

Twee eeuwen katholieke ziekenhuizen in Nederland

Inleiding

Zeven Nederlandse topziekenhuizen hebben zich verenigd in Santeon. Dit samenwerkingsverband, waartoe bijvoorbeeld het Onze Lieve Vrouwe Gasthuis (OLVG) in Amsterdam en het Canisius-Wilhelmina Ziekenhuis (CWZ) in Nijmegen behoren, rekent zich tot de crème-de-la-crème van de niet-academisch ziekenhuizen van Nederland. Van de zeven leden hebben er vier een katholieke oorsprong; de andere drie zijn fusieziekenhuizen met minstens één katholieke partner. Toeval? Mogelijk, maar vermoedelijk niet, want de katholieke ziekenhuizen hebben tot ver in de twintigste eeuw voordelen gehad die protestantse of overheidsziekenhuizen hebben gemist.

Ik doel hiermee op de belangeloze inzet van duizenden religieuzen, vooral vrouwen, maar ook mannen, die zonder betaling hun leven in dienst van de zieken stelden, terwijl het loon dat zij verdienden bij hun congregaties bleef. Dat geld werd in het ziekenhuis – en andere goede doelen – geïnvesteerd. Katholieke ziekenhuizen profiteerden dus dubbel: van goedkope, gemotiveerde arbeidskrachten en van gunstige financieringsmogelijkheden.¹

De oorsprong van veel van grote katholieke ziekenhuizen ligt in de negentiende eeuw: het St. Canisius ziekenhuis werd in 1850, het Tilburgse St. Elisabeth Ziekenhuis in 1827 opgericht. In dit laatste lag ook de oorsprong van de Zusters van Liefde, met de Zusters Onder de Bogen de grootste verplegende congregatie van Nederland. Met hart en ziel gaven de zusters zich aan de ziekenverpleging, ook al wisten ze bitter weinig van de aandoeningen, waaraan de patiënten leden of van het belang van hygiëne en frisse lucht voor hun herstel. Het gebouw waarin het Elisabeth sinds 1837 was gehuisvest, deed minder denken aan modern ziekenhuis dan aan een middeleeuws gasthuis, zoals het *hospice de Beaune*. De zieken lagen in hemelbedden die in rijen langs de wanden van een zaal stonden opgesteld. De bedden waren zo geplaatst dat ze door

¹ J. Roes, 'Pro deo. Beschouwingen over de bijdrage van Nederlandse religieuzen aan de gezondheidszorg in de twintigste eeuw', in: Pijnenburg, M. en P. van Mansum (red.), *Voor zorg gekozen: een uitdagende erfenis. Bundel naar aanleiding van het gelijknamige congres, 30 maart 2000*, Nijmegen 2000, 16-30.

de geopende deur zicht hadden op de priester die in de aangrenzende kapel de mis opdroeg. Deze inrichting symboliseert waar de prioriteit lag: bij het eeuwig heil van de zieken. De zusters boden liefdevolle zorg in het ondermaanse, maar hadden op de keper beschouwd meer oog voor hun leven na de dood.

Aan het gebrek aan scholing van religieuze verpleegsters kwam in de twintigste eeuw een einde, al gingen daar wel jaren van strijd aan vooraf. Al in 1879 waren in Amsterdam de eerste Nederlandse diploma's voor ziekenverpleging uitgereikt. Aan leken. De opleiding die voor deze diploma's vereist was, baseerde zich op de vernieuwing van de Engelse verpleegster Florence Nightingale, wier uitgangspunten rust, reinheid en regelmaat heetten. De congregaties wezen het diploma in eerste instantie af. Deels omdat ze de caritas, niet het verpleegtechnisch handelen essentieel vonden, maar vooral omdat de opleiding tot het diploma ook zaken rond seksualiteit bevatte.

Het nee hield ruim twintig jaar stand. Vlak na de eeuwwisseling stemden de Zusters Onder de Bogen die in het Amsterdamse OLVG werkten, erin toe dat hun verpleegsters toch voor het diploma ziekenverpleging werden opgeleid. Dat hier de ommezwaai plaatsvond, had te maken met de concurrentiepositie van dit grotestads-ziekenhuis. Als het OLVG in verpleegtechnisch opzicht achterbleef, dan zouden de Amsterdamse katholieken wellicht geneigd zijn voor een protestants of openbaar ziekenhuis te kiezen. Dat zou niet alleen de exploitatie van het OLVG schaden en de positie van de daar werkzame artsen aantasten, maar, erger nog, katholieke patiënten zouden in een niet- of zelfs anti-katholieke omgeving belanden en daar wellicht van hun geloof afvallen.

Dit was een cruciaal moment in de geschiedenis van het katholieke ziekenhuiswezen. Voortaan had de sector *the best of both worlds*: enerzijds de kwaliteit van gedegen opgeleide verpleegsters, anderzijds de caritas van zusters die er altijd voor hun patiënten waren.

Andere grote katholieke ziekenhuizen volgden het voorbeeld van het OLVG. Ook in andere steden met een godsdienstig gemengde bevolking, zoals Rotterdam en Groningen, was concurrentie met andersdenkenden het argument. Ziekenhuizen in de katholieke zuidelijke provincies wilden vervolgens niet achterblijven bij de Randstad, te meer omdat zij inzagen dat de kwaliteit van het geneeskundig handelen gebaat was bij goed opgeleide verpleegsters.

Ook op medisch gebied concurreerden ziekenhuizen. Zo wilde het katholieke St. Antonius Ziekenhuis in Utrecht niet onderdoen voor het plaatselijke Diaconessenhuis en zeker niet voor het Stads- en Academisch Ziekenhuis. De verpleging – hier door de Zusters van Liefde uit Tilburg – moest beter zijn dan in het protestantse

Diaconessenhuis, terwijl de long- en hartteams de strijd aanging met de professoren van het Academisch Ziekenhuis.

De combinatie van schaalgrootte, hoge medische ambities, professionele verpleging en charitatieve zorg leidde op den duur tot opmerkelijke prestaties. Zo is het St. Antonius Ziekenhuis in Utrecht / Nieuwegein toonaangevend geworden op gebied van de hartchirurgie, terwijl het St. Elisabeth Ziekenhuis – niet eens lid van Santeon – een reputatie geniet op het terrein van de hersenchirurgie. Het ziekenhuis huisvest niet alleen de grootste en meest veelzijdige neurochirurgische afdeling van Nederland, maar speelt ook mondiaal een rol bij het behandelen van hersentumoren.²

Het voorafgaande benadrukt dat de katholieke ziekenhuizen hebben geprofiteerd van hun banden met religieuze congregaties: de onzichtbare financiële bijdragen en de zeer zichtbare aanwezigheid van duizenden religieuzen die binnen hun muren hebben gewoogd. En hoewel dit niet altijd met een opgewekt gemoed gebeurde (denk aan de typering ‘zusters van liefde, kringen van barmhartigheid’), hebben honderdduizenden zieken, katholiek of niet, hierbij baat gehad.

De herinnering hieraan is vrijwel verdwenen, soms zelfs in haar tegendeel verkeerd. De recente affaires rond seksueel misbruik in de katholieke kerk hebben daar het hunne toe bijgedragen. Zonder deze zwarte kant te willen wegpoetsen maakt rechtvaardigheid het wenselijk om ook de positieve bijdragen van actieve religieuzen onder de aandacht te brengen en zo de beeldvorming evenwichtiger te maken. Dit is voor mij een eerste argument geweest om de geschiedenis van het katholieke ziekenhuiswezen te onderzoeken.

Een ander argument is het intrigerende van de komeetachtige geschiedenis van het katholieke ziekenhuiswezen: opkomst in de negentiende en vroege twintigste eeuw, de bloeiperiode tot circa 1970 en daarna een snelle, door secularisatie, fusies en overnames weinig zichtbare ondergang. Katholieke ziekenhuizen zijn er nog steeds, zoals we hebben gezien, maar als groepering zijn ze verdwenen.

Het derde argument is de verbazingwekkende expansie van het Nederlandse ziekenhuiswezen. De huidige stand van zaken in de sector heeft prioriteit, de geschiedschrijving ervan is lijkt minder urgent. Het is dan ook de hoogste tijd hierin verandering te brengen. In de twintigste eeuw was immers zo’n veertig procent van de Nederlandse ziekenhuizen katholiek.

Nu is de geschiedenis van het katholiek ziekenhuiswezen gelukkig geen geheel onbeschreven blad. Veel ziekenhuizen hebben bij jubilea en andere ingrijpende gebeurtenissen (fusie, verhuizing) hun

² R. Wolf, *Rozen van Elisabeth. Honderdvijfenzeventig jaar St. Elisabeth Ziekenhuis Tilburg*. Nijmegen 2002, 220-222.

geschiedenis laten optekenen. Het gaat om al met al enkele honderden publicaties in de afgelopen halve eeuw. Daarnaast besteedt met name de stichting Echo sinds midden jaren negentig aandacht aan de geschiedenis van religieuze congregaties. Een deel van deze publicaties is thematisch van opzet (bijvoorbeeld *Bezielde zorg* uit 2008), andere beschrijven in opdracht de geschiedenis van congregaties.³

Ten slotte geven verenigingen van medisch-specialisten bij gelegenheden boeken over de eigen geschiedenis uit. Vaak ligt het zwaartepunt van deze publicaties binnen academische wereld, waardoor ontwikkelingen in algemene ziekenhuizen, met inbegrip van de katholieke, een marginale rol spelen. Niettemin ontbreekt nog het aspect van integratie in al deze invalshoeken binnen het katholieke ziekenhuiswezen in Nederland.

De al in 2006 verrichte voorstudie, waarop deze bijdrage is gebaseerd (zie hierna), wilde een aanzet geven voor een integrale geschiedschrijving van het katholieke ziekenhuiswezen in Nederland. Door omstandigheden is het er toen noch van gekomen de voorstudie te publiceren, noch om de beoogde geschiedschrijving van het katholieke ziekenhuiswezen uit te voeren. Inmiddels zijn we tien jaar verder, tien jaar waarin de positieve bijdrage die actieve congregaties aan de Nederlandse maatschappij hebben geleverd, overschaduwd is door de affaires rond het seksueel misbruik in de katholieke kerk. Nu is het wellicht tijd om de draad die in 2006 is blijven liggen, alsnog op te pakken. Dit artikel is een eerste stap. Het is een actualisering van de voorstudie uit 2006.

De voorstudie

In 2005 besloot het Nuyensfonds /Rogierfonds na te gaan welke aspecten van de geschiedenis van het Nederlands katholicisme in de negentiende en twintigste eeuw een extra impuls konden gebruiken. Met name werd het acht schenken aan ‘de maatschappelijke betekenis van religieuze orden en congregaties’ genoemd, omdat die ‘sterk onderbelicht was gebleven.’ Het ziekenhuiswezen was een terrein dat meer licht kon gebruiken.

Daarom pleitte Hans de Valk (destijds verbonden aan het Instituut voor Nederlandse Geschiedenis) voor een overkoepelende studie, die niet alleen een algemeen beeld zou moeten schetsen van de historische ontwikkeling van de katholieke ziekenhuiszorg, maar ook ingaan op ‘de confessionele achtergrond van de instellingen’. Niet alleen moest er aandacht worden geschonken aan ‘de institutionele op- en uitbouw’ van het katholieke ziekenhuiswezen, maar ook aan ‘de intenties, werkwijze en arbeidsbeleving van religieuze gemeenschappen als stichters van en werkers in de instellingen in de ziekenzorg’.

³ *Bezielde zorg*.

Hierop besloot het bestuur van het Nuyensfonds / Rogierfonds zijn best te doen voor de realisatie van 'een brede studie over de geschiedenis van het katholieke ziekenhuiswezen'. Als eerste stap wilde het bestuur 'een gedegen voorstudie' laten uitvoeren, die tevens 'als basis voor verdere presentatie en fondsenwerving' kon dienen. De voorstudie diende 'het onderzoeksterrein op een aantal punten globaal in kaart te brengen en (mogelijke) thematische lijnen nader uit te werken'. Het werk moest uitmonden in een goed onderbouwd rapport.⁴ Vervolgens hebben Hans de Valk en Lodewijk Winkler (destijds bestuurslid van het Nuyensfonds / Rogierfonds) in overleg met ziekenhuishistoricus Rob Wolf die de voorstudie zou gaan verrichten, vastgesteld wat in het rapport aan de orde moest komen.⁴ Het zou vijf inventarisaties bevatten en wel van:

- De internationale literatuur;
- De literatuur over het ziekenhuiswezen in Nederland;
- De literatuur over het katholieke ziekenhuiswezen;
- De congregaties die in het ziekenhuiswezen actief zijn geweest;
- Het bronnenmateriaal betreffende de geschiedenis van het katholieke ziekenhuiswezen.

Daarnaast zou het rapport aanbevelingen bevatten over de chronologische opzet en mogelijke onderzoeksthema's van de uiteindelijke studie. Het rapport is in oktober 2006 goedgekeurd door Lodewijk Winkler en Hans de Valk. Daarna is het een la verdwenen. Dit artikel is een bewerking en actualisering van het rapport.

INVENTARISATIES: INTERNATIONALE LITERATUUR

Ook in het buitenland zijn de meeste publicaties over het katholieke ziekenhuiswezen gewijd aan afzonderlijke instellingen. In de Verenigde Staten en Vlaanderen zijn de beste aanknopingspunten te vinden.

Verenigde Staten

Over het katholieke ziekenhuiswezen bestaat in de Verenigde Staten een uitgebreide wetenschappelijke literatuur. Het meest omvattende werk is *Ministry and meaning: A religious history of catholic health care in the United States* (1995) van C. Kauffman. Tot 1915, het jaar dat de Catholic Hospital Association (CHA) werd opgericht, concentreert hij zich op individuele ziekenhuizen en congregaties, daarna op de CHA. Vooral in de negentiende eeuw

⁴ Het voorafgaande is gebaseerd op Valk, J.P. de, *De geschiedenis van het katholieke ziekenhuiswezen in de negentiende en twintigste eeuw: elementen voor een voorstudie*. Ongepubliceerd rapport, 2005.

waren de verschillen tussen de vs en Nederland enorm.

Veel vaker dan hier hadden verplegende congregaties ziekenhuizen zelf in eigendom. Zij deelden in de Amerikaanse *frontier*-mentaliteit. Kauffman schetst een beeld van liefdadig ondernemerschap. De katholieke congregaties waren actief in een wereld die gedomineerd werd door *White, Anglo-Saxon Protestants* die vaak antipapistisch waren. Katholicisme had hier een etnische identiteit. Italianen, Ieren, Duitsers en Polen waren minderheden die hun roomse geloof meebrachten. Zij stichtten ziekenhuizen, waar (eveneens geïmmigreerde) religieuzen de scepter zwaaiden.

Omdat de financiële positie van deze minderheidsgroepen slecht was, konden hun ziekenhuizen veel minder dan in Europa van giften en legaten profiteren. Om te overleven moesten de congregaties ondernemend zijn, de markt opgaan, risico's nemen, bijvoorbeeld door contracten met spoorweg- of verzekeringsmaatschappijen te sluiten. Dit actieve ondernemerschap stond in schril contrast met de passieve opstelling die uit literatuur over Nederlandse (of Duitse) congregaties blijkt. Vanwege de harde concurrentie met instellingen van andersdenkenden moderniseerden de katholieke ziekenhuizen in de Verenigde Staten sneller dan hun Nederlandse tegenhangers die in een veiliger omgeving werkten. Zo lieten de Amerikaanse congregaties hun zusters al in het midden van de negentiende eeuw een verpleegkundige opleiding volgen, zonder de ethische bedenkingen die vijftig jaar later de discussie in Nederland domineerden. In 1925 bestonden er bijvoorbeeld al verpleegstersopleidingen op katholieke universiteiten, terwijl Nederland daar tot 1980 op moest wachten.

Polemischer dan Kauffman is S. Nelson, die in *Say little, do much. Nurses, nuns, and hospitals in the nineteenth century* (2001) oponeert tegen de onzichtbaarheid van religieuze zusters in de Angelsaksische historische literatuur. Nelson (van Ierse en katholieke afkomst) schrijft die onzichtbaarheid deels toe aan de nederigheid en gehoorzaamheid die onderdeel van hun spiritualiteit is. Mede daardoor is volgens haar 'de belangrijke sociale beweging van de zusters' onderbelicht gebleven.

De geaccepteerde canon van de geschiedenis van de verpleegkunde, door Nelson als een 'sektarische, protestantse en Engelse visie' beschouwd, begint bij Florence Nightingale. Het gevolg hiervan zou zijn dat het werk van katholieke religieuzen, die in de tijd van Nightingale al eeuwen in de verpleging werkten, zou zijn genegeerd. Hierdoor werd met name aan de Amerikaanse non onrecht gedaan. Zij was immers (zie ook Kaufmann) professioneel, verantwoordelijk, innovatief en ondernemend. Ze moest politiek en economisch inzicht hebben om fondsen voor haar ziekenhuis

te kunnen werven. Ze was kortom zelfstandig en zeker geen slavin van mannelijke superieuren.⁵

Religieuzen hebben noch in de Amerikaanse vrouwengeschiedenis noch in die van de verpleging een prominente plaats gekregen. Nelson verklaart dit uit hun anonimiteit en ‘geslachtsloosheid’, maar ook uit het feit dat ze niet-Engels en niet-protestants waren. Ze pasten niet binnen de geaccepteerde kaders, want juist de combinatie van conservatisme, onderwerping en aseksualiteit gaf deze vrouwen de kracht om pioniers en *innovators* te zijn, waardoor zij in 1917 de helft van het Amerikaanse gezondheidsstelsel bestierden. Dit betekent dat wie de geschiedenis van de katholieke congregaties en hun ziekenhuizen negeert, geen goede uitspraken kan doen over het ontstaan van de moderne ziekenverpleging in de Verenigde Staten.

In het begin van de twintigste eeuw raakten de Amerikaanse religieuzen hun grote vrijheid kwijt. Rome stelde toen (zoals in Europa al langer gebruikelijk was) actieve congregaties gelijk aan contemplatieve, wat hen dwong het slot in acht te nemen en veel meer tijd dan voorheen uit te trekken voor gebed. Contacten met protestantse artsen werden beperkt, ze mochten geen kraamvrouwen meer verzorgen, terwijl zelfstandig in rechte optreden ook werd verboden. Het effect hiervan was, aldus Nelson, dat het autonome en zelfstandige rijk van de zusters ten onder ging. Ze moesten voortaan gehoorzamen aan priesters – en in hun werk aan artsen.

Dezelfde lijn wordt gevolgd in een Canadees artikel (*Making a Difference: The History of Canada's Nurses*, 1991). Auteur V. Strong-Boag meent dat de verpleging in de katholieke, Frans-talige provincies van oudsher op een veel hoger niveau stond dan in het Engelssprekende deel van het land. Zij verklaart dat uit het optreden van Franse verplegende congregaties, terwijl er in het anglicaanse deel van het land geen vrouwen met roeping voor de verpleging waren. ‘Their labors also made New France a substantially better place to live’[240]. Toch worden nonnen in de literatuur zelden vermeld, concludeert ook Strong-Boag.

Barbra Mann Wall houdt zich in *The Pin-Striped Habit: Balancing Charity and Business in Catholic Hospitals, 1865–1915* bezig met de vraag hoe zusters die zelf de gelofte van armoede aflegden zulke indrukwekkende ziekenhuisnetwerken konden oprichten. Het antwoord is dat zij geen ondernemer voor het eigen gewin waren, maar ten behoeve van hun religieuze waarden.

‘As entrepreneurs, the nuns organized, managed, and assumed financial risks of their hospitals. They oversaw budgets that totalled hundreds of thousands of dollars, raised money, purchased

⁵ S. Nelson, *Say little, do much: Nursing, nuns, and hospitals in the nineteenth century*. Philadelphia, 2001, 164.

land and buildings, obtained financial backing for building construction, advertised and competed for clients, and won approval of the medical community. In their hospitals, sisters served as administrators, department heads, and trustees. They established bonds with patients, local governments, industrial companies, medical schools, and church authorities.⁷

Op financiële gronden beperkten de zusters hun zorg niet tot de armen, maar namen ze ook betalende patiënten op die desgewenst hun eigen dokter konden laten komen en in een deftig gemeubileerde kamer logeerden. Deze patiënten vormden de belangrijkste inkomstenbron voor de katholieke ziekenhuizen. Ook sloten zusters contracten met gemeenten voor de verpleging van armlastige patiënten en met spoorweg- en mijnbouwmaatschappijen voor de verpleging van hun personeel. In andere gevallen sloten congregaties leningen af om de nieuwbouw of uitbreiding van hun ziekenhuizen te financieren.

Omdat de Amerikaanse literatuur een veel grootschaliger en dynamischer wereld dan de Nederlandse katholieke ziekenhuizen beschrijft, zijn er op het eerste gezicht weinig aanknopingspunten. Twee thema's vallen niettemin op:

1. de zelfstandigheid en het ondernemerschap van zustercongregaties;
2. de enigszins verongelijkte polemiek tegen de protagonisten van protestantse ziekenzorg.

Ad 1. In de Nederlandse literatuur vormt het ondernemerschap van congregaties geen thema. De belangrijke beslissingen worden doorgaans door mannen, geestelijken en leken, genomen. Een enkele keer onderhandelde een congregatiebestuur met de gemeente over de bouw van een nieuw ziekenhuis, maar ook toen was de geestelijk adviseur steeds in de buurt.⁶ Toch moesten die congregaties zonder regelmatige inkomsten het hoofd boven water houden én in nieuwbouw investeren. Door een combinatie van giften en armoede lukte dit zolang er geen grote investeringen nodig waren, maar toen het ziekenhuis zich in de twintigste eeuw omvormde tot een medisch behandelcentrum, stuitte deze strategie op zijn grenzen. Een uitweg uit de dreigende impasse was de uitbreiding van de sinds 1900 bestaande ziekenfondsverzekering tot ziekenhuisverpleging, maar dat gebeurde pas rond de Tweede Wereldoorlog.

Het lijkt me een relevante vraag te onderzoeken of de Nederlandse congregaties op het punt van zelfstandigheid en ondernemerschap inderdaad zo ver afweken van hun Amerikaanse zusters, of dat auteurs hiervoor geen aandacht hebben gehad. Het is in elk

⁶ Wolf, Elisabeth, 2002.

geval zaak kritisch te kijken naar het beeld van zustercongregaties die aan hun mannelijke leidslieden onderworpen waren en zich in zakelijk opzicht passief opstelden.

Vlaanderen

Hier verscheen in 1998 *Er is leven voor de dood. Tweehonderd jaar gezondheidszorg in Vlaanderen*. Dit standaardwerk, dat ruim aandacht besteedt aan de ziekenhuissector, laat veel overeenkomsten met Nederland zien, maar ook opvallende verschillen. In Vlaanderen hebben katholieke religieuzen sinds de middeleeuwen in gasthuizen gewerkt, met als enige onderbreking de antiklerikale fase van de Franse overheersing. In Nederland zijn de zusters door de reformatie verdwenen en na twee eeuwen voetje voor voetje teruggekeerd. In Vlaanderen was hun werkzaamheid dus standaard, terwijl deze in het negentiende eeuwse Nederland een zichtbaar gevolg van de katholieke emancipatie was.

Omdat de medische infrastructuur in de negentiende eeuw weinig ontwikkeld was, was in Vlaanderen de inzet van een groot aantal religieuzen nodig. Zij kregen, aldus de auteurs, ‘algemene maatschappelijke waardering voor vrouwelijke deugden als zorgzaamheid, zachtheid en goedheid’.⁷ Dit is in schrille tegenstelling met de toestand in de Nederlandse gemeenteziekenhuizen in Nederland, waar ongemotiveerd, onderbetaald personeel werkte dat zich aan dronkenschap en kleine criminaliteit bezondigde en de zieken verwaarloosde.

Vlaamse religieuzen waren vooral te vinden in overheidsziekenhuizen, een model dat in Nederland slechts sporadisch (Maastricht, Den Bosch) voorkwam. Tussen de congregatie en het burgerlijk bestuur traden spanningen op, wanneer de politieke meerderheid liberaal of socialistisch was. Hadden de katholieken de overhand, dan was hiervan uiteraard geen sprake.

In het begin van de twintigste eeuw hadden vrijzinnige liberalen kritiek op het gebrek aan vakbekwaamheid van de zusters. Om wetgeving (die in 1909 van kracht werd) voor te zijn richtten de bisschoppen in 1908 katholieke opleidingsscholen op. Vlaamse religieuzen gingen ongeveer gelijktijdig met hun Nederlandse collega’s een moderne verpleegkundige opleiding volgen. Door toedoen van het episcopaat gebeurde dit daar gecoördineerd, terwijl in Nederland iedere congregatie en groot ziekenhuis haar of zijn eigen weg ging.

Vanwege de politieke spanningen openden Vlaamse congregaties in het begin van de twintigste eeuw ook eigen ziekenhuizen. Artsen hadden hier aanvankelijk geen voet aan de grond. De zusters waren de baas, de dokters ‘een soort bedienden’⁸. Het kostte hen vaak moeite om een modern apparaat aan te schaffen of een ge-

⁷ J.L. De Maeyer, L. DHaenen, G. Hertecant en K. Velle (red.) *Er is leven voor de dood. Tweehonderd jaar gezondheidszorg in Vlaanderen*. Antwerpen 1998, 56.

⁸ De Maeyer 1998, 204.

avanceerde behandelmethode in te voeren. Een strijd om de macht in het ziekenhuis werd in de jaren dertig ten gunste van de artsen beslist. De doorslag gaf hierbij de opleiding, die de aanstaande religieuze verpleegsters leerde dat zij ondergeschikt aan de dokter waren. Ook het kerkelijk gezag stelde zich toen op dit standpunt.

Omdat voor zover bekend slechts één groter Nederlands ziekenhuis eigendom van een congregatie was,⁹ verkeerden artsen hier zelden in een ondergeschikte positie. Als gevolg van de specialisatie is hun zeggenschap in de ziekenhuizen geleidelijk toegenomen, waarbij ook de medicalisering van de verpleegkundige opleiding een rol speelde, omdat hier toekomstige verpleegsters, of ze nu religieus waren of niet, in het medische denken werden binnen gevoerd. Anderzijds was het medische domein voor de Tweede Wereldoorlog nog heel bescheiden en ook buiten het strikt geneeskundige handelen had een geneesheer-directeur weinig in de pap te brokkelen bij moeder-overste en het bestuur.

Hoewel ook het Vlaamse ziekenhuiswezen verzuild was, waren de zuilen daar anders georganiseerd dan in Nederland, dat zowel katholieke, protestantse als openbare (overheid en neutraal) ziekenhuizen kende. In Vlaanderen was de overgrote meerderheid katholiek, daarnaast waren er openbare en socialistische ziekenhuizen. Vooral na de Tweede Wereldoorlog was de katholieke zuil oppermachtig, met name omdat de minister van Volksgezondheid meestal een politieke geestverwant was. Daarom had het in 1938 opgerichte Vlaamse Verbond van Verzorgingsinstellingen (vvi) veel meer invloed op het overheidsbeleid dan de Nederlandse Vereniging van Katholieke Ziekenhuizen (vkz, gesticht 1934). Dit is relevant, omdat aan de 'quasi-totale vrijheid op de ziekenhuismarkt' na de Tweede Wereldoorlog een 'definitief en nogal abrupt einde' kwam, net als overigens in Nederland. De verplichte ziekenfondsverzekering werd in 1944 van kracht (Nederland 1941), subsidiëring en daarmee regulering van de ziekenhuisbouw in 1950 (Nederland 1946). Net als hun tegenhangers over de grens vreesden de Vlaamse katholieke ziekenhuizen voor toenemende staatsinvloed. Of zij erin zijn geslaagd de overheid buiten de deur te houden, valt moeilijk te zeggen. Een indicatie voor hun succes is dat het aantal ziekenhuisbedden per duizend inwoners in Vlaanderen al een halve eeuw aanmerkelijk hoger is dan in Nederland.

In beide landen zijn thans vrijwel geen religieuzen meer in de zorg werkzaam. Wel zijn er in Vlaanderen nog steeds congregaties die ziekenhuizen in eigendom hebben, dan wel bestuursfuncties vervullen in ziekenhuizen die in het verleden tot hun bezit hoorden. Hiervan is in Nederland al enkele decennia vrijwel geen sprake meer. Ondanks de verschillen die naar aanleiding van het boek van De Maeyer c.s. naar voren kwamen, heeft het ziekenhuiswe-

⁹ St. Laurentius Ziekenhuis in Roermond, eigendom van de Kleine Zusters van de H. Jozef.

zen in beide landen een vergelijkbare ontwikkeling doorgemaakt. Daarom geeft de Vlaamse situatie aanleiding voor enkele prikkelende vragen:

- Waarom hebben Nederlandse congregaties niet of nauwelijks ziekenhuizen opgericht?
- Kwam de kritiek op de vermeende achterlijkheid van katholieke ziekenhuizen en hun zusters ook in Nederland vooral uit liberale hoek?
- Welke rol speelden de Nederlandse bisschoppen bij de start van verpleegkundige opleidingen?
- Waren er grotere katholieke ziekenhuizen waar artsen in het begin van de twintigste eeuw een ondergeschikte positie innamen?
- Openden katholieke ziekenhuizen een opleiding uit angst voor verlies aan patiënten (omdat niet-katholieke ziekenhuizen dan verder waren), of speelde ook het prestige van hun artsen ten opzichte van hun collegae in andere ziekenhuizen een rol?
- Heeft de opleiding de positie van artsen t.o.v. de religieuze verpleegsters versterkt?
- In welke mate is de vkz erin geslaagd het overheidsbeleid te beïnvloeden?

Een deel van deze vragen kan door vergelijking op landelijk niveau worden beantwoord. Voor andere vragen zijn studies over individuele ziekenhuizen welkom. Een geslaagd Vlaams voorbeeld is het recente door K. Suenens en anderen geschreven *Eén van hart en één van ziel. Geschiedenis van de Gasthuiszusters-Augustinessen van Lier, 1130-2005*. Het waardevolle van dit boek is dat het de geschiedenis van de congregatie en die van het gasthuis / ziekenhuis integreert. Er bestaan talloze gedenkboeken van katholieke ziekenhuizen, waarin de congregatie zijdelings aan de orde komt, terwijl het omgekeerde ook vaak voorkomt. Gelijkwaardigheid is betrekkelijk zeldzaam.

Suenens presenteert enkele al eerder besproken thema's op lokaal niveau. Een daarvan is het liberale antiklerikalisme dat zich uitte in wantrouwen jegens de gasthuiszusters. Omdat liberale bestuurders zo kritisch waren, werd het gemeentelijk toezicht op het ziekenhuis begin twintigste eeuw verscherpt. Dit beperkte de vrijheid van de zusters, een vrijheid die in de jaren 1860-1870 onder invloed van het ultramontanisme al was beperkt. Ook de zusters van deze actieve congregatie werden gedwongen het slot te houden, terwijl de dagorde en gedragsregels steeds verder werden aangescherpt. Dit is het proces dat Kauffman en Nelson in de Verenigde Staten signa-

leerden. Alleen vond het in Vlaanderen veertig jaar eerder plaats.

De behoudzucht van de Lierse zusters die eigenaar van hun ziekenhuis waren, bracht hen geregeld in conflict met de artsen, die overigens niet met ‘bedienden’ te vergelijken waren, maar wel tot 1943 moesten wachten voordat Lier een eigen verpleegstersopleiding opende. Een studie als *Eén van hart en één van ziel* kan bijdragen aan een beter perspectief, omdat hier voor vergelijkbare problemen als in Nederlandse ziekenhuizen soms dezelfde, soms geheel andere oplossingen werden gevonden. Dit geldt uiteraard ook voor studies die over grootstedelijke ziekenhuizen in Antwerpen of Gent zijn verschenen.

Herwaardering van de caritas

Een laatste opmerking bij dit internationale perspectief. De behoudzucht waarop de artsen in Lier botsten, is niet a priori negatief. Nelson waardeert het conservatisme, de onderwerping en de aseksualiteit van religieuzen zelfs positief: deze eigenschappen stelden hen in staat op eigen kracht om pioniers en *innovators* te zijn.

Afkeer van techniek (= behoudzucht) of een verpleegkundige opleiding heeft ook een politiek aspect. Techniek en opleiding betekenden verdere incorporatie in het medisch systeem, met als consequentie dat de congregatie die van oudsher de scepter in haar gasthuis had gezwaaid, nu de tweede viool moest gaan spelen. Houwaart (1996) schrijft dat de congregaties patiënten in eerste plaats als ‘pauperes Christi’ zagen, ‘niet als object van medisch onderzoek’. Hij voegt eraan toe dat veel historici de tegenstelling tussen religieuzen en artsen hebben opgevat als de strijd tussen wetenschap en ‘bijgeloof’ (...) zonder er acht op te slaan dat het ging om twee concurrerende systemen die beide aanspraak maakten op de dominantie in de praktijk van de ziekenhuiszorg.¹⁰

In veel gedenkboekenliteratuur wordt het conservatisme van de congregaties negatief gewaardeerd, want de katholieke zusters gingen niet mee met de eisen die een goede ziekenzorg stelde.¹¹ Het effect hiervan zou zijn geweest dat hun charitatieve werk – als een preprofessionele vorm van verplegen – in diskrediet raakte. Deze opvatting gaat voorbij aan het feit dat de caritas – nachtenlang waken bij een stervende – de essentie van de religieuze inzet vormde en daarmee ook een kenmerk van het katholieke ziekenhuiswezen. Deze inzet bleef, ook toen katholieke zusters wel een verpleegkundige opleiding genoten.¹²

Er ligt hier echter een probleem, waarover Annelies van Heijst schrijft: ‘In veel recente geschiedschrijving wordt katholieke liefdadigheid negatief beoordeeld. De meeste studies over weldoen en verzorgingsstaat hebben een protestants-liberale of socialistische invalshoek. Wat katholieken deden is niet gethematiseerd of

¹⁰ E.S. Houwaart, ‘Het ziekenhuis. De ontwikkeling van het ziekenhuis in de moderne tijd.’ In: M.S.C. Bakker e.a. (red.) *Techniek als cultuurverschijnsel*. Heerlen 1996, 286 noot.

¹¹ Bijvoorbeeld R. Wolf, *MIJNziekenhuis. 100 jaar ziekenzorg in Parkstad Limburg*. Heerlen 2004.

¹² Hun vertrek was pas ver na de Tweede Wereldoorlog aan de orde, nadat ziekenhuisverpleging was opgenomen in het ziekenfonds, religieuzen een regulier salaris ontvingen en in aantal slonken. Toen kwam de vraag op ziekenhuispatiënten nog wel de *pauperes Christi* waren, aan wie zij hun liefdadige inzet moesten wijden.

slechts als voetnoot bij de algemene geschiedenis vermeld. Daarom is liefdadigheid van religieuzen niet opgenomen in sociale geschiedenis van Nederland. Ook binnen vrouwengeschiedenis ontbreekt aandacht voor katholieke vrouwen.’ Van Heijst concludeert dat het ‘negatieve imago van de katholieke liefdadigheid zo hardnekkig is’, omdat het steeds herhaald wordt, maar niet wordt onderzocht¹³. Het is dezelfde kritiek die Nelson op de Angelsaksische literatuur heeft. De overmatige aandacht voor liefdadigheid uit liberale en protestantse hoek drukken de katholieke caritas weg. Daardoor wordt het beeld dat in het verleden van de anonieme katholieke religieuzen als tweederangs zorgverleners bestond, in de latere historische literatuur gereproduceerd

José Eijt vindt dat katholieken zich dat ook zelf moeten aanrekenen. Ze wijst erop ‘dat geschiedschrijving beïnvloed wordt door de wereldbeschouwing van haar beoefenaars. Zij beperken hun blik veelal tot hun eigen kring, de eigen zuil’. Bovendien pasten katholieke religieuzen niet binnen de geschiedenis van de vrouwenbeweging, waarmee vrouwen die over de geschiedenis van de ziekenverpleging schreven, verwantschap voelden¹⁴.

Literatuur over de geschiedenis van het ziekenhuiswezen in Nederland

Voor 1941

De geschiedenis van het Nederlandse ziekenhuiswezen is niet zonder lacunes. A. Querido besteedt in zijn beknopte *Godshuizen en gasthuizen* (1960), dat een internationaal overzicht vanaf de oudheid bevat, ook aandacht aan Nederland. Van der Heyden (1994) voegt hier weinig aan toe. De geschiedenissen van de Nederlandse gezondheidszorg van Lindeboom (1971) en Van der Korst (1991) zijn wat het ziekenhuiswezen betreft globaal en oppervlakkig. Het enige overzicht dat echt de moeite waard is, is een bijdrage van Eddy Houwaart in een bundel van de Open Universiteit (1996). Houwaart concentreert zich op de negentiende eeuw en behandelt de periode na 1920 tamelijk oppervlakkig. Hij benadrukt de maatschappelijke positie van ziekenhuizen die zich ontwikkelt binnen een complex spel van vraag en aanbod, waarin *stakeholders* als ziekenhuisbesturen, artsen, verpleegsters, overheid, verzekeraars en patiënten een rol spelen.

Pas aan het eind van de negentiende eeuw krijgt het ziekenhuis de centrale plaats in de gezondheidszorg die het nu heeft. Tevoren waren er weinig (in Nederland nog geen twintig) gasthuizen, die een slechte naam hadden, doordat ze patiënten een even grote kans op verergering van hun lijden boden als op genezing.¹⁵ Een samenspel van tal van factoren bracht een ommekeer teweeg. Het ziekenhuis

¹³ A. van Heijst, *Liefdewerk. Een herwaarderung van de caritas bij de Arme Zusters van het Goddelijk Kind sinds 1852*. Hilversum 2002, 13, 121, 125.

¹⁴ J. Eijt, *Religieuze vrouwen: bruid, moeder, zuster. Geschiedenis van twee Nederlandse zustercongregaties, 1820-1940* Hilversum 1995, 197.

¹⁵ A. Querido, A. *Godshuizen en gasthuizen*. Amsterdam 1960 (Wilhelmina Gasthuis).

werd opgenomen in een breed stelsel van stedelijke openbare voorzieningen, waartoe zowel de riolering en de waterleiding als het station en de schouwburg hoorden.¹⁶ Het ziekenhuis maakte zijn plaats waar doordat medici er hun stempel op gingen drukken. Er heerste een wetenschappelijk vooruitgangsoptimisme dat steunde op een serie medische vindingen (narcose, antisepsis, bacteriologie, röntgenstralen) die het ziekenhuis veiliger en aantrekkelijker maakten. De snelle ontwikkeling van de geneeskunde leidde eind negentiende eeuw tot medische specialisatie. De basisvakken interne geneeskunde en algemene heelkunde splitsten zich in deelvakken, die specifieke onderzoeks- en behandelmethoden ontwikkelden.

Deze zogenaamde transitie maakte het ziekenhuis interessant voor de maatschappelijke bovenlaag. Nu kwamen betalende patiënten af op de combinatie van modern medische handelen, vakbekwame verpleging en prettig onderdak. Ziekenhuizen richtten deftige klassenkamers in, op afstand van de grote verpleegzalen voor de gewone man en vrouw. Er ontstond voorts differentiatie tussen chirurgische en inwendige zalen, gynaecologische en kinderzalen, en zalen voor patiënten met tbc en andere besmettelijke ziekten. De wantoestanden die hierboven zijn genoemd, hoorden tot het verleden.

De toenemende aantrekkingskracht leidde tot een spectaculaire toename van het aantal ziekenhuizen van de genoemde twintig in 1830 tot meer dan 250 een eeuw later. Deze groei, die omstreeks 1880 inzette, ging door tot de jaren twintig, maar toen werden bestaande instellingen (gerekend in bedden) steeds groter. Leiding, financiën en administratie ontstonden als afzonderlijke functies die na de Tweede Wereldoorlog aan betekenis wonnen, doordat ziekenhuisverpleging en medische specialistische behandeling werden opgenomen in het ziekenfondspakket en de overheid zich met een groeiend aantal aspecten van het ziekenhuis ging bemoeien.

Belangrijke aandachtspunten zijn de differentiatie tussen ziekenhuizen en de ongelijktijdigheid van bepaalde ontwikkelingen. Naast algemene ziekenhuizen die een groot aantal specialismen bezaten, ontstonden er categoriale ziekenhuizen: voor bepaalde organen (ogen), ziekten (reuma, tbc) of doelgroepen (kinderen). Op een enkele uitzondering na zijn deze allemaal na 1980 verdwenen. Hetzelfde geldt voor kleine ziekenhuizen waaraan Van der Velden (1999) aandacht besteedt. In de ziekenhuisstatistiek die de Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Volksgezondheid in 1933 voor het eerst opstelde, figureren giganten (Wilhelminagasthuis Amsterdam 1600 bedden; St. Jozef Ziekenhuis Heerlen 800 bedden), maar ook ziekenhuisjes met tien of twintig bedden. Deze stonden onder de leiding van een verpleegster en werden enkele keren per week door een huisarts bezocht.

¹⁶ A. van der Woud, *Koninkrijk vol sloppen: Achterbuurten en vuil in de negentiende eeuw*. Amsterdam 2010.

Van der Velden besteedt aandacht aan een discussie uit het begin van de twintigste eeuw tussen de voorstanders van een centralistisch stelsel (alleen grote stedelijke ziekenhuizen met veel specialismen) en een gedifferentieerd, hiërarchisch stelsel dat recht deed aan de gemeentelijke autonomie in Nederland. Zo konden kleine gemeenten over kleine ziekenhuizen voor basisbehandelingen beschikken. Bovenaan deze piramide stonden grote stadsziekenhuizen die *the state of the art* van het medisch kunnen in huis hadden. Dit gedifferentieerde stelsel is ten onder gegaan omdat het niet was opgewassen tegen de gecombineerde kracht van de medische specialisatie en het streven naar schaalvergroting bij de overheid. Toch heeft Nederland tot in de jaren tachtig ook kleine ziekenhuizen (minder dan 200 bedden) gekend. Het platteland van Noord-Brabant kende tientallen van dit soort instellingen: katholiek, onder leiding van moeder-overste en voorzien van beperkte diagnostische en therapeutische faciliteiten. Mogelijk hebben deze ziekenhuizen het gat gevuld dat huisartsen lieten vallen, omdat die zich hier niet graag vestigden en hebben zij een vorm van traditionele basiszorg gegeven.

Volgens Houwaart was het grotere ziekenhuis rond 1925 al zo complex en kostbaar dat er toen administrateurs, de eerste managers, werden aangesteld. Enkele studies over grote katholieke ziekenhuizen nuanceren dit beeld. In het Jozef Ziekenhuis te Heerlen gebeurde dit al in 1917, omdat dit mijnwerkersziekenhuis al vroeg met de sociale verzekeringswetgeving te maken had. In Utrechtse St. Antonius Ziekenhuis, waar aartsbisschop Henricus van de Wetering tot 1929 persoonlijk de boekhouding deed, kwam overigens pas in 1956 een administrateur in dienst.

Van der Velden (1993) veronderstelt dat de ziekenhuisbesturen door de sterke groei en differentiatie in het Interbellum het dagelijks beheer overlieten aan de geneesheer-directeur, de adjunct-directrice en het groeiend leger administrateurs. Behalve dat hij de moeder-overste¹⁷ over het hoofd zag, is Van der Veldens stelling sowieso aanvechtbaar. Drie van de vier grote katholieke ziekenhuizen waarvan ik de historie heb bestudeerd, bezaten tot ver na 1945 zeer dominante regenten, die de directie als uitvoerende ondergeschikten beschouwden. In Den Bosch bestond deze situatie zelfs tot eind jaren zeventig.

Alice Juch (1997) bestrijdt de opvatting dat de medische specialisatie de motor was achter de expansie van het ziekenhuiswezen aan het begin van de twintigste eeuw. Zij schrijft op basis van een in Den Haag en Arnhem verricht onderzoek dat specialisten zich eerst in zelfstandige poliklinieken vestigden en dat die pas rond 1930 in ziekenhuizen opgingen. Houwaart (1996) signaleert de eerste poliklinieken daarentegen al in de jaren 1870, terwijl eigen

¹⁷ Tot in de jaren vijftig trad moeder-overste ook op als directrice van de verpleging.

onderzoek ook negentiende-eeuwse voorbeelden heeft opgeleverd. Het St. Andreas Gasthuis in Utrecht beschikte voor 1900 al over poliklinieken en medisch specialisten, maar hiermee is nog gezegd dat zij de motor achter de groei van dit ziekenhuis waren.

Nanny Wiegman (1996) schrijft over een andere kerndiscipline in het ziekenhuis: de verpleging. Zij gaat in op de vraag waarom verpleegkundigen in Nederland zo'n zwakke positie hadden. Pogingen van verpleegsters om de opleiding en hun landelijke beroepsorganisatie in eigen hand te houden, faalden omdat artsen en met name ziekenhuisdirecties dit niet toelieten. Antwoord op de vraag waaróm de directies en artsen in Nederland dit standpunt innamen (anders dan in de Verenigde Staten), geeft Wiegman niet. Ook daar werd de speelruimte van verpleegsters door de opleiding overigens aanzienlijk verkleind.

Hoe waardevol de studies van Houwaart, Juch en Wiegman ook zijn voor de geschiedenis van het Nederlandse ziekenhuiswezen, voor het katholieke deel ervan hebben ze nauwelijks aandacht. Hun standaard is het grote openbare overheidsziekenhuis: het Wilhelminagasthuis in Amsterdam, het gemeenteziekenhuis in Arnhem e.d. Dit impliceert dat katholieke ziekenhuizen – net als de religieuze verpleegsters – als factor in het historisch discours worden onderschat, wat nogmaals de relevantie van een studie daarover benadrukt.

Een uitzondering is het proefschrift van Van der Velden (1993), die in zijn studie naar de verzekering voor ziekenhuiskosten tot 1940 drie lokale cases (Schiedam, Amsterdam, het Fries-Groningse platteland) onderzoekt. Bij hem komt de wisselwerking tussen katholiek en niet-katholiek uit de verf. In Schiedam werd in 1919 een gemeenteziekenhuis geopend, het katholieke volgde negen jaar later. Het hiervoor benodigde kapitaal kwam voort uit een omvangrijk legaat en 'de geijkte middelen, zoals tombola's, fancy fairs en inzamelingen'. Het katholieke ziekenhuis vroeg subsidie aan bij de gemeente, die voor een dilemma kwam te staan. Enerzijds verminderde het beoogde katholieke ziekenhuis de druk op het overvolle gemeenteziekenhuis. Anderzijds daalden door de overloop van patiënten naar het katholieke ziekenhuis de vaste kosten niet. Ze werden alleen maar over minder verpleegdagen verdeeld, zodat de kosten per verpleegdag zouden stijgen. Uiteindelijk subsidieerde de gemeente het katholieke ziekenhuis toch.

Van der Velden concludeert dat particuliere instellingen een welkome, zo niet noodzakelijke bijdrage aan de lokale ziekenhuiscapaciteit leverden en dat ze een forse en al even welkome en noodzakelijke financiële bijdrage van de gemeenten ontvingen voor de verpleging van on- en minvermogenden. Dit leverde twee onvermijdelijke dilemma's op. Het eerste is dat van de gemeente

Schiedam: subsidie aan een instelling die het eigen ziekenhuis concurrentie aandeed met goedkopere arbeidskrachten en grotendeels afgeschreven stichtingskosten. Vanwege dit dilemma werden particuliere ziekenhuizen lang niet altijd naar behoefte gesubsidieerd. Bovendien kregen ze allerlei concurrentiebeperkende voorwaarden opgelegd.

Die vormden het tweede dilemma: in hoeverre accepteerde het particulier initiatief overheidsinvloed in ruil voor subsidie? Vaak overheerste koudwatervrees, maar dat was onnodig, want particuliere ziekenhuizen bleken minder gevoelig voor overheidsinvloed dan andere vormen van particulier initiatief, zoals kruisverenigingen. Ze waren *too big to fail*.

Na 1941

Het valt op dat weinig publicaties over het Nederlandse ziekenhuiswezen doorlopen tot na 1941, het jaar waarin het Ziekenfondsenbesluit van kracht werd en een landelijk ziekenhuissysteem werd gevormd. Houwaart (2001) heeft een breed opgezette studie geschreven over de ontwikkeling van de beeldvormende technieken (van röntgen tot MRI) in de twintigste eeuw. Van mijn eigen hand is een artikel (1992) over de niet geslaagde pogingen uit de jaren dertig tot vijftig om de ziekenhuisbouw wettelijk te regelen. Dit artikel neemt de tegenstellingen tussen de katholieke, protestantse en neutrale ziekenhuisorganisaties als uitgangspunt.

De Vereniging van Katholieke Ziekenhuizen (vkz) stond in het naoorlogse ziekenhuisbouwbeleid tegenover de neutraal / protestantse Stichting 'Het Nederlandse Ziekenhuiswezen'. Omdat er na 1945 een dramatisch tekort aan kapitaal en bouw materiaal was, bepaalde een ministeriële Ziekenhuiscommissie de urgentie van de ingediende bouwplannen. Hier gingen de debatten niet alleen over de noden van de gezondheidszorg, maar omdat de vkz en de Stichting meebeslisten, even vaak over de vraag of een katholiek, een protestants of een neutraal bouwplan voorrang moest hebben. De protestantse vertegenwoordigers van de Stichting vonden dat de vkz zich gezien de overmaat aan katholieke ziekenhuizen terughoudend moest opstellen, terwijl de vkz op haar beurt de protestanten verweet dat zij nu op overheidskosten hun passiviteit uit het verleden trachtten goed te maken.

Vanuit het katholieke subsidiariteitsbeginsel – dat inhoudt dat een hoger orgaan niet moet doen wat een lager orgaan voor zijn rekening kan nemen – gaf de vkz munitie waarmee de Tweede Kamerfractie van de geestverwante KVP in de jaren vijftig plannen van PvdA-ministers om de ziekenhuisbouw in wettelijke banen te leiden, kon torpederen. Die wetgeving (Wet Ziekenhuisvoorzieningen) werd in 1968 aangenomen, maar pas tien jaar later effectief.

Voor het oorspronkelijke doel was dit te laat, want de sector was toen al door ad-hoc maatregelen aan het krimpen.

Paul Juffermans (1982) heeft het overheidsbeleid tussen 1945 en 1970 in kaart gebracht. Hij betreurt de liberalisatie van bouw en prijsvorming van de jaren zestig waardoor de kosten in de gezondheidszorg in de jaren zeventig uit de hand liepen. Hier en daar besteedt hij aandacht aan de confessionaliteit. In een breed opgezette studie naar de bouw en architectuur van ziekenhuizen laten Noor Mens en Annet Tijhuis (1999) een eeuw overheidsbeleid en denken over het ziekenhuis de revue passeren. Zij trekken de lijn van Juffermans door tot in de jaren negentig, maar stellen zich ten aanzien van het overheidsbeleid wel neutraler op.

Deze twee boeken bevatten, samen met dat van Houwaart voor de vooroorlogse periode, een raamwerk voor de geschiedenis van het Nederlandse ziekenhuiswezen. Een landelijk, liever nog internationaal perspectief, zoals bij Houwaart, is echter nodig voor de plaatsbepaling. Daaraan wil ik toevoegen dat zonder een lokaal perspectief een studie naar het katholieke ziekenhuiswezen niet met de voeten op de grond staat.

*Literatuur over het katholieke ziekenhuiswezen in Nederland*¹⁸

Over de geschiedenis van het katholieke ziekenhuiswezen als geheel bestaan geen publicaties. Wel zijn er de afgelopen halve eeuw honderden gedenkboeken over afzonderlijke ziekenhuizen verschenen, waarvan opzet, kwaliteit en omvang ver uiteenlopen. Een goed voorbeeld is het boek dat hoogleraar medische geschiedenis Mart van Lieburg in 1992 over een van de grotere katholieke ziekenhuizen in Nederland heeft geschreven, het St. Franciscus Gasthuis te Rotterdam. Hij schrijft uitgebreid over de verwickelingen die met de oprichting (1892) en de groei van een grootstedelijk ziekenhuis gepaard gingen: de stichters, de rol van de gemeente, de bisschop die voor de verpleging geen buitenlandse congregatie wilde inschakelen en de concurrentie met protestantse groepen. Een hoofdrol is weggelegd voor geneesheer-directeur Fehmers die het ziekenhuis van 1900 tot 1940 heeft vormgegeven. Onder zijn bewind werd hier de eerste bloedtransfusiedienst van Nederland opgericht en de medische cursus voor aanstaande missionarissen gevestigd. Net als het Franciscus had haast elk groot ziekenhuis een of meer onderdelen waarop het uitblonk: St. Antonius Utrecht de thoraxchirurgie; St. Elisabeth Tilburg de neurochirurgie; St. Jozef Heerlen de ongevallengeneeskunde.

Het gedenkboek dat Jurjen Vis in 1998 over het OLVG schreef gaat uitgebreid in op de katholieke Amsterdamse elite, waaruit de stichters voortkwamen, en op de rol van de bisschop van Haarlem. Vis doet tevens de complexe financiële problematiek van het

¹⁸ Zie voor een overzicht de bijlage.

OLVG uit de doeken. In een periode waarin de verzekering voor ziekenhuisverpleging nog decennia op zich liet wachten, moesten stichters en bestuurders tal van bronnen aanboren om eerst het ziekenhuis te bouwen en in te richten, en om vervolgens ieder jaar de exploitatie rond te krijgen. Schenkingen, giften, collectes (de gasthuispenning) en gemeentesubsidies waren de belangrijkste inkomstenbronnen. De problematiek is niet anders dan in de vs, maar het waren hier wel de regenten, niet de zusters die het voortouw namen. Deze onzekere financiële basis gaf voortdurend problemen. Zo kon het jaren duren voordat er geld was om een noodzakelijke investering (zoals de aanschaf van een nieuwe röntgenapparaat) te doen.

Het op één na grootste katholieke ziekenhuis van de vroege twintigste eeuw, het St. Jozef Ziekenhuis in Heerlen, had van geldgebrek geen last, omdat het royaal subsidie ontving van de kolenmijnen, die vanwege de talrijke ongevallen een goed geoutilleerde kliniek naast de deur wilden hebben. Ook de exploitatie was hier relatief gemakkelijk, omdat veel behandelingen vanuit het Invaliditeitsfonds werden betaald. Daar stond tegenover dat dit ziekenhuis zich veel meer externe bemoeienis (de overheid, de mijnen, de Sociale Verzekeringsbank) moest laten welgevalen dan bijvoorbeeld het OLVG (Wolf 2004).

Het door de Duitse bezetter afgekondigde Ziekenfondsenbesluit uit 1941, waarbij werknemers verplicht werden verzekerd voor medisch specialistische behandeling en ziekenhuisverpleging, betekende voor alle (katholieke) ziekenhuizen in Nederland een spectaculaire groei van het aantal opnamen en verpleegdagen. En omdat er tijdens de oorlog niet werd gebouwd, kwam de bestaande capaciteit onder zeer zware druk te staan. Patiënten lagen soms in afgeschotte stukken gang een veel vaker in tochtige en gehorige barakken. Op de lange termijn werden de financiële mogelijkheden steeds rianter, in die mate zelfs dat in de jaren zestig en zeventig een naar Nederlandse – maar niet naar Belgische of Duitse! – begrippen een forse overcapaciteit ontstond.

Terwijl het Rotterdamse Franciscus Gasthuis tamelijk op zichzelf stond, onderhielden andere grote katholieke ziekenhuizen sinds begin twintigste eeuw op verschillende niveaus nauwe relaties met elkaar. In het Rotterdamse gasthuis verpleegden de zusters Augustinessen van Delft, een vrij kleine congregatie, terwijl in Amsterdam de al vaker genoemde Zusters Onder de Bogen werkten, die bijvoorbeeld ook het St. Canisius Ziekenhuis in Nijmegen en Calvariënberg in Maastricht bedienden. Bovendien hadden vooraanstaande artsen in het OLVG nauwe banden met andere steden. De eerste geneesheer-directeur Van Spanje was afkomstig uit het

St. Andreas Gasthuis in Utrecht. Zijn opvolger Van der Spek bekleedde tot zijn overstap in 1932 dezelfde functie in het Groot Ziekengasthuis in Den Bosch. Van der Spek had grote problemen met het hoofd van de interne afdeling Stolte die na 1945 de ambitieuze geneesheer-directeur van het St. Elisabeth Ziekenhuis in Tilburg zou worden.

Er liepen meer lijnen. De eerste zusters uit het St. Jozef Ziekenhuis in Heerlen kregen hun opleiding in het Utrechtse St. Antonius Ziekenhuis (opvolger van het St. Andreas Gasthuis). Ook de eerste Heerlense specialisten kwamen daarvandaan. Omgekeerd werden de eind jaren veertig opgerichte hart- en longteams van het St. Antonius Ziekenhuis bemand met chirurgen die hun heelkundige opleiding in Heerlen bij Hustinx hadden genoten. Al met al bestonden er al hechte relaties tussen katholieke ziekenhuizen voordat die binnen de in 1934 opgerichte Vereniging van Katholieke Ziekenhuizen een formeel karakter kregen.

Ziekenhuizen werden ook met elkaar verbonden, omdat er zusters uit dezelfde congregatie werkten. Met name de drie grote verplegende congregaties – de Zusters van Liefde uit Tilburg, de Zusters Onder de Bogen uit Maastricht en de Kleine Zusters van de Heilige Jozef uit Heerlen – verenigden op den duur tientallen ziekenhuizen. Daar golden dezelfde regels, die ook geen dode letter bleven, omdat de congregaties een actief overplaatsingsbeleid voerden. Om onthechting te bevorderen lieten ze veel zusters maar kort in een ziekenhuis blijven. Het gevolg was een carrousel waarin bijvoorbeeld Zusters van Liefde afwisselend in Tilburg, Helmond, Den Haag, Utrecht, Eindhoven en Deventer werkten. De ziekenhuizen vonden het overplaatsingsbeleid hinderlijk, met name wanneer het om gespecialiseerde verpleegkundigen (röntgen) of leidinggevendenden ging. Om deze reden besteden gedenkboeken doorgaans aandacht aan dit thema.

Hetzelfde geldt voor het sinds het Interbellum overal opspelende tekort aan religieuze zusters en de onvermijdelijke verzoeken om meer van deze goedkope werknemers. Vroeger of later ging dit probleem over in dat van de aanstelling van lekenverpleegsters. Soms dreigden ziekenhuisbesturen hiermee om de congregatie onder druk te zetten (leken waren niet geliefd omdat ze inbreuk maakten op de kloostersfeer in het ziekenhuis), maar in de jaren dertig waren in alle grote ziekenhuizen lekenverpleegsters in opleiding. Na de Tweede Wereldoorlog overvleugelden zij de religieuzen in aantal. In de jaren vijftig en zestig reageerden de congregaties hierop door strategische posities (directie, hoofdzusters, mentoraat van leerling-verpleegsters) te claimen. Ten slotte trokken ze zich terug uit de ziekenhuizen, die ze mede groot hadden gemaakt. De laatste religieuze adjunct-directrice vertrok in de jaren zeventig, de laatste

non ging rond 1990 met pensioen, de laatste religieuze vrijwilligers stopten er in het begin van deze eeuw mee.

Andere thema's die in verband met de zusters in gedenkboeken opvallen, zijn de extreem lange werktijden, de moeite die het kostte de eisen van het geloofsleven en de patiëntenzorg met elkaar te verenigen, de al genoemde strijd om de opleiding begin twintigste eeuw en de machtsverhoudingen binnen het ziekenhuis. Een bijzonder aandachtspunt zijn de bekeringen en de vaak illegaal aan niet-katholieken toegediende doopsels, waarmee zusters het missionaire karakter van hun congregatie waar meenden te maken. In de praktijk gebeurt dit al niet meer in de jaren veertig, maar pas 'in jaren zestig (wordt) de gedachte dat het ziekenhuis een bekeringsinstituut dan wel een plaats van leerverkondiging is, verlaten'.¹⁹

Tenslotte lezen we dat de Arnhemse pastoor die in 1878 het St. Elisabeth Ziekenhuis aldaar stichtte, tevreden was dat hij door de Kulturkampf vertrokken Duitse zusters franciscanessen kon aantrekken, omdat het medisch onderwijs in Duitsland op een hoger peil stond en die zusters 'een voor die tijd degelijke opleiding hadden gevolgd'.²⁰ Ze legden de nadruk op hygiëne, frisse lucht en dergelijke. Helaas is deze mededeling niet gedocumenteerd, maar verwijst ze wel naar de betekenis die Duitse congregaties voor het Nederlandse ziekenhuiswezen hebben gehad.

Een laatste thema is het tekort aan katholieke specialisten, waardoor katholieke ziekenhuizen zich gedwongen zagen protestantse artsen aan te nemen. Tot in de jaren vijftig kwamen keuzes voor tussen een 'minder geschikte' katholiek en 'een bekwame specialist van protestantsen huize'. Over het functioneren van deze niet-katholieke specialisten bestond doorgaans niets dan lof, waarin vaak ook verbazing doorklonk over het feit dat die protestanten zulke goede dokters waren. Na de oprichting van de medische faculteit in Nijmegen behoorde dit probleem tot het verleden, toen de eerste 'Nijmeegse' specialisten begin jaren zestig werden afgeleverd. Daarmee verdween de urgentie van het probleem.

Het afgelopen decennium is een aantal gedenkboeken verschenen ter gelegenheid van fusies waarin katholieke en niet-katholieke ziekenhuizen samengingen. Voorbeelden zijn Haarlem – IJmuiden (Reinders, De Bruin 1997), Schiedam – Vlaardingen (Jongstra, Boonstra-De Jong), Arnhem (Van Heusden-Sleutel 1995) en Enschede (Smits 1990). De benadering van deze boeken is heel verschillend. Terwijl de twee eerste zich concentreren op het regionale ziekenhuissysteem en de verwikkelingen tussen ziekenhuizen, artsen en gemeentebesturen, schrijven de twee laatste parallelle ziekenhuisgeschiedenissen.

De nadruk in dit overzicht lag om twee redenen op grote ziekenhuizen: een praktische en een principiële. De praktische is dat zij

¹⁹ R. (red.) Stockman, *De katholieke identiteit van onze gezondheidszorg – voorbeelden in Nederland en Duitsland*. Gent 1986, 14.

²⁰ A.C. van Heusden-Sleutel, *Van minimale hulp tot optimale zorg. 150 jaar ziekenhuiszorg in Arnhem*. Arnhem 1995, 36.

meer in staat en bereid waren diepgaand onderzoek en omvangrijke studies te financieren; de principiële reden is dat zij de toon zetten binnen het katholieke ziekenhuiswezen. Dat het katholieke ziekenhuiswezen zich kwalitatief kon meten met zijn niet-katholieke tegenhangers, kwam vooral voor rekening van de grote ziekenhuizen.

Hoewel gedenkboeken zelden vanuit een centrale vraagstelling zijn geschreven, bevatten ze wel een schat aan informatie over de instelling en haar naaste omgeving. Samen vormen ze een collectieve biografie van het katholieke ziekenhuiswezen, waarin een aantal wezenlijke thema's aan de orde komt. Ze hebben ook hun beperkingen, zoals gebrek aan systematiek, onvoldoende aandacht voor de literatuur, het ontbreken van vergelijkingsmogelijkheden en hun beschrijvende karakter.

*Literatuur over congregaties*²¹

Publicaties over congregaties die in de gezondheidszorg actief waren, zijn te vinden in het door Joos van Vugt samengestelde *Kloosters op schrift. Een bibliografie van orden en congregaties in Nederland in de negentiende en twintigste eeuw* (2003²²) die maar liefst 157 bladzijden en 1888 nummers telt. Veel van deze publicaties zijn overzichtswerken, archiefinventarissen en jubileumuitgaven, variërend van feestredes tot kloeke gedenkboeken. Daarnaast bestaat er een beperkt aantal wetenschappelijke studies. Uit een ook door Van Vugt samengesteld historiografisch overzicht blijkt dat het na de jaren zestig, waarin drie studies verschenen, geruime tijd stil bleef.²² De congregaties hadden teveel aan hun hoofd om zich aan hun verleden te wijden, terwijl professionele historici geen belangstelling voor religieuze zusters en broeders hadden. Hierin kwam verandering, toen de Stichting Echo in de jaren negentig de geschiedschrijving van orden en congregaties ging stimuleren.

In oudere gedenkboeken zijn de passages over het apostolaat (de goede werken) doorgaans beknopt en oppervlakkig. Deze literatuur besteedt vooral aandacht aan de stichter(es) en zijn / haar heiligheid, de regel en de spiritualiteit. Het apostolaat is secundair. In een ouder gedenkboek van de Zusters van Liefde besteedt een hoofdstukje 'Zielenijver' ruim aandacht aan bekeringen die de zusters in de ziekenzaal verrichtten. Over de verpleging lezen we daarentegen niets.²³

Hoewel spiritualiteit en kloosterleven in recente studies eveneens centraal staan, komt hier de ziekenhuiswereld uitgebreider aan bod, ditmaal vanuit het perspectief van de congregatie. In *Religieuze vrouwen: bruid, moeder, zuster* (1992) schrijft José Eijt over het verpleegkundige werk van de Zusters Onder de Bogen. Zij nuanceert het beeld dat religieuzen tegenstribbelend met de ver-

²¹ Zie voor een overzicht bijlage 1.

²² J. van Vugt, 'De geschiedenis van zusters, paters en broeders. Geschiedschrijving over het religieuze leven in Nederland in de laatste twee eeuwen: resultaten tot nu toe en wensen voor de toekomst.' In: *KDC-Jaarboek*, 26 (1996), 125-164.

²³ J.A.F. Kronenburg en Chr. Boomaars, *De Zusters van Liefde der congregatie van O.L. Vrouw, Moeder van Barmhartigheid. Gevestigd te Tilburg. Van 1832-1922*. Den Bosch 1924.

pleegkundige opleiding instemden. Alphonsine van Haeff, overste in het OLVG, zelf hoog opgeleid, steunde de plannen van geneesheer-directeur Van Spanje. 'Voor haar stond vast, dat door de snelle ontwikkelingen in de medische wetenschap de zusters niet meer konden volstaan met door ervaring verworven kennis en kunde, en dat de zusters niet achter konden blijven bij het groeiend aantal lekenverpleegsters.'

Een effect van de opleiding was ook hier de onderschikking aan de arts. 'Doordat het zwaartepunt nu naar de medische behandeling verschoof, veranderde de positie van de verpleegsters. De zusters, die voorheen relatief autonoom hun verpleegkundige zorg konden invullen, raakten nu gebonden aan de voorschriften van de arts en werden in de invulling van hun werk aan hem ondergeschikt. (...) de verhouding van de zuster tot de arts werd hiërarchisch ingevuld'.²⁴ Vergelijk wat hierover in het Vlaamse *Er is leven voor de dood* is geschreven. Hygiëne, netheid, ordelijkheid, zuinigheid waren voortaan deugden die van de zuster werden verwacht. Ook laat Eijt zien dat de congregatie Onder de Bogen in de negentiende eeuw bijna altijd werd gevraagd om in een stad te komen verplegen. De zusters namen zelf geen initiatief, ze waren geen religieuze ondernemers, zoals Amerikaanse congregaties. Dat hoefden ze ook niet. Integendeel. De Zusters van Liefde die in Zwolle verpleegden, toen de congregatie van Onder de Bogen zich hier op verzoek van een kapelaan vestigde, gaven de Maastrichtse zusters alle steun in de moeilijke beginperiode en trokken zich vervolgens ten gunste van hen terug²⁵. Geen spoor van concurrentie, wat overigens niet wil zeggen dat er geen naijver tussen congregaties bestond.

A. van de Molengraft die in *Drie begijnen zijn begonnen* de geschiedenis van de Zusters van Liefde vanaf de stichting in 1832 tot het begin van de vernieuwing van 1964 schrijft, besteedt aandacht aan hun inspiratie. De stichter, de Tilburgse pastoor en latere aartsbisschop Zwijsen 'houdt zijn zusters voor dat zij "de vernederendste en walgelijkste en de meest aan de natuurlijke genegenheid strijdende diensten met blijdschap en liefde aan de zieken moeten verlenen." Daar voegt hij dan aan toe dat ze zich bij de verpleging moeten voorstellen dat het Jezus zelf is aan wie zij hun diensten verlenen.' Volgens Van de Molengraft passen de begrippen die Zwijsen hanteerde in het individualistisch-liberale mensbeeld van die dagen. 'De vroomheid is gericht op een sterke persoonlijke relatie van de mens met God.'

In de jaren vijftig en zestig van de twintigste eeuw stonden de collectieve contracten die congregaties vanouds met ziekenhuizen sloten, ter discussie. Enkele ziekenhuisbesturen wilden met zusters een individueel arbeidscontract sluiten en hen 'op lekenbasis' sala-

²⁴ Eijt 1995, 211-212, 223-224.

²⁵ Eijt 1995, 213.

riëren. Aanvankelijk wezen de Zusters van Liefde dit voornemen af, omdat dit in strijd was met de gelofte van armoede. Onder invloed van het tweede Vaticaans concilie en bisschop Bekkers van Den Bosch gingen ze midden jaren zestig overstag. Van de Molengraft is kritisch over het verkrampste regime dat in de jaren 1948-1958 bij de Zusters van Liefde heerste. Het hoofdbestuur wees iedere vernieuwing af en weet alle problemen (geen nieuwe leden, uittredingen) aan de zusters zelf. In 1953 schrijft de algemene overste: 'Als alle zusters hun roeping trouw beleefden, zouden we minder krachten tekort komen'.²⁶ De drang tot vernieuwing kwam met name van de zusters die in het St. Elisabeth Ziekenhuis werkten en daar in een moderne, vrije en dynamische omgeving verkeerden. Een van hen trok stiekem lekenkleding aan, wanneer ze naar landelijke vergaderingen ging, omdat ze merkte dat niet-katholieken haar in habijt niet serieus namen.

Eijt bespreekt de verhouding tussen leken en religieuzen vanuit het perspectief van de twee katholieke verpleegstersbonden: de Nederlandse R.K. Bond van Ziekenverplegenden (leken) en de St. Canisius Bond (religieuzen). Hoe onwelkom leken aanvankelijk in katholieke ziekenhuizen waren, blijkt uit het feit dat leerling-verpleegkundigen tijdens het Interbellum geen loon kregen, maar zelfs moesten betalen voor hun opleiding. Ze weken daarom massaal uit naar neutrale ziekenhuizen waar ze wel wat verdienden. De Nederlandse R.K. Bond van Ziekenverplegenden bestreed deze situatie, maar boekte pas na de Tweede Wereldoorlog succes. Daarna trachtte ze de Canisiusbond ertoe te bewegen de leefregel van religieuzen te herzien, omdat die het werk van leken bemoeilijkte. Volgens Eijt heeft deze druk ook bijgedragen tot de vernieuwing van het religieuze leven in de jaren zestig.

Inventarisatie van de verplegende congregaties

Een overzicht dat Joos van Vugt ten behoeve van *Kloosters op schrift* heeft gemaakt, bevat 164 zuster- en 23 broedercongregaties. Uit de *Piusalmanak* van 1940 blijkt dat in dat jaar 28 zustercongregaties en 1 broedercongregatie in een of meerdere ziekenhuizen werkten (zie bijlage achteraan). Dit lijkt het maximum te zijn geweest, want eerdere en latere uitgaven van de *Piusalamanak* (1920, 1950), leveren minder vermeldingen op. Een aantal zustercongregaties verpleegde slechts in één ziekenhuis. Voorbeelden zijn de Franciscanessen van Etten (St. Elisabeth Gasthuis Etten, 29 bedden in 1950), en de Franciscanessen van de Heilige Familie (St. Lucas Ziekenhuis Winschoten, 95 bedden).

Meer dan één ziekenhuis stond onder de hoede van congregaties als de Dominicanessen van Voorschoten (drie), de zusters van MJ uit Den Bosch (vier) en de zusters van Julie Postel uit Boxmeer

²⁶ A. van de Molengraft, *Drie begijnen zijn begonnen. Geschiedenis van tienduizend Zusters van Liefde, 1832-1964*. Tilburg 1992, 164.

(zes). De laatste congregatie had zich toegelegd op kleine platte-landsziekenhuizen in plaatsen als Groenlo, Losser, Zevenaar en Boxmeer zelf. De Franciscanessen van Breda verpleegden slechts in vier ziekenhuizen, maar twee daarvan waren groot (het Ignatius in Breda en het Elisabeth in Leiden). De Augustinessen van Delft/Heemstede vormden een typisch randstedelijke congregatie met ziekenhuizen in Rotterdam (St. Franciscus), Delft, Voorburg en Den Helder.

Als gevolg van de *Kulturkampf* hebben zich in de jaren zeventig van de negentiende eeuw minstens vijf Duitse zustercongregaties en een broedercongregatie in Nederland gevestigd.²⁷ De Dienaressen van de Heilige Geest vestigden zich vlakbij de grens in het Limburgse Steijl en beheerden ziekenhuizen in Kerkrade en Tegelen. Andere congregaties trokken verder het land in, zoals de Franciscanessen van Salzkotten, die zich, omgedoopt tot Franciscanessen van Aerdenhout, in de Mariastichting in Haarlem werkten. Een ander voorbeeld vormden de Zusters van Carolus Borromeus van Trier, die in Den Bosch voor de verpleging in het Groot Zieken-gasthuis werden aangetrokken, maar al eerder zelf het St. Carolus Ziekenhuis hadden geopend. In dezelfde stad openden de enige verplegende broedercongregatie, de Broeders van Joannes de Deo, een mannenziekenhuis. Later vestigden zij zich ook in Utrecht en Haarlem.

De Duitse congregaties die een eeuwlang in tien à vijftien Nederlandse ziekenhuizen verantwoordelijk voor de verpleging zijn geweest, geven aanleiding voor enkele interessante vragen. In de Angelsaksisch gekleurde geschiedschrijving van de Nederlandse verpleegkunde vormen zij een interessant alternatief. In al hun ziekenhuizen hebben Duitse, in Duitsland opgeleide zusters tot ver in de twintigste eeuw sleutelposities ingenomen. Golden in die ziekenhuizen andere verpleegkundige normen dan in andere ziekenhuizen? Waren Duitse zusters anders / beter opgeleid dan Nederlandse? Gebruikten zij andere leerboeken? Heerste in hun ziekenhuizen een andere / strengere sfeer?

Een andere kwestie was hun positie tijdens de Tweede Wereldoorlog. Eén congregatie, de Franciscanessen van Münster, die in het St. Elisabeth Gasthuis in Arnhem werkte, moest vanwege haar opstelling gedurende de bezetting vertrekken. Uit andere ziekenhuis komen verhalen dat Duitse zusters en broeders hun nationaliteit gebruikten om onderduikers, gijzelaars en verzetsstrijders te helpen. De drie grote verplegende congregaties waren de Zusters van Liefde, de Zusters Onder de Bogen (beide twaalf ziekenhuizen) en de Kleine Zusters van de H. Joseph (tien). Zij werkten verspreid over het land en bedienden – afgezien van het St. Franciscus Gasthuis in Rotterdam – de grootste en meest toonaangevende katho-

²⁷ Als gevolg van anti-katholieke wetgeving in Frankrijk vestigden de Filles de la Divine Providence zich in 1905 in Sittard.

lieke ziekenhuizen van Nederland.

- Zusters van Liefde: St. Elisabeth te Tilburg; St. Antonius te Utrecht; het Westeinde te Den Haag; het Binnenziekenhuis te Eindhoven;
- Zusters Onder de Bogen: OLVG te Amsterdam; Calvariënberg te Maastricht; St. Canisius te Nijmegen; St. Radboud te Nijmegen;
- Kleine Zusters van de H. Joseph: St. Jozef te Heerlen; St. Jozef te Eindhoven.

De Zusters Onder de Bogen en de Zusters van Liefde hebben bovendien voorposten van het katholieke ziekenhuiswezen in het noorden des lands bevolkt: respectievelijk het St. Antonius Ziekenhuis in Sneek en Onze Lieve Vrouw Heil der Kranken in Groningen. Er is veel voor te zeggen het onderzoek op deze congregaties te concentreren, temeer omdat verondersteld mag worden dat zij in de Canisiusbond en de vkz het meeste gewicht in de schaal legden en dat de meeste innovaties in hun ziekenhuizen plaatsvonden. Toch zou deze keuze geen recht doen aan de variatie die in het katholieke ziekenhuiswezen heeft bestaan. Daarom is het van belang ook aandacht te besteden aan:

- de Broeders van Joannes de Deo, de enige broedercongregatie in het ziekenhuiswezen;
- de zusters van Julie Postel, een congregatie die vooral kleine ziekenhuizen op het platteland bediende;
- de zusters van Carolus Borromeus als voorbeelden van Duitse congregaties;
- de Augustinessen van Delft als randstedelijke congregatie.

IDENTIFICATIE VAN HET BESCHIKBARE BRONNENMATERIAAL

Congregaties

Hét centrum voor onderzoek naar de geschiedenis van verplegende congregaties is het Erfgoedcentrum Nederlands Kloosterleven in St. Agatha. Een groot aantal congregaties heeft zijn archieven, doorgaans geïnventariseerd, hierheen overgebracht. Dit is bijvoorbeeld het geval met de Zusters van Liefde en de Broeders van Joannes de Deo. Andere congregaties bewaren hun archieven in hun moederhuis, bijvoorbeeld de Zusters Onder de Bogen, de Kleine Zusters van de H. Joseph en de Zusters van Julie Postel.

De belangrijkste bronnen zijn – voor zover aanwezig:

-
- bestuurs-stukken;
 - kronieken van de afzonderlijke huizen, waarvan ziekenhuizen als onderdeel werden gezien;
 - financiële stukken;
 - jaarverslagen;
 - tijdschriften, waarin oudere zusters / broeders levensherinneringen opschrijven.

Daarnaast hebben veel congregaties ter gelegenheid van jubilea gedenkboeken uitgegeven, waarin ook hun apostolaat c.q. de ziekenhuizen aan bod komen

Ziekenhuizen

Veel katholieke ziekenhuizen (OLVG te Amsterdam; St. Antonius te Utrecht, later Nieuwegein; St. Elisabeth te Tilburg) beheren hun archief zelf. Van andere is het archief na een fusie of opheffing overgebracht naar een openbare archiefbewaarplaats. Voorbeelden hiervan zijn Mariastichting te Haarlem; St. Elisabeth Arnhem en GZG het Den Bosch.

Belangrijke bronnen zijn hier:

- bestuurs-stukken;
- jaarverslagen
- sinds de jaren zestig verschijnende tijdschriften voor patiënten en personeel met daarin historische terugblikken.

Zoals eerder aangegeven, hebben veel ziekenhuizen in de loop der tijd een of meerdere jubileumboeken geschreven

Bisdommen

Van de meeste bisdommen zijn de archieven overgebracht naar een openbare archiefbewaarplaats: van het aartsbisdom Utrecht naar het Utrechts Archief; van het bisdom Haarlem naar het Noord-Hollands Archief; van het bisdom Breda naar het Stadsarchief Breda; van het bisdom Den Bosch naar het Brabants Historisch Informatie Centrum in dezelfde stad. Alleen het archief van het bisdom Roermond bevindt zich ter plaatse.

In deze archieven bevinden zich dossiers betreffende de bemoeienis van de bisdommen met afzonderlijke ziekenhuizen; in het archief van het aartsbisdom bovendien stukken betreffende landelijke ziekenhuisorganisaties.

Landelijke organisaties

Archieven en tijdschriften van deze organisaties bevinden zich in het Katholiek Documentatie Centrum in Nijmegen.

-
- Vereniging van Katholieke Ziekenhuizen (VKZ, 1934 – 1970): onderdeel van het archief van het Centraal Bureau voor het Katholieke Ziekenhuiswezen. Deze belangenorganisatie van ziekenhuizen is in 1966 opgegaan in de Nationale Ziekenhuisraad. Afgezien van de bestuurs-stukken zijn hier van belang dossiers over de honorering van religieuzen, over ziekenhuiswetgeving en ziekenhuisbouwbeleid, de daarmee samenhangende contacten met de neutraal-protestantse tegenhanger, de Stichting ‘Het Nederlandse Ziekenhuiswezen’ en over de opleiding van verpleegkundigen;
 - St. Canisiusbond (1925–1967): verbond van verplegende congregaties. Het archief bevat bijna alleen maar stukken van na 1945: bestuurs-stukken, stukken van de aangesloten congregaties, honorering en contracten religieuzen;
 - Katholieke Artsen Vereniging (KAV) (1919–circa 1970): vooral bestuurs-stukken vanaf 1929; KAV hield zich vooral met ethische vraagstukken bezig; voor het ziekenhuiswezen is ook het tekort aan katholieke medisch specialisten relevant;
 - Ministeriële Ziekenhuiscommissie (1946–1965): orgaan dat in het kader van de wederopbouw door ziekenhuizen ingediende bouwplannen beoordeelde. Behalve ambtenaren van diverse ministeries hadden hierin ook vertegenwoordigers van ziekenhuisorganisaties zitting. Bij de beoordeling van de ingediende plannen speelden niet alleen medische behoeften een rol, maar ook een evenwichtige verdeling tussen denominaties: het *battlefield* van de verzuiling

Periodieken van landelijke organisaties:

- *Katholiek Artsenblad*, 1921–1969
- *R.K. Ziekenhuis en R.K. Caritas*, 1923–1930
- *Roomsch-Katholieke Ziekenverpleging* 1924–1934
- *Ons Ziekenhuis*, 1934–1970
- *Orgaan uitgegeven vanwege den Nederlandschen Bond van R.K. ziekenverpleegsters* 1910–1924
- *Het Ziekenhuis*, 1910–1930
- *Het Ziekenhuiswezen*, 1928–1970

Bibliografie katholiek ziekenhuiswezen: beschikbaar bij auteur.