



## UvA-DARE (Digital Academic Repository)

### Geld voor GGZ : de financiering van de geestelijke gezondheidszorg en de invloed van geld op de zorgpraktijk (1884-1984)

Bakker, C.T.

**Publication date**  
2009

[Link to publication](#)

#### **Citation for published version (APA):**

Bakker, C. T. (2009). *Geld voor GGZ : de financiering van de geestelijke gezondheidszorg en de invloed van geld op de zorgpraktijk (1884-1984)*. [Thesis, fully internal, Universiteit van Amsterdam]. Vossiuspers - Amsterdam University Press.

#### **General rights**

It is not permitted to download or to forward/distribute the text or part of it without the consent of the author(s) and/or copyright holder(s), other than for strictly personal, individual use, unless the work is under an open content license (like Creative Commons).

#### **Disclaimer/Complaints regulations**

If you believe that digital publication of certain material infringes any of your rights or (privacy) interests, please let the Library know, stating your reasons. In case of a legitimate complaint, the Library will make the material inaccessible and/or remove it from the website. Please Ask the Library: <https://uba.uva.nl/en/contact>, or a letter to: Library of the University of Amsterdam, Secretariat, P.O. Box 19185, 1000 GD Amsterdam, The Netherlands. You will be contacted as soon as possible.

## **HOOFDSTUK II**

### **EEN ALGEMEEN SOCIAAL VERSCHIJNSEL**

#### **Over de kostengroei na de komst van de tweede Krankzinnigenwet (circa 1884-1910)**

Wanneer men in de laatste jaren steeds weer de vraag hoort uitspreken, welke de oorzaken kunnen zijn der steeds stijgende uitgaven voor onze krankzinnigenverpleging, ligt in dat feit reeds het bewijs opgesloten, dat meer en meer deze uitgaven als een zwaar drukkenden last worden ondervonden. Zoolang men over eenigen last niet klaagt, is het nog niet te erg, wordt men in breede kring ongerust of ontevreden, dan volgt daaruit, dat dit verschijnsel ernstige vormen heeft aangenomen.<sup>1</sup>

Met deze woorden opende L.S. Meijer, eerste geneesheer van het St. Elisabeth Gasthuis te Deventer, een discussie tijdens de Wintervergadering in 1908 van de Nederlandsche Vereeniging voor Psychiatrie en Neurologie (NVPN), over de vraag waardoor de kosten van de krankzinnigenverpleging de laatste tijd zo sterk gestegen waren.

Het was zeker niet de eerste keer dat er over dit onderwerp werd gesproken en geschreven. Sinds het midden van de negentiende eeuw stegen de kosten voor de krankzinnigenverpleging gestaag. Bij tijd en wijle braken artsen en inspecteurs zich het hoofd over de vraag waar die kostenstijging nu precies door werd veroorzaakt.

In dit hoofdstuk willen we laten zien hoe groot de kostenstijging in de tweede helft van de negentiende eeuw precies was en waar deze door werd veroorzaakt. In elk geval niet door prijsinflatie. Dat is in grafiek II-1 duidelijk te zien. In de laatste decennia van de negentiende eeuw groeiden de kosten voor de krankzinnigenverpleging even snel als daarvoor, maar was er met betrekking tot het algemene prijsniveau zelfs sprake van *deflatie*.<sup>2</sup>

Waar zat de kostengroei dan wel in? Anders gezegd: waar werd het geld in de krankzinnigenverpleging aan besteed? Volgens hierboven aangehaalde Meijer waren de opvattingen over wat ‘onvoldoende en ondoelmatig’ was, veranderd en had dit grondige reorganisaties in de gestichten tot gevolg gehad. Dit had te maken met de ‘tijdgeest’, zo stelde hij.<sup>3</sup>

In hoofdstuk I hebben we al uiteengezet dat de Nederlandse economie in deze tijd een belangrijke groei doormaakte, die ook gevolgen had voor het leven van alledag. In deze tijd werd ook de tweede Krankzinnigenwet in-

---

<sup>1</sup> Meijer 1909, 402-403.

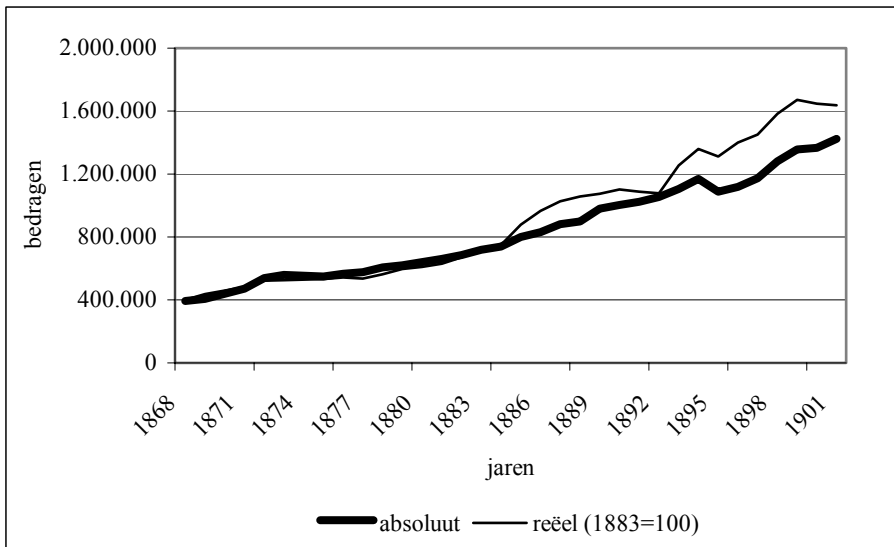
<sup>2</sup> Van der Bie en Smits 2001, 110-112. Zie ook: Van Zanden en Van Riel 2000, 331-332.

<sup>3</sup> Meijer 1909, 410.

gevoerd (1884), waarin voor het eerst enkele artikelen waren opgenomen die aandacht schonken aan wat wij in hedendaagse termen ‘kwaliteit van zorg’ noemen. De wet verschilde inhoudelijk niet veel van die van 1841, ze was er een gedetailleerde (en vanuit medisch oogpunt ‘verbeterde’) uitbreiding van.<sup>1</sup> Een van de belangrijkste taken van de nieuwe wet was, zoals we hebben laten zien, om een einde te maken aan de problemen als gevolg van de grote overbevolking in de gestichten en het capaciteitsgebrek. Enkele summiere wettelijke kwaliteitseisen (ook al werd dit toen niet zo genoemd), uitbreiding van de bevoegdheden van het Staatstoezicht en - vooral - de bevordering van de komst van nieuwe bedden door stringenter verplichtingen voor de provincies, moesten ervoor zorgen dat de gestichten (weer?) geneeskundige oorden konden worden. In de wet werd echter niet vermeld waar het geld vandaan moest komen om deze kwaliteitsverbetering en uitbreiding te financieren. De rijksoverheid zou zelf één gesticht laten bouwen en voor het overige werd alles overgelaten aan de provincies, die moesten zorgen voor de oprichting en instandhouding van gestichten als andere partijen het lieten afweten.

**Grafiek II-1**

*Kosten door de Nederlandse gemeenten gemaakt voor krankzinnigenverpleging in gulden (1868-1900)*



Bron: Tweede Kamer der Staten Generaal ([1868-1903]), Verslag over de handelingen aangaande het armenbestuur over [1868-1903].

<sup>1</sup> Oosterhuis en Gijswijt-Hofstra 2008, 74. Zij verwijzen naar Legemaate 1985 en Querido 1939.

Dit alles viel misschien wel onder de tijdgeest waar Meijers het over had. Stel dat Meijers gelijk had, dat er inderdaad reorganisaties plaatsvonden omdat de opvattingen over de zorg waren veranderd, om wat voor reorganisaties ging het dan? En kostten deze veranderingen inderdaad meer geld? Wat waren de gevolgen ervan? Kregen de patiënten in de gestichten het beter? Om op deze vragen een antwoord te geven, nemen we in dit hoofdstuk enkele indicatoren onder de loep die mogelijk iets kunnen zeggen over de kwaliteit van de zorg. We kijken naar wat er veranderde in het aantal instellingen en het aantal daarin opgenomen patiënten. Daarna bekijken we de kosten van de gestichten per verpleegdag. We besteden expliciet aandacht aan de huisvesting, de voeding, de dagbesteding en het personeel (omvang, samenstelling). Wat veranderde er? Welke relatie was er met de financiën? Wat betekende de verandering voor de patiënten? <sup>1</sup>

### § 1. Meer plaatsruimte

In zijn bespreking van de komst van de tweede Krankzinnigenwet schrijft P. van der Esch: ‘Na de totstandkoming der wet was het aantal aanvragen voor een vergunning ex art. 7 groot.’ Oftewel: eindelijk werden er volop initiatieven ontplooid om te komen tot de bouw van nieuwe gestichten. In deze paragraaf laten we zien hoe het aantal gestichten na de komst van de nieuwe Krankzinnigenwet groeide. Daarmee is tevens een verklaring gegeven voor één van de belangrijkste oorzaken van de stijging van de totale kosten voor de krankzinnigenzorg.

#### *Buitengestichten en confessionele gestichten*

Na de introductie van de tweede Krankzinnigenwet werden er inderdaad diverse nieuwe krankzinnigengestichten gebouwd. Tussen 1841 en 1884 waren verschillende oude gestichten gerenoveerd en behalve enkele kleinere particuliere gestichten die slechts korte tijd hebben bestaan, waren er in die veertig jaar slechts drie grotere nieuwe gestichten gekomen.<sup>2</sup> Na 1884 kwamen er echter in hoog tempo nieuwe gestichten bij. Tussen 1884 en 1914 groeide het aantal van 14 naar 31.

Volgens Binneveld was één van de oorzaken van de bouw golf gelegen in het feit dat lokale besturen en regenten van oude stadsgestichten door de nieuwe wet gedwongen waren de situatie in de krankzinnigengestichten opnieuw te bezien. Naast de oude stadsgestichten verschenen dan ook bij zes steden zogenaamde ‘buitengestichten’, die als een dependance van oude stadsgestichten op het platteland buiten de stadspoorten werden gebouwd. Het waren in hoofdzaak gemeentelijke of semipublieke instellingen.

---

<sup>1</sup> Over het gebruik van indicatoren voor de kwaliteit van zorg: zie ‘Inleiding’ en ‘Verantwoording’.

<sup>2</sup> Het al genoemde Meerenberg van de Provincie Noord-Holland (1849), het gemeentelijke gesticht te Franeker (1851) en het rooms-katholieke particuliere gesticht Coudewater in Rosmalen (1870).

gen.<sup>1</sup> Er werden echter ook veel nieuwe gestichten gebouwd, waaronder twee gemeentelijke en een provinciaal gesticht.<sup>2</sup> Verder betrof het hoofdzakelijk particuliere confessionele gestichten met een bestuur dat niet door de overheid werd gecontroleerd. De gereformeerden liepen hierbij voorop. In het verleden waren er weliswaar twee katholieke gestichten en een joods gesticht gebouwd,<sup>3</sup> maar tussen 1884 en 1914 bracht de VCV liefst vier krankzinnigengestichten en één psychiatrische kliniek tot stand.<sup>4</sup> Eén gesticht was een gezamenlijk gereformeerd en hervormd initiatief.<sup>5</sup> Katholieken richtten - iets later - vier gestichten op en er kwam één joods gesticht bij.<sup>6</sup>

De komst van deze confessionele gestichten kan worden gezien als exponent van de verzuiling.<sup>7</sup> Naar ons idee speelden de sociale aspecten van de verzuiling een beslissende rol. De oprichting van een krankzinnigengesticht gold in confessionele kringen als een daad van liefdadigheid. Mede als gevolg van de groeiende welvaart kwamen sinds het midden van de negentiende eeuw nieuwe bevolkingsgroepen op die zich wilden laten gelden: rijk geworden industriëlen en handelaren, en ook gewoon middenstanders die een klein kapitaaltje hadden verworven. Voor hen was het moeilijk binnen te komen in de gesloten groep van de bestuurlijke elite,

---

<sup>1</sup> Deventer: Brinkgreve (1884); 's-Hertogenbosch: Voorburg te Vught (1885); Delft: Vrijenban (1894); Den Haag: Oud-Rosenburg te Loosduinen (1900; het oude stadsgesticht Slijkende werd gesloten); Zutphen: Groot Graffel te Warnsveld (1900).

<sup>2</sup> Leiden: Endegeest te Oegsteest (1897); Rotterdam: Maasoord te Poortugaal (1909); Bakkum: Duin en Bosch van de provincie Noord-Holland (1909).

<sup>3</sup> Huize Padua van de Broeders Penitenten, Boekel (1822, in 1841 erkend als bewaarplaats, in 1885 als krankzinnigengesticht), bovengenoemde Coudewater en het Nederlandsch Israëlitisch Krankzinnigengesticht, Amsterdam (1845).

<sup>4</sup> Veldwijk, Ermelo (1886), Bloemendaal, Loosduinen (1892), Dennenoord, Zuid-Laren (1895) en Wolfheze in de gelijknamige plaats (1907). De psychiatrische kliniek is de Valeriuskliniek te Amsterdam. De VCV heette oorspronkelijk Vereeniging voor Christelijke Verzorging van Krankzinnigen en Zenuwlijders in Nederland. In 1906 werd de naam veranderd in Vereeniging tot Christelijke Verzorging van Krankzinnigen in Nederland, in 1938 werd het Vereeniging tot Christelijke Verzorging van Geestes- en Zenuwzieken'. (Lindeboom en Van Lieburg, 1984).

<sup>5</sup> Vrederust van de Vereeniging tot Christelijke Verzorging van Krankzinnigen in Zeeland (1909).

<sup>6</sup> Voorburg van de Godshuizen, Vught (1885), St. Servatius van de Broeders van Liefde, Venray (1907), St. Anna van de Zusters van Liefde, Venray (1908), St. Bavo van de Broeders van Liefde (1914). Het joodse gesticht: Het Apeldoornsche Bosch, Apeldoorn (1909). N.b. Alle hiervoor genoemde gegevens over nieuwbouw van gestichten zijn ontleend aan Oosterhuis en Gijswijt-Hofstra 2008, bijlage 1A.

<sup>7</sup> Oosterhuis en Gijswijt-Hofstra 2008, 86-110. Zie ook: Binneveld 1985, 156-187.

die de dienst uitmaakte en de mooiste kerken bezet hield. Liefdadigheid was een manier om de barrière te slechten.<sup>1</sup>

Vooral gereformeerden lieten van zich horen. De Afscheiding van 1834 en de Doleantie van 1886, die uiteindelijk uitmondde in de oprichting van de Gereformeerde Kerken in Nederland (1892), waren uitingen van een groeiend elan in deze groep.<sup>2</sup> Onder de gereformeerden waren juist de ‘kleine luyden’ zeer vrijgevig.<sup>3</sup> De katholieken lieten zich evenmin onbetuigd. Zij namen vanaf het midden van de negentiende eeuw steeds zichtbaarder deel aan het openbare leven. De herinvoering van de bisschoppelijke hiërarchie in 1853 werkte daarbij als een katalysator. Beide groepen, de katholieken en de gereformeerden, voelden een sterke behoefte zich in de samenleving te profileren en gingen hiertoe de strijd aan met de gevestigde orde, met de opkomende socialistische beweging en met elkaar. De krankzinnigenverpleging was een van de terreinen waarop deze concurrentie werd uitgevochten. In hoofdstuk I lieten wij al zien dat in de apostolische of evangelische motieven voor de financiering van nieuwbouw van gestichten, iets van deze strijd terug te zien was.

#### *De rol van de provincies bij de komst van nieuwe gestichten*

In *Verward van geest en ander ongerief* zien H. Oosterhuis en M. Gijs-wijt-Hofstra geen direct verband tussen de nieuwe Krankzinnigenwet en de groei van het aantal gestichten.<sup>4</sup> Wij vermoeden dat dit verband er wel was. In artikel 11 van de wet van 1884 stond weliswaar vrij expliciet dat voor zover niet op andere manier in de behoefte aan plaatsruimte was voorzien, de provincies moesten zorgen voor de oprichting en instandhouding van gestichten. Van der Esch, voormalig inspecteur van het Staatstoezicht, besteedt in zijn bespreking van de nieuwe wet vooral aandacht aan de vergeefse pogingen om tot nieuwe *provinciale* gestichten te komen. Zijn voorgangers bij het Staatstoezicht maakten hier destijds veelvuldig gewag van.

De provincies *deden* dus niets, maar te meer werd er in de verschillende provincies telkens weer over de oprichting van een provinciaal gesticht *gesproken*. Drenthe schreef in 1889 zelfs een prijsvraag uit, waarvan de vijf antwoorden aan de beoorde-

---

<sup>1</sup> Van Leeuwen noemt in zijn proefschrift collectieve en individuele motieven van de elite om aan caritas te doen. (Van Leeuwen 1992.) Het emancipatoire motief van caritas zag hij echter over het hoofd. (Bakker 1998, 19, 30. Zie ook: De Vries 1982.) Volgens Van Leeuwen was het belangrijkste motief voor caritas gelegen in de mogelijkheid het gedrag van de hulpbehoevenden te beïnvloeden en daarmee de maatschappelijke verhoudingen in stand te houden.

<sup>2</sup> Voor een overzicht van de kerkscheuringen en –verenigingen in protestantse kringen verwijzen wij naar Bos 1999, 328-364 en 451, 456 en naar Lindeboom 1984, 14-15.

<sup>3</sup> Zie hoofdstuk I, paragraaf 4.

<sup>4</sup> Oosterhuis en Gijs-wijt-Hofstra 2008, 87.

ling door de inspecteurs werden onderworpen. ‘Dat deze moeilijke en zeer tijdrovende arbeid vruchten afwierp bleek ons echter tot op heden niet.’<sup>1</sup>

Drente zou de zaak ‘maar weer op zijn beloop’ hebben gelaten, toen bleek dat de VCV bezig was met een gesticht in het noorden.

Dat de provincies - Noord-Holland uitgezonderd - zelf geen gestichten bouwden, zullen Van der Esch en zijn voorgangers beslist als ‘tekortschieten’ hebben beoordeeld. Vanuit hun optiek is dit heel goed te begrijpen. Wij schreven hierboven al dat eind negentiende eeuw de opvattingen over de rol van de overheid met betrekking tot de sociale zorg aan het veranderen waren. De inspecteurs waren - en dit ligt voor de hand - voorstander van meer overheidsinvloed. Het liefst hadden zij gezien dat het rijk zelf op zich genomen had om gestichten te exploiteren. Meer overheidsinvloed kon ook inhouden dat de provincies zelf het voortouw namen om krankzinnigengestichten te bouwen en te exploiteren. Bovendien: het enige provinciale gesticht Meerenberg werd in zijn tijd als een modelgesticht beschouwd. Dat wekte verwachtingen.<sup>2</sup> Een nieuw provinciaal gesticht zou vermoedelijk ook weer volgens de heersende opvattingen over goede zorg gebouwd worden. Veldwijk (Ermelo) uitgezonderd, waren de opeenvolgende inspecteurs over de particuliere gestichten die eind negentiende eeuw verrezen, minder enthousiast. Hieronder (paragraaf 5) zullen we laten zien dat het hen - bij gebrek aan macht - niet altijd gelukte afspraken te maken met particuliere bestuurders over hoe een nieuw gesticht eruit moest komen te zien. Dat provincies liever geld en garanties gaven aan deze particuliere bestuurders dan zelf initiatieven te ontplooien, zal de inspecteurs derhalve niet gunstig hebben gestemd.

De provincies voerden voor deze stellingname tal van argumenten aan, die er kort gezegd op neerkwamen dat zij de verwachtingen van de inspecteurs van het Staatstoezicht niet wilden en konden waarmaken.<sup>3</sup> Met het verstrekken van middelen en garanties voldeden de provincies echter wel degelijk aan de plicht die in de tweede Krankzinnigenwet was vastgelegd. Hoewel de inspecteurs artikel 11 waarschijnlijk graag anders interpreterden, bevatte dit artikel niet de expliciete opdracht om *provinciale* gestichten te bouwen. Ten eerste hoefden de provincies pas in actie te komen als er niet op een andere manier voor de patiënten kon worden gezorgd. Dat was het compromis, waarbij door de bedenkers van de wet nadrukkelijk

---

<sup>1</sup> Van der Esch 1980, 73. Het citaat is afkomstig uit een verslag van het Staatstoezicht. Cursivering origineel.

<sup>2</sup> Binneveld 1985, 149-150.

<sup>3</sup> Binneveld 1985, 150. Binneveld noemt als belangrijkste: onvoldoende financiële middelen, vooral om blijvend te investeren en het inzicht dat aanbod van voorzieningen de vraag ernaar schept.

aan de belangen van het particuliere initiatief was gedacht (zie hoofdstuk I). Ten tweede kon de opdracht die de wet gaf aan provincies om voor plaatsruimte te zorgen, óók worden geïnterpreteerd in de zin dat zij moesten zorgen voor de juiste faciliteiten, bijvoorbeeld in de vorm van subsidieverstrekking. De bedenkers van de wet hadden hier bij de behandeling van het voorstel ook expliciet op gewezen.

Van deze mogelijkheid werd gebruik gemaakt in de vorm van subsidies, garantstellingen en leningen. Hierdoor heeft artikel 11 van de tweede Krankzinnigenwet als een katalysator gewerkt om plannen tot uitvoering te laten komen. Dat de groeiende economie mede heeft gezorgd voor voldoende middelen daarvoor, ligt voor de hand. Jammer genoeg ontbreekt het aan gegevens over de omvang van de bedragen die ermee gemoeid waren.

De komst van nieuwe gestichten is echter niet uitsluitend te danken aan de Krankzinnigenwet. Met geld en garanties alleen bouwt men geen gesticht. Er moeten ook mensen zijn die dit willen uitvoeren. Deze mensen waren te vinden onder de bestaande besturen van stadsgestichten, die de bouw van buitengestichten op zich namen, in de provincie Noord-Holland, die een provinciaal gesticht tot stand bracht, en in de twee Zuid-Hollandse gemeenten, die een eigen gesticht lieten bouwen.

Nieuw was dat ook confessionele particuliere liefdadigheidsorganisaties in het geweer kwamen. Hieruit kan men opmaken dat ook sociale veranderingen en daarmee samenhangende emancipatieprocessen en concurrentie tussen verschillende religieuze denominaties meegespeeld hebben bij de komst van nieuwe gestichten. De confessionele partijen konden de (financiële) steun en de garantstelling van de provinciale overheden extra goed gebruiken: anders dan de provinciale, gemeentelijke, en semipublieke gestichten, hadden zij immers geen enkele financiële band met een overheid. In moeilijke tijden waren ze aan de goden overgeleverd. De steun van de provincies maakte dat een investering in de krankzinnigenverpleging betrekkelijk weinig risico met zich meebracht. De Armenwet speelde daarbij ook een rol: doordat de gemeentelijke overheid verantwoordelijk was voor de betaling van de verpleegkosten, waren zij verzekerd van een constante geldstroom en dus ook van continuïteit in de bedrijfsvoering. Zo werd met de Armenwet en de tweede Krankzinnigenwet een wettelijk verankerd fundament geschapen waarop de confessionele partijen hun eigen zorgkathedraal konden bouwen.

## Met z'n allen op een kluitje

Een hoofdvereishte voor deugdelijke verpleging in elk krankzinnigengesticht, is gelegen in de juiste verhouding tusschen de beschikbare ruimte en het aantal verpleegden. Wordt hierop niet nauwlettend toegezien; wordt niet streng gewaakt dat deze verhouding nergens en nooit uit het oog wordt verloren, dan ont

staat overbevolking. Is deze aanwezig dan stuit aanstonds elke poging tot behoorlijke verpleging, of tot verbetering van eenig onderdeel, op deze kwaal af. Haar te vermijden of te doen ophouden is de hoofdvoorwaarde voor goede verpleging...<sup>1</sup>

Aldus de toenmalige inspecteurs Feith, Ramaer en Hubrecht in een verslag aan de minister over een werkbezoek aan enkele Franse gestichten in 1873. De inspecteurs lieten er geen twijfel over bestaan: het aantal vierkante meters ruimte voor een patiënt zou een bijna heilige maatstaf moeten zijn, waarvan alleen bij hoge uitzondering kon worden afgeweken. In de praktijk kwam hier evenwel weinig van terecht. Het capaciteitsgebrek in de gestichten werd met de komst van de nieuwbouw niet opgelost. De nieuwe bedden waren namelijk ook meteen weer gevuld. Ook na de tweede Krankzinnigenwet bleef de druk dus groot.<sup>2</sup>

‘Herhaaldelijk werd door gemeentebesturen en ook soms door particulieren de tusschenkomst der inspecteurs, soms telegrafisch, ingeroepen ter verkrijging van plaatsing voor een krankzinnige’, meldden de inspecteurs in hun verslag over 1900-1902.

Veelal werd doorverwezen naar Gedeputeerde Staten der betreffende provincie; wanneer bekend was dat ergens plaatsen beschikbaar waren, werd de aandacht gevestigd op die omstandigheid; een enkel maal onderzochten de inspecteurs zelve waar plaats beschikbaar was, opdat de lijder spoedig in een gesticht zoude worden opgenomen.<sup>3</sup>

De constante aanwas van opgenomen patiënten ging na de komst van de tweede Krankzinnigenwet en de daarop volgende bouw van nieuwe ge-

---

<sup>1</sup> Feith, Ramaer en Hubrecht 1873, 51.

<sup>2</sup> Zie o.a. de verslagen van het Staatstoezicht; HDCNP 501 inv. nr. 14-2, Notulen Centraal Bestuur van de VCV van 16 november 1898 tot en met 4 april 1908 (hierin veelvuldig meldingen van behoefte aan plaatsruimte bij alle provincies) en SA, Gemeentebled I, 1909, 1881 (waarin wordt opgemerkt dat bij de komst van nieuwe bedden de verpleegkosten meteen stijgen doordat de bedden direct worden gevuld).

<sup>3</sup> Inspecteurs van het Staatstoezicht 1907, 7-8.

stichten in versneld tempo door. De enige oplossing was: opnieuw overbevolking toelaten.

Wat schreef de Krankzinnigenwet voor? Artikel 8 had het eigenlijk alleen over een ruime, gezond gelegen woning, met voldoende gelegenheid voor beweging in de open lucht. Dat artikel was zó ruim, dat het Staatstoezicht zelf met richtlijnen kwam.

Zo stemden de inspecteurs in met de ruimte die in het pas geopende gesticht Voorburg te Vught voor de patiënten beschikbaar was: 24m<sup>3</sup> per patiënt. Dit bood 'een voordeelig contrast [...] met de overbevolkte slaapzalen van de meeste der bestaande Nederlandsche krankzinnigengestichten'.<sup>1</sup> De bouwtechnische eisen voor nieuwe gestichten werden evenwel 'zoo laag [...] gesteld] als de gezondheidsbelangen der verpleegden en de noodzakelijkheid van orde en rust in de gestichten maar eenigszins toelieten': gemiddeld 20m<sup>3</sup> voor nachtverblijven zonder en 15m<sup>3</sup> voor nachtvertrekken mét kunstmatige ventilatie. Tussen de bedden moest voldoende ruimte zijn: tachtig centimeter in de afdelingen voor rustige patiënten en één meter in de afdelingen. De inspecteurs vonden het echter 'geen bezwaar toe te staan dat eene rij van kribben met de hoofd- tegen de voeteinden eener andere rij' aansloot.<sup>2</sup> Deze richtlijnen hadden geen kracht van wet en werden in de loop der tijd telkens aangepast. In de praktijk bleek verder dat zij vrij gemakkelijk konden worden overschreden, onder het motto nood breekt wet. Tien jaar na de komst van de tweede Krankzinnigenwet schreven de inspecteurs van het Staatstoezicht al:

De groote plaatsnood welke in 1894 heerschte [...] en de schromelijke overvulling [leidden ertoe dat] van verschillende besturen verzoeken inkwamen om de gangen te mogen beleggen, verblijfkamers tot slaapkamers te mogen inrichten, cellen te mogen medetellen als slaappleatsen en andere verzoeken, waaruit die nood bleek...<sup>3</sup>

Uit de jaarverslagen van verschillende instellingen kan men aflezen dat in tijden van grote druk de regering vrij gemakkelijk was over te halen om toestemming te verlenen voor het (tijdelijk) verplegen van meer patiënten dan het - op grond van de beschikbare ruimte - afgesproken maximum aantal. En hoewel het Staatstoezicht erover schreef in zijn verslag, lijkt het erop dat de inspecteurs zelf daarbij werden omzeild: in de jaarverslagen

---

<sup>1</sup> Ramaer en Van Cappelle 1887, 169. Zie ook Oosterhuis en Gijswijt-Hofstra 2008, 111.

<sup>2</sup> Ramaer en Van Cappelle 1887, 184. Zie ook Oosterhuis en Gijswijt-Hofstra 2008, 111.

<sup>3</sup> Inspecteurs voor het Staatstoezicht 1897, 85.

van Meerenberg en de VCV wordt in dit verband niet één keer over bemoeienis van het Staatstoezicht gesproken.<sup>1</sup>

In 1902 werd bijvoorbeeld het maximum aantal patiënten dat in Meerenberg verpleegd mocht worden, bij Koninklijk Besluit tot 30 april 1905 verhoogd met 61 patiënten. Het tijdelijk verhogen van het maximum aantal was in de loop der tijd de gebruikelijke oplossing geworden voor het nijpende plaatsgebrek. Het was de minister van Binnenlandse Zaken zelf die, na de zoveelste noodkreet van de gemeente Amsterdam (een patiënt moest zelfs wegens plaatsgebrek in de gevangenis worden opgesloten) poolshoogte kwam nemen in het gesticht. Naar aanleiding van dit bezoek viel het besluit om meer plaatsen te creëren.<sup>2</sup> Dit leverde het gesticht niet alleen meer patiënten op, maar ook meer geld. Geneesheer-directeur J. van Deventer verwoordde dit in het jaarverslag aldus:

Die meerdere bevolking toch, hoezeer ook uit een geneeskundig oogpunt te betreuren, zal ongetwijfeld van gunstigen invloed zijn op de financiën van het gesticht. Er bestaat dus ook nu weer gegronde hoop, dat het evenwicht tusschen de gewone inkomsten en de gewone uitgaven van het gesticht, dat in de laatste jaren bepaaldelijk niet bestond, althans in de eerste drie jaren zal herstellen.<sup>3</sup>

Een jaar later bleek dat hij dit goed had gezien: het tijdelijk verhogen van het maximum aantal patiënten had f4.000,- aan extra inkomsten opgeleverd.<sup>4</sup> Het tijdelijke karakter van de regeling was rekbaar: ook na de komst van Duin en Bosch in Bakkum (1909), waar eveneens Amsterdamse patiënten werden ondergebracht, bleef zij van kracht.<sup>5</sup>

Voor de patiënten zelf zal het lang niet prettig zijn geweest als er weer zo'n grote groep patiënten bij kwam. Toenmalig geneesheer-directeur van Brinkgreven, J.L.Ch.G.A. le Rütte, noemde in 1921 het te dicht op elkaar plaatsen van patiënten '*zeer bedenkelijk*' en zelfs '*het bankroet der verpleging*'.<sup>6</sup> Bij het ter perse gaan van zijn artikel was hij juist teruggekeerd van een bezoek aan een Weens gesticht.

Daar ziet men gedemonstreerd hoe een meerdere bezetting dan bij de bouw is bedoeld [...] de geheele moderne krankzinnigenbehandeling heeft verlamd, de oude kooienbedden van dik

---

<sup>1</sup> Van Deventer [1902-1904]; VCV s.a. [1905].

<sup>2</sup> Danner 1997, 85.

<sup>3</sup> Van Deventer 1903, 16.

<sup>4</sup> Van Deventer 1904, 21.

<sup>5</sup> Danner 1997, 85.

<sup>6</sup> Le Rütte 1921, 128.

gevlochten touw en de celbehandeling weer in eere zijn hersteld!<sup>1</sup>

Dergelijke gedachten leefden ook aan het einde van de negentiende eeuw. Het waren juist die toestanden waaraan de wet van 1884 een einde had moeten maken.

Al met al kunnen we vaststellen dat rond 1900 het aantal gestichten en de capaciteit flink was toegenomen. Dit is één verklaring waarom de totale lasten van de krankzinnigenverpleging stegen. Behalve de besturen van buitengestichten, waren het vooral particuliere (kerkelijke) besturen die nieuwe instellingen bouwden. De middelen hiervoor kwamen niet van de rijksoverheid, maar werden in eigen kring verkregen, maar wel met steun (via leningen, subsidies en garanties) van provincies. Deze rol van de provincies moet men bij nadere bestudering niet beschouwen als een tekortschieten in de naleving van de tweede Krankzinnigenwet (omdat zij zelf nauwelijks initiatieven ontplooiden) maar juist als een uitloeijsel van deze wet. De provincies faciliteerden de totstandkoming van de buitengestichten en de initiatieven in de particuliere sector.

De bouw van nieuwe gestichten maakte echter geen einde aan de overbevolking in de gestichten. De behoefte aan plaatsruimte was zó groot, dat er niet tegenop gebouwd kon worden. Zodra de nood aan de man was – en dat gebeurde eind negentiende eeuw heel vaak – kon er met de door de inspecteurs van het Staatstoezicht aanbevolen minimale ruimtematen worden gesjoemeld. Individuele patiënten kregen dus niet meer ruimte ter beschikking. De overbevolking bleef bestaan.

De vraag is gerechtvaardigd of de provincies zich niet nog meer hadden kunnen inspannen om aan deze situatie een einde te maken door toch zelf met initiatieven te komen voor de bouw en exploitatie van een gesticht, zoals in Noord-Holland. De inspecteurs - en vermoedelijk niet alleen zij - waren overtuigd van de noodzaak hiervan. Alom werd echter ook bezorgdheid geuit over de stijgende lasten voor de krankzinnigenverpleging. Kennelijk waren rond de eeuwwisseling de grenzen van het haalbare in zicht.

## **§ 2. Het aantal patiënten groeit**

De gegevens van het Staatstoezicht, zoals in grafiek II-2 weergegeven, laten maar één conclusie toe: het aantal opgenomen patiënten in gestichten (inclusief zwakzinnigengestichten) nam sinds het midden van de negentiende eeuw gestaag toe. Niet alleen in absolute aantallen, maar ook relatief, ten opzichte van de bevolking.

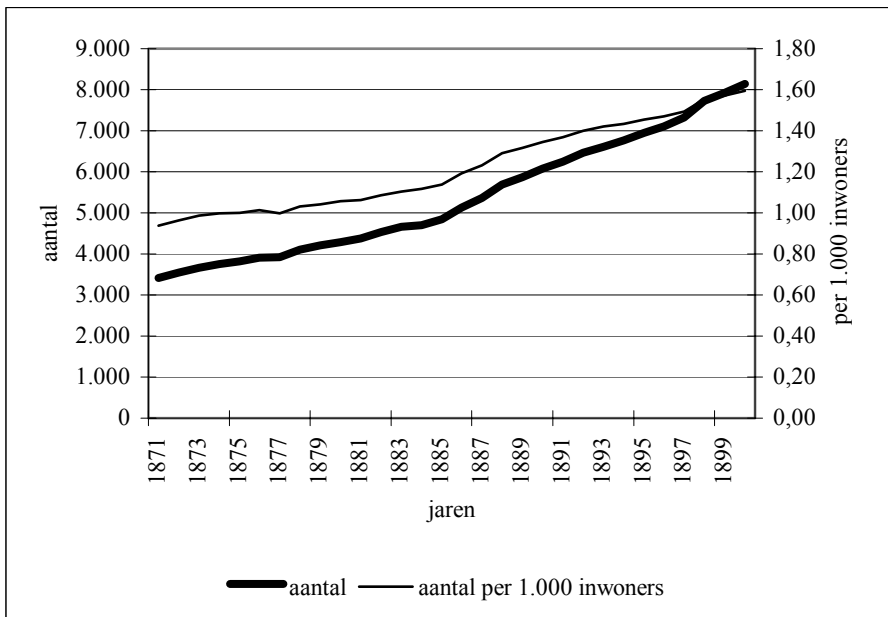
---

<sup>1</sup> Le Rütte 1921, 129.

In grafiek II-2 kunnen we duidelijk een constante aanwas van opgenomen patiënten zien. Ook het aantal opgenomen patiënten per 1.000 inwoners nam sterk toe. Rond 1885 vond een kleine versnelling van de groei plaats. Dit versterkt de gedachte dat de behoefte aan nieuwe gestichten rond die tijd inderdaad groot moet zijn geweest. Rond die tijd werden drie nieuwe gestichten gebouwd, te weten het Rijksgesticht te Medemblik, Ermelo in Veldwijk en Voorburg in Vught. Deze zaten waarschijnlijk alle drie vrijwel onmiddellijk vol. De vraag is: waardoor werd deze groei van het aantal patiënten veroorzaakt?

**Grafiek II-2**

*Verpleegden aanwezig op 1 januari in krankzinnigengestichten in Nederland afgezet tegen de bevolkingsomvang (1856-1914)*



Bron: Ramaer [1872-1878; 1880-1885]; Oosterhuis en Gijswijt-Hofstra 2008, Bijlage 5A (gebaseerd op: Schuurmans Stekhoven 1922, 166-169. Tabel V. ‘Algemeen overzicht van de beweging in de inrichtingen voor krankzinnigen, 1845-1914’); CBS-Statline; Van der Bie en Smits 2001, 15 (dit betreft het aantal inwoners van Nederland op 1 januari, volgens Volkstellingen van het Centraal Bureau voor Statistiek).

*Oorzaken van de groei*

De groei van het aantal opgenomen patiënten was geen typisch Nederlands verschijnsel: in alle westerse landen vond deze ontwikkeling plaats.<sup>1</sup> Over de oorzaken van dit verschijnsel werd in de hele twintigste eeuw

<sup>1</sup> Oosterhuis en Gijswijt-Hofstra 2008, 39.

geschreven.<sup>1</sup> Processen als industrialisatie, urbanisatie en vermindering van het tolerantieniveau zijn hierbij als mogelijke oorzaak aangewezen, al dan niet voorzien van kanttekeningen.<sup>2</sup> Naar ons idee hebben echter betrekkelijk autonome processen ook een belangrijke rol gespeeld

Een belangrijke oorzaak van de snelle groei is naar ons idee terug te voeren op algemene demografische ontwikkelingen in de onderhavige periode. Nederland kende een spectaculaire bevolkingsgroei, met als belangrijkste achtergrond de toegenomen welvaart van de bevolking waardoor de gemiddelde levensduur steeg. De verbeterde levensomstandigheden hadden ook hun weerslag op het leven in de gestichten. De genezingspercentages stegen niet, maar de sterftecijfers daalden wel. Patiënten werden dus gemiddeld ouder in het gesticht. Hierdoor nam de omvang van de gestichtbevolking toe.<sup>3</sup> Het aantal herstelde patiënten daalde tussen 1850 en 1902 zelfs in verhouding tot het aantal verpleegden per jaar van 10,5 procent naar 5,8 procent.<sup>4</sup>

De gestichtbevolking groeide niet alleen door het ouder worden van de patiënten, maar ook doordat er steeds meer ouderen in de samenleving zelf kwamen. Dus nam ook de groep van ouderen toe die met ouderdomspsychiatrische klachten (dementie) vanuit de samenleving, odeliedengestichten of armenhuizen en werkhuisen opgenomen werden.<sup>5</sup>

Op termijn leidden vernieuwingen in het onderwijs via een omweg ook tot meer opnames. Sinds de invoering van nieuwe leermethodes en het klassikale systeem in de loop van de negentiende eeuw was het mogelijk vergelijkingen tussen leerlingen te maken. Achtergebleven kinderen begonnen daardoor op te vallen en hierdoor werd de groep kinderen met een verstandelijke handicap zichtbaar. Sommigen van hen werden opgenomen in een van de gespecialiseerde zwakzinnigengestichten die in deze tijd werden opgericht, anderen kwamen in krankzinnigengestichten terecht. Rond 1900 maakte de leerplicht een eind aan de gewoonte achtergebleven kinderen van school te halen en aan het werk te zetten. In die tijd werd het speciaal onderwijs ontwikkeld, dat sinds de herziening van de Lager Onderwijswet van 1920 'buitengewoon lager onderwijs' (BLO) werd genoemd. Doorverwijzing vanuit deze scholen veroorzaakte uiteindelijk ook een toename van het aantal opnames.<sup>6</sup>

---

<sup>1</sup> Zie Oosterhuis en Gijswijt-Hofstra 2008, 39-41 en 107-110.

<sup>2</sup> Binneveld 1985, 193-195.

<sup>3</sup> Meijer 1909, 404.

<sup>4</sup> Cox 1910, 239.

<sup>5</sup> Robben 2002, 144; zie ook: Binneveld 1985, 109.

<sup>6</sup> Mans 1998, 236-262.

*Het aanbod schept de vraag... of andersom?*

Het simpele feit dat het aantal krankzinnigengestichten zelf was toegenomen, kan ook als een oorzaak van de groei van het aantal opnames worden aangemerkt. G. Kraus stelde in 1933 na een grondige studie vast dat de aanwezigheid van gestichten en andere zorginstellingen in een gemeente de opnamecijfers positief konden beïnvloeden.<sup>1</sup> Een halve eeuw later stelde historicus H. Binneveld vast dat de nieuw gebouwde krankzinnigengestichten onder andere plaats konden bieden aan de groep van patiënten die voorheen bijvoorbeeld in armenhuizen of andere liefdegestichten waren ondergebracht.<sup>2</sup> Het ging om een heterogene groep van chronische patiënten - niet alleen patiënten met ouderdomspsychiatrische klachten - die om wat voor reden dan ook niet eerder in een krankzinnigengesticht waren opgenomen. De instellingen waar zij tot dan toe verbleven, waren niet ingericht op hun verblijf, waardoor hun toestand ernstig verslechterd was en de hoop op genezing al lang vervlogen was. Daarnaast zou door de aanwezigheid van een krankzinnigengesticht in de buurt de drempel om een patiënt te laten opnemen vanuit de maatschappij zelf eveneens lager geworden kunnen zijn.

Zo zou het aanbod als het ware de vraag gecreëerd kunnen hebben. Al in 1868 schreef inspecteur G.E. Voorhelm Schneevoogt:

Zeker is het, dat in de laatste tijden een grooter aantal individus als krankzinnig erkend en bekend is geworden, dat men hun meerdere aandacht is gaan schenken en dat ook hier de algemeene oeconomisch-politische regel zijne toepassing gevonden heeft: hoe grooter het aanbod, des te ruimer de navraag.<sup>3</sup>

Deze gedachte leefde ook ten tijde van de komst van de nieuwe wet, getuige Van Capelle:

Dat de invloed van de opening van nieuwe gestichten niet te betwijfelen valt, blijkt daaruit dat in de provinciën waarin zich geen gesticht bevindt, in reden tot de bevolking, minder krankzinnigen in de gestichten verpleegd worden dan in andere.<sup>4</sup>

Het idee is lang blijven bestaan, niet alleen onder tijdgenoten, ook onder historici.<sup>5</sup> Wij willen dit standpunt van een kanttekening voorzien. Onder artsen leefde het idee dat verwanten hun geliefden eerder naar een gesticht

---

<sup>1</sup> Kraus 1933.

<sup>2</sup> Binneveld 1985, 109. De auteur beroept zich op literatuurstudie.

<sup>3</sup> Voorhelm Schneevoogt 1868, 6.

<sup>4</sup> Van Capelle 1883, 10.

<sup>5</sup> Oosterhuis en Gijswijt-Hofstra 2008, 39-41. Zie ook: Van Capelle 1883, Kraus 1933, maar ook Binneveld 1985, 195.

lieten gaan omdat de gestichten niet meer zo ver weg waren, of zo afschrikwekkend leken, en de belofte van genezing groter was geworden, of omdat de tolerantie in de maatschappij voor krankzinnigen was afgenomen. Je zou kunnen zeggen dat de drempel voor een opname lager geworden leek te zijn. Wij hebben voor dit standpunt echter geen ondersteuning kunnen vinden. In hoofdstuk 1 hebben we al uiteengezet dat families - onder andere om financiële redenen - vaak zeer lang aarzelden voordat er opname plaatsvond. De dossiers die J. Vijselaar heeft bestudeerd, doen eerder vermoeden dat de weerstand tegen opname van verwanten onverminderd groot was en dat de bereidheid zelf - jarenlang - voor de zorg op te draaien ook niet was afgenomen.<sup>1</sup>

Het initiatief voor een opname lag echter meestal toch bij de familie. Dat blijkt ten minste uit een studie naar de bemoeienissen van het Tielse gemeentebestuur met de krankzinnigenverpleging in deze gemeente. In deze studie zet L. de Graaf uiteen hoe de opnameprocedure in zijn werk ging. Behalve de familie, waren het soms de politie of een arts die de burgemeester informeerde dat een patiënt opgenomen moest worden. De burgemeester ging op zoek naar plaatsruimte, een zoektocht die drie weken in beslag kon nemen, ook al betrof het een acute situatie. Hij zocht uiteraard het eerst in de gestichten waarmee de provincie Gelderland een contract had afgesloten. Vaak was er echter geen plaats. Het gevolg was dat veel Tielse patiënten verspreid raakten over het hele land.<sup>2</sup>

De burgemeester van Tiel had dus moeite om 'zijn' patiënten geplaatst te krijgen en op grond van de berichten in de verslagen van het Staatstoezicht kunnen we aannemen dat andere gemeentebestuurders met dezelfde problemen kampten. Tel daarbij dat vrijwel alle provincies om bedden verlegen zaten en dat uit verschillende bronnen valt op te maken dat nieuwe bedden ook meteen werden gevuld. Dit alles kan betekenen dat het aanbod vrij snel tot een nieuwe vraag leidde.<sup>3</sup> Veel waarschijnlijker is het echter dat de behoefte aan plaatsruimte allang bestond, maar dat deze alleen maar door gebrek aan capaciteit niet werd omgezet in daadwerkelijke opnames. Nader onderzoek naar de patiëntenstromen van bijvoorbeeld weeshuizen, armenhuizen of oudeliedengestichten naar (nieuwe) krankzinnigengestichten zal deze gedachtegang vermoedelijk ondersteunen. Men zou kunnen spreken van een latente vraag of een fictieve wachtlijst. Zolang er geen bedden waren, vielen patiënten die voor opname in aan-

---

<sup>1</sup> Oosterhuis en Gijswijt-Hofstra 2008, 122. Zie ook Van Cappelle 1883, 5; Meijer 1909, 404 (over het minder afschrikwekkende beeld van de gestichten en de belofte van genezing); Binneveld 1985 (over het verlaagde tolerantieniveau). Het dossieronderzoek betreft Vijselaar 2005; Vijselaar, monografie in voorbereiding, hoofdstuk 2 en 3.

<sup>2</sup> De Graaf 2007, 63-65.

<sup>3</sup> Zoals wordt beweerd door Binneveld 1985, 195.

merking kwamen, gewoon tussen wal en schip. Misschien zwierven ze over straat, of mochten ze toch nog maar een poosje in het liefdegesticht blijven. Of ze werden naar een krankzinnigengesticht gestuurd waar iedereen al op elkaars lip zat.

Zo beschouwd zou men kunnen stellen dat de vraag waarom het aantal opgenomen patiënten steeg, eigenlijk ook zou moeten zijn: waarom er voordien minder patiënten opgenomen waren. Blijkbaar waren er vóór. 1884 te weinig prikkels voor de samenleving om initiatieven te ontplooiën om nieuwe gestichten te bouwen en te exploiteren

### **§ 3. Tarieven en werkelijke kosten**

Meer patiënten betekent natuurlijk ook: een groter bedrag dat aan verpleegelden werd uitgegeven. Hoe groot de invloed hiervan was ten opzichte van de totale kostengroei, blijkt echter pas wanneer we de gemiddelde kosten per verpleegdag onder de loep nemen. Alvorens we dit nader onderzoeken, moeten we echter onderscheid maken tussen de verpleegelden (tarieven) die werden betaald en de kosten die de gestichten in werkelijkheid maakten. Dat lijkt op theoretische haarkloverij, maar is het allerm minst. Discussies over het onderwerp ‘kostenstijging’ werden in deze tijd aangezwengeld en gevoerd door geneesheren, die doorgaans weinig affiniteit hadden met de financiële administratie in hun gesticht.<sup>1</sup> In hun bijdragen aan de discussies maakten zij zelden onderscheid tussen het tarief en de werkelijke kosten. Ten onrechte.

#### *Een gat tussen tarief en werkelijke kosten*

Zoals bekend werden de tarieven vaak voor lange tijd vastgelegd in de contracten, na soms langdurige onderhandelingen tussen provincies en gestichten. Deze onderhandelingen vonden plaats op het moment dat er een nieuw gesticht tot stand kwam, of als een contract was afgelopen, of werd opengebroken doordat er nieuwe bedden beschikbaar kwamen. Al werd er ten behoeve van die contracten wel naar gekeken, een direct verband tussen de kosten en het tarief was er niet. In de betreffende periode werden er, zoals we eerder zagen, veel nieuwe gestichten gebouwd, maar bleef het plaatsruimtegebrek bestaan. De verpleegtarieven konden daarvoor een onderhandelingsinstrument worden. Hoe dringender de behoefte aan plaatsruimte, des te gemakkelijker de provincies konden worden overgehaald tot het betalen van hogere verpleegtarieven. Naarmate het echter langer geleden was dat de tarieven waren vastgesteld, werd het ver-

---

<sup>1</sup> Jaarverslagen werden in die tijd meestal geschreven door de geneesheer-directeuren. Zij hadden volgens H.P. Bosscha, voorzitter van de Vereeniging van Krankzinnigengestichten in Nederland, gebrek aan kennis van zaken op financieel gebied en gebrek aan inzicht in de ziekenhuiseconomie. ‘Wat men hierover in de jaarverslagen aantreft [...] maakt den indruk van diletantenwerk’. (Bosscha 1917, 50.)

band lossen tussen de werkelijke verpleegkosten en het tarief dat ervoor werd betaald.

Er was nog een andere oorzaak voor het gat tussen tarief en werkelijke kosten. In die tijd - rond 1900 - waren er in Nederland globaal gezien twee boekhoudsystemen in gebruik: de kasboekhouding (ook wel begrotingsboekhouding) en de commerciële boekhouding (ook wel koopmansboekhouding). De commerciële boekhouding werd in rudimentaire vorm sinds het begin van de industriële revolutie in het bedrijfsleven gehanteerd en eind negentiende eeuw vervolmaakt. Het systeem had inmiddels ook daarbuiten wortel geschoten en werd sinds enige tijd door administrateurs van gestichten en ziekenhuizen bestudeerd.

De veel oudere en ook minder ingewikkelde kasboekhouding was tot begin jaren twintig in de wereld van de ziekenhuizen en krankzinnigengestichten het meest in gebruik. De kasboekhouding hield alleen rekening met inkomsten en uitgaven. De inventaris werd wel eens opgemaakt, maar dat was voor 'eigen gebruik'; de uitkomst oefende geen invloed uit op de boekhouding. De kasboekhouding gaf alleen inzicht in welke kosten en baten konden worden verwacht (de begroting) en welke hadden plaatsgevonden (de jaarrekening). De controle bestond hieruit dat kon worden nagegaan in hoeverre de raming afweek van het resultaat. Meer kon men er niet uit afleiden. Men kon niet nagaan hoe groot het kapitaal was en in hoeverre dit was vermeerderd of verminderd.<sup>1</sup>

Zo'n kasboekhouding omvatte de volgende posten: 'jaarwedden', 'onderhoud gebouwen', 'onderhoud meubilair', 'land- en tuinbouw', 'voeding', 'brandstoffen, verwarming en verlichting', 'kleine huishoudelijke behoeften', 'rente en aflossing'. De jaarwedden omvatten alle medewerkers, van arts tot tuinknecht. Het ging alleen om de bedragen die werden uitgekeerd. De emolumenten ('secundaire arbeidsvoorwaarden') en bedragen voor kost en (eventueel) inwoning stonden op de andere posten geboekt. Aan de inkomstzijde stonden de verpleeggeden genoteerd, naast de rijksbijdragen, provinciale bijdragen, en eventuele bijdragen van instellingen voor weldadigheid.<sup>2</sup>

Opvallend afwezig in dit overzicht waren de posten afschrijvingen en reserveringen. Voor nieuwbouw, renovaties of de aanschaf van dure inventarisgoederen werden geen bedragen gereserveerd. De kosten die daarvoor gemaakt moesten worden, drukten zwaar op de exploitatie van het betreffende boekjaar en konden moeilijk worden gedekt, tenzij er overschotten

---

<sup>1</sup> Cleyndert 1924, 125.

<sup>2</sup> Het voorbeeld betreft de boekhouding van Meerenberg in de negentiende eeuw. Verbeek 1949, 207, 215. Informatie over inkomsten: Tweede Kamer der Staten Generaal 1871-1872, 1872-1873, Bijlagen. Het rijksgesticht Medemblik kende een soortgelijke indeling. (Tweede Kamer der Staten Generaal 1891-1892, Staatsbegroting.)

waren geweest, of andere geldbronnen werden aangeboord, bijvoorbeeld leningen, die op hun beurt echter ook weer tot hogere lasten konden leiden. Voor Meerenberg gold bijvoorbeeld – volgens de latere administrateur R. Verbeek, wiens naam wij nog vaak zullen tegenkomen in de volgende hoofdstukken – dat er werd uitgebreid als er gedurende langere tijd overbezetting was geweest waardoor er overschotten waren ontstaan. Structureel had Meerenberg ongeveer f12.000,- te weinig in rekening gebracht voor afschrijvingen.<sup>1</sup> Al met al was de kasboekhouding als instrument onvoldoende geschikt om de financiële complexiteit van het gestichtwezen in te vangen. Wij komen in de volgende hoofdstukken nog uitgebreid terug op deze zaak. Voor dit moment is het van belang vast te stellen dat niet alleen de lange duur van de contracten, maar ook de gehanteerde boekhoudmethode zorgde voor het gat tussen tarieven en werkelijke kosten.

Zo konden er gemakkelijk (grote) negatieve of positieve exploitatieresultaten ontstaan. Hoe werden deze exploitatieresultaten weggewerkt? Om met het laatste te beginnen: de instellingen gebruikten overschotten vaak om renovaties en uitbreidingen te bekostigen en tekorten van voorgaande jaren weg te werken. In hoofdstuk I hebben wij al geschreven over gemeentelijke instellingen die de overschotten soms gewoon in de gemeentekas stortten. En zoals wij al meldden: katholieke instellingen gebruikten de overschotten soms om de stichting van nieuwe liefdewerken mogelijk te maken. Beide mogelijkheden werden echter door tijdgenoten met argwaan bekeken, zoals we in hoofdstuk I al lieten zien.

Gestichten die onder een bestuur vielen dat verschillende gestichten exploiteerde, zoals de VCV of de Godshuizen, konden hun positieve bedrijfsresultaten eenvoudig aanwenden om de tekorten in een van de zusterinstellingen mee te dekken.<sup>2</sup> Nadeel hiervan was dat dit systeem grote onduidelijkheden veroorzaakte in de exploitatie van de gestichten. Tekorten werden ook op andere manieren weggewerkt. Overheidsinstellingen als Meerenberg (provincie) of de oude gemeentelijke of semipublieke instellingen konden hun tekorten vrij gemakkelijk laten dekken door de betreffende provinciale of gemeentelijke overheid. Tekorten konden ook worden aangevuld door leningen af te sluiten, hetgeen echter zoals gezegd weer nieuwe kosten met zich meebracht. Verder kon een negatief saldo ook worden weggewerkt door in te teren op het eigen vermogen, of door

---

<sup>1</sup> Verbeek 1949, 209-210. De jarenlange overbezetting en het niet berekenen van afschrijvingen vormden samen met het feit dat investeringen werden gefinancierd met renteloze voorschotten van de provincie, de oorzaak van geflatteerde positieve bedrijfsresultaten in de eerste decennia van Meerenbergs bestaan.

<sup>2</sup> Zie o.a. HDCNP 501 inv. nrs. 14-2, 14-3, 14-4, Notulen Centraal Bestuur van de VCV, passim; VCV s.a. [1887] e.v..

de patiënten in de hogere klassen meer te laten betalen dan de werkelijke kosten. W.H. Cox, die in 1910 de laatste twee opties noemde in zijn bijdrage aan de discussie over de gestegen kosten van de krankzinnigenverpleging, wees ze beide af. De eerste omdat de gestichten daardoor geen geld zouden overhouden voor renovaties en dus langzaam zouden verouderen. De tweede omdat het volgens hem ‘geen zuiver standpunt’ was om de verpleegkosten van de armlastige patiënten te verhalen op de andere patiënten.<sup>1</sup>

#### *De tarieven*

Tabel II-1 geeft een overzicht van de verschillende tarieven die in de periode 1865-1908 werden gehanteerd.

De lijst is afkomstig van hierboven genoemde Cox. Wij hebben hem aangevuld met wat externe informatie. De lijst is niet compleet (lang niet alle gestichten komen erin voor en er is geen rekening gehouden met het feit dat een gesticht verschillende contracten met verschillende provincies kon afsluiten), maar in al zijn onvolledigheid geeft hij toch een vrij duidelijk beeld van de situatie, waarbij aangetekend dient te worden dat ook verschillende van de tarieven uit deze lijst die bijvoorbeeld ‘na 1865’ waren vastgesteld, nog steeds werden berekend op het moment dat Cox zijn artikel schreef.

Uit dit overzicht blijkt onder meer dat Meerenberg van meet af aan relatief hoge tarieven berekende voor zijn armlastige patiënten. Wat ook uit het overzicht blijkt is dat de tarieven in de nieuwe gestichten (veel) hoger waren dan de tarieven die al lange tijd in de oude gestichten golden. Zoals gezegd: zodra ze eenmaal waren vastgesteld, bleven de tarieven vaak lange tijd hetzelfde. Nieuwe gestichten, gestichten die gingen uitbreiden, of die waarvan het provinciecontract was verlopen, waren in de positie hogere tarieven in rekening te brengen.

---

<sup>1</sup> Cox 1910, 236.

**Tabel II-1**

*Overzicht verpleegtarieven laagste klasse diverse krankzinnigengestichten in Nederland (1865-1908)*

jaar waarin contract werd afgesloten (en werd beëindigd)	jaar van oprichting <sup>1</sup>	gesticht <sup>2</sup>	verpleegtarief per patiënt per jaar
1849 (1907)	1849	Santpoort (Meerenberg)	f270,-
±1850	1442	's-Hertogenbosch (Reinier van Arkel)	f146,-
1863	1442	's-Hertogenbosch (Reinier van Arkel)	f158,-
1865 (1875)	1442	's-Hertogenbosch (Reinier van Arkel)	f160,- <sup>3</sup>
1858 (1883)	1625	Zutphen (Oude en Nieuwe Gasthuis)	f173,-
1856 (1866)	1729	Delft (St. Joris Gasthuis)	f175,-
na 1866	1729	Delft (St. Joris Gasthuis)	f200,-
na 1865	1461	Utrecht (Willem Arntsz Huis)	f200,- <sup>3</sup>
na 1865	1541	Deventer (St. Elisabeth Gesticht)	f208,-
1891	1851	Franeker (Geneeskundig Gesticht Franeker)	f280,-
1891	1886	Ermelo (Veldwijk)	f300,-
1892	1892	Bloemendaal (Loosduinen <sup>4</sup> )	f300,- <sup>3</sup>
1892	1870	Coudewater (Rosmalen <sup>4</sup> )	f250,-
1892	1760	Dordrecht (Krankzinnigengesticht Dordrecht)	f300,-
1898	1607	's-Gravenhage (Gesticht aan het Slijkeinde)	f300,- <sup>3</sup>
1908	1911	Utrecht (Willem Arntsz Huis in wording?) <sup>5</sup>	f335,-
1908	1909	Zuid-Holland (Maasoord in wording?) <sup>5</sup>	f355,-

<sup>1</sup> Door ons ter verduidelijking toegevoegd.

<sup>2</sup> Tussen haakjes door ons toegevoegd de naam van het gesticht waar Cox hoogstwaarschijnlijk op doelde.

<sup>3</sup> Plus kleedgeld (dit lag tussen de f12,- en f25,-).

<sup>4</sup> Hier vermeldde Cox abusievelijk de naam van het gesticht en niet de plaats. Deze is door ons tussen haakjes vermeld.

<sup>5</sup> De eerste patiënten kwamen vaak al lang voordat de officiële ingebruikname van een gesticht plaatsvond.

Bron: Cox 1910, 235; Kappelhof 1992, 81 en 83 voor tarieven van Reinier van Arkel ± 1850 en 1863; Verbeek 1949, 206 voor Meerenberg 1849-1907; Oosterhuis en Gijswijt-Hofstra 2008, Bijlage 1A (voor de kolom 'jaar van oprichting').

Een Noord-Hollandse provinciale commissie die de verpleging van arm-lastige patiënten in kaart bracht, kwam eind negentiende eeuw tot de conclusie dat de verpleging per patiënt minimaal f0,75 per dag, of f273,75 per jaar zou moeten kosten.<sup>1</sup> De commissie had dit berekend door een van de weinige voor het doel bruikbare en toegankelijke administraties te bestuderen, die van het rijksgesticht Medemblik, en deze te vergelijken met de gegevens van het Amsterdamse Binnengasthuis en het Wilhelminagasthuis. De exploitatiecijfers van Meerenberg waren meer voor de hand

<sup>1</sup> Het rapport waar Cox naar verwijst, is: Janssen van Raay, Ruysch en Winkler 1900 en 1901.

liggend geweest als maatstaf, maar omdat Meerenberg klassenverpleging kende, had men daarvan afgezien: in die tijd waren er geen maatstaven om de kosten per verpleegdag te berekenen voor instellingen die klassenverpleging hadden.<sup>1</sup> Met de cijfers van het rijksgesticht Medemblik en de Amsterdamse ziekenhuizen (het Binnengasthuis en het Wilhelminagasthuis) waren de rapporteurs aan het vergelijken en rekenen geslagen en zij waren op een iets lager bedrag uitgekomen dan de kostprijs van Medemblik. Zij hadden, zo schreven ze, ‘overall ruim, maar niet te ruim [...] geschat’. Voor minder kon het absoluut niet.<sup>2</sup>De waarde van deze berekening moet niet te hoog worden ingeschat; regionale verschillen - bijvoorbeeld in salariering - waren in deze periode nog heel groot, ook wat betreft de gestichtverpleging. Zoals men kan zien lagen de meeste tarieven in de lijst hierboven onder het berekende minimumbedrag. Als de minimumeisen van eind negentiende eeuw zouden worden omgerekend naar de ‘eischen van den tegenwoordigen tijd’ (1910), zouden nog steeds de meeste tarieven ónder de norm zijn, aldus Cox.<sup>3</sup>

Hoe ontwikkelden de tarieven zich nu precies in de tweede helft van de negentiende eeuw? De gegevens hierover zijn tamelijk summier, maar wat we gevonden hebben, biedt voldoende aanknopingspunten voor enkele grote lijnen. We nemen eerst de totale uitgaven van de gemeenten onder de loep.

Hoe groot was de optelsom van alle bedragen (gebaseerd op de derdeklastrarieven) die de gemeenten gezamenlijk betaalden? Deze lasten zijn in grafiek II-3 afgezet tegen de totale bevolking en ook tegen het *totale* aantal patiënten van alle klassen. Dit laatste gegeven is een benadering van de gemiddelde tarieven. Dat het om een *benadering* gaat heeft te maken met het feit dat er ook zelfbetalende (klasse)patiënten waren – ook al was dat aantal relatief klein – en de bedragen die zij bijeenbrachten, werden niet in de gemeentelijke uitgaven meegeteld.

---

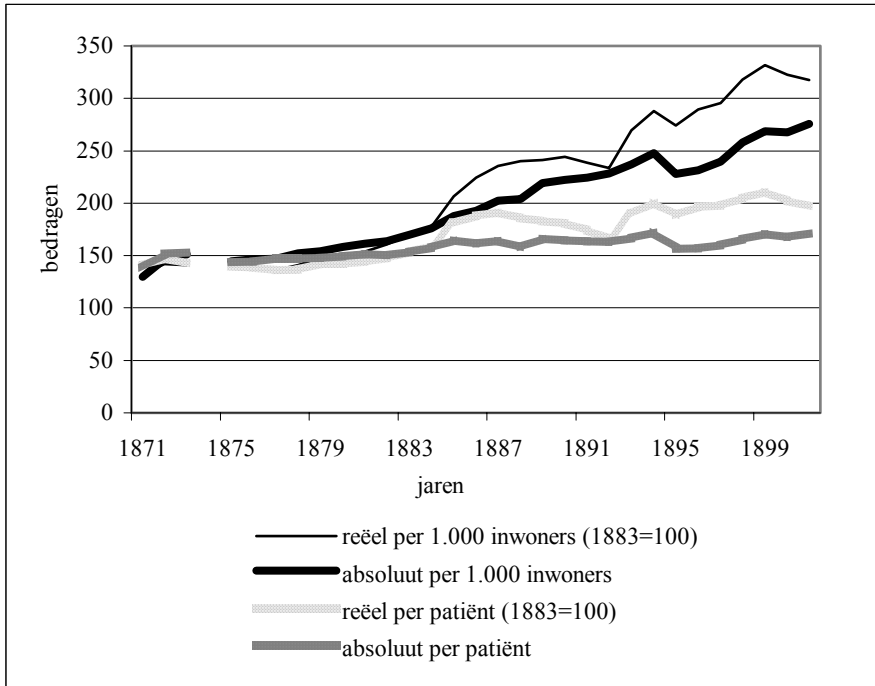
<sup>1</sup> Janssen van Raay, Ruysch en Winkler 1901, 2-4. N.b. de boekhouding was er niet op berekend; de kosten werden niet uitgesplitst naar de verschillende afdelingen. Over klassenverpleging komen wij nog uitgebreider te spreken.

<sup>2</sup> Janssen van Raay, Ruysch en Winkler 1901, 25.

<sup>3</sup> Voor de berekening van de rente en aflossing hanteerde Cox een bedrag van *f* 2.000,= per bed over 60 jaar, tegen een jaarlijkse rente van 4,42%.

### Grafiek II-3

*Gemiddelde bedragen die de gemeenten betaalden per patiënt per jaar (bij benadering) en per 1.000 inwoners per jaar, in guldens (1871-1901)*



Bron: Tweede Kamer der Staten Generaal ([1871-1903]), Verslag over de handelingen aangaande het armenbestuur over [1871-1903]; N.n. 1857; Ramaer [1872-1878; 1880-1885]; Oosterhuis en Gijswijt-Hofstra 2008, Bijlage 5A (gebaseerd op: Schuurmans Stekhoven 1922, 166-169. Tabel V. 'Algemeen overzicht van de beweging in de inrichtingen voor krankzinnigen, 1845-1914').

De grafiek laat zien dat de absolute bedragen die per patiënt per jaar werden uitgegeven door de gemeenten (oftewel: de gemiddelde derdeklasterieven) eigenlijk niet eens zo gek veel gestegen waren: 24 procent in 30 jaar tijd. Dit strookt helemaal met het gegeven dat tarieven voor langere tijd vastlagen. Door de deflatie aan het eind van de negentiende eeuw was de reële stijging iets groter.

Per 1.000 inwoners was er echter in deze tijd een stijging van de uitgaven van maar liefst 112 procent, in reële bedragen zelfs 140 procent. Gegeven het feit dat de uitgaven per patiënt nauwelijks stegen, maar de uitgaven per 1.000 inwoners wél flink omhooggingen, kunnen we concluderen dat de groei van de totale uitgaven aan de verpleging van armlastige patiënten hoofdzakelijk was gelegen in de volumegroei. Anders gezegd: het aantal

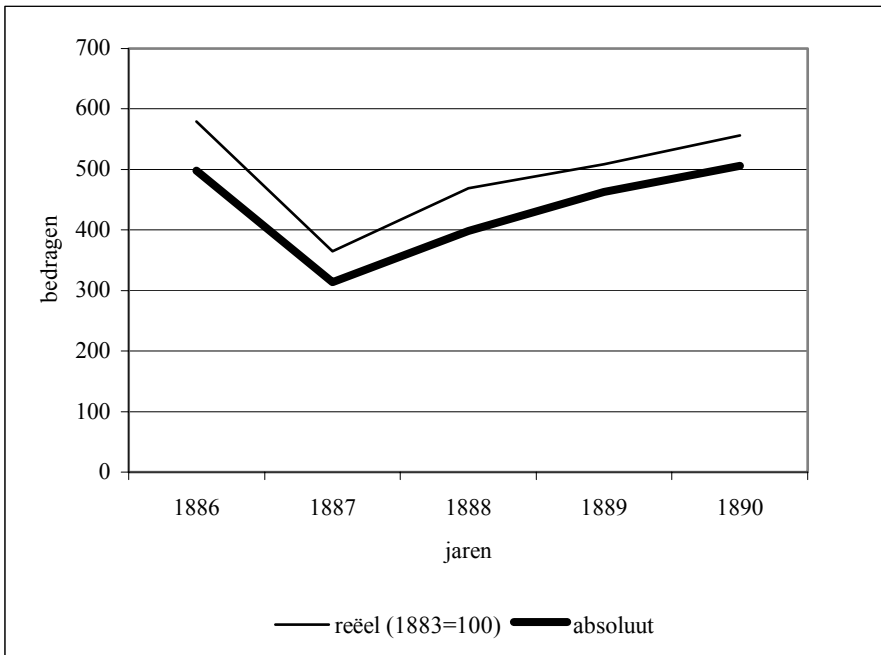
patiënten nam toe.<sup>1</sup> In paragraaf 2 hebben we dit ook al geconstateerd; nu hebben we vastgesteld dat dit de belangrijkste oorzaak is van de stijgende uitgaven van gemeenten aan de krankzinnigenverpleging in de tweede helft van de negentiende eeuw.

*De werkelijke kosten per patiënt per jaar*

De vraag is nu: stegen de *werkelijke* kosten per verpleegdag (of per patiënt per jaar) ook in de periode 1884 tot 1910? Die vraag is niet eenvoudig te beantwoorden. Verbeek deed een steekproef van de gemiddelde kosten per patiënt per jaar van de verschillende klassen in de eerste vijf decennia van het bestaan van Meerenberg. Volgens hem bleven deze tussen 1850 en 1888 schommelen rond de f350,-, om daarna te dalen tot het laagste punt in 1896, namelijk f300,-. Daarna stegen de kosten weer.<sup>2</sup> Voor andere gestichten met een langere geschiedenis gold vermoedelijk iets vergelijkbaars, maar cijfers hiervan zijn niet voorhanden.

**Grafiek II-4**

*Uitgaven per patiënt per jaar van Veldwijk in guldens (1886-1896)*



Bron: VCV s.a. [1887-1897]

<sup>1</sup> Er zijn geen aanwijzingen dat het aandeel van de armlastige patiënten op het totale aantal patiënten in deze periode drastisch gewijzigd is.

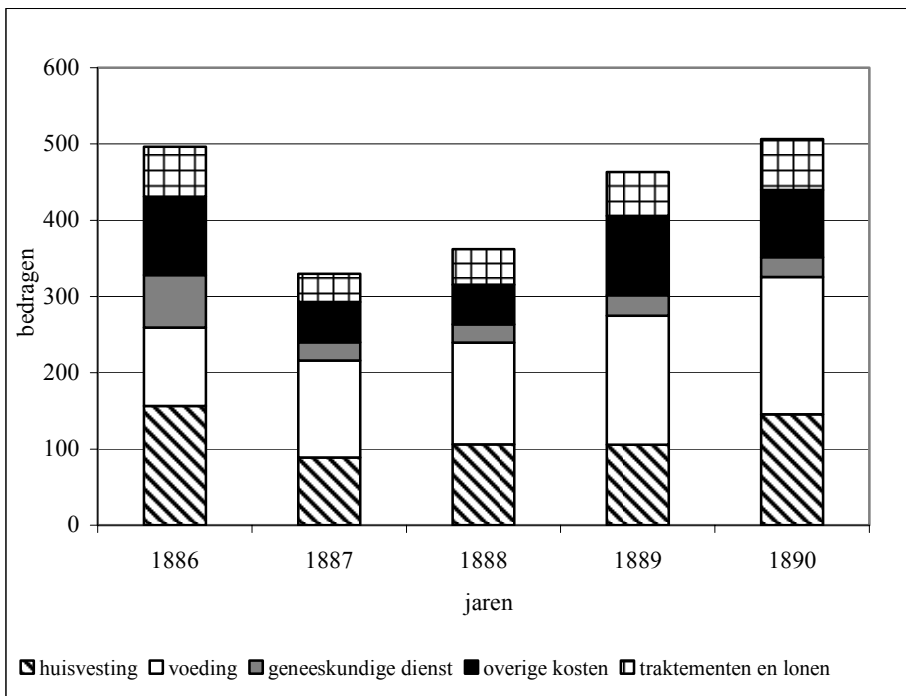
<sup>2</sup> Verbeek 1949, 209.

De exploitatiecijfers van Veldwijk (grafiek II-4) laten tussen 1886 en 1890 een ander beeld zien: een sterke daling na het eerste jaar en dan weer een langzaam stijgende lijn. Dat in het eerste jaar een relatief hoog bedrag per patiënt per jaar werd uitgegeven, werd veroorzaakt door het feit dat de bezettingsgraad nog heel laag was en de algemene kosten per patiënt daarvoor veel hoger waren dan in de jaren daarna. Het jaar erop was het aantal patiënten al meer dan twee keer zo groot en de kosten per patiënt meteen een stuk lager. Dit gold uiteraard ook voor de vele andere nieuwe gestichten die na 1885 tot stand waren gekomen.

We weten nu ook dat in de eerste jaren van het bestaan van een gesticht de kosten voor alles wat nieuw gebouwd of aangeschaft werd, zwaar op de exploitatie konden drukken. Ook dat is in de exploitatie van Veldwijk te zien (grafiek II-5).

**Grafiek II-5**

*Uitgaven per patiënt per jaar van Veldwijk, vereenvoudigd uitgesplitst\*, in guldens (1886-1890)*



\* Onder de kosten voor ‘huisvesting’ hebben wij begrepen: onderhoud gebouwen, onderhoud meubilair, brandstoffen, huishoudelijke benodigdheden en rente. Onder de ‘overige kosten’ hebben wij de volgende posten samengevat: bewassing, belastingen, assurantien, kosten geldlening, bureaunkosten, godsdienst, ontspanning, land- en bosbouw, en diverse kleinere kostenposten voor de VCV zelf, zoals het exploitatietekort in 1888 van het VCV-tehuis Rustoord.

Bron: VCV s.a. [1887-1891].

De totale uitgaven voor de geneeskundige dienst waren in het eerste jaar ruim 20 procent hoger dan in het tweede jaar, terwijl het aantal patiënten toen meer dan verdubbeld was. Het ligt voor de hand dat in het eerste jaar veel geld werd gestoken in bijvoorbeeld medisch instrumentarium; deze bedragen werden, zoals we inmiddels weten, in één keer afgeschreven.

Iets vergelijkbaars gold voor een kostenonderdeel dat wij onder de post 'overige kosten' hebben gevat: de 'land- en bosbouw'. Hiervoor werd het eerste jaar 35 procent meer uitgegeven dan in het tweede jaar. Ook hierbij ging het hoogstwaarschijnlijk om ineens afgeschreven investeringen (bijvoorbeeld pootgewassen). Ook de kosten voor huisvesting waren in het eerste jaar per patiënt per jaar heel hoog vergeleken met de daaropvolgende jaren. Maar anders dan bij de kosten voor de geneeskundige dienst en de kosten voor land- en bosbouw daalde het totale bedrag van deze kostenpost niet in het tweede jaar. In andere nieuwe gestichten golden vermoedelijk vergelijkbare kostenverdelingen. Maar ook hiervoor geldt: het ontbreekt ons aan informatie hierover.

Al met al kunnen we moeilijk vaststellen hoe de werkelijke kosten per patiënt zich ontwikkelden. Gegeven het feit dat de tarieven niet sterk stegen, nemen we voorzichtig aan dat dit ook gold voor de werkelijke kosten. Dit betekende echter allerminst dat er nauwelijks iets veranderde in de gestichten. Eind jaren negentig schreven de inspecteurs van het Staatstoezicht:

Terwijl de inrichting der gestichten, dank zij de toepassing van het paviljoenstelsel en de strijtere naleving van de eischen der bouwhygiëne bij den aanleg van gestichten, belangrijk verbeterde, deed zij ook niet alleen [...] in den geneeskundigen dienst, maar ook in andere opzichten eene belangrijke schrede voorwaarts. Dit openbaarde zich zoowel op het gebied van de voeding, als van de kleeding en ligging en vooral van de reiniging van de patiënten.<sup>1</sup>

In de hierna volgende paragrafen laten we achtereenvolgens zien wat er precies veranderde in het gesticht op enkele van deze terreinen, te weten de huisvesting ('eischen der bouwhygiëne'), voeding en de geneeskundige dienst. Het personeel komt als laatste aan de orde. Voor zover we vanaf hier de kostenontwikkelingen bespreken, hebben we het alleen nog over de werkelijke kosten, zoals deze uit de schaarse beschikbare exploitatiecijfers bleken. De tarieven laten we verder buiten beschouwing.

---

<sup>1</sup> Inspecteurs van het Staatstoezicht 1901, 133.

#### § 4. Huisvesting: de bouw

Het moge inmiddels duidelijk zijn dat de destijds gehanteerde boekhoudmethode het onmogelijk maakt een chronologische ontwikkeling te laten zien in de kosten voor huisvesting van bestaande of nieuwe gestichten. Een kostenoverzicht van nieuwbouwprojecten zou misschien een indicatie kunnen geven. Eerder genoemde Cox presenteerde in 1910 zo'n overzicht. Aan de hand hiervan betoogde hij dat de kosten voor nieuwbouw van gestichten sinds het midden van de negentiende eeuw sterk gestegen waren. Dit was één van de punten waar hij zijn ongerustheid over uitsprak.<sup>1</sup>

Cox was niet de enige die zich hierover zorgen maakte. In dezelfde tijd boog ook de in de inleiding van dit hoofdstuk aangehaalde Meijer zich over het onderwerp en ook hij was ervan overtuigd dat de kosten voor nieuwbouw enorm waren gestegen. Bij ongewijzigde voorschriften was het volgens Meijer anno 1909 niet meer mogelijk een gesticht te bouwen voor een bedrag van f1.400,- per bed, zoals enkele jaren daarvoor nog gebruikelijk was.<sup>2</sup>

##### *Economische groei en de bouw*

Een belangrijke oorzaak van de gestegen bouwkosten was volgens Meijer gelegen in de verhoging van de arbeidslonen. De lonen waren inderdaad flink gestegen. Zoals eerder aangemerkt (hoofdstuk I) was de economie van Nederland vanaf de jaren zestig sterk gegroeid. Een van de sectoren waarin tussen 1866 en 1882 en tussen 1894 en 1913 een ware investeringsboom plaatsvond, was de huizenbouw. Vooral in de steden heerste sinds de tweede helft van de negentiende eeuw een enorme bouwbedrijvigheid, in de industrie, maar vooral ook in de huizenbouw. In Amsterdam vond bijvoorbeeld tussen 1865 en 1885 een verzesvoudiging plaats van het aantal voltooide percelen. Bouwvoorschriften waren er nauwelijks en dat was te zien ook: sommige huizen stortten al in tijdens de bouw. In 1901 maakte de Woningwet een einde aan wat wel de 'revolutiebouw' wordt genoemd.<sup>3</sup> Vanaf nu golden wettelijke bouwvoorschriften. Deze hadden vermoedelijk wel effect op de algemene bouwkosten, maar hoe groot dit effect was, is (ons) niet bekend. Hetzelfde geldt voor de loonontwikkeling in deze overspannen sector. Het ligt voor de hand dat al deze ontwikkelingen - hogere lonen en strengere bouwvoorschriften - ook gevolgen hadden voor de kosten van nieuwbouw in het gestichtwezen. Maar was dat ook zo?

---

<sup>1</sup> Cox, 1910, 234.

<sup>2</sup> Meijer 1909, 415.

<sup>3</sup> Wet van den 22 Juni 1901 (Stbl. no. 158) houdende wettelijke bepalingen betreffende de volkshuisvesting.

Laten we het overzicht van Cox eens aan een nadere analyse onderwerpen. Het goedkoopste gesticht (Endegeest) plaatste Cox bovenaan, het duurste (Duin en Bosch) onderaan. Zo bezien leek er inderdaad sprake te zijn van een forse kostengroei. Maar... de auteur gebruikte een retorische truc. Als men dezelfde gegevens in chronologische volgorde plaatst, zoals in tabel II-2 is gedaan, blijkt alleen Duin en Bosch er flink bovenuit te stijgen en dit was toevallig het nieuwste gesticht. Bij dit gesticht ging het echter om een schatting, waarbij Cox ook nog eens de cijfers bewerkt had op een manier die goed uitkwam voor zijn betoog.<sup>1</sup>

Duin en Bosch zullen wij ook in andere hoofdstukken regelmatig tegenkomen als een van de duurste gestichten van Nederland. Of de bouwkosten werkelijk zo hoog waren en wat daarvan de oorzaak geweest zou

**Tabel II-2**

*Overzicht van stichtingskosten van diverse gestichten (1849-1909)*

jaar	gesticht	klas- sen- verpl.	pavil- joen- bouw	nominale kosten per bed*	reële kosten per bed (1883=100)
1849	Meerenberg (Santpoort)	ja	nee	1.300,00	1.884,06
1885	Voorburg (Vught)	ja	nee	1.830,00	2.011,00
1886	Veldwijk (Ermelo)	ja	ja	2.092,87	2.433,57
1892	Bloemendaal (Loosduinen)	nee	ja	1.334,55	1.361,79
1894	Delft (Buitengesticht)	ja	onbekend	1.325,00	1.540,70
1894	Brinkgreven (Deventer)	ja	ja	1.900,00	2.209,30
1895	Dennenoord (Zuidlaren)	nee	ja	1.619,55	1.951,27
1897	Endegeest (Oegstgeest)	nee	ja	1.250,00	1.562,50
1900	Het Groot Graffel (Warnsveld)	onbekend	ja	1.825,00	2.198,80
1900	Oud-Rosenburg (Loosduinen)	ja	ja	1.438,00	1.732,53
1909	Duin en Bosch (Castricum)	nee	ja	± 3.300,00	± 3.626,37

Bron: Cox, 1910, 234; Van der Bie en Smits 2001, 110-112 (voor de prijsindexering); Oosterhuis en Gijswijt-Hofstra 2008, Bijlage 1A (voor de kolom 'klassenverpleging'); niet gepubliceerde opgave M.F. Gijswijt-Hofstra (voor de kolom 'paviljoenbouw'). (Cox baseert zich op 'het Rapport van de Commissie voor Plaatselijke Werken, enz. te Rotterdam van G.J. de Jongh, Directeur der Gemeentewerken en W. Vos, Geneesheer-Directeur [van Maasoord]').

\* inclusief terrein en inventaris

kunnen zijn, zou nader moeten worden onderzocht. Op deze plaats is het van belang te constateren dat er verder geen enkele lijn zat in de ontwikkeling van de bouwkosten (ook niet als men de prijsindex er naast zet; dit heeft nauwelijks verschuivingen tot gevolg). Behalve Duin en Bosch

<sup>1</sup> De aan Cox opgegeven kosten bedroegen f1.881.000,-, oftewel f3.014,- per bed, evengoed nog het hoogste bedrag in de rij. Cox rekende echter nog een bedrag aan rente er bovenop. Deze bewerking deed hij niet bij de andere stichtingskosten.

sprong vooral Veldwijk in Ermelo vergeleken met de andere gestichten eruit als heel duur. Dit gesticht werd opgeleverd in 1886. Het (nominaal) goedkoopste gesticht Endegeest was lang niet het oudste, dat was Meerenberg en dit gesticht was een halve eeuw eerder zelfs f50,- per bed duurder.<sup>1</sup> Wat maakte nu het ene gesticht duurder dan het andere?

### *Bouwkundige eisen*

Hierboven werd al duidelijk gemaakt dat de Krankzinnigenwet van 1884 een bepaling bevatte met eisen waaraan een gesticht moest voldoen om een vergunning te krijgen: het moest onder meer ruim zijn, gezond gelegen met voldoende ruimte voor beweging in de open lucht en er moest een scheiding mogelijk zijn tussen mannen en vrouwen en tussen verschillende groepen van patiënten. De voorschriften waren summier, maar uit de verslagen van het Staatstoezicht blijkt dat de inspecteurs bij het beoordelen van vergunningaanvragen voor nieuwe gestichten vaak verder gingen dan de letterlijke tekst van de wet.<sup>2</sup>

Ze konden daarbij vanaf 1892 gebruikmaken van het ‘Rapport inzake de eischen die bij de oprichting van een krankzinnigengesticht aanbeveling verdienen’, van een commissie van prominente leden van de Nederlandse Vereeniging voor Psychiatrie.<sup>3</sup> Het rapport, waaraan behalve de naam van Cox, onder anderen ook die van de inspecteur van het Staatstoezicht, W.P. Ruysch, verbonden was, bevatte tal van aanbevelingen voor de bouw, de wenselijke beschikbare ruimte per patiënt en de inrichting van de ruimten (inclusief tuinen en werkplaatsen).<sup>4</sup>

Een van de nieuwe idealen die door de opstellers van het rapport en door de inspecteurs van het Staatstoezicht werden omarmd, betrof de komst van het paviljoensysteem. Bij dit systeem, dat al eerder in Engeland en later ook in Frankrijk en Duitsland in het ziekenhuiswezen werd geïntroduceerd, bestond een gasthuis (gesticht) uit diverse losse gebouwen, die soms met gangen aan elkaar verbonden waren. In deze paviljoens werden zieken ‘soort bij soort’ bij elkaar gebracht, zodat voor elke groep aparte maatregelen genomen konden worden. Rondom de paviljoens konden mooie tuinen worden aangelegd. Voor het krankzinnigenwezen bezat het

---

<sup>1</sup> Ter aanvulling: een berekening uit 1891 noemde een bedrag van iets minder dan f2.000,- per bed voor een nieuw gesticht buiten Dordrecht, dat uiteindelijk niet werd gebouwd. (Over de berekening: Tellegen aan het woord in Nn. 1891, 30-31; zie ook: Vijselaar 1998a.)

<sup>2</sup> Inspecteurs voor het Staatstoezicht 1893, 1.

<sup>3</sup> De aanleiding voor het rapport vormde het plan voor een nieuw gesticht in Zuid-Holland. In de jaarvergadering van de NVP hadden de aanwezigen van gedachten gewisseld over de vraag aan welke eisen een nieuw te bouwen gesticht minimaal moest voldoen en binnen welke financiële grenzen dit dan zou moeten passen. (N.n. 1891.)

<sup>4</sup> Cox et al. 1892. De commissie was overigens naar eigen zeggen onderling verdeeld over veel punten van aanbeveling. Op deze plek hebben wij alleen de meerderheidsstandpunten weergegeven.

paviljoensysteem een grote charme. Paviljoenbouw paste goed bij de eisen die de tweede Krankzinnigenwet stelde aan de verzorging van krankzinnigen. Het vergemakkelijkte de mogelijkheid om de patiënten - zoals de wet voorschreef - in groepen in te delen: mannen en vrouwen gescheiden, separate ruimten voor rustige en onrustige patiënten. Ook de mogelijkheid om de paviljoens met tuinen te omringen, was interessant vanwege de mogelijkheden voor beweging in de buitenlucht. Verder kon het in christelijke kringen populair ideaal van verzorging in een 'christelijk huisgezin', dat vigeerde naast de overheersende opvatting dat het gesticht op een ziekenhuis moest lijken, in het paviljoenstelsel ook uitstekend worden toegepast. Het gereformeerde Veldwijk in Ermelo (1886) was het eerste gesticht in ons land dat volgens het nieuwe systeem werd gebouwd en sindsdien gold de paviljoenbouw lange tijd als hét model voor andere nieuwe gestichten.<sup>1</sup>

Waren gestichten die volgens het paviljoensysteem gebouwd werden, duurder dan andere gestichten? Dat is moeilijk na te gaan. Tabel II-2 geeft een overzicht van bouwkosten van diverse gestichten die tussen 1849 en 1909 werden gebouwd. Uit de opsomming blijkt dat de meeste nieuwe gestichten - overigens naar tevredenheid van de inspecteurs - volgens het nieuwe stelsel waren gebouwd.<sup>2</sup> Daar is wat betreft de bouwkosten dus geen conclusie aan te verbinden.

#### *Klassenverpleging maakt verschil*

Of het paviljoenstelsel invloed uitoefende op de bouwkosten, is dus niet vast te stellen. En verder? Laten we nog eens naar de lijst van Cox kijken (tabel II-2). Veldwijk was relatief duur en Endegeest was relatief goedkoop. Wat bepaalde nu het grote prijsverschil tussen die twee? Eerder werd al opgemerkt dat Veldwijk lange tijd als het paradepaardje van de VCV gold én als modelgesticht voor de vele instellingen die daarna gebouwd werden. Men kan zich voorstellen dat zoiets alleen mogelijk was doordat kosten noch moeite waren gespaard bij de totstandkoming van het gesticht. Maar waar die hoge stichtingskosten dan door werden veroorzaakt, springt ook bij nadere beschouwing niet meteen in het oog. Het lag in elk geval niet aan de grondprijs: het ging in beide gevallen om gestichten op het (relatief goedkope) platteland; de grond waarop Veldwijk verrees, kostte ongeveer f40.000,-, terwijl het landgoed van Endegeest zelfs

---

<sup>1</sup> Dit werd onder andere geconstateerd door de penningmeester van de VCV. (HDCNP 501 inv. nr. 14-2 Notulen Centraal Bestuur van de VCV van 5 april 1906.) Zie ook: Cox et al. 1892, 222. Over dit punt bestond in de commissie geen verschil van mening.

<sup>2</sup> De inspecteurs vonden vanaf medio jaren negentig bij veel stichtingsbesturen 'een gewillig oor' voor hun adviezen. (Inspecteurs voor het Staatstoezicht 1897, 8.)

voor f75.000,- werd aangekocht.<sup>1</sup> Het lag dus evenmin aan de soort bouw: beide gestichten waren gebouwd volgens het paviljoenstelsel. Het lag niet aan de omvang, alle twee gestichten zaten in het middensegment. Het lag zelfs niet aan de architect: die was in beide gevallen dezelfde persoon: E.G. Wentink. Een deel van het verschil kan door de schaal worden verklaard: Veldwijk was met paviljoens voor maximaal twintig patiënten relatief kleinschalig en zal mede daarom ook duur geweest zijn.<sup>2</sup> Maar de belangrijkste verklaring voor de grote verschillen in kostprijs tussen Veldwijk en Endegeest kan worden gevonden in het feit dat te Veldwijk klassenverpleging werd ingevoerd, terwijl Endegeest uitsluitend voor patiënten derde klasse werd gebouwd.

‘Bij den bouw van een nieuw gesticht geeft de medische wetenschap advies, de architect maakt daarna de bouwplannen en voert die uit’, schreef Meijer. Volgens hem was het moeilijk te zeggen in hoeverre daarbij steeds ‘het juiste standpunt [...] tusschen noodzakelijkheid en luxe’ werd ingenomen. De luxe kon bij sommige gestichten wel ietsje minder, want uiteindelijk zou al die franje weer tot hogere stichtingskosten leiden. Aan de andere kant werd ook wel ‘uit te zuinige beurs’ gebouwd, hetgeen soms leidde tot ondoeltreffendheid, waardoor er dure veranderingen moesten worden aangebracht en daar zat niemand op te wachten.<sup>3</sup> Uit de vergelijking tussen Veldwijk en Endegeest kan men de voor de hand liggende conclusie trekken dat hoe rijker de patiënt, hoe mooier het gesticht, des te zwaarder het prijskaartje aan het bed. De eveneens lage bouwkosten voor het derdeklassegesticht Bloemendaal (Loosduinen) bevestigt dit. Bloemendaal was overigens, evenals Veldwijk, een gesticht van de VCV.

Eén aspect bleef tot nu toe onderbelicht. Bij nadere bestudering van tabel II-2 valt op dat de gestichten met lage bouwkosten zonder uitzondering in de provincie Zuid-Holland gelegen waren. De provincie Zuid-Holland stond in deze periode onder grote druk van het Staatstoezicht om te zorgen voor een nieuw, provinciaal gesticht, terwijl de bestaande gestichten

---

<sup>1</sup> Lindeboom 1984, 43; Vijselaar 1998b, 41. N.b. Lindeboom noemt f40.000,- als vraagprijs. In de kantlijn merkt hij evenwel op dat dit bedrag later te laag bleek te zijn, het terrein was ook groter dan oorspronkelijk opgemeten. Bovendien werd in de loop de decennia steeds meer grond bijgekocht. Anno 1910 was het terrein al ruim anderhalf keer zo groot als oorspronkelijk. (Zie overzicht Cox 1910, 234.)

<sup>2</sup> Het is moeilijk te achterhalen hoeveel patiënten een zaal deelden en dus ook hoeveel patiënten de paviljoens van nieuwgebouwde gestichten bevolkten. (Oosterhuis en Gijswijt-Hofstra 2008, 111, noot 265.)

<sup>3</sup> Meijer 1909, 415. Deze uitspraak is natuurlijk een open deur. Het in 1909 goedkoop gebouwde gesticht Maasoord kan echter als aardige illustratie dienen. Twee jaar na de officiële opening bleek het gesticht al te klein en moesten er paviljoens worden bijgebouwd. Bij de bouw was gebruik gemaakt van goedkoop bouw materiaal, met als gevolg dat vanaf 1914 het gesticht met regelmaat van de klok werd geplaagd door verzakkingen en er om de haverklap renovaties moesten worden uitgevoerd. (Bakker 1999a, 18-19 en noot 16.)

eveneens een dringend beroep deden op de provincie om renovaties te subsidiëren.<sup>1</sup> Het ligt voor de hand dat de provincie in deze situatie geen royale bouwkostensubsidies heeft verstrekt aan andere initiatiefnemers. Overigens was de regionale verscheidenheid in de economie rond de eeuwwisseling nog altijd zeer groot, maar in hoeverre dit betekenis heeft gehad voor de bouwkosten van de gestichten, kan in dit bestek helaas niet verder worden uitgediept.

In het vorige hoofdstuk kwam de financiering van nieuwbouw al ter sprake. Een van de constateringën was dat er vaak leningen of hypothekeën voor moesten worden afgesloten (met provincies, particulieren, of op de markt), die uiteindelijk ook terugbetaald moesten worden, al dan niet met rente. Tel daarbij het hiervoor geconstateerde feit dat er van een duidelijke *stijging* van de stichtingskosten zelf niet gesproken kan worden, en we moeten concluderen dat de ‘pijn’ van bezorgde auteurs rond de eeuwwisseling dus blijkbaar ergens anders zat. Dan komen we bij het eenvoudige gegeven dat we ook in paragraaf 2 en 3 van dit hoofdstuk hadden geconstateerd: er kwamen steeds meer patiënten. Voor hen moesten er steeds meer nieuwe bedden komen, oftewel gestichten worden gebouwd. En dat kostte nu eenmaal geld.

Dat geld drukte vooral in de vorm van afdrachten van leningen in de eerste jaren zwaar op de exploitatie van de gestichten. Het toenmalige boekhoudsysteem maakte het niet mogelijk dat in de kostprijs rekening gehouden werd met toekomstige uitbreidingen en vernieuwingen van de gestichten. Voor iedere uitbreiding en grootschalige renovatie moesten externe financieringsbronnen worden aangeboord.

## § 5. Het menu

De voeding was van meet af aan een punt van zorg, in ieder geval voor het Staatstoezicht. In hun allereerste verslag signaleerden de inspecteurs al dat er verbeteringen hadden plaatsgevonden in het dagelijkse menu.

[H]et eten, hetgeen in vroegeren tijd doorgaans in ijzeren of koperen bakken met ketenen aan de deur van het hok vastgemaakt en door eene enge opening toegediend, somwijlen zonder lepel of vork, of wel in afzonderlijke houten bakken werd gegeven, en hetgeen zelfs nog in 1842 in verreweg de meeste gestichten zeer onordelijk en zonder vereeniging aan tafel werd genuttigd [... vond nu plaats] aan algemeene gedekte tafels, behoorlijk van borden, lepels en ook wel vorken voorzien

---

<sup>1</sup> De Wit 1991, 37-38.

waarbij in meerdere gestichten ieder lijder zijnen tinnen of blikken kroes of ook zelfs wel glas met bier gevuld bekomt.<sup>1</sup>

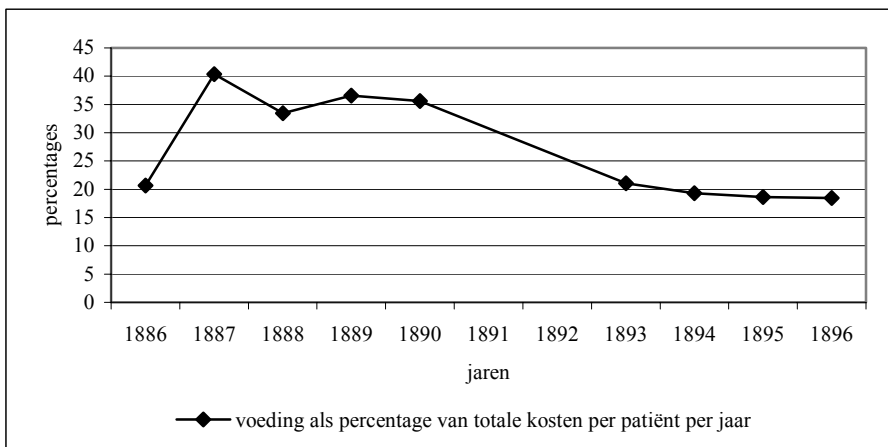
Het belang van goede voeding werd steeds meer ingezien. Geconstateerd werd dat veel patiënten ondervoed in het gesticht aankwamen. In 1861 schreef de toenmalig inspecteur, G.E. Voorhelm Schneevoogt: 'Elke [...] doeltreffende wijziging in de voeding [...] heeft verbetering van den openbaren gezondheidstoestand en vermindering van sterfte in haar gevolg.'<sup>2</sup>

#### *De kosten*

Hoe ontwikkelden de kosten voor de voeding zich precies? Grafiek II-6 geeft de situatie weer van Veldwijk in Ermelo. Te zien is, hoe het aandeel van de voeding in de kosten per patiënt per jaar na het eerste jaar (waarin zoals we eerder lieten zien de investeringskosten een veel groter deel van de kosten in beslag namen) langzaam maar zeker daalde. Een vergelijkbare ontwikkeling is enkele jaren later te zien in Medemblik: tussen 1889 en 1897 nam het aandeel van de voeding in de totale kosten af van 41 naar 37 procent. In Meerenberg was de daling tussen 1896 en 1919 van 46 naar 25 procent.<sup>3</sup> Dit gold zowel voor de totale lasten als voor de lasten per patiënt per jaar.

#### **Grafiek II-6**

*Voeding als percentage van de totale kosten per patiënt per jaar in Veldwijk (1886-1896)*



Bron: VCV s.a. [1887-1897].

<sup>1</sup> Geciteerd bij Van der Esch 1975, 54.

<sup>2</sup> Voorhelm Schneevoogt 1868, 9.

<sup>3</sup> Verbeek 1949, 215.

Wat betekende dat? De prijzen van levensmiddelen - met uitzondering van boter - waren tussen 1857 en 1908 min of meer gelijk gebleven en gingen daarna langzaam omhoog.<sup>1</sup> Bij gelijk gebleven, of zelfs dalende kosten tegen dezelfde, of zelfs hogere prijzen, zou men verwachten dat er geen verbeteringen plaatsvonden in het dagelijkse menu, eerder verslechteringen. Maar was dat ook zo?

Aan de hand van de prijs- en kostenontwikkeling alleen is deze vraag niet te beantwoorden, in elk geval niet voor de nieuwere gestichten. Deze hadden namelijk zonder uitzondering hun eigen voedselvoorziening in de vorm van een landbouwbedrijf. Vaak was er ook een veestapel (met name varkens en kippen). In de eerste jaren van het bestaan van een gesticht zal het land niet zo heel veel opgebracht hebben, maar men kan zich voorstellen dat naarmate het bedrijf langer draaide, de gemiddelde opbrengst toenam.<sup>2</sup> Begin twintigste eeuw gaven veel gestichten overzichten van wat de boerderij had opgebracht. De opbrengst van het land werd geconsumeerd door de patiënten en door het personeel. Soms werd er ook een deel verkocht. Dit alles kwam niet in de boeken terecht.

#### *De veranderingen*

We kunnen aan de hand van de uitgaven aan levensmiddelen dus niet zoveel aflezen over de ontwikkeling van de voeding in de gestichten, maar er is nog een andere bron: de verslagen van het Staatstoezicht. Van der Esch schetste in 1975 aan de hand van deze bron een overzicht van wat er sinds het midden van de negentiende eeuw zoal op tafel stond in de gestichten.<sup>3</sup>

In 1858-1859 was het gemiddelde gebruik van aardappelen in de gestichten bijna het dubbele van wat anno 1975 als gezond werd beschouwd. De verstrekking van vlees en spek (waarvan de onderlinge verhoudingen niet waren na te trekken) verschilde per gesticht. De totale hoeveelheid kwam overeen met, of lag iets boven de huidige maatstaven. Vis werd in sommige gestichten éénmaal per week geserveerd (in porties variërend van 25 tot 125 gram). Alleen van Meerenberg was het gebruik van eieren bekend. Peulvruchten werden relatief veel gegeten, hetgeen volgens Van der Esch kwam doordat peulvruchten destijds als groente werden beschouwd, hetgeen 'uit het oogpunt van voedingswaarde' onjuist was. In vergelijking met 1975 werd er veel brood gegeten. Het vetgehalte was moeilijk te meten. Zichtbaar vet, zoals boter en reuzel, werd niet veel gebruikt; maar

---

<sup>1</sup> Van der Bie en Smits 2001, 106. Zie ook Cox 1910, 237.

<sup>2</sup> Dit was uiteraard wel afhankelijk van een onvoorspelbare factor als het weer.

<sup>3</sup> Tenzij anders vermeld is het nu volgende gebaseerd op Van der Esch 1975, 54-64.

spek werd als vlees beschouwd en hoeveel daarvan werd gebruikt, is onduidelijk.<sup>1</sup>

Een decennium later (rond 1869) stelden de inspecteurs van het Staatstoezicht vast dat de patiënten in de laagste klasse naar toenmalige maatstaven goed te eten kregen. Zij wisten echter niet of alle gestichten zich voldoende hielden aan

de regel, volgens welke in het algemeen, maar in het bijzonder aan zenuwzieken en onder deze bepaaldelijk aan krankzinnigen, krachtig voedsel in betrekkelijk geringe hoeveelheid moet gegeven worden.<sup>2</sup>

Op het menu van de patiënten in de eerste klasse hadden de toenmalige inspecteurs geen aanmerkingen. Van der Esch noemde echter het menu van vijf maaltijden per dag, waaronder een middagmaal met twee soorten vlees en groente, aardappelen en dessert en 's zondags daarbij ook soep, en een avondmaal waarbij ook weer aardappelen en vlees of vis op het menu konden staan, 'copieus'. Hij stelde daarbij ook vast dat er veel brood werd gegeten en dat er relatief weinig fruit, melk, groente en 'zichtbaar vet' werd gebruikt.<sup>3</sup>

Het verslag van de inspecteurs dat de periode besloeg van vlak vóór de komst van de tweede Krankzinnigenwet, meldde weinig over de voeding. Volgens Van der Esch kwam dat misschien door gebrek aan belangstelling, maar ook gebrek aan vermeldenswaardige gebeurtenissen op het gebied van de voeding kon een oorzaak zijn. In het verslag van 1882-1884 werd voor het eerst melding gemaakt van klachten over de voeding. Het betrof Meerenberg, waar de patiënten in de hoogste klasse erover mopperden dat er nooit vers brood werd gegeven op zon- en feestdagen. Een Haarlemse broodfabriek bracht uitkomst, door voortaan ook op deze dagen voor brood te zorgen, dat per trein naar Santpoort gebracht kon worden.

Eind jaren tachtig stelden de inspecteurs vast dat het gebruik van melk in alle gestichten was toegenomen en dat in het krankzinnigengesticht te Dordrecht de hoeveelheid vlees was verhoogd van 200 naar 700 gram per week. Van der Esch heeft ook een berekening kunnen maken van de hoeveelheden voeding die in het gesticht van Dordrecht werden gegeven. Tabel II-3 geeft aan hoe de voeding verdeeld was over de verschillende klas-

---

<sup>1</sup> Van der Esch 1975, 55. Hij baseert zich op de Verslagen van het Staatstoezicht.

<sup>2</sup> Inspecteurs van het Staatstoezicht, geciteerd bij Van der Esch 1975, 55.

<sup>3</sup> Van der Esch 1975, 55. N.b. Dat er weinig melk werd gebruikt, is niet vreemd. De pasteurisatie moest nog worden uitgevonden en melk gold in de negentiende eeuw niet als een gezond product. (Bakker 1995, 25-26).

sen. Bijgevoegd is een kolom met de hedendaagse (anno 1975) aanbevo-  
len hoeveelheid per persoon per dag.

**Tabel II-3**

*Gemiddeld gebruikte hoeveelheden van de belangrijkste voedingsmiddelen per persoon per dag in het Krankzinnigengesticht Dordrecht (1889)*

belangrijkste voedings- middelen	in 1975 aanbevo- len p.p. p.d.		anno 1889		
	mannen	vrouwen	1 <sup>e</sup> klasse	2 <sup>e</sup> klasse	3 <sup>e</sup> klasse
melk (cc.)	500	500	660	590	370
aardappelen (gr.)	300 <sup>1</sup>	150 <sup>1</sup>	630	900	405
groenten (gr.)	200	175	?	?	4 x p.w.
fruit (gr.)	100	100	? <sup>2</sup>	? <sup>2</sup>	-
kaas (gr.)	15	15	72	49	-
vlees (gr.) óf	75	75	250 (incl. > 50 <sup>3</sup> )	150 <sup>3</sup>	150 <sup>3</sup>
vis (gr.) óf	125	125	± 200	± 150	200 óf 100 spek
ei (st.) óf	1	1	-	-	-
peulvruchten (gr.)	± 75	± 75	-	12	50
margarine of boter (gr.)	60 <sup>4</sup>	40 <sup>4</sup>	160+20 <sup>5</sup>	104+33 <sup>5</sup>	58+14 <sup>5</sup>
brood (gr.)	400 <sup>1</sup>	300 <sup>1</sup>	440	440	440
graanproducten	naar behoefte		130	50	70
suiker (gr.)	40 <sup>1</sup>	40 <sup>1</sup>	80	40	7
zoet beleg (gr.)	35 <sup>1</sup>	35 <sup>1</sup>	7	7	10

<sup>1</sup> Van deze voedingsmiddelen zijn de aangegeven hoeveelheden slechts richtlijnen; van de andere zijn de aangegeven hoeveelheden nodig voor een gezond dieet (anno 1975).

<sup>2</sup> Dagelijks wordt dessert gegeven (1<sup>e</sup> klasse). Dit zal waarschijnlijk fruit zijn. De 2<sup>e</sup> klasse krijgt dit tweemaal per week.

<sup>3</sup> Vlees zonder spek.

<sup>4</sup> Per snede brood 4 gram en voor de bereiding van de warme maaltijd 15-25 gram.

<sup>5</sup> Olie of rundvet.

Bron: Van der Esch 1975, 60. (Gebaseerd op gegevens verstrekt door het Gemeentearchief van Dordrecht.)

Op basis van deze gegevens concludeert Van der Esch dat de voeding voor patiënten in de derde klasse goed was, afgezien van het wat geringe gebruik van melk en groente en het ontbreken van kaas. De voeding voor de tweede klasse en eerste klasse was overdadig en veel te vetrijk. In tabel II-3 kan men al zien dat de verschillen tussen de klassen groot konden zijn.

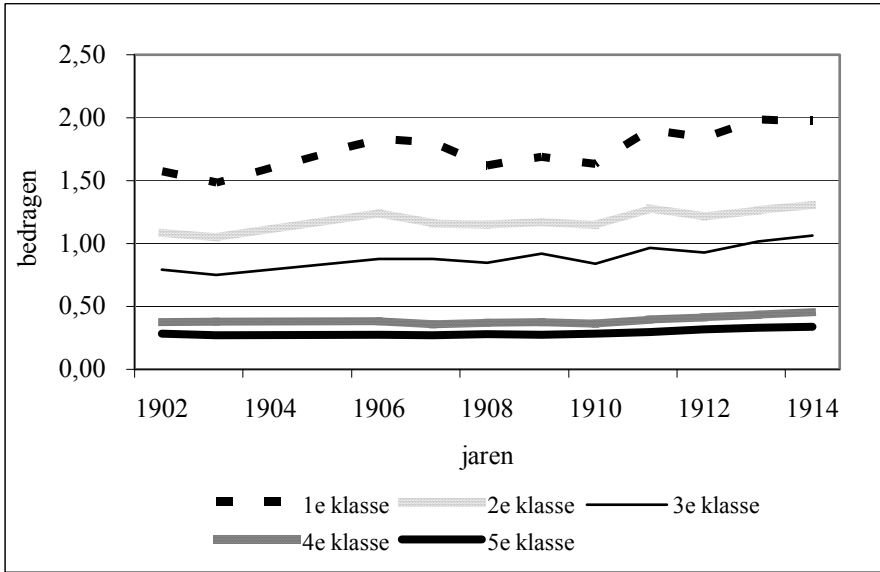
De klassenverschillen, die voor de verpleegden overigens geen kwestie geweest zullen zijn omdat zij eenvoudig vanuit de maatschappij naar het gesticht waren gekopieerd,<sup>1</sup> waren uiteraard in de verschillende verpleegtarieven verdisconteerd.

<sup>1</sup> Met dank aan Jurian Glas voor dit inzicht.

We nemen Meerenberg als voorbeeld (grafiek II-7).

**Grafiek II-7**

*Uitgaven aan voeding per klasse en per verpleegdag, Meerenberg in guldens (1902-1914)*



Bron: Van Deventer [1903-1904]; Van Walssem [1905-1919]; Kam s.a. [1920].

Helaas zijn er geen gegevens van vóór 1902 beschikbaar, maar gegeven het feit dat de *gemiddelde* kosten nauwelijks waren gestegen, mogen we aannemen dat de verschillen toen eveneens groot waren.

Of er in andere gestichten veranderingen plaatsvonden in deze tijd, kunnen we moeilijk nagaan, maar Van der Esch concludeerde dat het warme eten op de lange termijn (hij vergeleek de situatie van 1869-1874 met die in 1908) wel degelijk was verbeterd. Er werd vaker vlees, vis en groente verstrekt en in 1908 werd er voor het eerst melding gemaakt van diëtvoeding.<sup>1</sup>

*Net als elders*

Had de tweede Krankzinnigenwet iets met de hierboven gesignaleerde veranderingen te maken? Vermoedelijk niet. We schreven al dat in een eerder wetsvoorstel wel voorschriften waren opgenomen over onder meer de kwaliteit van de voeding, maar deze waren in de uiteindelijke wetstekst niet meer terug te vinden. De kostenstijgingen waarover auteurs als Cox

<sup>1</sup> Van der Esch 1975, 57.

en Meijer zich druk maakten, kunnen er evenmin aan worden opgehangen. Immers: een belangrijk deel van de voeding werd in eigen beheer geproduceerd en kwam niet in de boeken terecht. Verschuivingen in de voedselconsumptie kunnen derhalve niet in gestegen kosten teruggevonden worden.

De veranderingen in de gestichten op het gebied van de voedselconsumptie weerspiegelden ontwikkelingen in de rest van de maatschappij. De gemiddelde arbeider in Nederland consumeerde in dezelfde periode namelijk ook andere voeding dan daarvoor. Naarmate hun loon hoger werd, gaven arbeiders een steeds kleiner deel van hun budget uit aan brood en aardappelen (tabel II-4).

**Tabel II-4**

*Gemiddelde huishoudrekeningen\* van groepen arbeiders (1852/63 - 1910/11)*

	1852 - 1863	1870 - 1872	1880 - 1882	1886 - 1897 Holland, steden	1886 - 1897 overig	1910 - 1911 Holland, steden	1910 1911 overig
brood	20,4	18,4	12	11,6	17,1	11,6	12,6
aardappelen	11,3	13,2	8,69	5,9	6,5	4,0	3,9
<b>totaal brood en aardappelen</b>	<b>31,7</b>	<b>31,36</b>	<b>20,6</b>	<b>17,5</b>	<b>23,6</b>	<b>15,6</b>	<b>16,5</b>
zuivelproducten	5,7	6,3	11	7,9	10,7	10,9	10,5
vlees, vis	5,4	4,4	8,2	7,0	9,3	8,7	10,2
suiker, koffie, thee	3,4	3,0	5,6	5,7	7,4	5,2	5,7
groenten, rijst, bloem	11,5	10,5	11,3	5,5	7,5	8,3	9,3
<b>Totaal overige voeding</b>	<b>26,1</b>	<b>24,0</b>	<b>36,1</b>	<b>26,1</b>	<b>34,9</b>	<b>32,9</b>	<b>35,7</b>
<b><i>totaal voeding</i></b>	<b><i>57,6</i></b>	<b><i>55,6</i></b>	<b><i>56,7</i></b>	<b><i>43,6</i></b>	<b><i>58,5</i></b>	<b><i>48,5</i></b>	<b><i>52,2</i></b>
kleding, schoeisel	15,0	8,4	12,2	15,6	13,9	11,9	11,0
huisvesting	10,8	14,9	15,8	23,3	10,2	15,1	13,3
licht, brandstoffen	8,5	7,5	9,1	7,5	7,6	5,9	6,3
zeep e.d.	3,3	4,4	2,8	1,0	0,9	2,1	1,9
drank, tabak	0,9	1,7	3,4	2,7	1,8	1,7	1,1
overig	2,9	3,9	n.a.	6,3	7,1	14,9	14,3
totale uitgaven in guldens	442,23	358,84	587,36	632,94	548,94	965,68	795,56

Bron: Van Zanden en Van Riel (2000), 355. (Gebaseerd op het Databestand nationale rekeningen.)

\* Uitgaven in percentages van totaal.

Al met al kunnen we constateren dat er weliswaar nauwelijks een stijging van de kosten voor levensmiddelen of voeding heeft plaatsgevonden, maar dat er wel degelijk iets veranderd was in het voedselconsumptiepatroon. Deze veranderingen in de gestichten vonden in grote lijnen ook in de rest van de samenleving plaats. Het ging wat beter in Nederland en dus ook in het gesticht.

## § 6. Op het land of in bed

In deze paragraaf bekijken we de dagbesteding van de patiënten. Wat deden de patiënten overdag en welke behandeling kregen zij? Wat kunnen we zeggen over de kosten die daarmee gemoeid waren? Om met het laatste te beginnen: het is heel moeilijk om kosten te traceren die men onder de noemer ‘behandeling’ zou kunnen vatten. De kosten voor ‘geneeskundige dienst’ komen nog het meest in aanmerking. De weinige gestichten waarvan wij exploitatiecijfers hebben, vermeldden echter niet alle een aparte post voor ‘geneeskundige dienst’. Bovendien is het cijfermateriaal dat we hebben, onderling moeilijk vergelijkbaar. Op grond van de schaarse gegevens kunnen we echter vaststellen dat de ‘geneeskundige dienst’ een relatief klein gedeelte van de totale verpleegkosten in beslag namen. Grafiek II-5 (paragraaf 3) is wat dat betreft illustratief.

De kosten voor de arbeid door patiënten zijn nog moeilijker te traceren. Soms werden ze apart vermeld, maar welke kosten er dan onder begrepen werden, is onduidelijk. Soms zijn ze terug te vinden in de kosten voor de land-, tuin- en bosbouw, maar dit gaat bijna uitsluitend over arbeid voor mannelijke patiënten. De bedragen die in de exploitatiecijfers van Meerenberg, Medemblik en Veldwijk terug te vinden zijn onder de noemer ‘arbeid’, zijn bovendien dermate laag dat er nauwelijks iets over te zeggen valt. Personeelslasten werden er niet in opgenomen, deze werden geboekt onder de ‘lonen en traktementen’ of de ‘jaarwedden’. Met deze slagen om de arm willen we hieronder niettemin twee zaken aan de orde stellen waar de patiënten in de gestichten eind negentiende eeuw overdag mee te maken konden krijgen: de arbeid en de bedverpleging.

### *Achtergrond: een nieuwe oriëntatie*

De zedenkundige behandeling, die in het midden van de negentiende eeuw vooral in Meerenberg tot stand kwam, bleef nog enige tijd het ideaal in het gestichtwezen. In de praktijk bleek het echter extreem moeilijk om de elementen die de behandeling tot *zedenkundige* behandeling maakten, ten uitvoer te brengen. De arbeid bleef evenwel een belangrijke rol spelen. Volgens B.H. Everts, geneesheer-directeur van Meerenberg van 1848 tot 1872, was de arbeid het belangrijkste middel om de patiënten af te leiden van hun waanzinnige denkbeelden, om ze te verheffen en om nieuwe ideeën, sentimenten en zelfdiscipline bij te brengen.<sup>1</sup> Met de andere onderdelen van de zedenkundige behandeling ging het echter minder goed: het onderwijs kwam vrijwel nergens goed van de grond en de deelname aan de godsdienstoefeningen verloor in de jaren zeventig en tachtig aan

---

<sup>1</sup> Vijselaar 1997a, 48.

betekenis.<sup>1</sup> Een vermanend woord aan een individuele patiënt was in de door overbevolking geteisterde gestichten niet meer mogelijk. Kortom: de zedenkundige behandeling liep spaak. De gestichtgeneesheren gingen mede daarom op zoek naar een nieuwe oriëntatie voor de behandeling van de patiënten, en vonden deze bij de natuurwetenschappelijke benadering zoals deze in dezelfde tijd ook in de ziekenhuiswereld ingang vond.

In 1871 werd de Nederlandsche Vereeniging voor Psychiatrie (NVP) opgericht, die zich onder meer sterk maakte voor meer medische zeggenschap in het gesticht. Regentencolleges waren tot dan toe over het algemeen niet genegen het aantal artsen in het gesticht uit te breiden. Bovendien: de gestichtgeneesheren hadden sinds enkele decennia dan wel het monopolie over de behandeling gekregen, van de centrale positie in het gesticht die zij daarbij wenselijk achtten, waren zij verstoken gebleven.<sup>2</sup> De NVP wilde iets aan die benarde positie veranderen. Ook drong zij aan op institutionalisering van het psychiatrisch onderwijs en wetenschappelijk onderzoek en ijverde zij voor de komst van een opleiding voor verpleegsters en verplegers.<sup>3</sup> In een poging tegelijk hun eigen status als psychiater en de status van het krankzinnigengesticht als geneeskundig oord te verbeteren, verdiepten de geneesheren zich in de organische, fysische en erfelijke oorzaken van krankzinnigheid en zij probeerden het krankzinnigengesticht om te vormen tot een modern ziekenhuis. Deze benadering was uit Duitsland overgewaaid. Geesteszieken moesten op dezelfde manier worden behandeld als lichamelijk zieken. En het krankzinnigengesticht moest ook ‘aantrekkelijk’ worden voor de groeiende middenklasse.<sup>4</sup> De nieuwe idealen vonden gedeeltelijk een weg naar de wet van 1884 dankzij de inzet van de NVP, in het bijzonder van J.N. Ramaer, die zowel medeoprichter van de NVP als inspecteur voor het Staatstoezicht was.<sup>5</sup> We zien er iets van terug in de summiere ‘kwaliteitseisen’ die de wet bevatte, en in de verplichting om tot registratie van dwangmiddelen over te gaan.

De nieuwe benadering lijkt in tegenspraak met de nadruk die in de zedenkundige behandeling werd gelegd op de arbeid. In deze paragraaf gaan wij dieper op deze kwestie in. Onze vraag is: wat veranderde er in werkelijkheid in de behandelpraktijk in de gestichten?

---

<sup>1</sup> Binneveld 1985, 139.

<sup>2</sup> Binneveld 1985, 134-135.

<sup>3</sup> Oosterhuis en Gijswijt-Hofstra 2008, 65-67.

<sup>4</sup> Boschma 2003, 59.

<sup>5</sup> Oosterhuis en Gijswijt-Hofstra 2008, 65, 74.

## Aan de arbeid

Had ik mijn wensch, dan zouden [...] in de steedsche gestichten alleen de verpleegden terugblijven, die tot geen lichamelijken arbeid in staat zijn [...], terwijl de overigen [...] in een van paviljoenen voor de verpleegden en van alle hulpmiddelen voor den landbouw voorziene inrichting zouden wonen en gelegenheid tot arbeid vinden...<sup>1</sup>

Aldus inspecteur Ramaer in 1886. De arbeid, die deel uitmaakte van het zedenkundige gedachtegoed dat sinds het midden van de negentiende eeuw werd gepropageerd, werd ook aan het einde van die eeuw nog altijd als een belangrijk onderdeel van de behandeling in het krankzinnigengesticht beschouwd.

**Tabel II-5**  
*Opbrengst patiëntenarbeid Krankzinnigengesticht Utrecht in guldens over het hele jaar (1869)*

soort arbeid	opbrengst
houtzagen en kloven	456,00
timmerwerk	125,00
smederij	379,60
ververij	527,00
klerenmakerij	155,00
schoenmakerij	533,30
mattenmakerij	59,27
naai- en breiwerk	564,83
totaal	2.800,00

Bron: Inspecteurs voor het Staatstoezicht 1878, 115.

Volgens Ramaer was het zelfs een ‘niet genoeg te waardeeren hulpmiddel om lijfswang overbodig te maken’.<sup>2</sup> Bijkomend voordeel was, zo meende men, dat het gesticht er geld mee kon verdienen.<sup>3</sup> De inspecteurs van het Staatstoezicht waren hiervan zó overtuigd, dat zij al eens een overzicht hadden gepubliceerd van de opbrengsten van patiëntenarbeid in Utrecht, om gestichtbesturen die geen waarde hechtten aan de arbeid op andere gedachten te brengen (tabel II-5).<sup>4</sup>

Kortom: aan de arbeid werd een belangrijke rol toegedicht in de gesticht-economie. In de inleiding van deze paragraaf schreven we al dat het moei

<sup>1</sup> Ramaer 1886, 51.

<sup>2</sup> Ramaer 1886, 20.

<sup>3</sup> Feith, Ramaer en Hubrecht 1873, 48-49; Ramaer 1886, 25.

<sup>4</sup> Inspecteurs voor het Staatstoezicht 1878, 115; zie ook: Binneveld 1985, 141.

lijk is om financiële gegevens over de arbeid boven water te halen. In het onderstaande richten wij ons bij gebrek aan meer informatie op de ontwikkeling van de landbouw als onderdeel van de arbeid. Als we in ogen-schouw nemen dat de meeste gestichten die kort na de tweede Krankzin-nigenwet tot stand kwamen, zonder uitzondering werden gebouwd in een landelijk gebied, waar het gemakkelijk was veel activiteiten op het gebied van de arbeid (in de buitenlucht) te kunnen creëren, dan kunnen we op grond van dit feit alleen al constateren dat de arbeid rond 1885 en in de decennia daarna nauwelijks aan belang had ingeboet, de opkomende na-tuurwetenschappelijke benadering van krankzinnigheid ten spijt.<sup>1</sup> Ook in het rapport van 1892 werd gesteld dat het ideale gesticht weliswaar ge-makkelijk bereikbaar moest zijn, maar dat het in ieder geval buiten de stad moest liggen en dat er geschikte grond in de buurt moest zijn voor land-bouw en boerenbedrijf.<sup>2</sup> Rond de helft van de patiënten werd op een of andere manier aan het werk gezet. Cijfers van het gesticht Meerenberg uit de tweede helft van de negentiende eeuw bevestigen dit. Het aantal wer-kende patiënten veranderde niet noemenswaardig in deze tijd.<sup>3</sup> Ook in Wolfheze, Voorburg en Endegeest nam in die tijd ongeveer de helft van de patiënten deel aan een of andere vorm van arbeid.<sup>4</sup>

In een andere bron wordt dit beeld bevestigd. De inspecteurs hielden in de tweede helft van de negentiende eeuw overzichten bij van het aantal me-dewerkers in de gestichten. Uit de gegevens blijkt dat de verhouding van het aantal personeelsleden dat met toezicht op krankzinnigen in de arbeid was belast (in de huishouding, de werkplaatsen en op het land), tot het aantal patiënten (in de derde klasse) evenmin opvallend was veranderd. In 1874 hield een medewerker toezicht op gemiddeld veertien patiënten, in 1887 was dit gemiddeld elf personen en in 1890 gemiddeld dertien.<sup>5</sup>

Al met al lijkt de conclusie gerechtvaardigd dat het belang dat aan de ar-beid werd gehecht, nauwelijks afnam aan het einde van de negentiende eeuw. De arbeid kostte niet alleen geld, het werk leverde ook iets op: voedsel voor de patiënten en het personeel, werk dat werd gedaan waar geen of weinig loon voor hoefde te worden betaald. Dit alles werd echter

---

<sup>1</sup> Zie bijvoorbeeld: Roosjen 1993,19.

<sup>2</sup> Cox et al. 1892.

<sup>3</sup> Dit blijkt na bestudering van de jaarverslagen van Meerenberg over de bedoelde periode.

<sup>4</sup> Vijselaar, monografie in wording, hoofdstuk 5.

<sup>5</sup> Inspecteurs voor het Staatstoezicht 1878; 1890; 1893. De manier van registreren was in de tussen-liggende periode wel enigszins gewijzigd, hetgeen de cijfers kan hebben beïnvloed. Van dertien van de zestien gestichten die in het overzicht van 1890 werden vermeld, was in het verslag echter vol-doende bruikbare informatie opgenomen om te kunnen worden meegeteld voor de berekening van het gemiddelde.

in de exploitatiegegevens niet verder uitgesplitst, waardoor het werkelijke rendement achteraf niet meer te traceren valt. In hoofdstuk IV wordt hier nader op ingegaan.

### *Bedbehandeling*

De bedbehandeling, die eveneens halverwege de jaren tachtig door de inspecteurs werd toegejuicht en gaandeweg de gestichten leek te veroveren, sloot wel aan bij het natuurwetenschappelijke gedachtegoed dat opgang maakte in de psychiatrie. De eerdergenoemde Ramaer brak in hetzelfde artikel in 1886 een lans voor deze nieuwe benadering. De bedbehandeling maakte de verplegenden én de patiënten vertrouwd met het denkbeeld dat de krankzinnige een *zieke* was en als zodanig diende te worden bejegend. Hij legde uit:

Deze maatregel [i.e. de bedverpleging] treft vooreerst de nieuw aangekomenen, die daardoor den indruk krijgen dat zij als ziek aangemerkt worden, - voorts de onrustigen, die in de horizontale houding genoodzaakt zijn stil te blijven liggen, - en dan zij, die door zwaarmoedigen angst gedreven tot zelfmoord geneigd zijn en te bed liggende gemakkelijker te bewaken zijn. Ik behoef wel niet hierbij te voegen, dat de rust in het gesticht daardoor aanmerkelijk bevorderd wordt en men veel minder tot toepassing van lijfswang en afzondering behoeft over te gaan.<sup>1</sup>

De nieuwe benadering zou het gesticht meer het aanzien van een ziekenhuis kunnen geven en dat was goed voor het imago van het gesticht bij het grote publiek en voor de wetenschappelijke status van de psychiatrie. Patiënten zouden baat hebben bij verpleging in bed door deskundige verpleegsters. Goede voeding, rust en kalmte zouden een gunstige werking op het zenuwstelsel hebben, was de gedachte. Bedbehandeling was vooral geschikt om patiënten te kunnen observeren, maar kon daarnaast als vorm van behandeling worden aangewend voor onder meer psychotische en stemmingsstoornissen. Ook kon bedbehandeling worden ingezet om de rust en orde in het gesticht te bevorderen en de toepassing van afzondering en dwangmiddelen terug te dringen.<sup>2</sup>

Van der Kolk, die vanaf 1906 geneesheer-directeur van Endegeest was, schreef in 1916 een artikel over het onderwerp, waarin hij onderscheid maakte tussen

bedbehandeling, die slechts bedoelt, een gunstigen invloed uit te oefenen op het verloop der psychosen en dus meer onmiddel-

---

<sup>1</sup> Ramaer 1886, 20.

<sup>2</sup> Oosterhuis en Gijswijt-Hofstra 2008,126.

lijk het welzijn der patienten op het oog heeft en een bedbehandeling, die alleen of daarnaast streeft naar eene verbetering van de rust en orde in de inrichting.<sup>1</sup>

Hoewel het er op het eerste gezicht op lijkt dat de bedbehandeling in tegenspraak was met de blijvende aandacht voor de arbeid, was dit niet het geval. Er was eerder sprake van een complementaire benadering. Volgens Van der Kolk was het belangrijk dat een patiënt niet gedurende zijn gehele verblijf te bed verpleegd zou worden, maar dat de behandeling vooral bij acute psychosen slechts 'een inleiding, een phase der behandeling' zou zijn. Na verloop van tijd moesten de patiënten weer onder het regime van de zedekundige behandeling gaan vallen, om hen 'weeder zoo bruikbaar mogelijk aan de Maatschappij terug te geven'.<sup>2</sup> Die inleidende fase duurde meestal een week of twee. Zodra een patiënt in staat was de handen uit de mouwen te steken, werd hij gewoon aan het werk gezet.<sup>3</sup>

In de loop der decennia gingen de gestichten ertoe over een of andere vorm van bedbehandeling in te voeren. In Meerenberg werd in 1896 en 1897 gemiddeld zo'n 14 procent van de patiënten te bed verpleegd, in 1903 was dat aantal gestegen naar 26 procent. Het vermoeden bestaat dat dit aantal daarna nog verder steeg.<sup>4</sup> In Brinkgreven (het in 1894 geopende buitengesticht van het St. Elisabeth Gasthuis te Deventer) werd van meet af aan een deel van de patiënten te bed verpleegd.<sup>5</sup> Dit zijn slechts enkele voorbeelden van gestichten waar de bedbehandeling werd geïntroduceerd. In zijn dossieronderzoek geeft Vijselaar aan dat rond de eeuwwisseling gemiddeld zo'n 40 procent van de patiënten voor kortere of langere tijd een bedbehandeling onderging.<sup>6</sup> Voor alle duidelijkheid: de arbeid bleef ondertussen gewoon bestaan.

Gestichten waar de bedverpleging een minder belangrijke rol speelde, waren er ook. We vinden ze bijvoorbeeld in katholieke kring. In het gesticht Voorburg te Vught werd de bedbehandeling pas rond 1910 en beslist niet op grote schaal (te beginnen met 5 procent van de patiënten, in vijf jaar oplopend tot 15 procent) toegepast. Hier bleef de arbeid lange tijd de belangrijkste rol spelen in het behandelrepertoire. Vijselaar schrijft dit gedeeltelijk toe aan het naar verhouding geringe aantal (hoog) bejaarden in deze Brabantse inrichting. Ook suggereert hij dat er sprake kan zijn van enige onderrapportage.<sup>7</sup> Naar ons idee zou het verder te maken kunnen

---

<sup>1</sup> Van der Kolk 1916, 480.

<sup>2</sup> Van der Kolk 1916, 484.

<sup>3</sup> Boschma 2003, 73.

<sup>4</sup> Oosterhuis en Gijswijt-Hofstra 2008, 126; Boschma 1997a, 97.

<sup>5</sup> Roosjen 1993, 20-22.

<sup>6</sup> Vijselaar, monografie in wording, hoofdstuk 5. Dit betreft echter een kleine steekproef.

<sup>7</sup> Vijselaar, monografie in wording, hoofdstuk 5.

hebben met het feit dat de verpleging in handen was van religieuzen die een minder medische opvatting hadden over de patiënten die aan hun zorg waren toevertrouwd dan in kringen van de NVP gebruikelijk geworden was.<sup>1</sup>

In de gestichten waar bedverpleging werd geïntroduceerd, moesten verbouwingen plaatsvinden. Zalen moesten worden ingericht als ziekenzalen en observatieruimten. In Veldwijk werden in 1899 en 1901 bijvoorbeeld drie gangen met vier cellen verbouwd tot ruimten voor bedbehandeling van acht patiënten. Hoeveel kosten daarmee gemoeid waren, is moeilijk na te gaan. We kunnen in elk geval op grond van de maximale oppervlakte per patiënt vaststellen dat in een zaal voor bedverpleging minder patiënten konden worden verpleegd (in een gewone slaapzaal had de patiënt idealiter 24m<sup>3</sup> ter beschikking, bij bedbehandeling 36m<sup>3</sup>).<sup>2</sup> Dit zou theoretisch tot een verlaging van het aantal opgenomen patiënten in een gesticht geleid moeten hebben, maar daarvan zijn geen voorbeelden bekend. Misschien werden de patiënten die geen bedverpleging ondergingen, dichter opeen gebracht.

Op een andere manier heeft de introductie van de bedverpleging zeker bijgedragen aan stijgende lasten per patiënt: de personeelslasten waren bij bedverpleging hoger. De behandeling bracht het gevaar van ‘bedzucht’ (niet meer van het bed af willen komen) en mede als gevolg daarvan decubitus (doorliggen) met zich mee en was daardoor zeer arbeidsintensief voor de verplegenden. Behalve decubitusbestrijding en permanente bewaking en observatie, omvatten de werkzaamheden ook het toedienen van (vooral sedatieve) medicatie en het zorgen voor dieetvoorzieningen. Een toename van deze en andere verpleegkundige handelingen laat zich vooral vertalen in een toename van de post ‘personeelslasten’ op de jaarrekening. Meer specifiek: de post (gediplomeerd) verplegend personeel. Hier komen wij in de volgende paragraaf op terug.

### *Geen paradox*

Arbeid én bedverpleging als belangrijkste uitgangspunten van de behandeling: het lijkt een paradox. Verschillende historici beschrijven de komst van de bedverpleging als een nieuwe behandelwijze, die de oude, zedenkundige behandeling eind negentiende eeuw naar de achtergrond verdreef. Sommige historici spreken zelfs over een eb-en-vloed-, of een slingerbeweging.<sup>3</sup> Een verklaring hiervoor is volgens ons te vinden in het feit dat tijdgenoten veel nadruk legden op nieuwe ontwikkelingen in de gesticht-

---

<sup>1</sup> Boschma 2003, 69. Zie ook: Bakker 2002a, 24-28.

<sup>2</sup> Boschma 2003.

<sup>3</sup> Zie o.a.: De Waardt 2005.

wereld (zoals bedverpleging). Daar werd dus veel over geschreven. Behandelingen die gewoon bleven bestaan, waar nauwelijks iets nieuws over te melden viel, kwamen uiteindelijk niet meer in ‘de annalen’ voor en bleven daardoor voor hedendaagse onderzoekers buiten beeld.

Het dossieronderzoek van Vijselaar heeft echter een andere realiteit blootgelegd, die ook beter aansluit op de kale cijfermatige informatie waarvan wij ons bedienen bij dit onderzoek. Wij hebben hier op grond van de bronnen laten zien dat beide benaderingen gewoon naast elkaar bleven bestaan en in zekere zin complementair waren.

In hoeverre heeft nu de tweede Krankzinnigenwet hierbij een rol gespeeld? Deze vraag is mede interessant omdat de totstandkoming van de nieuwe wet mede door een streven naar kwaliteitsverbetering werd ingegeven. Anders dan de eerste Krankzinnigenwet (die bewaarplaatsen onderscheidde van geneeskundige gestichten), maakte de tweede Krankzinnigenwet nadrukkelijk geen onderscheid in verpleeg- en behandelinrichtingen. Was dit onderscheid wel gemaakt, dan had er een theoretische mogelijkheid bestaan dat verpleeginrichtingen (zeg maar: de voormalige bewaarplaatsen, maar dan wel gemoderniseerd) de ‘beste’ werklieden onder de patiënten gekregen zouden hebben en de bedbehandeling in die tehuizen niet of nauwelijks zou zijn toegepast. De bedbehandeling zou dan beperkt zijn tot de patiënten in de geneeskundige gestichten, die meer op ziekenhuizen hadden kunnen gaan lijken en waar uit de aard der zaak de arbeid een minder prominente plaats zou hebben ingenomen.

Een van de leden van de commissie die in 1892 het eerder (paragraaf 4) aangehaalde rapport over het ideale gesticht had geschreven, A.O. Tellegen, was voorstander van zo’n splitsing. Hij schreef erover in 1890. Naar zijn idee moesten er een paar nieuwe geneeskundige gestichten worden gebouwd voor 100 tot 300 patiënten. Deze gestichten moesten worden ingericht als ziekenhuizen. De bedbehandeling moest centraal staan. De ongeneeslijk zieke patiënten moesten dan worden gehuisvest in grote verplegingsgestichten (voor meer dan 1.000 patiënten) op het platteland. Inderdaad: in verband met de arbeid. Deze verpleeginrichtingen waren goedkoper te bouwen en te beheren.<sup>1</sup>

Maar in de wet van 1884 kwam deze splitsing er dus niet. Het krankzinnigengesticht bleef een plaats waar geneeslijk zieken en ongeneeslijk zieken door elkaar werden verpleegd en dus ook bedverpleging en arbeid beide aangewezen behandelwijzen waren. Beide benaderingen *moesten* wel naast elkaar blijven bestaan. Dat had zeer zeker ook een financiële reden. De betrokkenen gingen er namelijk vanuit dat de arbeid door patiënten voor de economie van het gesticht van zeer groot belang was. Het ligt

---

<sup>1</sup> Tellegen 1890, 193.

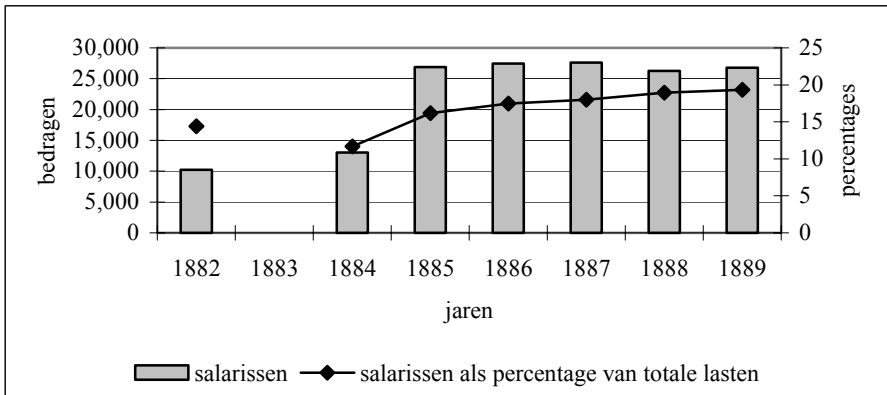
voor de hand dat de wetgever dit aspect ook in gedachten had, toen het besluit viel een tweedeling in de krankzinnigenverpleging niet in de wet op te nemen.

## § 7. Het personeel

Eén factor kwam tot nu toe nog nauwelijks ter sprake: het personeel. De tweede Krankzinnigenwet schreef voor dat er een vastgesteld aantal artsen per aantal patiënten beschikbaar moest zijn. Over het ‘bedienend’ personeel (inclusief ‘oppassers’) werd evenwel niets meer gezegd dan dat er ‘voldoende’ medewerkers moesten zijn. Hoeveel voldoende werd geacht, werd niet vermeld. En hoe het personeel beloond moest worden, kwam evenmin ter sprake. Ook het rapport van 1892 vulde dit niet in; in dit rapport werd geen aandacht geschonken aan het personeel.

### Grafiek II-8

*Personeelkosten per jaar van het rijksgesticht Medemblik in guldens (1882-1889)*



Bron: Tweede Kamer (1882-1886), Begrotingen, Hoofdstuk V artt. 73 en 74 (tot en met 1886; dit betreft begrote bedragen); Inspecteurs voor het Staatstoezicht 1893 (vanaf 1887; dit betreft exploitatiecijfers).

Bij gebrek aan geschikte bronnen is het moeilijk vast te stellen hoe de personeelskosten zich in de laatste decennia van de negentiende eeuw precies ontwikkelden. Een kleine indicatie is mogelijk (zie grafiek II-8).

In een overzicht van de kosten voor het Staatstoezicht, waarin ook de kosten voor het rijksgesticht Medemblik opgenomen waren, blijkt dat de personeelslasten tussen 1882 en 1888 opliepen van ruim tienduizend naar bijna dertigduizend gulden per jaar, anders gezegd: van ongeveer 14 naar 18 procent van de totale verpleegkosten. Dit lijkt vrij weinig, maar we

moeten beseffen dat de kosten voor voeding, huisvesting en geneeskundige verzorging van het personeel onder de ‘overige lasten’ werden begrepen.<sup>1</sup> Wat we op grond van deze gegevens kunnen vaststellen is, dat de kosten voor het personeel ten opzichte van andere kostenposten groter werden. Het aandeel van de personeelskosten in de exploitatielasten zou in de loop der decennia steeds groter worden. Vandaag de dag ligt het aandeel op het niveau dat sinds het einde van de Tweede Wereldoorlog niet meer is veranderd: zo’n 70 tot 75 procent van de uitgaven, inclusief de sociale lasten en pensioenvoorzieningen.

De eerste groeispurt werd dus vermoedelijk in de laatste decennia van de negentiende eeuw gemaakt. Cox schreef het al: de kostenstijging eind negentiende eeuw werd hoofdzakelijk veroorzaakt door de ‘hoogere traktementen voor geneesheeren, verplegenden en bedienden, zoowel tot den geneeskundigen als tot den huishoudelijken dienst behoorende’.<sup>2</sup> Waardoor werd die relatieve groei van de personeelslasten veroorzaakt? We bekijken in deze paragraaf de lonen (traktementen, jaarwedden) en de omvang en samenstelling (inclusief opleidingsniveau) van het personeel, meer in het bijzonder: de bedienden, oftewel oppassers, oftewel verplegenden. In deze paragraaf bestuderen we de achtergrond van deze toename.

*De dienst lijdt eronder, de patiënten ook: personeelsverloop*

Al in het verslag over de periode 1869-1874 klaagden de inspecteurs van het Staatstoezicht over het snelle personeelsverloop in de gestichten.<sup>3</sup> De ‘veelvuldige verwisseling van dienstpersoneel’ (hiermee werden hoofdzakelijk de oppassers bedoeld) was op zich al een ‘treurig verschijnsel’. Geneesheer-directeur C. van Persijn van Meerenberg legde in het jaarverslag van Meerenberg van 1876 uit waarom:

Het ligt in den aard der zaak, dat deze nieuwelingen niet dadelijk berekend zijn voor den taak, die hun is opgedragen. Voor geneesheeren en opzigtters is het vooral heel lastig en tijdrovend. [...] De dienst lijdt hieronder, en de patienten niet minder.<sup>4</sup>

Het drama was des te groter, schreven de inspecteurs, omdat een groot deel van de ontslagen (in sommige gestichten zelfs de helft) het gevolg was van ‘ongeschiktheid’, waarbij vaak mishandeling in het spel was. Al-

---

<sup>1</sup> In Veldwijk waren de percentages niet hoger. (VCV s.a. [1887-1897].)

<sup>2</sup> Cox 1910, 237.

<sup>3</sup> Inspecteurs voor het Staatstoezicht 1878, 23.

<sup>4</sup> Van Persijn 1876, 19.

leen in gestichten waar de zorg in handen was van ‘geestelijke broeders of zusters’ kwamen geen ontslagen wegens ongeschiktheid voor.<sup>1</sup>

Volgens G.J.C. aan de Stegge werd eind negentiende eeuw in veel rapporten inderdaad melding gemaakt van agressie tegen patiënten in de gestichten.<sup>2</sup> Een probleem was dat geweld vaak onbestraft bleef omdat het moeilijk te bewijzen viel. De inspecteurs hoopten dat hier in de nieuwe wet aandacht aan zou worden geschonken.<sup>3</sup>

Het personeelsverloop lag niet alleen aan de ongeschiktheid van oppassers zelf. Een andere - niet minder belangrijke - oorzaak van het snelle personeelsverloop, die met het voorgaande samenhang, werd gevormd door de gebrekkige arbeidsomstandigheden. Dat kwam allereerst door het werk zelf. Dit had, zo meenden de inspecteurs, ‘weinig aantrekkelijks’. Het was zwaar en moeilijk en alleen mensen met een roeping - ‘hetzij van godsdienstzin, van menschlievendheid of van wetenschap’ - konden er volgens hen bevrediging in vinden. Een tweede probleem werd gevormd door het gebrek aan kennis en ervaring. Die waren nodig om als oppasser het afwijkende gedrag van een patiënt te herkennen als een ziekteverschijnsel. Wie niet over de juiste bagage beschikte, zou het gedrag al snel beschouwen als een uiting van boosaardigheid, plagerij of belediging. Verder was het bezwaarlijk dat de oppassers van de ‘gewone zamenleving’ afgesloten waren. Het loon dat zij ontvingen was te laag om dat ‘gemis van vrijheid en levensgenot’ te compenseren. Daarbij kwam dat het in die tijd hoe dan ook al moeilijk was om aan ‘goede dienstboden’ te komen. Het werken in een gesticht was voor velen een betrekking bij gebrek aan beter.<sup>4</sup>

Uitzonderingen daargelaten, waren de patiënten zo overgeleverd aan de zorg van ongeschoolde en ongemotiveerde oppassers, die vaak weinig begrepen van de oorzaken van het vreemde gedrag van hun patiënten en wier reactie op dit gedrag niet werd geleid door enige kennis van krankzinnigheid.<sup>5</sup> Een opleiding was er niet. Er bestond wel een lesboek, *Raadgevingen aan oppassers en bedienden in Krankzinnigengestichten* van de geneesheer-directeur van het krankzinnigengesticht te Dordrecht, N.B. Donkersloot (1865), maar het was niet waarschijnlijk dat de inhoud

---

<sup>1</sup> Inspecteurs voor het Staatstoezicht 1878, 23. Dat laatste is niet verwonderlijk: binnen de congregaties waren overplaatsingen heel gewoon, dus als een voor zijn of haar taak niet zo geschikte religieuze werd vervangen, viel dit helemaal niet op. Het beeld dat hier wordt geschetst wordt overigens sterk gekleurd door het feit dat de inspecteurs erop gebrand waren bepaalde veranderingen door te voeren, zoals een betere opleiding voor het personeel. Zij hadden er dus alle baat bij de bestaande situatie zo dramatisch mogelijk voor te stellen.

<sup>2</sup> Aan de Stegge 2001, 692.

<sup>3</sup> Inspecteurs voor het Staatstoezicht 1878, 23.

<sup>4</sup> Inspecteurs voor het Staatstoezicht 1878, 23.

<sup>5</sup> Aan de Stegge 2001, 692.

hiervan de doelgroep bereikte. Oppassers lazen niet. Zo ze al konden lezen, bestond daarvoor in het gesticht geen plek en geen tijd.<sup>1</sup>

*Een opleiding voor het verplegend personeel*

Verschillende gestichtgeneesheren vonden net als de inspecteurs dat er iets moest gebeuren om ‘verbetering in de zaak’ te brengen.<sup>2</sup> Rond 1870 werden de eerste proeven genomen met personeelsleden die een leidinggevende taak kregen, de zogenaamde ‘opzichters’.<sup>3</sup> In Meerenberg werd een soortgelijke vorm van rangdifferentiatie geïntroduceerd. De leidinggevendenden kregen meer salaris dan de gewone ‘bedienden’.<sup>4</sup>

Om het krankzinnigengesticht werkelijk te kunnen omvormen tot een ziekenhuis, zoals vele gestichtgeneesheren wensten, was evenwel meer nodig dan het benoemen van (meer) leidinggevendenden. Vanaf 1889 ijverden J. van Deventer, toen nog geneesheer-directeur van het Amsterdamse Buitengasthuis, en andere ambitieuze artsen in de NVP voor de totstandkoming van een opleiding voor krankzinnigenverpleegsters, analoog aan de opleiding voor ziekenverpleegsters die in 1878 onder de vlag van het Witte Kruis van start gegaan was.<sup>5</sup> Ziekenverpleging was in de loop van de negentiende eeuw een respectabel werkveld voor (ongehuwde) vrouwen uit de middenklasse geworden. Goed opgeleide ziekenverpleegsters initieerden verbeteringen in de dagelijkse gang van zaken in de ziekenhuizen. Dezelfde verbeteringen moesten door de komst van verpleegsters in de krankzinnigenverpleging plaatsvinden.<sup>6</sup>

De eerste diploma’s in de krankzinnigenverpleging onder de vlag van de NVP werden op 5 november 1892 uitgereikt in Meerenberg, waar Van Deventer inmiddels de scepter zwaaide.<sup>7</sup> In 1893 zette Van Deventer de cursus op papier. Het aantal gediplomeerde verplegenden in de krankzinnigenverpleging nam in de jaren daarna rap toe, maar daar moet meteen aan worden toegevoegd dat slechts een deel van de gediplomeerden ook bleef werken in de gestichten. Vrouwen die huwden, verdwenen al weer snel van het toneel. Anderen probeerden na het behalen van hun diploma

---

<sup>1</sup> Boschma 1997b, 44; Bakker 2002a, 25.

<sup>2</sup> Inspecteurs voor het Staatstoezicht 1878, 23.

<sup>3</sup> Dit gebeurde bijvoorbeeld in Utrecht eind jaren zestig. In Inspecteurs voor het Staatstoezicht 1878, 24 staat: 1869. Hut 1957 laat echter al in 1867 een tweede of zelfs derde opzichteres optreden. (Van de derde is het beginjaar onbekend.)

<sup>4</sup> Inspecteurs voor het Staatstoezicht 1878, 24. Dit blijkt ook na globale bestudering van de jaarverslagen van Meerenberg. In beide bronnen wordt gesproken van ‘bedienden’; uit de context blijkt dat met deze personeelsleden de oppassers of verplegenden werden bedoeld.

<sup>5</sup> Wiegman 1998, 130.

<sup>6</sup> Het voorbeeld van het ziekenhuis voor de krankzinnigenverpleging moet voor een deel retoriek zijn geweest. De vernieuwingen in de krankzinnigenverpleging vonden gelijktijdig plaats met die in het ziekenhuiswezen; Van Deventer was in beide sectoren actief. (Met dank aan G.J. Cecile aan de Stegge voor dit inzicht.)

<sup>7</sup> Aan de Stegge 2001, 693.

elders emplooi te vinden, of vertrokken naar algemene ziekenhuizen, al dan niet met het doel ook daarvoor de benodigde papieren te behalen. De VCV begon in 1896 met een eigen opleiding. In 1897 werden hier de eerste diploma's uitgereikt.<sup>1</sup> In datzelfde jaar startten de katholieken een opleiding, zonder diploma. Deze had echter een heel ander karakter. De natuurwetenschappelijke oriëntatie van de psychiatrie, met zijn nadruk op neurologisch, fysiologisch en pathologisch-anatomisch (hersenen)onderzoek, was onder katholieken echter niet in trek. De gedachte dat het krankzinnigengesticht op een ziekenhuis moest lijken, leek aan katholieken niet besteed. Al een jaar voordat Van Deventers lesboek verscheen, had broeder Dorotheus Tervoert, overste van Voorburg in de periode 1891-1895, een lesboek voor religieuzen in de krankzinnigenverpleging geschreven. Het leerboek van Tervoert laat zien dat zij zo hun eigen gedachten koesterden over wat 'krankzinnigenverpleging van het rechte punt uit' inhield. De broeders van de congregatie van Onze Lieve Vrouw van Lourdes, waar Tervoert lid van was, startten in 1896 hun eigen opleiding, maar onder druk van de inspecteurs van het Staatstoezicht, die zich eind jaren negentig erg negatief hadden uitgelaten over de kwaliteit van de broeders en zusters in Voorburg, gingen zij in 1900 over op de opleiding van de Nederlandsche Vereeniging voor Psychiatrie en Neurologie.<sup>2</sup>

### *Het loon*

Ondanks het feit dat veel verplegenden na het behalen van hun diploma weer vertrokken, was het gemiddelde opleidingsniveau van het verplegend personeel in de krankzinnigengestichten rond 1900 verbeterd. Dit was mede in de salariering te zien. In deze paragraaf nemen we Meerenberg als voorbeeld. Uit tabel II-6 valt op te maken dat gediplomeerde verplegenden in Meerenberg doorgaans 50 tot 75 procent meer verdienden dan ongediplomeerde verplegenden. Dit gold ook voor andere inrichtingen; zelfs voor religieuzen moest meer worden betaald als zij gediplomeerd waren. Dat betekent dus: hoe meer gediplomeerd personeel, hoe hoger de kosten voor het verplegend personeel.<sup>3</sup>

De lonen voor het verplegend personeel waren al geruime tijd aan het stijgen. Eerder genoemde Donkersloot had al in 1866 op papier gezet wat er volgens hem moest gebeuren om het probleem van het personeelsverloop aan te pakken: loonsverhoging stond bovenaan de lijst.<sup>4</sup>

---

<sup>1</sup> Lindeboom 1984, 140-141.

<sup>2</sup> Bakker 2002a, 24-28. De NVP werd in 1895 omgedoopt tot Nederlandsche Vereeniging voor Psychiatrie en Neurologie (NVPN). Vanaf 1974 was het weer NVP.

<sup>3</sup> Zie o.a. Binneveld en Wolf 1985, 61.

<sup>4</sup> Inspecteurs voor het Staatstoezicht 1878, 23.

Aanvankelijk ging het bij de loonsverhogingen om een inhaalslag. In 1874 verdiende een beginnende oppasser (m/v) gemiddeld *f*75,25 per jaar en dit bedrag was al jaren niet veranderd.<sup>1</sup> In de rest van Nederland had inmiddels een aanmerkelijke stijging van de lonen plaatsgevonden, ook in vergelijking tot de kosten van het levensonderhoud. Het prijsniveau was in die tijd eveneens met enkele tientallen procenten gestegen.<sup>2</sup> Het personeel in de krankzinnigenverpleging was niet met die trend meegegaan. Hoe groot het nadeel hiervan voor de oppassers was, is moeilijk na te gaan, omdat in een groot deel van hun levensonderhoud werd voorzien in de vorm van ‘kost-en-inwoning’ en de daaraan verbonden voorwaarden veranderden in de onderhavige periode niet. Maar duidelijk is dat zij wat betreft beloning op een relatieve achterstand waren gekomen. Dit werd mede veroorzaakt door de manier waarop de tarieven werden berekend: deze lagen, zoals bekend, voor lange tijd vast. Loonsverhogingen konden dus niet zonder meer plaatsvinden, want er waren - theoretisch gezien - geen middelen voor.

Meerenberg begon al midden jaren zeventig met een voorzichtige aanpassing van zijn arbeidsvoorwaarden. In 1876 werd overgegaan tot een verandering van het reglement van de lonen. Het salaris werd verhoogd naar *f*100,- minimaal en *f*150 maximaal, oftewel een verhoging van 25 procent.<sup>3</sup> In 1878 werden de lonen van ander bedienend personeel op vergelijkbare wijze aangepast.<sup>4</sup> Enkele jaren eerder was er ook al een pensioenfonds in het leven geroepen, waar mensen die tien jaar bij het gesticht hadden gewerkt en buiten hun schuld werkloos geworden waren, een beroep op konden doen.<sup>5</sup> De loonsverhogingen werden mogelijk doordat in deze periode de verpleegtarieven voor de hogere klassen werden verhoogd.<sup>6</sup>

---

<sup>1</sup> Inspecteurs voor het Staatstoezicht 1878, 24. Het salaris kon oplopen naar maximaal *f*106,50 per jaar. In Meerenberg, dat iets boven het gemiddelde zat, lag het salaris in 1875 bijvoorbeeld op *f*80,- tot *f*120 per jaar. Dat was inderdaad al 25 jaar niet veranderd. Dit blijkt na bestudering van de jaarverslagen van Meerenberg vanaf ± 1850. Zie ook Verbeek 1949, 266-267.

<sup>2</sup> Van der Bie en Smits 2001, 106-116.

<sup>3</sup> Van Persijn 1876, 20.

<sup>4</sup> Van Persijn 1879, 26-27.

<sup>5</sup> Inspecteurs voor het Staatstoezicht 1878, 25.

<sup>6</sup> Zie tabel III-1 in hoofdstuk III.

**Tabel II-6***Overzicht van de voor enkele functies geldende salarissen in Meerenberg in guldens (1896-1913)*

	genees- heer	hoofd- verple- gende	eerste verplegende		gediplomeerd verplegende		leerling- verplegende	
			m	v	m	v	m	v
1896	2.800	600	250	225	200	175	140	100
1906	3.600	600	300	225	250	175	200	100
1910	3.600	700	425	325	325	275	200	150
1913	3.600	800	442		390		234	

Bron: Verbeek 1949, 266-267.

Na de invoering van de nieuwe regelingen voor jaartraktementen van het verplegend personeel bleef het op dit gebied weer lange tijd stil.<sup>1</sup> In 1892 trad een nieuwe geneesheer-directeur aan: Van Deventer. Deze begon meteen met een opleiding voor het verplegend personeel en de beloningen werden hierop aangepast.<sup>2</sup> Een leerling-verplegende verdiende voortaan f100,- per jaar, een gediplomeerde f150,- en een eerste (gediplomeerde) verplegende f200,-. De operatie zou volgens Van Deventer budgettair neutraal kunnen verlopen: volgens hem was het ‘...eene regeling, die voorlopig nagenoeg geene verhooging van uitgaven op de post jaarwedden tengevolge zal hebben’.<sup>3</sup> Vanaf 1896 ging Van Deventer hogere eisen stellen aan het verplegend personeel en als tegenprestatie zorgde hij ervoor dat de condities voor het personeel werden verbeterd: er kwam een Zusterhuis en er kwamen nieuwe dokterswoningen en de salarissen werden verhoogd (zie tabel II-6).<sup>4</sup>

Ook in andere gestichten werden loonsverhogingen toegepast. Dit was financieel mogelijk doordat juist in deze periode veel nieuwe gestichten werden gebouwd en andere gestichten werden uitgebreid. Nieuwe bedden betekenden nieuwe contracten en dus ook nieuwe gronden waarop de tarieven werden vastgesteld. Een hoger loon voor het personeel kon daarin worden verwerkt.

*Meer personeel*

‘De verhouding van het aantal bedienden tot dat der patiënten zal steeds een der voornaamste zaken der krankzinnigen in gestichten blijven’, schreven de inspecteurs in hun verslag over de periode 1882-1884.<sup>5</sup> Ie-

<sup>1</sup> Dit blijkt na bestudering van de jaarverslagen van Meerenberg vanaf 1878.

<sup>2</sup> Van Deventer 1893, 28.

<sup>3</sup> Van Deventer 1893, 28.

<sup>4</sup> Verbeek 1949, 213-214.

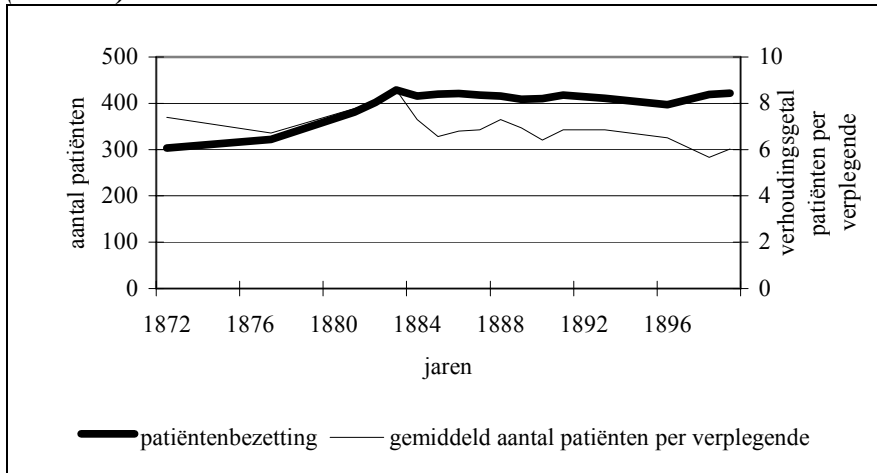
<sup>5</sup> Inspecteurs voor het Staatstoezicht 1891, 23.

dereen was het erover eens dat de personeelsbezetting moest verbeteren. De vraag is of na de salarismaatregelen en de opleiding (en in samenhang daarmee de gerichte personeelswerving) inderdaad structureel meer verplegend personeel (oppassers en later verplegenden) in dienst kwam in de gestichten.

Grafiek II-9 betreft de situatie in het krankzinnigengesticht (Willem Arntsz Huis) te Utrecht.

**Grafiek II-9**

*Verhouding aantal patiënten per oppasser / verplegende (m/v; incl. opzichters/hoofdverplegenden) van het krankzinnigengesticht (Willem Arntsz Huis) Utrecht (1872-1899)*



Bron: Hut 1957, 17. Hut baseert zich op de jaarverslagen van de Willem Arntsz Stichting en informatie uit de verslagen van het Staatstoezicht.

In de betreffende periode nam het aantal oppassers/verplegenden in het Willem Arntsz Huis toe van 41 (in 1872) naar 74 (in 1899). In het eerste decennium nam echter niet alleen het aantal oppassers toe, maar ook het aantal patiënten. In 1883 werd het hoogste aantal patiënten genoteerd: 429. In de paar jaar daaraan voorafgaand was het aantal oppassers juist gestagneerd, waardoor er toen een zeer ongunstige bezettingsgraad was. Daarna nam het aantal patiënten geleidelijk af, terwijl het aantal verplegende personeelsleden min of meer gelijk bleef (schommelend rond de 60). Vanaf het midden van de jaren negentig ging het gemiddelde aantal verplegende personeelsleden structureel omhoog. De situatie in Utrecht was niet uniek. Dit blijkt onder meer uit de gegevens van het Staatstoezicht (tabel II-7).

**Tabel II-7*****Gemiddeld aantal verpleegden per oppasser in de laagste klasse van de meeste krankzinnigengestichten in Nederland (1874-1899)***

	mannen			vrouwen			totaal
	gemiddeld	hoogste notering	laagste notering	gemiddeld	hoogste notering	laagste notering	
1874	13	16	8	17	21	11	14,2
1881	13	30	8	14	26	8	13,6
1884	13	26	8	14	31	5	13,8
1887	13	27	5	12	14	7	12,6
1890	11	18	7	12	19	7	11,6
1893	11	15	4	11	18	6	10,1
1896	10	14	4	9	17	4	9,4
1899	9	18	3	8	19	5	8,6

Bron: Inspecteurs voor het Staatstoezicht 1878; 1890-1893; 1895; 1897; 1901.

Midden jaren tachtig stelden veel gestichten zich nog tevreden met een personeelsbezetting van één oppasser op tien, of zelfs vijftien patiënten.<sup>1</sup> Sommige instellingen zaten al lange tijd onder dit getal, zoals we in het voorbeeld van Utrecht zagen. Ook het gesticht Meerenberg had al langere tijd een gunstiger personeelsbezetting. Hier hield het personeelsbestand vanaf 1879 tot aan ongeveer 1892 gelijke tred met de groei van het aantal patiënten: één verplegende voor ongeveer negen patiënten. Daarna nam het gemiddelde aantal verplegenden snel toe. Dit was rechtstreeks te danken aan de komst van Van Deventer als geneesheer-directeur. In 1896 was er één verplegende voor ruim zes patiënten beschikbaar.<sup>2</sup> Het Staatstoezicht hanteerde rond de eeuwwisseling als norm één verplegende voor zeven patiënten. Behalve het Willem Arntsz Huis en Meerenberg hadden in die tijd ook Veldwijk (één op drie) en Brinkgreven (één op vijf) een relatief gunstige bezetting. Andere gestichten zaten erboven: Voorburg (één op tien), Franeker (één op negen), Endegeest en Zutphen (één op acht).<sup>3</sup>

### *Verbeteringen*

Al met al kunnen we vaststellen dat er in de laatste kwart van de negentiende eeuw en het eerste decennium van de twintigste eeuw een verbetering heeft plaatsgevonden van de arbeidsomstandigheden en het opleidingsniveau van het (verplegend) personeel. Wat betreft het loon was er

<sup>1</sup> Inspecteurs voor het Staatstoezicht 1892, 51.

<sup>2</sup> Verbeek 1949, 212.

<sup>3</sup> Gijswijt-Hofstra en Oosterhuis 2005, 115; Boschma 2003, 230-231.

aanvankelijk sprake van het inhalen van een achterstand. De gemiddelde lonen bleven lange tijd op gelijk, terwijl de prijzen gedurende zo'n twintig jaar toch enigszins waren gestegen. De lonen van oppassers waren dus in de loop van de tijd minder waard geworden. In Meerenberg veranderde dit al in 1876. De andere gestichten volgden later. Aan het einde van de eeuw werd bovendien de opleiding voor het verplegend personeel ingevoerd, en dit ging tevens gepaard met een verhoging van het salaris. Niet alleen verdienden gediplomeerde verplegenden meer dan leerlingen, de leerlingen zelf gingen er ook in salaris op vooruit.

De financiering van deze verbetering werd mede mogelijk doordat er nieuwe gestichten bij kwamen en oude gestichten uitbreidden in de vorm van buitengestichten. Hierdoor konden er nieuwe contracten worden afgesloten en hierin lag de mogelijkheid voor de gestichtbestuurders om nieuwe (hogere) tarieven af te dwingen. Daarmee konden loonsverhogingen en personeelsuitbreidingen worden bekostigd.

Een directe relatie van deze ontwikkelingen met de komst van de nieuwe Krankzinnigenwet hebben wij overigens niet kunnen vinden. In de wet was geen artikel opgenomen dat een minimumpersoneelsbezetting regelde voor de verplegenden. Alleen de bezetting van geneesheren werd via de wet bij Koninklijk Besluit geregeld, maar dat ging, zoals we in hoofdstuk I al meldden, traag. Indirect ging er van de nieuwe wet wel een invloed uit. Allereerst werd de invloed van het Staatstoezicht vergroot. De inspecteurs ijverden onvermoeibaar voor verbeteringen in de krankzinnigenverpleging en zij vonden bij veel gestichtgeneesheren respons.

Maar zonder geld waren verbeteringen niet mogelijk. Dat dit geld er uiteindelijk ook kwam, had volgens ons ook indirect met de tweede Krankzinnigenwet te maken. We hebben in paragraaf 2 al laten zien dat er een verband bestond tussen de komst van de wet en de uitbreiding van het aantal gestichten. Meer capaciteit en meer patiënten betekende uit de aard der zaak: nieuwe verpleegcontracten. Gezien de grote druk op de beschikbare capaciteit, ligt het voor de hand dat de gestichtbestuurders een sterke onderhandelingspositie hadden ten opzichte van de provincies (en enkele grote steden), waarmee de contracten werden afgesloten. Zij konden dus ook gemakkelijker hogere tarieven afdwingen. De verbetering van de arbeidsomstandigheden en de uitbreiding van de omvang van het personeel werden op die manier uiteindelijk betaald door de gemeenten.

Wat maakte dit alles nu voor verschil voor de patiënten? Dat is moeilijk te zeggen, omdat er uiteindelijk maar weinig bekend is over de praktijk in de gestichten rond de eeuwwisseling. Dat schreven immers zelfs de inspecteurs, die er toch geregeld over de vloer kwamen (zie hoofdstuk I, paragraaf 7). Het hoge verloop onder het verplegend personeel - zoals gezegd

een permanente bron van zorg - nam na de tweede Krankzinnigenwet in ieder geval af, maar het ging zeer geleidelijk.<sup>1</sup> Volgens Oosterhuis en Gijswijt-Hofstra kan de komst van de opleiding in elk geval worden beschouwd als een verbetering. Ook al verlieten veel verplegenden na het behalen van hun diploma het gesticht, zolang zij daar nog werkzaam waren en de opleiding volgden, konden de patiënten daar weer profijt van hebben: op het gebied van de lichamelijke zorg zowel als op het gebied van de bejegening. Verder zal ook de toename van het aantal verplegenden een verbetering voor veel patiënten hebben betekend.<sup>2</sup>

De hierboven genoemde cijfers zeggen echter niet alles, omdat het mede afhing van de etiketten die op het personeel werden geplakt: hoorden medewerkers die patiënten in de arbeid begeleidden, er wel of niet onder? En hoeveel tijd brachten deze medewerkers dan met de patiënten door? Ten slotte zouden ook nog de werktijden meegeteld moeten worden om een compleet beeld te krijgen. De gegevens zijn te summier om hier verantwoorde uitspraken over te doen. Wat wel duidelijk is, is dat tussen de gestichten grote verschillen bleven bestaan in het aantal patiënten per verplegende, en dat ook binnen een gesticht de verschillen groot bleven.

## § 8. Slotwoord

Het is ontwijfelbaar, dat de behandeling der krankzinnigen uit een zuiver materieel oogpunt in de laatste jaren met reuzenschreden is vooruitgegaan. De patiënten worden goed gehuisvest, goed gevoed, goed gekleed; zij worden niet meer lichamelijke mishandeld.<sup>3</sup>

Aldus Cox in 1915. ‘Maar’, zo voegde hij eraan toe, ‘*van een zielsbehandeling is nog zoo goed als geen sprake.*’<sup>4</sup> Diezelfde Cox had dan ook al vijf jaar eerder vastgesteld dat ondanks alle verbeteringen en inspanningen het aantal patiënten dat genezen naar huis gestuurd kon worden, niet was gegroeid. Deze klacht werd ook door andere geneesheren geuit.

Sinds het midden van de negentiende eeuw had een enorme groei plaatsgevonden van de krankzinnigenverpleging. Tussen 1844 en 1882 was het aantal patiënten meer dan verviervoudigd, maar het aantal gestichten was

---

<sup>1</sup> Boschma 1997b, Appendix 25. De verloopcijfers hebben betrekking op het totale bestand van verplegenden: gediplomeerd én ongediplomeerd.

<sup>2</sup> Oosterhuis en Gijswijt-Hofstra 2008, 157.

<sup>3</sup> Cox 1915, 469-470.

<sup>4</sup> Cox 1915, 470. Cursivering origineel.

niet noemenswaardig toegenomen. Er was grote overbevolking ontstaan, waar de krankzinnigenverpleging onder leed.<sup>1</sup> De nieuwe Krankzinnigenwet van 1884 moest een einde maken aan de wantoestanden die het gevolg hiervan waren. Het Staatstoezicht werd uitgebreid en er werden voor het eerst enkele kwaliteitseisen geformuleerd. Geld werd er door het rijk niet beschikbaar gesteld (met uitzondering van de bouw van een rijks-gesticht).

Met financiële steun van de provincies bouwden de besturen van de oude stadsgestichten vervolgens diverse buitengestichten op het platteland. Er kwamen twee gemeentegestichten en een provinciaal gesticht tot stand en verder namen vooral gereformeerden en katholieken het initiatief tot de bouw van nieuwe particuliere gestichten. Zo kon het komen dat het aantal patiënten verder toenam. De kosten voor de krankzinnigenverpleging stegen snel.

In dit hoofdstuk hebben we tegen de achtergrond van de tweede Krankzinnigenwet en de economische voorspoed de kostenontwikkeling in de krankzinnigenverpleging geanalyseerd en gekeken hoe deze ontwikkeling zich vertaalde in de zorgpraktijk. Allereerst stelden we vast dat we de prijsontwikkeling konden elimineren. Voor zover er sprake was van schommelingen, maakten deze de trend alleen maar sterker.

We lieten verder zien dat er tussen 1884 en 1914 zeventien nieuwe gestichten bijkwamen. Het waren hoofdzakelijk buitengestichten en confessionele gestichten. Anders dan wel wordt gedacht, heeft de tweede Krankzinnigenwet daarbij een belangrijke rol gespeeld. De tweede Krankzinnigenwet benadrukte de plicht van de provincies om te zorgen voor plaatsruimte. De wetgever had een compromis bedacht: de provincies hoefden niet per se zelf te gaan bouwen, maar ze moesten vooral zorgen voor faciliteiten op het moment dat er niet op een andere manier in was voorzien. De toenmalige inspecteurs en sommige latere onderzoekers van dit onderwerp meenden dat de meeste provincies tekortschoten in hun taak, omdat ze - in plaats van zelf gestichten te bouwen - alleen maar zorgden voor garanties, subsidies en leningen, waarmee de andere partijen hun activiteiten in de krankzinnigenverpleging konden ontplooiën. Naar ons idee was dit geen tekortschieten van de provincies, maar juist een uitvloeisel van de wet. De tweede Krankzinnigenwet was tot stand gekomen in een periode waarin de gereformeerden en katholieken steeds luider van zich lieten horen en de wet hield daar ook nadrukkelijk rekening mee. De subsidies, leningen en vooral garanties maakten dat het investeren in de krankzinnigenverpleging ook voor particuliere partijen betrekkelijk risicoloos was.

---

<sup>1</sup> Van Cappelle 1883, 9.

Daardoor fungeerde de tweede Krankzinnigenwet als een katalysator voor de komst van vele particuliere gestichten.

Mede door de komst van die nieuwe gestichten was het mogelijk dat het aantal opgenomen patiënten verdriedubbelde. We hebben hier echter laten zien dat deze toename ook een betrekkelijk autonoom karakter had: vooral demografische ontwikkelingen zorgden ervoor dat het aantal patiënten toenam.

De groei van het aantal patiënten veroorzaakte uiteraard ook een flinke kostenstijging. Dit bracht rond de eeuwwisseling pennen in beweging. Wij hebben de gegevens in dit hoofdstuk geanalyseerd. Allereerst maakten we onderscheid tussen de werkelijke kosten en de tarieven die werden betaald. Dit was nodig om zicht te krijgen op het door tijdgenoten gesignaleerde probleem en de achterliggende oorzaken ervan. Wij stelden vast dat de totale uitgaven die gemeenten moesten doen voor de verpleging van armlastige patiënten inderdaad fors toenamen. Wanneer we echter naar de uitgaven per patiënt keken, bleek de groei niet spectaculair te zijn. Hieruit concludeerden wij dat de kostenstijging vooral een kwestie van volumegroei moet zijn geweest.

Dit gezegd hebbende, onderzochten wij niettemin wat er veranderde in de zorg aan het einde van de negentiende eeuw en het begin van de twintigste eeuw, en wat de relatie was tussen deze de veranderingen en het financieringsstelsel. Tijdgenoten – met name de inspecteurs – gaven soms hoog op van de verbeteringen die er in de zorg hadden plaatsgevonden en anderen koesterden de gedachte dat dit tot de kostenstijging had geleid. Wij bestudeerden achtereenvolgens de huisvesting, het menu, de arbeid, de bedverpleging en het personeel. Deze factoren hebben wij in de inleiding benoemd als indicatoren voor veranderingen in de zorgpraktijk.

Anders dan gedacht waren de bouwkosten van de verschillende gestichten in de door ons onderzochte periode niet gestegen. Veranderingen vonden er wel plaats. Wij lieten zien dat veel nieuwe gestichten volgens het in die tijd moderne paviljoensysteem werden gebouwd. Dat dit tot hogere kosten leidde, konden wij niet bewijzen. Er waren wel verschillen tussen de stichtingskosten van nieuwe instellingen. Deze hingen echter niet samen met de kwestie paviljoenbouw of niet. Veel waarschijnlijker – en zeer voor de hand liggend – is, dat het ging om de vraag of er al dan niet klas-senverpleging zou gaan plaatsvinden.

Aandacht voor de voeding bestond al sinds de invoering van de eerste Krankzinnigenwet. Wij lieten zien hoe desondanks de kosten voor de voeding en het aandeel van de voeding in de totale kosten per patiënt per jaar afnamen. Dit betekende echter niet dat de kwaliteit van de voeding achteruitging. Na het midden van de jaren tachtig kwam er juist meer afwisseling in de menu's. Dat dit mogelijk was, kwam doordat de nieuwe gestichten zonder uitzondering beschikten over eigen voedselproductie. De ge-

stichten konden hierdoor aansluiten bij wat er in de maatschappij gebeurde op dit gebied.

Aan de introductie van de bedverpleging rond de eeuwwisseling wordt in de literatuur nogal veel gewicht gegeven. Wij hebben op grond van cijfermateriaal vastgesteld dat het belang ervan wat wordt overschat. Dat er in de krankzinnigengestichten een heel nieuwe wind ging waaien, gaat ons te ver. De arbeid, zo bleek uit de gegevens, bleef onverminderd populair en dit had naar ons idee mede een financiële achtergrond: de gedachte was dat deze economisch interessant was voor het gesticht.

De komst van de bedverpleging zelf was dan misschien niet goed in de kostenontwikkeling terug te zien, de daarmee samenhangende noodzakelijke verbeteringen in de personele sfeer wel. Voordat de tweede Krankzinnigenwet van kracht was, waren er al pogingen ondernomen om de lonen van het personeel – met name de oppassers – te verbeteren. Het ging vermoedelijk om het inhalen van een achterstand, want de lonen in andere sectoren van de maatschappij waren al geruime tijd aan het stijgen en ook de kosten van levensonderhoud gingen omhoog. De lonen in de gestichten bleven daarbij achter als gevolg van het gehanteerde tariefsysteem. Na de nieuwe Krankzinnigenwet ontstond echter nieuwe plaatsruimte, dus kon er ook weer onderhandeld worden over de tarieven. Dit betekende dat in de laatste decennia van de negentiende eeuw ook loonsverhogingen mogelijk werden voor het personeel en dat er meer en beter opgeleid personeel kon worden aangesteld. Maar het ging langzaam.

De groei van de omvang van de krankzinnigenverpleging en de verbeteringen in de personele sfeer waren niet uniek voor de krankzinnigenverpleging. De grote kostenstijgingen die een en ander veroorzaakten, evenmin. J.W. Jacobi, geneesheer van Duin en Bosch, wees er in 1913 op dat niet alleen het aantal in gestichten opgenomen krankzinnigen aan het eind van de negentiende eeuw was gestegen, maar dat ook andere vormen van ziekte tot meer opnames hadden geleid. Oftewel: ook in algemene ziekenhuizen vond een belangrijke groei plaats. Eind negentiende eeuw steeg het aantal in ziekenhuizen opgenomen patiënten van 1 tot 7 promille van de bevolking per jaar en vond er een grote bouwexplosie plaats.<sup>1</sup> In de ziekenhuizen had dit geleid tot een kostenvermeerdering van 50 procent in vijftien jaar tijd. De groei in de algemene ziekenhuizen was dus, in de woorden van Meijer, ‘nog vrijwat groter [...] dan de vermeerdering der hoofdelijke verpleeggelden voor onze krankzinnigen’. Groot verschil was echter dat ‘het groote publiek’ hier veel minder ophef over maakte.

---

<sup>1</sup> Van der Velden 1993, 72.

Voor de gewone zieken staat men dat grootere bedrag wel niet altijd volgaarne, maar toch zonder veel morren toe, en vindt het welbesteed, zeer velen echter achten onze krankzinnigen deze groote kosten eigenlijk niet waard, omdat de samenleving van deze laatsten niet die hoeveelheid arbeidsvermogen terugkrijgt als van de eersten.<sup>1</sup>

Of hij met dit laatste inderdaad de mening van het grote publiek verwoordde en niet alleen zijn eigen idee, is moeilijk meer na te gaan. Wij zullen de gedachte dat de krankzinnigenverpleging eigenlijk te duur was, in de volgende hoofdstukken echter nog vaker tegenkomen. Wat wij in ieder geval wel met zekerheid kunnen vaststellen is dat de kostengroei van de krankzinnigenverpleging vanaf het midden van de jaren tachtig sneller ging dan in de periode daarvóór en dat dit leidde tot veel gepeins over de oorzaken ervan, niet in de laatste plaats omdat er geen belangrijke vooruitgang in herstelcijfers tegenover stond. Wat wij ook kunnen concluderen is dat deze ontwikkeling heel goed past in de economische groei die in die tijd plaatsvond. ‘Iedereen’ kreeg het ietsje beter, voeding en huisvesting werden beter, arbeiders en andere werknemers kregen meer uitbetaald, de scholing – dus ook die van de verplegenden – ging vooruit en dus kregen ook de verplegenden meer loon. Het duurde bij hen alleen iets langer en de achterstand in salaris bleef een probleem.

Er trad een verschuiving op in het consumptiepatroon van de gemiddelde Nederlander, waarbij uiteindelijk ook per hoofd van de bevolking meer werd uitgegeven aan de gezondheidszorg en ook aan de krankzinnigenverpleging. In de woorden van Jacobi ging het om ‘een algemeen sociaal verschijnsel’.<sup>2</sup>

Wat wij ons ten slotte moeten blijven afvragen is, of de veranderingen in de krankzinnigenverpleging ertoe hebben geleid dat de patiënten in de gestichten het ook ietsje beter hadden gekregen. Waarschijnlijk wel, maar zeker niet veel, als we mogen afgaan op de schaarse ooggetuigenverslagen die er uit deze periode bewaard zijn gebleven, ofschoon met name over Veldwijk wel positief werd gerapporteerd. Maar het blijft gissen. Zoals we in de inleiding al hebben gesteld: wat voor een individuele patiënt verschil maakt, is vaak niet in geld uit te drukken. Meer en beter opgeleid personeel zal voor de kwaliteit van de zorg wel enig verschil gemaakt

---

<sup>1</sup> Meijer 1909, 410.

<sup>2</sup> Jacobi 1913, 287.

hebben, evenals betere hygiënische omstandigheden en beter en gevarieerder voedsel. Het betere leven liep echter parallel met eenzelfde ontwikkeling aan de andere kant van de gestichtmuur. Ondanks de mooie belofte die kleefde aan de omvorming van het gesticht in een ziekenhuis, leidde deze minimaal toegenomen kwaliteit niet tot een grotere kans op herstel.