

AGRESSIE EN GEWELD IN DE PSYCHIATRIE

*Historisch onderzoek naar de onderwijzing over de
verhouding met patiënten en de omgang met agressie en
geweld, beschreven in het lesmateriaal van psychiatrisch
verpleegkundigen in de periode van 1960-2000*

Naam: Ruth Klein
Studentennummer: 3525813
Begeleider: J. Vijselaar
Datum: 25 januari 2021

MA Thesis, Cultuurgeschiedenis van Modern Europa, Universiteit Utrecht

Samenvatting

In 2019 verscheen het eindrapport van Commissie De Winter over geweld in de jeugdzorg. In dit eindrapport werd de aanbeveling gedaan om te onderzoeken of psychiatrisch verpleegkundigen in hun opleiding voldoende worden voorbereid op geweldsituaties in hun werkpraktijk.

In een reactie op deze aanbeveling, zal in deze scriptie worden gekeken naar de behandeling van dwang en geweld in de leerboeken in de periode 1960 tot en met 1990. Het onderwerp zal per tijdsperiode worden onderzocht en in een context worden geplaatst. De volgende hoofdvraag staat centraal: Welke ontwikkeling in de verhouding tussen verpleegkundigen en patiënt binnen de psychiatrie is zichtbaar in de lesboeken in het bijzonder waar het gaat om agressie en geweld in Nederland in de periode 1960-2000?

Voor de beantwoording van deze vraag, wordt er bekeken hoe er in de lesboeken aandacht wordt besteed aan de omgangsverhouding met de patiënt in een gewone situatie en in een situatie waar sprake is van agressie. Bij de omgangsverhouding in een gewone situatie wordt in het lesboek nagegaan wat er staat over de hiërarchie en structuur, communicatie en interactie en de basistaken. Bij een situatie waar agressie voorkomt, worden de lesboeken onderzocht of zij een beschrijving geven van wat er onder agressie wordt verstaan en wat er staat wanneer en hoe er ingegrepen moet worden.

Dit onderzoek wijst uit dat de behandeling van geweld in de lesboeken door de jaren heen aan verandering onderhevig is geweest. Het takenpakket is uitgebreid en het accent binnen dit takenpakket is verschoven. Daarnaast blijkt dat de psychiatrisch verpleegkundigen, eveneens door de jaren heen, meer theoretische kennis hebben meekregen over agressie en de omgang hiermee.

Aan te raden is om meer lesboeken te onderzoeken en om daarbij psychiatrisch verpleegkundigen te interviewen. Daarnaast is het aan te bevelen om onderzoek te doen naar

de bestaande mogelijkheden die de psychiatisch verpleegkundige ter beschikking staat om zijn kennis up-to-date te houden.

Inhoudsopgave

Samenvatting	1
Inleiding	4
Hoofdstuk 1	14
1.1 <i>Beschrijving van de psychiatrie in Nederland</i>	14
1.1.1 Ontwikkelingen binnen de psychiatrie.....	15
1.1.2 Opleiding tot psychiatrisch verpleegkundige	20
1.2 <i>Lesboeken</i>	22
1.2.1 Verhouding psychiatrisch verpleegkundige en patiënt	23
1.2.2 Omgang met agressie.....	28
1.3 <i>Observaties uit de historisch praktijk</i>	33
1.4 <i>Conclusie</i>	36
Hoofdstuk 2	39
2.1 <i>Beschrijving van de psychiatrie in Nederland</i>	39
2.1.1 Ontwikkelingen binnen de psychiatrie.....	39
2.1.2 Opleiding tot psychiatrisch verpleegkundige	44
2.2 <i>Lesboeken</i>	45
2.2.1 Verhouding psychiatrisch verpleegkundige en patiënt	46
2.2.2 Omgang met agressie.....	50
2.3 <i>Observaties uit de historische praktijk</i>	57
2.4 <i>Conclusie</i>	60
Hoofdstuk 3	63
3.1 <i>Beschrijving van de psychiatrie in Nederland</i>	63
3.1.1 Ontwikkelingen binnen de psychiatrie.....	63
3.1.2 Opleiding tot psychiatrisch verpleegkundige	68
3.2 <i>Lesboeken</i>	69
3.2.1 Verhouding psychiatrisch verpleegkundige en patiënt	70
3.2.2 Omgang met agressie.....	74
3.3 <i>Observaties uit de historische praktijk</i>	79
3.4 <i>Conclusie</i>	83
Conclusie	85
Literatuurlijst	90

‘Wij krijgen te maken met verbale en fysieke agressie. Je krijgt met de loop der jaren een gladde rug en je hebt begrip voor de ziekte van de mens, maar het is niet iets wat we “normaal” moeten gaan vinden.’¹

Inleiding

Psychiatrisch verpleegkundigen krijgen in hun werk te maken met agressie. Dit onderwerp komt met enige regelmaat in het nieuws. *Nursing*, een platform voor verpleegkundigen, heeft in 2020 een enquête gehouden over agressie. De enquête werd ingevuld door 2000 medewerkers, afkomstig uit de gehele breedte van de zorg. Dat uit de enquête naar voren kwam dat verpleegkundigen ‘door de jaren heen een gladde rug’ kregen, maakt goed duidelijk dat verpleegkundigen in de zorg met agressieve patiënten te maken kregen.²

Naast de omgang met agressieve patiënten, komt in de media ook vaak het onderwerp van dwangmaatregelen in de psychiatrie ter sprake, zoals het gebruik van de isoleer- en separeercel.³ Beide onderwerpen zijn niet alleen van deze tijd.⁴ Agressie en de wijze waarop daar op gereageerd moet worden, blijven een terugkerend onderdeel van het debat, niet alleen binnen de psychiatrie maar ook binnen de politiek.⁵ Welke dwang- en drangmaatregelen zijn

¹ Margot Hamel, ‘Verpleegkundigen herkennen zich in uitslag agressie-enquête’ (versie 25 augustus 2020), <https://www.nursing.nl/verpleegkundigen-reageren-instemmend-op-agressie-enquete/> (29 september 2020).

² Hamel, ‘Verpleegkundigen herkennen zich in uitslag agressie-enquête’ (versie 25 augustus 2020), <https://www.nursing.nl/verpleegkundigen-reageren-instemmend-op-agressie-enquete/> (29 september 2020).

³ Isolatiecel. (1974) *Gekkenkrant* I, 11 uit: Tijdschrift voor Psychiatrie: C.M.Th. Gijsbers van Wijk, ‘Dwang bedwingen of dwingen tot zorg?’, *TvP* 49 (2007) 6, 357-359, aldaar 357,

Roos Menkhorst, Rianne Oosterom en Catrien Spijkerman, ‘Het afschaffen van de isoleercel is mislukt’, *Trouw* (versie 31 juli 2019), <https://www.trouw.nl/nieuws/het-afschaffen-van-de-isoleercel-mislukt-be5e517d/> (29 september 2020).

⁴ Fritz Redl, ‘De behandeling van het zeer agressieve kind’, *TvP* 13 (1971) 1, 3-16, A. Tomaso en T. Kuipers, ‘Separeren: therapeuticum of noodmaatregel’, *TvP* 30 (1988) 5, 290-301 en F.A.M. Kortmann, ‘Dwang in de psychiatrie; patiëntenrechten en beroepsethiek’, *Tijdschrift voor psychiatrie* 37 (1995) 10, https://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/assets/articles/articles_1005pdf.pdf. (25 september 2020).

⁵ Karen Zandbergen, ‘Kamer worstelt met dwang in de zorg’, *Trouw* (versie 26 januari 2012),

[https://www.trouw.nl/nieuws/kamer-worstelt-met-dwang-in-de-zorg-](https://www.trouw.nl/nieuws/kamer-worstelt-met-dwang-in-de-zorg-b748c86f/?referrer=https%3A%2F%2Fwww.google.nl%2F)

[b748c86f/?referrer=https%3A%2F%2Fwww.google.nl%2F](https://www.trouw.nl/nieuws/kamer-worstelt-met-dwang-in-de-zorg-b748c86f/?referrer=https%3A%2F%2Fwww.google.nl%2F) (19 oktober 2020), Edwin van der AA, ‘Polsbandjes en houdgreep mogelijk bij dwangzorg psychische patiënt’, *Algemeen Dagblad* (versie 14 augustus 2019),

<https://www.ad.nl/politiek/polsbandjes-en-houdgreep-mogelijk-bij-dwangzorg-psychische-patiënt-a7de9db5/> (19 oktober 2020), Kaya Bouma en Charlotte Huisman, ‘Hoe de jeugdzorg de isoleercel overbodig probeert te maken’, *de Volkskrant*

(versie 22 augustus 2019), <https://www.volkskrant.nl/kijkverder/v/2019/hoede-jeugdzorg-de-isoleercel-overbodig-probeert-te-maken/> (19 oktober 2020).

geoorloofd? Hoe en in hoeverre helpen deze maatregelen de patiënt? Welke zijn het minst schadelijk?

Dat agressie en geweld in de zorg de laatste tijd bijzonder veel aandacht krijgt, en vragen zoals hierboven in de actualiteit worden bediscussieerd, heeft weer te maken met de toename van onderzoek naar misbruik van patiënten binnen de zorg. Zo werd er tussen 2010 en 2012 onderzoek gedaan naar seksueel misbruik in respectievelijk de jeugdzorg – waaronder de kinder- en jeugdpsychiatrie – en de Katholieke Kerk.⁶ De rapporten van deze onderzoeken boden opnieuw aanleiding voor het stellen van vragen, ook naar het voorkomen van geweld jegens patiënten – in het bijzonder binnen de jeugdzorg.

Na een vooronderzoek, *Haalbaarheid van onderzoek naar geweld in de jeugd-GGZ (vooronderzoek jeugd-GGZ)*, dat vooral de kennishiaten over de aanleiding en preventie van geweld binnen de jeugdzorg aan het licht bracht, gaf in 2016 de Commissie de Winter, voorgezeten door sociaal-pedagoog professor Micha de Winter, een uitvoerig onderzoek over dit onderwerp in opdracht aan het Verwey-Jonker Instituut (VJI).⁷ In 2019 verscheen het eindrapport *Onvoldoende beschermd – Geweld in de Nederlandse jeugdzorg van 1945 tot heden*.⁸ De belangrijkste bronnen voor het VJI-onderzoek vormden de ervaringen van oud-bewoners van Jeugd-GGZ-instellingen. De onderzoekers gaven de aanbeveling om aanvullend onderzoek te doen naar het lesmateriaal van psychiatrisch verpleegkundigen, om meer inzicht te krijgen in de achtergrond en bekwaamheid van het verplegend personeel.

⁶ Commissie Samson en Commissie Deetman deden onderzoek naar seksueel misbruik binnen respectievelijk de jeugdzorg en de Katholieke kerk. Uit deze onderzoeken kwam naar voren dat een deel van de ondervraagden naast seksueel misbruik ook te maken hadden met fysiek en of psychisch geweld.

⁷ Marian van der Klein, Jacques Dane, *Contextstudie: literatuur en andere bronnen over kinder- en jeugdpsychiatrie in Nederland, 1945-heden* (Utrecht 2019) en Commissie Onderzoek naar Geweld in de Jeugdzorg, *Sector- en themastudies. Onvoldoende beschermd. Geweld in Nederlandse jeugdzorg van 1945 tot heden* (2019).

⁸ Commissie Onderzoek naar Geweld in de Jeugdzorg, *Onvoldoende beschermd. Geweld in Nederlandse jeugdzorg van 1945 tot heden* (2019).

De Winter suggereerde zelf dat veel medewerkers in de instellingen niet voldoende waren gekwalificeerd om hun werk te verrichten.⁹ Een slechte aansluiting tussen opleiding en praktijk zou hieraan ten grondslag liggen. Dit zou te wijten kunnen zijn aan verouderde of gebrekkige lesboeken. Andersom, zo suggereerde psychiater Tom van Mierlo in een artikel uit 2018, zou de vermindering van dwang en drang binnen de psychiatrie het gevolg zijn van nieuw en verbeterd lesmateriaal. Volgens hem zijn ‘steeds beter in staat zijn om separaties te voorkomen door middel van de methodiek’.¹⁰

Uit wat De Winter en Van Mierlo hebben gezegd, zou afgeleid kunnen worden dat de verbetering in de onderwijsmethodiek leidt tot competentere zorg. Deze aanname kan echter bij uitblijvend onderzoek naar de vroegere lesmethodes en –lesmaterialen niet wetenschappelijk worden bevestigd. Onderzoek dat zich daarom expliciet richt op de ontwikkeling van lesboeken in de afgelopen decennia is daarom hard nodig. Het doel van deze scriptie is om een dergelijk onderzoek te doen.

Afgaande op het lesmateriaal, kan er dan gesteld worden dat verpleegkundigen inderdaad onvoldoende werden voorbereid op geweld op hun werk? Is er door de jaren heen meer aandacht voor agressie en geweld in de leerboeken gekomen en op wat voor manier werden verpleegkundigen hierop voorbereid? Mijn onderzoek richt zich specifiek op de omgang met agressie. Er wordt gekeken of de psychiatrisch verpleegkundigen in opleiding hierop werden voorbereid en indien dat het geval was, wat voor wijze van reageren op agressie-incidenten kregen zij vanaf de jaren zestig aangeleerd?

Het vooronderzoek dat bij deze scriptie ten grondslag ligt, wees direct al uit dat er in de jaren zestig en zeventig van de vorige eeuw weinig tot niets geschreven staat over hoe de

⁹ Yelle Tieleman, ‘Alsof het ongedierte was. Pure marteling’, *Algemeen Dagblad* (versie 30 november 2016), <https://www.ad.nl/nieuws/alsof-het-ongedierte-was-pure-marteling-aa48a375/> (14 januari 2018) en Commissie Onderzoek naar Geweld in de Jeugdzorg, *Omvoldoende beschermd*, 65-66, 87 en 97.

¹⁰ Nick van Herk, ‘Geen isoleercel in de ggz, maar juist meer contact’ (versie 8 oktober 2018), <https://eenvandaag.avrotros.nl/item/geen-isoleercel-in-de-ggz-maar-juist-meer-contact/> (29 september 2020).

psychiatrisch verpleegkundigen om moesten gaan met patiënten die agressief waren of geweld gebruikten. Pas in de jaren tachtig en negentig werd over dit onderwerp uitgebreider geschreven.¹¹

De lacune in de lesboeken uit de jaren zestig en zeventig omtrent de omgang met agressie en geweld in de psychiatrie in Nederland is op zichzelf een interessant gegeven. Het betekent echter ook dat in dit onderzoek aanvullend zal worden gekeken naar wat de lesboeken beschrijven over de verhouding tussen de patiënt en de psychiatrisch verpleegkundige, indien er niet specifiek iets wordt gezegd over agressie en geweld. Het gaat hierbij om de omgangsverhouding. Op wat voor wijze werd de omgang met de patiënt aangeleerd aan de psychiatrisch verpleegkundige? Deze verhouding kan veel inzicht geven in hoe die omgang veranderde gedurende deze periode, en wat voor een uitwerking dit zou kunnen hebben gehad in het geval van agressiesituaties.

De omgangsverhouding wordt onder meer bepaald door de wijze waarop naar de patiënt wordt gekeken. De omgang tussen de patiënt en psychiatrisch verpleegkundige wordt onder andere bepaald door de hiërarchie. Oftewel: wat is de 'status' van de patiënt tegenover die van psychiatrisch verpleegkundige en welke rechten en plichten vloeien daaruit voort? Als namelijk de status van een patiënt sterk afwijkt van die van de psychiatrisch verpleegkundige, is het wellicht makkelijker om het schenden van de (lichamelijke) integriteit van de patiënt te legitimeren. Als een patiënt meer wordt gezien als een gelijke door de psychiatrisch verpleegkundige, dan is de kans aanwezig dat door de psychiatrisch verpleegkundige minder snel wordt gecommandeerd, dat er meer geduld is bij de psychiatrisch verpleegkundige en dat minder snel naar dwangmaatregelen wordt gegrepen. Oftewel is de verhouding meer zoals

¹¹ Dat agressie in de psychiatrie in die periode wel een probleem was, blijkt bijvoorbeeld uit artikelen in het Tijdschrift voor Psychiatrie. Deze gingen vooral over de definitie. Uit verschillende krantenartikelen komt naar voren dat agressie in de psychiatrische instellingen aan de orde was: 'Lijnrecht', *de Volkskrant*, 15 maart 1966, P. Van der Eijk, 'De grote griep in Gronings asiel', *De Tijd: Dagblad voor Nederland* 31 augustus 1968, 'Hoogleraar psychiatrie. Agressiviteit zal nog meer toenemen', *De Tijd: Dagblad voor Nederland*, 3 oktober 1970 en 'Pompekliniek moet beveiliging voor belang patiënt stellen', *NRC*, 29 november 1974.

tussen een gevangenisbewaker en gedetineerde of is er meer sprake van een huisgenoot, een gelijkwaardige relatie. Uit de voorstudie blijkt dat in bijna elk lesboek iets geschreven staat over deze verhouding. Met name in crisissituaties wordt de verhouding duidelijk zichtbaar. Het is dus ook belangrijk te kijken wat er hierover in de lesboeken staat.

Voor de hoofdvraag van deze scriptie betekent dit dat er naar twee aspecten zal worden gekeken: in de eerste plaats naar de verhouding tussen patiënt en psychiatrisch verpleegkundige; in de tweede plaats naar de aandacht voor agressie en geweld op de werkvloer binnen deze relatie. Dit leidt tot de volgende centrale vraag van dit onderzoek: *Welke ontwikkeling in de verhouding tussen verpleegkundige en patiënt binnen de psychiatrie is zichtbaar in de lesboeken in het bijzonder waar het gaat om agressie en geweld in Nederland in de periode 1960-2000?*

Om de hoofdvraag goed te kunnen beantwoorden is deze scriptie chronologisch geordend. Gekozen is hierbij voor de tijdspanne tussen 1960 en 2000 omdat uit verschillende onderzoeken naar voren is gekomen dat in deze tijdsperiode de psychiatrie belangrijke en ingrijpende ontwikkelingen heeft doorgemaakt.¹² Zo kwam in de jaren zestig de stroming van de kritische psychiatrie op, die veel invloed heeft gehad binnen de psychiatrie. Ook werd de Tweede Krankzinnigenwet, na ruim honderd jaar, in de jaren negentig vervangen door een nieuwe wet, de wet Bijzonder opnemings in psychiatrische ziekenhuizen (Wet Bopz).

De scriptie is onderverdeeld in drie hoofdstukken en in elk hoofdstuk staat een tijdvak centraal en wordt een aantal lesboeken geanalyseerd die gedurende de respectievelijke periode werd gepubliceerd en gebruikt.¹³ De lesboeken zijn mijn primaire en belangrijkste bronnen.

¹² Catharina Th. Bakker, Timo Bolt en Joost Vijselaar, *Haalbaarheid van onderzoek naar geweld in de jeugd-GGZ (2017)* 3, 8-13 en Cecile aan de Stegge, *Gekkenwerk. De ontwikkeling van het beroep psychiatrisch verpleegkundige in Nederland 1830-1980* (Bunnik 2012) 42.

¹³ Het selecteren van lesboeken deed ik naar aanleiding van de literatuurlijsten in handboeken over de psychiatrie. Van Cecile aan de Stegge kreeg ik een aantal handboeken te leen, waaronder ook haar proefschrift. Daarnaast had ik contact opgenomen met het Florence Nightingale Instituut en het Dolhuys Museum. Via het Florence Nightingale Instituut kreeg ik een lijst met, mogelijk relevante, lesboeken. Bij het Dolhuys Museum had de collectiebeheerder de lesboeken uit hun archief voor mij apart gelegd zodat ik deze kon inzien.

Voor de selectie van deze lesboeken is gebruik gemaakt van de volgende drie criteria: 1) beschikbaarheid; 2) relevantie; en 3) representativiteit. Omdat het lesmateriaal de aspirant-psychiatrisch verpleegkundige voorbereidt op een brede beroepspraktijk, en omgang met verschillende doelgroepen, zal er in dit onderzoek ook aandacht worden besteed aan de gehele geestelijke gezondheidszorg en niet een specifieke groep binnen de geestelijke gezondheidszorg, zoals bijvoorbeeld de kinder- en jeugdpsychiatrie. De bestudeerde lesboeken zullen daarom algemene lesboeken zijn en niet specifiek gericht zijn op een doelgroep binnen de psychiatrie.

Het eerste tijdvak voor de analyse van de lesboeken beslaat de jaren zestig en zeventig. Vanwege het geringe aantal lesboeken in zowel de jaren zestig als zeventig, is besloten om deze twee decennia samen te voegen.¹⁴ Het tweede tijdvak beslaat de jaren tachtig. De analyse van deze periode is gebeurd op basis van drie relevante lesboeken.¹⁵ Voor de laatste periode, de jaren negentig zijn vier lesboeken onderzocht.¹⁶

Mijn onderzoek borduurt voort op en sluit aan bij eerder historisch onderzoek. Zo is er in het verleden al onderzoek gedaan naar de beroepsontwikkeling van de psychiatrisch verpleegkundigen, onder meer door Marianne de Leeuw, Jef Nieuwenhuis en Maria Schilt, Harry Oosterhuis en Marijke Gijswijt-Hofstra en Cecile aan de Stegge.

De Leeuw, Nieuwenhuis en Schilt zijn zelf psychiatrisch verpleegkundigen. Geïnspireerd door de grote veranderingen binnen de psychiatrie wilden zij de geschiedenis van het beroep van psychiatrisch verpleegkundigen beschrijven. Zij hebben conform de *oral*

¹⁴ Lesboeken uit de jaren zestig en zeventig: F. Kramer, *Psychiatrische verpleegkunde* (Lochem 1968), C.J.M. Nieland, L. van der Laan en P.F. Rooyackers, *Verpleegkundige lessen voor de opleiding tot het diploma-B. In goede handen* (Leiden 1969), M.H. Cohen Stuart e.a., *Psychiatrie* (Lochem 1974) en B. van der Laan, *Relaties: verpleegkundige begeleiding van de psychiatrische cliënt* (Lochem 1977).

¹⁵ Lesboeken uit de jaren tachtig: E. Verschoor e.a., *Psychiatrie. Deel 1. In goede handen* (Leiden 1980), Clemens Janzing en Jan Kerstens, *Groepsgericht werken in een therapeutisch milieu* (Alphen aan den Rijn/Brussel 1981) en Geuk Schuur, *Omgaan met agressie. Geweldloosheid als antwoord op een psychiatrisch probleem* (Alphen aan den Rijn/Brussel 1987).

¹⁶ Lesboeken uit de jaren negentig: Theo Dassen, *Het beroep van psychiatrisch verpleegkundige. Over het verplegen in het psychiatrisch centrum* (Nijkerk 1990), Auke Bos en René van Leeuwen, *Psychiatrisch verpleegkunde. Het verplegen van patiënten met een verstoord functioneren* (Leiden 1992), Harry Kloppenburg, *Verplegen in de Psychiatrie* (Leiden 1993) en Th. Van Achterberg, A.M. Eliens en N.C.M. Strijdbol, *Effectief verplegen. Leerboek ter onderbouwing van het verpleegkundig handelen* (Dwingeloo 1999).

history-methode, gesprekken gevoerd met zeven psychiatrisch verpleegkundigen die werkzaam waren in de periode 1928-1997. Zij komen tot de conclusie dat de vorm van hulpverlening is veranderd maar dat de basis van het beroep niet is veranderd, namelijk dat de patiënt centraal staat. De psychiatrisch verpleegkundige moet de patiënt voldoende aandacht schenken en hem respecteren.¹⁷

Oosterhuis en Gijswijt-Hofstra hebben onderzoek gedaan naar de psychiatrie in Nederland in de periode 1870-2005. Dit onderzoek staat beschreven in *Verward van geest en ander ongerief. Psychiatrie en geestelijke gezondheidszorg in Nederland (1870-2005)*.¹⁸ Zij hebben uitgebreid historisch onderzoek gedaan naar de veranderingen binnen de Nederlandse psychiatrie.¹⁹ In hun onderzoek werd ook gekeken naar de psychiatrisch verpleegkunde. Dit boek kan worden bestempeld als het handboek en wordt als naslagwerk aangeprezen als hét boek.²⁰

Cecile aan de Stegge, zelf ook psychiatrisch verpleegkundige, heeft promotieonderzoek gedaan naar de ontwikkeling van het beroep van psychiatrisch verpleegkundige in de periode 1830-1980, *Gekkenwerk. De ontwikkeling van het beroep psychiatrisch verpleegkundige in Nederland 1830-1980*.²¹ Hierbij richt zij zich op drie punten, namelijk de opleiding tot psychiatrisch verpleegkundige, de arbeidsmarkt voor de psychiatrisch verpleegkundige en de praktijk. De praktijk is omvattend, daarom onderzoekt Aan de Stegge drie aspecten uit de praktijk, namelijk seks, dwang en zelfmoord. Zij heeft onderzoek gedaan aan de hand van lesboeken, rapporten en tijdschriftenarchieven en *oral history*-methode.

¹⁷ Marianne de Leeuw, Jef Nieuwenhuis en Maria Schilt, *Van oppasser naar verpleegkundige* (Utrecht 1997).

¹⁸ Harry Oosterhuis en Marijke Gijswijt-Hofstra, *Verward van geest en ander ongerief. Psychiatrie en geestelijke gezondheidszorg in Nederland (1870-2005)* (Houten 2008).

¹⁹ Oosterhuis en Gijswijt-Hofstra, *Verward van geest en ander ongerief*, 3.

²⁰ J.A.M. de Kroon, 'Boekbesprekingen algemene psychiatrie. Verward van geest en ander ongerief. Psychiatrie en geestelijke gezondheidszorg in Nederland (1870-2005). (Band I, II en III)', *TvP* 51 (2009) 12, 908-909, <https://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/issues/419/articles/7593> (22 januari 2021).

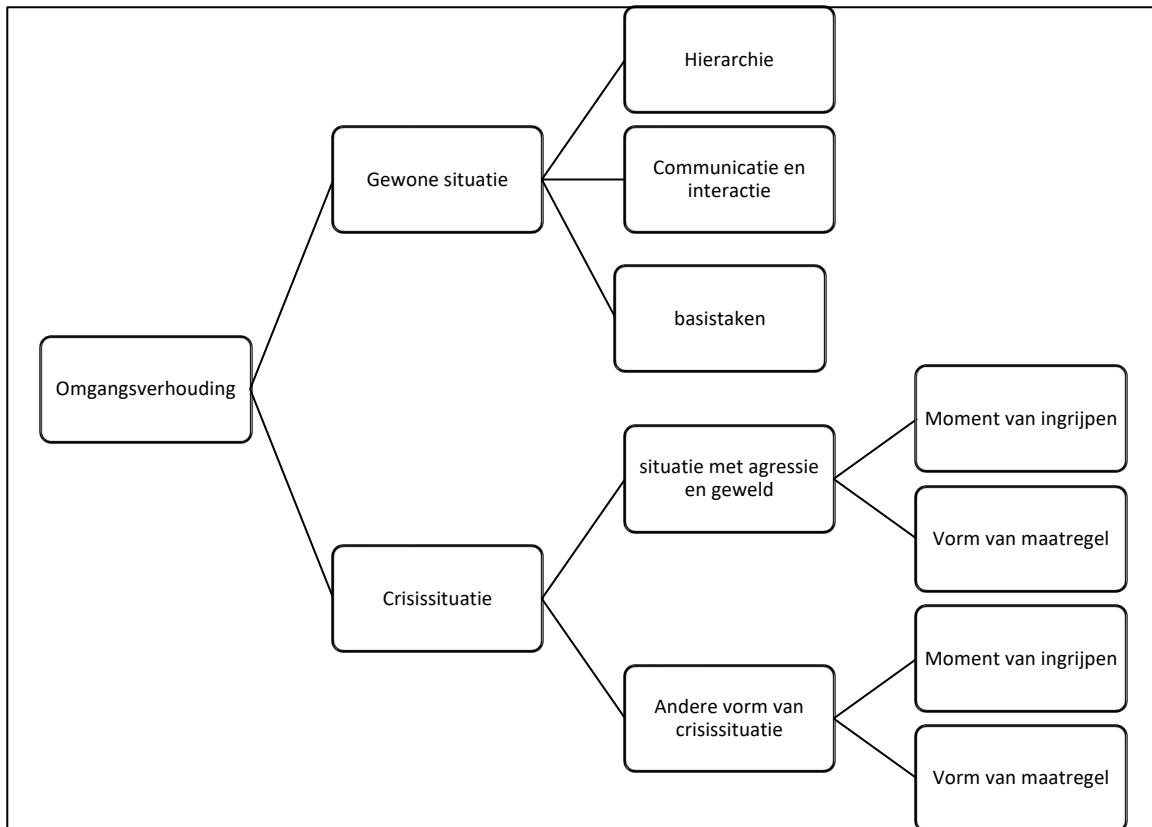
²¹ Aan de Stegge, *Gekkenwerk*.

Bij al de genoemde onderzoeken staat de vraag centraal op wat voor wijze het beroep van psychiatrisch verpleegkundige door de jaren heen is veranderd. Bij mijn onderzoek gaat het om de vraag wat de verhouding was tussen de patiënt en psychiatrisch verpleegkundige en specifiek op wat voor manier de psychiatrisch verpleegkundige voorbereid werd op de omgang met agressie en geweld. Wel bestaat er een overlap tussen deze scriptie en het onderzoek van Aan de Stegge. Zij heeft namelijk ook de jaren zestig en zeventig van de vorige eeuw bestudeerd en in deze scriptie wordt een aantal bronnen – zoals een lesboek en verschillende handboeken – gebruikt die zij ook heeft geraadpleegd.

Aan deze benadering die ik in mijn onderzoek gebruik liggen de volgende methodologische overwegingen en keuzes ten grondslag. Voor ieder hoofdstuk staat de volgende set vragen centraal, samenvattend beschreven in de vorm van een deelvraag: Op wat voor manier komt gedurende het tijdvak in kwestie de lesboeken de omgang met de patiënt, agressie en geweld naar voren?

Om tot een antwoord op deze deelvraag te komen, worden alle lesboeken volgens eenzelfde schema onderzocht. De verhouding psychiatrisch verpleegkundige – patiënt in een normale situatie wordt in kaart gebracht aan de hand van de volgende drie aspecten: structuur en hiërarchie binnen de instelling, communicatie en interactie tussen psychiatrisch verpleegkundige en patiënt, en de basistaken van de psychiatrisch verpleegkundige. Hierbij wordt gekeken naar wat de lesboeken als basistaken bestempelen van de psychiatrisch verpleegkundige. Daarna wordt onderzocht hoe – of in hoeverre – agressie wordt beschreven in de lesboeken. Vervolgens wordt in de lesboeken onderzocht of de omgang met agressie en geweld wordt uiteengezet en welke methodiek hieraan ten grondslag ligt. Wanneer achten de lesboeken het bijvoorbeeld gegrond om dwangmaatregelen toe te passen bij agressie en geweld? En wanneer dwangmaatregelen mogen worden toegepast, welke soorten van

dwangmaatregelen mogen dan worden gebruikt? Dit leidt vervolgens tot onderstaand analysemodel.



Schema analyse lesboek

Er is voor dit schema geen lesboek als leidraad genomen. Dit onderzoek betreft daarmee geen normatief onderzoek. Bovenstaand schema is ontstaan door het bestuderen van verschillende lesboeken. Om de primaire bronnen te kunnen duiden en in de juiste historische context te plaatsen maak ik gebruik van secundaire literatuur, zoals onderzoeken naar de geschiedenis van de psychiatrie, zoals bijvoorbeeld *Met gezag en deskundigheid. De historie van het beroep psychiater in Nederland* van Ruud Abma en Ido Weijers en het al eerder genoemde *Verward van geest en ander ongerief*.²²

²² Ruud Abma en Ido Weijers, *Met gezag en deskundigheid. De historie van het beroep psychiater in Nederland* (Amsterdam 2005).

De drie hoofdstukken van deze scriptie zijn verder als volgt opgebouwd: bij iedere tijdsperiode wordt eerst ingegaan op de ontwikkelingen binnen de psychiatrie en op wat voor manier naar de psychiatrie werd gekeken. Oftewel wat was in die tijdsperiode de heersende stroming en waar had men kritiek op? Daarnaast wordt ingegaan hoe de opleiding tot psychiatrisch verpleegkundige eruitzag. Door de opvattingen en ontwikkelingen van die tijd weer te geven, kunnen de bevindingen uit de lesboeken in de juiste context worden geplaatst. Vervolgens worden de lesboeken besproken op de bovenbeschreven manier. Na de studie van de lesboeken wordt ingegaan op de praktijk. Hierbij worden voorvallen en onderzoeken uit de praktijk beschreven. Daarna zal er een vergelijking worden gemaakt tussen de theorie uit de lesboeken en de dagelijkse praktijk in de instellingen, om een indruk te geven in hoeverre het lesmateriaal aansloot op de praktijk in het tijdvak onder studie.

De Van Dale verstaat onder verpleegkundige iemand die gediplomeerd verpleger of verpleegster is.²³ Het kan dus gaan om een mannelijke of vrouwelijke verpleegkundige. Dit geldt ook voor de patiënt, die zowel mannelijk als vrouwelijk kan zijn. Om eenheid te hebben, heb ik gekozen om zowel de psychiatrisch verpleegkundige als de patiënt als mannelijk aan te duiden.

²³ Verpleegkundige, *Van Dale*, <https://www.vandale.nl/gratis-woordenboek/nederlands/betekenis/verpleegkundige#.X-nN-i07EnU> (28 december 2020) en patiënt, *Van Dale*, <https://www.vandale.nl/gratis-woordenboek/nederlands/betekenis/patient#.YAQ7sy07EnU> (28 december 2020).

Hoofdstuk 1

In dit hoofdstuk zal worden gekeken in hoeverre agressie aan bod komt in de lesboeken van de jaren zestig en zeventig. Zoals aangegeven in de inleiding wordt daarbij een antwoord gezocht op de vraag op welke manier gedurende dit tijdvak agressie en de algemene omgang met de patiënt aan bod komt. Voor de analyse wordt het model gebruikt zoals dat in de inleiding is beschreven. In de inleiding werd eveneens aangegeven dat er in de lesboeken uit de jaren zestig en zeventig relatief weinig aandacht is voor agressie. Dit betekent dat in dit hoofdstuk de nadruk ten eerste ligt op de algemene verhouding tussen patiënt en psychiatrisch verpleegkundige. Vervolgens zal er worden stilgestaan bij wat er in de boeken over agressie wordt gezegd en dit zal worden verbonden aan de houding ten aanzien van de patiënt in het algemeen.

In dit hoofdstuk zal allereerst een algemene beschrijving worden gegeven van de psychiatrie in Nederland in de jaren zestig en zeventig. Daarnaast wordt ingegaan op de opleiding van B-verpleegkundigen. Daarna wordt er aan de hand van een aantal lesboeken onderzoek gedaan naar de omgang met de patiënt in de normale, dagelijkse situaties en in crisissituaties, waaronder de omgang met agressie en geweld, voor zover dit wordt behandeld. Vervolgens wordt gekeken naar de dagelijkse praktijk in de instellingen, om de invloed van de lesboeken op de praktijk te kunnen inschatten.

1.1 Beschrijving van de psychiatrie in Nederland

Sinds het ontstaan van de psychiatrie als academische discipline is zij steeds aan verandering onderhevig geweest. In deze paragraaf wordt ingezoomd op de trends die binnen de Nederlandse psychiatrie in de jaren zestig en zeventig in opkomst kwamen en ook gedurende

de periodes daaropvolgend van invloed bleven op de hervormingen binnen de psychiatrische zorg.

1.1.1 Ontwikkelingen binnen de psychiatrie

In de eerste helft van de twintigste eeuw had de psychiatrie zich vooral ontwikkeld volgens het ‘ziektemodel’. Specialisten uit die periode vonden dat psychiatrie moest gaan over het behandelen van ‘een objectiveerbare, duidelijk omgrensbare functiestoornis’.²⁴ Om hiernaar te handelen moest een bepaald medisch model gevolgd worden. De Nederlandse psychiater Kees Trimbos omschreef het medisch model als volgt: ‘een specifiek model dat de basis vormt van het geneeskundig (en daarvan afgeleid) handelen.[...] Via anamnese en onderzoek beschikte de arts over een reeks bevindingen die een oordeel en beslissing mogelijk maakten of hier al of niet van een ziekelijke stoornis sprake was [...] Zo ja, dan wordt hij [de onderzochte persoon] als “patiënt” geaccepteerd’.²⁵

Veel psychiaters waren in die tijd van mening dat de psychiatrische patiënt ‘hersenziek’ was.²⁶ De psychiatrische instellingen gingen onder invloed van het ziektemodel lijken op ziekenhuizen. Er kwamen psychiatrisch verpleegkundigen. Zowel deze verpleegkundigen als de psychiaters droegen witte jassen. Daarnaast werden er dossiers van patiënten opgemaakt en werden er zowel psychisch als fysieke onderzoeken bij patiënten verricht.²⁷ Voor een lange periode gold deze klinische benadering als de standaard binnen de psychiatrie.

Vanaf de jaren zestig vond de kritiek op de psychiatrie steeds meer gehoor en die richtte zich met name op het medisch model. Ook eerder al bestond er kritiek, maar niet in zulke grote mate als in de jaren zestig. In 1961 kwamen er drie kritische boeken uit die van grote invloed

²⁴ Kees Trimbos, *Antipsychiatrie. Een overzicht* (Deventer 1975) 36.

²⁵ Ibidem. En de term medisch model werd overigens geïntroduceerd door Erving Goffman, die op dit model juist kritiek had, G. Blok, *Baas in eigen brein. ‘Antipsychiatrie’ in Nederland, 1965-1985* (Amsterdam 2004) 18. Meer over Erving Goffman is te lezen op pagina 11.

²⁶ Abma en Weijers, *Met gezag en deskundigheid*, 113.

²⁷ Blok, *Baas in eigen brein*, 20 en Trimbos, *Antipsychiatrie*, 14.

zijn geweest op de nieuwe richting van psychiatrische zorg, waarbij het klinische model steeds meer werd verlaten.²⁸

Een eerste toonaangevend werk in die periode, was het boek *Asylums. Essays on the social situation of mental patients and other inmates* geschreven door de Amerikaans socioloog Erving Goffman.²⁹ Goffman was van mening dat de patiënten in instellingen hun identiteit ontnomen werd, door hoe het er in de instellingen aan toe ging. Zodra een persoon werd opgenomen, kwam hij in een patiëntenrol en, als gevolg van ‘de uniformiteit en vernederingen van het bestaan in een psychiatrisch ziekenhuis’, verloor hij zijn identiteit.³⁰ Goffman achtte het kwalijk dat de opgenomen personen alleen gezien werden als patiënten. Deze instellingen droegen een te medisch karakter vond hij. Hij introduceerde in zijn boek dan ook de hiervoor genoemde term ‘medisch model’.³¹

De visie van Goffman sloot aan bij het werk van de Hongaars-Amerikaanse psychiater Tomas Szasz.³² In diens boek *The myth of mental illness* opperde Szasz de stelling dat de psychiatrie niet binnen de geneeskunde thuishoorde, omdat psychiatrische problemen geen ziekte in medische zin zouden zijn. Szasz zag de psychiatrie als ‘een sociaal beheersinstrument’ omdat het gedrag dat afweek van de norm bestempelde als gek.³³ Szasz onderschreef met zijn boek de these van filosoof Michel Foucault. Hij wilde aantonen dat de psychiatrische patiënt een lagere maatschappelijke status had dan een ‘normale’ burger. Dit was eveneens centrale argument in Foucaults werk.³⁴

Foucault deed onderzoek naar de situatie van psychiatrische patiënten in de zeventiende en achttiende eeuw. In zijn dissertatie, *Folie et déraison de la folie à l'âge classique*,

²⁸ Blok, *Baas in eigen brein*, 18.

²⁹ Ibidem, 19.

³⁰ Ibidem.

³¹ Ibidem.

³² Trimbos, *Antipsychiatrie*, 71.

³³ Blok, *Baas in eigen brein*, 18.

³⁴ Michel Foucault was een Franse filosoof. Michel Foucault, *Folie et déraison de la folie à l'âge classique* (Parijs 1961). In 1975 kwam de Nederlandse vertaling: *Geschiedenis van de waanzin in de zeventiende en achttiende eeuw* (Meppel 1975).

analyseerde en bekritiseerde hij de manier waarop naar de zogenoemde ‘gekken’ werd gekeken en hoe zij werden behandeld. Het werk betoogt dat het opsluiten van krankzinnigen een ‘derde repressievorm’ was, ‘na politie en justitie’ vanwege de opsluiting, de morele afkeuring, en het gebruiken van dwang.³⁵

Wat vooral als aanleiding gold voor deze werken, was het beeld dat de maatschappij van geesteszieken had. Om dit te verduidelijken, beschreef Foucault hoe dit beeld door de jaren heen was verschoven. Volgens Foucault waren de instituties en samenleving steeds meer gedragingen onder de term ‘gek’ gaan scharen. Eerst bestempelde de samenleving iemand als een ‘gek’, wanneer deze persoon last had van demonen of wanen. De geesteszieken kregen hierdoor een plek in de maatschappij die minder was dan degene die niet geestesziek waren; ze werden volgens Foucault gezien als de ‘zondebokken van de maatschappij’.³⁶ Maar halverwege de twintigste eeuw was het met de positie van de psychiatrisch patiënt niet heel veel beter gesteld. Waar vroeger de psychiatrische patiënt in een dolhuis werd geplaatst, werd halverwege de twintigste eeuw de psychiatrische patiënt ook uit de samenleving geplaatst, namelijk in een psychiatrische inrichting.

Wie ook kritiek had op de klinische psychiatrie was David Cooper, een Zuid-Afrikaans psychiater. In 1967 kwam de term ‘antipsychiatrie’ op. Hij had een psychiatrische afdeling tot een therapeutische gemeenschap gemaakt. Dit proces beschreef hij in zijn boek met de term ‘antipsychiatrie’. Cooper wilde geen hiërarchie binnen de therapeutische gemeenschap.³⁷ Doordat Cooper ook kritiek uitte op de klinische psychiatrie, werd de term antipsychiatrie breed gebruikt. Szasz, Goffman en Foucault werden, door bijvoorbeeld Kees Trimbos, tot de antipsychiatrie gerekend.³⁸

³⁵ Trimbos, *Antipsychiatrie*, 24.

³⁶ Blok, *Baas in eigen brein*, 20.

³⁷ Trimbos, *Antipsychiatrie*, 62.

³⁸ Blok, *Baas in eigen brein*, 11.

De door Cooper bedachte term antipsychiatrie was niet bij iedere psychiater geliefd. Sommigen van hen wilde er niet mee worden geassocieerd. Opmerkelijk genoeg distantieerde Szasz zich expliciet van de beweging. Hij rekende alleen Laing en Cooper tot de antipsychiatrie, hemzelf plaatste hij erbuiten. De term antipsychiatrie zou een verkeerd beeld kunnen geven, zo vond hij, want het is geen kritiek op de psychiatrie in haar algemeenheid, maar op bepaalde onderdelen zoals het medisch model. De term vond hij daarom misleidend.³⁹ Daarom spraken sommige andere onderzoekers liever over de kritische psychiatrie dan over de antipsychiatrie.⁴⁰ In mijn onderzoek wordt de term kritische psychiatrie gebruikt omdat ik van mening ben dat de term antipsychiatrie een verkeerd beeld kan geven.

Opgemerkt dient te worden dat de kritische psychiatrie niet een vastomlijnde, eensgezinde stroming was. Zij was breed en hybride. De kritische psychiatrie kan daarom beter gezien worden als een paraplueterm. Volgens Trimbos waren er binnen de kritische psychiatrie vier algemene, kenmerkende punten te noemen, die de verschillende afsplitsingen gemeenschappelijk hadden.⁴¹

Het eerste punt is de kritiek op het medisch model. Het liefst wilde de critici dit medisch model niet meer gebruiken. Het tweede gemeenschappelijk punt betrof de ‘verwerping van de psychiatrische inrichting als opbergstelsel en als onvrijwillige verblijfplaats.’⁴² Een derde aspect is het verzet tegen het gebruik van de psychiatrie als ‘sociaal controlemiddel’.⁴³ Het laatste gemeenschappelijk punt binnen de kritische psychiatrie was ‘de positieve waardering van de waanzin’.⁴⁴

Uit deze vier aspecten blijkt de centrale rol die de antipsychiatrie aan de patiënt toekent. Volgens de kritische psychiatrie, zouden de patiënten namelijk hun individuele vrijheid moeten

³⁹ Trimbos, *Antipsychiatrie*, 16-17.

⁴⁰ Blok, *Baas in eigen brein*, 11.

⁴¹ Trimbos, *Antipsychiatrie*, 53-66.

⁴² Blok, *Baas in eigen brein*, 11 en Trimbos, *Antipsychiatrie*, 53-66.

⁴³ Ibidem.

⁴⁴ Blok, *Baas in eigen brein*, 11.

behouden, medewerkers hadden meer van hun patiënten te tolereren, en er zouden minder strikte regels moeten gelden. Daarnaast werd binnen de kritische psychiatrie zelfontplooiing als zeer belangrijk beschouwd.⁴⁵ Patiënten moesten worden gezien als ‘gevoelige en hartstochtelijke mensen die de verschikkingen van het alledaagse leven niet konden verdragen’.⁴⁶

De kritische psychiatrie kreeg eind jaren zestig veel aandacht. Dat de stroming echter pas in de jaren zeventig in Nederland een grote invloed kreeg op de psychiatrische praktijk, geeft aan dat de kritische psychiatrie goed paste bij de cultureel-maatschappelijke veranderingen van die tijd. De ontzuiling vond plaats en er was in toenemende mate sprake van een laissez-faire houding. Bij deze ontwikkelingen werden vrijheid en individualisme als belangrijke waarden beschouwd. Het gezag werd kritisch tegemoet getreden en niet direct meer voor lief genomen.⁴⁷ De ontwikkelingen in de psychiatrie spiegelde deze maatschappelijke veranderingen. De medewerkers gingen anders naar de patiënt, en zijn behandeling, kijken. Er ontstond een lossere sfeer. De hiërarchische structuren binnen een psychiatrische instelling veranderden, zowel tussen medewerkers onderling als tussen de medewerkers en de patiënten.

Het is dus niet verwonderlijk dat er ook in Nederland al snel een alternatief voor het klassieke psychiatrische ziekenhuis ontstond, namelijk de therapeutische gemeenschap. De witte doktersjassen gingen uit, de patiënten lagen niet meer alleen in bed op een afdeling met gelijken. Bij een therapeutische gemeenschap draaide het niet om de stoornis, maar om de persoon.⁴⁸

Maxwell Jones, de vader van de therapeutische gemeenschap, had een vijftal eisen aan dit milieu, de therapeutische gemeenschap, verbonden. Ten eerste stelde hij vast dat het erg

⁴⁵ Blok, *Baas in eigen brein*, 26 en 133.

⁴⁶ Ibidem 11 en 26.

⁴⁷ Koos Duivesteijn-Ockeloen, *Op zoek naar de ‘totale mens’. Taak, verantwoordelijkheid en identiteit van de verpleegkunde in Nederland 1955-1988* (Rotterdam 2016), Abma en Weijers, *Met gezag en deskundigheid*, 173 en *Wie is van hout*, *Andere Tijden*, NTR (2’00”-2’13”) <https://anderetijden.nl/aflevering/101/Wie-is-van-hout>.

⁴⁸ *Wie is van hout*, *Andere Tijden*, NTR (5’42”-6’06”, 9’35”-9’42” en 9’51”-10’01”), <https://anderetijden.nl/aflevering/101/Wie-is-van-hout>.

belangrijk was dat op elk niveau met elkaar werd gecommuniceerd. Iedereen binnen de gemeenschap moest weten wat er speelde. Ten tweede schreef hij voor dat op verschillende niveaus besluiten moesten worden genomen. En ten derde vond hij dat het leiderschap niet volledig bij één persoon diende te liggen. De zeggenschap over de gemeenschap moest door alle leden worden gedeeld. Ten vierde meende hij dat besluiten alleen unaniem konden worden genomen. Mocht niet iedereen het met elkaar eens zijn, moest er verder gepraat worden om alsnog tot eenzelfde besluit te komen. Als vijfde punt stelde hij het ‘sociaal leren’ centraal, de interacties moesten worden gereflecteerd.⁴⁹

Samenvattend: de kritiek op de klassieke, klinische psychiatrie – met als belangrijkste symbool het medisch model – die onder invloed van intellectuelen en praktijkdeskundigen als Goffman, Szasz en Foucault in zwang raakte, en waaraan Cooper en Maxwell gehoor gaven door het ontwikkelen van alternatieve therapeutische instellingen en gemeenschappen, heeft ook grote invloed gehad op de psychiatrie binnen Nederland. Het medisch model voor een inrichting was niet meer zo voor de hand liggend. In de inrichtingen verdwenen de witte doktersjassen en er was meer vrijheid voor de patiënt. In wat volgt, wordt nagegaan hoe deze ontwikkeling in verhouding stond met de opleiding voor psychiatrisch verpleegkundigen en de beschikbare lesboeken.

1.1.2 Opleiding tot psychiatrisch verpleegkundige

Om psychiatrisch verpleegkundige te worden, moesten studenten in de jaren zestig een inservice-opleiding volgen. Dit hield in dat de verpleegkundigen in opleiding in dienst waren

⁴⁹ Clemens Janzing, Jan Kerstens, *Groepsgericht werken in een therapeutisch milieu* (Alphen aan den Rijn – Brussel 1981) 30 en I.E.I.M. van Eynde, ‘Wegen naar een “therapeutische leefgemeenschap” voor psychiatrische patiënten’, *TvP* 19 (1977) 10, 663-684.

bij een ziekenhuis of een andere instelling.⁵⁰ De verpleegkundigen in opleiding kregen les van artsen en hoofdverpleegsters. De inservice-opleiding was met name gericht op de praktijk.⁵¹

Er is en was een onderscheid tussen een algemene verpleegkundige en een psychiatrisch verpleegkundige. Tot en met 1997 was er een onderverdeling tussen een A-diploma en een B-diploma. De studenten die de opleiding A-verpleegkundige volgden, werden opgeleid om in een algemeen ziekenhuis aan de slag te kunnen gaan. Zij moesten veel kennis hebben over zowel de praktische als de technische handelingen die van een verpleegkundige werden verwacht. Daarnaast moesten zij de patiënt helpen bij wat hij nodig had zodat de patiënt een betere tijd in het ziekenhuis kreeg en dit zou ook helpen bij zijn herstel.⁵² Degene met een B-diploma konden werken in de psychiatrie. Deze twee diploma's konden worden gecombineerd.⁵³

Begin jaren zeventig kwam een verandering in de opleiding tot psychiatrisch verpleegkundige. Als gevolg van de nieuwe Mammoetwet schreef de examencommissie voor dat de inservice-opleiding anders moest.⁵⁴

Vanaf 1972 kon de opleiding tot psychiatrisch verpleegkundige op twee verschillende niveaus, mbo en hbo, worden gevolgd. Binnen beide opleidingen verpleegkunde kon een traject gevolgd worden tot psychiatrisch verpleegkundige. Op deze manier werden de verpleegkundigen breed opgeleid en konden zij zich binnen het verpleegkundig beroep specialiseren.⁵⁵

⁵⁰ Register beroepsbeoefenaren complementaire zorg en Tucht recht complementaire zorg, 'Informatieblad Verpleegkunde A, B of Z en de zorggids', <https://www.de-nfg.nl/images/Verpleegkunde%20en%20de%20zorggids.pdf> (13-11-2018).

⁵¹ Debby Blommaert, 'Verplegen leer je in de praktijk, maar waar is die gebleven in het onderwijs?', *Trouw* (versie 17 juni 2019), <https://www.trouw.nl/nieuws/verplegen-leer-je-in-de-praktijk-maar-waar-is-die-gebleven-in-het-onderwijs~b0f5d09c/> (17 januari 2021).

⁵² F. Kramer, *Psychiatrische verpleegkunde* (Lochem 1968) 45.

⁵³ Florence Nightingale Instituut, 'Canon', <https://www.fni.nl/canon> (29 januari 2019).

⁵⁴ Mammoetwet werd in 1968 ingevoerd. Deze wet veranderde het voortgezet onderwijs, Canon Verpleegkunde, '1972 hoger beroeps onderwijs in de verpleegkunde', <https://www.canonverpleegkunde.nl/canon/hoger-beroeps-onderwijs-1972/> (7 november 2018) en Centraal Bureau voor de Statistiek, '50 jaar Mammoetwet: bijna iedereen gaat nu naar school' (versie 5 oktober 2018), <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2018/40/50-jaar-mammoetwet-bijna-iedereen-gaat-nu-naar-school> (28 oktober 2020).

⁵⁵ Florence Nightingale Instituut, 'Canon', <https://www.fni.nl/canon> (29-01-2019).

Deze ontwikkeling paste binnen de ontwikkeling die de psychiatrie doormaakte. De psychiatrie kreeg meer oog voor de patiënt en dat vroeg om een ander opgeleide verpleegkundige. Van een verpleegkundige werd niet meer alleen verwacht dat hij de arts of psychiater ondersteunde en verzorgende taken kon uitvoeren. Hij moest namelijk ook leren om zelf verantwoordelijk om te gaan met de patiënt. Hij moest kennis opdoen om de patiënt te kunnen begeleiden op zijn weg naar herstel.

1.2 Lesboeken

In deze paragraaf worden de lesboeken besproken. Allereerst worden de vier bestudeerde lesboeken geïntroduceerd. Daarna wordt er ingegaan wat de lesboeken voorschrijven wat de houding van de psychiatrisch verpleegkundige ten opzichte van de patiënt moet zijn in een normale situatie en wat de basistaken zijn. Daarna zal worden besproken wat in de lesboeken staat over agressie en de omgang hiermee.

Voor de jaren zestig en zeventig zijn vier lesboeken onderzocht. Twee lesboeken komen uit de jaren zestig en twee uit de jaren zeventig. Aan het eind van de jaren zestig verscheen het lesboek *Psychiatrische verpleegkunde* van F. Kramer.⁵⁶ De auteur was van 1962 tot 1970 het hoofd van de opleiding verpleegkunde van het psychiatrisch ziekenhuis Groot Lankum in Franeker.⁵⁷ Het lesboek van Kramer werd in de zeventiger jaren gebruikt bij de verpleegkundige opleidingen.⁵⁸

Het tweede lesboek, uitgegeven in de reeks *In goede handen*, verscheen eveneens aan het einde van de jaren zestig en heeft als titel *Verpleegkundige lessen voor de opleiding tot het diploma-B*.⁵⁹ De auteurs zijn C.J.M. Nieland, L. van der Laan en P.F. Rooyackers. Nieland was

⁵⁶ Kramer, *Psychiatrische verpleegkunde*.

⁵⁷ F. Kramer, 'De geneeskundige behandeling en de verpleging van geesteszieken van de middeleeuwen tot heden', *Groniek*, 71 (1981) 29-36, <http://rjh.ub.rug.nl/groniek/issue/view/2401> (21 maart 2019).

⁵⁸ Aan de Stegge, *Gekkenwerk*, 702.

⁵⁹ Nieland, van der Laan en Rooyackers, *Verpleegkundige lessen voor de opleiding tot het diploma-B*.

verpleegster, Van der Laan was docent aan een Verpleegstersschool en Rooyackers was verpleegkundige en docent in een psychiatrisch ziekenhuis.⁶⁰

Het derde lesboek verscheen haverwege de jaren zeventig. Dit lesboek, getiteld *Psychiatrie*, maakte ook deel uit van de serie *In goede handen*. Dit deel is geschreven door M.H.Cohen Stuart, F.J. Tolsma, S.J.P. Dercksen en Prof. Dr. N. Speyer. Cohen Stuart en Tolsma waren beiden zenuwarts en geneesheer-directeur. Dercksen en Speyer waren beiden sociaal-psychiater.⁶¹ Ook in dit lesboek komt de toen geldende norm binnen de psychiatrie nog duidelijk naar voren, namelijk de klinische psychiatrie. Psychiatrie wordt in dit lesboek uitgelegd als de ‘geneeskunde van psychische ziekten’.⁶²

Het laatste bestudeerde lesboek betreft een lesboek van B. van der Laan, *Relaties: verpleegkundige begeleiding van de psychiatrische cliënt* uit 1977.⁶³ Hij was zelf verpleegkundige en als docent verbonden aan de H.B.O.V. te Nijmegen.⁶⁴

Hoewel er ook aandacht is voor nieuwe benaderingen, komt bij de lesboeken van Kramer en van Cohen Stuart het medisch model duidelijk naar voren. In de andere twee lesboeken, Nieland en Van der Laan, is dat minder het geval. De nadruk ligt daar met name op de omgang met de patiënt. In het lesboek van Nieland wordt benadrukt dat de patiënt een medemens is en dat dit ‘in de moderne psychiatrie’ zeer belangrijk is.⁶⁵

1.2.1 Verhouding psychiatrisch verpleegkundige en patiënt

De omgang tussen de psychiatrisch verpleegkundige en patiënt wordt in deze paragraaf besproken. De omgangsverhouding wordt aan de hand van de volgende aspecten onderzocht:

⁶⁰ Nieland, van der Laan en Rooyackers, *Verpleegkundige lessen voor de opleiding tot het diploma-B*, voorblad/titelblad.

⁶¹ Cohen Stuart e.a., *Psychiatrie. In goede handen*, voorblad.

⁶² Ibidem, 14.

⁶³ B. Van der Laan, *Relaties: Verpleegkundige begeleiding van de psychiatrische cliënt*.

⁶⁴ Lianne van der Meer, ‘Artikelen uit de oude doos - de auteurs blikken terug’, *Nursing* (versie 19 augustus 2015), <https://www.nursing.nl/blog/de-auteurs-blikken-terug-2659865w/> (21 maart 2019).

⁶⁵ Nieland, van der Laan en Rooyackers, *Verpleegkundige lessen voor de opleiding tot het diploma-B*, 9.

1) hiërarchie en structuur; 2) communicatie en interactie; 3) de basistaken van de psychiatrisch verpleegkundige.

Het eerste aspect, de hiërarchie, wordt in geen van de lesboeken letterlijk genoemd. Maar de beschrijvingen van het mensbeeld en wat belangrijk is in een relatie tussen patiënt en psychiatrisch verpleegkundige worden wel uitgewerkt. Deze beschrijvingen kunnen indirect wat zeggen over de hiërarchie tussen patiënt en psychiatrisch verpleegkundige. Gaat het bij de omgang met de patiënt vooral om de genezing van een ziek lichaam, of gaat het eerder om het individu te helpen bij de omgang met zijn stoornis? De manier waarop naar de patiënt wordt gekeken, bepaalt de status van de patiënt en daarmee ook de manier waarop er met hem wordt omgegaan.

In de twee lesboeken uit de jaren zestig staat dat de patiënt niet als een ziektegeval gezien moet worden maar gewoon als medemens.⁶⁶ Daarom moet de psychiatrisch verpleegkundige hem ook op die manier benaderen. Hij dient met hem mee te leven, hem te begrijpen en naastenliefde te tonen.⁶⁷ Naast de nadruk op medemenselijkheid, benoemt Kramer echter ook dat de relatie tussen patiënt en psychiatrisch verpleegkundige een bijzondere is.⁶⁸ De patiënt is, de één meer dan de ander, afhankelijk van de hulp en ondersteuning van de psychiatrisch verpleegkundige. Hierdoor bevindt de psychiatrisch verpleegkundige zich in een machtspositie. Dat is niet erg, zolang de psychiatrisch verpleegkundige altijd duidelijk maakt dat hij zijn macht niet zal misbruiken en deze alleen zal gebruiken om de patiënt te helpen wanneer het echt nodig is.⁶⁹

Daarnaast wordt in alle vier de lesboeken het woord vertrouwen genoemd. Vertrouwen is een belangrijk onderdeel van de houding van de psychiatrisch verpleegkundigen jegens de

⁶⁶ Kramer, *Psychiatrische verpleegkunde*, 11 en Nieland, van der Laan en Rooyackers, *Verpleegkundige lessen voor de opleiding tot het diploma-B*, 69.

⁶⁷ Ibidem.

⁶⁸ Kramer, *Psychiatrische verpleegkunde*, 19-20.

⁶⁹ Ibidem, 20.

patiënt. Het vertrouwen vormt de basis van de relatie tussen de psychiatrisch verpleegkundige en de patiënt.⁷⁰

Het lesboek van Van der Laan gaat het diepst in op de betekenis en functie van vertrouwen. Het lesboek vermeldt dat dit vertrouwen van vooropgesteld belang is voor het smeden van een goede relatie tussen de psychiatrisch verpleegkundige en de patiënt en licht dit toe vanuit de persoon en het perspectief van de verpleegkundige. Hij gaat in op wat voor een wijze het vertrouwen kan worden gewonnen, namelijk door als psychiatrisch verpleegkundige een ‘echt’ persoon te zijn.⁷¹ Door ‘echt’ te zijn, kan de mogelijke achterdochtigheid bij de patiënt weggenomen worden en kan de patiënt er gemakkelijker op vertrouwen dat de handelingen van de psychiatrisch verpleegkundige goed bedoeld zijn. Naast vertrouwen legt Van der Laan ook nadruk op het allereerste contact met de patiënt. Hierbij is belangrijk dat de psychiatrisch verpleegkundige authentiek is.⁷²

Een ander punt, dat eveneens consequentie heeft voor de relatie tussen patiënt en psychiatrisch verpleegkundige, betreft de betrokkenheid bij de patiënt. Ook de manier van betrokkenheid wordt bepaald door de manier waarop er naar de patiënt wordt gekeken. Het lesboek uit 1974 beschrijft dat de psychiatrisch verpleegkundige naast de patiënt moet staan. Oftewel de patiënt bijstaan en steunen tijdens zijn tijd in de instelling. Er wordt dus duidelijk uitgegaan van een solidaire verhouding; niet een verhouding die wordt gekenmerkt door een statusverschil of een door een hiërarchie gerechtvaardigd machtsoverwicht van de psychiatrisch verpleegkundige ten opzichte van de patiënt.

Cohen Stuart beschrijft dat het tegenovergestelde van een solidaire houding een objectieve houding is, waarbij de psychiatrisch verpleegkundige alleen oog heeft voor de symptomen van de opgenomen persoon en hem dus alleen als patiënt ziet, gestript van alle

⁷⁰ Kramer, *Psychiatrische verpleegkunde*, 11 en 20, Cohen Stuart e.a., *Psychiatrie*, 31 en 20, Nieland, van der Laan en Rooyackers, *Verpleegkundige lessen voor de opleiding tot het diploma-B*, 70.

⁷¹ Van der Laan, *Relaties*, 12.

⁷² Ibidem, 11-13.

andere persoonlijke eigenschappen. De houding en het gedrag van de patiënt worden door de psychiatisch verpleegkundige onderzocht. Er wordt gekeken naar de ziekte, niet naar het persoonlijke leven en de gevoelens van de patiënt. De psychiatisch verpleegkundige staat bij deze houding niet zozeer naast de patiënt, maar meer tegenover de patiënt. Een zekere mate van objectiviteit wordt door het lesboek aangeraden, maar een te objectieve houding wordt afgewezen.⁷³ Daarom moet er, volgens het lesboek, een tussenweg gevonden worden tussen deze twee houdingen. Het is opvallend dat dit lesboek tussen twee tendensen instaat. Dit lijkt in principe te passen bij de overgangsfase waarin de psychiatrie zich op dat moment bevond.

Het aspect van betrokkenheid bij de patiënt werd in de jaren zeventig uitgebreider uiteengezet dan in de bestudeerde lesboeken uit de jaren zestig. In de jaren zestig verschoof de aandacht in de psychiatrie van het medische aspect naar het meer oog hebben voor de patiënt en zijn omgeving. Deze verschuiving zorgde ook voor verandering van de lesstof. De psychiatisch verpleegkundige moest niet meer alleen kennis hebben van verzorgende- en verpleegtechnische taken. Hij moest namelijk eveneens kennis opdoen in het juist begeleiden van de patiënt. Het feit dat de kritische psychiatrie meer aandacht en invloed kreeg binnen de psychiatrie aan het eind van de jaren zestig, kan de toegenomen nadruk op betrokkenheid in de jaren zeventig, ten opzichte van de jaren zestig, wellicht verklaren.

Het tweede aspect dat hier wordt onderzocht is communicatie en interactie. Drie van de vier lesboeken beschrijven dat communicatie en interactie belangrijk is.⁷⁴ Deze lesboeken beklemtonen dat het gedrag van de patiënt anders is dan bij individuen zonder stoornis. De patiënt heeft immers bepaalde beperkingen. Het is aan de psychiatisch verpleegkundige om hier goed op te reageren. Dit betekent dat hij open moet zijn, begrip moet hebben voor de patiënt.⁷⁵ Daarnaast wijzen deze drie lesboeken erop dat het gedrag van de één onder andere

⁷³ Cohen Stuart e.a., *Verpleegkundige lessen diploma B*, 22-23.

⁷⁴ Kramer, *Psychiatrische verpleegkunde*, 37-39 en 51, Cohen Stuart e.a., *Psychiatrie*, 23-24 en Van der Laan, *Relaties*, 21, 28 en 155.

⁷⁵ Kramer, *Psychiatrische verpleegkunde*, 37-38, Cohen Stuart e.a., *Psychiatrie*, 25 en Van der Laan, *Relaties*, 176.

wordt beïnvloed door het gedrag van de ander. Dit bepaalt mede de sfeer op de afdeling, alsook de relatie tussen patiënt en psychiatisch verpleegkundige.⁷⁶ Het is opvallend dat de twee lesboeken uit de jaren zeventig hierbij wel opmerken dat de psychiatisch verpleegkundige erop moet letten dat hij niet te meelevend is of te afstandelijk is tegenover de patiënt.⁷⁷

Daarnaast gaan deze twee lesboeken uitgebreider in op de communicatie met de patiënt. Het lesboek van Cohen Stuart verdeelt de stoornissen van de patiënten in twee groepen, functionele en sociale stoornissen, en beschrijft hoe de psychiatisch verpleegkundige op elk moet reageren. Wanneer het gaat om een functionele stoornis moet de psychiatisch verpleegkundige afstandelijker zijn. Bij een sociale stoornis vraagt dit juist om medeleven van de psychiatisch verpleegkundige.⁷⁸ In dit lesboek wordt eveneens aangegeven dat het voor de psychiatisch verpleegkundige van belang is om les te krijgen in de wijze van omgaan met patiënten die een sociale stoornis hebben.⁷⁹

Van der Laan gaat nog uitgebreider in op de communicatie. Zoals aangetoond staat een goede verhouding tussen patiënt en psychiatisch verpleegkundige in dit lesboek centraal. Een goede communicatie hoort hier vanzelfsprekend ook bij en is niet los te zien van de eerdergenoemde aspecten.⁸⁰ Bij communicatie en interactie speelt luisteren een belangrijke rol. Van der Laan gaat hier het meest uitgebreid op in, maar ook in de lesboeken van Kramer en Nieland komt dit aan bod.⁸¹

Net zoals het eerdergenoemde aspect van betrokkenheid, wordt het aspect van communicatie en interactie in de lesboeken uit de jaren zeventiger uitgebreid behandeld. Ook hierbij is het niet verwonderlijk dat dit in de zeventiger jaren gebeurt. In de jaren zeventig had de kritische psychiatrie zich meer gevestigd binnen de psychiatrie. Daarnaast duurt het even

⁷⁶ Kramer, *Psychiatrische verpleegkunde*, 22, Cohen Stuart e.a., *Psychiatrie*, 22-23, van der Laan, *Relaties*, 28 en 155-161.

⁷⁷ Cohen Stuart e.a., *Psychiatrie*, 22-23 en Van der Laan, *Relaties*, 176.

⁷⁸ Cohen Stuart e.a., *Psychiatrie*, 28.

⁷⁹ *Ibidem*, 29.

⁸⁰ Van der Laan, *Relaties*, 11.

⁸¹ Nieland, van der Laan en Rooyackers, *Verpleegkundige lessen voor de opleiding tot het diploma-B*, 70 en Van der Laan, *Relaties*, 22.

voordat een verandering in ofwel het maatschappelijk debat of het intellectueel klimaat leidt tot aanpassingen van praktische aard, zoals in het onderwijs en het schrijven van lesboeken.

Tot slot, volgt nog een korte reflectie op het aspect van de basistaken. In twee van de vier lesboeken worden de taken genoemd en uitgelegd wat er onder wordt verstaan. De twee lesboeken uit de jaren zestig beschrijven een drietal taken. Wat onder deze taken wordt verstaan komt overeen met elkaar, namelijk de verzorgende taak, de medisch technische taak en de begeleidende taak.⁸² In één ander lesboek wordt kort genoemd wat er wordt verwacht van iemand om de patiënt te helpen, namelijk behandelen, begeleiden, verplegen en verzorgen.⁸³

Samenvattend kunnen we zeggen dat, wanneer we de lesboeken confronteren met de ontwikkelingen die aan het begin van dit hoofdstuk werden behandeld, het vooral opvallens is dat de invloed van de kritische psychiatrie beperkt lijkt. Er wordt ingegaan op de betrokkenheid van de patiënt en hem zien als mens. Echter, kritisch staan tegenover het medisch model, de functie van psychiatrische instellingen en de rol van de psychiatrisch verpleegkundige komen niet aan bod.

1.2.2 Omgang met agressie

In deze paragraaf wordt besproken wat de lesboeken voorschrijven wanneer er sprake is van agressie en/of geweld en hoe daarbij te handelen. Eerst wordt er ingegaan op wat er in de lesboeken staat over agressie. Hoe wordt het gedefinieerd? Daarna wordt de omgang met agressie besproken.

De twee lesboeken uit de jaren zestig gaan niet uitgebreid in op wat agressie is. Kramer beschrijft alleen dat er een verschil is tussen enerzijds onsociaal gedrag – zoals ‘agressiviteit, schreeuwen en dergelijke’ – dat komt doordat de patiënt wordt terechtgewezen of omdat hij

⁸² Kramer, *Psychiatrische verpleegkunde*, 40, 43, 46-52, Nieland, van der Laan, en Rooyackers, *Verpleegkundige lessen voor de opleiding tot het diploma-B*, 9-10.

⁸³ Cohen Stuart e.a., *Psychiatrie*, 21.

teleurgesteld is. Anderzijds bestaat er hetzelfde gedrag maar dan veroorzaakt door de geestesziekte.⁸⁴ Het andere lesboek uit de jaren zestig, dat van Nieland, geeft helemaal geen beschrijving.

Bij de twee lesboeken uit de jaren zeventig wordt agressie wel besproken. Echter geeft alleen het lesboek van Cohen Stuart een beschrijving. Daarbij wordt, voordat de beschrijving van agressie wordt gegeven, beschreven dat agressie bij de menselijke aard hoort, maar dat agressiviteit vaker bij mensen met een psychiatrische stoornis voorkomt.⁸⁵ Ondanks deze opmerking, wordt agressie in dit lesboek niet uitgebreid omschreven. De auteur stelt dat agressie een ‘vijandige benadering’ is en dat het gaat om gedragingen zoals ‘aangrijpen, aanpakken, beetpakken’.⁸⁶ Volgens dit lesboek zijn er twee vormen van agressie te onderscheiden. Er is primaire agressie en secundaire agressie. Bij de eerste vorm komt de agressie ‘vanuit een functionele stoornis’ en bij secundaire agressie gaat het om ‘een uiting van sterke innerlijke spanning’⁸⁷.

Het lesboek van Van der Laan geeft geen beschrijving van agressie. Wel verbindt Van der Laan de volgende elementen aan agressie: ‘destructieve kracht’ en ‘fysieke uitwerking’⁸⁸. Hij weidt hier verder niet over uit, behalve dat hij aangeeft dat er een misverstand bestaat over agressie. Het wordt, volgens het lesboek, vaak gezien als een schreeuw om aandacht, terwijl dit bij de psychiatrische patiënt niet altijd het geval is. Het lesboek benadrukt dat de psychiatrische patiënt soms geen andere mogelijkheid heeft om zich te uiten en daarom agressief reageert.⁸⁹ In het lesboek wordt aangehaald dat de psychiatrisch verpleegkundige snel geneigd is om bij een agressieve situatie in te grijpen. Van der Laan geeft aan dat dit een begrijpelijke reactie is, maar dat, wanneer de situatie zich daarvoor leent, de psychiatrisch verpleegkundige de patiënt

⁸⁴ Kramer, *Psychiatrische verpleegkunde*, 55.

⁸⁵ Cohen Stuart e.a., *Psychiatrie*, 115 en 160.

⁸⁶ Ibidem, verklarende woordenlijst en 160-161.

⁸⁷ Ibidem, 160-161.

⁸⁸ Van der Laan, *Relaties*, 16-17.

⁸⁹ Ibidem, 15.

kan confronteren met zijn gedrag en daarbij aangeven wat het agressieve gedrag met de hulpverlener doet. Wanneer dit op een juiste manier wordt gedaan, kan dit ertoe leiden dat de patiënt inziet dat zijn gedrag niet juist is en zal hij zich mogelijk aanpassen.⁹⁰ Deze handelwijze laat zien dat de verhouding tussen patiënt en psychiatrisch verpleegkundige er één is van meer gelijkwaardigheid. De patiënt wordt hier gezien als mens, met zijn eigen verantwoordelijkheden en keuzes.

De lesboeken besteden, de één uitgebreider dan de ander, aandacht aan agressie, al zij het beperkt. Wat echter bij drie van de vier lesboeken ontbreekt is de beschrijving van de concrete handeling die daarop moet volgen. Van der Laan geeft aan dat de psychiatrisch verpleegkundige kan ingrijpen en de patiënt kan confronteren. Meer wordt er niet over geschreven. Alleen het lesboek van Kramer zet de mogelijke handelingen uiteen. Hij beschrijft dat er in het geval van on sociaal gedrag goed opgelet moet worden, de gewenste manier van ingrijpen kan namelijk per situatie verschillen. Bij een situatie die uit de hand loopt, kan het gaan om één patiënt die agressief gedrag vertoont, maar hierbij kunnen ook meerdere patiënten betrokken zijn. Daarnaast moet ernaar gekeken worden hoe en waarop een patiënt reageert. Oftewel waardoor wordt dit on sociale gedrag uitgelokt? Het gedrag van de patiënt kan een reactie zijn op een terechtwijzing van een psychiatrisch verpleegkundige, maar het kan ook zijn dat de patiënt op deze manier handelt vanwege zijn geestesziekte.⁹¹ Hieronder zal eerst op het eerste scenario, zoals besproken in het boek, worden ingegaan; daarna op het tweede.

Wanneer de patiënt agressief handelt naar aanleiding van een terechtwijzing, moet de psychiatrisch verpleegkundige duidelijk maken dat zijn on sociale gedrag niet de manier is om op een terechtwijzing te reageren. Zijn gedrag is ontoelaatbaar en de patiënt is zelf verantwoordelijk voor zijn gedrag. De psychiatrisch verpleegkundige kan corrigerende maatregelen nemen. Kramer beschrijft er vier, namelijk dat de patiënt de schade zelf vergoed,

⁹⁰ Van der Laan, *Relaties*, 18-19.

⁹¹ Kramer, *Psychiatrische verpleegkunde*, 55.

het intrekken van zijn verlof of vrije wandeling, de patiënt naar een lagere groep plaatsen of de patiënt naar een andere afdeling plaatsen waar continu toezicht wordt gehouden.⁹²

Als het on sociaal gedrag zijn oorsprong heeft in de geestesziekte van de patiënt, moet de psychiatrisch verpleegkundige juist niet als eerste corrigerende maatregelen nemen. De psychiatrisch verpleegkundige moet eerst proberen de patiënt af te leiden, door bijvoorbeeld hem voor te stellen om samen buiten een wandeling te gaan maken. Hierdoor wordt zijn aandacht verlegd van iets dat hem kan triggeren tot het gebruiken van agressie en geweld naar een nieuwe situatie, waar hij die prikkels niet meer ervaart. Mocht het niet lukken om hem af te leiden, dan kan de psychiatrisch verpleegkundige het gedrag van de patiënt afkeuren en een corrigerende maatregel nemen. Een voorbeeld van een corrigerende maatregel is door hem naar zijn kamer te sturen.⁹³ Mochten de eerste twee maatregelen niet helpen, dan is er een laatste maatregel mogelijk, namelijk separeren of isoleren. Omdat een dwangmaatregel ingrijpend is, moet dit wel binnen de juiste grenzen, de ethische normen, gebeuren.⁹⁴ Daarnaast behandelt Kramer kort waarom het geoorloofd is voor de psychiatrisch verpleegkundige om bij dit on sociale gedrag in te grijpen. Hij geeft twee redenen, namelijk wanneer de patiënt ‘hinderlijk is voor zijn medepatiënten en aldus de goede stemming en de sfeer bederft’ en ‘omwille van de patiënt zelf’.⁹⁵

Kramer is ook de enige die in zijn lesboek ingaat wat separeren en isoleren is. Hij beschrijft in zijn lesboek dat bij het separeren de patiënt in een aparte kamer, naast de afdeling, wordt gezet. De deur tussen de separeerruimte en de afdeling kan niet op slot. Hierdoor is het voor de patiënt duidelijk dat hij niet alleen is en dicht bij de medepatiënten is. Het verschil met isoleren is dat de deur van de isoleerkamer wel op slot kan. De patiënt is daardoor helemaal afgezonderd van de rest van de afdeling. Kramer geeft aan dat isoleren ‘een

⁹² Kramer, *Psychiatrische verpleegkunde*, 56.

⁹³ Ibidem.

⁹⁴ Ibidem, 57.

⁹⁵ Ibidem.

vrijheidsbeperkende en daardoor ingrijpende maatregel' is.⁹⁶ Vervolgens bespreekt hij dat het belangrijk is om goed op te letten wanneer men besluit om te gaan isoleren of te separeren. Het kan, bij een niet juist getimed moment, bij de patiënt overkomen als een oneerlijke maatregel.⁹⁷

Naast het lesboek van Kramer, beschrijft het lesboek van Nieland een aantal stoornissen en het daarbij te verwachte gedrag. Hierbij wordt aangegeven dat de psychiatisch verpleegkundige extra goed moet opletten omdat het gedrag van de patiënt gevaarlijk kan zijn voor zichzelf of voor een ander. Dit is bijvoorbeeld aan de orde bij een schizofrene patiënt, een manisch-depressieve patiënt en een psychopathische patiënt. In het lesboek van Nieland staat beschreven dat een schizofrene patiënt onberekenbaar kan zijn. 'Hij kan plotseling agressief worden onder invloed van wanen en hallucinaties. De meest bizarre dingen zijn in zijn gedachtegang mogelijk.'⁹⁸ Ook Kramer beschrijft in zijn lesboek dat de schizofrene patiënt impulsief handelt en dat de psychiatisch verpleegkundige deze patiënt goed in de gaten moet houden vanwege suïcidegevaar.⁹⁹ Wat psychiatisch verpleegkundigen kunnen verwachten waar het gaat om het gedrag van psychopathische patiënten, beschrijft Kramer als volgt: 'zij hebben afwijkingen in drift-, gevoels- en wilsleven'¹⁰⁰. Het is daarom de taak van de verpleegkundige om de patiënten te helpen om 'hun abnormale reacties te laten beheersen'¹⁰¹.

Wat betreft dit onderwerp, agressie en geweld, is er geen tweedeling tussen enerzijds de lesboeken uit de jaren zestig en anderzijds de lesboeken uit de jaren zeventig. In alle vier de lesboeken staat dat de psychiatisch verpleegkundige te maken kan krijgen met een agressieve patiënt. De beschrijving van agressie is in alle vier de lesboeken beknopt. Verder is de omgang met agressie alleen duidelijk uiteengezet in het lesboek van Kramer uit 1968.

⁹⁶ Kramer, *Psychiatrische verpleegkunde*, 62.

⁹⁷ Ibidem, 62-63.

⁹⁸ Nieland, van der Laan en Rooyackers, *Verpleegkundige lessen voor de opleiding tot het diploma-B*, 102.

⁹⁹ Kramer, *Psychiatrische verpleegkunde*, 177.

¹⁰⁰ Ibidem.

¹⁰¹ Ibidem.

1.3 Observaties uit de historisch praktijk

In hoeverre werd wat er in de lesboeken stonden in de praktijk werkelijk toegepast? De beschikbaarheid van beschrijvingen over de omgang met de patiënten in normale dagelijkse situaties en de omgang met agressie en geweld maken het mogelijk om voor een aantal specifieke casus te kijken hoe de norm uit de lesboeken correspondeerde met de praktijk.

De kritische psychiatrie bleef niet een kritische stroming waarbij de discussie alleen gevoerd werd in boeken en tijdschriften. In Nederland ontstonden namelijk psychiatrische instellingen en afdelingen waar de kritische psychiatrie een uitgangspunt werd. In deze paragraaf wordt ingegaan op deze praktijk aan de hand van aspecten van de kritische psychiatrie op de afdeling Conolly van psychiatrisch ziekenhuis Brinkgreven in Deventer en de adolescentenafdeling Amstelland van Provinciaal Ziekenhuis Santpoort. Deze afdelingen laten een duidelijk beeld zien van de invloeden van de kritische psychiatrie.

Historica Gemma Blok geeft, in haar proefschrift *Baas in eigen brein*, aan dat de afdelingen Conolly en Amstelland vooruitstrevend waren. Deze afdelingen behoorden tot de trendsetters van die tijd.¹⁰² Toch kunnen deze afdelingen wel als een representatief voorbeeld van de toenmalige ideeën, vernieuwingen in de psychiatrie en de praktijk worden gezien.¹⁰³ In andere psychiatrische instellingen in Nederland klonk ook steeds vaker de roep om het anders te gaan doen dan het medisch model voorschreef, zij het in minder vergaande mate.

Voor het medisch model was geen plek op Conolly en Amstelland. De visie die werd gehanteerd op beide instellingen was dat, wanneer iemand gestoord raakte, dit niet zozeer kwam vanuit de patiënten zelf, maar eerder werd veroorzaakt door de maatschappij die ziek was.¹⁰⁴ Doordat deze visie centraal stond, leidde dit tot andere zorg voor de patiënten. Zo werden er

¹⁰² Blok, *Baas in eigen brein*, 18, 56, 134 en 143.

¹⁰³ Ibidem, 56, 127-128.

¹⁰⁴ *Wie is van hout?*, Andere Tijden, NTR (18'34"-19'08"), <https://anderetijden.nl/aflevering/101/Wie-is-van-hout>.

verschillende therapieën, gezins- en relatietherapieën en psychodrama, toegepast en het gebruik van medicijnen en het toepassen van dwang werd verminderd.¹⁰⁵

In de lesboeken kwam naar voren dat de psychiatrisch verpleegkundige de patiënten als medemens moesten zien. Dit was ook zichtbaar op de afdelingen Conolly en Amstelland. Bij Conolly geloofde men dan ook niet in hiërarchie en bij Amstelland vonden ze dat de bewoners niet onder controle gehouden mochten worden vanwege het feit dat de patiënten in een vrije inrichting zaten.

Daarnaast moesten de inrichtingen kleinschaliger. Op Amstelland wilde psychiater Van de Lande de patiënten niet allemaal in één en dezelfde groep plaatsen. De groepen moesten klein zijn, gericht op de patiënt als mens. De patiënten kregen, zowel op Amstelland als Conolly, veel meer vrijheid. Ze konden van de afdeling af en de patiënt kon zelf beslissen of hij bijvoorbeeld liever op zijn bed bleef liggen of mee zou doen met een bepaalde therapie. Het laatste aspect betreft de positieve waardering van de waanzin. Bij beide afdelingen wilde men de patiënt de ruimte geven om zijn wanen te beleven. Dat betekende concreet dat er niet direct werd ingegrepen als een patiënt iets deed.

De ideeën van de kritische psychiatrie waren duidelijk zichtbaar in de beleidsvoering van de afdelingen Conolly en Amstelland. Er werd lossier omgegaan met de vaste regels en gebruiken die er tot dan toe altijd waren in de psychiatrie.¹⁰⁶ Bij Amstelland waren de bewoners vrij om van het terrein af te gaan. Bij beide afdelingen was er een stuk minder structuur dan voorheen. Er werden wel verschillende soorten therapieën gegeven, maar de bewoners mochten zelf bepalen of ze bij bepaalde therapieën meededen. Ditzelfde gold ook voor de bewoners van Conolly. Een vast dag patroon waar de patiënten aan mee moesten doen, zag men op Conolly als een ‘vlucht van emoties die juist blootgelegd moesten worden’.¹⁰⁷

¹⁰⁵ Blok, *Baas in eigen brein*, 139-140, 149, *Wie is van hout?*, *Andere Tijden*, NTR (10'17"-10'45" en 20'30"-20'39"), <https://anderetijden.nl/aflevering/101/Wie-is-van-hout>.

¹⁰⁶ Blok, *Baas in eigen brein*, 132.

¹⁰⁷ *Ibidem*, 70.

Degene die kritiek hadden op de klinische psychiatrie wilde meer democratie en gelijkheid tussen de medewerkers en begeleiders onderling maar ook tussen de begeleiders en patiënten.¹⁰⁸ De doktersjassen gingen bij Amstelland uit en de verpleegkundigen werden begeleiders genoemd.¹⁰⁹ Verder moesten de verpleegkundigen de patiënten zien als mensen en niet als patiënten, met dezelfde problemen die ook begeleiders kunnen hebben. Op Amstelland werden de patiënten niet gezien als iemand met een ziekte, maar als een moeilijke jongere.¹¹⁰ De rapporten werden ook voortaan besproken met alle bewoners en medewerkers.¹¹¹ Dit is een vorm van gelijkheid, maar ook van openheid, omdat de bewoners zicht kregen, en eigen inbreng hadden, op hun behandeling. Verder ontstonden er patiëntenraden.¹¹²

Op Conolly was sprake van het sociale model. Het gebruik van psychofarmaca zou niet goed zijn voor de patiënt. Door het toedienen van die psychofarmaca zouden de patiënten gedrogeerd worden en versuft raken. Daarom werd het toedienen van psychofarmaca verminderd en draaide het om de vraag waar de patiënt tegen aanliep in de samenleving.¹¹³

Door het sociaal model centraal te stellen, de patiënt als mens te zien, keuzevrijheid, gelijkheid tussen patiënten en medewerkers en de emotionele openheid te bevorderen, werd de zelfverantwoordelijkheid van de patiënt aangespoord. Dit had ook invloed op het tolereren van bepaald gedrag, waaronder agressiviteit, van de patiënt. Een voorbeeld hiervan is hoe een patiënt op Amstelland op een goed moment allerlei raampjes ging intikken. De verpleger wilde ingrijpen, maar werd tegengehouden door de assistent-psychiater omdat de patiënt iets belangrijks aan het beleven was. Dit gedrag van de assistent-psychiater correspondeert goed met een ander punt van de kritische psychiatrie, namelijk de positieve waardering van de waanzin. De verpleegkundigen moesten de ruimte geven aan dit soort ‘agressief’ gedrag.

¹⁰⁸ Blok, *Baas in eigen brein*, 132.

¹⁰⁹ *Wie is van hout?*, Andere Tijden, NTR (6'02"-6'05" en 11'40"-11'43"), <https://anderetijden.nl/aflevering/101/Wie-is-van-hout> en Blok, *Baas in eigen brein*, 143.

¹¹⁰ *Wie is van hout?*, Andere Tijden, NTR (9'51"-9'57"), <https://anderetijden.nl/aflevering/101/Wie-is-van-hout>.

¹¹¹ *Ibidem*, (11'55"-12'53") en Blok, *Baas in eigen brein*, 67-68.

¹¹² Blok, *Baas in eigen brein*, 143.

¹¹³ *Ibidem*, 76 en 148.

Een ander voorval op Conolly dient eveneens goed als voorbeeld. Daar kregen de bestaande separeer- en isoleercellen een andere functie, zoals die van een ziekenkamer, een kantoor en een ruimte waar een patiënt kon zitten wanneer hij alleen wilde zijn.¹¹⁴ Op Conolly wilden men zo weinig mogelijk gebruik maken van dwang. Wanneer een agressieve patiënt niet te kalmeren was, werd de patiënt in een Zweedse gordel vastgemaakt, dit ter bescherming van zichzelf.¹¹⁵

Door deze veranderingen, veranderde ook de relatie tussen de patiënt en de psychiatrisch verpleegkundige. Zoals eerder is benoemd, was het belangrijk op beide afdelingen dat de patiënten en medewerkers elkaar als gelijke zagen. Hierdoor werd ook de zelfverantwoordelijkheid van de patiënt gestimuleerd. Hij werd niet meer als een ziek persoon gezien, maar als iemand die vast was gelopen en die, bij terugkeer naar de maatschappij, zo nu en dan geholpen moest worden. De patiënt werd bijvoorbeeld in staat geacht om zelf de afdeling schoon te kunnen maken. Dit werd niet meer als taak van de psychiatrisch verpleegkundige gezien. De taak van de psychiatrisch verpleegkundige veranderde en op Amstelland bestond deze taak uit ‘jongeren bezighouden, erbij zijn, meedoen. Dat waren eigenlijk de algemene opdrachten.’¹¹⁶ De psychiatrisch verpleegkundigen waren op de afdelingen dan ook niet meer oppassers maar eerder medebehandelaars van de patiënten.

1.4 Conclusie

In de jaren zeventig begonnen de kritische geluiden op de klassieke psychiatrie de overhand te krijgen. Deze kritische stroming wordt wel met de term ‘antipsychiatrie’ aangeduid. De kritische psychiatrie stelde met name het medisch model ter discussie. Bij de kritische

¹¹⁴ Blok, *Baas in eigen brein*, 78.

¹¹⁵ Een Zweedse gordel is ‘een gordel van sterk zeildoek die iemand om zijn middel krijgt en die afgesloten wordt met een slotje. Aan twee kanten van het bed zitten lussen [...] waar de gordel doorheen loopt en zo zat de bewoner dan aan zijn bed vast’ uit: Blok, *Baas in eigen brein*, 78.

¹¹⁶ *Wie is van hout?*, Andere Tijden, NTR, (9’23”-9’33”), <https://anderetijden.nl/aflevering/101/Wie-is-van-hout>.

psychiatrie werd de patiënt meer als mens beschouwd en werd de patiënt als een volwaardig lid van de samenleving beschouwd.

Deze ontwikkelingen zijn slechts ten dele terug te zien in de manier waarop er in deze periode werd ingegaan op agressie in de lesboeken; ten dele lijken de nieuwste trend en inzichten nog niet in het lesmateriaal te zijn geassimileerd. De eerste observatie daarbij is dat er betrekkelijk weinig wordt gezegd over agressie. In twee van de vier lesboeken werd er een beknopte beschrijving gegeven. Wat betreft het optreden bij agressieve situaties is de informatie hierover summier. Alleen Kramer zette in zijn lesboek uiteen op wat voor wijze de psychiatrisch verpleegkundige kon ingrijpen. Het is opvallend dat er zo weinig is geschreven over agressie, aangezien één lesboek beschrijft dat agressie vaker voorkomt bij psychiatrische patiënten.

Wanneer we in de lesboeken kijken naar de manier waarop zij schrijven over de relatie tussen de patiënt en de psychiatrisch verpleegkundige, zitten de lesboeken redelijk met elkaar op één lijn. In de lesboeken wordt meermaals beschreven dat de patiënt als medemens gezien moet worden. Dat het in de relatie tussen patiënt en psychiatrisch verpleegkundige moet draaien om vertrouwen.

Wel zijn er een aantal verschillen tussen de lesboeken te zien. Zo gaan drie van de vier lesboeken juist in op het medische aspect. De ziekte van de patiënt en de bijbehorende symptomen werden besproken en daardoor wist de verpleegkundige in opleiding wat hem te wachten kon staan. Een ander verschil is dat de lesboeken uit de jaren zeventig de omgangsverhouding en de basistaken van de psychiatrisch verpleegkundigen uitgebreider beschreven dan in de jaren zestig.

Op het gebied van de omgangsverhouding werden de psychiatrisch verpleegkundigen voldoende voorbereid op hun werk in de praktijk. Echter, wanneer het gaat om wat agressie inhoudt en hoe daarmee om te gaan, waren de psychiatrisch verpleegkundige onvoldoende voorbereid.

Hoewel dit buiten het eigenlijke antwoord op de deelvraag valt, is het tot slot opmerkelijk dat er ten aanzien van twee punten een verschil of vertraging zichtbaar is tussen de lesboeken en de praktijk. Het eerste punt dat opvalt is de dagelijkse structuur in de inrichting. De lesboeken behandelden de dagelijkse routine en gaan in op de bedverpleging, het ochtendritueel, arbeidstherapie en medicijngebruik, terwijl in de praktijk de vaste structuur juist werd losgelaten. Het tweede verschil betreft de houding van de psychiatisch verpleegkundige tegenover de patiënt. In de lesboeken werd aandacht besteed aan het vertrouwen en het tonen van betrokkenheid. In de praktijk kwam dit ook naar voren. Echter, uit de praktijk komt het beeld naar voren dat de houding van de psychiatisch verpleegkundige minder strikt verbonden is aan regels, dan dat uit de lesboeken naar voren komt. Het derde punt dat opvallend is, is dat in slechts één lesboek het separeren uitgebreid werd uitgelegd. In de overige lesboeken wordt hierover niets gezegd. In de praktijk valt echter op dat in de instellingen de separeerkamers tot een andere ruimte werden bestempeld.

De praktijk was verder dan de meeste lesboeken, hoewel de lesboeken bepaalde aspecten van de kritische psychiatrie, zoals andere therapieën en de patiënt als medemens zien, benoemden in hun boek. In de praktijk werd lossier omgegaan met de hiërarchie, de structuur, de dagindeling en de patiënten. Dat de praktijk voorliep op de theorie kan worden verklaard door een maatschappelijk debat over de kritische psychiatrie dat zich in snel tempo ontwikkelde. Er was een ontwikkeling gaande en het duurde even voordat de nieuwste stand van kennis werd opgeschreven en werd onderwezen. Ondertussen gingen de ontwikkelingen echter door.

Hoofdstuk 2

In dit hoofdstuk staan de jaren tachtig van de vorige eeuw centraal. De opbouw volgt dan van het eerste hoofdstuk. Eerst zullen de ontwikkelingen binnen de psychiatrie en de opleiding tot psychiatrisch verpleegkundige worden besproken. Vervolgens worden de lesboeken onderzocht waarbij wordt gekeken naar de omgangsverhouding, basistaken, beschrijving van agressie en de omgang met agressie. Na de bestudering van de lesboeken wordt er, voor zover mogelijk, naar de praktijk gekeken. In hoeverre had de norm uit de lesboeken een praktisch effect? Net als in het vorige hoofdstuk, wordt een antwoord geformuleerd op de vraag naar de manier waarop in de lesboeken de omgang met de patiënt, agressie en crisissituaties worden behandeld.

2.1 Beschrijving van de psychiatrie in Nederland

2.1.1 Ontwikkelingen binnen de psychiatrie

Binnen de psychiatrie deden zich in dit decennium vier belangrijke ontwikkelingen voor. De eerste ontwikkeling betrof de deinstitutionalisering van de psychiatrie. De tweede ontwikkeling hield in dat de aandacht voor de biologische psychiatrie toenam, waardoor er meer ruimte kwam voor de derde ontwikkeling: het gebruik van medicijnen. De vierde ontwikkeling betrof het toenemend belang van patiëntenrechten.

Een eerste observatie is dat de kritische psychiatrie in de jaren tachtig verschilde met die van de jaren zestig en zeventig. Waar de kritiek eerst werd gericht op het medisch model in de klinische psychiatrie, verschoof de kritiek in de jaren tachtig naar de legitimiteit van de psychiatrische ziekenhuizen. Critici waren van mening dat de grootschalige psychiatrische instellingen moesten worden gesloten. Er waren in de jaren zeventig meer organisaties ontstaan

die hierop kritiek hadden.¹¹⁷ Deze groepen werden wel als de tegenbeweging aangeduid. Deze nieuwe trend vond zijn oorsprong in de jaren zeventig in Italië en sijpelde door naar Nederland.

Al aan het begin van de jaren zeventig begon de Italiaanse psychiater Franco Basaglia met het afbreken van een psychiatrische instelling. Aan het eind van de jaren zeventig kwam er in Italië een wet tot stand waarin stond dat sommige aspecten van psychiatrische zorgverlening alleen aangeboden konden worden als de patiënt hiervoor openstond. Het moest van de patiënt zelf komen, en hem niet dwingend opgelegd worden. Daarnaast werd in deze wet bepaald dat er zowel een stop kwam op opnames in psychiatrische ziekenhuizen als op het bouwen van nieuwe psychiatrische ziekenhuizen.¹¹⁸

Dat het gedachtegoed van de Italiaanse democratische psychiatrie daadwerkelijk invloed kreeg in Nederland kwam onder meer doordat leden van de psychiatrische tegenbeweging, een aantal andragogen van de Universiteit van Amsterdam en journalist Geert Mak naar Italië waren gegaan.¹¹⁹ In Nederlandse tijdschriften verschenen verschillende publicaties over de Italiaanse democratische psychiatrie en in Amsterdam werd er een congres over dit onderwerp gehouden.

Tot dan toe speelde de Nederlandse overheid geen grote rol bij het uitrollen van dit gedachtegoed. In plaats van het afbreken van instellingen, maakten de overheid juist plannen voor de bouw van nieuwe psychiatrische inrichtingen.¹²⁰ Onder professionals vond het gedachtegoed, het afbreken van instellingen, wel weerklank. Hoogleraren sociale psychiatrie Kees Trimbos en Marius Romme waren van mening dat er geen nieuwe psychiatrische instellingen gebouwd moesten worden. Samen met E.G.T. van der Poel en J. Van der Wilk, respectievelijk sociaal-geneeskundige en voorzitter van de Cliëntenbond en tevens directeur

¹¹⁷ Blok, *Baas in eigen brein*, 171.

¹¹⁸ *Ibidem*, 193.

¹¹⁹ *Ibidem*.

¹²⁰ Wammes Bos, 'In een inrichting genees je niet', NRC (versie 13 februari 1999), <https://www.nrc.nl/nieuws/1999/02/13/in-een-inrichting-genees-je-niet-7435123-a1236013> (28 oktober 2019).

van Stichting Pandora, vormden zij de Moratoriumgroep.¹²¹ Zij stuurden een *Adres* naar de minister van Volksgezondheid en Milieuhygiëne en de Tweede Kamer, waarin zij verzochten om de bevrozing (moratorium) van de nieuwbouw van algemeen psychiatrische ziekenhuizen.¹²² Deze actie kreeg veel aandacht in de media en bijval in Den Haag.

Amsterdam liep in de ontwikkelingen voorop. Hier werd het nieuwe denken het eerst in de praktijk toegepast en werd met een alternatief voor het psychiatrisch ziekenhuis geëxperimenteerd.¹²³ Amsterdam werd ingedeeld in verschillende regio's. Elke regio kreeg een eigen sociaal-psychiatrisch dienstencentrum (hierna SPDC). De SPDC's waren kleinschalige instellingen. Hier was slechts plaats voor twintig tot veertig bedden. De eerste 24 uur konden patiënten hier blijven, daarna behoorde de zorg ambulante te worden verleend. Andere mogelijke vormen van ambulante zorgverlening waren dagopvang of begeleid wonen.¹²⁴ In 1987 werd daadwerkelijk begonnen aan de afbouw van het grootschalig Provinciaal Ziekenhuis Santpoort, waar tot dan toe Amsterdamse patiënten verbleven. Het moratorium en onder andere de Amsterdamse plannen markeerden rond 1985 een kantelpunt in Nederland.

Behalve dat er meer aandacht kwam voor deinstitutionalisering, kwam er ook meer aandacht voor de biologische psychiatrie. De biologische psychiatrie wil de 'neurobiologische grootheden correleren met gedragsvariabelen'.¹²⁵ Onder biologische psychiatrie valt 'geïntegreerd onderzoek naar conditionele relaties tussen (gestoorde) hersenfuncties en

¹²¹ Petra Hunsche, '1982 Moratorium: stop nieuwbouw psychiatrie. Het Amsterdams Model: naar een psychiatrie zonder inrichting' (versie 13 maart 2018), https://www.canonsociaalwerk.eu/nl_cbg/details.php?cps=12&canon_id=507 (24 november 2020).

¹²² M.A.J. Romme e.a., 'Adres van de initiatiefgroep 'Moratorium bouw psychiatrische ziekenhuizen'', https://www.canonsociaalwerk.eu/1982_Moratorium-psychiatrie/Adres%20van%20de%20initiatiefgroep%20Moratorium%20bouw%20psychiatrischen%20ziekenhuizen.pdf (25 november 2020).

¹²³ Doortje Kal, 'Wonen doe je niet in een psychiatrisch ziekenhuis', *De Waarheid*, 20 mei 1985, https://www.canonsociaalwerk.eu/1982_Moratorium-psychiatrie/Doortje%20Kal-De%20Waarheid-1985.pdf (25 november 2020).

¹²⁴ Blok, *Baas in eigen brein*, 196.

¹²⁵ H.M. Van Praag, 'De plaats van de biologische psychiatrie binnen de psychiatrische wetenschappen', *Ntvg* 114 (1970) 20, 834-838, aldaar 834, <https://www.ntvg.nl/system/files/publications/1970108340001a.pdf> (2 juli 2019).

(gestoord) gedrag'.¹²⁶ Door middel van lichamelijk onderzoek, bijvoorbeeld van de hersenen, het zenuwstelsel en de hormoonhuishouding, proberen de aanhangers van de biologische psychiatrie erachter te komen wat de biologische factoren zijn die een bepaald ziektebeeld kunnen verklaren. Kent men de biologische oorzaak, dan kunnen er doelgericht medicijnen worden voorgeschreven om de stoornis te behandelen. Deze benaderingswijze stond natuurlijk in contrast met de kritische psychiatrie, waar men vooral de oorzaak zag liggen in de sociale context.

Biologisch psychiater Herman van Praag heeft een andere overtuiging dan de kritische psychiatrie.¹²⁷ Volgens Van Praag is de psychiatrie gebaseerd op drie modellen, namelijk het 'psychologisch/psychodynamische model, het sociaal/sociologische model en het medisch/neurobiologisch model'.¹²⁸ Deze drie modellen zijn volgens van Praag gelijkwaardig aan elkaar. Volgens hem moet een behandeling niet alleen bestaan uit of alleen psychotherapie of alleen het toedienen van medicijnen. Ze vullen elkaar juist aan.

In de jaren zeventig, tijdens de bloei van de kritische psychiatrie, botsten deze twee benaderingen nog met elkaar. Echter, zoals de houding van Van Praag laat zien, kwam in de jaren tachtig hierin verandering. Er ontstond een zekere terughoudendheid ten opzichte van het sociaal model omdat verschillende groepen patiënten niet binnen dit sociale model pasten, zoals de chronische patiënten en de patiënten met zwaardere problemen en stoornissen.¹²⁹ Er ontstond hernieuwde belangstelling voor en minder scepsis ten aanzien van het biologisch model.

Gelijktijdig met de opkomst van de biologische psychiatrie in de jaren tachtig, nam ook de mate van het medicijngebruik toe en dit kan worden gezien als de derde belangrijke

¹²⁶ Van Praag, 'De plaats van de biologische psychiatrie binnen de psychiatrische wetenschappen', aldaar 834 en Coen Verbraak, 'Een mens is meer dan zijn brein', *NRC* (versie 25 januari 2015), <https://www.nrc.nl/nieuws/2015/01/24/een-mens-is-meer-dan-zijn-brein-1459501-a1022655> (2 juli 2019).

¹²⁷ Herman van Praag is een 'biologisch georiënteerde psychiater'. Hij had kritiek op de antipsychiatrie. Vanuit de kritische psychiatrie kwam dan ook veel protest tegen Van Praag. Veel mensen die zich bij de psychiatrische tegenbeweging schaardden, hadden emotionele argumenten, terwijl Van Praag juist redeneerden vanuit wetenschappelijke en rationele argumenten. Van Praag was onder meer hoogleraar geweest aan de universiteiten van Groningen en Utrecht, uit: Blok, *Baas in eigen brein*, 182 en Oosterhuis en Gijswijt-Hofstra, *Verward van geest en ander ongerief*, 764.

¹²⁸ Van Praag, 'De plaats van de biologische psychiatrie binnen de psychiatrische wetenschappen', aldaar 834.

¹²⁹ Blok, *Baas in eigen brein*, 185.

ontwikkeling in de jaren tachtig. Vanaf de jaren vijftig van de vorige eeuw had de ontwikkeling van het medicijngebruik in de psychiatrie grote stappen gemaakt. Maar door de opkomst van de kritische psychiatrie in de jaren zeventig werd de ontwikkeling van medicijnen, als ook het gebruik ervan, minder belangrijk. Een ommekeer kwam rond de jaren tachtig toen er meer aandacht kwam voor de zogeheten anti-antipsychiatrie.

Al in 1975 schreef psychiater P.J. Stolk een boek dat kritiek had op de kritische psychiatrie.¹³⁰ Stolk stond positief tegenover het gebruik van medicijnen omdat hierdoor de patiënt minder last had van zijn stoornis, de ziekte. Hij erkende dat psychofarmaca bijwerkingen konden hebben, maar het gebruik van medicijnen was zeer belangrijk voor het behandelen van een patiënt met bijvoorbeeld schizofrenie. Volgens Stolk hielpen de psychofarmaca meer dan het toepassen van psychotherapie. Hij was dan ook een voorstander van zowel therapie en het gebruik van medicijnen.¹³¹

Niet alleen Stolk en andere psychiaters waren van mening dat patiënten ook medicijnen moesten krijgen. In 1979 en 1983 verscheen een artikel en een boek van twee moeders die zich beklagden over de manier waarop hun kinderen, die in een psychiatrische instelling zaten waar het sociaal model centraal stond, waren behandeld.¹³² Hun kinderen waren niet gebaat bij het sociale model en kregen daardoor niet de juiste hulp. Praten was belangrijk maar, vonden zij, er moest meer ruimte komen voor medicijnen.¹³³ In 1984 werd in Nederland Ypsilon opgericht. Dit was een vereniging die zich richtte op de gezinsleden van iemand met een psychiatrische stoornis.¹³⁴ Ypsilon stond op het standpunt dat de ouders niet degene waren waardoor hun kind ziek werd. De leden van deze vereniging en Stolk hadden dan ook contact met elkaar. Zij waren

¹³⁰ Blok, *Baas in eigen brein*, 176.

¹³¹ Ibidem, 177.

¹³² Willy Brill, 'Mijn dochter en de psychiatrie', *MGv* 34 (november 1979), 738-744 en Sera Anstadt, *Al mijn vrienden zijn gek. De dagen van een schizofrene jongen* (1983) en Blok, *Baas in eigen brein*, 185-186.

¹³³ Oosterhuis en Gijswijf-Hofstra, *Verward van geest en ander ongerief*, 927-928.

¹³⁴ Blok, *Baas in eigen brein*, 188.

van mening dat de behandeling van de patiënt niet alleen gericht moest zijn op therapie en familiegesprekken, maar ook op het ziektebeeld en de behandeling ervan door medicijnen.

De vierde ontwikkeling betrof het toenemende belang van patiëntenrechten. Zo werden in 1980 de Landelijke Patiëntenraden opgericht.¹³⁵ Daarnaast verscheen het Manifest Patiëntenrecht, bestaande uit 65 stellingen ten aanzien van de rechten van de patiënten.¹³⁶ Deze hielden onder meer in dat een patiënt een behandelcontract moest hebben en dat de patiënt een behandeling mocht weigeren. Het Manifest stelde tevens vast dat het medisch model in de psychiatrische instellingen naar de achtergrond moest ten gunste van het sociale model.¹³⁷ En in 1981 werd de Stichting Patiëntenvertrouwenspersonen in de Geestelijke Gezondheidszorg opgericht.¹³⁸ De patiënt kon bij de patiëntvertrouwenspersoon (hierna: PVP) informatie krijgen over zijn rechten. Het was de taak van de PVP om de patiënt bij te staan en hem te wijzen op zijn rechten in de instelling.

2.1.2 Opleiding tot psychiatrisch verpleegkundige

De opleiding verpleegkunde was in de jaren tachtig hetzelfde georganiseerd als in de jaren zestig en zeventig. Dat betekende dat er in de jaren tachtig nog steeds sprake was van het A- en B-diploma.

De opleiding tot psychiatrisch verpleegkundige was evengoed vergelijkbaar met die van de jaren zestig en zeventig. In de jaren tachtig bestond nog steeds de inservice-opleiding en was de mogelijkheid om op twee verschillende niveaus, MBO en HBO, verpleegkunde te studeren. In 1983 kwam het rapport van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid uit met als titel *De*

¹³⁵ Petra Hunsche, '1980 Oprichting Landelijke patiënten Raden. Georganiseerde medezeggenschap van cliënten' (versie 21 juni 2016), https://www.canonsociaalwerk.eu/nl_cbg/details.php?cps=10&canon_id=494 (5 december 2020).

¹³⁶ Petra Hunsche, *De strijdbare patiënt. Van gekkenbeweging tot cliënte bewustzijn. Portretten 1970-2000* (Haarlem 2008) 60-61.

¹³⁷ Petra Hunsche, *De strijdbare patiënt*, 60-61.

¹³⁸ Stichting PVP, 'Historie', <https://www.pvp.nl/WVGGZ/Over-de-Stichting-PVP/Waar-staan-we-voor/Historie> (5 december 2020).

*Verpleegkundige belast met specifieke taken in de geestelijke gezondheidszorg met name in de psychiatrische hulpverlening.*¹³⁹ Hierin werd kort benoemd dat de geestelijke gezondheidszorg aan verandering onderhevig was.

2.2 Lesboeken

Voor de jaren tachtig zijn er drie lesboeken onderzocht. Twee komen uit het begin van de jaren tachtig, 1980 en 1981, en één komt uit 1987.

Het eerste lesboek komt uit 1980. Dit lesboek, *Psychiatrie*, maakt deel uit van de *In goede handen serie* en is geschreven door verschillende auteurs. Degene die hierover de coördinatie had was E. Verschoor. Verschoor was chef de clinique in een academisch ziekenhuis. De andere vier auteurs waren M.H. Cohen Stuart, geneesheer-directeur, W. Frankenberg, psychiater, D.I. Hilgenga-Liem, docente B-opleiding en F.H.L. Westerveld-Post, hoofd B-opleiding bij het academisch ziekenhuis in Utrecht.¹⁴⁰

Het tweede lesboek, uit 1981, is geschreven door Clemens Janzing en Jan Kerstens en draagt de titel *Groepsgericht werken in een therapeutisch milieu*.¹⁴¹ Janzing was onder andere werkzaam als psycholoog.¹⁴² Kerstens was opgeleid tot verpleegkundige en hoofd opleiding binnen de GGZ.¹⁴³

Het laatste onderzochte boek heeft als titel *Omgaan met agressie. Geweldloosheid als antwoord op een psychiatrisch probleem* en kwam in 1987 uit.¹⁴⁴ De auteur van dit boek is andragoog Geuk Schuur. In dit boek staat geweldloosheid centraal. Geuk Schuur wil de psychiatrisch verpleegkundige meegeven hoe hij op een geweldloze manier met agressiviteit

¹³⁹ Nationale Raad voor de Volksgezondheid, *Rapport in het kader van de specialisaties in de verpleegkunde betreffende 'De verpleegkundige belast met specifieke taken in de geestelijke gezondheidszorg met name in de psychiatrische hulpverlening'* (Rijswijk 1983) 29.

¹⁴⁰ Verschoor e.a., *Psychiatrie*.

¹⁴¹ Janzing en Kerstens, *Groepsgericht werken in een therapeutisch milieu*.

¹⁴² LinkedIn, 'Profiel Clemens Janzing', <https://nl.linkedin.com/in/clemens-janzing-2669a121> (23 november 2020).

¹⁴³ E.M. Sesink, I.J.D. Jüngen en J.A.M. Kerstens, *De verpleegkundige in de AGZ. Specialistische verpleegkundige zorg* (Houten 2011) 20-21.

¹⁴⁴ Schuur, *Omgaan met agressie*.

kan omgaan. Dit boek beschrijft zichzelf niet als lesboek. Dit boek is wel gebruikt voor dit hoofdstuk omdat dit boek wel eenzelfde structuur als een lesboek heeft, namelijk bespreking van theorieën, voorbeelden en praktijkvoorbeelden. De auteur geeft aan dat dit boek, door de genoemde theorieën en handelingen, de verpleegkundige kan helpen om zijn opvattingen en houding ten opzichte van agressie en geweld verder te ontplooien.

2.2.1 Verhouding psychiatrisch verpleegkundige en patiënt

Aan de hand van de drie bovengenoemde lesboeken zal nu de omgangsverhouding worden onderzocht. Het eerste aspect is de hiërarchie en structuur. Dit aspect wordt alleen in het lesboek van Janzing en Kerstings genoemd. Volgens Janzing en Kerstens waren hiërarchie en structuur in de traditionele psychiatrie, waar het draaide om het medisch model, belangrijk.¹⁴⁵ In de traditionele psychiatrie nam de psychiatrische instelling de zorg en verantwoordelijkheid over van de patiënt omdat de patiënt hiertoe niet meer instaat zou zijn. Daardoor had de patiënt minder in te brengen.¹⁴⁶ De rol van de psychiatrisch verpleegkundige in de traditionele psychiatrie was ondergeschikt aan de arts. De inhoud van het werk was met name gericht op het verzorgende aspect, namelijk zorgen dat de afdeling netjes was en dat de patiënt op tijd naar zijn behandelingen ging. Dit leidde ertoe dat voor de psychisch verpleegkundige minder tijd over was om de relatie tussen hem en de patiënt op te bouwen. Janzing en Kerstens beschrijven dat hierdoor meer een patriarchale relatie ontstond.¹⁴⁷

De wijze waarop er naar de structuur van een psychiatrische instelling en naar de patiënt gekeken werd, moest veranderen volgens Janzing en Kerstens. Volgens hen moest de patiënt meer betrokken worden bij zijn eigen behandeling en de verantwoordelijkheid moest weer bij

¹⁴⁵ Janzing en Kerstens, *Groepsgericht werken in een therapeutisch milieu*, 43.

¹⁴⁶ *Ibidem*, 43-44.

¹⁴⁷ *Ibidem*, 44.

de patiënt liggen.¹⁴⁸ In plaats van een patriarchale houding, moest de psychiatrisch verpleegkundige een therapeutische houding aannemen ten opzichte van de patiënt.¹⁴⁹ Het draaide er bij een therapeutische houding, volgens de schrijvers, vooral om dat de patiënt ruimte krijgt om te werken aan zijn problemen en wanneer het nodig is hulp krijgt.¹⁵⁰ Het is aan de psychiatrisch verpleegkundige om mee te leven met de patiënt, empathie en betrokkenheid te tonen.¹⁵¹

Dit aspect, empathie tonen, komt ook naar voren in de andere twee lesboeken.¹⁵² Verschoor en Schuur noemen dit de grondhouding.¹⁵³ De grondhouding wordt bepaald door de persoon van de verpleegkundige zelf en de normen en waarden van de samenleving. De grondhouding bepaalt de wijze waarop er wordt omgegaan met de patiënt. Echter, de grondhouding, het tonen van empathie, moet niet te ver doorslaan, schrijven Verschoor en Janzing en Kerstens.¹⁵⁴ Verschoor gaat nog wat verder in op de houding die in balans moet zijn. Volgens Verschoor moet de psychiatrisch verpleegkundige een dialectische houding aannemen ten opzichte van de patiënt.¹⁵⁵ Dit houdt in dat hij soms een objectieve houding aan moet nemen en soms een solidaire houding. Het moet elkaar aanvullen.

Communicatie en interactie is het tweede aspect. In alle drie de lesboeken komt dit aspect naar voren, net als in de vorige periode. In de lesboeken van Verschoor en Schuur wordt een hoofdstuk aan respectievelijk gespreksvoering en communicatie gewijd. Verschoor en Schuur beschrijven dat het voeren van gesprekken met patiënten, de communicatie met patiënten, een belangrijk aspect is van het beroep van psychiatrisch verpleegkundige.¹⁵⁶ Door een gesprek te voeren met de patiënt kan de psychiatrisch verpleegkundige erachter komen

¹⁴⁸ Janzing en Kerstens, *Groepsgericht werken in een therapeutisch milieu*, 49.

¹⁴⁹ Ibidem, 55-56.

¹⁵⁰ Ibidem, 56.

¹⁵¹ Ibidem, 59.

¹⁵² Verschoor, *Psychiatrie*, 22 en Schuur, *Omgaan met agressie*, 44-45.

¹⁵³ Ibidem, en Schuur, *Omgaan met agressie*, 81.

¹⁵⁴ Janzing en Kerstens, *Groepsgericht werken in een therapeutisch milieu*, 58 en Verschoor, *Psychiatrie*, 83-84.

¹⁵⁵ Verschoor, *Psychiatrie*, 83-84.

¹⁵⁶ Ibidem, 28 en Schuur, *Omgaan met agressie*, 49.

waar de patiënt mee zit en hem op deze manier beter leren kennen. Hierbij speelt luisteren een belangrijke rol. Verschoor en Schuur gaan hierop in. Verschoor noemt luisteren een vaardigheid die belangrijk is voor een psychiatrisch verpleegkundige. Deze vaardigheid is aan te leren.¹⁵⁷ Luisteren is belangrijk voor de verpleegkundige omdat dit de manier is om de patiënt te kunnen begrijpen. Door te kunnen luisteren en begrijpen, kan de verpleegkundige beter zijn medeleven uitten.¹⁵⁸ Schuur benoemt het aspect van luisteren in de context van de omgang met agressie. Dit wordt in paragraaf 2.2.3 verder besproken.

Verder gaan de drie lesboeken in op de houding van de psychiatrisch verpleegkundige. Lichaamshouding geeft ook een signaal af. Het is daarom belangrijk voor de verpleegkundige om zowel te letten op zijn verbale gedrag als op het non-verbale gedrag tegenover de patiënt.¹⁵⁹

Janzing en Kerstens gaan in op het therapeutisch milieu. Zij halen Maxwell Jones aan, de grondlegger van de therapeutische gemeenschap. Op het gebied van communicatie en interactie vinden zij dat de communicatie niet alleen van boven naar beneden gaat, maar dat communicatie in de andere richting ook voldoende moet worden gefaciliteerd. Het zou altijd mogelijk moeten zijn dat de psychiatrisch verpleegkundige aan de psychiater bepaalde informatie kan vragen en dat de patiënt dit ook zou moeten doen. Er moet open worden gecommuniceerd. Het is immers van belang om op de hoogte te zijn van de organisatie binnen een instelling alsook van ieders taak en wederzijdse verwachtingen.¹⁶⁰

Het derde en laatste aspect is de basistaken. Het lesboek van de *In goede handen serie* omschrijft vier taken, namelijk de verzorgende, verpleegtechnische/medische taak, begeleidende en therapeutische taak. De verzorgende taak wordt ook in het lesboek van Janzing en Kerstens genoemd. De verzorgende taak van de psychiatrisch verpleegkundige beslaat in dit

¹⁵⁷ Verschoor, *Psychiatrie*, 35-36.

¹⁵⁸ Ibidem, 36.

¹⁵⁹ Verschoor, *Psychiatrie*, 37-38, Janzing en Kerstens, *Groepsgericht werken in een therapeutisch milieu*, 99 en Schuur, *Omgaan met agressie*, 50.

¹⁶⁰ Janzing en Kerstens, *Groepsgericht werken in een therapeutisch milieu*, 73.

geval niet alleen het psychische aspect bij de patiënt, het kan ook betrekking hebben op het lichamelijke of sociale vlak.¹⁶¹ De psychiatisch verpleegkundige helpt de patiënt in het algemeen bij zijn ‘dagelijkse levensbehoeften’, zij is als het ware ‘een soort verlengstuk van iemand’.¹⁶² Dit houdt in dat de psychiatisch verpleegkundigen de patiënt helpt met wat hij zelf niet meer alleen kan doen. Het lesboek gaat hier niet verder op in en geeft hierbij geen voorbeelden van verzorgende taken.

Waar het lesboek wel voorbeelden van geeft zijn de verpleegtechnische taken. Deze taken hebben vooral een medisch karakter, zoals het uitdelen van medicijnen en het geven van injecties. Maar ook het opmaken van bedden valt onder de verpleegtechnische taak van een psychiatisch verpleegkundige. Voor een groot deel komt dit overeen met de lesboeken van de jaren zestig en zeventig. Er is wel een klein verschil met de lesboeken uit die jaren. In de jaren tachtig wordt namelijk benadrukt dat de psychiatisch verpleegkundige de patiënt moet geruststellen, in de jaren zestig en zeventig behoorde dit niet tot de taak van psychiatische verpleegkundige.

De begeleidende en therapeutische taken in de jaren tachtig verschillen nog meer met dezelfde taken in de jaren daarvoor. In de lesboeken wordt benadrukt dat elke patiënt een andere hulpvraag heeft en dat elke patiënt op een andere manier begeleidt moet worden, om uiteindelijk weer deel te kunnen nemen aan de samenleving. Dit was in de lesboeken uit de jaren zestig en zeventig niet het geval.

De therapeutische taak gaat verder dan de begeleidende taak, omdat het specifiek gericht is op de terugkeer in de maatschappij. Hierbij speelt zelfstandigheid van de patiënt een belangrijke rol. In het lesboek van Verschoor wordt aan deze taak een aantal pagina’s aan gewijd en het lesboek van Janzing gaat bijna in zijn volledigheid over het therapeutisch milieu en de daarbij horende taken van de psychiatisch verpleegkundige. Bij beide lesboeken wordt

¹⁶¹ Verschoor, *Psychiatrie*, 19, Janzing en Kerstens, *Groepsgericht werken in een therapeutisch milieu*, 42.

¹⁶² Verschoor, *Psychiatrie*, 19-20.

beschreven dat deze taak op verschillende wijzen kan worden ingevuld. Dit heeft onder meer te maken met de soort afdeling en om wat voor therapeutisch milieu het gaat.¹⁶³

Verschoor geeft in het lesboek een definitie van therapeutisch werken, hieronder wordt verstaan: ‘wanneer men doelbewust meewerkt aan het vrijkomen van goede ontplooiingsmogelijkheden van de patiënt of aan het hem weer laten deelnemen aan de maatschappelijke realiteit, is men therapeutisch bezig’.¹⁶⁴ Hierbij geeft het lesboek twee voorbeelden. Het eerste voorbeeld is waardering uiten, dit kan bijvoorbeeld door middel van het geven van een schouderklopje bij de patiënt. Als tweede voorbeeld wordt gegeven de confrontatie van de patiënt met zijn gedrag. Uit deze omschrijving en voorbeelden blijkt dat therapeutische taken een stapje verder gaan dan de begeleidende taken, maar wat overeenkomt is dat men de patiënt helpt om weer mee te kunnen doen in de maatschappij. De lesboeken uit de jaren tachtig gaan uitgebreider in op de begeleidende en therapeutische taken dan de lesboeken uit de jaren zestig en zeventig.

2.2.2 Omgang met agressie

In deze paragraaf wordt ingezoomd op wat de lesboeken zeggen over situaties waarin sprake is van agressie en geweld. Allereerst wordt ingegaan op de vraag of de lesboeken een beschrijving geven van wat zij verstaan onder agressie. Daarna wordt beschreven wat de lesboeken de psychiatrisch verpleegkundige meegeven over hoe te handelen in een situatie waar agressie en/of geweld voorkomt.

In drie lesboeken wordt agressie besproken wanneer het gaat over crisissituaties. In het lesboek van Verschoor wordt agressie als volgt gedefinieerd: ‘Het is een uiting van innerlijke spanning en onrust in het sociale vlak, met de bedoeling om in het sociale vlak opheffing van

¹⁶³ Verschoor, *Psychiatrie*, 21, Janzing en Kerstens, *Groepsgericht werken in een therapeutisch milieu*, 70-73.

¹⁶⁴ Verschoor, *Psychiatrie*, 21.

hun angst te vinden'.¹⁶⁵ Volgens Verschoor kiest de patiënt voor agressie als hij geen ander alternatief meer heeft. Agressie kan daarom gezien worden als 'een geforceerde poging om oplossingen te verkrijgen die in normaal overleg blijkbaar niet bereikbaar zijn'.¹⁶⁶ Het lesboek beschrijft daarnaast dat er twee soorten agressie zijn, namelijk: primaire en secundaire agressie.¹⁶⁷ Dit is vrijwel identiek aan de beschrijving zoals besproken in het lesboek van Cohen Stuart in het vorige hoofdstuk.

Janzing en Kerstens gebruiken in hun lesboek verschillende woorden die direct gelieerd zijn aan agressie. Deze woorden zijn: 'vijandig, negatief, straffend, vernietigend, vernederend, vasthouden aan regels, sadistisch, vechtend'.¹⁶⁸ Deze karakterisering worden, afgezien van de aanduiding 'vijandig', voor het eerst gebruikt bij de beschrijving van agressie in het bestudeerde lesmateriaal. Opvallend is ook dat de auteurs uitgebreid stilstaan bij wat de reactie op agressie kan zijn, namelijk: 'angst, schuldgevoel, autoritair gedrag, terugtrekken, onderwerping, agressie, opstandigheid'.¹⁶⁹

Volgens Schuur hebben agressie en geweld niet direct met een crisissituatie te maken; een crisissituatie kan wel escaleren tot een geweldsincident. De andere drie lesboeken maken hier geen onderscheid in.

Schuur maakt ook een onderscheid tussen agressie en geweld. Onder agressie verstaat hij 'een rechtstreekse ontlading, zonder daarbij destructief te zijn; indirect door symbolische activiteiten en via een proces van omvorming'.¹⁷⁰ Een voorbeeld van agressie dat wordt aangehaald wat onder agressie valt is dat iemand een boze brief schrijft. Schuur ziet agressie als 'levensenergie' en onder geweld verstaat hij: 'gericht destructief zijn'.¹⁷¹ Dit kan zich uiten

¹⁶⁵ Verschoor, *Psychiatrie*, 206.

¹⁶⁶ Ibidem.

¹⁶⁷ Ibidem.

¹⁶⁸ Janzing en Kerstens, *Groepsgericht werken in een therapeutisch milieu*, 106.

¹⁶⁹ Ibidem.

¹⁷⁰ Schuur, *Omgaan met agressie*, 20.

¹⁷¹ Ibidem.

in het pijn doen van de ander. Geweld vertoont overeenkomst met agressie, maar is anders gericht.¹⁷² Oftewel, geweld gaat een stap verder dan agressie.

De drie lesboeken geven een beschrijving, maar komt dit overeen of zijn er verschillen? Zowel bij Verschoor als Janzing en Kerstens komt bij de beschrijving van agressie het woord angst naar voren. Wat verschilt is dat alleen Verschoor beschrijft dat een patiënt voor agressie kiest als hij geen andere keuze meer heeft. Daarnaast valt op dat er in de lesboeken bij de beschrijving van agressie niet wordt ingegaan op de wijze waarop agressie geuit kan worden. Alleen Schuur maakt hierbij een opmerking dat agressie niet destructief is. Maar ook hij gaat niet in op de verschillende vormen van agressie.

De lesboeken in de jaren tachtig gaan uitgebreider in op de beschrijving van agressie dan de lesboeken uit de jaren zestig en zeventig. Mede door de kritische psychiatrie en door de verhalen van ex-patiënten en familieleden van patiënten kwam er meer aandacht op dit onderwerp.

Schuur besteedt als enige aandacht aan een crisissituatie. Hij beschrijft wat de algemene houding van een psychiatrisch verpleegkundige bij een crisissituatie hoort te zijn. Volgens Schuur is het voor de psychiatrisch verpleegkundige belangrijk dat hij let op zijn houding. Alles wat hij doet, bewust en onbewust, kan namelijk gezien worden als communicatie en dat is terug te zien in de houding.¹⁷³ Het is belangrijk dat de psychiatrisch verpleegkundige erop let dat zijn verbale en non-verbale communicatie met elkaar overeenkomen.

Echter, in de praktijk kunnen de handelingen en reacties van de psychiatrisch verpleegkundigen, ondanks de aangeleerde algemene houding, toch van elkaar verschillen. Schuur beschrijft dat dit te maken heeft met de persoonlijke perceptie van de psychiatrisch verpleegkundige van een conflictsituatie. Daarnaast kan ook de afdelingscultuur ervoor zorgen

¹⁷² Schuur, *Omgaan met agressie*, 21.

¹⁷³ *Ibidem*, 50.

dat de psychiatisch verpleegkundige in de praktijk toch een andere houding heeft en anders handelt.¹⁷⁴

Zowel Schuur als Verschoor gaan in op de omgang met agressie. Het lesboek van Verschoor beschrijft duidelijk dat er geen stappenplan voor een psychiatisch verpleegkundige is als een patiënt agressief of gewelddadig wordt. De verklaring die hiervoor wordt gegeven houdt in dat elke patiënt anders is en dat dit ook geldt als een patiënt agressief is. Wel maakt de auteur de opmerking dat de psychiatisch verpleegkundige de patiënt op een beheerste manier moet benaderen.¹⁷⁵ Wanneer een patiënt agressief wordt, is het niet juist als een psychiatisch verpleegkundige zelf op een agressieve manier reageert. Terugschoppen of terugslaan is uit den boze. Wanneer de situatie te gevaarlijk wordt, mag de psychiatisch verpleegkundige de patiënt separeren. Het overgaan tot separatie dient te worden overlegd en een verslag van worden gemaakt.¹⁷⁶ Door deze opmerkingen erbij te plaatsen geeft de auteur wel handvatten mee aan de psychiatisch verpleegkundige. Schuur geeft in zijn lesboek een voorbeeld van een bericht aan patiënten in een instelling, met daarop: ‘Separeren mag alleen als o.a. uw gedrag zo’n ergenis wekt bij uw omgeving dat het tot geweld leidt’.¹⁷⁷ Schuur gaat er verder niet op in.

De drie onderzochte lesboeken gaan daarnaast in op de relatie tussen agressie en/of geweld en angst. Eén lesboek gaat in op de angst bij de patiënt en de andere twee lesboeken gaan in op de angst bij de psychiatisch verpleegkundige. Het lesboek van Verschoor beschrijft dat een patiënt agressief gedrag kan vertonen vanwege angst. De psychiatisch verpleegkundige dient uit te zoeken waarom een patiënt agressief reageert en waar de eventuele angst vandaan komt. De angst kan komen door de manier van omgang van de psychiatisch verpleegkundige. Een bepaalde handeling, houding of gedrag zou bijvoorbeeld intimiderend over kunnen komen

¹⁷⁴ Schuur, *Omgaan met agressie*, 78-81, Jacomine de Lange en Els Borgesius, *Even overdragen. Een beeld van de verpleegkundige in de psychiatrie* (Lochem 1988) 19.

¹⁷⁵ Verschoor, *Psychiatrie*, 25.

¹⁷⁶ Ibidem.

¹⁷⁷ Schuur, *Omgaan met agressie*, 36.

op de patiënt. Wanneer dit het geval is, kan de psychiatisch verpleegkundige zijn gedrag aanpassen bij de desbetreffende patiënt.¹⁷⁸

Daarnaast moet de psychiatisch verpleegkundige alert blijven en opletten dat de betreffende situatie niet uit de hand loopt. Wanneer het uit de hand loopt, de andere bewoners op de afdeling erbij worden betrokken en het wordt te bedreigend voor hen wordt, moet de psychiatisch verpleegkundige de desbetreffende patiënt separeren. Voorwaarde is wel dat het om een situatie moet gaan, die voor andere bewoners bedreigend is. Bij het separeren van een patiënt moet de psychiatisch verpleegkundige dit overleggen met zijn collega's. Verder moet hij hiervan na afloop een verslag geven. Daarnaast geldt dat separeren niet te lang mag duren.¹⁷⁹

Janzing en Schuur gaan in op de mogelijke angst bij psychiatisch verpleegkundigen, wanneer patiënten agressief gedrag vertonen. Het lesboek van Janzing beschrijft dat, de psychiatisch verpleegkundige de patiënt uit angst, anders kan gaan behandelen, zoals bijvoorbeeld de patiënt vermijden en niet open en persoonlijk tegenover de patiënt handelt. Door angst ingegeven gedrag is voor een psychiatisch verpleegkundige, volgens de lesboeken, hoogst onwenselijk.¹⁸⁰ Maar hoe kan de psychiatisch verpleegkundige zijn gedrag niet laten leiden door angst? Daar geeft Janzing geen antwoord op maar Schuur geeft in zijn lesboek wel advies hierover.

Schuur geeft zeven tips om om te kunnen gaan met de angst voor een patiënt die agressief of gewelddadig is.¹⁸¹ Deze zijn: 1. Je eigen grenzen kennen en deze stellen; 2. Kennis opdoen van de patiënt zodat je de patiënt beter leert kennen; 3. Ontspanningsoefeningen doen; 4. De gedachtestop-oefening. In plaats van de mogelijk dreigende situatie te gaan visualiseren moet dit stoppen en moet er gedacht worden aan iets wat de psychiatisch verpleegkundige leuk

¹⁷⁸ Verschoor, *Psychiatrie*, 25.

¹⁷⁹ Ibidem.

¹⁸⁰ Janzing en Kerstens, *Groepsgericht werken in een therapeutisch milieu*, 56.

¹⁸¹ Schuur, *Omgaan met agressie*, 53, 99-101.

of fijn vindt waardoor ze ontspant; 5. Angstreductie toepassen; 6. Een wilsoefening uitvoeren of door uiteindelijk; 7. In kleine stapjes, aan de desbetreffende situaties leren wennen.¹⁸²

Schuur schrijft in zijn lesboek ook dat een conflictsituatie uit de hand kan lopen en dit kan leiden tot een ‘acute geweldsituatie’.¹⁸³ Het is een ingewikkelde situatie die wordt gekenmerkt door spanning, zowel aan de kant van de patiënt als bij de psychiatrisch verpleegkundige. Voor de psychiatrisch verpleegkundige geldt dat hij deze spanningen de baas moet zijn en geconcentreerd moet blijven.¹⁸⁴

Als de spanning onder controle is, kan de psychiatrisch verpleegkundige in een geweldsituatie op drie verschillende manieren reageren.¹⁸⁵ De eerste manier is door op een zakelijke manier tot een oplossing te komen. Dit kan door middel van argumentatie en onderhandeling met de patiënt. De tweede manier beschrijft een vriendelijke benadering. Door de patiënt op een vriendelijke toon aan te spreken, kan de patiënt worden meegenomen in het besluit van de psychiatrisch verpleegkundige. De derde manier is door te dreigen met geweld. Oftewel ‘proberen met (over)macht het conflict in jouw voordeel te beslechten’.¹⁸⁶ De eerste twee wijzen van reageren zijn de juiste. In beide gevallen is het belangrijk dat de psychiatrisch verpleegkundige nooit de patiënt zelf veroordeeld, maar alleen het gedrag. Goed luisteren is hierbij eveneens belangrijk. Hierdoor kan de psychiatrisch verpleegkundige de desbetreffende geweldsituatie verminderen.¹⁸⁷

Schuur beschrijft dat de derde manier van reageren eigenlijk geen optie is, als er wordt gewerkt vanuit het denkbeeld van geweldloosheid, de visie die aan zijn boek ten grondslag ligt. Agressief en gewelddadig gedrag wil Schuur dus niet met geweld of dreiging met geweld bestrijden. Hij vindt zelfs dat ‘geweldloos weerbaar zijn inherent is aan het psychiatrisch

¹⁸² Schuur, *Omgaan met agressie*, 99-101.

¹⁸³ Ibidem, 43.

¹⁸⁴ Ibidem, 53.

¹⁸⁵ Ibidem, 44.

¹⁸⁶ Ibidem.

¹⁸⁷ Ibidem, 44-45.

verpleegkundig beroep'.¹⁸⁸ Hij wil de psychiatrisch verpleegkundige meegeven dat zij zich geweldloos moet verweren.

Volgens Schuur zijn er twee soorten geweldloos verweren, namelijk verbale en non-verbale. Het doel is uiteindelijk om ervoor te zorgen dat de patiënt zijn aandacht op iets anders vestigt dan op de reden waarom hij in deze situatie zich agressief of gewelddadig gedraagt. Om zijn aandacht te verleggen, kan de psychiatrisch verpleegkundige verschillende verweertechieken toepassen om te zorgen voor verbijstering bij de patiënt waardoor hij zijn aandacht op iets anders richt. Zo kan de psychiatrisch verpleegkundige een bepaalde situatie herinterpreteren, zelf opeens gaan schreeuwen of opeens iets gekks doen zoals een handstand doen in de woonkamer. Dit betreft één lesboek, bij de andere bestudeerde lesboeken was dit niet specifiek aan de orde.

Hierboven schrijft Schuur op welke manier de psychiatrisch verpleegkundige kan reageren op een geweldsituatie. Daarbij is het wel van belang dat de psychiatrisch verpleegkundige geduldig is. Dit is belangrijk omdat hierdoor de psychiatrisch verpleegkundige en de patiënt elkaar dan makkelijker kunnen vinden. Hierdoor is er meer tijd om naar elkaar te luisteren.

De drie (les)boeken uit de jaren tachtig besteden aandacht aan agressie. De beschrijvingen die gegeven worden, zijn niet uitgebreid maar wel verwoord. Hierdoor deden de psychiatrisch verpleegkundige al meer kennis op. Daarnaast gaan twee lesboeken in op de omgang met agressie. Verschoor zet niet uitvoerig uiteen welke handelingen de psychiatrisch verpleegkundigen kunnen toepassen, alleen dat ze rustig moeten blijven en niet agressief moeten reageren. Het blijft beknopte informatie. Schuur gaat er wel uitgebreid op in, maar dat is niet verwonderlijk aangezien zijn boek als onderwerp agressie heeft. Wat verder opvallend

¹⁸⁸ Schuur, *Omgaan met agressie*, 33.

is, is dat de drie (les)boeken ingaan op angst, zowel bij de patiënt als bij de psychiatrisch verpleegkundige.

2.3 Observaties uit de historische praktijk

Waren de beschreven ontwikkelingen binnen de psychiatrie ook zichtbaar in de psychiatrische instellingen? De leidraad hiervoor vormen twee boeken waar Jacomine de Lange en Els Borgesius aan hebben meegewerkt. Jacomine de Lange en Els Borgesius waren onderzoekers bij het Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid. Het eerste boek, *Even overdragen. Een beeld van de verpleegkundige in de psychiatrie*, komt uit 1988. De Lange en Borgesius deden onderzoek naar hoe het er in verschillende psychiatrische ziekenhuizen daadwerkelijk aan toeging en keken daarbij naar het werk van de psychiatrisch verpleegkundige. Het tweede verscheen in 1989. Het bevat papers van vijf psychiatrisch verpleegkundigen die beschreven wat zij in de praktijk meemaakten en welke dilemma's zij tegenkwamen.

Zoals eerder aangestipt, kan het jaar 1985 gezien worden als kantelpunt. De verwachte deinstitutionalisering vond op sommige plekken in Nederland inderdaad plaats. Grote instellingen moesten worden afgebroken en er mochten geen grootschalige complexen gebouwd worden. Het is echter opvallend dat in de twee genoemde publicaties over de praktijk de deinstitutionalisering niet naar voren komt.

De tweede ontwikkeling betrof het medicijngebruik. Uit het onderzoek van De Lange en Borgesius kwam naar voren dat in de jaren tachtig in de instellingen medicijnen makkelijk werden toegediend, dit in tegenstelling tot de jaren zestig en zeventig, toen men zo min mogelijk medicijnen wilden toedienen.¹⁸⁹ Zij zagen dat op alle twaalf de afdelingen medicijnen werden uitgedeeld aan de patiënten. Dit hoorde bij de vaste taak van de psychiatrisch

¹⁸⁹ De Lange en Borgesius, *Even overdagen*, 41.

verpleegkundige.¹⁹⁰ Wel moest vermeld worden dat het medicijngebruik en daarmee de grootte en invulling van de taak van de psychiatrisch verpleegkundige per afdeling kon verschillen. De Lange en Borgesius zagen dat de omgang met medicijnen op een opname-afdeling anders was dan bij een beschut-wonen afdeling. Bij een opname-afdeling kon alleen het personeel bij de medicijnen komen omdat het op deze afdeling vaker voorkwam dat de medicatie bij patiënten moesten worden aangepast. Daarnaast waren op de opname-afdelingen meer patiënten die last hadden van bijwerkingen en werd weleens gesjoemeld met medicijnen door de patiënten. Hierdoor moest de psychiatrisch verpleegkundige goed opletten en wellicht vaker in discussie gaan met een patiënt.

Op de beschut-wonen afdeling ging het er anders aan toe. Dit kwam doordat op deze afdeling andere patiënten aanwezig waren dan op de opname-afdeling. De Lange en Borgesius beschreven dat zij op deze afdeling hadden gezien dat de medicijnen zich niet in een afgesloten kast of lade bevonden maar in een open kast, in de woonkamer, waar ook de patiënten gemakkelijk bij konden. Het werd zelfs van de bewoners verwacht dat ze zelf de medicijnen zouden innemen. In *Dilemma's in de B* geeft psychiatrisch verpleegkundige Appie aan dat bij beschermde woongroepen de medicatie niet achter slot en grendel zitten. Aan een dergelijke omgang met psychofarmaca lag de visie ten grondslag dat de patiënt een vrij en zelfstandig mens was. Het gebruik van medicijnen viel dus onder de eigen verantwoordelijkheid van de patiënt. Mocht dit niet of verkeerd gebeuren, dan is het aan de psychiatrisch verpleegkundige om de patiënt hierop te attenderen.¹⁹¹

De onderzoekers gingen ook in op dwangmedicatie. Zij schreven dat sommige psychiatrisch verpleegkundigen ondanks dat zij wisten dat zij niet onder dwang medicatie mochten toedienen, dit wel deden. Daarnaast hadden zij één keer meegemaakt dat er medicijnen werden toegediend bij een patiënt zonder zijn medeweten. Bij deze situatie werd buiten de

¹⁹⁰ De Lange en Borgesius, *Even overdagen*, 41.

¹⁹¹ Els Borgesius, Jacomine de Lange en Marianne Donker, *Dilemma's in de B* (Utrecht 1989) 26.

regels om gehandeld. De Lange en Borgesius beschrijven in hun onderzoek dat een deel van de psychiatrisch verpleegkundigen van de onderzochte instellingen de regels omtrent dwangmedicatie niet goed kenden. Echter, dit betrof niet alleen de psychiatrisch verpleegkundigen, ook artsen waren hiervan niet altijd op de hoogte. Het praktijkvoorbeeld liet zien dat de regelgeving omtrent medicijngebruik, met name als het ging om dwangmedicatie, duidelijker onder de aandacht van psychiatrische hulpverleners gebracht moest worden.

Het derde punt van de ontwikkeling in de jaren tachtig was de biologische psychiatrie. Zowel in het onderzoek van De Lange en Borgesius als in de bundel van lezingen kwam de ontwikkeling van de biologische psychiatrie niet duidelijk naar voren. De opkomst van de biologische psychiatrie was blijkbaar nog niet zo zichtbaar in de praktijk.

De Lange en Borgesius gaan ook in op omgang met agressie en dwang. Zij stelden aan psychiatrisch verpleegkundigen de vraag wanneer ze dwangmiddelen toepasten. De antwoorden hierop verschilden van elkaar omdat het van meerdere factoren afhankelijk is. De psychiatrisch verpleegkundigen gaven wel aan dat zij eerst probeerden de situatie te de-escaleren door middel van het maken van een grap of de patiënt op een andere manier af te leiden.¹⁹² Net zoals de lesboeken, gaven zij aan dat angst een rol kan spelen bij de houding van de psychiatrisch verpleegkundige.¹⁹³ In beide boeken over de praktijk wordt niet verder ingegaan op wat voor wijze de psychiatrisch verpleegkundige omgingen met hun angst. Wel wordt ingegaan op de persoon van de psychiatrisch verpleegkundige. Zij benadrukken dat de psychiatrisch verpleegkundige moet letten op zijn houding omdat deze houding agressie kan oproepen bij de patiënt.¹⁹⁴

Verder blijkt uit het onderzoek van De Lange en Borgesius dat een deel van de psychiatrisch verpleegkundigen nog een ander aspect mist in de opleiding. Dit ging vooral om

¹⁹² De Lange, Borgesius, *Even overdragen*, 80.

¹⁹³ Ibidem en Borgesius, de Lange en Donker, *Dilemma's in de B*, 35.

¹⁹⁴ De Lange, Borgesius, *Even overdragen*, 80-81 en Borgesius, de Lange en Donker, *Dilemma's in de B*, 66-67.

de patiëntenrechten, waarvan zij niet goed op de hoogte waren.¹⁹⁵ Volgens de onderzoekers was het van belang om tijdens de opleiding het onderwerp patiëntenrechten, maar ook de rechten van psychiatrisch verpleegkundige, te behandelen en te bespreken. Zodat zowel de patiënt als de psychiatrisch verpleegkundige duidelijkheid zouden hebben over wat wel en niet mag.

In *Dilemma's in de B* is wordt door twee psychiatrisch verpleegkundigen aangegeven dat er bij de opleiding nog een ander aspect ontbreekt. Er zou bij de opleiding namelijk meer aandacht moeten zijn voor de persoon van de psychiatrisch verpleegkundige. Volgens deze verpleegkundigen is het van belang om te weten dat je als psychiatrisch verpleegkundige invloed hebt, door middel van je houding, op het gedrag van de patiënt.¹⁹⁶ Zij waren van mening dat de B-opleiding meer aandacht moet geven aan de houding van de psychiatrisch verpleegkundigen.

2.4 Conclusie

In de jaren tachtig gebeurde er veel binnen de psychiatrie. Beïnvloed door de kritische psychiatrie waren psychiaters en medewerkers binnen de GGZ van mening dat er geen grote instellingen meer gebouwd moesten worden. De inrichtingen en afdelingen moesten kleiner. De patiënten moesten niet in inrichtingen blijven. Ambulante behandelingen werden uitgebreid, zodat meer patiënten deel konden blijven nemen aan de samenleving. Op deze manier was er meer aandacht voor de patiënt. Dit past goed binnen de opvatting van die tijdsperiode, die al in de jaren zestig en zeventig doorklonken.

Naast de kritische psychiatrie vond echter ook de biologische psychiatrie meer gehoor. Een grotere groep psychiaters, waaronder Herman van Praag, was van mening dat de psychiatrie niet alleen naar de sociale omgeving moest kijken en ook niet alleen naar het

¹⁹⁵ De Lange, Borgesius, *Even overdragen*, 86.

¹⁹⁶ Borgesius, de Lange en Donker, *Dilemma's in de B*, 19 en 64-66.

ziektebeeld. Beide hield hij voor belangrijk en moest ook onderzoek worden verricht naar de werking van de hersenen. Hierover was meer kennis nodig.

Bovenstaande ontwikkelingen waren niet terug te zien in de lesboeken en in de onderzochte praktijk. Wel het beeld dat de patiënt als medemens gezien moet worden. De lesboeken gaan uitgebreid in op de relatie tussen de psychiatrisch verpleegkundige en de patiënt. Bij een therapeutische gemeenschap draait het om de patiënt en zijn omgeving. Om de patiënt te kunnen helpen, moet de psychiatrisch verpleegkundige weten wat er speelt bij de patiënt. Daarom is een goede relatie van belang. Hierbij speelt vertrouwen een belangrijke rol. Wat dit betreft is er een duidelijke continuïteit aanwijsbaar met de lesboeken uit de jaren zestig en zeventig. Daarnaast benadrukken de lesboeken uit de jaren tachtig, als ook de praktijk, dat de houding van de psychiatrisch verpleegkundige belangrijk is. De psychiatrisch verpleegkundige moet zich ervan bewust zijn dat hij, onbewust, met zijn houding een reactie kan uitlokken bij de patiënt. Naast de relatie kwam de zelfstandigheid van de patiënt naar voren in zowel de lesboeken als de praktijk.

Wat betreft de inhoud van het werk van de psychiatrisch verpleegkundige, komen de theorie en de praktijk met elkaar overeen. Er bestaan wel wat nuanceverschillen. De lesboeken besteedden veel aandacht aan de verschillende gesprekstechnieken, terwijl dit in de praktijk niet naar voren kwam. Opvallend is dat niet omdat lesboeken theoretisch van aard zijn en in de praktijk spelen allerlei verschillende factoren mee waar de psychiatrisch verpleegkundige rekening mee moet houden.

Dit geldt ook in zekere zin voor de omgang met agressie en geweld. In de praktijk werd het gebruik van dwangmedicatie, de angst bij de psychiatrisch verpleegkundige en de houding bij agressieve situaties genoemd. Maar uit de praktijkvoorbeelden kwam niet de daadwerkelijke handelingen en de theoretische kennis naar voren. Er werd niets vermeld over wat ze hadden geleerd omtrent de omgang met agressie en hoe dat in de praktijk uitpakte.

In de lesboeken worden agressie en geweld uitgebreider besproken, dan in de voorgaande periode. Dit geldt voor alle drie de (les)boeken. Naast uitgebreide definities is er ook veel aandacht voor de oorzaak van agressie en geweld. Echter, zowel in de jaren zestig en zeventig als in de jaren tachtig, wordt in de lesboeken slechts op summiere wijze beschreven hoe de psychiatrisch verpleegkundigen nu precies moeten handelen, wanneer er sprake is van een incident met een agressieve of gewelddadige patiënt. Er wordt wel genoemd dat de psychiatrisch verpleegkundigen de patiënt moet afleiden. Daarnaast wordt in het lesboek van Schuur uit de jaren tachtig nog genoemd dat de psychiatrisch verpleegkundigen agressieve spanningen kan doorbreken door op een zakelijke manier of een vriendelijke manier te reageren of door te dreigen met geweld. Waarbij hij direct aangeeft dat deze laatste oplossing zeker niet de juiste is.

In vergelijking met de lesboeken van de jaren zestig en zeventig, is het lesmateriaal uit de jaren tachtig wel iets uitvoeriger. Maar de precieze handelwijze, hoe een conflict op te lossen waarbij agressie en/of geweld een rol spelen, wordt nog steeds niet gegeven in de lesboeken van de jaren tachtig. Er wordt geen concreet stappenplan of protocol gegeven, waardoor de psychiatrisch verpleegkundige nog niet voldoende kennis heeft meegekregen om om te gaan met agressie en/of geweld. Door de afwezigheid van stappenplannen of verschillende handelingen te benoemen, werden de psychiatrisch verpleegkundigen niet voldoende voorbereid in de omgang met agressie. Wel gaan de lesboeken uitgebreider in op de taken en de omgangsverhouding. Hierdoor werden de psychiatrisch verpleegkundigen wel steeds kundiger in een verantwoorde omgang met de patiënt, in elk geval in de normale situaties.

Hoofdstuk 3

De jaren negentig van de vorige eeuw worden in dit hoofdstuk behandeld. Eerst worden de ontwikkelingen in de GGZ geschetst. Daarna wordt ingegaan op de opleiding voor psychiatrisch verpleegkundige. Vervolgens worden de lesboeken uit de jaren negentig behandeld en wordt ingezoomd op de algemene taken van de psychiatrisch verpleegkundige en daarna wat zij meekregen in de omgang met agressie en/of geweld. Na de bestudering van de lesboeken wordt de praktijk behandeld. Afsluitend wordt de theorie uit de lesboeken vergeleken met de praktijk.

3.1 Beschrijving van de psychiatrie in Nederland

3.1.1 Ontwikkelingen binnen de psychiatrie

In de jaren negentig zette de extramuralisering door en nam de invloed van de biologische psychiatrie toe in Nederland. Voorts ontstond er meer aandacht voor de wetenschappelijke benadering van de psychiatrie. Een andere, belangrijke, ontwikkeling in de jaren negentig was de invoering van de wet Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen (wet Bopz) in 1994. Deze drie ontwikkelingen zullen hieronder kort worden besproken

In 1994 werd de Krankzinnigenwet uit 1884 vervangen door de wet Bopz.¹⁹⁷ In de wet Bopz stonden twee punten centraal. Het eerste punt betrof het respecteren van het zelfbeschikkingsrecht van de cliënt. Het tweede punt betrof het bieden van rechtsbescherming aan de gedwongen opgenomen patiënt. Dit laatste punt was niet voldoende geregeld in de Krankzinnigenwet, die nog dateerde uit 1884. Door de rechten van de patiënt op te nemen in de wet, konden zij tegen veel beslissingen een bezwaar maken en een klacht indienen bij een

¹⁹⁷ 'Wet Bijzondere Opnemingen Psychiatrische Ziekenhuizen', *Hulpgids*, <https://hulpgids.nl/recht/klachten/bopz> (12 mei 2020) en Begeleidingscommissie, *Conclusie en aanbevelingen van de begeleidingscommissie. Deel 10* (Den Haag maart 2002), 7.

onafhankelijke klachtencommissie.¹⁹⁸ De wet Bopz had hierdoor een grotere reikwijdte dan de Krankzinnigenwet.¹⁹⁹

In de wet Bopz stond omschreven onder welke omstandigheden het was toegestaan om iemand onvrijwillig op te nemen in een instelling, wanneer iemand onvrijwillig behandeld en ontslagen mocht worden en wat de verdere rechten van de patiënt waren.²⁰⁰

Relevant is verder dat in de wet Bopz een protocol voor de omgang met dwang werd opgenomen. De wet Bopz gaat uitgebreider in op de rechtspositie van de patiënt, waaronder de omgang met dwang, dan de Krankzinnigenwet uit 1884.²⁰¹ In de wet Bopz werden verschillende vormen van dwang genoemd die, onder een aantal voorwaarden, mochten worden toegepast. De wet Bopz benoemde drie soorten dwang: de dwangbehandeling, ‘middelen en maatregelen’ en vrijheidsbeperkingen.²⁰² Een dwangbehandeling moest in het behandelplan worden opgenomen. Wanneer de patiënt zijn toestemming hiervoor introk, mocht dit deel van het behandelplan niet worden uitgevoerd. Hierop gold één uitzondering, namelijk wanneer dat deel van het behandelplan noodzakelijk werd geacht voor de behandeling van de patiënt om het gevaar voor zichzelf en/of zijn omgeving af te laten nemen.²⁰³

De wet Bopz probeerde ook op onvoorziene situaties voor te bereiden. Tijdens een behandeling konden er natuurlijk altijd acties nodig blijken die niet in het behandelplan waren opgenomen en waar de patiënt dus geen toestemming voor had gegeven. Wanneer er sprake

¹⁹⁸ ‘Wet Bijzondere Opnemingen Psychiatrische Ziekenhuizen’, *Hulpgids*, <https://hulpgids.nl/recht/klachten/bopz> (12 mei 2020).

¹⁹⁹ De Wet Bopz is vanaf 1 januari 2020 vervangen door twee andere wetten, namelijk de Wet verplichte ggz en de Wet zorg en dwang, Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, ‘Wet bopz’, <https://www.igj.nl/onderwerpen/wetten-in-ons-toezicht/wet-bopz> (15 januari 2021) en Begeleidingscommissie, *Conclusie en aanbevelingen van de begeleidingscommissie. Deel 10* (Den Haag maart 2002), 8.

²⁰⁰ ‘Wet Bijzondere Opnemingen Psychiatrische Ziekenhuizen’, *Hulpgids*, <https://hulpgids.nl/recht/klachten/bopz> (12 mei 2020).

²⁰¹ J. Legemaate, ‘De Wet Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen: rechtsbescherming of ongewenste juridisering?’, *Nivg* 138 (1994) 17, 845-848, aldaar 847 (versie 29 april 1994), <https://www.ntvg.nl/artikelen/de-wet-bijzondere-opnemingen-psychiatrische-ziekenhuizen-rechtsbescherming-ongewenste/volledig> (15 januari 2021) en J.M.W. Binneveld en M.J. van Lieburg, ‘De eerste psychiatrische revolutie in Nederland: een revolutie die niemand wilde’, *TvP* 20 (1978) 1, 517-534, aldaar 523, https://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/assets/articles/articles_2720pdf.pdf (15 januari 2021).

²⁰² GGZ Standaarden, ‘Dwang en drang’, <https://www.ggzstandaarden.nl/generieke-modules/dwang-en-drang/inleiding> (8 mei 2020).

²⁰³ Art. 38c Wet Bopz, [https://wetten.overheid.nl/BWBR0005700/2018-08-01\(6 mei 2020\)](https://wetten.overheid.nl/BWBR0005700/2018-08-01(6%20mei%202020)).

was van een noodsituatie, een situatie waarin de patiënt een direct gevaar werd voor zichzelf, voor een ander of voor zijn omgeving, kon worden ingegrepen door een ‘middel en maatregel’ toe te passen.²⁰⁴

De Wet Bopz kende vijf soorten ‘middelen en maatregelen’, namelijk afzondering, separatie, fixatie, toedienen van medicijnen en het gedwongen toedienen van vocht en/of voedsel.²⁰⁵ Er moest altijd voor het minst zware ‘middel en maatregel’ gekozen worden om de situatie te verhelpen.

Daarnaast kon worden gekozen voor een vrijheidsbeperking. Onder bepaalde voorwaarden mochten de patiëntenrechten beperkt worden, zoals het recht op bezoek en vrij bewegen in de instelling. Inperking van deze rechten mocht alleen, als werd verwacht dat de gezondheid van de patiënt achteruitging, de orde in het ziekenhuis of afdeling werd verstoord of indien er mogelijk strafbare feiten gepleegd konden worden.²⁰⁶

De patiënt moest toestemming geven voor zijn behandelplan, onder bepaalde omstandigheden kon de psychiatrisch verpleegkundige dwangmiddelen toepassen en kon de patiënt een klacht indienen bij een klachtencommissie. Het perspectief van de patiënt werd dus meer leidend in de wet Bopz.

Een tweede belangrijke kenmerk van de ontwikkeling van de psychiatrie in de jaren negentig was de toenemende invloed van de biologische psychiatrie. Deze trend was in de jaren tachtig al zichtbaar maar zette in de jaren negentig onverminderd door. Meer nog dan in de jaren tachtig, won in de jaren negentig de opvatting aan terrein dat de stoornis van een psychiatrische patiënt een fysieke, biologische oorzaak kon hebben en niet altijd, of niet

²⁰⁴ LUMC, ‘Patiëntenfolder Middelen of Maatregelen in Noodsituaties’ (versie 2006), <https://www.lumc.nl/patientenzorg/praktisch/patientenfolders/middelen-maatregelen-noodsituatie-psychiatrie> (12 mei 2020) en ‘Wet Bijzondere Opnemingen Psychiatrische Ziekenhuizen’, *Hulpgids*, <https://hulpgids.nl/recht/klachten/bopz> (12 mei 2020) en art. 39 wet Bopz, <https://wetten.overheid.nl/BWBR0005700/2018-08-01> (6 mei 2020).

²⁰⁵ Art. 39 Wet Bopz, <https://wetten.overheid.nl/BWBR0005700/2018-08-01> (6 mei 2020) en Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, ‘Overgangsrecht Bopz: verlof en ontslag’, <https://www.dwanginzorg.nl/overgangsrecht-bopz/documenten/publicaties/informatiepunt/documenten/bopz-pdf/verlof-en-ontslag-bopz> (6 mei 2020).

²⁰⁶ Art. 40 wet Bopz, <https://wetten.overheid.nl/BWBR0005700/2018-08-01> (6 mei 2020).

uitsluitend, te wijten was aan externe invloeden uit de patiënt's omgeving. Corresponderend met deze opvatting, namen lichamelijke onderzoeken, waaronder hersenonderzoek, in de jaren negentig steeds meer toe.

Er deed zich ook een ander belangrijk verschil voor met de voorgaande jaren: in de jaren negentig kreeg de biologische psychiatrie veel meer aanzien onder psychiaters en hulpverleners binnen de GGZ. Zo ontstond er in de jaren negentig een sectie voor de biologische psychiatrie in de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVP). Een steeds grotere groep psychiaters ging zich toeleggen op het medische aspect van de psychiatrie.²⁰⁷ Het is wat dit betreft veelzeggend dat de jaren negentig aangeduid werden als de 'decade of the brain'.²⁰⁸

Ook als gevolg van technische ontwikkelingen op het gebied van hersenscans, en het feit dat binnen de psychiatrie de 'evidence-based medicine' belangrijker werd, werd de praktijk in de jaren negentig systematischer getoetst aan de wetenschap.²⁰⁹ De objectieve benadering werd belangrijker, bijvoorbeeld ook bij het stellen van een diagnose.²¹⁰ De DSM-IV, een handboek dat stoornissen classificeert, kwam uit in 1994 en onder toezicht van de NVP kwam hiervan ook een Nederlandse uitgave op de markt.²¹¹

Niet alleen binnen de GGZ kreeg de biologische psychiatrie de nodige aandacht, ook daarbuiten. De Nederlandse media pikten de ontwikkeling op. Onder andere presentator Paul Witteman besteedde aandacht hieraan. Hij maakte de documentaire *Opgenomen* en deze werd ook in boekvorm uitgebracht.²¹² Door de positieve aandacht van de media heerste er een optimistische sfeer over de mogelijkheden van de biologische psychiatrie.

²⁰⁷ Oosterhuis en Gijswijt-Hofstra, *Verward van geest en ander ongerief*, 1036-1037.

²⁰⁸ Abma en Weijers, *Met gezag en deskundigheid*, 179.

²⁰⁹ Oosterhuis en Gijswijt-Hofstra, *Verward van geest en ander ongerief*, 1037.

²¹⁰ Ibidem.

²¹¹ Abma en Weijers, *Met gezag en deskundigheid*, 182-183.

²¹² Journalist Paul Witteman had een documentaire gemaakt. Deze documentaire kreeg goede kritiek en daarop volgde het boek *Opgenomen*. Hij heeft gesprekken gevoerd met verschillende medewerkers, alsook met patiënten, Paul Witteman, *Opgenomen. Witteman bij de psychiater* (Amsterdam 1995).

De derde ontwikkeling binnen de psychiatrie in de jaren negentig was de verdere extramuralisering. Als kenmerkend voor deze ontwikkeling mag de Nieuwe Nota Geestelijke Volksgezondheid, uit 1984 gelden. Het nieuwe beleid moest leiden tot een andere structuur binnen de GGZ, één die dicht bij de patiënten en hun omgeving stond. Het doel was om minder patiënten op te laten nemen en meer semimurale- en extramurale hulp te verlenen. Op deze manier zou de hulp dicht bij de desbetreffende persoon aangeboden worden.²¹³

Door te anticiperen op het beleid en op de uitbreiding van de AWBZ-financiering in 1989, ontstonden er samenwerkingen tussen verschillende instellingen.²¹⁴ De toegenomen samenwerking resulteerde uiteindelijk in grote samenwerkingsverbanden. Psychiatrische ziekenhuizen gingen samenwerken met RIAGGS, waardoor Multifunctionele Eenheden ontstonden. Patiënten moesten bij de Multifunctionele Eenheid terecht kunnen komen voor kortere opnames, langere opnames en crisisinterventie maar ook voor poliklinische behandelingen en sociaalpsychiatrische begeleiding.²¹⁵ Een volgende stap in de samenwerking was dat zorginstellingen in de regio met elkaar gingen fuseren.²¹⁶

Het is duidelijk dat de jaren negentig verschillen van de voorafgaande decennia. Waar de toenemende invloed van de biologische psychiatrie als een gradueel verschil met de voorafgaande jaren mag worden gekenschetst, zorgen de invoering van de wet Bopz en de extramuralisering van de zorg tegelijkertijd voor een meer fundamenteel verschil in het Nederlandse landschap van de psychiatrische zorg. Leidend hierbij lijkt een verandering van perspectief. In de jaren negentig stonden de rechten, ervaring en persoonlijke leefomgeving van de patiënt centraal bij het aanbieden van psychiatrische zorg. In hoeverre deze veranderingen

²¹³ Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, *Nieuwe Nota Geestelijke Volksgezondheid*, Tweede Kamer, vergaderjaar 1983/1984, 18463 nrs.1-2, 's-Gravenhage: Staatsuitgeverij, 93.

²¹⁴ Van 1 januari 1968 tot 1 januari 2015 gold de wet Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten. De AWBZ-financiering was per soort instelling geregeld. Er werd gekeken naar wat hun zorgaanbod was en wat betreft de financiering werd dit omgerekend naar het aantal bedden. Door de aanpassing in 1989 waren behandelklinieken en beschermde woonvormen minder afhankelijk geworden van de afbouw van psychiatrische ziekenhuizen met hun bedden uit: Oosterhuis en Gijswijt-Hofstra, *Verward van geest en ander ongerief*, 1065.

²¹⁵ Oosterhuis en Gijswijt-Hofstra, *Verward van geest en ander ongerief*, 1066.

²¹⁶ *Ibidem*, 1067.

ook hun weerklank vonden bij de opleiding van verpleegkundige, zal hieronder worden behandeld.

3.1.2 Opleiding tot psychiatrisch verpleegkundige

Gepaard gaande met de bovenbeschreven veranderingen, werd in de jaren negentig eveneens besloten om de opleiding verpleegkunde te herzien. Zoals behandeld, was in de jaren negentig extramuralisering een belangrijker rol gaan spelen. Dat betekende dat de zorgverlening binnen de GGZ anders moest worden ingericht. De psychiatrisch verpleegkundige moest breder kunnen worden ingezet. Dit leidde tot een andere taakomschrijving van de verpleegkundige doordat het werk van een psychiatrisch verpleegkundige in een intramurale instelling niet hetzelfde was als bij een extramurale instelling. Er moest één brede opleiding tot generiek verpleegkundige komen. Daarnaast stopte de inservice-opleiding tot B-verpleegkundige ook in 1997.

Doordat er één centrale opleiding tot verpleegkundige kwam met diverse specialisaties, verdween de specifieke opleiding tot psychiatrisch verpleegkundige.²¹⁷ Zo kende de Europese en Nederlandse regelgeving, zoals de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG), in het vervolg alleen de titel van ‘verpleegkundige’.²¹⁸ Bij de nieuwe structurering van de opleiding werden de studenten breed opgeleid waardoor ze op verschillende werkerreinen binnen de zorg inzetbaar zouden zijn.²¹⁹ De opleiding kon op twee verschillende niveaus worden gevolgd, namelijk op niveau twee, op het MBO en op niveau één, op het HBO.²²⁰ Het verschil was dat een verpleegkundige niveau 1 meer mocht en meer

²¹⁷ Oosterhuis en Gijswijt-Hofstra, *Verward van geest en ander ongerief*, 1135 en De Leeuw, Nieuwenhuis en Schilt, *Van oppasser naar verpleegkundige*, 74.

²¹⁸ Wet BIG is in november 1993 inwerking getreden. Deze wet beoogt de burger te beschermen tegen ondeskundige zorgverleners en waakt voor kwaliteitsverlies van de gezondheidszorg, Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport, ‘Wet- en regelgeving’, <https://www.bigregister.nl/registratie/nederlands-diploma-registreren/wet--en-regelgeving> (13 juli 2020) en Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg, <http://wetten.overheid.nl/BWBR0006251> (13 juli 2020) en Oosterhuis en Gijswijt-Hofstra, *Verward van geest en ander ongerief*, 1135.

²¹⁹ Commissie Kwalificatiestructuur, *Gekwalificeerd voor de toekomst. Kwalificatiestructuur en eindtermen voor Verpleging en verzorging* (Zoetermeer/Rijswijk 1996) 21.

²²⁰ Commissie Kwalificatiestructuur, *Gekwalificeerd voor de toekomst*, 21.

verantwoordelijkheid had.²²¹ Zo konden zij een eigen diagnose stellen, wanneer zich een situatie voordeed waarvoor geen duidelijke standaarden en handelingen golden.

3.2 Lesboeken

Door de ontwikkelingen binnen de psychiatrie veranderde ook de taak van de psychiatrisch verpleegkundige, en daarmee het lesmateriaal. Voor deze periode zijn vier lesboeken bestudeerd. Naast deze vier lesboeken is *Functieprofiel Psychiatrisch Verpleegkunde* gebruikt. Aan het eind van de jaren tachtig ontstond binnen de GGZ de vraag om een specifieke beschrijving van de taak van psychiatrisch verpleegkundige. Daartoe kwam in 1993 het *Functieprofiel Psychiatrisch Verpleegkundige* uit en in 1997 een hernieuwde versie. Hieronder zullen kort de lesboeken en het functieprofiel worden geïntroduceerd.

Het eerste boek uit de jaren negentig is het lesboek van Theo Dassen uit 1990 met als titel *Het beroep van psychiatrisch verpleegkundige. Over het verplegen in het psychiatrisch centrum*.²²² Dassen was psychiatrisch verpleegkundige en verplegingswetenschapper. Daarnaast was hij docent verplegingswetenschap aan de Rijksuniversiteit Groningen.²²³

Het tweede lesboek, uit 1992, draagt de titel *Psychiatrisch verpleegkunde. Het verplegen van patiënten met een verstoord functioneren* en is geschreven door Auke Bos en René van Leeuwen.²²⁴ Beiden waren psychiatrisch verpleegkundigen en hadden de lerarenopleiding verpleegkunde en HBO-gezondheidszorg gevolgd.²²⁵

²²¹ Commissie Kwalificatiestructuur, *Gekwalificeerd voor de toekomst*, 17.

²²² Dassen, *Het beroep van psychiatrisch verpleegkundige*.

²²³ Ibidem, voorblad.

²²⁴ Bos en Van Leeuwen, *Psychiatrisch verpleegkunde*.

²²⁵ Ibidem, voorblad.

Het derde lesboek is *Verplegen in de Psychiatrie* en werd geschreven door Harry Kloppenburg in 1993.²²⁶ De auteur had zowel de A- als B-opleiding gevolgd. Daarnaast had hij de opleiding docent B-opleiding afgerond.²²⁷

Het vierde bestudeerde lesboek is onder redactie van Th. Van Achterberg, A.M. Eliens en N.C.M. Strijbol verschenen met als titel *Effectief verplegen. Leerboek ter onderbouwing van het verpleegkundig handelen*.²²⁸ De auteurs Achterberg en Eliens waren verplegingswetenschapper. Strijbol was sociaalwetenschapper. Zowel Strijbol als Eliens waren verpleegkundigen.²²⁹

Naast deze vier lesboeken is het *Functieprofiel psychiatrisch verpleegkundige*, uit 1997, bestudeerd.²³⁰ In dit functieprofiel werden kort de rol, de plaats en de taken van de psychiatrisch verpleegkundige weergegeven. Dit functieprofiel was bedoeld om meer eenduidigheid te krijgen over de eisen waaraan een psychiatrisch verpleegkundige moest voldoen. Het functieprofiel was uitgebracht door STIP en de NVPV.²³¹ De auteurs waren Aart van den Berg, voorzitter STIP, Jan Klungers, docent verpleegkunde en Cecile aan de Stegge, voorzitter NVPV.²³²

3.2.1 Verhouding psychiatrisch verpleegkundige en patiënt

De verhouding tussen de psychiatrisch verpleegkundige en de patiënt wordt in deze paragraaf besproken. Hierbij wordt gelet op wat er in de lesboeken staat over hiërarchie & structuur, communicatie & interactie en de basistaken.

²²⁶ Kloppenburg, *Verplegen in de Psychiatrie*.

²²⁷ Ibidem, voorblad.

²²⁸ Van Achterberg, Eliens en Strijbol, *Effectief verplegen*.

²²⁹ Ibidem, voorblad.

²³⁰ A. Van den Berg, J. Klungers en C. aan de Stegge, *Functieprofiel psychiatrisch verpleegkundige* (Dwingeloo 1997).

²³¹ Stichting STIP staat voor Vereniging voor Staffunctionarissen verpleging/verzorging en vertegenwoordigers van verpleegkundige vakgroepen in Intra- en semimurale instellingen voor Geestelijke Gezondheidszorg. NVPV staat voor Nederlandse Vereniging voor Psychiatrische Verpleegkunde uit: Van den Berg, Klungers, en Aan de Stegge, *Functieprofiel psychiatrisch verpleegkundige*, voorblad.

²³² Ibidem, voorblad.

Het aspect hiërarchie & structuur wordt in geen enkel lesboek beide genoemd. Alleen in de lesboeken van Dassen en van Bos & van Leeuwen komt structuur voor. In beide lesboeken wordt aangegeven dat op een afdeling het belangrijk is dat er ‘structuur’ is.²³³ Zoals in hoofdstuk 1 is beschreven, kan de beschrijvingen over de manier van kijken naar de patiënt, iets zeggen over de hiërarchie. In drie lesboeken en in het functieprofiel wordt dit benoemd.

In de lesboeken van Bos & van Leeuwen en van Kloppenburg komt naar voren dat de patiënt als mens centraal staat en dat het belangrijk is dat de psychiatrisch verpleegkundige zich verplaatst in de situatie van de patiënt.²³⁴ In het lesboek van Achterberg en in het functieprofiel wordt kort de houding ten opzichte van de patiënt weergegeven. De patiënt moet altijd met respect worden behandeld en de psychiatrisch verpleegkundige moet altijd met volle aandacht en zorgzaamheid de patiënt behandelen.²³⁵

In het verlengde van de patiënt als mens zien ligt de betrokkenheid van de psychiatrisch verpleegkundige. Wat gaat er in hem, de patiënt, om? Het is van belang om met hem mee te leven, in hem te kunnen verplaatsen.²³⁶ In alle vier de lesboeken en ook in het functieprofiel komt het punt van betrokkenheid tonen naar voren.

Communicatie en interactie vormen het tweede aspect van de omgangsverhouding. Drie lesboeken gaan in op de communicatie, gespreksvoering, met de patiënt. In de lesboeken worden verschillende technieken besproken om met de patiënt op een juiste manier te communiceren.²³⁷ Het lesboek van Bos en Van Leeuwen geeft een aantal voorbeelden op wat voor wijze de psychiatrisch verpleegkundige met de patiënt kan communiceren. Het is hierbij van belang dat de psychiatrisch verpleegkundige de situatie goed blijft inschatten. Bij

²³³ Dassen, *Het beroep van psychiatrisch verpleegkundige*, 33 en Bos en Van Leeuwen, *Psychiatrisch verpleegkunde*, 111.

²³⁴ Bos en Van Leeuwen, *Psychiatrisch verpleegkunde*, 70-71 en Kloppenburg, *Verplegen in de psychiatrie*, 26-27.

²³⁵ Van Achterberg, Eliens en Strijdbol, *Effectief verplegen*, 36 en Van den Berg, Klungers en Aan de Stegge, *Functieprofiel psychiatrisch verpleegkundige*, 17.

²³⁶ Bos en Van Leeuwen, *Psychiatrisch verpleegkunde*, 73.

²³⁷ Dassen, *Het beroep van psychiatrisch verpleegkundige*, 33, Bos en Van Leeuwen, *Psychiatrisch verpleegkunde*, 104-106 en Kloppenburg, *Verplegen in de psychiatrie*, 32-34, 73 en 87-89.

communicatie gaan Kloppenburg en Bos en Van Leeuwen ook expliciet in op ‘luisteren’.²³⁸ Luisteren is een belangrijk vaardigheid voor de psychiatrisch verpleegkundige. Alleen door luisteren kan de psychiatrisch verpleegkundige er achter komen waar de patiënt mee zit en wat hij wilt.

Het derde en laatste aspect wordt gevormd door de basistaken. In de voorgaande hoofdstukken hebben we gezien dat er in de lesboeken in het bijzonder aandacht werd besteed aan vier taken: verzorgende, verpleegtechnisch/medische, begeleidende en therapeutische taken. Het valt direct op dat in de jaren negentig aan de begeleidende en therapeutische taken het meest aandacht wordt geschonken.

De begeleidende taak wordt in de lesboeken gezien als een manier waarop de psychiatrisch verpleegkundige de patiënt begeleidt op weg naar zijn herstel en dat de invulling van deze taak per patiënt verschilt. Bij de begeleidende taak is het voeren van gesprekken, hierboven reeds aan bod gekomen, een belangrijk aspect.²³⁹ Bij het thema begeleiding wordt dan nog eens benadrukt hoe belangrijk vertrouwen is, en dat een goede communicatie bij het winnen van dit vertrouwen een cruciale rol speelt. Naast goed luisteren is het vooral ook belangrijk om interesse te tonen in de ervaringen en de belevingswereld van de patiënt.²⁴⁰

Naast de begeleidende taak werd eveneens uitgebreider aandacht besteed aan de therapeutische taak. Kloppenburg gaat in zijn lesboek alleen in op de theorie en een vorm van therapeutisch milieu, namelijk de sociotherapeutische leefgemeenschap.²⁴¹ Dassen en Bos & van Leeuwen gaan ook in op de begeleiding, maar richten zich daarbij minder op het creëren van een ideale omgeving, en staan meer stil bij de bijbehorende taken van de psychiatrisch verpleegkundige. Beide lesboeken beschrijven dat diagnostiek een onderdeel is van de

²³⁸ Bos en Van Leeuwen, *Psychiatrisch verpleegkunde*, 289-290 en Kloppenburg, *Verplegen in de psychiatrie*, 33-34.

²³⁹ Dassen, *Het beroep van psychiatrisch verpleegkundige*, 31 en 37 en Bos en Van Leeuwen, *Psychiatrisch verpleegkunde*, 105.

²⁴⁰ Bos en Van Leeuwen, *Psychiatrisch verpleegkunde*, 105-106.

²⁴¹ Kloppenburg, *Verplegen in de psychiatrie*, 127.

therapeutische taak.²⁴² Een verpleegkundig diagnose houdt in dat de psychiatrisch verpleegkundige beschrijft tegen welke problemen de patiënt aanloopt. Pas als dit duidelijk is, kan de psychiatrisch verpleegkundige de patiënt op een juiste wijze helpen.²⁴³ Naast de diagnostiek valt het informeren van de patiënt eveneens onder de therapeutische taak.²⁴⁴ Resocialisatie staat bij deze taak centraal.²⁴⁵

Opvallend is de introductie van een nieuwe, losstaande, taak in de jaren negentig: de coördinerende en administratieve taak. Dit is het directe gevolg van structurele veranderingen binnen de zorg, de wet Bopz en de totstandkoming van het multidisciplinair team. Door de tijd heen zijn steeds meer zorgverleners betrokken bij de zorg van een patiënt. Naast de arts en verpleegkundigen zijn nu ook andere zorgverleners, zoals de maatschappelijk werkers bij de zorg betrokken.²⁴⁶ Dit weerspiegelt zich in de lesboeken. De psychiatrisch verpleegkundige dient zich ervan bewust te zijn dat hij deel uitmaakt van een multidisciplinair team, waarbinnen hij een centrale rol speelt omdat hij onderdeel uitmaakt van de leefomgeving van de patiënten.²⁴⁷ Bij het vervullen van deze rol, komen de nodige management-skills om de hoek kijken. Daarnaast wordt van hem verwacht dat hij met de medewerkers van het multidisciplinair team hun functioneren bespreekt en moet hij op een juiste manier rapporteren.²⁴⁸

Vergeleken met de jaren tachtig is er een verschuiving van aandacht in de taken te zien. Het begeleiden van de patiënt en met name de zorg dat de patiënt weer terug kan naar de samenleving vormde een steeds belangrijker aspect binnen de taken van de psychiatrische verpleegkundige. In de jaren negentig zijn deze taken, de begeleidende en therapeutische taak, het uitgebreidst beschreven in vergelijking met de drie decennia hiervoor. Een eenduidige

²⁴² Dassen, *Het beroep van psychiatrisch verpleegkundige*, 36, 46-47 en Bos en Van Leeuwen, *Psychiatrisch verpleegkunde*, 126-129.

²⁴³ Dassen, *Het beroep van psychiatrisch verpleegkunde*, 47 en Bos en Van Leeuwen, *Psychiatrisch verpleegkunde*, 126.

²⁴⁴ Bos en Van Leeuwen, *Psychiatrisch verpleegkunde*, 128.

²⁴⁵ Kloppenburg, *Verplegen in de psychiatrie*, 127.

²⁴⁶ Bos en Van Leeuwen, *Psychiatrisch verpleegkunde*, 132.

²⁴⁷ Dassen, *Het beroep van psychiatrisch verpleegkundige*, 32-33.

²⁴⁸ Bos en van Leeuwen, *Psychiatrisch verpleegkunde*, 136.

verklaring voor deze ontwikkeling is moeilijk te geven, maar lijkt te corresponderen met een algemene ontwikkeling waarbij de patiënt steeds meer centraal wordt gesteld als persoon in plaats van zijn ziekte. Verder is de ontwikkeling te zien dat in de jaren negentig meer disciplines verantwoordelijk waren voor de patiënt. Daarnaast benoemen alle lesboeken ook dat het leefklimaat zo optimaal mogelijk moet zijn voor de patiënt zodat hij weer zelfstandig kan worden.²⁴⁹

3.2.2 Omgang met agressie

Maar wat zeggen de lesboeken nu precies over agressie? Eerst zal worden ingegaan op de vraag of de lesboeken een beschrijving geven van agressie. Afsluitend wordt besproken in hoeverre de lesboeken handvatten aanreiken voor de preventie van en het omgaan met agressie.

Zoals de praktijkbeschrijvingen in deze scriptie duidelijk maken, kan het voorkomen dat, wanneer een situatie escaleert, de betrokkenen overgaan tot het vertonen van agressief gedrag. Wat hieronder in de lesboeken wordt verstaan verschilt, zoals we hebben gezien. In de jaren zestig en zeventig werd geen beschrijving gegeven van agressie. Verschillende lesboeken uit de jaren tachtig gaven wel een beschrijving. Het werd gezien als een opgebouwde spanning die eruit moest. In de jaren negentig worden in drie van de vier lesboeken een hoofdstuk besteed aan agressie.

Het is veelzeggend dat in alle behandelde lesboeken voor deze periode een uitgebreide beschrijving van agressie wordt gegeven. Uit deze beschrijvingen komen verschillende punten naar voren. Alle drie de beschrijvingen geven aan dat agressie schade kan opleveren aan de patiënt zelf of aan een ander. Daarnaast dat agressie zowel fysiek als psychisch kan zijn.²⁵⁰ De lesboeken van Van Achterberg en Bos & van Leeuwen differentiëren agressie nog wat meer

²⁴⁹ Kloppenburg, *Verplegen in de psychiatrie*, 125, 128 en Achterberg, Eliens en Strijdbol, *Effectief verplegen*, 32-33.

²⁵⁰ Kloppenburg, *Verplegen in de Psychiatrie*, 49 en Van Achterberg, Eliens en Strijdbol, *Effectief verplegen*, 61 en Bos en van Leeuwen, *Psychiatrisch verpleegkunde*, 249.

door verschillende vormen van agressie te benoemen en aan te geven waar agressie zich op kan richten. Agressie hoeft niet altijd op een fysieke manier tot uiting te komen. Zo maakt Van Achterberg maakt onderscheid tussen verbale agressie, bedreiging, fysieke agressie en agressie richting objecten. Bos & van Leeuwen categoriseren vormen van agressie als ‘passief’ of ‘actief’.²⁵¹ Van Achterberg geeft aan dat de psychiatrisch verpleegkundige niet, zoals vroeger, er maar vanuit moet gaan dat hij te maken gaat krijgen met agressie. Dat zou zorgen voor een verkeerde instelling waardoor de psychiatrisch verpleegkundige meer zou accepteren van een agressieve patiënt dan nodig is.²⁵²

Naast de beschrijving van agressie gaan de lesboeken van Bos & van Leeuwen en Van Achterberg uitgebreid in op hoe een escalatie van de situatie kan worden voorkomen. Zij besteedden dus vooral aandacht aan de-escalatie. De psychiatrisch verpleegkundige moet op drie aspecten letten wanneer sprake is van een situatie die mogelijk kan gaan escaleren tot een situatie waarbij agressie wordt toegepast. Deze drie aspecten zijn de houding, de bejegeningstijl van de patiënt en de beïnvloedingsstrategieën.

Door te letten op de houding, de basishouding, kan de psychiatrisch verpleegkundige de gespannen situatie mogelijk relativeren en onder controle houden. De basishouding kan namelijk de psychiatrisch verpleegkundige houvast geven. Rust voert daarbij de boventoon en zo kan de psychiatrisch verpleegkundige op dat moment een afweging maken wat het beste is voor de patiënt.²⁵³ Terugvallen op de basishouding kan hem vertrouwen geven zodat hij zich niet door angst laat leiden.

Het tweede aspect zijn de bejegeningstijlen. Dit is de wijze waarop een psychiatrisch verpleegkundige de patiënt benadert en aanspreekt.²⁵⁴ Iedere psychiatrisch verpleegkundige

²⁵¹ Bos en van Leeuwen, *Psychiatrisch verpleegkunde*, 249.

²⁵² Van Achterberg, Eliens en Strijdbol, *Effectief verplegen*, 62.

²⁵³ Ibidem, 72-73 en Bos en Van Leeuwen, *Psychiatrisch verpleegkunde*, 255.

²⁵⁴ Ibidem.

doet dit anders. Het is aan de psychiatrisch verpleegkundige om te kunnen switchen tussen verschillende bejegeningstijlen, ook al ligt een bepaalde bejegeningstijl hem niet.

Het derde en laatste aspect waar de psychiatrisch verpleegkundige op moet letten zijn de beïnvloedingsstrategieën. Dit houdt in dat in een bepaalde situatie de psychiatrisch verpleegkundige de desbetreffende situatie wil beïnvloeden. De psychiatrisch verpleegkundige kan vier verschillende beïnvloedingsstrategieën gebruiken, namelijk ‘open overleg, onderhandelen, overtuigen en afdwingen’.²⁵⁵ Per situatie moet gekeken worden welke beïnvloedingsstrategieën het best zou werken. Deze vier beïnvloedingsstrategieën volgen elkaar op. Het begint bij open overleg waar nog veel mogelijk is tot afdwingen waar de patiënt niets in te brengen heeft.²⁵⁶

Bij al deze toepassingen gaat het om preventie. Dat agressie voorkomt, binnen en buiten de psychiatrie, wordt erkend, maar het is de zaak om agressie niet te beschouwen als iets dat inherent is aan werken in de psychiatrische zorg.²⁵⁷ Het lesboek van Van Achterberg gaat hier wat meer op in. De psychiatrisch verpleegkundige moet er niet bij voorbaat al vanuit gaan dat hij te maken gaat krijgen met agressie. Die mentaliteit is ongewenst, want het kan betekenen dat hij meer grensoverschrijdend gedrag tolereert van de patiënt dan zou moeten.²⁵⁸

We hebben hier te maken met een belangrijke verandering ten opzichte van de jaren zestig, zeventig en tachtig. De lesboeken geven de psychiatrisch verpleegkundige veel meer informatie dan in de voorgaande jaren over agressie, de omgang hiermee en het voorkomen van deze situaties. Met name op het voorkomen, de preventie, wordt nadruk gelegd in de lesboeken uit de jaren negentig.

Dat preventie echter niet altijd werkt, moeten ook de lesboeken erkennen. Wanneer de preventieve maatregelen niet helpen, kan de psychiatrisch verpleegkundige nog proberen om

²⁵⁵ Van Achterberg, Eliens en Strijdbol, *Effectief verplegen*, 74.

²⁵⁶ Ibidem., 75-76.

²⁵⁷ Ibidem, 77 en Bos en Van Leeuwen, 247.

²⁵⁸ Van Achterberg, Eliens en Strijdbol, *Effectief verplegen*, 62.

de agressieve patiënt af te leiden door middel van bijvoorbeeld humor.²⁵⁹ Als ook dat niet helpt en de veiligheid in het geding komt, schrijven de lesboeken twee manieren van ingrijpen voor. Deze interventies richten zich ofwel op het beperken van de vrijheid van de patiënt, ofwel op de toepassing van middelen of maatregelen.²⁶⁰

De eerste interventie betreft het beperken van de vrijheid van de patiënt. Het lesboek van Van Achterberg geeft hieraan de volgende definitie: ‘De patiënt worden bepaalde vrijheden ontnomen, omdat de grens tussen gewenst en ongewenst gedrag gepasseerd is’.²⁶¹ Het doel van deze interventie is om voor veiligheid te zorgen. Een vrijheidsbeperkende maatregel kan zijn om de patiënt op zijn kamer te laten blijven zitten of continue te observeren of te bepalen dat hij geen of minder bezoek mag ontvangen.²⁶²

De tweede interventie is het toepassen van middelen en maatregelen. Wat hieronder wordt verstaan is het volgende: ‘Toepassen van middelen en maatregelen tegen de wil van de patiënt, die als zodanig geregistreerd zijn en bij de Inspectie gemeld moeten worden, en waarvoor toestemming van een arts vereist is’.²⁶³ Het doel van deze interventie is hetzelfde als bij de eerste interventie, namelijk zorgen voor veiligheid, zowel voor de patiënt als de omgeving. Daarnaast wordt door deze interventie gehoopt dat de spanning bij de patiënt, en de factoren die ervoor zorgden dat hij agressief gedrag vertoont, afnemen. Voor het toepassen van deze interventie geldt dat de wettelijke regels in acht worden genomen. Deze zijn geregeld in de wet Bopz.²⁶⁴ Onder het toepassen van middelen en maatregelen vallen vijf acties die een psychiatrisch verpleegkundige kan toepassen, namelijk afzondering, separatie, fixatie, gedwongen medicatie en gedwongen voeding. Zowel Bos en Van Leeuwen als Achterberg gaan in op separatie en leggen uit wat dit inhoudt. In beide lesboeken wordt uiteengezet dat de

²⁵⁹ Bos en Van Leeuwen, *Psychiatrisch verpleegkunde*, 255.

²⁶⁰ Van Achterberg, Eliens en Strijdbol, *Effectief verplegen*, 77

²⁶¹ Ibidem, 82.

²⁶² Ibidem, 82-84.

²⁶³ Ibidem, 85.

²⁶⁴ Ibidem, 84-85.

psychiatrisch verpleegkundige moet letten op zijn houding en de patiënt op een respectvolle manier moet behandelen. Daarnaast geven de twee lesboeken aan dat de psychiatrisch verpleegkundige de patiënt duidelijkheid moet geven. Hij moet de patiënt informeren waarom hij is gesepareerd en aangeven wanneer de patiënt uit de separeer kan komen.²⁶⁵

Normaalgesproken moet een dwangbehandeling in het behandelplan van de patiënt staan, als het niet in een behandelplan staat, moet er sprake zijn van een noodsituatie en pas dan wordt gesproken over een middel en maatregel in een noodsituatie. In de lesboeken komt naar oren dat het van vooropgesteld belang is dat bij deze interventie de wettelijke regels in acht worden genomen. Dit is een direct verwijzing naar de wet Bopz.²⁶⁶

In alle lesboeken wordt het belang van evaluatie benadrukt. Alle drie de lesboeken beklemtonen dat nadat één van de bovenstaande interventie is toegepast, het belangrijk is om met elkaar te bespreken wat er is gebeurd en hoe er gehandeld is.²⁶⁷ Het kan voorkomen dat in de praktijk de psychiatrisch verpleegkundige niet een goede inschatting kan maken welke handeling op dat moment het beste zou zijn.²⁶⁸ De nabespreking in het team is daarom van belang zodat er van elkaar geleerd kan worden, dat ze elkaar kunnen steunen en dat er vertrouwen is binnen het team.²⁶⁹ Eén lesboek geeft een stappenplan voor de evaluatie.²⁷⁰ Van Achterberg beschrijft dat evalueren belangrijk is voor zowel de psychiatrisch verpleegkundige, de patiënt als ook voor de medepatiënten.²⁷¹

Wat overeenkomt met de lesboeken uit de jaren zestig, zeventig, tachtig en de jaren negentig is dat in de lesboeken wordt beschreven dat het in de praktijk anders kan uitpakken en dat er geen concreet stappenplan is voor elke situatie en patiënt.

²⁶⁵ Van Achterberg, Eliens en Strijdbol, *Effectief verplegen*, 85-86 en Bos en Van Leeuwen, *Psychiatrische verpleegkunde*, 116-117.

²⁶⁶ Van Achterberg, 84-85.

²⁶⁷ Ibidem, 86 en Bos en Van Leeuwen, *Psychiatrisch verpleegkunde*, 117-119, 134 en Kloppenburg, *Verplegen in de Psychiatrie*, 55.

²⁶⁸ Van Achterberg, Eliens en Strijdbol, *Effectief verplegen*, 88.

²⁶⁹ Kloppenburg, *Verplegen in de Psychiatrie*, 55.

²⁷⁰ Van Achterberg, Eliens en Strijdbol, *Effectief verplegen*, 87.

²⁷¹ Ibidem, 87-88 en Bos en Van Leeuwen, *Psychiatrisch verpleegkunde*, 119.

Wat opvalt is dat de lesboeken uit de jaren negentig uitgebreider ingaan op het onderwerp agressie en dat er nadruk wordt gelegd op de preventieve maatregelen. Het is van belang dat de psychiatisch verpleegkundige de situatie eerst probeert te de-escaleren. De lesboeken geven verschillende manieren mee om dit te kunnen bewerkstelligen. Maar mocht de situatie escaleren, dan geven de lesboeken informatie over de mogelijke interventies van de psychiatisch verpleegkundige. Een tweede punt dat hierbij opvallend is, is dat de lesboeken beschrijven dat wanneer de psychiatisch verpleegkundige een dwangmaatregel moet toepassen, hij deze daarna moet evalueren met zijn team. Op deze manier kan hij reflecteren op zijn handelen en hiervan leren. Dat de lesboeken veel aandacht besteden aan de omgang met agressie kan worden gelinkt aan de wet Bopz. Door de nieuwe wetgeving, kwamen er nieuwe regels omtrent de toepassing van dwang.

3.3 Observaties uit de historische praktijk

Tot zover de norm zoals die in de lesboeken aan de psychiatisch verpleegkundigen in opleiding werd meegegeven. In deze paragraaf wordt beschreven wat in de jaren negentig gangbaar was binnen de instellingen. Wordt in de praktijk nadruk gelegd op dezelfde taken en houdingsaspecten als in de lesboeken? Hiervoor worden verschillende bronnen gebruikt. Een onderzoek van het Trimbos Instituut wordt als bron gebruikt. Het Trimbos Instituut heeft in 1997 een onderzoek onder psychiatisch verpleegkundige uitgevoerd. Dit onderzoek bestond uit drie aspecten, namelijk een enquête, ingevuld door 3000 psychiatisch verpleegkundigen, groepsgesprekken met psychiatisch verpleegkundigen maar ook met werkgevers en vertegenwoordigers van de opleiding en overheid een literatuurstudie.²⁷²

²⁷² L. Neijmeijer e.a., *Beroep: psychiatisch verpleegkundige. Een verkennend onderzoek naar persoon, werk en werkplek van verpleegkundigen in de geestelijke gezondheidszorg* (Utrecht 1997), 12.

Daarnaast worden twee andere bronnen gebruikt, namelijk de interviews uit het boek *Opgenomen* door Paul Witteman en het rapport van het Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Gezondheidszorg (Nivel) naar de kwaliteit en kwaliteitsmethoden van verzorgenden en verpleegkundigen.²⁷³ Voor de omgang met dwang en agressie wordt het onderzoek *Agressie in de psychiatrie* van Ella Broers en Jacomine de Lange uit 1996 als bron gebruikt. Zij hebben in vier verschillende algemeen psychiatrisch ziekenhuizen onderzoek gedaan. Zij hielden interviews met patiënten, psychiatrisch verpleegkundigen en afdelingshoofden.²⁷⁴ Aanvullende bronnen zijn artikelen uit het Maandblad Geestelijke volksgezondheid (MGv) en een evaluatierapport van de wet Bopz in de Kinder- en Jeugdpsychiatrie uit 1996. In de jaren negentig is veel onderzoek gedaan op dit onderwerp. Dit was ook zichtbaar in de lesboeken, waar in de jaren negentig uitgebreider over de omgang met agressie en dwang werd geschreven.

In de jaren negentig kreeg de biologische psychiatrie meer aandacht onder de professionals in de psychiatrie. In de praktijk kwam dit gedeeltelijk naar voren. Uit de enquête bleek dat in de praktijk het meest gebruikte referentiekader het sociaal-psychiatrisch kader was, en als tweede of derde kader het biologisch-psychiatrisch kader.²⁷⁵

De psychiatrisch verpleegkundigen hebben in het onderzoek van het Trimbos Instituut aangegeven dat zij in de praktijk de meeste tijd kwijt waren aan de begeleidende en therapeutische taken.²⁷⁶ Voor beide taken gaven zij aan dat, in overeenstemming met wat hun in de lesboeken werd bijgebracht, dat gespreksvoering een belangrijk aspect was van deze taken. Door gesprekken te voeren, kon de relatie tussen de patiënt en psychiatrisch verpleegkundige groeien, evenals het vertrouwen tussen hen beide. De psychiatrisch verpleegkundigen waren van mening dat een goede relatie en wederzijds vertrouwen belangrijk

²⁷³ Marieke Speet, Emmy Sluijs, Cordula Wagner, *Toepassing van kwaliteitsmethoden door verpleegkundigen en verzorgenden*, (Utrecht 2002).

²⁷⁴ E. Broers, J. De Lange, *Agressie in de psychiatrie. Agressie tussen patiënten en verpleegkundigen op gesloten afdelingen* (Utrecht 1996) 283.

²⁷⁵ L. Neijmeijer e.a., *Beroep: psychiatrisch verpleegkundige*, 48, 73, 189.

²⁷⁶ *Ibidem*, 47, 71, 145.

waren om de patiënt te kunnen helpen. Dit komt ook naar voren in de lesboeken. Om de patiënt goed te kunnen helpen, moest de psychiatrisch verpleegkundige weten wat er gaande was bij de patiënt. Hierbij speelde de houding van de psychiatrisch verpleegkundige een belangrijke rol. De psychiatrisch verpleegkundige moest naast de patiënt staan, de patiënt het vertrouwen geven dat hij er voor de patiënt was. Alleen op deze manier kon de psychiatrisch verpleegkundige de patiënt helpen op weg naar zijn herstel, zelfstandigheid en terugkeer naar de maatschappij. In de praktijk kwam naar voren dat deze houding, het naast de patiënt staan, dagelijks werd toegepast door de psychiatrisch verpleegkundigen.²⁷⁷ Theorie en praktijk kwamen op dit punt dus overeen.

Bij het uitvoeren van deze taken kwamen psychiatrisch verpleegkundigen ook in de jaren negentig op de werkvloer nog regelmatig in aanraking met geweld, zo blijkt uit de bronnen. Ondanks de preventie strategieën die hun in de lesboeken werden aangeleerd, maakten agressie en dwang ook in de jaren negentig nog altijd een vast onderdeel uit van de praktijk. Als oorzaak hiervoor werd door de hulpverleners de onduidelijkheid over het gebruik van dwang opgegeven.²⁷⁸ Deze onduidelijkheid zou met name liggen in het moeilijke onderscheid tussen dwangbehandeling en het toepassen van middelen en maatregelen in een noodsituatie. Uit verschillende gesprekken met hulpverleners kwam naar voren dat dat met regelmaat een dwangbehandeling toch een ‘middel en maatregel’ in een noodsituatie werd genoemd. Een behandelaar liet bijvoorbeeld weten dat het zijn taak was om een noodsituatie voor te zijn en dan maakte hij geen onderscheid of het nu een dwangbehandeling is of een middel en maatregel.²⁷⁹

²⁷⁷ Neijmeijer e.a., *Beroep: psychiatrisch verpleegkundige*, 51, 76 en H.J. Meillo, ‘Verpleegkundigen veranderen. Van ordebevaarder in Santpoort tot casemanager in Amsterdam’, *MGv* 46 (1991) 5, 483-497.

²⁷⁸ J. Pols, ‘Dwang en rechtvaardiging in de BOPZ: dilemma’s in de praktijk’, *MGv* 49 (1994) 6/7, 633-792, aldaar 644 en J. Legemaate, ‘Dwangtoepassing op grond van de BOPZ’, *MGv* 49, (1994) 6/7 710-717, aldaar 716.

²⁷⁹ NcGv, *Wet Bopz. Interne rechtspositie psychiatrie. Evaluatie interne rechtspositieregeling psychiatrische ziekenhuizen* (Rijswijk 1996) 160.

In de praktijk was het dus vaak niet duidelijk welke situatie welke strategie of aanpak vereiste. Een studie van de praktijk liet zien dat deze onduidelijkheid twee soorten reacties bij de psychiatrisch verpleegkundigen konden uitlokken. De eerste was dat de hulpverleners bang waren om dwang toe te passen en daardoor te veel accepteerden van een patiënt. Een tweede reactie kon zijn dat hulpverleners zich wilden indekken en alles wat eventueel bij een behandeling in de toekomst nodig kon zijn aan dwangbehandelingen al bij voorbaat in het behandelplan zetten.

Uit het onderzoek van Broers en De Lange bleek eveneens dat hulpverleners de regels omtrent middelen en maatregelen en vrijheidsbeperkingen niet nauw volgden. Als reden hiervoor wordt gegeven dat door vrijheidsbeperkingen of middelen en maatregelen toe te passen, de psychiatrisch verpleegkundigen de patiënt in de gaten kon houden.²⁸⁰

Uit de studie van de praktijk bleek verder dat open overleg als beïnvloedingsstrategie door sommige psychiatrisch verpleegkundigen als te vrijblijvend werd gezien, omdat reacties niet konden worden afgedwongen. Daarom werd door sommige psychiatrisch verpleegkundige ‘open overleg’ aangepast door de patiënt adviezen te geven hoe om te gaan met zijn gedrag, de patiënt werd dan al meer in een bepaalde richting gestuurd zonder dat zelf te bepalen.²⁸¹ Daarnaast kwam uit het onderzoek naar voren dat in de praktijk het onderhandelen tussen de patiënt en psychiatrisch verpleegkundige beter kan. Broers en De Lange gaven dan ook als aanbeveling om de psychiatrisch verpleegkundigen, alsook de patiënten, een onderhandelingsvaardigheidstraining te laten volgen.²⁸²

²⁸⁰ Broers en De Lange, *Agressie in de psychiatrie*, 193.

²⁸¹ *Ibidem*, 136-137.

²⁸² *Ibidem*, 141 en 148.

3.4 Conclusie

In de jaren negentig werd het werk van de psychiatrisch verpleegkundige uitgebreid wat betreft de verschillende taken. De nadruk kwam hierbij nog meer te liggen op de begeleidende en therapeutische taken. Dit is zowel in de praktijk als in de lesboeken goed zichtbaar. Er werd uitvoeriger ingegaan op wat de begeleidende en therapeutische taken inhielden. Wat eveneens in de lesboeken als in de praktijk zichtbaar was, was de noodzaak van het de-escaleren van een gespannen situatie. Het draaide met name om preventieve maatregelen. De psychiatrisch verpleegkundige kon de situatie laten de-escaleren door nog beter op zijn houding te letten, de patiënt op een goede manier te bejegenen en door de situatie te beïnvloeden door in gesprek te gaan met de patiënt over zijn gedrag.

Mocht het toch uit de hand lopen, dan had de psychiatrisch verpleegkundige beschikking over vrijheidsbeperkende maatregelen, het toepassen van ‘middelen en maatregelen’ of dwangmaatregelen. In de lesboeken wordt duidelijk het verschil tussen vrijheidsbeperkende, middelen en maatregelen en dwangmiddelen uiteengezet. In de praktijk bleek dit echter niet altijd duidelijk te zijn geweest.

Concluderend is opvallend, dat in de jaren negentig veel meer over agressie en dwang is geschreven dan in de voorgaande decennia. Dit geldt zowel voor de lesboeken als ook voor de andere publicaties. Dit past goed binnen de context van de wet Bopz die in de jaren negentig is ingevoerd. Door de invoering van de wet Bopz is de regelgeving omtrent dwangmaatregelen en vrijheidsbeperkingen duidelijker geworden. De patiënt is beter beschermd in de wet Bopz en heeft meer rechten dan eerst.

De onderzochte lesboeken uit de jaren negentig besteedden aandacht aan de algemene taken, de omgang met agressie en met name de voorkoming ervan. De psychiatrisch verpleegkundige heeft de theorie meegekregen om een situatie te laten de-escaleren en hij heeft de kennis om op een juiste manier in te grijpen wanneer er sprake is van agressie. De

psychiatrisch verpleegkundige deed in de jaren negentig veel theoretische kennis op. Hij werd op veel verschillende situaties voorbereid.

Vergeleken met de voorgaande decennia werd de psychiatrisch verpleegkundige in de jaren negentig beter voorbereid op de omgang met agressie en het toepassen van dwangmaatregelen. Daarnaast is het opvallend dat de lesboeken aandacht hadden voor de situatie nadat er sprake was van agressie. De psychiatrisch verpleegkundige werd aangeraden om de desbetreffende situatie te evalueren. Niet alleen onderling, maar ook met de patiënt en de omstanders. Dit werd nieuw genoemd in de lesboeken.

Conclusie

Deze scriptie is begonnen met de constatering dat uit het eindrapport van Commissie De Winter en uit de enquête van *Nursing* was gebleken dat er in de psychiatrie nog geregeld sprake is van geweld en dat het gebruik van dwangmaatregelen zou kunnen dalen, wanneer de psychiatrisch verpleegkundigen beter op geweldincidenten voorbereid zouden zijn – betere scholing zou nodig zijn, zo suggereerde niet alleen De Winter, maar ook Van Mierlo. Commissie De Winter gaf aan dat het nodig was om onderzoek te doen naar de lesboeken van verpleegkundigen om vast te stellen in hoeverre het lesmateriaal invloed gehad zou kunnen hebben op de omgang met geweld en het toepassen van dwangmaatregelen.

In deze scriptie is aan deze aanbeveling gehoor gegeven door lesboeken voor de periode voor de jaren zestig tot en met de jaren negentig te selecteren, te bestuderen en in een context te plaatsen. Daarbij stond de volgende vraag centraal: ‘Welke ontwikkeling in de verhouding tussen verpleegkundigen en patiënt binnen de psychiatrie is zichtbaar in de lesboeken in het bijzonder waar het gaat om agressie en geweld in Nederland in de periode 1960-2000?’

Het is direct opgevallen dat de zienswijzen over de omgang met agressie en geweld door de jaren heen zijn veranderd. Veranderingen in de lesboeken spiegelde wat dit betreft de veranderende maatschappelijke, psychiatrische en wetenschappelijke inzichten, zij het met een bepaalde vertragingen, en correleerden met veranderingen binnen de praktijk van de GGZ. De resultaten ten aanzien van de lesboeken en de praktijk zullen hier, ter beantwoording van de hoofdvraag worden weergegeven.

Uit dit onderzoek komt naar voren dat door de jaren heen de psychiatrisch verpleegkundigen beter werden voorbereid op hun werk. Dit geldt zowel voor de omgangsverhouding als de omgang met agressie en geweld. De patiënt werd door de jaren heen steeds meer centraal gesteld. In de jaren zestig en zeventig werd aangeduid dat de patiënt gezien moest worden als mens, maar in de jaren tachtig en negentig werd hier uitgebreider op ingegaan.

De psychiatisch verpleegkundige moest zich bewuster zijn van zijn houding tegenover de patiënt. Vervolgens komt uit de lesboeken van de jaren tachtig en negentig naar voren dat er steeds meer nadruk werd gelegd op de eigen verantwoordelijkheid van de patiënt. De psychiatisch verpleegkundige helpt de patiënt alleen wanneer dat echt nodig is. Dit komt overeen met de praktijk, zij het dat in de praktijk in de jaren zestig en zeventig deze verschuiving al zichtbaar was in sommige instellingen. Ook was dit te zien in de ontwikkelingen binnen de psychiatrie waar de patiëntenrechten belangrijker werden.

Wat betreft de basistaken is er door de jaren heen ook een ontwikkeling te zien. Het takenpakket werd breder. Waar eerst in de jaren zestig en zeventig alleen de verzorgende, verpleegtechnisch/medische en begeleidende taken centraal stonden, kwamen daar in de loop der jaren steeds meer taken bij. Zo werd in de jaren tachtig de therapeutische taak steeds belangrijker en in de jaren negentig kwam hier de coördinerende en administratieve taak bij. Door de nieuwe wet Bopz en het ontstaan van multidisciplinaire teams kwam er meer administratief werk bij kijken.

De verschuiving van aandacht, van verzorgende en verpleegtechnisch/medische taken naar meer begeleidende en therapeutische taken, lijkt gerelateerd aan veranderingen in het denken over de manier waarop naar de patiënt werd gekeken en hoe hem te helpen. Door meer verantwoordelijkheid te leggen bij de patiënt, nam de verzorgende en verpleegtechnisch/medische taak af. Het is duidelijk dat er, daarvoor in de plaats, steeds meer nadruk werd gelegd op de terugkeer naar de maatschappij. Hierbij waren de begeleidende en therapeutische taken belangrijker geworden in het takenpakket van de psychiatisch verpleegkundige.

In de praktijk is de toegenomen eigen verantwoordelijkheid van de patiënt ook terug te zien. In sommige instellingen in de jaren zestig en zeventig konden de patiënten zelf bepalen of ze bij een programmaonderdeel aanwezig wilden zijn of niet. De patiënt is een zelfstandig

persoon. Hij maakt zijn eigen keuzes. Op sommige afdelingen, waar dat mogelijk was, werden de patiënten daarom zelf verantwoordelijk voor het innemen van hun eigen medicijnen.

Net zoals de beschrijvingen van de omgangsverhouding met de patiënt en van de basistaken, zijn de beschrijvingen van de omgang met agressie en geweld door de jaren uitgebreider geworden in de lesboeken. In de jaren zestig en zeventig werden in slechts twee lesboeken een korte beschrijving gegeven van agressie. In de jaren tachtig werden er veel uitvoeriger beschrijvingen gegeven van agressie. In de jaren negentig was hier eveneens ruime aandacht voor en kwam agressie in elk lesboek naar voren.

Waar in de jaren zeventig een lesboek nog beschrijft dat psychiatrische patiënten vaker agressief gedrag vertonen dan niet psychiatrische patiënten en daarmee suggereert dat je als psychiatrisch verpleegkundige vaak in aanraking komt met agressieve patiënten, wordt in de jaren negentig in een lesboek deze houding niet juist gevonden en wordt beschreven dat deze instelling niet meer van die tijd is. Het is daarom frappant dat juist in de jaren zestig en zeventig zeer weinig staat geschreven over agressie en de omgang hiermee. Daarmee contrasterend gaan juist de lesboeken uit de jaren negentig in op het feit dat de psychiatrisch verpleegkundigen een gespannen situatie moeten de-escaleren en geven de boeken aan hoe precies dit te bewerkstelligen middels protocollen en stappenplannen. Wel wordt duidelijk dat de lesboeken meer waarde hechten aan preventie dan aan het oplossen van geweldsincidenten. In vergelijking met de jaren zestig, zeventig en tachtig is dit nieuw. Dit kan te maken hebben door de invoering van de wet Bopz in 1994. Deze wet liet alleen dwang toe wanneer het in het behandelplan was opgenomen of wanneer er sprake was van een noodsituatie.

Wanneer in meer detail gekeken wordt naar de wijze van omgang met agressie en geweld, valt nog iets anders op. In de jaren tachtig werd hier meer over geschreven dan in de jaren zestig en zeventig. Echter, in de jaren tachtig ontbrak het bij beschrijving van de omgang met agressie en geweld wel aan voorbeelden en aan richtlijnen voor handelingen. Het werd

nooit concreet. Het is opvallend dat er in deze decennia weinig werd geschreven over de omgang met agressie en de manier van handelen, aangezien in de jaren zeventig discussies werden gevoerd over de rechten van de patiënt, en daarmee ook over het toepassen van dwangmiddelen. Als reden dat er geen concrete handelingen en voorbeelden werden genoemd in de lesboeken uit de jaren tachtig, werden in de lesboeken genoemd dat in de praktijk alles anders kan uitpakken.

Zoals aangegeven, werden er in de jaren negentig juist wel concrete handelingen gegeven ter de-escalatie en preventie van agressie en geweld. Hierdoor kregen de psychiatrisch verpleegkundigen niet alleen theoretische kennis over agressie, maar ook praktische tips en handelingen mee.

Tot slot, mijn onderzoek kan worden gezien als een reactie op het onderzoek van Commissie De Winter. Mijn onderzoek bevestigt de suggestie van De Winter en Van Mierlo dat verschillende generaties verplegend personeel niet adequaat op agressie en geweld in de zorg werden voorbereid. In de jaren negentig treedt er hier echter wel een positieve verandering in op en werden psychiatrisch verpleegkunde, althans in theorie, beter voorbereid dan de psychiatrisch verpleegkundigen uit de jaren zestig, zeventig en tachtig. In de jaren negentig werden de taken, de omgangsverhouding, agressie en de omgang daarmee, uitgebreider beschreven.

Ook aan het einde van dit onderzoek zijn er uiteraard aanbevelingen te doen voor verdergaand onderzoek. Dit onderzoek is uitgevoerd om een historische ontwikkeling bloot te leggen die aan de huidige situatie ten grondslag ligt. Een analyse van de huidige situatie zelf, ten aanzien van de geweldspreventie en omgang met agressie in de zorg, en hoe hierover in de opleiding wordt gesproken, valt buiten deze studie. Een breed opgezet interdisciplinair onderzoek naar deze actualiteit lijkt dan ook zinvol. Zijn er nieuwe ontwikkelingen gaande? Zijn er alternatieven voor de psychiatrisch verpleegkundigen om op de hoogte te blijven van de

nieuwe ontwikkelingen? Door de komst van internet, en daarmee sociale media, hebben de psychiatrisch verpleegkundigen een eigen platform gekregen om hun mening over hun opleiding en beroep te delen. Hierdoor is het voor onderzoekers beter mogelijk om een beeld te krijgen van de praktijk dan gedurende de tijdsperiode van dit onderzoek. Door te onderzoeken of de huidige lesboeken die thans worden gebruikt beter aansluiten op deze praktijk, kunnen de psychiatrisch verpleegkundigen nog beter worden voorbereid op hun belangrijke werk.

Literatuurlijst

Afkortingen

MGv Maandblad Geestelijke volksgezondheid

Ntvg Nederlands tijdschrift voor geneeskunde

TvP Tijdschrift voor Psychiatrie

Literatuur

AA, Edwin van der, 'Polsbandjes en houdgreep mogelijk bij dwangzorg psychische patiënt', *Algemeen Dagblad* (versie 14 augustus 2019), <https://www.ad.nl/politiek/polsbandjes-en-houdgreep-mogelijk-bij-dwangzorg-psychische-patiënt-a7de9db5/> (19 oktober 2020).

Abma, Ruud en Ido Weijers, *Met gezag en deskundigheid. De historie van het beroep psychiater in Nederland* (Amsterdam 2005).

Achterberg, Th. Van, A.M. Eliens en N.C.M. Strijdbol, *Effectief verplegen. Leerboek ter onderbouwing van het verpleegkundig handelen* (Dwingeloo 1999).

Anstadt, Sera, *Al mijn vrienden zijn gek. De dagen van een schizofrene jongen* (Den Haag 1983).

Bakker, Catharina Th., Timo Bolt en Joost Vijselaar, *Haalbaarheid van onderzoek naar geweld in de jeugd-GGZ* (2017).

Begeleidingscommissie, *Conclusie en aanbevelingen van de begeleidingscommissie. Deel 10* (Den Haag maart 2002).

Berg, A. van den, J. Klungers en C. aan de Stegge, *Functieprofiel psychiatrisch verpleegkundige* (Dwingeloo 1997).

Binneveld, J.M.W., M.J. van Lieburg, 'De eerste psychiatrische revolutie in Nederland: een revolutie die niemand wilde', *TvP* 20 (1978) 1, 517-534, https://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/assets/articles/articles_2720pdf.pdf (15 januari 2021).

Blok, Gemma, *Baas in eigen brein. 'Antipsychiatrie' in Nederland, 1965-1985* (Amsterdam 2004).

Blommaert, Debby, 'Verplegen leer je in de praktijk, maar waar is die gebleven in het onderwijs?', *Trouw* (versie 17 juni 2019), <https://www.trouw.nl/nieuws/verplegen-leer-je-in-de-praktijk-maar-waar-is-die-gebleven-in-het-onderwijs~b0f5d09e/> (17 januari 2021).

Borgesius, Els, Jacomine de Lange, Marianne Donker, *Dilemma's in de B* (Utrecht 1989).

Bos, A. en R.R. van Leeuwen, *Psychiatrisch verpleegkunde. Het verplegen van patiënten met een verstoord functioneren* (Leiden 1992).

Bos, Wammes, 'In een inrichting genees je niet', *NRC* (versie 13 februari 1999), <https://www.nrc.nl/nieuws/1999/02/13/in-een-inrichting-genees-je-niet-7435123-a1236013> (28 oktober 2019).

Bouma, Kaya en Charlotte Huisman, 'Hoe de jeugdzorg de isoleercel overbodig probeert te maken', *de Volkskrant* (22 augustus 2019), <https://www.volkskrant.nl/kijkverder/v/2019/hoe-de-jeugdzorg-de-isoleercel-overbodig-probeert-te-maken/> (19-10-2020).

Brill, Willy, 'Mijn dochter en de psychiatrie', *MGV* 34 (november 1979) 738-744.

Broers, E. en J. De Lange, *Agressie in de psychiatrie. Agressie tussen patiënten en verpleegkundigen op gesloten afdelingen* (Utrecht 1996).

Canon Verpleegkunde, '1972 hoger beroepsonderwijs in de verpleegkunde', <https://www.canonverpleegkunde.nl/canon/hoger-beroepsonderwijs-1972/> (7 november 2018).

Centraal Bureau voor de Statistiek, '50 jaar Mamoetwet: bijna iedereen gaat nu naar school' (versie 5 oktober 2018), <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2018/40/50-jaar-mamoetwet-bijna-iedereen-gaat-nu-naar-school> (28 oktober 2020).

Cohen Stuart, M.H. e.a., *Verpleegkundige lessen diploma B* (Lochem 1974).

Commissie Kwalificatiestructuur, *Gekwalificeerd voor de toekomst. Kwalificatiestructuur en eindtermen voor Verpleging en Verzorging* (Zoetermeer/Rijswijk 1996).

Commissie Onderzoek naar Geweld in de Jeugdzorg, *Onvoldoende beschermd. Geweld in Nederlandse jeugdzorg van 1945 tot heden* (2019).

Commissie Onderzoek naar Geweld in de Jeugdzorg, *Sector- en themastudies. Onvoldoende beschermd. Geweld in Nederlandse jeugdzorg van 1945 tot heden* (2019).

Dassen, Theo, *Het beroep van psychiatrisch verpleegkundige. Over het verplegen in het psychiatrisch centrum* (Nijkerk 1990).

Duivesteijn-Ockeloen, Koos, *Op zoek naar de 'totale mens'. Taak, verantwoordelijkheid en identiteit van de verpleegkunde in Nederland 1955-1988* (Rotterdam 2016).

Eijk, P. van der, 'De grote griep in Gronings asiel', *De Tijd: Dagblad voor Nederland* 31-08-1968 (6-10-2020).

Eynde, I.E.I.M. van, 'Wegen naar een "therapeutische leefgemeenschap" voor psychiatrische patiënten', *TvP* 19 (1977) 10, 663-684.

Florence Nightingale Instituut, 'Canon', <https://www.fni.nl/canon> (29 januari 2019).

Foucault, Michel, *Folie et déraison de la folie à l'âge classique* (Parijs 1961).

Foucault, Michel, *Geschiedenis van de waanzin in de zeventiende en achttiende eeuw* (Meppel 1975).

Gijsbers van Wijk, C.M.Th., 'Dwang bedwingen of dwingen tot zorg?', *TvP* 49 (2007) 6, 357-359.

GGZ Standaarden, 'Dwang en drang', <https://www.ggzstandaarden.nl/generieke-modules/dwang-en-drang/inleiding> (8 mei 2020).

Hamel, M., 'Verpleegkundigen herkennen zich in uitslag agressie-enquête' (versie 25 augustus 2020), <https://www.nursing.nl/verpleegkundigen-reageren-instemmend-op-agressie-enquete/> (29 september 2020).

Herk, Nick van, 'Geen isoleercel in de ggz, maar juist meer contact' (versie 8 oktober 2018), <https://eenvandaag.avrotros.nl/item/geen-isoleercel-in-de-ggz-maar-juist-meer-contact/> (29-09-2020).

‘Hoogleraar psychiatrie. Agressiviteit zal nog meer toenemen’, *De Tijd: Dagblad voor Nederland* (6 oktober 2020).

Hunsche, Petra, ‘1980 Oprichting Landelijke patiënten Raden. Georganiseerde medezeggenschap van cliënten’ (versie 21 juni 2016), https://www.canonsociaalwerk.eu/nl_cbg/details.php?cps=10&canon_id=494 (5 december 2020).

Hunsche, Petra, ‘1982 Moratorium: stop nieuwbouw psychiatrie. Het Amsterdams Model: naar een psychiatrie zonder inrichting’, (versie 13 maart 2018), https://www.canonsociaalwerk.eu/nl_cbg/details.php?cps=12&canon_id=507 (24 november 2020).

Hunsche, Petra, *De strijdbare patiënt. Van gekkenbeweging tot cliënte bewustzijn. Portretten 1970-2000* (Haarlem 2008).

Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, ‘Wet bopz’, <https://www.igj.nl/onderwerpen/wetten-in-ons-toezicht/wet-bopz> (15 januari 2021).

Janzing, Clemens en Jan Kerstens, *Groepsgericht werken in een therapeutisch milieu* (Alphen aan den Rijn-Brussel 1981).

Kal, Doortje, ‘Wonen doe je niet in een psychiatrisch ziekenhuis’, *De Waarheid* (versie 20 mei 1985), https://www.canonsociaalwerk.eu/1982_Moratorium-psychiatrie/Doortje%20Kal-De%20Waarheid-1985.pdf (25 november 2020).

Klein, Marian van der, Jacques Dane, *Contextstudie: literatuur en andere bronnen over kinder- en jeugdpsychiatrie in Nederland, 1945-heden* (Utrecht 2019).

Kloppenburg, Harry, *Verplegen in de Psychiatrie* (Leiden 1993).

Kortmann, F.A.M., ‘Dwang in de psychiatrie; patiëntenrechten en beroepsethiek’, *TvP* 37 (1995) 10, https://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/assets/articles/articles_1005pdf.pdf (25 september 2020).

Kramer, F., 'De geneeskundige behandeling en de verpleging van geesteszieken van de middeleeuwen tot heden', *Groniek*, 71 (1981) 29-36, <http://rjh.ub.rug.nl/groniek/issue/view/2401> (21 maart 2019).

Kramer, F., *Psychiatrische verpleegkunde* (Lochem 1968).

Kroon, J.A.M. de, 'Boekbesprekingen algemene psychiatrie. Verward van geest en ander ongerief. Psychiatrie en geestelijke gezondheidszorg in Nederland (1870-2005). (Band I, II en III)', *Tijdschrift voor Psychiatrie* 51 (2009) 12, 908-909, <https://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/issues/419/articles/7593> (22 januari 2021).

Laan, B. van der, *Relaties: Verpleegkundige begeleiding van de psychiatrische cliënt* (Lochem 1977).

Lange, Jacomine de, Els Borgesius, *Even overdragen. Een beeld van de verpleegkundige in de psychiatrie* (Lochem 1988).

Leeuw, Marianne de, Jef Nieuwenhuis en Maria Schilt, *Van oppasser naar verpleegkundige* (Utrecht 1997).

Legemaate, J., 'De Wet Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen: rechtsbescherming of ongewenste juridisering', *Ntvg* 138 (1994) 17, 845-848, <https://www.ntvg.nl/artikelen/de-wet-bijzondere-opnemingen-psychiatrische-ziekenhuizen-rechtsbescherming-ongewenste/volledig> (15 januari 2021).

Legemaate, J., 'Dwangtoepassing op grond van de BOPZ', *MGv* 49 (1994) 6/7, 710-717.

'Lijnrecht', *de Volkskrant*, 15 maart 1966.

LinkedIn, 'profiel Clemens Janzing', <https://nl.linkedin.com/in/clemens-janzing-2669a121> (23 november 2020).

LUMC, 'Patiëntenfolder Middelen of Maatregelen in Noodsituaties' (versie 2006), <https://www.lumc.nl/patientenzorg/praktisch/patientenfolders/middelen-maatregelen-noodsituatie-psychiatrie> (12 mei 2020).

Meer, Lianne van der, 'Artikelen uit de oude doos – de auteurs blikken terug', *Nursing* (versie 19 augustus 2015), <https://www.nursing.nl/blog/de-auteurs-blikken-terug-2659865w/> (21 maart 2019).

Meillo, H.J., 'Verpleegkundigen veranderen. Van ordebewaarder in Santpoort tot casemanager in Amsterdam', *MGV* 46 (1991) 5, 483-497.

Menkhorst, R., R. Oosterom en C. Spijkerman, 'Het afschaffen van de isoleercel is mislukt', *Trouw* (versie 31 juli 2019), <https://www.trouw.nl/nieuws/het-afschaffen-van-de-isoleercel-mislukt~be5e517d/> (29 september 2020).

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 'Overgangsrecht Bopz: verlof en ontslag', <https://www.dwangindezorg.nl/overgangsrecht-bopz/documenten/publicaties/informatiepunt/documenten/bopz-pdf/verlof-en-ontslag-bopz> (6 mei 2020).

Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport, 'Wet- en regelgeving', <https://www.bigregister.nl/registratie/nederlands-diploma-registreren/wet--en-regelgeving> (13 juli 2020).

Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, *Nieuwe Nota Geestelijke Volksgezondheid*, Tweede Kamer, vergaderjaar 1983/1984, 18463 nrs. 1-2, 's-Gravenhage: Staatsuitgeverij.

Nationale Raad voor de Volksgezondheid, *Rapport in het kader van de specialisaties in de verpleegkunde betreffende 'De verpleegkundige belast met specifieke taken in de geestelijke gezondheidszorg met name in de psychiatrische hulpverlening'* (Rijswijk 1983).

NcGv, *Wet Bopz. Interne rechtspositie psychiatrie. Evaluatie interne rechtspositieregeling psychiatrische ziekenhuizen* (Rijswijk 1996).

Neijmeijer, L. e.a., *Beroep: psychiatrisch verpleegkundige. Een verkennend onderzoek naar persoon, werk en werkplek van verpleegkundigen in de geestelijke gezondheidszorg* (Utrecht 1997).

Nieland, C.J.M., L. van der Laan en P.F. Rooyackers, *Verpleegkundige lessen voor de opleiding tot het diploma-B. In goede handen* (Leiden 1969).

Oosterhuis, Harry en Marijke Gijswijt-Hofstra, *Verward van geest en ander ongerief. Psychiatrie en geestelijke gezondheidszorg in Nederland (1870-2005)* (Houten 2008).

Patiënt, *Van Dale*, <https://www.vandale.nl/gratis-woordenboek/nederlands/betekenis/patient#.YAQ7sy07EnU> (28 december 2020).

Pols, J., 'Dwang en rechtvaardiging in de BOPZ: dilemma's in de praktijk', *MGv* 49 (1994) 6/7, 633-792.

'Pompekliniek moet beveiliging voor belang patiënt stellen', *NRC*, 29 november 1974.

Praag, H.M. van, 'De plaats van de biologische psychiatrie binnen de psychiatrische wetenschappen', *Ntvg* 114 (1970) 20, 834-838, <https://www.ntvg.nl/system/files/publications/1970108340001a.pdf> (2 juli 2019).

Redl, Fritz, 'Dwang in de psychiatrie; patiëntenrechten en beroepsethiek', *TvP* 13 (1971) 1, 3-16.

Register beroepsbeoefenaren complementaire zorg en Tucht recht complementaire zorg, 'Informatieblad Verpleegkundige A, B of Z en de zorggids', <https://www.d-nfg.nl/images/Verpleegkunde%20en%20de%20zorggids.pdf> (13 november 2018).

Romme, M.A.J. e.a., 'Adres van de initiatiefgroep 'Moratorium bouw psychiatrische ziekenhuizen'', https://www.canonsociaalwerk.eu/1982_Moratorium-psychiatrie/Adres%20van%20de%20initiatiefgroep%20Moratorium%20bouw%20psychiatrischen%20ziekenhuizen.pdf (25 november 2020).

Schuur, Geuk, *Omgaan met agressie. Geweldloosheid als antwoord op een psychiatrisch probleem* (Alphen aan den Rijn/Brussel 1987).

Sesink, E.M., I.J.D. Jüngen en J.A.M. Kerstens, *De verpleegkundige in de AGZ. Specialistische verpleegkundige zorg* (Houten 2011).

Speet, Marieke, Emmy Sluijs en Cordula Wagner, *Toepassing en kwaliteitsmethoden door verpleegkundigen en verzorgenden* (Utrecht 2002).

Stegge, C. aan de, *Gekkenwerk. De ontwikkeling van het beroep psychiatrisch verpleegkundige in Nederland 1830-1980* (Bunnik 2012).

Stichting PVP, 'Historie', <https://www.pvp.nl/WVGGZ/Over-de-Stichting-PVP/Waar-staan-we-voor/Historie> (5 december 2020).

Tomasoa, A. en T. Kuipers, 'Separeren: therapeuticum of noodmaatregel', *TvP* 30 (1988) 5 290-301.

Tieleman, Yelle, 'Alsof het ongedierte was. Pure marteling', *Algemeen Dagblad* (versie 30 november 2016), <https://www.ad.nl/nieuws/alsof-het-ongedierte-was-pure-marteling~aa48a375/> (14 januari 2018).

Trimbos, Kees, *Antipsychiatrie. Een overzicht* (Deventer 1975).

Verbraak, Coen, 'Een mens is meer dan zijn brein', *NRC* (versie 25 januari 2015), <https://www.nrc.nl/nieuws/2015/01/24/een-mens-is-meer-dan-zijn-brein-1459501-a1022655> (2 juli 2019).

Verpleegkundige, *Van Dale*, <https://www.vandale.nl/gratis-woordenboek/nederlands/betekenis/verpleegkundige#.X-nN-i07EnU> (28 december 2020).

Verschoor, E. e.a., *Psychiatrie. Deel 1. In goede handen* (Leiden 1980).

'Wet Bijzondere Opnemingen Psychiatrische Ziekenhuizen', <https://hulp.gids.nl/recht/klachten/bopz> (12 mei 2020).

Wet Bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen, <https://wetten.overheid.nl/BWBR0005700/2018-08-01> (6 mei 2020).

Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg, <http://wetten.overheid.nl/BWBR0006251> (13-07-2020).

Wie is van hout?, Andere Tijden, NTR (<https://anderetijden.nl/aflevering/101/Wie-is-van-hout>).

Witteman, Paul, *Opgenomen. Witteman bij de psychiater* (Amsterdam 1995).

Zandbergen, Karen, 'Kamer worstelt met dwang in de zorg', *Trouw* (26 januari 2012), <https://www.trouw.nl/nieuws/kamer-worstelt-met-dwang-in-de-zorg-b748c86f/?referrer=https%3A%2F%2Fwww.google.nl%2F> (19-10-2020).