas, J. *Kroniek Kruiswerk Zeeland tot 1970*, Provinciale Vereniging Het Zeeuwse Kruis, 1991, ISBN 90-9004716-6 (66)
- 43 Querido, A., *De wit-gele vlam*, Nationale Federatie het Wit-Gele Kruis, 1973 (87 - archief Nationale Federatie Het Wit-Gele Kruis)
- 44 Jamin, drs. H., *125 jaar Thuiszorg, oude tradities en nieuwe ambities*, Tirion Uitgevers BV Baarn, ISBN 9051218494 (68 - LSBK))
- 46 Jamin, drs. H., *125 jaar Thuiszorg, oude tradities en nieuwe ambities*, Tirion Uitgevers BV Baarn, ISBN 9051218494 (65 - LSBK)
- 49 Jamin, drs. H., *125 jaar Thuiszorg, oude tradities en nieuwe ambities*, Tirion Uitgevers BV Baarn, ISBN 9051218494 (111 - LSBK))
- 50 Collectie Stichting Historisch Verpleegkundig Bezit
- 52 *Zoevende Zusters*, 2009, Florence Nightingale Instituut (55)
- 53 Atria (Collectie IAV)
- 54 Huige, dr. J.J.C, *Van kruiswerk tot Thuiszorg*, Stichting Else Bunnik, ISBN 9789081144827 (244 -Van der Velde, Zuidland)
- 56 Collectie Stichting Historisch Verpleegkundig Bezit
- 58 Jamin, drs. H., *125 jaar Thuiszorg, oude tradities en nieuwe ambities*, Tirion Uitgevers BV Baarn, ISBN 9051218494 (50 - LSBK)
- 61 Jamin, H., *125 jaar Thuiszorg, oude tradities en nieuwe ambities*, Tirion Baarn, ISBN 9051218494 (104 – Koninklijke Nederlandse Centrale Vereniging tot bestrijding van de tuberculose)
- 64 Huige, dr. J.J.C, *Van kruiswerk tot Thuiszorg*, Stichting Else Bunnik, ISBN 9789081144827 (26 - Collectie Bosma, Stitswerd)
- 65 Querido, A., *De wit-gele vlam*, Nationale Federatie het Wit-Gele Kruis, 1973 (29 - privé-collectie mevrouw Stoof)
- 67 Koninklijke Bibliotheek te Den Haag/Nederlands Instituut voor Oorlogsdocumentatie
- 68 Ontwerper G.B, Koninklijke Bibliotheek te Den Haag/Nederlands Instituut voor Oorlogsdocumentatie
- 69 Koninklijke Bibliotheek te Den Haag/Nederlands Instituut voor Oorlogsdocumentatie
- 70 Koninklijke Bibliotheek/Nederlands Instituut voor Oorlogsdocumentatie
- 73 Collectie Openluchtmuseum Arnhem
- 77 Collectie Het Utrechts Archief

- 78 Nationaal Archief/Spaarnestad Photo/Henk Hilterman
80 Privé-collectie
81 Huige, dr. J.J.C, *Van kruiswerk tot Thuiszorg*, Stichting Else Bunnik, ISBN 9789081144827 (150 -Van der Velde, Zuidland)
86 Ter beschikking gesteld door R. Stoop
97 Jamin, H., *125 jaar Thuiszorg, oude tradities en nieuwe ambities*, Tirion Uitgevers BV Baarn, ISBN 9051218494 (123 - Rijksarchief Noord-Holland, Haarlem)
98 Collectie Katholiek Documentatie Centrum/Radboud Universiteit
99 Huige, dr. J.J.C, *Van kruiswerk tot Thuiszorg*, Stichting Else Bunnik, ISBN 9789081144827 (14 - Collectie Spaarnestad)
100 Querido, A., *De wit-gele vlam*, Nationale Federatie het Wit-Gele Kruis, 1973 (189 archief Nationale Federatie Het Wit-Gele Kruis)
101 Huige, dr. J.J.C, *Van kruiswerk tot Thuiszorg*, Stichting Else Bunnik, ISBN 9789081144827 (160 - Collectie Rogier De La Haye, Maastricht)
102 Querido, A., *De wit-gele vlam*, Nationale Federatie het Wit-Gele Kruis, 1973 (69 archief Nationale Federatie Het Wit-Gele Kruis)
104 Jamin, drs. H., *125 jaar Thuiszorg, oude tradities en nieuwe ambities*, Tirion Uitgevers BV Baarn, ISBN 9051218494 (124 - LSBK)
106 Privé-collectie
107 Collectie Stichting Historisch Verpleegkundig Bezit
108 Collectie Stichting Historisch Verpleegkundig Bezit
109 Huige, dr. J.J.C, *Van kruiswerk tot Thuiszorg*, Stichting Else Bunnik, ISBN 9789081144827 (56 - Collectie Gelders Archief/Florence Nightingale Instituut)
110 Huige, dr. J.J.C, *Van kruiswerk tot Thuiszorg*, Stichting Else Bunnik, ISBN 9789081144827 (90 - Collectie familie Mol Gorinchem)
114 Huige, dr. J.J.C, *Van kruiswerk tot Thuiszorg*, Stichting Else Bunnik, ISBN 9789081144827 (181 - Collectie H. Glasbergen, Lelystad)
116 Ter beschikking gesteld door Jacqueline de Vries
129 Privé-collectie
132 Huige, dr. J.J.C, *Van kruiswerk tot Thuiszorg*, Stichting Else Bunnik, ISBN 9789081144827 (150 - Collectie Somford)
133 Nationaal Archief/Spaarnestad Photo/Henk Hilterman
135 Huige, dr. J.J.C, *Van kruiswerk tot Thuiszorg*, Stichting Else Bunnik, ISBN 9789081144827 (186 - foto Ben Steffen - Archief Dagblad De Stem)

- 136 Jamin, drs. H., *125 jaar Thuiszorg, oude tradities en nieuwe ambities*, Tirion Uitgevers BV Baarn, ISBN 9051218494 (128 - LSBK)
- 138 Ontwerper onbekend, Collectie Atria Kenniscentrum
- 139 Fotograaf Roel Visser, in opdracht van Stichting Maatzorg/Rijksmuseum
- 140 Jamin, drs. H., *125 jaar Thuiszorg, oude tradities en nieuwe ambities*, Tirion Uitgevers BV Baarn, ISBN 9051218494 (165 - LSBK)
- 141 Foto Gerdien Wolthaus Paauw, Tilburg
- 144 Ter beschikking gesteld door Aart Pool
- 155 Collectie Stichting Historisch Verpleegkundig Bezit
- 157 Huige, dr. J.J.C, *Van kruiswerk tot Thuiszorg*, Stichting Else Bunnik, ISBN 9789081144827 (195 - foto J. Dubbelman, Roosendaal)
- 159 Huige, dr. J.J.C, *Van kruiswerk tot Thuiszorg*, Stichting Else Bunnik, ISBN 9789081144827 (194 - foto J. Dubbelman, Roosendaal)
- 160 Collectie Stichting Historisch Verpleegkundig Bezit
- 161 Huige, dr. J.J.C, *Van kruiswerk tot Thuiszorg*, Stichting Else Bunnik, ISBN 9789081144827 (229 - foto collectie Osse-Dierx, Houten)
- 163 *Zoevende Zusters*, 2009, Florence Nightingale Instituut (55)
- 163 *Zoevende Zusters*, 2009, Florence Nightingale Instituut (33)
- 166 Ter beschikking gesteld door Susanne Schrauwen

Wij hebben alle moeite gedaan om rechthebbenden van copyright te achterhalen. Mochten er personen of instanties zijn die menen aanspraak te kunnen maken op bepaalde rechten, dan wordt hen vriendelijk verzocht contact op te nemen met de uitgever.

Links

Eva Rensman: www.evarensman.nl

Leonie van den Schoor: www.stukproducties.nl

V&VN: www.venvn.nl

FNI: www.fni.nl

Actiz: www.actiz.nl/homepage

Stichting Historisch Verpleegkundig Bezit: www.shvbweb.nl

Stichting Else, Bunnik: www.stichting-else.nl