

Lucie Bastiaens

EEN ALTERNATIEF VOOR HET
KRANKZINNIGENGESTICHT?
PSYCHIATRISCHE ZORG IN MAASTRICHT
EN DE LANGE AANLOOP NAAR EEN BUREAU
VOOR PSYCHIATRISCHE VOOR- EN NAZORG
(1937)

Abstract

The care for psychiatric patients outside mental asylums developed in the Netherlands during the first decades of the twentieth century. In Maastricht, a psychiatric pre- and after care facility opened in 1937, but little is known about its history. This paper attempts to unravel this history and analyses to what extent causes which stimulated psychiatric care outside the mental asylum on a national level also played a role in Maastricht. It becomes clear that Maastricht had its own local dynamic; overcrowding of the mental asylum was never an issue here, growing costs of hospitalization in mental asylums did not encourage the local government in Maastricht to search for alternatives and due to the absence of a psychiatrist no new perspectives on hospitalization and psychiatric care in society came into being. Furthermore, it is likely that family members and philanthropic associations played an important role in taking care of and supporting psychiatric patients. It thus seems that in Maastricht there was no strong sense of urgency or need to develop new forms of psychiatric care outside the mental asylum. The provincial cross society initiated a psychiatric pre- and after care facility. This however could only be realized because of the presence of a psychiatrist in Maastricht since 1936, who supported this new facility. The Maastricht 'case' broadens our view and understanding of the development of psychiatric care in society in the Netherlands.

In 1937 opende in Maastricht het tweede Limburgse consultatiebureau voor psychiatrische voor- en nazorg zijn deuren, nadat een dergelijk bureau een jaar eerder in Venray met zijn werkzaamheden was begonnen.¹ Deze psychiatrische voor- en nazorg had tot doel langdurige gestichtsonopnamen van personen met psychische problemen te voorkomen en ontslagen patiënten te helpen bij hun terugkeer in de maatschappij.

De oprichting van beide bureaus paste in een landelijk patroon. Een aantal Nederlandse gestichten richtten in de tweede helft van de negentiende eeuw zogenoemde patronaten op om ontslagen krankzinnigen zowel op financieel als sociaal gebied te ondersteunen. De meeste patronaten waren echter geen lang leven

¹ R.K. Vereeniging Het Limburgse Groene Kruis, Jaarverslag 1937 van R.K. Vereeniging Het Limburgsche Groene Kruis (1937) 40.

beschoren.² Vanaf 1914 groeide de belangstelling voor psychiatrische en maatschappelijke zorg buiten het gesticht weer. Daarvoor zijn twee oorzaken aan te wijzen. Ten eerste worstelden steeds meer psychiatrische gestichten met plaatsgebrek en hoge kosten. Bestuurders van gemeentes en provincies, die doorgaans de gestichtsonopnamen financierden, zochten daarom naar alternatieven voor opname. Ten tweede twijfelden steeds meer zenuwartsen aan het nut van een langdurige gestichtsonopname, omdat zij meenden dat patiënten daardoor afstompten en wegwijnden. Door psychiatrische en maatschappelijke hulp buiten het gesticht aan te bieden kon volgens hen (langdurige) opname worden voorkomen.³ Ook moest de aandacht zich uitstrekken tot ‘andere geestelijk gestoorde hulpbehoevenden’ waarmee onder anderen verstandelijk gehandicapten en epileptici werden bedoeld.⁴ Deze zorg, ‘psychiatrische voorzorg en nazorg’ geheten, moest vanuit georganiseerde bureaus onder leiding van psychiaters gaan plaatsvinden.⁵ Onder de meest bekende initiatieven is het in 1916 onder de GG&GD te Amsterdam opgerichte consultatiebureau voor zenuw- en zielszieken geleid door de psychiater F.S. Meijers. A. Querido volgde Meijers op en ontwikkelde vervolgens wat hij noemde de ‘sociale psychiatrie’.⁶ In Rotterdam richtte gestichtsarts J.H. Pameijer in 1926 een aan het gesticht Maasoord verbonden ‘buitendienst’ op, waardoor veel patiënten het gesticht vroegtijdig konden verlaten.⁷

Toch werd het idee van professionele voor- en nazorg landelijk gezien maar zeer geleidelijk in praktijk gebracht. Rond 1935 beschikte nog niet de helft van de 34 belangrijkste psychiatrische gestichten over een vrij volledige vorm van nazorg. De in Amsterdam en Rotterdam ontwikkelde modellen bleken niet zonder meer toepasbaar op andere steden of gestichten. Zo werden in Maasoord te Rotterdam alleen inwoners uit Rotterdam zélf opgenomen. De regio waarop de psychiatrische voor- en nazorgdienst vanuit Maasoord zich moest richten was

2 T.E.D. van der Grinten, *De vorming van de ambulante geestelijke gezondheidszorg: een historisch beleidsonderzoek* (Baarn 1987) 41-42.

3 G. Blok, ‘Soelaas voor geest en samenleving: de GGZ als werkveld’, in: H.F.P. Hillen, E.S. Houwaart en F.G. Huisman ed., *Leerboek medische geschiedenis* (Houten 2018) 207-219, aldaar 211-212.

4 H. Oosterhuis en J. Slijkhuis, *Verzichte zenuwen en zeden. De opkomst van de psychiatrie in Nederland (1870-1920)* (Rotterdam 2012) 204.

5 *Ibidem*, 203-205.

6 Met onder andere sprekingen, huisbezoeken en crisisbestrijding (de ‘acute’ psychiatrie, gebaseerd op de werkwijze van de in Leiden werkzame H.C. Jelgersma) probeerde hij opname te voorkomen. Querido zag de sociale omgeving als mogelijke (mede) oorzaak van psychische stoornissen en om opname in een gesticht te voorkomen zou de behandeling of betere omgang met de psychische stoornis vaak in de sociale omgeving kunnen plaatsvinden. Zie G. Blok, *Achter de voordeur: Sociale psychiatrie vanuit de GGD Amsterdam in de twintigste eeuw* (Amsterdam 2014) 7-8; M. Gijswijt-Hofstra en H. Oosterhuis, *Verward van geest en ander ongerief* (Houten 2018) 360-364.

7 Van der Grinten, *De vorming van de ambulante geestelijke gezondheidszorg*, 48-49.

daardoor beperkt en dat voorkwam problemen op het gebied van bereikbaarheid en toegankelijkheid van de dienst. Bij de meeste psychiatrische gestichten waren de patiënten echter uit verschillende provincies afkomstig. Een aan het gesticht verbonden voor- en nazorgdienst zou in die gevallen zijn werk niet goed kunnen uitvoeren.⁸ Vanaf de tweede helft van de jaren 1930 breidde het aantal instellingen voor psychiatrische voor- en nazorg zich gestaag uit, met name door financiering vanuit provinciale overheden en de organisatie door kruisverenigingen.⁹ De oprichting van de consultatiebureaus in Venray en Maastricht maakte deel uit van deze tweede reeks van instellingen voor psychiatrische voor- en nazorg waarmee uiteindelijk in de jaren 1950 landelijke dekking bereikt werd.

Over de ontstaansgeschiedenis van de beide Limburgse bureaus die onder het Limburgse Groene Kruis vielen, is weinig bekend. Brouns, Philipsen, Diederiks en Meertens besteden in een eerder in dit jaarboek gepubliceerd artikel wel aandacht aan deze geschiedenis, maar zij richten zich vooral op de jaren ná de oprichting van de bureaus.¹⁰ Ook in de enige twee andere historiografische werken die aan het onderwerp raken, blijft de voorgeschiedenis van het bureau in Maastricht vrijwel onbesproken. De regio Maastricht lijkt pas interessant te worden in de jaren 1950.¹¹ In dit artikel wil ik laten zien dat deze aanname onterecht is. In Maastricht was juist sprake van een interessante lokale dynamiek waardoor de oorzaken en omstandigheden die landelijk gezien de ontwikkeling van psychiatrische zorg buiten het gesticht stimuleerden (plaatsgebrek, hoge kosten en een veranderende visie op gestichtsonopnames) in Maastricht nauwelijks of geen rol hebben gespeeld. Andere omstandigheden die in Maastricht wel van belang waren, zoals zogenaamde informele zorg, bieden mogelijk een verklaring voor het ontbreken van een behoefte aan alternatieven voor gestichtsonopnames. Door deze lokale Maastrichtse dynamiek te analyseren, kunnen we een gevarieerder beeld geven van de ontwikkeling van nieuwe vormen van psychiatrische zorg in de samenleving.

8 *Ibidem*, 48-50.

9 Dat was het geval in Zuid-Holland, Noord-Brabant, Gelderland en Limburg. Zie *ibidem*, 53-54.

10 G. Brouns e.a., ‘Sociale psychiatrie in de provincie Limburg tot omstreeks 1975: van achterstand tot voorsprong’, *Studies over de sociaal-economische geschiedenis van Limburg / Jaarboek van het Sociaal Historisch Centrum voor Limburg* 52 (2007) 137-157.

11 P. Sierksma, *Ambulant en academisch. 60 jaar GGZ in Maastricht en omgeving van Riagg tot Virenze* (Maastricht 2016); J.F.R. Philips, *50 jaar sociale gezondheidszorg in Limburg: de R.K. vereniging “Het Limburgse Groene Kruis” in het goud, 1910-1960* (Roermond 1960) 202-222.

Psychiatrische voor- en nazorg in Limburg

Voordat we op de lokale Maastrichtse situatie ingaan, schets ik een beeld van de provinciale Limburgse context van de groeiende aandacht voor psychiatrische zorg buiten het gesticht. Vanaf de jaren 1930 besteedde het rooms-katholieke Limburgse Groene Kruis, de grootste kruisvereniging die sinds 1910 in Limburg actief was, aandacht aan de geestelijke volksgezondheid. In navolging van de koepelorganisatie de Rooms Katholieke Charitatieve Vereniging voor Geestelijke Volksgezondheid, die sinds 1931 bestond dankzij de Brabantse psychiater C. Kortenhorst,¹² richtte zij een Commissie voor Geestelijke Volksgezondheid op.¹³ Deze Commissie stelde zich ten doel om 'de voorzorg, de zorg en de nazorg van geestelijk onvolwaardigen in zijn vollen omvang in de Provincie Limburg te behartigen'.¹⁴ De aandacht ging uit naar drie taken: de oprichting van consultatiebureaus, de organisatie van cursussen en het maken van propaganda voor het werk omtrent de geestelijke volksgezondheid.¹⁵

Vanuit het St. Annagesticht te Venray (voor vrouwelijke psychiatrische patiënten) werd in 1929 al gepoogd om met nazorg te starten, maar dit kwam door personeelstekort niet van de grond.¹⁶ Een aantal jaren later gaf de directie van St. Anna aan dat zij wilde dat een 'algemeener lichaam' de nazorg organiseerde, maar dan wel in samenwerking met het gesticht, in de vorm van een psychiater en verpleegkundige die het consultatiebureau konden leiden. Het Limburgse Groene Kruis was de aangewezen instantie.¹⁷

Psychiater H.J. Schim van der Loeff, geneesheer-directeur van het St. Annagesticht, nam zitting in de Commissie voor Geestelijke Volksgezondheid en al snel besloot de Commissie dat het eerste consultatiebureau voor psychiatrische voor- en nazorg in 1936 in Venray geopend moest worden.¹⁸ De medici Veraart en De Vries van de gestichten St. Servatius (voor mannelijke patiënten) en St. Anna (voor vrouwelijke patiënten) gingen het bureau leiden.¹⁹ De nadruk lag op 'het

12 Brouns e.a., 'Sociale psychiatrie in de provincie Limburg tot omstreeks 1975', 142. Meer over de oprichting van deze Vereniging en de moeilijkheden daaraan voorafgaand in Van der Grinten, *De vorming van de ambulante geestelijke gezondheidszorg*, 94-97 en Hanneke Westhoff, *Geestelijke bevrijders. Nederlandse katholieken en hun beweging voor geestelijke volksgezondheid in de twintigste eeuw* (Nijmegen 1996) 29-78.

13 Brouns e.a., 'Sociale psychiatrie in de provincie Limburg tot omstreeks 1975', 142.

14 R.K. Vereniging Het Limburgse Groene Kruis, *Jaarverslag 1935*, 154.

15 *Idem*, 153.

16 Verslag St. Anna, in: *Eerste jaarboek der Vereniging van R.K. Gestichten en Inrichtingen*, 1929, 42-43.

17 Brouns e.a., 'Sociale psychiatrie in de provincie Limburg tot omstreeks 1975', 141-142.

18 R.K. Vereniging Het Limburgse Groene Kruis, *Jaarverslag 1935*, 153.

19 Brouns e.a., 'Sociale psychiatrie in de provincie Limburg tot omstreeks 1975', 143 en Philips, *50 jaar sociale gezondheidszorg in Limburg*, 206.



H.J. Schim van der Loeff, geneesheer-directeur van St. Anna te Venray van 1919 t/m 1944, z.d. Foto Museum Psychiatrie Venray.

voorbereiden van proefverlof en ontslag; het, al dan niet via de wijkverpleegkundige, controleren van de patiënt zodat die geen gevaar voor zijn omgeving zou zijn; het geven van omgangsadviezen aan naasten van de patiënt; het geven van informatie aan de psychiaters; het treffen van sociale voorzieningen zoals het regelen van financiële steun, huisvesting, huishoudelijk hulp en passend werk'.²⁰ Het Venrayse St. Annagesticht had een aandeel in de totstandkoming van de psychiatrische voor- en nazorg in de eigen regio en in de rest van Limburg. Het initiatief van Schim van der Loeff was hoogstwaarschijnlijk ingegeven door zorgen over de capaciteit en de kosten van zijn inrichting – motieven die ook elders in het land een rol speelden bij de ontwikkeling van psychiatrische voor- en nazorg.

De Commissie voor Geestelijke Volksgezondheid van het Limburgse Groene Kruis wilde, naast het bureau voor psychiatrische voor- en nazorg in Venray, in Maastricht een bureau voor 'advies bij opvoedingsmoeilijkheden' starten.²¹ In april

20 Zo formuleerde volgens Brouns e.a. de directie van St. Anna in 1940 de functies. Zie Brouns e.a., 'Sociale psychiatrie in de provincie Limburg tot omstreeks 1975', 144.

21 R.K. Vereniging Het Limburgse Groene Kruis, *Jaarverslag 1935*, 153.

1936 verzocht de Commissie een andere Groene Kruis commissie, de Commissie Sociale Kinderhygiëne, om medewerking bij de oprichting van een dergelijk bureau.²² Sinds 1921 bestond de Commissie Sociale Kinderhygiëne (destijds onder de naam ‘zuigelingensterfbestrijding’) en had het Limburgse Groene Kruis een ‘provinciaal kinderarts’ in dienst, namelijk de kinderarts H.P.J. Koenen. Koenen werkte sindsdien voor de gehele provincie, met als standplaats Maastricht waar hij ook ‘district kinderarts’ voor het Limburgse Groene Kruis was. Hij wist zijn naam als krachtadig kinderarts snel te vestigen. Niet alleen in Maastricht maar in geheel Limburg, en zeker ook in de kring van het Limburgse Groene Kruis, stond Koenen bekend als een zeer deskundig en capabel voorvechter en organisator van de sociale kinderhygiëne.²³ In de jaren 1930 begon Koenen bijzondere aandacht te besteden aan de geestelijke gezondheid van het kind, zoals velen van zijn collega kinderartsen en andere betrokkenen bij de sociale kinderhygiëne elders in het land ook gingen doen.²⁴ In het kader van het voorkómen van psychische problemen op latere leeftijd, moest men zich al bij kleuters ook op de geestelijke gezondheid richten. Volgens Koenen was die ‘onmogelijk (...) te scheiden’ van het lichamenlijk welzijn.²⁵

Koenen werd gevraagd het bureau voor ‘advies bij opvoedingsmoeilijkheden’ in Maastricht te gaan leiden, dat in juni 1937 werd geopend.²⁶ Op termijn zouden alle voor het Limburgse Groene Kruis werkzaam zijnde kinderartsen de leiding over dergelijke bureaus, verspreid over de provincie, moeten krijgen.²⁷ Dat men juist in Maastricht een bureau voor ‘advies bij opvoedingsmoeilijkheden’ wilde starten, had in ieder geval deels te maken met de hier al aanwezige deskundigheid en interesse voor deze vorm van geestelijke gezondheidszorg. Bovendien bestond

- 22 SHCL, Meuleman, dr. C. en dr. G.J. Lubbers, als lid van de Commissie Sociale Kinderhygiëne van de RK Vereniging het Limburgse Groene Kruis, 1927 – 1962, EAN_1319, map 2 ‘Commissie sociale kinderhygiëne en de algemene vergadering, 1936-1939’: Notulen Commissie Sociale Kinderhygiëne, vergadering 7-4-1936, 6-7.
- 23 Philips, 50 jaar sociale gezondheidszorg in Limburg, 89-91 en 163.
- 24 N. Bakker, *Kwetsbare kinderen. De groei van professionele zorg voor de jeugd* (Assen 2016), 131-132. Er bestonden destijds al enkele Medisch Opvoedkundige Bureaus in Nederland, de eerste opende in 1928 in Amsterdam, maar deze kwamen na de Tweede Wereldoorlog pas echt tot bloei. Zie A. van der Wurff, ‘Dutch non-residential mental health care for children, 1928-1982. The example of a medical-pedagogical institution’, in: L. de Goei, J. Vijselaar (eds.), *Proceedings of the 1st European congress on the history of psychiatry and mental health care* (Rotterdam 1993) 223-229; en Bakker, *Kwetsbare kinderen*, 140.
- 25 H.P.J. Koenen, ‘Consultatiebureaus voor kleuters’, *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde* 16 (1938) 205-211, aldaar 207.
- 26 R.K. Vereniging Het Limburgse Groene Kruis, *Jaarverslag 1937*, 156.
- 27 SHCL, Meuleman, dr. C. en dr. G.J. Lubbers, als lid van de Commissie Sociale Kinderhygiëne van de RK Vereniging het Limburgse Groene Kruis, 1927 – 1962, EAN_1319, map 2 ‘Commissie sociale kinderhygiëne en de algemene vergadering, 1936-1939’: Notulen Commissie Sociale Kinderhygiëne, vergadering 7-4-1936, 6-7.

er in geheel Limburg al een infrastructuur van de sociale kinderhygiëne, die ook een rol hierbij zal hebben gespeeld.²⁸

In 1937 werd er ook een consultatiebureau voor psychiatrische voor- en nazorg in Maastricht geopend. Hoe kwam dit bureau tot stand? Bestond er al deskundigheid en interesse in psychiatrische voor- en nazorg in Maastricht, bijvoorbeeld in het psychiatrisch gesticht? En in hoeverre speelden oorzaken en omstandigheden die landelijk gezien de ontwikkeling van psychiatrische zorg buiten het gesticht stimuleerden (plaatsgebrek, hoge kosten en een veranderende visie op gestichtsoptnames) in Maastricht een rol?

Het gesticht: capaciteit en kosten

Het Maastrichtse krankzinnigengesticht behoorde sinds 1845 tot het gesticht Calvariënberg waarvan ook een ziekenhuis en een gebrekkigenhuis deel uitmaakten.²⁹ Het geheel stond onder beheer van het Burgerlijk Armbestuur.³⁰ In 1847 werd het krankzinnigengesticht middels Koninklijk Besluit erkend als geneeskundig gesticht.³¹ Het gesticht was behoorlijk modern voor zijn tijd qua indeling en inrichting.³² Ook kende het gesticht werkverschaffing voor de patiënten³³ en gelegenheden tot ontspanning.³⁴ Rond 1858 kwamen er isoleerkamers, uitgebreidere werkplaatsen en uit ‘geneeskundig oogpunt’ een badinrichting, voorzien van een mogelijkheid tot stortbaden.³⁵ Maar de toestroom van patiënten uit de provincie Limburg overtrof al snel de capaciteit van het gesticht, waardoor het

- 28 Limburg was hiervoor in een aantal districten opgedeeld, met in elk district een kinderarts en huisbezoeksters die consultatiebureaus hielden. Zie J.F.R. Philips, *Gezondheidszorg in Limburg: Groei en acceptatie van de gezondheidsvoorzieningen 1850-1940* (Assen 1980) 215-216.
- 29 Het gebrekkigenhuis was een soort opvanghuis voor voornamelijk oudere Maastrichtenaren die niet meer in hun eigen behoefte konden voorzien. Zij konden hier hun oude dag slijten, al moesten ze zover ze dat konden wel bijdragen aan huishoudelijke klussen. Zie B.P.A. Gales e.a., *Het Burgerlijk Armbestuur: Twee eeuwen zorg voor armen, zieken en ouderen te Maastricht 1796-1996 I* (Maastricht 1997) 94-98.
- 30 N. Knols, *Ontstaan Gemeentelijke Geneeskundige Dienst: Gezondheidszorg en politiek in Maastricht, 1900-1925* (Jaarwerkstuk Theorie van de Gezondheidswetenschappen Rijksuniversiteit Limburg, Maastricht 1992) 7. Het Armbestuur had het beheer van de armlastige krankzinnigen op zich genomen omdat dit tot de noodzaak tot armenzorg behoorde en omdat het goedkoper was om dit onder eigen beheer te doen dan te betalen voor het onderbrengen van hen in andere steden. Zie Gales e.a., *Het Burgerlijk Armbestuur*, 89.
- 31 *Ibidem*, 89.
- 32 J. Cornips, *Bijdrage tot de geschiedenis van de krankzinnigenzorg te Maastricht* (Maastricht 1952) 40, en Philips, *Geschiedenis van de krankzinnigenzorg in Maastricht*, 9-10.
- 33 Cornips, *Bijdrage tot de geschiedenis van de krankzinnigenzorg te Maastricht*, 51.
- 34 Philips, *Geschiedenis van de krankzinnigenzorg in Maastricht*, 14.
- 35 Cornips, *Bijdrage tot de geschiedenis van de krankzinnigenzorg te Maastricht*, 40-41, en Philips, *Geschiedenis van de krankzinnigenzorg in Maastricht*, 14.

provinciebestuur zich genoodzaakt zag contracten af te sluiten met het gesticht in Den Bosch. Daarna werden steeds meer Limburgse patiënten daar opgenomen.³⁶ Gebrek aan financiële middelen en geschikt bouwterrein verhinderden decennialang een uitbreiding van het gesticht.³⁷ Het gesticht bleef klein, huiselijk en gezellig met een liefdevolle verpleging,³⁸ maar het contrast met gestichten nieuwe stijl elders in Nederland groeide snel: paviljoenbouw, goed opgeleid verplegend personeel, gespecialiseerde artsen en nieuwe behandelmethoden – dit alles bleef in Calvariënberg achterwege.³⁹ In Venray openden in 1907 en 1908 dergelijke moderne gestichten hun deuren: St. Servatius en St. Anna (voor respectievelijk mannen en vrouwen). Zij werden een aantal jaren later erkend als provinciale gestichten voor Limburgse patiënten.⁴⁰

Vanaf de tweede helft van de negentiende eeuw nam in Nederland het aantal krankzinnigengestichten en het aantal opnameplaatsen behoorlijk toe.⁴¹ Toch bleef er door een groeiend aantal patiënten voortdurend gebrek aan opnameplaatsen, een probleem dat tot in de jaren 1930 bleef bestaan.⁴² Om dit plaatsgebrek tegen te gaan of op te lossen zochten gestichtsbesturen van verschillende krankzinnigengestichten in het land naar manieren om buiten het gesticht psychiatrische zorg te bieden, bijvoorbeeld door middel van bureaus voor psychiatrische voor- en nazorg.

Vormde plaatsgebrek in het psychiatrisch gesticht te Maastricht ook een probleem? Het Burgerlijk Armbestuur, dat geheel Calvariënberg en dus ook het psychiatrisch gesticht beheerde, streefde ernaar om in de eerste plaats psychiatrische patiënten uit Maastricht op te nemen.⁴³ Vóór 1940 kwam dan ook tenminste 90 procent van de patiënten uit Maastricht.⁴⁴ Maar zelfs voor alleen de Maastrichtse psychiatrisch patiënten waren er onvoldoende opnameplaatsen in Calvariënberg. De capaciteit was van meet af aan beperkt; in 1902 was bij Koninklijk Besluit het maximum aantal gestichtspatiënten voor Calvariënberg op 56 gesteld.⁴⁵ Toch vormde dit plaatsgebrek geen probleem omdat er telkens een beroep kon worden gedaan op andere gestichten waarmee de provincie Limburg

36 *Ibidem*, 36, en *Ibidem*, 12.

37 *Ibidem*, 38, en *Ibidem*, 16.

38 Philips, *Geschiedenis van de krankzinnigenzorg in Maastricht*, 19, en Mesker, 'Sociale en medische aspecten van de krankzinnigenverpleging in onze inrichting gedurende de laatste 11 jaren', in: Cornips, *Bijdrage tot de geschiedenis van de krankzinnigenzorg te Maastricht*, 66-73, aldaar 66-67.

39 Philips, *Geschiedenis van de krankzinnigenzorg in Maastricht*, 19.

40 Philips, *Gezondheidszorg in Limburg*, 122-123.

41 Zie hiervoor Van der Grinten, *De vorming van de ambulante geestelijke gezondheidszorg*, 40-41.

42 *Ibidem*, 41. Verschillende redenen hiervoor worden genoemd in Blok, 'Soelaas voor geest en samenleving', 211.

43 Cornips, *Bijdrage tot de geschiedenis van de krankzinnigenzorg te Maastricht*, 47.

44 Philips, *Geschiedenis van de krankzinnigenzorg in Maastricht*, 42.

45 Cornips, *Bijdrage tot de geschiedenis van de krankzinnigenzorg te Maastricht*, 48.

afspraken had gemaakt: Den Bosch in de negentiende eeuw, zoals hierboven al genoemd, en de Venrayse gestichten in de twintigste eeuw. In het contract tussen de Venrayse gestichten en de provincie Limburg was er tot 1925 zelfs geen maximaal aantal plaatsen voor Limburgse armlastige krankzinnigen opgenomen. Daardoor konden Maastrichtse patiënten 'onbeperkt' in Venray worden opgenomen.⁴⁶ Ook in de jaren 1930 gingen veel Maastrichtenaars naar de Venrayse gestichten. Zo schommelde het gemiddeld aantal patiënten te Calvariënberg zelf tussen 1929 en 1938 rond de 52, terwijl in dezelfde periode er ieder jaar nog eens rond de 52 vrouwelijke en 67 mannelijke Maastrichtse patiënten in St. Anna en St. Servatius te Venray opgenomen waren.⁴⁷ Op het moment dat overal in Nederland de vraag naar opnameplekken fors toenam (vanaf eind negentiende eeuw al maar met name in de twintigste eeuw) met als gevolg plaatsgebrek en overvolle gestichten, had het Maastrichtse gesticht zich dus eigenlijk 'gevrijwaard' van deze problemen doordat patiënten konden worden doorgeschoven naar andere gestichten. De urgentie om naar alternatieven voor gestichtsoptname te zoeken (of om deze te verkorten) was daardoor in Calvariënberg afwezig.

Doordat in heel het land het aantal gestichtsoptnames vanaf de tweede helft van de negentiende eeuw enorm steeg, liepen ook de kosten die dit met zich meebracht flink op.⁴⁸ Het grootste deel van deze kosten moest worden gedragen door gemeentes.⁴⁹ Met name vanaf de Eerste Wereldoorlog werd deze kostenpost in tal van gemeentes zo groot dat lokale bestuurders naar alternatieven voor gestichtsoptname zochten, zoals psychiatrische zorg buiten het gesticht.

Dat de verpleging van krankzinnigen in een gesticht voor hoge kosten zorgde, ontging ook Maastrichtse gemeenteraadsleden niet. In 1924 schafte het Rijk de financiële bijdrage af waarmee zij gemeentes ondersteunde in de verplegingskosten voor gestichtspatiënten.⁵⁰ Daarover beklagden Maastrichtse raadsleden en Burgemeester en Wethouders zich direct in 1924 en in de twee daaropvolgende jaren. Men was van mening dat hierdoor 'aan de gemeente groot onrecht gedaan werd'.⁵¹ Buiten de bijdrage van de provincie en eventuele particuliere bijdragen

46 *Verslag betreffende het St. Anna geneeskundig gesticht voor vrouwelijke krankzinnigen te Venray over 1921*, 7.

47 Tabel 1 'De loop van de bevolking van het krankzinnigengesticht' in Cornips, *Bijdrage tot de geschiedenis van de krankzinnigenzorg te Maastricht*, 46 en Tabellen 'Staat betreffende de patiënten verdeeld naar de provincies en naar de gemeenten' van deze jaren, in *Jaarverslagen St. Anna en St. Servatius, in Jaarboek en der Vereeniging van R.K. Gestichten en inrichtingen voor krankzinnigen en zwakzinnigen*.

48 Zie o.a. Blok, 'Soelaas voor geest en samenleving', 209-211.

49 Zie voor uitleg hiervan Van der Grinten, *De vorming van de ambulante geestelijke gezondheidszorg*, 39-40.

50 C.T. Bakker, *Geld voor GGZ: de financiering van de geestelijke gezondheidszorg en de invloed van geld op de zorgpraktijk (1884-1984)* (Amsterdam 2009) 49-50.

51 Centraal Rapport der Afdelingen van den Gemeenteraad betreffende het onderzoek der ontwerp-begroting voor den dienst van 1925 en Nota van Beantwoording door Burgemeester en Wethouders volgnummer 403, in *Handelingen van den Gemeenteraad van Maastricht over het jaar 1924*,

(betaald door de patiënt zelf of diens familie) kwamen nu alle kosten voor rekening van de gemeente.⁵² Overigens ontvingen gemeentes vanaf 1931 op grond van de Financiële Verhoudingswet, of Gemeentefondswet, wel een bedrag van het Rijk waarvan de hoogte deels werd bepaald door het bedrag dat de gemeente aan armenzorg (waaronder ook de krankzinnigenzorg viel) besteedde.⁵³ Dat stemde de gemeente Maastricht tevreden.⁵⁴ Daarnaast opperden Burgemeester en Wethouders in 1930 dat de gemeentelijke uitgaven aan de gestichtsoptnames verlaagd konden worden door te proberen een hogere provinciale bijdrage te krijgen. Er was zelfs al navraag gedaan bij verschillende provincies om erachter te komen hoeveel zij bijdroegen.⁵⁵

Stimuleerden de kosten voor gestichtsoptnames de gemeente Maastricht ook tot het zoeken naar alternatieven voor gestichtsoptname zélf? Dat gebeurde bijvoorbeeld in Amsterdam waar het aantal gestichtspatiënten en de kosten voor hun verpleging relatief het hoogst waren en het snelst stegen van heel Nederland.⁵⁶ De gemeente Amsterdam stelde in 1916 psychiater F.S. Meijers aan als psychologisch-neurologisch adviseur bij de GG&GD om aanvragen tot opname in een gesticht te beoordelen. In dit jaar startte Meijers tevens een Consultatiebureau voor Zenuw- en Zielszieken bij de GG&GD. Hier bood hij maatschappelijke ondersteuning aan uit het gesticht ontslagen patiënten en aan mensen die (nog) niet waren opgenomen maar die wel hulp of advies behoefden, de zogenoemde voorzorg.⁵⁷ In het verlengde hiervan richtte Meijers een aantal jaren later de Centrale Vereeniging ter Behartiging der Maatschappelijke Belangen van Zenuw- en Zielsziekten op. Daarmee wilde hij overal in Nederland consultatiebureaus oprichten ter ondersteuning van psychiatrisch patiënten die (nog) niet in een gesticht waren opgenomen of uit een gesticht waren ontslagen.⁵⁸ Meijers stuurde in 1930 aan de gemeenteraad van Maastricht een verzoek tot toetreding tot de Centrale Vereeniging. Burgemeester en Wethouders van Maastricht waren echter van oordeel 'dat er geen aanleiding bestaat om tot deze vereeniging vooralsnog toe te treden'. Dit werd vervolgens in de gemeenteraadsvergadering 'voor kennisgeving aangenomen'.⁵⁹ Blijkbaar voelde niemand de behoefte hier iets tegen in te

62-63. *Ibidem* voor de Handelingen over 1925, 46 en 1926, 50.

52 Van der Grinten, *De vorming van de ambulante geestelijke gezondheidszorg*, 39-40.

53 Bakker, *Geld voor GGZ*, 40-41 en 56.

54 Centraal Rapport en Nota van Beantwoording volgnummer 551, in *Handelingen* over 1931, 42.

55 Ontvangsten en uitgaven, volgnummer 551 'Kosten overbrenging, plaatsing en verpleging arme krankzinnigen', in *Handelingen* over 1930, 42-43.

56 Van der Grinten, *De vorming van de ambulante geestelijke gezondheidszorg*, 50.

57 Gijswijt-Hofstra en Oosterhuis, *Verward van geest en ander ongerief*, 355-356.

58 Van der Grinten, *De vorming van de ambulante geestelijke gezondheidszorg*, 44.

59 Gemeenteraadsnotulen 30-9-1930, in *Handelingen*, nr. 13, 2.

brengen of andere vormen van psychiatrische zorg als alternatief voor gestichtsoptname te overwegen.

In 1934 werd naar aanleiding van de ontwerpbegroting voor het volgende jaar gesuggereerd dat het aantal gestichtsoptnames (en daarmee ook de kosten) in Maastricht verminderd konden worden 'door plaatsing van achterlijke personen bij de A.V.O.'.⁶⁰ De landelijke vereniging A.V.O. (Arbeid Voor Onvolwaardigen) kende ook een Maastrichtse afdeling die zich, onder andere met een speciale werkplaats, inzette voor arbeiders die door een lichamelijke en/of verstandelijke beperking moeilijk aan het werk kwamen.⁶¹ Volgens Burgemeester en Wethouders boden de werkzaamheden van de A.V.O. potentie om 'het aantal achterlijke personen dat door onvoldoende verzorging tenslotte in een Krankzinnigen-gesticht terecht komt' te verkleinen.⁶² Men doelde dus op de personen met een verstandelijke beperking die, mits goed begeleid door in dit geval de vereniging A.V.O., redelijk in de maatschappij konden functioneren en in ieder geval niet in een gesticht hoefden te worden opgenomen en dat scheelde weer in de kosten van gestichtsoptnames voor de gemeente.

Dit was echter de enige keer dat de gemeentelijke bestuurders op een iets andere wijze het streven naar een verlaging van de kosten van gestichtsoptnames benaderden en een alternatief ervoor overwogen. In de hierop volgende jaren kwamen namelijk niet meer terug op de A.V.O. terwijl het verlagen van de kosten van gestichtsoptnames wel een onderwerp van gesprek bleef. De genomen 'maatregelen' om tot een kostenverlaging te komen, bleven beperkt tot overplaatsingen van patiënten: 'Door overbrenging van verschillende daarvoor in aanmerking komende patiënten naar goedkoopere inrichtingen, b.v. de Gezondheidskolonie te Gheel (B.) en het St. Jozefgesticht te Venray, werd een vrij belangrijke bezuiniging bereikt'.⁶³ Net als in veel andere gemeentes vonden de lokale Maastrichtse bestuurders de kosten voor gestichtsoptnames die de gemeente droeg dus te hoog en poogden zij deze kosten te verlagen. Zij probeerden dat echter alleen maar door meer financiële bijdrages te verwerven of door patiënten naar goedkopere gestichten te verplaatsen. Van elders reeds ontwikkelde vormen van psychiatrische zorg als alternatief voor gestichtsoptnames maakte men geen gebruik.

60 *Idem*, in *Handelingen* over 1934, 26.

61 *Arbeid voor onvolwaardigen*, Limburger koerier, 15-04-1931, 7. A.V.O., Limburger koerier, 03-07-1933, 7. *Waar blinden werk vinden*, Limburger koerier, 04-11-1938, 7.

62 Ontvangsten en uitgaven, volgnummer 551 'Kosten overbrenging, plaatsing en verpleging arme krankzinnigen', in *Handelingen* over 1934, 26.

63 Ontvangsten en uitgaven, volgnummer 551 'Kosten overbrenging, plaatsing en verpleging arme krankzinnigen', in *Handelingen* over 1937, 39-40. Deze besparing werd overigens deels tenietgedaan door een nieuw provinciaal voorschrift waardoor de gemeente geen subsidie meer kreeg voor patiënten die in het buitenland verpleegd werden.

Artsen en gestichtspsychiatrie

Op landelijk niveau droegen plaatsgebrek in krankzinnigengestichten en hoge kosten van opnames bij aan het ontwikkelen van psychiatrische zorg buiten het gesticht. Dat was in Maastricht niet het geval, zoals zojuist duidelijk werd. Er was nog een andere reden die leidde tot het zoeken naar alternatieven voor gestichtsopnames; er was een groeiende groep zenuwartsen die vond dat (langdurige) opname ook in het belang van de patiënt zoveel mogelijk moest worden voorkomen. Zij zagen dat veel patiënten afstompten en wegwijnden bij een (langdurig) verblijf in een krankzinnigengesticht en pleitten daarom voor psychiatrische en maatschappelijke hulp buiten het gesticht.⁶⁴ Hoe zag de gestichtspsychiatrie er in Maastricht uit? Wie waren er hier werkzaam als gestichtsgeneesheren en probeerden zij (langdurige) opnames te voorkomen?

Van 1860 tot vlak vóór zijn overlijden in 1883 werkte J.W. Germain als geneesheer in het krankzinnigengesticht te Maastricht.⁶⁵ Verschillende auteurs karakteriseren Germain als een zeer gerespecteerde medicus, die zijn Maastrichtse collega's voorging in het zoeken van toenadering tot de medici in de rest van Nederland.⁶⁶ Germain was eerst lid (1849-1861) en later voorzitter (1861-1865) van de Provinciale Commissie voor Geneeskundig Onderzoek en Toezicht in Limburg. Bovendien nam hij in 1878 het initiatief tot de oprichting van een Limburgse afdeling van de Nederlandse Maatschappij voor Geneeskunst.⁶⁷ Ten tijde van zijn aanstelling aan het gesticht, rond 1860, richtten een aantal Nederlandse gestichten zogenoemde patronaten op die ontslagen patiënten financiële steun gaven en hulp inschakelden van leden van de burgerij om contacten in de maatschappij te herstellen.⁶⁸ In overleg met Germain besloot het Burgerlijk Armbestuur dat een officieel patronaat in Maastricht niet nodig was. Men had namelijk al een maatregel

64 G. Blok, 'Soelaas voor geest en samenleving: de GGZ als werkveld', in: H.F.P. Hillen, E.S. Houwaart en F.G. Huisman ed., *Leerboek medische geschiedenis* (Houten 2018) 207-219, aldaar 211-212.

65 Overlijdensbericht J.W. Germain, *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 27 (1883) 212.

66 M. van Lieburg, 'De afdeling Limburg van de Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (1878-1917)', in: H. Hillen, J. van Engelshoven, L. Baur en H. Berendsen (eds.), *135 jaar KNMG in Limburg* (Voerendaal 2013) 12-34, aldaar 15 en 19, en J.F.R. Philips, 'Honderd jaar KNMG in Limburg', *Medisch Contact* 34 (1979) 966-970, aldaar 966.

67 Overlijdensbericht J.W. Germain, *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 27 (1883) 212.

68 Na het eerste patronaat te Dordrecht spoorden de Inspecteurs van het Staatstoezicht op het Krankzinnigenwezen de Minister van Binnenlandse Zaken aan om ook de andere gestichten in Nederland aan te zetten tot oprichting van een patronaat. De minister schreef in 1860 alle krankzinnigengestichten in Nederland aan met dit verzoek. Ook het krankzinnigengesticht te Maastricht ontving deze oproep. Zie Van der Grinten, *De vorming van de ambulante geestelijke gezondheidszorg*, 41, en RHCL, Archief gemeentebestuur van Maastricht, 20.007A, Band 14, inv.nr. 516: Brief Minister van Binnenlandse Zaken van 30-10-1860.

genomen die 'naar deszelfs bescheidene meening met een patronaat gelijk staat'.⁶⁹ Zo konden uit het gesticht ontslagen krankzinnigen, die afkomstig waren uit de gemeente Maastricht, nog tijdelijk in het gebrekkighuis (dat naast het krankzinnigengesticht en het ziekenhuis onderdeel was van Calvariënberg) verblijven om vandaaruit hun terugkeer in de maatschappij geleidelijk te laten verlopen. Dit kon dus dienen als tussenstap om de ontslagen patiënt niet meteen aan zijn lot over te laten. Daarnaast had het Burgerlijk Armbestuur contact opgenomen met een aantal liefdadige genootschappen in Maastricht om ontslagen patiënten die dat nodig hadden af en toe aan huis te bezoeken. Zij zouden op rekening van het Burgerlijk Armbestuur of van een van de liefdadige genootschappen deze ontslagen patiënten van 'het noodige' voorzien.⁷⁰ Ook al is het niet duidelijk in hoeverre Germain hierover heeft meegedacht of hiertoe misschien wel het initiatief heeft genomen (ook is het onduidelijk hoe lang de maatregel heeft bestaan), er was ten tijde van zijn aanstelling dus wel enige hulp voor uit het gesticht ontslagen patiënten.

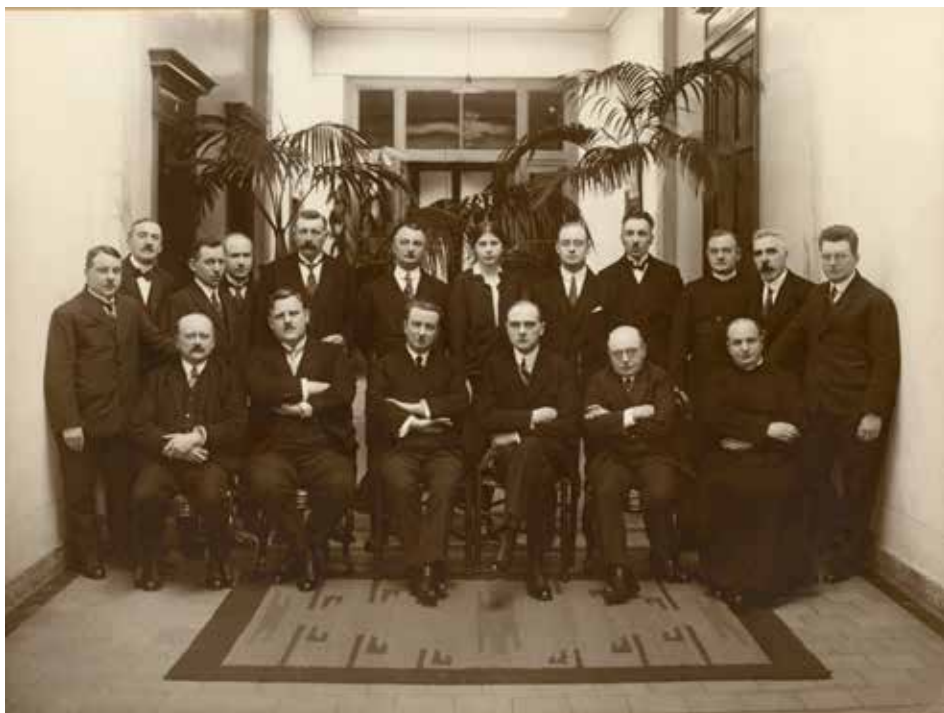
Na het overlijden van Germain en vanaf de aanstelling van chirurg L.Th. van Kleef als geneesheer-chirurg van Calvariënberg (eind 1881) wisselde de functie van assistent-geneesheer zeer regelmatig.⁷¹ Deze assistent-geneesheer droeg de verantwoordelijkheid over de behandeling van de psychiatrisch patiënten. Bijna ieder jaar vroeg de betreffende assistent-geneesheer ontslag aan en kwam er weer een nieuw persoon in dienst, want bij gebrek aan vaste aanstelling vertrokken de assistenten weer zodra zij zich in hun vak hadden bekwaamd.⁷² Van deze assistenten zal naar alle waarschijnlijkheid niemand het gesticht als prioriteit hebben beschouwd, daarvoor waren zij immers niet naar Maastricht gekomen. Misschien waren ze zelfs niet lang genoeg werkzaam in Maastricht om heropnames mee te maken. In ieder geval zal deze regelmatige wisseling van verantwoordelijken voor de zorg van de psychiatrische patiënten niet hebben bijgedragen aan mogelijke vormen van nazorg aan patiënten die waren teruggekeerd naar de maatschappij. In deze 'onrustige' situatie in Calvariënberg kwam begin twintigste eeuw verandering.

69 RHCL, Archief gemeentebestuur van Maastricht, 20.007A, Band 14, inv.nr. 516: Brief Burgerlijk Armbestuur aan B&W van Maastricht van 14-06-1861.

70 *Idem*.

71 RHCL, Gemeentearchief van Maastricht, Burgerlijke Instellingen van Weldadigheid 20.129A, inv.nr. 6118: Verschillende jaarverslagen van het krankzinnigengesticht ten behoeve van het Staatstoezicht op Krankzinnigen te 's-Hertogenbosch.

72 J. van Engelshoven, 'De zaak Overbosch', in: H. Hillen (ed.), *135 jaar KNMG in Limburg* (Voerendaal 2013) 68-75, aldaar 72.



Personeel van Calvariënberg en het Burgerlijk Ambestuur, 1927. Zittend tweede van links geneesheer-directeur Hintzen, zittend vierde van links internist Overbosch en staand eerste van rechts kinderarts Koenen. Foto RHCL, Gemeentearchief van Maastricht, Burgerlijke Instellingen van Weldadigheid, 20.129A, inv.nr. 8361.

In 1907 kwam J.L.C. Overbosch als assistent van de geneesheer-chirurg Rombouts in het Maastrichtse ziekenhuis te werken. Na een reorganisatie van de genees- en heelkundige dienst kreeg Overbosch in 1909 een vaste aanstelling en de verantwoordelijkheid over verschillende zalen (interne ziekten mannen, -vrouwen, de kinderzaal), het epidemisch ziekenhuis, de röntgeninrichting, het laboratorium én het psychiatrisch gesticht. Daarnaast hield hij nog polikliniek voor armlastigen, moest hij beschikbaar zijn om te assisteren bij de heelkundige dienst, zou hij een paar jaar later een particuliere praktijk openen en was hij betrokken bij de tuberculosebestrijding vanuit het Groene Kruis en bij de zuigelingensterftebestrijding vanuit Pro Infantibus.⁷³ Deze situatie duurde bijna 20 jaar, totdat Overbosch in 1927 naar Arnhem vertrok om daar directeur van het gemeenteziekenhuis en van de geneeskundige dienst te worden.⁷⁴

73 Van Engelshoven, 'De zaak Overbosch', 71-72.

74 Overlijdensbericht Dr. J.L.C. Overbosch, Limburgsch Dagblad, 12-2-1940.



Bedverpleging in de openlucht bij Paviljoen K (voor 'behoeftege onzindelijken') van St. Servatius te Venray, z.d. Foto Museum Psychiatrie Venray.

Het mag duidelijk zijn dat Overbosch een zeer druk bezet man was, waarbij zijn meeste tijd uitging naar de inwendige ziekten.⁷⁵ Ongetwijfeld kwam het psychiatrisch gesticht in de lange lijst met werkzaamheden niet op de eerste plaats. Dit wil overigens niet zeggen dat Overbosch zich er niet bij betrokken voelde of nauwelijks kennis had van de gestichtspsychiatrie. Uit de manier waarop hij zijn veelomvattende takenpakket uitvoerde, blijkt wel dat hij van alle markten thuis was. Dat gold voor de meeste artsen in het begin van de twintigste eeuw, toen specialisaties een minder grote rol dan tegenwoordig speelden.⁷⁶ Overbosch lijkt zich gaandeweg de noodzakelijke kennis eigen te hebben gemaakt. Zo maakte hij in 1913 een studiereis naar Hamburg ter voorbereiding op een nog op te richten röntgenafdeling in Calvariënberg.⁷⁷ Ook werd hij al snel als deskundige gezien op het gebied van de zuigelingenverzorging ook al was hij hierin niet gespecialiseerd.⁷⁸ Na het vertrek van Overbosch nam A.H.J. Hintzen de leiding over het krankzinnigengesticht op

75 Van Engelshoven, 'De zaak Overbosch', 72.

76 A. Nieuwenhuijzen Kruseman, Ontwikkelingen in de medisch-specialistische zorg in Limburg, in: H. Hillen ed., 135 jaar KNMG in Limburg (Voerendaal 2013), 148-151, aldaar 148.

77 Maastricht Clinic, Een eeuw radiotherapie in Limburg, e-book zonder paginering, aldaar H4 De Limburgse pioniers. Via: <https://ebooks.maastricht.nl/magazine/maastro-demo/4-de-limburgse-pioniers/> geraadpleegd op 9-6-2020.

78 Dat blijkt uit mijn onderzoek naar de ontwikkelingen van de zuigelingenverzorging in Maastricht waarvan de resultaten in mijn proefschrift worden gepubliceerd.



Badverpleging in St. Servatius te Venray onder leiding van broeder Anscharius en Wim Smits, omstreeks 1930. Foto Museum Psychiatrie Venray.

zich.⁷⁹ Maar Hintzen werkte niet alleen als internist, hij was ook vanaf 1919 al geneesheer-directeur van het gehele gesticht Calvariënberg. Wederom droeg dus een zeer drukbezette man de verantwoordelijkheid voor de psychiatrisch patiënten. Ook hij had hoogstwaarschijnlijk geen tijd om de medische leiding voldoende aandacht te geven.⁸⁰

Volgens Philips schoot Calvariënberg daarom tekort wat betreft psychiatrische leiding en liep men ook qua behandelmethoden achter op andere psychiatrische instellingen.⁸¹ Een veel toegepaste behandeling in gestichten begin twintigste eeuw was de bedverpleging. Zoals de naam al doet vermoeden werd men hierbij een tijdlang in bed gehouden, onder andere ter bevordering van de rust voor de patiënt zelf.⁸² Volgens Philips bleef men deze methode veel te lang toepassen in Calvariënberg.⁸³ Hoe lang dat precies was, en hoeveel deze therapievorm werd toegepast, is nog onduidelijk. Joost Vijselaar laat in zijn onderzoek van patiëntendossiers van drie Nederlandse gestichten zien dat, in tegenstelling tot wat vaak

79 Philips, *Geschiedenis van de krankzinnigenzorg in Maastricht*, 31.

80 Philips, *Gezondheidszorg in Limburg*, 123.

81 Philips, *Geschiedenis van de krankzinnigenzorg in Maastricht*, 31.

82 J. Vijselaar, *Het gesticht. Enkele reis of retour* (Amsterdam 2010), 153.

83 *Idem*, 33, en Philips, *Gezondheidszorg in Limburg*, 123.

wordt aangenomen, bedverpleging als therapie niet al in de jaren 1920 grotendeels was verdwenen maar in ieder geval tot 1950 veel werd toegepast.⁸⁴ Een wellicht 'lange' toepassing van bedverpleging in Calvariënberg moet dus in perspectief worden geplaatst.

Een andere methode, badverpleging (waarbij de patiënt uren, soms dagen of nog langer in een bad lag), was begin twintigste eeuw in Nederland populair geworden als behandeling voor onrustige patiënten. Vanaf 1927 beschikte ook Calvariënberg over geschikte baden, maar de populariteit van badverpleging was toen wel tanende. Arbeidstherapie verdrong vanaf de jaren 1920 langzaam de permanente baden, al bleef men die behandeling tot 1950 in beperkte mate toepassen.⁸⁵ Volgens Philips ontbrak arbeidstherapie lange tijd in Calvariënberg,⁸⁶ maar van 'werkverschaffing' was al vanaf halverwege de negentiende eeuw sprake, aldus Cornips.⁸⁷ Ook rapporteerde men onder de noemer 'werkverschaffing' bijvoorbeeld in 1916 dat een deel van de patiënten arbeid verrichtte, zoals 'plakken van papieren zakken en doozen' voor mannen en allerlei naai-, brei- en borduurwerk voor vrouwen.⁸⁸ Vanaf de jaren 1920 nam in Nederland de belangstelling toe voor de zogenaamde 'actievare' therapie, in wezen een uitgebreidere, intensievere en meer systematische vorm van werkverschaffing voor zoveel mogelijk patiënten.⁸⁹ In hoeverre deze visie doordrong tot Calvariënberg is moeilijk vast te stellen. Wel vermeldde psychiater-neuroloog P. Mesker, vanaf 1941 werkzaam te Calvariënberg, dat hij de arbeidstherapie uitbreidde en systematischer toepaste.⁹⁰

Andere, meer medische en somatische behandelmethoden die in Nederland vanaf de jaren 1920 werden toegepast, zoals de malariakuur, de slaapkuur, de insuline-comatherapie, de cardiazolkuur en de elektroshock-behandeling, waren volgens Philips 'in Calvariënberg zo goed als onbekend'.⁹¹ Mesker berichtte zelf dat Calvariënberg vanaf 1946 over elektroshock-toestellen beschikte (eerder was

84 Vijselaar, *Het gesticht*, 153.

85 J.M. de Jong, 'Geschiedenis van het genezen; badverpleging als psychiatrische therapie (1900-1950)', in: *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 1997, 26 juli; 141 (30), 1487-1491. En RHCL, Gemeentearchief van Maastricht, Burgerlijke Instellingen van Weldadigheid, 20.129A, inv.nr. 7611 'Verslag van het ziekenhuis Calvarieberg te Maastricht over het jaar 1927', 2.

86 Philips, *Geschiedenis van de krankzinnigenzorg in Maastricht*, 34.

87 Cornips, *Bijdrage tot de geschiedenis van de krankzinnigenzorg te Maastricht*, 51-54.

88 Burgerlijk Armbestuur, *Verslag van het Burgerlijk Armbestuur te Maastricht en van het onder zijn beheer staande Gesticht Calvariënberg over het jaar 1916*, 69. In volgende jaarverslagen werd verwezen naar dit verslag over 1916.

89 Vijselaar, *Het gesticht*, 177-178.

90 RHCL, Gemeentearchief van Maastricht, Burgerlijke Instellingen van Weldadigheid, 20.129A, inv.nr. 6119 'Jaarverslagen van de medische directie betreffende de werkzaamheden van de psychiatrische afdeling van ziekenhuis Calvariënberg c.q. de psychiatrische inrichting, 1941-1956': Jaarverslag over 1941-1942.

91 Philips, *Geschiedenis van de krankzinnigenzorg in Maastricht*, 33-34.



Arbeidstherapie: op de zolder van Paviljoen L van St. Servatius te Venray pluizen patiënten wol voor matrassen onder leiding van broeder Nicander, omstreeks 1934. Foto Museum Psychiatrie Venray.

door de oorlog niet mogelijk geweest).⁹² Overigens werden de laatste drie genoemde behandelmethoden in de Nederlandse gestichten pas vanaf 1936 in gebruik genomen.⁹³ Aangezien er in jaarverslagen van Calvariënberg (tot de komst van Mesker in 1941) nauwelijks iets over de toegepaste behandelmethoden staat geschreven, is het moeilijk hier harde uitspraken over te doen. Afhankelijk van de uitgebreidheid van de patiëntendossiers zou onderzoek daarin meer inzicht kunnen bieden. In hoeverre Calvariënberg qua behandelmethoden daadwerkelijk achterliep op andere psychiatrische instellingen kan nu dus niet worden vastgesteld. Wel mogen we veronderstellen dat gezien de kleinschaligheid van het gesticht, de al zeer drukbezette artsen en het lange tijd ontbreken van een specialist, Calvariënberg zich niet in de voorhoede van de ontwikkeling van de gestichtspychiatrie bevond. Het uitblijven van initiatieven tot ontwikkeling van psychiatrische zorg buiten het gesticht past in dit beeld.

Het bestuur van Calvariënberg zag jarenlang geen noodzaak om een psychiatrisch- en/of neurologisch specialist voor het ziekenhuis en het psychiatrisch ge-

92 Mesker, 'Sociale en medische aspecten van de krankzinnigenverpleging', 70.

93 Vijselaar, *Het gesticht*, 184.

sticht aan te trekken. Bij een reorganisatie rond 1908 werden in het ziekenhuis niet meer dan een chirurg (Rombouts) en twee geneesheren (Schols en Overbosch) aangesteld. Het was de bedoeling dat zij met z'n drieën alle werkgebieden dekten, ook al had ieder zijn eigen aandachtsgebied. Het bestuur vond het belangrijk dat de artsen een brede kennis en ontwikkeling bezaten en niet alleen gespecialiseerd waren in een bepaald gebied zodat zij elkaar konden vervangen.⁹⁴ Ongeveer een decennium later, omstreeks 1918, kwam in de gemeenteraad de vraag aan de orde of er extra specialisten moesten worden aangetrokken.⁹⁵ Nog steeds waren zowel het bestuur van het ziekenhuis als de drie ziekenhuisartsen tevreden met hun brede inzetbaarheid. Omdat hun deskundigheid de gehele geneeskunde zou bestrijken, leefde bij hen niet de behoefte om meer specialisten aan te stellen.⁹⁶ Bestuur en artsen beargumenteerden:

dat Calvariënberg niet op een lijn geplaatst kan worden met ziekenhuizen van veel grotere gemeenten, als daar zijn te Amsterdam, Rotterdam, Den Haag enz. en dat diensvolgens eene specialisering van medische krachten, zooals in zulke steden noodzakelijk, alhier onnoodig en ongewenscht is. De veelzijdige werkzaamheden in een ziekenhuis, als Calvariënberg, eischen van de artsen, die er aan verbonden zijn, een meer algemeene ontwikkeling, waarbij 'enge' specialisatie niet is door te voeren en ook onmogelijk is, wegens het groot aantal geneesheeren hiervoor noodig, die dan, ieder voor zich, geen voldoende werkzaamheden zouden hebben.⁹⁷

Behalve de aanstelling van de kinderarts Koenen in 1921 en geneesheer-directeur Hintzen bleef de situatie vele jaren ongewijzigd. Ook een gespecialiseerde arts voor de psychiatrisch patiënten ontbrak dus.

Overigens hield vanaf 1923 de vrijgevestigde zenuwarts Taco Kuiper twee keer per week spreekuur in Maastricht. De expertise leek dus dichtbij, maar het lijkt er niet op dat hij op enigerlei wijze bij het Maastrichtse gesticht betrokken is geweest.⁹⁸ Als vrijgevestigde psychiater was hij waarschijnlijk alleen toegankelijk

94 *Ibidem*, 72.

95 *Ibidem*, 73. Omdat het een gemeenteziekenhuis was, had het Burgerlijk Armbestuur (dat het gehele gesticht Calvariënberg beheerde en bestuurd) de toestemming van de gemeente nodig bij belangrijke beslissingen.

96 *Ibidem*, 73.

97 RHCL, Gemeentearchief van Maastricht, Burgerlijke Instellingen van Weldadigheid, 20.129A, inv.nr. 825, 'Processen-verbaal van de vergaderingen van het algemeen bestuur, 1815-1964': Brief aan B&W opgesteld tijdens zitting van het Burgerlijk Armbestuur op 21-12-1917.

98 Kuiper zou wel af en toe door het ziekenhuis te Heerlen zijn gevraagd neurologische consulten te doen. Zie C. Franke, 'De eerste zenuwartsen, Schiphorst en Kuiper', in: Peter Koehler en Cees Franke

voor betalende, en dus welgestelde, cliënten.

In 1936 werd dan toch een psychiatrisch specialist aangesteld. J.G.Y. de Jong kwam naar Maastricht na te zijn opgeleid tot zenuwarts in Utrecht bij de bekende hoogleraren in de psychiatrie L. Bouman en H.C. Rümke. Hij werd aan het gesticht Calvariënberg aangesteld als psychiater-neuroloog en kreeg de leiding over het psychiatrisch gesticht.⁹⁹ De Jong kreeg ook de leiding van het in 1937 geopende consultatiebureau voor psychiatrische voor- en nazorg in Maastricht, zoals verderop duidelijk zal worden. In Calvariënberg introduceerde hij modernere medische therapieën zoals slaapkuren maar hij kreeg weinig ruimte om nieuwe initiatieven te ontplooien.¹⁰⁰ Al snel, in 1941, nam hij weer ontslag en vertrok hij naar Heerlen. Hij kende de aan het Heerlense St. Joseph Ziekenhuis werkzame zenuwarts Schiphorst al, aangezien die hem eerder had gevraagd om in Heerlen een aantal neurologische consulten te doen.¹⁰¹ Schiphorst was al lange tijd ziek en in 1940 werd De Jong gevraagd hem op te volgen.¹⁰² Hij vertrok naar Heerlen waar hij de afdeling van Schiphorst overnam ‘aangetrokken door de nog altijd onvervulde belofte van de bouw van een eigen psychiatrisch-neurologische kliniek’.¹⁰³ Deze mogelijkheid zag hij blijkbaar niet in Maastricht. Doorslaggevend voor zijn vertrek naar Heerlen vond De Jong de ‘ruimere frissere geest in het College van Regenten en de bredere wetenschappelijke belangstelling in Heerlen’.¹⁰⁴ De geringe mogelijkheden tot vernieuwing in Calvariënberg zijn dus ongetwijfeld van invloed geweest op De Jongs beslissing om Maastricht te verlaten. De Jong werd zowel in Calvariënberg als aan het bureau voor psychiatrische voor- en nazorg opgevolgd door de al genoemde psychiater-neuroloog P. Mesker.

De vernieuwingsdrang die steeds meer zenuwartsen in Nederland stimuleerde tot het zoeken naar en ontwikkelen van psychiatrische en maatschappelijke hulp buiten het gesticht was in Maastricht afwezig, in ieder geval tot de komst van De Jong in 1936. Doordat lange tijd een psychiatrisch specialist ontbrak en de in Calvariënberg werkzame artsen zeer drukbezet waren, was er ook lange tijd niemand die nieuwe ideeën op het gebied van zorg voor psychiatrisch patiënten kon ontwikkelen en in de praktijk kon brengen.

(ed.), *Zorg voor zenuwziek(t)en, 75 jaar neurologische zorg in Heerlen e.o.*, 39-48, aldaar 44.

99 P. Koehler, ‘Joop G.Y. de Jong, nestor van de neurologie in Heerlen’, in: Koehler en Franke (ed.), *Zorg voor zenuwziek(t)en*, 49. En Philips, *Geschiedenis van de krankzinnigenzorg in Maastricht*, 31.

100 *Ibidem*, 31 en 33.

101 Afscheidsrede van De Jong in 1974, afkomstig uit Koehler, ‘Joop G.Y. de Jong’, 220 (voetnoot 138).

102 *Ibidem*, 50.

103 *Ibidem*, 50.

104 Citaat uit de afscheidsrede van De Jong in 1974 in: *ibidem*, 220 (voetnoot 139).

Tot dusver is duidelijk geworden dat de oorzaken en omstandigheden die landelijk gezien hebben geleid tot het zoeken naar alternatieven voor (langdurige) gestichtsonopnamen – hoge kosten van opname en verpleging, plaatsgebrek in gestichten en vernieuwingsdrang van zenuwartsen – in Maastricht geen rol speelden. Er waren echter nog enkele andere lokale omstandigheden waardoor in Maastricht mogelijk minder de behoefte werd gevoeld om nieuwe vormen van psychiatrische zorg te ontwikkelen.

Patiënten

De opnamecapaciteit van Calvariënberg was wettelijk beperkt tot maximaal 56 gestichtspatiënten.¹⁰⁵ Behalve het gesticht Veldzicht te Gorssel, waar alleen dames van goeie stand en geen armlastigen terecht konden, en Beileroord in Beilen, waar naast de 44 bedden nog circa 250 patiënten in gezinsverpleging zaten, was er geen enkel Nederlands psychiatrisch gesticht zo kleinschalig als Calvariënberg.¹⁰⁶ Dit betekende ook dat er jaarlijks maar weinig patiënten, al dan niet genezen verklaard, terugkeerden naar de maatschappij.

Volgens de eerdergenoemde gestichtsarts Mesker verbleven de meeste patiënten al vele jaren in Calvariënberg en hadden ‘meer dan de helft van hen (...) hun tweede lustrum voltooid’. Hij karakteriseerde het gesticht dat hij bij zijn komst in 1941 aantrof als een ‘bewaarinrichting’.¹⁰⁷ Het gesticht huisvestte ‘vele imbecillen’¹⁰⁸ en onder de langdurig verpleegden waren ook veel oudere patiënten, waarvan sommigen tot aan hun overlijden in het gesticht verbleven.¹⁰⁹ Mesker wilde deze patiënten, bij wie hij kans op genezing gering achtte, al snel naar gestichten met meer capaciteit en betere accommodatie overplaatsen.¹¹⁰ Het is moeilijk te zeggen of in Calvariënberg inderdaad meer ‘imbecillen’ en dementerende ouderen verbleven, daarvoor zou de gestichtsbevolking tussen verschillende gestichten uitvoerig moeten worden vergeleken. In de psychiatrische geschiedschrijving wordt telkens benadrukt dat in de meeste psychiatrische instellingen in de eerste helft van de twintigste eeuw veel van deze min of meer permanente patiënten waren opgenomen. Pas in de loop van de tweede helft van de vorige eeuw groeide

105 Cornips, *Bijdrage tot de geschiedenis van de krankzinnigenzorg te Maastricht*, 48.

106 Gijswijt-Hofstra en Oosterhuis, *Verward van geest*, bijlage 1a: chronologisch overzicht van krankzinnigengestichten en psychiatrische inrichtingen in Nederland 1884-1940, 1401-1408.

107 Mesker, ‘Sociale en medische aspecten van de krankzinnigenverpleging’, 66.

108 *Ibidem*, 66.

109 Philips, *Geschiedenis van de krankzinnigenzorg in Maastricht*, 34.

110 Mesker, ‘Sociale en medische aspecten van de krankzinnigenverpleging’, 67.



Bezoek van de gemeenteraad aan Calvariënberg. Uitleg over de verpleging van psychiatrische patiënten door de zenuwarts Dr. P. Mesker rechts, 1957. Beeldbank RHCL, fotocollectie GAM.

het aantal instellingen voor specifieke groepen, zoals verstandelijk gehandicapten, en trad er een differentiatie op in de diverse groep van gestichtspatiënten.¹¹¹

Als het idee van psychiatrische zorg buiten het gesticht überhaupt al bij de betrokken artsen te Calvariënberg was opgekomen, is het nog de vraag of men deze gedachte voor zo weinig patiënten wel de moeite had gevonden. Jarenlang rapporteerde Calvariënberg dan ook aan het Staatstoezicht op het Krankzinnigenwezen dat er vanuit het gesticht geen hulp bestond voor verpleegden tijdens verlof of na ontslag.¹¹² Maar in 1934 schreef men wel dat ontslagen patiënten 'vrij den afdelings-geneesheer konden opzoeken, op elk willekeurig uur, als zij dit wilden'.¹¹³ Daar zou het gros echter geen gebruik van maken. Dit laatste kan heel goed door het gesticht zijn opgevat als aanwijzing dat er in Maastricht geen behoefte bestond om psychiatrische nazorg te ontwikkelen.

- 111 Zie onder andere Gijswijt-Hofstra en Oosterhuis, *Verward van geest*, 113-115, en Vijselaar, *Het gesticht*, 58.
 112 RHCL, Gemeentearchief van Maastricht, Burgerlijke Instellingen van Weldadigheid 20.129A, inv.nr. 6118: Verschillende jaarverslagen van het krankzinnigengesticht ten behoeve van het Staatstoezicht op Krankzinnigen te 's-Hertogenbosch. Nb. Verslagen van 1919-1933 ontbreken.
 113 RHCL, Gemeentearchief van Maastricht, Burgerlijke Instellingen van Weldadigheid 20.129A, inv.nr. 6118: Jaarverslag van het krankzinnigengesticht ten behoeve van het Staatstoezicht op Krankzinnigen te 's-Hertogenbosch over 1934, 26.

Informele zorg

Wat gebeurde er in Nederland en in Maastricht met de ontslagen patiënten? Ten eerste speelden naast een belangrijke rol bij de zorg voor psychiatrisch patiënten, ook bij opname in en ontslag uit het gesticht. Uit onderzoek in patiëntendossiers van drie Nederlandse psychiatrische gestichten tot 1950 concludeert Vijselaar dat voorafgaand aan opname in een gesticht familieleden hun psychiatrische verwant vaak zo lang mogelijk verzorgden.¹¹⁴ Niet de psychiatrische stoornissen vormden vervolgens de directe aanleiding tot opname; in veel gevallen waren het sociale redenen zoals de familie die de belasting niet langer aankon als gevolg van overlast gevende gedragsveranderingen bij de patiënt. Soms kwam het tot opname omdat naast die de patiënt verzorgden wegvielen. Ook bij ontslag uit het gesticht gaf niet de vermindering van de psychiatrische stoornis de doorslag maar een afname van het problematische gedrag dat de opname had veroorzaakt. Bij ontslag van een patiënt was de daadwerkelijke genezing in medische zin dus minder belangrijk dan sociale criteria zoals het vermogen tot communiceren, tot hanteerbaar gedrag, tot arbeid en sociale integratie. Rapporteerden de familieleden van de patiënt tijdens proefverlof dat deze thuis weer te hanteren viel, dan werd de patiënt 'hersteld' of 'voldoende hersteld' ontslagen. Ook keerden volgens Vijselaar patiënten met een sociaal vangnet van naasten vaker dan alleenstaanden terug naar de samenleving en nam de familie vaak het initiatief om tot ontslag te komen. Het ontslag van een patiënt was dus in ieder geval deels de uitkomst van overleg en onderhandeling tussen het gesticht en de naasten. Dat blijkt ook uit het feit dat sommige patiënten 'niet-hersteld' het gesticht verlieten. In deze gevallen was het de familie die het ontslag 'forceerde', zij wilden (opnieuw) de patiënt zelf opvangen ondanks het feit dat deze niet was genezen of hersteld.¹¹⁵

Op basis van zijn dossieronderzoek concludeert Vijselaar dus dat de familieleden een belangrijke rol speelden in de zorg voor een (toekomstige) psychiatrisch patiënt, zowel vóór als na opname in een gesticht.¹¹⁶ Ook in Maastricht verzorgden naasten hun psychiatrisch familielid vaak langdurig. Frijs en Van Genugten concluderen uit hun onderzoek van patiëntendossiers van Calvariënberg tot 1900 dat in de meeste gevallen de gestichtsoptname een niet-medische aanleiding had. Soms werd als reden genoemd dat er geen familie meer was om

114 Voorburg, *Endegeest en Wolfheze*.

115 J. Vijselaar, 'Out and in: The family and the asylum. Patterns of admission and discharge in three Dutch psychiatric hospitals 1890-1950', in: Marijke Gijswijt-Hofstra (ed.), *Psychiatric Cultures Compared: Psychiatry and Mental Health Care in the Twentieth Century: Comparisons and Approaches* (Amsterdam 2005) 277-294, en Gijswijt-Hofstra en Oosterhuis, *Verward van geest*, 120-125 en 341-343.

116 Vijselaar, *Het gesticht*, 324.

voor de patiënt te zorgen, in de meeste gevallen lijkt het erop dat (zoals ook Vijselaar concludeert) het problematisch gedrag dermate was toegenomen dat men tot opname moest overgaan. Indicaties waren bijvoorbeeld het risico op ongelukken of gevaar voor de veiligheid van de patiënt zelf en/of de omgeving. De patiënt viel blijkbaar niet langer te hanteren in de eigen omgeving.¹¹⁷ Ook Philips benadrukt 'dat men de patiënten zo lang mogelijk thuis hield en alleen dan om opname verzocht, als men de verpleging niet meer aankon of omdat de opname op grond van een rechterlijke beschikking was bevolen'.¹¹⁸ Dit beeld wordt bevestigd door geneesheer-directeur Hintzen. Hij stelde in 1920 dat 'de noodzakelijkheid van onverwijld ingrijpen door de omgeving wordt afgewacht, vóór ze een medicus in den arm nemen'.¹¹⁹

Kan in de aanwezigheid van deze vorm van informele zorg in Maastricht een verklaring liggen voor het uitblijven van nieuwe vormen van psychiatrische zorg buiten het gesticht? Was de behoefte hieraan kleiner omdat de zorg door naasten in Maastricht wellicht groter dan elders was? Uit de aantallen 'niet-herstelde' patiënten die terugkeerden naar de maatschappij zouden we interessante conclusies kunnen trekken ten aanzien van de rol van de familie in de zorg voor psychiatrisch patiënten. Volgens Vijselaar waren het in deze gevallen namelijk de naasten die het ontslag 'forceerden'. Zij voelden zich (weer) in staat de patiënt zelf op te vangen ondanks dat de patiënt nog nauwelijks of geen verbetering vertoonde en/of hadden zo hun redenen de patiënt weer zelf te willen verzorgen, bijvoorbeeld om economische motieven of omdat zij zorg thuis toch het beste voor de patiënt achtten.¹²⁰ Een zeer minimale vergelijking tussen de aantallen niet-herstelde patiënten die uit Calvariënberg en uit St. Anna naar de maatschappij terugkeerden, doet vermoeden dat de rol van familie bij ontslag uit het gesticht, én de bereidheid om patiënten die nog geen of nauwelijks verbetering vertoonden, in Maastricht misschien wel bovengemiddeld groot was: van 1927 tot en met 1930 verlieten in totaal tien patiënten (op een jaarlijkse gestichtsbevolking van ongeveer 52 patiënten) Calvariënberg 'niet-hersteld' en in totaal vier patiënten (op een jaarlijkse gestichtsbevolking van ongeveer 700 patiënten) verlieten 'niet-hersteld' St. Anna.¹²¹

117 J. Frijns en M. van Genugten, *Krankzinnigheid in de tweede helft van de 19e eeuw: een onderzoek naar de redenen van opname van krankzinnigen in het gesticht Calvariënberg te Maastricht* (Scriptie Economische en sociale geschiedenis K.U. Nijmegen) (Nijmegen 1982) 48-49.

118 Philips, *Gezondheidszorg in Limburg*, 124.

119 RHCL, Gemeentearchief van Maastricht, Burgerlijke Instellingen van Weldadigheid, 20.129A, inv.nr. 1120 B: Bericht Hintzen aan het Burgerlijk Armbestuur, 07-12-1920. Onderstreepte woorden in citaat.

120 Vijselaar, *Het gesticht*, 308-312.

121 Tabellen 'Staat van den loop der bevolking wat betreft patiënten', in: *Verslag St. Anna, 1927 en 1928*, en in: *Verslag St. Anna, Jaarboeken der Vereniging van R.K. Gestichten en Inrichtingen, 1929 en 1930*. En Tabellen 'Krankzinnigengesticht - Overzicht van stand en beweging der bevolking', in RHCL, Gemeen-

Om conclusies hierover te kunnen trekken zal echter een uitgebreid en ander soort onderzoek moeten plaatsvinden, waaronder een onderzoek in patiëntendossiers zoals Vijselaar dat heeft gedaan. Dit zou interessante inzichten kunnen bieden in de informele zorgstructuren in Maastricht, bestaande uit familie, geestelijken en huisartsen. Of een dergelijk onderzoek inderdaad de gewenste inzichten oplevert is uiteraard afhankelijk van de inhoud en uitgebreidheid van de patiëntendossiers, met name wat betreft het proces rondom het ontslag van patiënten.

Ook de burgerij en liefdadigheidsinstellingen hielpen ontslagen patiënten bij hun terugkeer in de samenleving. Eerder in dit artikel kwamen de zogenoemde patronaten en de specifieke maatregelen in Maastricht rond 1860 al kort ter sprake. Helaas is het niet duidelijk wat het daadwerkelijke effect van deze hulp na ontslag uit het gesticht was en hoe lang zij heeft bestaan. Wellicht zijn deze negentiende-eeuwse maatregelen langer doorgegaan dan te achterhalen is.

Het is wel zeker dat ook in de twintigste eeuw liefdadigheidsinstellingen en parochiële armbesturen in aanraking kwamen met bepaalde problematische burgers. Dat blijkt uit vergaderingen van de Maastrichtse Armenraad (opgericht in 1913), waarin alle liefdadigheidsverenigingen en parochiale armbesturen van Maastricht plus het Burgerlijk Armbestuur zitting hadden. Vlak na oprichting van de Armenraad constateerden de aangesloten instellingen namelijk dat er problemen waren met burgers die men aanduidde met verschillende termen zoals 'zwakzinnigen', 'epileptici', 'idioten' en 'zenuwlijders'.¹²² Het is duidelijk dat de verschillende armenzorginstellingen in Maastricht in hun werk met deze burgers te maken kregen. Zij troffen hen 'niet zelden in zeer ellendige toestanden' aan en waren van mening dat zij behoorden 'tot de ongelukkigsten onder de armen'.¹²³

De Armenraad maakte zich ernstig zorgen over deze burgers en richtte er een speciale Commissie voor op. Deze Commissie tot behartiging der belangen van hulpbehoevende Zwakzinnigen en Epileptici stelde zich ten doel om voor deze burgers 'een passende werkkring, goede huisverpleging of verpleging in een gesticht' te verkrijgen.¹²⁴ De aangesloten instellingen vonden dat de steun of zorg die zij tot dan toe individueel hadden kunnen bieden niet meer voldeed. Als men bijvoorbeeld van mening was dat voor een individu verpleging in een gesticht nodig was, had men voorheen grote moeite om daarvoor de benodigde financiën bij elkaar te krijgen: 'In den regel trekt zich iemand het lot van zulk een

tearchief van Maastricht, Burgerlijke Instellingen van Weldadigheid, 20.129A, inv.nrs. 7611-7614: 'Verslag van het ziekenhuis Calvarieberg te Maastricht' over 1927-1930.

122 *Verslag van den Armenraad over het jaar 1914*, 6. En RHCL, Archief Armenraad, sinds 1948 Sociale Raad Maastricht, 20.137, inv.nr. 3: Notulen bestuursvergadering 27-04-1914.

123 *Verslag Armenraad over 1915*, 7-8.

124 *Verslag Armenraad over 1918*, 5. Zie ook het reglement van de commissie, 33-34.

ongelukkige aan en vraagt links en rechts eene bijdrage. Met groote moeite wordt op deze wijze het benodigde bedrag samengesteld, maar niet zelden mislukt dit ook, en wordt de ongelukkige dan maar weer aan zijn lot overgelaten'.¹²⁵ Het ging hier namelijk om personen waar men blijkbaar wél psychische-, sociale- en/of gedragsproblemen aan toeschreef waardoor zij zich niet (geheel) zelfstandig in de maatschappij konden redden. Maar zij waren (nog) niet 'krankzinnig' bevonden door een arts of veroorzaakten (nog) niet zoveel overlast dat er een rechterlijke machtiging aan te pas kwam waardoor zij, indien zij armlastig waren, op kosten van de gemeente konden worden opgenomen in een krankzinnigengesticht. De armenzorginstellingen streefden naar samenwerking en professionalisering.¹²⁶ Hierdoor verwachtten ze meer te kunnen bereiken voor deze burgers dan waar zij individueel toe in staat waren.

We kunnen concluderen dat de instellingen van armenzorg zich dus al vóór de oprichting van de Armenraad bezighielden met zorg voor deze burgers in de maatschappij. Niet alleen de familie maar ook dergelijke instellingen van armenzorg bekommerden zich om burgers met psychiatrische stoornissen of met problematisch gedrag. Daarnaast zien we dat zij hun eigen informele zorg niet meer voldoende achtten en streefden naar andere manieren om zorg in de maatschappij te bieden. In de loop der jaren spitste de aandacht van de Commissie zich steeds meer toe op de kinderen die van de Maastrichtse 'Zwakzinnigenschool' kwamen. De 'nazorg' voor deze kinderen betrof vooral begeleiding bij het vinden en behouden van werk. Dat bood niet alleen structuur en een 'doel' voor de oud-leerlingen zelf. Nazorg zorgde er ook voor dat zij (enigszins) mee konden komen in de maatschappij, iets konden bijdragen en deze zorg droeg bij aan het voorkomen van dure gestichtsofname of overlast. Hiervoor werd contact gezocht en onderhouden met het hoofd van de school, broeder Jan Baptist, en lokale werkgevers. In eerste instantie deed een zogenaamde armbezoeker van de Armenraad dit, maar in de jaren 1930 nam een maatschappelijk werkster het nazorgwerk over. Zij zou in de daaropvolgende jaren de nazorg professionaliseren en intensiveren.¹²⁷ Deze zorg in de maatschappij die de Commissie tot stand bracht was dus geen bureau voor psychiatrische voor- en nazorg, maar een vorm van zorg die aansloot bij de Maastrichtse zorgbehoefte van dat moment.

125 RHCL, Archief Armenraad, 20.137, inv.nr. 3: Notulen bestuursvergadering 08-10-1917.

126 Verslag Armenraad over 1915, 7-8, en Verslag Armenraad over 1917, 8.

127 Verslag der Commissie voor arme Zwakzinnigen en Epileptici, in: *Verslag Armenraad, 1917-1930*. En L. Brants, *Leiding moeten zij hebben. Een geschiedenis van de sociaal pedagogische zorg voor mensen met een verstandelijke handicap in Nederland tussen 1900 en 1945* (Maastricht 2004) 101-103 en 131 en 135-136.



J.G.Y. de Jong, psychiater-neuroloog aan Calvariënberg van 1936 t/m 1941, 1949. Foto U.S. National Library of Medicine, Bethesda, MD, USA.

Toch een consultatiebureau voor psychiatrische voor- en nazorg in Maastricht

Hoewel er in Maastricht dus nauwelijks belangstelling bestond voor psychiatrische zorg buiten het gesticht, kwam er in 1937 toch een consultatiebureau voor psychiatrische voor- en nazorg. Na de opening van het bureau in Venray besprak de Commissie voor Geestelijke Volksgezondheid namelijk de mogelijkheid tot het openen van een tweede bureau in Limburg. Aanvankelijk dacht men helemaal niet aan Maastricht als vestigingsplaats. De Commissie gaf de voorkeur aan een bureau in Sittard.¹²⁸ Op verzoek van anderen binnen het Limburgse Groene Kruis koos men toch voor Maastricht en wel uitsluitend om praktische redenen: geen reiskosten van de leider (en assistentes) van het bureau en de betere (reis)verbindingen naar Maastricht waardoor het makkelijker bereikbaar was voor de gehele regio

128 SHCL, R.K. Vereniging Het Limburgse Groene Kruis, EAN_0611, doos 19, map 120: Brief van R.K. Vereniging het Limburgse Groene Kruis aan de Leden van de Commissie voor Geestelijke Volksgezondheid, 20-11-1936.

Zuid-Limburg. Bovendien woonden er meer mensen in het centrum van Maastricht dan in dat van Sittard.¹²⁹

Het initiatief tot oprichting van het bureau kwam volledig van de Commissie voor Geestelijke Volksgezondheid. Ook lijkt de uiteindelijke keuze voor Maastricht niet te zijn beïnvloed door de aanwezigheid van een psychiatrisch gesticht of doordat de gestichtsmedici betrokken wilden zijn bij de nazorg voor hun patiënten. De eerste psychiater te Calvariënberg, De Jong, werkte er destijds amper drie maanden, vanuit hem zal het initiatief niet al zo snel zijn gekomen. Aangezien als reden werd genoemd dat er geen reiskosten voor de leider zouden zijn, had men De Jong, die in Maastricht was gevestigd, wel al op het oog als leider voor dit bureau.

In juni 1937 opende dus het consultatiebureau voor psychiatrische voor- en nazorg in Maastricht, onder leiding van De Jong.¹³⁰ Ook al was het bureau niet door hem geïnitieerd, hij probeerde deze psychiatrische zorg buiten het gesticht wel tot bloei te brengen. Zo probeerde hij 'door het wegnemen van moeilijkheden, het met medewerking van de betreffende instanties verlenen van bijvoorbeeld kleine ondersteuning en het bevorderen van werkverschaffing' terugvallen te voorkomen en hij onderhield contact met de huisartsen van de patiënten en met andere betrokken instanties.¹³¹ Ook streefde De Jong ernaar om de opnametijd in het psychiatrische gesticht te verkorten. Hij liet sommige patiënten eerder met proefverlof gaan indien zij beloofden het consultatiebureau te bezoeken.¹³² Bovendien berichtte hij de Commissie voor Geestelijke Volksgezondheid vier maanden na de opening van het bureau dat het hem gewenst leek om in de toekomst een psychiatrisch geschoolde verpleegster te benoemen om huisbezoeken te brengen aan patiënten van het consultatiebureau. De Jong wilde in Maastricht ook gezinsverpleging gaan opzetten waar hij deze verpleegster bij wilde betrekken.¹³³ Van gezinsverpleging kwam destijds evenwel niets terecht,¹³⁴ maar hij voerde wel een

129 *Idem*. Naar verwachting komt het bericht van het hoofdbestuur, maar dat staat niet duidelijk op de brief vermeld. De brief is afkomstig van de algemeen secretaris Van Oppen van het Limburgse Groene Kruis.

130 *Idem*, map 121: Brief van De Jong aan De afdeling Geestelijke Volksgezondheid van het Limburgsche Groene Kruis, 4-10-1937. Philips, 50 jaar sociale gezondheidszorg in Limburg, 206.

131 R.K. Vereniging Het Limburgse Groene Kruis, Jaarverslag 1938, 102 en Jaarverslag 1937, 158.

132 R.K. Vereniging Het Limburgse Groene Kruis, Jaarverslag 1938, 102.

133 SHCL, R.K. Vereniging Het Limburgse Groene Kruis, EAN_0611, doos 19, map 121: Brief van De Jong aan De afdeling Geestelijke Volksgezondheid van het Limburgsche Groene Kruis, 4-10-1937. Philips, 50 jaar sociale gezondheidszorg in Limburg, 206.

134 In het jaarverslag aan het Staatstoezicht op krankzinnigen over 1941, dus een paar jaren later, stond namelijk nog steeds: 'Het ligt in de bedoeling hiermede zeer geleidelijk een aanvang te maken'. Zie RHCL, Gemeentearchief van Maastricht, Burgerlijke Instellingen van Weldadigheid, 20.129A, inv.nr. 6118: Jaarverslag van het krankzinnigengesticht ten behoeve van het Staatstoezicht op Krankzinnigen

gesprek met zowel een vertegenwoordiger van het gemeentebestuur van Maastricht van de afdeling Financiën, als met de directeur van de GGD in Maastricht over mogelijke bezuinigingen op de verpleegkosten. Die kon men volgens De Jong bereiken door een verpleegster voor huisbezoeken aan te stellen.¹³⁵ Zij werd drie jaar later daadwerkelijk aangesteld door het Limburgse Groene Kruis. In hoeverre het initiatief van De Jong hieraan heeft bijgedragen is niet duidelijk.

Zou een eerdere aanstelling van De Jong of een andere psychiater aan Calvariënberg ook eerder een gevoel van urgentie voor psychiatrische zorg buiten het gesticht hebben aangewakkerd? Wellicht. In ieder geval probeerde De Jong de verdere ontwikkelingen na de opening van het bureau te stimuleren. Ook in Heerlen, waar hij in 1941 naartoe vertrok, bleef De Jong bij de psychiatrische voor- en nazorg betrokken. Naast de psychiatrisch-neurologisch afdeling van het Heerlens ziekenhuis nam hij ook de leiding van het consultatiebureau over van Schiphorst.¹³⁶ Evenals in Venray bleek in Maastricht het Limburgse Groene Kruis onmisbaar bij de organisatie. Overigens kwam niet alleen in Limburg met hulp van een kruisvereniging de psychiatrische voor- en nazorg tot stand, dat was ook het geval in Zuid-Holland, Noord-Brabant en Gelderland.¹³⁷

Conclusie

Op initiatief van het Limburgse Groene Kruis opende het Maastrichtse consultatiebureau voor psychiatrische voor- en nazorg als tweede bureau van Limburg eind jaren 1930 zijn deuren. Om praktische redenen koos men voor Maastricht. Dat het initiatief van het Limburgse Groene Kruis kwam neemt niet weg dat de aanwezigheid van een psychiatrische specialist een noodzakelijke voorwaarde is geweest voor de totstandkoming van het bureau.

Door na te gaan in hoeverre de oorzaken die een rol speelden bij de ontwikkeling van psychiatrische zorg buiten het gesticht in andere delen van Nederland ook voor Maastricht golden, kunnen we concluderen dat de Maastrichtse context een ander patroon liet zien. De norm voor de maximale opnamecapaciteit, die bij veel

te 's-Hertogenbosch 1941, 25. In hoeverre de oorzaak hiervoor ligt bij De Jong zelf, of dat hij ook bij dit initiatief weinig gelegenheid kreeg om dit op te zetten, of er een andere oorzaak was, is moeilijk zeker te stellen. Zie ook Philips, *Geschiedenis van de krankzinnigenzorg in Maastricht*, 31 en 33.

135 SHCL, EAN_0611, R.K. Vereniging Het Limburgse Groene Kruis, doos 20, map 122: Brief J.G.Y. de Jong aan het Hoofdbestuur van de R.K. Vereniging het Limburgsche Groene Kruis, 3-4-1938.

136 *Idem*, map 126: Brief aan Nationale Federatie voor de Geestelijke Volksgezondheid over opgave bureau-uren, 24-11-1941.

137 Van der Grinten, *De vorming van de ambulante geestelijke gezondheidszorg*, 53-54.

andere gestichten de druk opvoerde om naar alternatieve zorg buiten het gesticht te zoeken, vormde in het Maastrichtse gesticht geen probleem; men kon immers een beroep doen op de Venrayse gestichten. Het gemeentebestuur maakte zich wel zorgen om de hoge kosten van gestichtsonnames, maar toch zocht men niet naar alternatieven voor gestichtsonnames zélf. Het werk in het psychiatrisch gesticht was één van vele taken voor de drukbezette artsen en doordat zowel ziekenhuisartsen als -bestuur geen noodzaak zagen in het uitbreiden van het aantal medische specialismen, en dit zelfs bewust tegenhielden, was er ook lange tijd geen specialist die nieuwe ideeën op het gebied van zorg voor psychiatrisch patiënten kon ontwikkelen en in de praktijk kon brengen.

In Maastricht voelde men lange tijd niet de urgentie om nieuwe vormen van zorg voor psychiatrisch patiënten te ontwikkelen. Ook al kwamen bijna alle patiënten uit Maastricht, wat in theorie het Rotterdamse model van een 'buitendienst' vanuit het gesticht mogelijk maakte, het Maastrichtse gesticht was kleinschalig. Er konden (in verhouding tot andere gestichten) weinig patiënten worden opgenomen en er waren dus ook weinig ontslagen, waarbij de mogelijkheid om de gestichtsarts te bezoeken nauwelijks werd gebruikt. Ook moet er sprake zijn geweest van aardig wat 'informele zorg' door liefdadigheidsinstellingen en door naasten. Het is goed mogelijk dat de vele instellingen van (parochiële) armenzorg en liefdadigheid die Maastricht rijk was lange tijd een belangrijke rol hebben gespeeld bij het ondersteunen (zowel financieel als maatschappelijk) van uit het gesticht ontslagen patiënten en hun gezinnen. De oprichting van een speciale Commissie in de Armenraad getuigt er in ieder geval van dat deze instellingen met 'problematische burgers' te maken kregen. De Commissie richtte geen specifiek bureau voor psychiatrische voor- en nazorg op, maar spitste zich in de loop der jaren wel steeds meer toe op 'nazorg' voor oud-leerlingen van de 'Zwakzinnigen-school'. Daaraan was blijkbaar wél behoefte. Of de 'mantelzorg' *avant la lettre* in Maastricht omvangrijker is geweest dan elders, waardoor de behoefte aan nieuwe vormen van psychiatrische zorg in de maatschappij kleiner was, is zonder verder onderzoek niet vast te stellen.

Deze analyse van de lokale dynamiek biedt inzicht in waarom in Maastricht initiatieven tot en behoefte aan alternatieven voor gestichtsonnames uitbleven. Blijkbaar streefde men niet overal in het land naar het ontwikkelen van nieuwe vormen van psychiatrische zorg in de samenleving. Nederland laat dus een gevarieerder beeld zien dan vaak wordt aangenomen.