

Geïnspireerde Zorg



De geschiedenis van het Diaconessenhuis in Breda
1890 – 2000

Door Piet Dekkers

Voorwoord

Eind 2009 is tijdens de halfjaarlijkse ledenvergadering van de Vereniging tot steun aan Protestants Christelijke Instellingen te Breda besloten om een boek te gaan publiceren over het Diaconessenhuis te Breda. De directe aanleiding was het feit dat bekend was geworden dat het gebouw aan de Langendijk in de nabije toekomst gesloopt zou worden. Aanvankelijk zou het alleen gaan over de periode van het bestaan van het ziekenhuis aan de Langendijk. Er werd een commissie ingesteld bestaande uit Nienke Noteboom-van de Pol, Jan Schipper en Jan Bavinck, allen leden van bovengenoemde Vereniging. De heer Piet Dekkers is bereid gevonden om zich in de geschiedenis te verdiepen en deze te beschrijven. Om thuis te geraken in het wezen van het Diaconessenhuis in de jaren 60 bleek dat een publicatie niet tot stand zou kunnen worden gebracht zonder ook de ontstaansgeschiedenis en de eerste jaren van het ziekenhuis erbij te betrekken. En zo ligt er nu het boek 'Geïnspireerde Zorg' voor U dat de geschiedenis vertelt van het ontstaan van het ziekenhuis in 1890 tot aan de fusie van het Baronieziekenhuis met het Ignatiusziekenhuis en het ziekenhuis in Oosterhout die tot stand is gekomen in het jaar 2000. De commissie is verheugd dat de opdracht nu voltooid is en wil haar waardering uitspreken over het vele werk dat Piet Dekkers heeft verricht om tot dit resultaat te komen. Ook is de commissie dankbaar voor de inspanningen die Truus de Bruyn heeft verricht om zowel de commissie als Piet Dekkers met raad en daad terzijde te staan.

Inleiding

Graag heb ik aan het verzoek van de vereniging voldaan om de geschiedenis in kaart te brengen. Voor de publicatie heb ik een keuze gemaakt uit het omvangrijke archief. Het boek is opgebouwd uit drie hoofdstukken, de periode vanaf de start tot en met de situering aan de Wilhelminasingel (1890-1956), de periode aan de Langendijk (1957-1986) en de periode na de fusie met het St. Laurens (1987-2000). In elk hoofdstuk is de historie in afzonderlijke paragrafen beschreven. Tevens zijn de achtergronden belicht van het moeizame overleg in de vorige eeuw over de gezondheidszorg in de regio Breda. Omdat de notulen en de jaarverslagen de belangrijkste bronnen zijn, is afgezien van het maken van annotaties. De verwijzingen in de tekst spreken voor zich. De gegevens in de inleidende paragraaf zijn ontleend aan de respectievelijke publicaties zoals opgenomen in de literatuurlijst. Als tegenwicht voor de schriftelijke bronnen heb ik zestien direct betrokkenen (onder wie diacones, medewerker, specialist, directielid en bestuurder) geïnterviewd. Een samenvatting van elk van de gesprekken is in de tekst opgenomen. De leden van de begeleidingscommissie ben ik grote dank verschuldigd. Enerzijds voor de inwijding in de achtergronden van het Diaconessenhuis en anderzijds voor de plezierige wijze waarop zij sturing aan het project hebben gegeven. Tevens ben ik dank verschuldigd aan mevrouw T. de Bruyn-Goumans, mevrouw E. Koert, dr. C. Kammeraat en ds. J. Loosman, die zo vriendelijk waren om de teksten van kritisch commentaar te voorzien en aan mijn dochter Silvia voor haar tekstuele en redactionele bemerkingen. Niet onvermeld mag blijven de medewerking die ik kreeg van de medewerkers van het Stadsarchief Breda, waar het archief van het Diaconessenhuis is gedeponeerd. Het Amphia ziekenhuis gaf toestemming voor het raadplegen van het Baronie-archief. Breda, december 2012

Achtergronden van de ziekenzorg in de negentiende eeuw

De diaconessen in Nederland

De oorsprong van het protestantse ziekenhuiswezen in Nederland ligt in Utrecht, waar in november 1844 de 'Inrichting van Diaconessen in Nederland' werd geopend. De oprichting van dit Diaconessenhuis was geïnspireerd op de ideeën van Theodor Fliedner (1800-1864), een Duitse predikant. Fliedner werd na zijn studie theologie in 1822 dominee in Kaiserswerth, een arm dorpje bij Düsseldorf. Al snel na zijn komst werd de fluweelfabriek in het dorp gesloten, waardoor het grootste gedeelte van zijn gemeente op straat kwam te staan. De sociaal bewogen Fliedner raakt zeer betrokken bij het lot van de werkloze parochianen. Hij beseft dat er meer nodig is dan zijn persoonlijke hulp en reist in 1823 en 1827 naar Engeland en Nederland om geld bijeen te brengen voor sociale opvang. Tijdens zijn bezoek aan Amsterdam komt hij in contact met de diaconessen uit de Doopsgezinde Gemeente. Deze diaconessen zijn vooral actief op sociaal medisch gebied. Fliedner krijgt donaties en richt in de periode 1833-1836 tehuizen op voor daklozen en ontslagen gevangenen. Daarnaast sticht hij brei- en bewaarscholen, een kweekschool en hij vormt een steunfonds voor werklozen. Maar zijn belangrijkste daad is de oprichting van een hospitaaltje in een leegstaand fabrieksgebouw. Daar ontvangen de eerste vrouwelijke hulpkrachten hun opleiding als toekomstige diaconessen-verpleegsters. Als dominee Fliedner op 13 oktober 1836 het eerste diaconessenhuis te Kaiserswerth opent, kan hij nauwelijks bevroeden hoeveel navolging zijn pionierswerk zal krijgen: bij zijn overlijden in 1864 zijn er al honderd diaconessenhuizen (verspreid over de hele wereld) en een halve eeuw later zelfs 286.

In de officiële benaming van het Utrechtse Huis (Inrichting van Diaconessen in Nederland) kwamen twee principes bij elkaar. Allereerst ging het om Inrichting van Diaconessen, een moederhuis - een gemeenschap van diaconessen - zoals dat door Fliedner was ontwikkeld. Vervolgens was er sprake van een Inrichting in Nederland, waarmee de nationale ambities werden onderstreept. Het Utrechtse Huis was bij de oprichting bedoeld als moederhuis voor heel Nederland. De vele (zelfstandige) diaconessenhuizen die na 1844 elders in Nederland tot stand kwamen (totaal zesentwintig in de periode 1865-1960) vormen het bewijs dat de nationale ambities van het Utrechtse huis nooit gerealiseerd zijn. De stichting van deze Huizen paste in een bredere context; een internationale opleving van het christelijk denken en handelen in het 19de-eeuwse Europa: het Reveil. De aanhangers van het Reveil verwachtten een vernieuwing van de wereld. Die moest tot stand komen via een innerlijk geïnspireerde verandering van het individu en daardoor ook van de gemeenschap. In de 19de eeuw waren er in Nederland (afgezien van het kerkelijk diaconaat) slechts weinig voorzieningen voor de zwakkeren in de

samenleving. Het Reveil kreeg vooral daarom in de tweede helft van de 19de eeuw een uitwerking op sociaalfilantropisch en later ook op politiek gebied.

De Bredase situatie

Aan het begin van de 19de eeuw had Breda een sterftecijfer van 37,4 per duizend inwoners. Dit was beduidend hoger dan het landelijk gemiddelde: 28,9 per duizend. Uit gegevens over de periode 1811-1816 blijkt dat een op de vier kinderen het tweede levensjaar niet haalde. De kindersterfte bedroeg zo'n 40% van de totale sterfte. De kwetsbaarheid van deze groep hield vooral verband met slechte hygiëne en slechte voeding. Het drinkwater van de stad kwam grotendeels uit het door de zandgrond gefilterde welwater. Hoewel er verspreid over de stad pompen stonden, waren zij niet overal even gemakkelijk bereikbaar. Daarom werd voor de watervoorziening ook gebruikgemaakt van het (vervuilde) oppervlaktewater. Ook werd regenwater opgevangen, waar gemakkelijk ziektekiemen in terecht konden komen. Epidemieën als dysenterie, tyfus en cholera kwamen vaak voor. Aan cholera-epidemieën stierven in de jaren 1849, 1854, 1859, 1866 en 1874 in totaal bijna vijfhonderd mensen. De riolering bestond uit enkel afvoerkanalen, die hier en daar zonder koppeling aan elkaar waren aangelegd. De afvoer van vuil en fecaliën in slecht gesloten kisten liet ook veel te wensen over. Daarnaast was de waterstand van de Mark - als gevolg van het aftappen van water door het Heemraadschap Mark en Dintel - vaak te laag. Vooral in de zomer

8 veranderden de grachten door verdamping van het stilstaande water in onhygiënische broeinesten, die een afschuwelijke stank verspreiden. Een in 1866 ingestelde Gezondheidscommissie rapporteerde over de slechte kwaliteit van het drinkwater en de afvoer van huisvuil en adviseerde een rioleringsstelsel aan te leggen. De gemeente Breda nam de adviezen over en ging vanaf 1873 zelf structureel het huisvuil ophalen; vanaf 1 januari 1878 werden de fecaliën via een verbeterd tonnenstelsel opgehaald. Tevens werd een rioleringsstelsel aangelegd, dat rond 1880 in gebruik genomen werd. Vanaf 1894 beschikte de stad over een functionerende gemeentelijke drinkwaterleiding.

Ziekenzorg in Breda

Het rooms-katholieke Ziekengasthuis aan de Haagdijk

Drie katholieke Bredase heren, mr. L. Ingen Housz, mr. F.J. Hoppenbrouwers en F.J. Eel-tiens, riepen in 1819 een Stichting in het leven ten behoeve van noodlijdende zieken. De Stichting huurde een pand aan de Haagdijk. Onder de zorgen van het echtpaar De Vet werden op 20 mei 1819 de eerste twee patiënten opgenomen. De stichters kochten in mei 1821 aan diezelfde Haagdijk het in 1798 opgeheven Oude Mannen Gasthuis. Dit gebouw werd in april 1821 als ziekengasthuis in gebruik genomen. Vanaf de oprichting in 1819 tot in 1826 werden 482 patiënten verpleegd, van wie er vierenzestig overleden. Toen Moeder De Vet in 1826 overleed, besloten de stichters de verpleging toe te vertrouwen aan religieuzen. Via de moeder-overste van de zusters Franciscanessen van Dongen werden drie Leuvense meisjes gevonden die bereid waren de ziekenzorg op zich te nemen. Samen met de aanwezige hulp, Catharina Brouwers, vormden deze dames het nieuwe team van het ziekenhuis aan de Haagdijk. Al gauw sloten zich meerdere meisjes aan en op 14 november 1831 legden zes meisjes hun geloften af. Dat geschiedde op de regel van de derde orde van Franciscus, waarmee zij zich 'Franciscanessen' konden noemen. Omdat het beroep op de zusters steeds groter werd, groeide de congregatie en werd het aantal gebouwen door aankoop verder uitgebreid. Naast het ziekenhuis namen de zusters de opvoeding van wezen ter hand door hen te onderrichten in handwerk en de christelijke leer. Ook waren zij begaan met het lot van ouden van dagen en mindervaliden. Onder het bestuur van Moeder Regina werden stappen ondernomen om de congregatie als rechtspersoon erkend te krijgen, zodat men ook op eigen naam onroerende goederen zou kunnen bezitten. Op 21 maart 1855 werd een vereniging opgericht van vrouwen tot het verplegen van zieken en ouden van dagen onder de naam 'Alles voor Allen'. Het ziekenhuis verhuisde in 1894 van de Haagdijk naar de Leuvenaarstraat en kreeg de naam St. Elisabeth Gasthuis. Het bood ruimte aan 120 patiënten en beschikte over een operatiekamer. In 1902 werd al een röntgenapparaat aangeschaft. In 1922 verhuisde het ziekenhuis naar de locatie aan de Wilhelminasingel en kreeg een nieuwe naam (ontleend aan moeder overste Ignatia): Sint-Ignatius Ziekenhuis.

Het militair hospitaal

Koning Willem I sloot in 1828 de opleiding voor genie- en artillerieofficieren in Delft en richtte in Breda op het terrein van het kasteel van Breda de Koninklijke Militaire Academie (KMA) op. Daarmee kreeg Breda ook een militair ziekenhuis. Het Huis Brecht (het oudste huis van Breda, daterend uit de 14de eeuw) werd na een grondige verbouwing in 1828 in gebruik genomen als garnizoenshospitaal. Ruim 110 jaar, tot 1940, zijn de zieken van het garnizoen en de cadetten in dit huis door militaire artsen behandeld

en door hospitaalsoldaten verpleegd. In de 19de eeuw is de moeilijkste taak om de verspreiding van besmettelijke ziekten als cholera en pokken te voorkomen. Daarnaast is het voorkomen van geslachtsziekten een belangrijk facet van de militaire geneeskunde. De hospitaalsoldaten in Breda zijn dienstplichtige infanteristen (van het Zesde Regiment Infanterie) met een aanvullende opleiding. Verpleegsters doen pas na 1910 hun intrede in de militaire hospitalen.

Het Stedelijk Ziekenhuis aan de Schorsmolenstraat

Vanwege het garnizoen waren er veel prostituees in de stad actief, waardoor geslachtsziekten zeer veel voorkwamen. Het ministerie van Binnenlandse Zaken drong er vanaf 1828 bij de gemeente Breda op aan om de prostitutie te reglementeren. Uiteindelijk stelde de gemeente in 1857 een verordening op, met als belangrijkste onderdeel de registratie en de wekelijkse keuring van de vrouwen. De besmette vrouwen moesten ook verpleegd worden. Aanvankelijk gebeurde dat in het bestedelingshuis aan de Haagdijk, maar dit voldeed niet. In 1863 deed de Bredase burgemeester A. Kerstens een beroep op het r.-k. Gasthuis voor de verpleging. Maar de zusters - gesteund door de bisschop, monseigneur Van Hooydonk - vonden dat in strijd met hun roeping. Uiteindelijk hakte de Gemeenteraad de knoop door en in mei 1867 werd het Gemeentelijk Ziekenhuis aan de Antwerpse Poort (Schorsmolenstraat) opgericht, onder beheer van het Burgerlijk Armbestuur.

10

Het Sint-Luciagesticht in Princenhage

Pastoor Paulus van Oers van Princenhage wist zijn kerk- en armenbestuur te mobiliseren tot de oprichting van een r.-k. Gasthuis met pensioonaat, waartoe op 29 oktober 1888 in een gecombineerde vergadering besloten werd. Het gesticht, naar een ontwerp van architect J. van Langelaar, werd aan de Liesboslaan gebouwd door de Princenhaagse aannemer J. Dielen. In april 1890 kon het gebouw ingezegend worden. Al na een jaar was uitbreiding noodzakelijk en werd de westvleugel aangebouwd, vier jaar later volgde de oostvleugel. De verpleging was van 1890 tot 1906 in handen van de zusters van de Sint-Elisabeth congregatie in Breda. In 1906 werden niet alleen hun taken overgenomen door de zusters van de Haagdijk, maar ook de exploitatie en het beheer van het complex. Het gebouw brandde in oktober 1944 af.

Dr. Struyckenkliniek

Na zijn artsexamen in Groningen en zijn promotie in Freiburg werd dr. H.J.L. Struycken in 1894 huisarts in Steenberg. Al snel specialiseerde hij zich en in 1897 vestigde hij zich als keel-, neus- en oorarts in Breda. Hij bouwde in 1905 aan de Wilheminasingel 1 (hoek Vijverstraat) een eigen kliniek. De verpleging in deze kliniek werd van 1905 tot 1922 verzorgd door de Gasthuiszusters van de Haagdijk.

Het Sint-Laurensgesticht in het Ginneken

In 1910 werd in het Ginneken het Sint-Laurensgesticht opgericht. Initiator hiervan was Jacobus Maassen, bierbrouwer en wethouder in Ginneken. Hij was als lid van het kerkbestuur ook nauw betrokken bij de bouw van de Laurentiuskerk en de Laurentius-school (de katholieke lagere school). Doel van de Stichting St.-Laurensgesticht was: *de verpleging en verzorging van Roomsch-Katholieke zieken, gebrekkigen, ongelukkigen en ouden van dagen uit de Gemeente Ginneken, ofschoon personen van eene andere godsdienstige gezindte of uit andere Gemeenten niet zijn uitgesloten, evenmin als andere Roomsch-Katholieke personen, die in de Stichting huisvesting en verzorging willen zoeken, alles geheel en al ter uitsluitende beoordeling van het Bestuur.*

Maassen schonk aan de nieuwe stichting een huis aan de Bavelse laan met anderhalve hectare grond, en een bedrag van f 25.000. In het bestuur bekleedde Maassen de functie van vicevoorzitter en de Ginnekense huisarts Emielle Gommers werd secretaris. Hij drong er op aan dat het ziekenhuis zou worden voorzien van de modernste medische faciliteiten, zoals een operatiekamer. Na oriëntatie in Nederland bij gast- en ziekenhuizen bleek dat er specifieke eisen aan de gebouwen werden gesteld, zoals een gescheiden huisvesting van bewoners van het gasthuis en patiënten van het ziekenhuis. Daarnaast bestonden de meeste huizen uit kleinere eenheden die via gangen met elkaar werden verbonden. Het gebouw van Maassen was eigenlijk ongeschikt. Men ging op zoek naar een groter perceel voor een nieuw gebouw. Geschikt leek een terrein dat toebehoorde aan jonkheer mr. Johan de Grez, telg uit een rijk adellijk geslacht en eigenaar van het landgoed Valkrust. De Grez voelde er echter niets voor om zijn grond ter beschikking te stellen. Na zijn dood in september 1910 schonk zijn weduwe, Jacqueline de Grez-Mahie, de grond alsnog, samen met een gift van f25.000 ter nagedachtenis aan haar man. Na een bouwperiode van 15 maanden werd het nieuwe St. Laurensgesticht (een ontwerp van de Bredase architect J.A. van Dongen) op 8 oktober 1913 door Vicaris P. Hopmans ingewijd.

11

Moederheil

Moederheil werd in 1915 gebouwd aan de Willemstraat te Breda, in opdracht van de Sint-Magdalena Stichting en de r.-k. Vereeniging tot Bescherming van Meisjes. Het huis werd geleid door de Kleine Zusters van de Heilige Joseph en was gericht op 'het werkelijke heil der ongehuwde moeders', waarmee vermoedelijk het zielenheil werd bedoeld. In de stichtingsakte staat: *De ongehuwde moeder heeft gezondigd tegen God en tegen de Maatschappij. Liefst zoolang mogelijk voor de bevalling worden de ongehuwde moeders in het huis opgenomen; zoolang mogelijk, omdat de meisjes vooral voor de bevaling het meest geneigd zijn te luisteren naar vermaningen en goeden raad.* In 1924 verhuisde Moederheil naar de Valkenierslaan in het Ginneken en korte tijd later werd het ook een reguliere kraamkliniek. In 1929 werd er een opleiding voor kraamvrouwen aan verbonden.

Het Diaconessenhuis Breda 1890–1956

Het begin

Initiatiefnemer voor de totstandkoming van het Bredase Diaconessenhuis was ds. J.W. Berkelbach van der Sprenkel. Berkelbach, sinds 1889 predikant van de Nederlands Hervormde Gemeente in Breda, was een groot voorstander van diaconessenarbeid. Samen met de sinds 1873 in Breda werkzame keel-, neus- en oorarts dr. T.J.J. Gori wilde hij in Breda een ziekeninrichting voor protestanten stichten. Al eerder waren er elders in Nederland Diaconessenhuizen gesticht (Utrecht, Den Haag, Haarlem, Leeuwarden, Heemstede, Arnhem, Groningen, Rotterdam en Amsterdam). Om zijn initiatief bekendheid te geven stuurde Berkelbach aan de protestanten in Breda en West-Brabant een circulaire, waarin hij de noodzaak voor een ziekenvoorziening uiteenzette en een beroep deed op morele en vooral financiële steun. Dankzij vele positieve reacties kon al snel een (bescheiden) start gemaakt worden in een verbouwd particulier huis, Middel-laan 10 (kadastrale aanduiding: C 678). Voor de verpleging deed men een beroep op het Haagse Diaconessenhuis, dat alle medewerking verleende en tegen een jaarlijkse vergoeding van f 400 twee zusters naar Breda stuurde om het verpleegwerk ter hand te nemen. Deze diaconessen, Wilhelmine Wagner en Truus Baljon, verzorgden naast de ziekenzorg in huis ook het wijkwerk.

1 maart 1890 is een datum nu reeds voor sommigen in Breda van eenig gewicht, een datum, waarvan wij hopen, dat hij bij steeds meerderen bekend en geliefd worden zal. Op den avond van dien Zaterdag kwam een kleine kring van vrienden bijeen in het huis in de Middenlaan om na gemeenschappelijk gebed, de 2 zusters, ons welwillend door het Haagse Diaconessenhuis afgestaan, in te leiden tot haar werk. Den derden Maart werd het Diaconessenhuisje voor Breda en omstreken ter bezichtiging van het publiek opengesteld en daarna voor geopend verklaard. (Jaarverslag 1890)

Het was niet eenvoudig in een katholiek milieu als protestantse inrichting vaste grond onder de voeten te krijgen. Daarbij moest ook de ziekenhuisvrees van patiënten overwonnen worden. Wie zich in de tweede helft van de 19de eeuw op aandringen van een huisarts in een ziekenhuis liet opnemen, was er meestal slecht aan toe. Het sterftepercentage lag aanmerkelijk hoger dan nu. Voor veel patiënten gold dat ze liever in hun eigen bed stierven dan in een ziekenhuis.

Er werd in het Huis driemaal per dag een spreekuur voor zogenaamde 'kleinigheden' gehouden (vooral voor kinderen). In het eerste jaar waren er 30 patiënten. Hiervan overleden er 7, maar zij waren bij opname al ongeneeslijk ziek. Het totaal aantal verpleegdagen over het eerste jaar bedroeg slechts 941. Het bedrag van de verpleeg-gelden was ook nog gering: f 619,50. Aan het eind van het eerste jaar restte van het oorspronkelijke fonds van f 5417,77 - na aftrek van diverse kosten en ondanks vele

giften in natura - nog een saldo van f 331,88. Afgezien van de financiële situatie lieten ook de medisch/hygiënische voorzieningen veel te wensen over. In 1891 was het aantal verpleegden nauwelijks hoger: 34, waarvan er 3 overleden. Het aantal verpleegdagen was beduidend minder dan in 1890: 667. De verpleeggelden bedroegen f 1077,95, waarvan meer dan de helft werd opgebracht door de buitenverpleging (de verpleging bij de patiënt thuis). Ook het wijkwerk was veelomvattend:

Wanneer ik aan onzen wijkarbeid denk, dan herinner ik me een gezin in onze gemeente, waarvan de moeder is aangetast door een ongeneeslijke recht pijnlijke ziekte. Een zieke moeder in een gezin en ge behoeft niet te vragen hoe het er uitzag. De ligging der vrouw, de kleeding der kinderen, de netheid in huis, alles liet veel te wenschen over. De hoop was vervlogen, de veerkracht verlamd door voortdurende pijn. Een tijd lang vertoefde de vrouw in het Diaconessenhuis, af en toe ging de wijkzuster een wakend oog houden op de kinders. De moeder komt terug en al brengt zij geen genezen lichaam mede, zij plant de herinneringen aan de netheid en reinheid in het Diaconessenhuis voort in hare eigene woning. Zij wordt door de wijkzuster niet vergeten, af en toe komt zij haar bezoeken en laat haar oog eens gaan over alles en allen. En wat vroeger een onmogelijkheid scheen in dat gezin is nu werkelijkheid. Al ligt de moeder aan haar bed gekluisterd, gij moogt eerst het bed, dan de moeder en eindelijk de kinders bekijken, gij zult er tevreden over zijn. (Jaarverslag 1890)

14 Bestuur

Het eerste bestuur van de 'Protestantsche Vereeniging tot Ziekenverpleging onder de naam Diaconessen Huis Breda', zoals de vereniging bij de start genoemd werd, bestond uit drie leden: voorzitter Berkelbach van der Sprenkel, secretaris mr. E.R.E. Brants (substituut griffier bij de arrondissementsrechtbank in Breda) en penningmeester H.E. Antink (ontvanger der directe belastingen, invoerrechten en accijnzen). Leden had de vereniging niet, wel contribuanten (in het eerste jaar al ongeveer 170). Tijdens de eerste vergaderingen lagen de statuten ter bespreking voor en vooral ook de vraag of de vereniging rechtspersoonlijkheid diende aan te vragen. De voorzitter en de beide bestuursleden stonden hierbij lijnrecht tegenover elkaar. De voorzitter was tegen omdat hij meende dat het aanvragen van rechtspersoonlijkheid voor het Haagse Huis reden zou kunnen zijn om de samenwerking (in de vorm van het beschikbaar stellen van diaconessen) op te zeggen. Maar zonder rechtspersoonlijkheid zou de vereniging officieel niet bestaan en nauwelijks kunnen handelen. Dit meningsverschil bleek voor de bestuursleden onoplosbaar en na het vertrek van Brants in oktober bleef de alleenheerschappij van de voorzitter voortduren tot hij in het voorjaar van 1892 als predikant in Gouda (waar hij in 1897 ook een Diaconessenhuis zou stichten) was beroepen.

Het damescomité

Het Huis moest wel geleid worden. Tijdens een vergadering op 16 februari 1892 werd een damescomité gevormd, dat bestond uit presidente mevrouw J.P. Gori-van Emden

(de vrouw van de mede-initiatiefnemer), mevrouw Stutterheim-van 't Hooft (de vrouw van de dominee uit het Ginneken), mevrouw Kuijck-Pels Rijcken, mej. A. Sutherland (secretaris) en mej. P.H. Koomans (penningmeester). Toen het Haagse Diaconessenhuis vernam dat het damescomité de organisatie overnam, stuurde de directrice, freule Elout van Soeterwoude, een brief waarin zij om uitleg vroeg: 'wil het comité zich afhankelijk van Den Haag beschouwen of zoekt het zelfstandig te worden?' In dat laatste geval zal, zo schreef de freule, Den Haag alle hulp met ingang van 1 mei terugroepen. Het comité besloot zich aan Den Haag te onderwerpen. De werkrelatie met het Haagse Huis (Den Haag leverde de diaconessen en het Bredase Huis zorgde voor de financiën) bleef daarmee dus in stand. Elke drie maanden deed het comité schriftelijk verslag van de werkzaamheden in Breda. Tijdens de vergadering van 22 april 1892 werd het huishoudelijk reglement van het comité vastgesteld. De leden tekenden daarbij allen een verklaring waarin Berkelbach van alle verantwoordelijkheid werd ontslagen en het werk door het comité werd aanvaard. Hoewel Berkelbach geen verantwoordelijkheid meer droeg woonde hij wel de vergaderingen bij en wilde hij nauwgezet op de hoogte blijven van het door hem aangevangen werk. Zodra het comité actief op zoek ging naar een groter en geschikter pand bleek dat men als vereniging niet rechtsgeldig kon handelen. Ondanks de grote invloed van Berkelbach en de dreigende terugtrekking van de Haagse diaconessen besloot het comité toch rechtspersoonlijkheid aan te vragen. Op 28 november 1892 werden de statuten koninklijk goedgekeurd (gepubliceerd in de Staatscourant van 1 en 2 januari 1893). De naam van de vereniging luidde voortaan: 'Vereniging tot stichting en instandhouding van een Diaconessenhuis met als standplaats Breda'.

De reactie uit Den Haag bleef niet uit: met ingang van september werden de diaconessen uit het 'Bredase filiaal' teruggeroepen naar Den Haag. Een bezoek van de bestuursleden Kuijck en Koomans aan Den Haag om de freule te verzoeken water bij de wijn te doen leverde niets op. Maar het comité vond een oplossing: Koomans werd bereid gevonden om - na een geneeskundige opleiding - directrice te worden. In maart vertrok zij voor haar opleiding naar het Diaconessenhuis in Rotterdam. Dit huis was in 1892 gestart en werd geleid door een capabele directrice, Elisabeth Baljon-Horkel. Zij was de moeder van Truus Baljon, een van de twee door Den Haag gezonden diaconessen. Baljon was voor haar benoeming verpleegster en de rechterhand geweest van mevrouw S.K. de Bronovo, de besturend zuster van het Diaconessenhuis in Den Haag. Bovendien was zij goed op de hoogte van de moderne inzichten over hygiëne en ziekenverpleging. Toen de zusters daadwerkelijk op 15 september 1893 terug naar Den Haag gingen, trad Koomans aan als besturend zuster en zij werd tevens belast met de leiding van het Huis. Het Bredase Huis stond nu definitief op eigen benen. Het spreekuur van Gori werd steeds drukker, in een maand zelfs 678 personen. In 1895 nam het aantal betalende patiënten (en daarmee ook de verpleeggelden) toe. Door het vele werk binnenshuis werd het steeds moeilijker om verpleeghulp af te staan, waardoor het wijkwerk in de verdrukking kwam. Dokter P.A. Bossers, die ruim 30 jaar aan het Di-

aconessenhuis verbonden zou blijven en ds. Vinke van Princenhage verzorgden intern cursussen, die het werk van de diaconessen zeer ten goede kwamen: van de medicus leerden zij de materiële en medische zijde van hun beroep beter kennen en van de predikant de geestelijke en sociale kant.

De organisatie

De statuten uit 1892 bepaalden het aantal leden van de vereniging op tenminste drie en ten hoogste twaalf, bij voorkeur vrouwen. Leden werden gekozen door de zittende leden en alleen protestanten kwamen voor het lidmaatschap in aanmerking. Het bestuur bestond uit een voorzitter, een secretaris, een penningmeester en twee commissarissen. In het huishoudelijk reglement van 13 december 1893 wordt nog nader bepaald dat de leden van het comité moeten wonen in Breda, Ginneken, Princenhage of Teteringen. En: *De leden zijn gehouden instemming te betuigen met het beginsel van het Diaconessenwezen. In de diacones wordt vereischt, naast bekwaamheid in de verpleging des lichaams, het vaste geloof in J. Chr. als den eenigen Zaligmaker, liefde tot Hem en tact van op Hem te wijzen.* (artikel 3 van het huishoudelijk reglement)

- 16 De vereniging wordt aangegaan voor de duur van 29 jaar en 11 maanden. De samenwerking van het bestuur met de besturend zuster/directrice, al snel 'Moeder Koomans' genoemd, was steeds zeer nauw. Vanaf september 1893 woonde de directrice de bestuursvergaderingen met adviserende stem bij. Dat werd ook schriftelijk vastgelegd in het huishoudelijk reglement. Bestuursleden hielden zich uitdrukkelijk bezig met de dagelijkse leiding van het Huis. De leiding over de verzorging van zieken en zusters was alleen voorbehouden aan de directrice.

Het comité heeft niet het recht zich te mengen in het werk der verpleging van directrice, hoofdzuster of andere zusters, tenzij dat deze gaan buiten de reglementen waaraan zij zich te houden hebben. (artikel 7 van het huishoudelijk reglement van het comité)

In de praktijk regelde het damescomité tot 1914 samen met de besturend zuster en Berkelbach de lopende zaken. Indien nodig kon het comité terugvallen op twee adviseurs, de advocaat mr. M. Tydeman, die de statuten had opgesteld, en jhr. mr. A. Reigersman, griffier bij de arrondissementsrechtbank in Breda. De dames vergaderden steeds zo voltallig mogelijk; ook de leden die geen statutaire bestuursfunctie hadden waren aanwezig. In de bestuursvergadering van september 1893 stelde Moeder Koomans voor dat de dominee in alles gekend moet worden en dat er geen besluit mag worden genomen zonder dat zijn advies is ingewonnen, tenzij er 'kleinigheden in de huishouding worden aangeschaft'. Dit voorstel werd aangenomen. Secretaris Sutherland was het er niet mee eens, maar op advies van de dominee nam zij niet deel aan de besluitvorming, zodat er unaniem vóór gestemd werd. Een week later werd een buitengewone bestuursvergadering gehouden, waarin presidente mevrouw Gori stelde dat haar man er haar op gewezen had dat het besluit om geen besluiten te nemen

zonder dat Berkelbach is geraadpleegd, in strijd is met de statuten. Hoewel het bestuur het besluit daarop herriep, bleef een gedeelte van het bestuur (en de directrice) wel prijs stellen op de adviezen van Berkelbach. Een maand later ontving het bestuur de ontslagbrieven van Gori en Sutherland. Mevrouw A. Verschoor-Beynen volgde Gori op als presidente en mej. L. Scherer werd de nieuwe secretaris. Op 15 september 1896 werd de besturend zuster Koomans door Berkelbach als eerste Diacones ingezegend in het Bredase ziekenhuis.

In 1898 werd voor het eerst geïnformeerd naar mogelijke aansluiting van het Huis bij de Bond van Diaconessenhuizen. Van een daadwerkelijke aansluiting komt het nog niet. Een jaar later neemt Berkelbach het op zich om te informeren naar de eisen voor aansluiting van het Huis bij de (Kaiserswerther) Bond. Het Huis wordt echter niet toegelaten omdat er niet genoeg ingezegende zusters zijn.

Scherer trad medio 1902 terug en werd ingezegend als diacones. Als dank voor bestuurlijke verdiensten werd ze tot erelid benoemd, waardoor ze bestuursvergaderingen kon bijwonen. Als hoofdzuster wordt zij de rechterhand van Moeder Koomans. Bijna in elke bestuursvergadering bracht de directrice verslag uit over de weinig rooskleurige personeelssituatie van het Huis. De ene keer betrof het een toezegging om als zuster aan de slag te gaan die niet werd nagekomen. Een andere keer moest een proefzuster wegens gebleken ongeschiktheid worden ontslagen. In een aantal gevallen beschikten de aangenomen zusters over een te zwakke gezondheid om adequaat te kunnen functioneren. Een beroep op steun bij de andere Huizen leverde in verband met de beperkte beschikbaarheid van geschoold personeel slechts sporadisch wat op. De psychische druk op Moeder Koomans nam daarmee zeer toe. In 1908 trok ze bij het bestuur aan de bel: ze vreesde dat zij het met zulke zwakke krachten samen met haar rechterhand Scherer niet lang meer zou volhouden. Het bestuur moedigde haar bij gebrek aan een oplossing op korte termijn aan er toch maar het beste van te maken. Het duurt nog enkele jaren voordat het bestuur erin slaagt een oplossing te vinden. Per 1 maart 1913 wordt zuster J.L.A. Posthumus Meyes als hoofdzuster aangesteld voor een jaarsalaris van f250. Voorlopig zal Posthumus onder leiding van de directrice gaan werken en mocht het werk voor Moeder Koomans op enig moment te zwaar worden, dan kan Posthumus tot directrice worden benoemd. Kort daarna, op 22 januari 1914, leggen Moeder Koomans en Scherer hun taken neer.

Een moeilijke periode

Het vertrek (niet alleen het terugtreden uit hun functies, maar ook de feitelijke verhuizing) van de eerste besturend zuster, Moeder Koomans, en haar rechterhand Scherer luidde een moeilijke periode in. Het bestuur belast Posthumus met de leiding van het Huis. Het Utrechtse Huis staat zuster Van Melle af als nieuwe hoofdzuster. Een jaar later, in februari 1915, meldt Posthumus het bestuur dat het voor haar, door de wijze waarop het Huis is ingericht, niet vol te houden is. Zij ziet dat het Huis te klein is om te voldoen aan de eisen voor het verkrijgen van een volledige interne zusteropleiding. Zij ziet

overigens ook de onmogelijkheid om verder te gaan met zusters die geen opleiding hebben. Van Melle klaagt verschillende malen bij het Utrechtse huis over de Bredase situatie. Er vindt een gesprek plaats met ds. H. Barger en dr. C. Cramer van het Utrechtse Huis over de klachten van Van Melle en over de gewenste extra steun.

Ds. Barger zegt dat de arbeid in ons huis zwaar is, dat er een wasserij aan ons Huis is verbonden, die ook zusters eist, dat de zusters geen vrije dagen hebben, dat er geen dienstboden zijn en de zusters daardoor ook alle huishoudelijke werkzaamheden moeten doen. Breda wil graag goede zusters, maar krijgt ze zodoende enkel uit de lagere standen. Het beginsel moet wel zijn, dat de zuster zich geheel geven wil en zoo noodig haar vrije tijd opofferen, maar van de kant van het bestuur moet dit niet als regel gelden, maar zooveel mogelijk voorkomen worden. Dr. Cramer sluit zich hierbij aan. Zr. Van Melle voelt zich in ons Huis niet gelukkig en deze toestand mag het bestuur niet laten voortduren. Het Diaconessenhuis moet de school zijn voor de verpleging buitenshuis. De zusters moeten meer medische opleiding hebben. De in het Huis voorkomende gevallen zijn daartoe wel voldoende, maar er moet tijd en gelegenheid gegeven worden om drie jaren de verplegingscursussen te volgen. Ook heeft de zuster dagelijks behoefte aan een vrij uur, waarop ze rekenen kan. In Utrecht zijn ze nu zeven jaar op deze wijze bezig en het gaat zeer goed. Ook de andere Huizen, hoewel 't aanvankelijk niet met Utrecht eens, gaan denzelfden weg op. Ds. Berkelbach zegt bij ondervinding te weten, dat de Brabantsche toestanden heel anders zijn als in 't Noorden van ons land en dat we hier niet dezelfde eischen als in Utrecht stellen kunnen. Waar

- 18 *hij dikwijls in aanraking kwam met zusters uit Den Haag en Haarlem vond hij die niet van beter stand of meer ontwikkeling. Ons Huis is in hoofdzaak een ziekenhuis voor protestantse patiënten, niet in de eerste plaats opleidingshuis. Indien er voor zr. Van Melle te veel werk is, zou 't Utrechtse Huis misschien bereid zijn om ons met een tweede zuster te helpen. Langzamerhand zal onze directrice de Inrichting ook naar de eischen van den tijd vervormen, maar dat kan niet opeens en niet naar Utrechts model. Gaarne willen wij uit Utrecht hulp, maar wij moeten kunnen werken, zooals wij het beste denken. Zenden wij onze zusters ter opleiding naar Utrecht, dan zou de Utrechtse geest bij ons overheerschend worden. Zr Posthumus Meyes zegt dat de doktoren aan onze zusters dezelfde eischen stellen als in andere Huizen, dat zooals 't nu is, bij gebrek aan geschoolde zusters alle verantwoordelijk werk door haar en zr. Van Melle moet gebeuren en dat 't onmogelijk is de zusters tijd en gelegenheid te geven voor de opleiding, waartoe we verplicht zijn, omdat we bij den Bond van ziekenverpleging zijn aangesloten. Ds. Barger begrijpt, dat alles niet in eens kan veranderd worden. Ook in 't Utrechtse huis is het geleidelijk gegaan. Ook begrijpt hij, dat ons Huis te klein is om gelegenheid tot opleiding te geven. Een voorbeeld van samenwerking noemt hij in 't homeopathisch ziekenhuis te Utrecht, waar enkel zusters uit het Utrechtse Diaconessenhuis werkzaam zijn. Ze hebben een vast contract met dat bestuur, maar bemoeien zich verder niet met den gang van zaken. Zoo Breda niet vooruit wil, zou Utrecht niet veel lust hebben voort te gaan met hulp te geven. Ds. Berkelbach zegt, dat hoofdpunt op 't oogenblik is of Utrecht ons helpen kan. Is zr. Van Melle te zwak en voelt ze zich bij ons niet op haar plaats, dan zouden ze zr. Van Melle terug kunnen nemen en twee andere zusters in de plaats geven.*

Zij merkt op, dat voor het werk dat Moeder Koomans en zr. Scherer samen deden we nu vier personen hebben. Ds. Barger zegt, dat zoo ze zr. Van Melle terugnemen het heel moeilijk zou zijn anderen te vinden die genegen zouden zijn haar te vervangen. Ds. Berkelbach meent dat in al die jaren van toewijding van moeder Koomans en zr. Scherer het Huis niet zonder zegen is werkzaam geweest en zich in die 23 jaar zeer heeft ontwikkeld. Natuurlijk stelt deze tijd andere eischen. Maar onze kring is te klein om aan de eischen van groote plaatsen te voldoen. Er doen zich nu twee vragen voor: Wenscht het comité op den ingeslagen weg voort te gaan of zullen we den Utrechtsen weg volgen? (notulen bestuursvergadering/gesprek met afvaardiging Utrechtse Huis, februari 1915)

Berkelbach staat dus pal achter het Bredase huis, maar zijn arrogante opstelling vindt weinig weerklank. Integendeel: Utrecht wil wel steun geven, maar dan op Utrechtse condities. De toon is echter gezet en dat zou de verhoudingen in de komende jaren niet ten goede komen.

Dreigende sluiting

De situatie in Huis wordt nog lastiger als Posthumus tijdens de bestuursvergadering van 8 juli 1915 om gezondheidsredenen haar ontslag indient per 1 december. Uiteindelijk laat het bestuur Posthumus al op 18 augustus vertrekken om haar moeder te gaan verplegen. Gelukkig is de penningmeester, Angelin freule de Hartitzsch (dochter van een Pruisische officier en afkomstig uit het Ginneken) bereid tijdelijk als waarnemend besturend zuster op te treden. Bij de andere huizen wordt tegelijkertijd geïnformeerd of zij een hoofdverpleegster willen afstaan. Het Haagse huis kan Breda niet helpen en Utrecht besluit de beide gedetacheerde zusters met ingang van 1 januari 1916 terug te roepen. Volgens het Utrechtse huis ontbreekt het in Huis aan een vaste leiding, die waarborg geeft dat de toestanden in de toekomst zodanig worden dat zijne zusters met de nodige geestelijke en lichamelijke opgewektheid arbeiden. De eveneens Utrechtse zuster Storm bruuskeert, tot ongenoegen van het bestuur, de waarnemend besturend zuster freule de Hartitzsch, waarbij ze zich moreel geruggensteund voelt door het Utrechtse huis. Als mogelijke kandidaat voor de functie van besturend zuster denkt het bestuur aan mevrouw L. Haase-Ruempol Hamer. Zij was van 1907 tot 1912 besturend zuster van het Leidse Diaconessenhuis en is na haar huwelijk teruggetreden. Zij wordt niet benaderd omdat Storm zich daar fel tegen verzet. In de decembervergadering van 1915 is het comité ten einde raad. Verzoeken aan Arnhem en Den Haag om Breda als filiaal aan te nemen zijn afgewezen. Men verwacht een soortgelijke afwijzing van Haarlem. Er wordt zelfs overwogen Moeder Koomans weer te benaderen. De conclusie is dat als er geen hulp komt, het Huis zal moeten sluiten. Twee dames van het comité besluiten af te treden, terwijl de overige leden op verzoek van Berkelbach nog tijdelijk aanblijven tot 'het lot van ons Huis beslist is'.

Om te bekijken of en op welke manier men het Bredase Huis zou kunnen helpen, wordt in januari 1916 een landelijke vergadering belegd waar de predikantdirecteuren van

Haarlem, Arnhem en Utrecht bij aanwezig zijn. Vanuit Breda gaan ds. Loeff, de ingeschakelde predikant van de Hervormde Kerk van Breda en Bossers naar deze bijeenkomst. Er wordt steun beloofd op voorwaarde dat het Bredase Huis gaat reorganiseren. De aanwezige zusters uit Utrecht zullen wat langer blijven en dan worden opgevolgd door Haarlemse zusters. Het Utrechtse huis wil Breda helpen mits het voltallige bestuur aftreedt. De bestuursleden staan met de rug tegen de muur en treden af. Ze treden ook terug als lid van de vereniging om plaats te maken voor nieuwe bestuursleden. Loeff neemt op zich om een nieuw bestuur te formeren, waar hij zelf voorzitter van zal worden. Dit nieuwe bestuur komt op 19 februari 1916 bij elkaar. Haase is bereid gevonden om tijdelijk als besturend zuster op te treden.

De ingrijpende bestuurswijziging in 1916 heeft ook tot gevolg dat Berkelbach zich geheel terugtrekt en Brants, de tweede oprichter, zijn verenigingslidmaatschap opzegt. (Berkelbach bleef nog wel lid van de vereniging.) Het nieuw aangetreden bestuur maakt onderscheid tussen de vergaderingen van het bestuur en van de leden en wijzigt de statuten, onder andere de bepalingen over het ledenaantal. De uitgesproken voorkeur voor vrouwelijke leden vervalt. Voortaan zouden er tenminste twaalf en ten hoogste vierentwintig leden zijn. Het bestuur zou voortaan in plaats van uit vijf leden uit tenminste vijf en ten hoogste acht leden bestaan. Opmerkelijke verandering ten opzichte van 1892 is het artikel over de bron(nen) van inkomsten. Werden de verpleeggeldten in de statuten uit 1892 als laatste genoemd naast allerlei vormen van giften (bijdragen der leden, contributies van donateurs, schenkingen, legaten, erfstellingen) in 1916 staan ze voorop. Vanaf nu moest de exploitatie van het ziekenhuis gebaseerd zijn op de inkomsten uit de verpleeggeldten. Een exploitatietekort zou moeten leiden tot een verhoging van de tarieven in het daaropvolgende jaar. Extra's kunnen betaald worden uit de overige inkomsten, zoals giften. Aan het beroep op liefdadigheid komt dus geen einde, maar de toon wordt in overeenstemming met de houding van het bestuur zakelijker.

De onderhandelingen met Utrecht verlopen stroef. Daarbij claimt Utrecht ook enkele bestuurszetels. Het Bredase huis opteert echter voor zelfstandigheid en verzoekt Utrecht om een besturend zuster, een hoofdverpleegster en enkele zusters ter beschikking te stellen. In maart komt het bericht dat Utrecht bereid is om met ingang van 1 augustus 1916 een besturend zuster, een hoofdzuster en vijf andere verpleegsters te sturen. Utrecht vraagt hiervoor een vergoeding van f 2150. Kosten van kleding, pensioen en verzorging blijven voor Utrecht, terwijl de reiskosten en vervanging tijdens vakantie voor rekening van Breda komen. Het bestuur is er zich wel van bewust dat de aanwezigheid van goede verpleegsters meer kwaliteit oplevert. In het verlengde daarvan levert dat waarschijnlijk meer patiënten en mogelijk ook meer contribuanten op. Het bestuur besluit ondanks de hoge kosten in principe op het bod van Utrecht in te gaan, maar voorzitter Loeff en secretaris baron De Vos van Steenwijk gaan nogmaals met het Utrechtse bestuur praten. Op 29 maart 1916 doen ze verslag van het gesprek en delen mee dat met Utrecht 'niet te onderhandelen valt'. Ook de doktoren hebben inmiddels

een beetje het vertrouwen in het Huis verloren. Het bestuur vraagt huisarts Bossers om samen met chirurg dr. M.C. Cartier van Dissel en waarnemend huisarts dr. C.A. Schalij een rapport samen te stellen omtrent de toestand van personeel en materieel. Binnen het bestuur gaan stemmen op om het toch met Haase als besturend zuster te proberen en geheel zelfstandig te blijven. Het bestuur heeft vernomen dat het Diaconessenhuis zijn sympathie in de streek verliest als het onder Utrecht gaat ressorteren. Enkele van de goede zusters die er nu nog zijn, geven te kennen niet met Utrecht te willen samenwerken. Na overleg met Bossers besluit het bestuur geen gebruik te maken van het aanbod van Utrecht. Haase wordt tot directrice benoemd.

Het afwijzen van steun door Breda valt landelijk niet goed en in mei ontvangt het Huis een brief van ds. Blauw en ds. Knottnerus, namens de Commissie van Diaconessenhuizen. Zij schrijven zeer ontstemd te zijn over het verloop van de onderhandelingen met Utrecht. De brief wordt door het bestuur voor kennisgeving aangenomen. Enige maanden later heeft bestuurslid Van Bergen een gesprek met mevrouw H. Bas-Beausar, directrice van het Haagse Bronovo. Bas raadt het Huis aan alsnog hulp te vragen omdat Breda anders voorgoed van steun verstoken zal blijven. Zij laat daarbij doorschemeren dat Breda afstand moet doen van Haase als directrice; Haase is immers een uitgetreden diacones. Het bestuur blijft achter Haase staan. Met het Huis in Haarlem (waar de zuster van de voorzitter besturend zuster is) wordt in augustus 1916 een contract afgesloten voor de detachering van twee zusters. Het bestuur schrijft een brief aan de gezamenlijke Diaconessenhuizen, waarin spijt wordt betuigd over de ontstemming die is ontstaan over de onderhandelingen met Utrecht. Het Bredase Huis wil graag een goede verstandhouding en is bereid de zaak uiteen te zetten op de eerstvolgende Conferentie. In oktober 1916 ontvangt het bestuur een antwoord van ds. Roozemeyer. Hij adviseert een gesprek aan te vragen met het moderamen en daar uitleg te geven over de houding van het Huis ten opzichte van de Conferentie van de Nederlandse Diaconessenhuizen. Het bestuur vindt dat zij haar standpunt in de brief van augustus voldoende verwoordt heeft. In de bestuursvergadering van december 1916 wordt besproken dat het moderamen met het Bredase Huis wil praten. In de landelijke deputatie zit ook de secretaris-penningmeester van de Conferentie, de Arnhemse ds. Knottnerus, met wie de Bredase bestuurders al meerdere malen in aanvaring zijn gekomen. Het bestuur stipuleert nogmaals de zaak te willen bespreken tijdens de Conferentie, voorjaar 1917. De Conferentie reageert een half jaar later met een brief: een goede verstandhouding kan niet buiten de indertijd ingestelde commissie en stelt daarom een gesprek voor met het moderamen bestaande uit Blauw (Haarlem), Roozemeyer (Amsterdam) en Knottnerus (Arnhem). Het bestuur wijst de uitnodiging voor een gesprek af. Haar verzoek om een bespreking tijdens de Conferentie is niet ingewilligd en een gesprek met een commissie die een jaar eerder een onderhoud met Breda weigerde heeft geen zin. Het Bredase huis wordt voorlopig niet toegelaten tot de Bond van Diaconessenhuizen...

Hoewel Haase het bestuur tijdig geïnformeerd heeft dat zij in 1918 wil terugtreden,

blijkt het aantrekken van een goede opvolgster geen gemakkelijke opgave. Het bestuur maakt in alle rust een selectie van mogelijke kandidaten. De keuze valt op zuster Bel, adjunct-directrice van het Radio Therapeutisch Instituut Rotterdam (voorloper van de huidige Daniël den Hoed kliniek). Zij begint op 1 augustus 1918 met haar werkzaamheden. Al kort na haar aantreden ontstaan problemen. In de bestuursvergadering van september wordt melding gemaakt van onvrede onder de zusters. Zij doen hun werk wel, maar de gehele geest in Huis deugt niet. Afgesproken wordt dat Bel zelf eerst een gesprek met de zusters aangaat. Dat gesprek lost niets op. Bel is niet bij machte verbetering in de slechte sfeer te brengen. Verschillende zusters nemen ontslag en zelfs de oudere zusters zijn voornemens hun ontslag in te dienen. Uit de gesprekken van het bestuur met de zusters blijkt dat de klachten tegen Bel gericht zijn. Vooral wordt een slechte regeling van de arbeid en het afschaffen van de avondsluiting genoemd. Bel ziet zelf in dat haar prestige weg is, trekt haar conclusies en neemt per 1 november 1918 ontslag. Haase neemt haar functie tijdelijk waar tot het bestuur er in maart 1919 in slaagt de vacature in te vullen door de (tijdelijke) benoeming van zuster Elias.

Tegelijkertijd wordt zuster Van der Valk de nieuwe hoofdverpleegster. Hoewel Elias enthousiast aan haar taak begint, komt zij na een half jaar tot de conclusie dat de directietaken haar minder liggen. Haar voorkeur gaat uit naar het echte verpleegwerk. Zij deelt het bestuur mee dat zij uiterlijk in augustus 1920 wil vertrekken. Na een zoektocht benoemt het bestuur C. Thomee-van Lopik (tot dan directrice van verzorgingshuis

22 Moria in Veendam) per 1 juni 1920 tot directrice. Zij zou dat blijven tot 1931.

Als de termijn waarvoor de vereniging is aangegaan eind oktober 1922 verstrijkt, worden nieuwe statuten gemaakt, die behalve het laatste artikel over de termijn identiek zijn aan die van 1916. De vereniging wordt opnieuw voor een termijn van 29 jaar en 11 maanden voortgezet.

Thomee wordt in 1931 opgevolgd door zuster S.G. de Vries. De Vries vertrekt echter na twee jaar uit ongenoegen over onder andere het ontbreken van bevoegdheden inzake benoeming en ontslag van zusters. De voorzitter stelt dat ingaan op haar eisen (meer bevoegdheden) praktisch neerkomt op de uitschakeling van het bestuur. De Vries wordt als besturend zuster opgevolgd door de Amsterdamse diacones zuster Jo Broeren (die tot de Nederlandse Hervormde Diaconesseninrichting te Amsterdam blijft behoren). Met Amsterdam wordt een vergoeding afgesproken van f1000 per jaar, waarbij de pensioenpremie voor rekening van het Amsterdamse Huis komt. De nieuwe besturend zuster wordt op 1 augustus 1933 plechtig geïnstalleerd, omlijst met koorzang van de zusters. Het bestuur is uitermate tevreden over de manier waarop Broeren haar werkzaamheden verricht. Na beëindiging van de overeengekomen proeftijd van twee jaar biedt het bestuur haar een benoeming voor onbepaalde tijd aan. Nadat het Amsterdamse Huis akkoord gaat met een langere detachering accepteert Broeren met enige aarzeling.

Vervolgens deelt zr. Broeren mede naar aanleiding van het aan haar gedaan verzoek om zich eene benoeming als Besturende Zuster voor onbepaalde tijd te laten welgevalen,

dat zy na lange aarzeling en stryd heeft besloten den weg in te gaan dien God haar heeft gewezen. Voor zich zelf had zy by dit besluit met twee groote bezwaren te kampen gehad, in de eerste plaats hare behoefte tot meerdere actieve werkzaamheid dan de tegenwoordige taak haar toestaat en bovendien de overtuiging, dat zy er niet altyd in slaagt haar drift te bedwingen. Ds. van Oyen dankt vervolgens zr. Broeren voor het nemen van dit voor haar zoo moeilyk besluit, dat door het bestuur als een offer aan hare roeping wordt beschouwd. In den korten tyd harer werkzaamheid heeft zr. Broeren reeds zoo heel veel bereikt, al zyn dan nog lang niet alle hare idealen bereikt, waaronder voor haar, zelf met hart en ziel Diacones, vooraan staat het verlangen van ons Huis tot waarlyk Diaconessenhuis te maken. Zr. Broeren moge de overtuiging hebben, dat het bestuur geheel achter haar staat en zal steeds haar werk zooveel mogelijk bevorderen. (notulen bestuursvergadering 17 april 1935)

Het werk van Broeren is veelomvattend. Daarom brengt zij in de bestuursvergadering van maart 1940 de wenselijkheid naar voren om een geneesheer-directeur te benoemen. Ze geeft aan dat deze directeur tevens röntgenoloog zou moeten zijn; de toekomst van het Huis moet gezocht worden in de röntgen- en dieptetherapie. Veel bewoners in de regio laten zich ten noorden van de Moerdijk behandelen. De geneesheer-directeur zou tevens de zusterkursus kunnen geven. Het bestuur houdt dit voorstel voorlopig in beraad. In juli 1942 wordt hetzelfde onderwerp ingebracht door voorzitter ds. Mijnaerends: hij vraagt zich af hoe in de toekomst de leiding van het Huis eruit moet gaan zien. De huidige situatie vergt zoveel tijd van hem, dat zijn werk als predikant in het gedrang komt. Tijdens een vergadering van de Bond geeft ds. Keers, predikantdirecteur van het Arnhemse Huis, aan dat de benoeming van een geneesheer-directeur niet raadzaam is aangezien daarmee het geestelijk element op de achtergrond raakt. De mogelijkheid wordt geopperd dat het Huis subsidie geeft voor het aantrekken van een extra predikant. Deze predikant kan dan een deel van het gemeentewerk van de voorzitter overnemen. Vooralsnog blijft het bij een discussie. In 1943 staat het bestuur stil bij het overlijden van Moeder Koomans in Velp op 13 oktober. Als eerste besturend zuster en eerste ingezegende diacones heeft zij ruim 20 jaar aan het hoofd van het Huis gestaan.

23

De Westhoek: grondslagdiscussie

Het Huis kan al jarenlang op sympathie en financiële ondersteuning rekenen uit Breda en directe omgeving, maar vooral ook uit de Westhoek (West-Brabant). Daarom stelt het bestuur in 1921 voor ook een vertegenwoordiging uit die regio als lid aan de vereniging te binden. Nog in datzelfde jaar wordt de vereniging tijdens de algemene ledenvergadering van september met vijf leden uit deze streek uitgebreid, onder wie ds. A. van Kooten uit Zevenbergen en de burgemeester van Lage Zwaluwe, D.E. van Suylekom. In 1926 ontstaat in de Westhoek onvrede over het karakter van het Diaconessenhuis. De Westhoek is niet alleen in financieel en materieel opzicht in het Huis geïnteresseerd; ook de geestelijke kant van het werk heeft de voortdurende

belangstelling van deze leden. Men vraagt zich op principiële gronden af of de oude diaconessengedachte overeenkomstig de Bijbelse grondslag in de dagelijkse gang van zaken wel voldoende tot zijn recht komt. Deze vraag wordt aan het bestuur voorgelegd; men wil het Huis niet enkel zien als een inrichting ter verpleging van zieken, maar er vooral ook voor zorgen dat de zieken de troost van het geloof (kunnen) krijgen. De aanleiding voor deze opstelling is echter anders: in april 1926 ontving het bestuur een brief van bestuurslid ds. Van de Wall, waarin hij zonder opgave van redenen bedankt voor zijn functie. Het bestuur reageert verbaasd. In de bestuursvergadering van juni 1926 deelt bestuurslid Van Stenis mee dat hij een gesprek heeft gehad met C. Dane uit Willemstad, een trouwe contribuant van het Huis. Dane bleek te denken dat Van de Wall gedwongen was om ontslag te nemen en hij stelde dat de Westhoek zich zal terugtrekken als Van de Wall niet teruggenomen wordt. Van Stenis had hem uitgelegd dat Van de Wall zelf ontslag had genomen en dat het bestuur niet van plan is hem terug te nemen. In dezelfde vergadering wordt een ingekomen brief besproken van verenigingslid Van Suylekom, die de verwachting uitspreekt: *dat de inrichting zich hoe langer hoe meer ontwikkelen zou als Diaconessenhuis en niet als Protestantsche ziekenverpleging, d.w.z. dat het bestuur ook steeds meer in handen zou komen van positief christelijk personen naar rechtzinnige belijdenis, die warm zijn voor de zuivere Diaconessenhuisgedachte, voor aansluiting aan andere huizen in het land, die staan op denzelfden grondslagen die weer mee willen werken om te komen tot de inzegening van de zusters, dat het ondergeteekenden zeer getroffen heeft te vernemen, dat juist ds. Van de Wall gemeend heeft voor uw bestuur te moeten bedanken, daar juist hij 't was, die in genoemde richting wilde werken, dat ondergeteekenden gaarne schriftelijk wilden vernemen, wat de reden van dit bedanken is, op welke wijze voortaan voorzien wordt in de geestelijke verzorging van de patiënten en of bij de vervulling van vacatures in het bestuur wel voldoende rekening wordt gehouden met de wenschen van diegenen onder ons die allen hun steun hebben toegezegd als uw huis op positief rechtzinnigen grondslag wordt bestuurd zich steeds meer ontwikkelt.*

Van Stenis had Van Suylekom in een antwoord op deze brief geschreven dat Van de Wall zonder twijfel veel voor het Huis heeft gedaan en zich er ook zeer bij betrokken voelde; dat onduidelijk is waarom Van de Wall heeft gemeend te moeten bedanken als bestuurslid van het Huis - omdat hij niet benoemd was in de verbouwingscommissie? Van de Wall had zeker niet moeten bedanken zonder voorafgaand overleg met enkele bestuursleden. Het bestuur negeert Van de Wall niet, er wordt wel degelijk aandacht aan zijn adviezen geschonken. Voorzitter Loeff gaat alsnog met Van Suylekom en Dane een gesprek aan. Dane vindt dat 'de kwestie Van de Wall' zijn oorsprong vindt in een kerkelijke kwestie, wat de voorzitter ontkent. Na gesprekken met sympathisanten in de Westhoek schrijft het bestuur in september 1926 een algemene ledenvergadering uit, waarvoor ook Van de Wall wordt uitgenodigd. In die vergadering wordt met algemene stemmen besloten de Conferentie van Diaconessenhuizen in te schakelen om de klachten uit de Westhoek te onderzoeken. Een bijzonder besluit, omdat het Huis

nog steeds geen lid van de Conferentie was. De Conferentie krijgt het verzoek binnen drie maanden een rapport op te stellen over twee vragen: 'beantwoordt het Diaconessenhuis in zijn tegenwoordige werking aan de diaconessenhuisgedachte?' En: 'beantwoordt in de laatste jaren de geestelijke verzorging van de zusters en van de patiënten aan de eischen, die daaraan gesteld kunnen worden?' De commissie bestaande uit de predikanten Postma, Swethlage en Knottnerus gaat aan de slag en brengt op 24 november advies uit. Het bestuur zendt een afschrift van dit advies aan de leden en schrijft wederom een algemene ledenvergadering uit op 28 februari 1927. Het gevolg van de beraadslagingen in de algemene ledenvergadering is dat tot een statutenwijziging wordt overgegaan. De grondslag van het Huis wordt nu geformuleerd conform art. 1 van de statuten van de Conferentie, welke grondslag rechtstreeks teruggaat op de zogenaamde 'Grundordnung' van Kaiserswerth.

Het doel der Vereeniging is voornamelijk de ziekenverpleging in na te melden geest in een gebouw te Breda of omliggende gemeenten, geschikt tot opname en verpleging van zieken. De Vereeniging arbeidt op de wijze en volgens het beginsel van Art.1 der Statuten der Conferentie van de Nederlandsche Diaconessenhuizen, dat luidt: De Nederlandsche Diaconessenhuizen, aangesloten bij de Kaiserswerther Generale Conferentie, erkennen als grondslag van hun arbeid het Evangelie onzes Heeren Jezus Christus, opgevat in den zin der belijdenissen van de Kerken der Hervorming. (artikel 2 van de statuten na de wijziging in 1927)

Achteraf kan men zich afvragen waar de heftige discussie over de grondslag van het Huis vandaan kwam. Van de Wall verzorgde zelf de Bijbelcursus van de zusters en bezocht geregeld de patiënten. Zijn inspanningen om samen met andere bestuursleden sympathisanten tot contribuant te maken werden zeer gewaardeerd. Noch in de notulen, noch in de jaarverslagen zijn opmerkingen terug te vinden over de kwaliteit van de geestelijke verzorging. De 'grondslagdiscussie' lijkt eerder een reactie op de manier waarop Van de Wall tegenover sympathisanten in de Westhoek met zijn eigen terugtrekken omging. Eind 1931 wordt het Huis officieel lid van de Bond van Diaconessenhuizen in Nederland. In principe woont de voorzitter van het bestuur de vergaderingen van de Bond bij. In latere jaren wordt hij vaak vergezeld van een ander bestuurslid of van de besturend zuster. De uiteenlopende onderwerpen uit de Bondsvergaderingen (o.a. over de interne organisatie, sociale verzekeringen, richtlijnen van de gezondheidsinspectie, de vertrouwelijke circulaire over stafvorming der medici) werden steeds in het bestuur teruggekoppeld. Soms werden praktische vraagstukken (gewenste afscheiding op de ziekenzalen) ingebracht als agendapunt. In 1931 wordt afscheid genomen van Loeff, die vijftien jaar als voorzitter en geestelijk verzorger had gefungeerd, en van besturend zuster Thomee. De bijzondere verdiensten van de voorzitter worden onderstreept door hem het erelidmaatschap van de Vereniging tot stichting en instandhouding van een Diaconessenhuis te Breda te verlenen. In datzelfde jaar benoemt het bestuur voor de eerste keer een arts als bestuurslid. Enkele jaren eerder nog werd zo'n benoeming als ongewenst beschouwd. Nu treedt

J.J. Wallien, controlerend geneesheer bij de Raad van Arbeid in Breda, toe tot het bestuur. Het bestuur benoemt hem in 1934 tevens tot regent namens het Huis in het Dr. Cartier van Disselfonds. Tevens is hij voorzitter van de afdeling wijkverpleging. Na zijn verhuizing in 1936 naar Haarlem worden zijn functies ingevuld door zijn opvolger bij de Raad van Arbeid, de arts W. van Gulden. Bij de wijziging van de statuten in 1933 wordt het mogelijk aantal leden bepaald op vijftien tot dertig. Het bestuur kan voortaan vier tot tien leden tellen. Ook wordt artikel 2 weer aangepast, nu wegens aansluiting bij de Bond van Nederlandse Diaconessenhuizen. Een verandering binnen deze voormalige Conferentie van Nederlandse Diaconessenhuizen aangesloten bij de Kaiserswerther Bond had dit mogelijk gemaakt.

Op verzoek van het Diaconessenziekenhuis in Eindhoven (opgericht in 1933) wordt vanaf 1937 een structureel overleg opgezet.

Aan het huis te Eindhoven, dat heeft medegedeeld gaarne met ons Huis in nadere aanraking te willen komen, als zynde deze de twee eenige Huizen in het Zuiden des lands, zal worden bericht, dat hierop gaarne wordt ingegaan en het bezoek van bestuursleden met genoegen zal worden ontvangen in het bijzonder uit overweging, dat gemeenschappelijk overleg gewenscht is teneinde één lyn te trekken in de verhouding tegenover r.-k. ziekenhuizen. (notulen bestuursvergadering 14 april 1937)

26 Om het vijftigjarig jubileum op gepaste wijze te vieren wordt in 1939 een werkcomité ingesteld onder voorzitterschap van oud-bestuurslid mej. E.B. Loder. In verband met de onrustige internationale situatie worden de voorbereidende werkzaamheden vervolgens aangehouden tot de jaarwisseling. Onder dreigende oorlogsomstandigheden vieren ze het jubileum sober met een plechtige dankdienst in de Grote Kerk in Breda op 28 februari 1940. Daarin gaat de praeses van de Kerkenraad, ds. Westerveld voor, terwijl oud-voorzitter ds. dr. H. van Oyen de herdenkingsrede uitspreekt. Op 1 maart, de feitelijke jubileumdag, wensen velen het bestuur geluk en sluit het Huis de dag af met een feestavond voor de zusters. Het bestuur krijgt van de zusters als jubileumgeschenk een fraaie lichtkroon en een tafeltje voor de bestuurskamer.

Zusterraad

Om tot beter onderling begrip en meer waardering te komen, stelt het bestuur in 1941 een Zusterraad in, bestaand uit de besturend zuster en de hoofdzusters. Tevens wordt een kern van vertrouwenslieden uit ieder jaar aangesteld. De wensen en belangen van de andere zusters kunnen zo ook naar voren worden gebracht. De voorzitter doet verslag van zijn gesprekken met de groepen jaarvertegenwoordigsters, diaconessen en hoofdzusters. Vooral de bijeenkomsten met de jaarvertegenwoordigers zijn een succes. De diaconessen stellen voor een maandelijks bijeenkomst te houden. De bijeenkomst met de hoofdzusters is verreweg het moeilijkst omdat er vooraf weerstand is en een van de zusters zelfs aanvankelijk weigert deel te nemen. In een volgende bijeenkomst ontstaat al meer gewinning en acceptatie.

Voorts is medegedeeld, dat er wederom een byeenkomst met den Zusterraad heeft plaats gevonden, waarin ook de Hoofdzusters tegenwoordig waren; de voorzitter heeft daarby den indruk gekregen, dat men aan deze instelling zal gewennen en reeds thans leek het ys wat meer te zyn gebroken; in ieder geval is thans duidelyk geworden, hoe noodig deze byeenkomsten zyn. (notulen bestuursvergadering 12 januari 1943)

In 1943 neemt secretaris Van den Brink wegens drukke werkzaamheden afscheid. Voor zijn inzet ontvangt hij de Huispenning. Hij wordt opgevolgd door B.C. Jaspers, gemeente ontvanger van Breda. In 1946 wordt het contact tussen de Kerkelijke Gemeente en het Diaconessenhuis nog inniger dan het al was. De Generale Synode van de Nederlandse Hervormde Kerk informeert (in een brief van 23 maart 1946) de Bredase Kerkenraad over haar standpunt: het werk van de diaconessen moet worden gezien als vervangend voor de Kerk waarvoor zij zich verantwoordelijk acht. Dit impliceert een strakker aanhalen van de band tussen Kerk en Huis. Deze band moet officieel en organisatorisch worden vastgelegd door de instelling van een contactcommissie en het opnemen van een afgevaardigde uit de Kerkenraad in het bestuur van het Diaconessenhuis. Ook in Breda wordt zo'n commissie volgens het synodaal advies ingesteld. J.C. Hardeman, bestuurslid van het Huis, gaat ook het kerkelijk contact met de Nederlandse Hervormde Gemeente onderhouden. Hij is tevens ouderling en presidentskerkvoogd van de Hervormde Gemeente in Breda.

Alhoewel Broeren al in 1949 de pensioengerechtigde leeftijd bereikte, blijkt zij bereid 27 haar functie als besturend zuster voorlopig voort te zetten. Per 1 september 1950 komt er een geneesheer-directeur, de arts H. Buijs, die samen met Broeren en de geestelijk verzorger ds. C.E. van Voorthuysen een Directorium vormt. Na een dienstverband van 18 jaar wordt Broeren per 15 oktober 1951 opgevolgd door zuster jonkvrouw H.C. de Beaufort. In 1952 is wederom een statutenwijziging nodig om de bestaansduur op nieuw met 29 jaar en 11 maanden te verlengen.

Koninklijke belangstelling

Het Koninklijk Huis heeft in de 19de eeuw warme belangstelling voor de gezondheidszorg en vooral voor de initiatieven van de diaconessen in Nederland. Zo is Koningin Anna Paulowna, echtgenote van Koning Willem II, betrokken bij de totstandkoming van het Utrechtse Diaconessenhuis in 1844. In 1867 installeert Koning Willem III de Nederlandse afdeling van het Rode Kruis in Nederland en zijn eerste echtgenote Koningin Sophia is nauw betrokken bij de oprichting in 1865 van het Haagse Diaconessenhuis (Bronovo). Koningin Emma, de tweede vrouw van Koning Willem III, treedt in de voetsporen van haar voorganger en ook het Bredase Huis kon op Koninklijke belangstelling rekenen. Een concrete geste wordt geboden in de vorm van een schenking van f300 van Koningin-moeder (regentes) Emma in 1894 voor het aanbrengen van een verwarming in de operatiekamer van het eerste eigen pand in de Nieuwe Huizen. In 1902 aanvaardt de Koningin-Moeder het beschermvrouwschap van het Bredase

Diaconessenhuis. Drie jaar later vereren Koningin Wilhelmina en haar man Prins Hendrik het Huis met een persoonlijk bezoek. Koningin Wilhelmina heeft daarbij uit de tuin van het Loo een aantal boeketjes voor de zieken en herstellenden meegebracht. Bij aankomst in Breda blijkt dat er te weinig boeketjes zijn, maar Wilhelmina ontdoet zich prompt van haar parasol en handschoenen om met behulp van haar hofdames de boeketjes los te maken en opnieuw te rangschikken in kleinere bosjes, zodat aan elke patiënt een bosje aangeboden kan worden.

In het voorjaar van 1905 wordt een gift van f 60 ontvangen van de Koningin-moeder voor het Vrijbedfonds en in december stuurt de Koningin voor dit fonds nog een gift van f 100. Als dank voor de Koninklijke belangstelling en ondersteuning krijgt in 1910 de uitbreiding van het Huis de naam 'Emma paviljoen'. Op 22 september 1913 vereert de Koningin-moeder bij haar bezoek aan de tuinbouwtentoonstelling in Breda ook het Huis met een bezoek.

Welk een liefelijke herinnering liet het bij ons achter, hoe gelukkig waren de patiënten met de bloemen die H.M. hun eigenhandig toereikte en de kinderen met het speelgoed. Hoeveel warme belangstelling toonde de hooge bezoekerster door haar levendig vragen naar alles wat het huis betrof. Het was een ware feestdag voor allen. (jaarverslag 1913)

In 1926 komt er wederom een gift van f 100 van de Koningin-moeder. Bij haar overlijden op 20 maart 1934 ontvangt het Bredase Huis een legaat van f 2500 als tastbaar bewijs van haar warme belangstelling voor het werk van de diaconessen in Breda. Bij het jaarverslag van 1933 wordt een in memoriam aan de Koningin-moeder gewijd.

IN MEMORIAM

HARE MAJESTEIT DE KONINGIN MOEDER

Het Bestuur van het Diaconessenhuis te Breda voelt zich gedrongen bij het verzenden van dit jaarverslag een woord te voegen ter nagedachtenis van de Hooge Beschermvrouwe die op 20 maart van dit jaar van ons in heengegaan. Het zij een woord van rouw en van eerbiedige hulde tevens. In diepen rouw werd ons volk gedompeld, toen H.M. Emma van ons heenging maar in 't bijzonder smartelijk werden getroffen de vele diaconessenhuizen, waarvan Zij op zoo verheven wijze de Koninklijke Moeder was. Voortaan zal Zij niet meer langs de sponden der lijdenden gaan, troostbrengend en liefdeschenkend. Voortaan zal Zij niet meer, Diacones in den zuiveren zin des woords, de zusters sterken in heur dienen door Zelf den dienst te aanvaarden aan de zorgbeladenen der menschheid. Zij heeft het lijden van zeer nabij leeren kennen. Haar hart was gerijpt tot het ware Offer. Nu is haar dienende daad niet meer onder ons. Maar Haar beeltenis wenkt tot eerbiedige hulde, tot dankende herinnering, tot sterke trouw, tot kinderlijk geloof in ieder Diaconessenhuis. Wij danken God voor dit blijvend bezit, ook in ons Diaconessenhuis en zij doe 't ons weten, telkens weer, dat Koningen dienaars kunnen zijn en dienaars Koningen.

Koningin Wilhelmina wordt in 1935 wederom beschermvrouwe van het Huis. Ter gele-

genheid van haar gouden regeringsjubileum in 1940 wordt een landelijke tentoonstelling gehouden, waarvoor gegevens uit jaarverslagen en foto's van het Diaconessenhuis worden opgestuurd. In 1948 ontvangt het Diaconessenhuis van Koningin Juliana, aan wie verzocht is de traditie van haar grootmoeder en moeder te willen voortzetten, het bericht dat zij het beschermvrouwschap van het Huis aanvaardt.

De geestelijke verzorging

Aan de Middellaan werd al een volksbibliotheek ingericht. Daardoor kon naast de medische verzorging ook de geestelijke en godsdienstige verzorging door leatuurvoorziening (volgens de tradities van het diaconessenwerk) aangeboden worden. Na zijn verhuizing naar Gouda geeft Berkelbach nog geregeld Bijbellessen aan de zusters. Ook voor de inzegening van zusters komt hij graag naar Breda terug. Vanaf 1917 verzorgt ds. B. Ter Haar Romeny eenmaal in de veertien dagen de Bijbelcursus voor de zusters. Ds. J.J. van de Wall neemt vanaf 1921 de Bijbelcursus voor de zusters voor zijn rekening en hij bezoekt ook de zieken. Na zijn vertrek in 1926 neemt voorzitter Loeff deze taken over tot zijn vertrek in 1931. De Bijbelcursus voor de zusters in de wintermaanden en het ziekenbezoek worden vanaf eind 1931 verzorgd door Van Oyen. Eind 1938 geeft Van Oyen de Bijbelcursus wekelijks voor de jonge zusters en eens in de veertien dagen voor de oudere zusters. Het bestuur besluit dat de zusters voortaan ook examen moeten doen in Bijbelkennis en geloofsleer. Als in 1941 voor de eerste keer een examen wordt afgenomen, slagen alle acht deelnemende zusters. Het jaar daarop slagen zes zusters.

In 1940 neemt Mijnaerends naast het voorzitterschap ook de functie van geestelijk verzorger over van Van Oyen. Hij onderhoudt net als zijn voorganger het contact met de zieken en geeft een Bijbelcursus. Eens per maand gaat hij voor in een huisdienst, die bij gebrek aan een kerkzaal in de ziekenzaal gehouden wordt.

Accommodatie en expansie

Het gehuurde huis aan de Middellaan 10 had nogal wat ongerieflijkheden waarover de zusters klaagden.

Van buiten ziet het er vriendelijk genoeg uit. Rechts van de huisdeur vindt ge een tamelijk ruime vriendelijke ziekenkamer, bestemd voor een tweede klas patiënt; daarachter en-suite de huiskamer onze zusters, eindelijk een ruimte, die in vroeger dagen voor veranda heeft dienst gedaan, maar nu gemetamorphoseerd is in: badkamer, operatiekamer en kamer voor spreekuur of polykliniek, al naardat de behoefte zich daaraan doet gevoelen. Een groot voordeel is, dat er helder licht in valt, al beschijnt dat licht ook menigmaal veel droefs en pijnlijks. Laat ons nu den trap, die recht over de voordeur is opgaan. Hij is het zwakke punt van het Diaconessenhuis, een waar kruis. Niet dat hij kraakt of waggelt, integendeel, maar hij is zo steil, dat het mij wel eens verwonderd heeft, dat nog nooit een zieke is afgewezen, omdat hij niet naar boven kon worden gebracht. Ik vermoed dat die trap de zusters menige zucht gekost heeft en misschien menigen zweetdruppel. Boven de voorkamer is een ruime

luchtige ziekenkamer voor 3 patiënten derde klasse; daarnaast een klein kamertje voor eene zuster en boven het achterhuis een tweetal kamers: ééne voor eene zuster, ééne voor een zieke. Op zolder vindt ge, behalve een dienstbodenkamer, een net kamertje dat voor zusterkamer dient. (jaarverslag 1890)

Al snel blijkt dat dit pand minder geschikt is om als ziekenhuis te dienen. Men gaat op zoek naar middelen voor een ander gebouw. Daarbij is het uitgangspunt dat tenminste 2/3 van de koopprijs of bouwsom in kas moet zijn, zodat er slechts voor ten hoogste 1/3 een lening afgesloten moet worden. Eind 1893 doet zich de gelegenheid voor om het pand van wijlen mevrouw Pels Rijcken aan de Nieuwe Huizen B 434 uit de hand te kopen voor f 5000. Omdat er inmiddels zo veel giften voor het nieuwe gebouw zijn ontvangen kan het pand zonder hypotheek betrokken worden. Bovendien is er nog geld over om enige noodzakelijke veranderingen aan te brengen. Het huis wordt op 1 mei 1894 betrokken en beschikt over een badkamer, operatiekamer en een tuin. Het huis is zo groot dat men ook een inwonende dame als pensionaire eerste klasse kan huisvesten, wat meteen ook de exploitatie vergemakkelijkt.

Elke verandering is geen verbetering, maar de verhuizing van de Middenlaan naar de Nieuwe Huizen is en blijft eene groote. Wij hebben gewonnen in ruimte en dan onze heerlijke tuin. Als wij denken hoe den laatsten zomer onze zieken genoten van de frissche lucht, hoe eene lieve geduldige toringlijderes dagelijks verkwikt werd door het groen, de bloemen en het gezang der vogels, dan wordt het lente in ons hart en gaan wij met dankbaarheid en moed den nieuwen zomer tegen. (jaarverslag 1894)

Kort na de opening heeft het Huis last van baldadigheid, de ruiten van de operatiekamer werden telkens ingegooid door jongens uit de Fellenoordstraat. In juni wordt een brief van beklag naar de hoofdcommissaris van politie gestuurd.

Uitbreiding of nieuwbouw

Medio 1898 is het in Huis zo vol dat de bestuurskamer, een zusterkamertje en de kamer van de directrice voor patiënten worden ingericht. Opnieuw wordt over uitbreiding gepraat, eventueel door in de tuin bij te bouwen. De plannen worden in verband met het gebrek aan zusters en financiële middelen vooralsnog aangehouden. Mede op advies van Berkelbach kijkt men uit naar een geschikt stuk grond, waarop een ruim Huis gebouwd kan worden. De omvang moet zo groot zijn dat er eventueel later twee vleugels bijgebouwd kunnen worden. Het bestuur geeft de voorkeur aan een perceel van een halve bunder bij de watertoren in Breda. Aan de minister van Financiën wordt verzocht de grond onderhands of bij publieke veiling te verkopen. Het bestuur krijgt als antwoord dat het bouwrijp maken van de grond zoveel heeft gekost dat de minister de grond alleen tegen de hoogste prijs mag verkopen. Daarna blijkt dat het bestuur wel een ander stuk grond, dat ook in het Wilhelminapark ligt, voordelig kan kopen. Hoewel dit perceel wat verder van de stad af ligt, beslist het bestuur uiteindelijk toch om hierop

het nieuwe Diaconessenhuis te gaan bouwen. J. Bourdrez, architect, stedenbouwkundige en docent aan de KMA biedt aan om een plan te ontwikkelen, en daar maakt het bestuur dankbaar gebruik van.

Met het in 1899 ontvangen legaat Dolk van f 3000 had het bestuur - mede dankzij een lening van f 20.000 tegen 3% - een bouwfonds gevormd. In het voorjaar van 1900 wordt de grond daadwerkelijk aangekocht. Men maakt voorlopig een raming voor een ziekenhuis met 30 à 35 bedden. De onderbouw kost echter al f 6259 de bovenbouw f 40.666 terwijl voor ijzerwerk, beton e.d. al f 10.000 nodig is. Met de verdere bouw en afwerking inclusief meubilering is ook nog f 35.000 gemoeid; totaal een bedrag van f 91.925. Met de ontvangen giften en de opbrengst van een bazaar en loterij in 1902, die f 8200 opbracht, kunnen de rentebetalingen voor het geleende bedrag veilig gesteld worden.

Tijdens de voorbereidingen van de nieuwbouw in het voorjaar van 1902 vraagt het damescomité zich af of men er verstandig aan doet om in verband met de vele werkzaamheden een man in het bestuur op te nemen. Aangezien de meeste leden van mening zijn dat de verhoudingen in het bestuur dan niet meer zo aangenaam zullen zijn wordt ervan afgezien, mede in de wetenschap dat het comité een beroep kan doen op twee vaste mannelijke adviseurs, Reigersma en Tydeman. Het Huis wordt op 1 november 1902 in gebruik genomen en op 20 november 1902 door Berkelbach ingewijd. Het nieuwe ziekenhuisgebouw aan de Wilhelminasingel bevat 40 bedden.

Daarna komt aan de orde de inwijding van het nieuwe Huis. Wordt besloten deze op 20 november te doen plaats hebben, 's namiddags ten 1 ure. Den vorigen avond ten 7 uur zal een bidstond worden gehouden, waaraan alleen het Comité, de directrice met de zusters en zoover zij wenschen en kunnen, de directrices der andere Huizen zullen deelnemen. Dienzelfden avond zal dan ook de onthulling van den gedenksteen plaats hebben. Bij de inwijding zal ds. Berkebach de toespraak houden en daar tusschen of daarna door eenige dames een kwartet of een duet gezongen worden. Er wordt besloten aan de Koningin Moeder te vragen Beschermvrouwe van het nieuwe Diaconessenhuis te worden. (notulen bestuursvergadering 5 november 1902)

Eind 1904 stelt de directrice voor een eigen washuis te bouwen, zodat het linnengoed machinaal gewassen kan worden. Hoewel de noodzaak daarvoor niet wordt ontkend besluit het bestuur het verzoek wegens het ontbreken van de benodigde grond aan te houden. Bovendien heeft de door de doktoren gewenste barak voor de opname van patiënten met een besmettelijke ziekte voorrang.

De verwerving van een stuk grond in erfpacht, grenzend aan de tuin, maakt het uiteindelijk mogelijk de wasserij en het Emmapaviljoen bij te bouwen. Bij de bouw maakt het bestuur gebruik van de bouwkundige adviezen van de heer Venker. De uitbreiding wordt op 6 september 1910 door Berkelbach ingewijd. De ruimten in het Emmapaviljoen zijn vooral bestemd voor een soort pensioonaat voor oudere dames en heren. Na de bestuurswisseling in 1916 schrijft het nieuwe bestuur een brief aan Venker, dat ze in

de toekomst van zijn raad en advies graag gebruik willen blijven maken. Hij kan meteen aan de slag en zorgt voor offertes voor de aanleg van centrale verwarming, een warmwaterleiding en voor het schilderwerk buiten. Op basis van zijn adviezen worden de geoffreerde werken uitgevoerd en gefinancierd door een uitgeschreven lening van f 20.000. In 1917 komen er klachten over de kwaliteit van het onderhoudswerk en de hoogte van de rekeningen. Venker legt zijn adviseurschap neer. Zijn taken werden overgenomen door de heer Zijlmans.

Alweer te klein

Door de sterke toename van het aantal patiënten is het gebouw in 1925 alweer te klein geworden. Begin 1926 trekken de doktoren bij het bestuur aan de bel. Zij melden dat zij verschillende malen patiënten hebben moeten weigeren in verband met plaatsgebrek. Ook hebben de doktoren wensen voor verbetering van het Huis: de realisatie van een kinderzaal met vier à vijf bedden, nieuwe eerste klasse kamers met vaste wastafels, een verloskamer en een aseptische mannen- en vrouwenzaal. Het bestuur stelt een bouwcommissie in, bestaande uit voorzitter Loeff, penningmeester Van Stenis, bestuurslid E. baron Prisse en drie artsen, Schalijs, Cartier van Dissel en dr. J. van Lookeren Campagne. Dankzij de middelen uit een uitgeschreven obligatielening kan snel aan het architectenbureau/ bouwbedrijf Korteweg opdracht worden gegeven om de uitbreiding voor te bereiden. Al op 25 juni 1928 vindt de officiële opening van de vernieuwde inrichting plaats. Als in 1930 de bomen aan de Wilhelminasingel gerooid worden, zijn de kamers aan de voorzijde in de zomer minder goed te bewonen. Er worden markiezen aangebracht. Als het een paar maanden later begint te regenen, blijkt het leien dak van het Paviljoen te lekken en het moet dus vervangen worden, wat nogal wat complicaties oplevert.

Nadat gedurende jaren ir. Plomp als bouwkundig adviseur het bestuur bijstond, wordt hij na zijn vertrek in 1933 opgevolgd door de heer Sluiter, ambtenaar bij de Nederlandse Spoorwegen. Sluiter is slechts kort beschikbaar en wordt in 1933 opgevolgd door J.C. Hardeman, kolonel der genie te Breda. Hij is de echtgenoot van het bestuurslid mevrouw A.P. Hardeman-van der Hout. Ook na zijn pensionering als generaal-majoor in 1937 blijft hij adviseur van het bestuur. In 1940 wordt hij bestuurslid met dezelfde portefeuille. In 1937 worden veel deuren van het Huis ter stofwering glad gemaakt. Tegelijkertijd worden de bedden op de zalen, in verband met de privacy van de patiënten, voorzien van gordijnen. Verder worden er lampjes aangebracht op de wanden achter de bedden. Het gebouwtje Vrederust, waarin de overleden patiënten worden opgebaard, wordt ook in dat jaar opgeknapt en de bestuurskamer krijgt een opknapt. Middelen worden deels bekostigd uit een door mevrouw 't Sas-Vetter georganiseerde verloting van een schilderij.

Door de oorlogsdreiging eind 1939 wordt de aanleg van eigen pompinstallatie voor het Huis noodzakelijk gevonden, voor het geval de aanvoer van water via de gemeentelijke leiding door oorlogshandelingen stagneert. Daarnaast wordt in verband met

luchtgevaar de gewapende betonnen zoldervloer doorgetrokken tot boven de operatiekamers. Aan de buitenkant brengt men brandtrappen aan. Deze onverwachte grote uitgaven maken dat de plannen voor de noodzakelijk bouw van een zusterhuis (bij gelegenheid van het vijftigjarig jubileum) en de bouw van een nieuwe kerkzaal voortgeschoven worden. Architectenbureau Korteweg heeft hiervoor al een vrijblijvende opzet gemaakt. De plannen zouden uiteindelijk pas 20 jaar later in het nieuwe gebouw aan de Langendijk gerealiseerd worden.

In 1942 komt het bestuur tot de conclusie dat het Diaconessenhuis in de huidige vorm met alleen de aanbouw van een zusterhuis en kerkzaal niet meer te helpen is. Het totale gebouwencomplex beantwoordt in geen enkel opzicht meer aan de eisen van een modern ziekenhuis.

Reeds elders in dit verslag is gewezen op de in de laatste jaren volkomen onvoldoendheid der gebouwen en tengevolge van het wederom uitgebreid aantal Zusters moest een groot aantal harer buiten het Huis worden gehuisvest. Echter zal de oplossing van dit inderdaad nijpend probleem als van zovele andere, moeten wachten op den terugkeer van normale tijden. (Jaarverslag 1942)

In 1943 blijken enkele dringende verbeteringen aan het gebouw noodzakelijk; de warmwatervoorziening in het Paviljoen raakt defect en er moet op sommige vloeren een nieuwe deklaag worden aangebracht. De ingrijpendste verbetering is de modernisering van de lift.

Wegens voortdurend ruimtegebrek en noodzakelijke bouwkundige aanpassingen neemt het bestuur op 11 januari 1944 het besluit een nieuw ziekenhuis te gaan bouwen. Hoewel de oorlog nog niet is afgelopen begint men met de voorbereidingen. Ir. J.v.d. Linden uit Amsterdam, oud-Bredenaar en onder andere ontwerper van het Diaconessenhuis in Arnhem, gaat een voorlopig plan ontwerpen. Een bouwcommissie en een commissie voor bezichtiging van en kennismaking met de bouw van de nieuwste ziekenhuizen worden gevormd. Tevens wordt - onder voorzitterschap van de oud-secretaris mr. J.P. van den Brink - een financiële commissie gevormd, die geld moet gaan inzamelen voor de aankoop van een terrein. Gedacht wordt aan een bedrag van f 75.000 en dit doel wordt in drie maanden bereikt.

Hiermee is de grondslag gelegd voor het bouwfonds. De bevrijding van West-Brabant en de continuering van de oorlogsomstandigheden in Noord-Nederland zorgen voor stagnatie in de plannen. Ook in de jaren 1948 en 1949 is het ruimtegebrek een belangrijk nadeel. Ondanks de druk van de dagelijks werkzaamheden organiseren de zusters in het weekend van 17 en 18 maart 1948 een bazaar in Huis, die f 13.000 oplevert voor het bouwfonds. Ook in 's Gravenmoer wordt door het bestuur van het Groene Kruis ruim f 1000 bijeengebracht. De contacten van het bestuur met de regering zijn intensief en in Den Haag heeft men begrip voor de Bredase wensen. Anderzijds heeft het Bredase bestuur ook begrip voor het feit dat het Rijk slechts een beperkt bedrag voor vernieuwing beschikbaar kan stellen. Elders in het land bestaan nog schrijnender situa-

ties, zoals in Arnhem, waar het Diaconessenhuis door de oorlog compleet verwoest is.

Financiën

Het is vanaf het allereerste begin een enorme opgave om voor het Diaconessenhuis aan middelen te (blijven) komen. Het bedrag van de verpleeggelden bedraagt in 1890 f619,50, zodat de contributies van f864,50 een onmisbare aanvulling zijn. Men was begonnen met een fonds van f5417,77. Na het eerste jaar is het saldo na aftrek van diverse aanschafkosten van levensmiddelen e.d. ondanks vele giften in natura slechts f331,88. In 1891 is het totaalbedrag aan verpleeggelden f1077,95, voor meer dan de helft veroorzaakt door een forse toename van de buitenverpleging. De contributies stijgen tot f1262 terwijl de giften f1950 bedragen.

In het tweede jaar blijft een batig saldo over van f529,64. De giften en contributies blijven de eerste twee jaar beperkt. Volgens het bestuur komt dat vooral omdat de contribuanten weten dat het Huis een filiaal van het Haagse Diaconessenhuis is. Hoewel de meeste verpleegden behoren tot de arme volksklasse, nemen zowel de verpleeggelden als de giften, contributies en bijdragen voor een eigen en nieuw gebouw toe. Zo komt in 1895 het bericht dat de Diaconie der Hervormde Gemeente Breda jaarlijks f50 als contributie voor het ziekenhuis zal bijdragen.

34 In 1897 zit er ruim f8000 in kas en wordt in het bestuur in aanwezigheid van Berkelbach besproken hoe men dat geld het beste kan beleggen. De teleurstelling is groot als het bestuur een week later een brief van de dominee ontvangt, waarin hij meedeelt dat hij zijn jaarlijkse contributie van f10 per jaar terugbrengt naar f1 omdat andere 'filantropische bemoeiingen' het op dit moment harder nodig hebben. Het is goed te bedenken dat het filantropisch doel van de inrichting nog steeds nummer één bleef: in de periode 1890–1900 worden tal van armen opgenomen tegen een vergoeding van 25 cent per dag. Deze vergoeding is echter niet kostendekkend. Daarom is extra financiële steun voor een sluitende exploitatie van het grootste belang.

Fondsen

De freule M. Reigersman (de vrouw van het latere bestuurslid Reigersman) komt in 1901 met het originele idee om een Halve-Stuiversfonds (2½ cent) op te richten, waarvan de baten bestemd zijn voor een soort ziekenfonds voor de verpleging van noodlijdenden of maatschappelijk misdeelden. Hoewel het niet tot een echt fonds uitgroeit, omdat de baten jaarlijks rechtstreeks naar de exploitatie vloeien, kan het Huis jaarlijks wel op extra inkomsten rekenen van zo'n f200 tot f300. In 1924 zijn de opbrengsten zelfs f572,68 en in 1925 f681,85. Tot november 1924 blijft zij het beheer voeren over dit fonds. Daarna wordt het beheer overgenomen door mevrouw 't Sas-Vetter, aanvankelijk geassisteerd door de heer Huese, een vrijwilliger die het bestuur en de besturend zuster met de administratie helpt.

Penningmeesteres Angelin freule Hartitzsch neemt het in 1902 op zich om een linnenfonds op te richten om de aanschaf van ziekenhuislinnen te bekostigen. Dit fonds, dat

formeel los van het Huis staat en waar afzonderlijke giften voor worden ingezameld, geeft het ziekenhuis meestal met Kerstmis een gift in natura.

Daarnaast wordt in 1904 de eerste gift ontvangen van f300 voor de oprichting van een 'Vrijbed'fonds. Met de baten van dit fonds kunnen regelmatig onvermogens, die buiten de zorg van het armenbestuur vallen, gratis verpleegd worden. In 1916 wordt bepaald dat voorzitter en penningmeester in voorkomende gevallen over opname beslissen. Acute gevallen mogen in principe niet langer dan 14 tot 16 dagen duren. In 1938 is het fonds gegroeid tot f7600 en is de rente van dit bedrag voldoende voor 80 verpleegdagen.

Eind 1907 ontstaat er een financiële ramp als een deposito van f10.000 verdwijnt in het faillissement van het Amsterdamse beleggingskantoor Zollner. Het Huis kan gelukkig terugvallen op de ondersteuning van een trouwe achterban, waaronder het Koninklijk Huis: als bijdrage voor het geleden verlies ontvangt het Huis een gift van f100 van de Koningin en f60 van de Koningin-moeder.

Voor een deel kunnen de ontstane tekorten opgevangen worden door royale giften van f1000 en f5000. Eind 1908 is het totaal van de giften zelfs opgelopen tot f10.000. Ook de verpleeggelden komen op f10.000 uit. Desondanks moet er toch gereserveerd gaan worden voor nieuwe uitbreidingen, want het aantal verpleegden is de 200 al genaderd (in 1908: 219 verpleegden en 7159 verpleegdagen). Het bestuur slaagt erin om de post salarissen in de periode 1890–1910 laag te houden, waardoor het mogelijk is inkomsten en uitgaven met elkaar in evenwicht te houden. Financiële zorgen voor het ziekenhuis met wisselende inkomsten en onverwachte uitgaven blijven er echter steeds. Nog afgezien van de extra kosten om te kunnen (blijven) voldoen aan de nieuwe eisen op het gebied van medische hygiëne. Voor het benodigde geld kan men steeds een beroep doen op vooral de bewoners van de Westhoek. Het Diaconessenhuis heeft in de harten van de protestantse gemeenschap in West-Brabant inmiddels een vaste plaats veroverd.

In 1913 zijn de toeslagen op de zustervergoeding al gestegen tot bijna f3000, zodat de post salarissen voor het budget begint mee te tellen.

In december 1916 wordt geconstateerd dat de gehele verbouwing (aanleg centrale verwarming, warmwaterleiding en schilderwerk) in totaal f34.000 heeft gekost. Daarvan moet nog f8000 betaald worden en daar is (nog) geen geld voor. Men besluit daarom meer contribuanten te zoeken. Op de 270 verstuurde circulaires worden 50 reacties ontvangen: een stijging van de contributies met f250.

Met ingang van 1 januari 1917 wordt besloten om het boekjaar (dat tot dan toe liep van maart tot maart) en het kalenderjaar te laten samenvallen. Het jaar 1918 is wederom een jaar van grote financiële zorgen, als het nadelig saldo oploopt tot f8000. Door de mobilisatie zijn er veel militaire patiënten opgenomen. Het aantal verpleegden is dat jaar extreem hoog: 752, met 14.784 verpleegdagen, terwijl er 206 operaties worden verricht. De kosten van levensmiddelen en andere benodigdheden zijn eveneens

onevenredig hoog. De tarieven zijn nog niet aangepast en er hebben tegelijkertijd veel onvermogenen van het ziekenhuis gebruikgemaakt. Ook de giften en legaten zijn onder druk van de oorlog sterk gedaald. Mede door de hoge kosten voor levensonderhoud zien zelfs verschillende leden zich genoodzaakt om voor het lidmaatschap te bedanken.

Pas in 1921 kan er weer enige vooruitgang worden geboekt. Om de financiële achterstand weg te werken, zoekt het bestuur persoonlijk contact met de vrienden van het Huis in de Westhoek. In samenspraak met de lokale dominee wordt een lijst met potentiële contribuanten opgesteld en deze personen worden vervolgens door Van de Wall, Stenis, De Jonge en anderen met een bezoek vereerd. Mede door de organisatie van bazaars in de Westhoek en in Breda wordt een totaalbedrag opgebracht van f12.000. Onderdeel van de activiteiten is een liefdadigheidsconcert van het Bredase Christelijk Gemengd Koor. Ondanks het enorme bedrag aan giften is het nog niet genoeg om de financiën op orde te krijgen. Daarom wordt in 1922 wederom een groot aantal bazaars georganiseerd, die bij elkaar f16.000 opbrengen.

In 1924 besluit het bestuur collectebusjes te laten maken. Deze busjes worden verspreid onder de Hervormde Kerken in de regio en onder een aantal sympathisanten. Jaarlijks levert één busje gemiddeld zo'n f30 op.

Naast vele particuliere gevers, die jaarlijks een bedrag storten, kan het Huis voor de ondersteuning van de exploitatie ook op fondsen terugvallen: - De Nederlandse

36 Gustaaf Adolfvereniging (genoemd naar de Zweedse koning Gustaaf-Adolf, die in de 17de eeuw de Duitse protestanten te hulp schoot in de godsdienstoorlogen tegen de katholieken, opgericht in 1852).

- Stichting het Joppe van Poortvlietfonds uit Steenberg.

- De fundatie Van den Santheuvel-Sobbe, opgericht door de weduwe Santheuvel-Sobbe in 1905: 'tot steun bij oprichting, instandhouding of uitbreiding van liefdadigen arbeid in den meest uitgebreiden zin des woords' (in 1925 ontvangt het Huis f1000).

- Stichting Hulp na Onderzoek te Amsterdam (1921: f1000; 1934: f1000).

- De Deutsche Orde Balije van Utrecht (toezegging van een gift van f100 gedurende 5 jaar vanaf 1929).

- Stichting Pape Fonds, opgericht in november 1922. Het verleende steun op het gebied van de armenzorg, maar ook aan culturele of religieuze doelen. Het vermogen van de stichting bestond uit het kapitaal van de familie Pape, waarvan de laatste telgen, de broers Cornelis en Carel, kinderloos stierven (in 1932 een gift van f500 voor de kinderafdeling).

- De opbrengsten van regelmatige collectes uit het 'derde zakje' van de Nederlands Hervormde Gemeente in Breda.

Verpleeggelden en vergoedingen

In december 1922 besluit de Gemeenteraad van Breda om aan het St. Ignatius Ziekenhuis een vergoeding voor stadspatiënten te geven van f3,25 per dag. Omdat aan

het Diaconessenhuis officieus f2,75 is toegezegd, schrijft het bestuur een brief aan de Gemeenteraad met het verzoek de vergoedingen gelijk te trekken. In de raadsvergadering van 2 mei 1923 wordt deze brief behandeld. Het voorstel van B&W is om het Diaconessenhuis slechts f2,50 te vergoeden, omdat in het Ignatius naast geneeskundige behandeling en operaties ook geneesmiddelen zijn inbegrepen. Uiteindelijk besluit de Raad aan het Diaconessenhuis te vragen of het bestuur bereid is aan stadspatiënten hetzelfde te verstrekken als het St. Ignatius Ziekenhuis: genees-, heel- en verloskundige hulp aan armlastige patiënten en pathologisch- en röntgenonderzoek. Het Diaconessenhuis sluit met het Ignatius Ziekenhuis een contract af voor het maken van röntgenfoto's (het Diaconessenhuis schafte zelf pas twee jaar later een röntgenapparaat aan) en meldt vervolgens de Gemeente dat het kan en wil voorzien in al wat voor armlastige patiënten gevraagd wordt. Het antwoord van de Gemeente laat lang op zich wachten. De uiteindelijke regeling voorziet erin dat aan het Diaconessenhuis f0,25 minder wordt uitbetaald dan aan het St. Ignatius, omdat de in het Ignatius opgenomen patiënten behandeld worden door de geneesheer-directeur en in het Diaconessenhuis door de daar werkzame gemeentegeneesheren. De regeling kent een terugwerkende kracht over de periode 1 januari 1923 – 1 januari 1925. Over die periode krijgt het Diaconessenhuis alsnog bijbetaald tot f3. Vanaf 1 januari 1925 geldt een tarief van f2,75 voor het Diaconessenhuis en van f3 voor het Ignatius.

Door de sterke toename van het aantal patiënten is in 1927 het gebouw wederom aan uitbreiding toe. Daarvoor wordt een obligatielening uitgeschreven van f70.000 tegen 4% rente, waarop snel volledig ingetekend is.

Een bijzondere gift ontvangt het Huis van een Nederlander die onbekend wenst te blijven: f10.000. Dit bedrag wordt meteen gereserveerd voor de aflossing van de lening uit 1927, zodat die post gedurende 10 jaar niet op de exploitatie zal drukken. In 1930 geeft deze anonieme weldoener nog eens f10.000.

Naast het Linnenfonds, het Halvestuiversfonds en het Vrijbedfonds wordt in 1929 door een schenking het Dr. Bossers-Rijsdijk fonds gesticht. De doelstelling van dit fonds is om patiënten van alle klassen financieel te ondersteunen in de kosten van verpleging (meestal voor acute ziektegevallen). Al snel smelt dit fonds samen met het Vrijbedfonds. In tegenstelling tot wat het geval was met het eigen fonds uit 1904 kan het bestuur van de vereniging niet rechtstreeks beschikken over het geld van het nieuwe fonds: het fonds heeft een eigen college van regenten.

De exploitatie-uitkomsten blijven vanaf 1930 mede als gevolg van de economische malaise sterk wisselend. Tal van patiënten die zich voor eigen rekening in het ziekenhuis moeten laten opnemen, kiezen voor de laagste (minst kostbare) klasse. Hierdoor dalen de opbrengsten van de verpleeggelden. De verpleeggelden van 1930 ten opzichte van 1929 zijn f6500 lager door het geringer aantal klassenpatiënten. Daardoor is ook de opbrengst van de operatiekamer f1500 minder dan in 1929. Tegelijkertijd vergt de nieuwe salarisstructuur f3000 meer. Meer giften en contributies, grote en kleine schenkingen

moeten dit verlies enigszins dekken. Anderzijds staan daar ook weer grote uitgaven tegenover wegens vernieuwing van medisch instrumentarium.

De slechte financiële toestand van het Huis is de aanleiding om in januari 1933 een salarisverlaging van 5% door te voeren. Mede door de economische crisis blijken verpleegkosten moeilijk inbaar. Soms moeten ze als oninbaar worden afgeschreven. Niet alleen particulieren, maar ook overheden en Burgerlijke Armbesturen weigeren om de kosten van verpleging te betalen voor armlastige patiënten. Dat betreft dan vooral patiënten die door het Huis zonder voorafgaande goedkeuring in goed vertrouwen zijn opgenomen. Tevens oefenen deze organisaties grote druk uit op het Huis om de tarieven te verlagen, waarbij gewezen wordt op het voorbeeld van de r.-k. gestichten. Volgens het Huis wordt daarbij uit het oog verloren dat de r.-k. gestichten over vele onbezoldigde krachten kunnen beschikken. Voor het Huis vormen de salarissen de grootste exploitatiepost.

Over het jaar 1935 wordt net als in 1934 een verlies en winstrekening opgesteld. Hierdoor wordt duidelijk dat de exploitatie met een nadelig saldo sluit dat niet geheel door contributies en giften kan worden goedgemaakt. Bovendien blijkt dat het iemand is gelukt zijn vrouw gedurende lange tijd in het Huis te laten verplegen, zonder dat daarvoor kosten zijn vergoed.

- 38 Bij de voortdurende pogingen tot afbraak van de hoogte van de verpleeggelden proberen de Burgerlijke-Armbesturen en Gemeentebesturen om het Huis en de r.-k. ziekenhuizen in Breda tegen elkaar uit te spelen. Als de besturend zuster nader overleg heeft met de algemeen overste van het St. Ignatius en met de moeder overste van het St. Laurens lukt het op één lijn te komen. Overeengekomen wordt om voor gemeentepatiënten met ingang van 1 januari 1938 een vast tarief van f2,50 per dag te rekenen. Frans van Aalst, die sinds 1933 als administrateur in dienst is het St. Ignatius (en in 1958 als directeureconoom wordt aangesteld) stelt een conceptbrief op. De instellingen kunnen zich hierin vinden en in oktober 1937 wordt de gedrukte circulaire met de verpleeg- en behandelkosten namens de drie ziekenhuizen gezamenlijk verspreid. *Algemeen is men blyde dit eenheidsfront tegenover de prysafbrokkeling te hebben bereikt. (notulen bestuursvergadering 13 oktober 1937)*

De ziekenhuizen zijn niet blind voor de beperkte mogelijkheden, maar het kan niet zo zijn dat patiënten onder de kostprijs verpleegd worden.

In 1939 eindigt het jaar, mede door de extra inkomsten uit het vierde kwartaal door de verpleging van de militairen, positief. Het blijkt daardoor mogelijk om extra afschrijvingen op de inventaris te doen, zodat deze per 1 januari 1940 voor f1 op de balans staat. Het jaar 1941 is er een met vele problemen. Niet alleen raken door de oorlogsomstandigheden de voorraden snel op, maar ook krijgt het Huis met allerlei voorschriften op administratief gebied te maken. Zo moeten middelen worden vrijgemaakt voor de

kinderbijslagregeling, de vereveningsheffing en de omzet- en loonbelasting. Daarnaast leidt de toepassing van het werktijdenbesluit op de zusters tot een uitbreiding van het aantal zusters en daarmee tot huisvestingsproblemen. In dit jaar neemt het bestuur afscheid van de beheerders van het Halve Stuiverfonds en het 't Sas-Vetter Linnenfonds, de heer en mevrouw F. 't Sas-Vetter. Zij treden af in verband met hun hoge leeftijd en krijgen voor hun jarenlange inzet van het bestuur de Huispenning in zilver.

De verpleeggelden groeien in 1942 ten opzichte van 1941 fors en komen uit op ruim f95.000. Dat komt deels door het gestegen aantal verpleegde Nederlandse militairen, en deels door een toename van de verpleeggelden van de patiënten derde klasse als gevolg van de invoering van het ziekenfondsbesluit.

Ter dekking van het financiële risico van de kosten van geneeskundige behandeling van de zusters wordt met ingang van 1 juli 1943 een verzekering afgesloten bij het Algemeen Ziekenfonds Afdeling Breda (A.A.Z.B.). Deze verzekering omvat naast geneeskundige behandeling ook de kosten van tandarts en medicijnen. Schalijs wordt als behandelend geneesheer aangewezen en Wetselaar als apotheker, terwijl de keuze voor de tandarts (mits geen r.-k.) vrij is.

Gezien de omvang van de financiële administratie wordt de controle met ingang van 1 januari 1943 uitbesteed aan het accountantskantoor A.C.M. Hanken in Breda. Daarmee komt het onderzoek op de jaarrekening door een commissie uit de leden te vervallen. Er wordt nu ook een accountantsverklaring in het jaarverslag opgenomen. (Deze werkwijze wordt in 1952 bij de statutenwijziging geformaliseerd.) De hand van de accountant is over 1943 duidelijk merkbaar: in het financieel jaarverslag is een uitgebreide analyse van de cijfers opgenomen. Uit deze analyse blijkt dat de gemiddelde bezetting zodanig hoog is dat een stijging van betekenis niet te verwachten is. Voor een verdere stijging van de verpleeggelden (in 1943 gestegen tot f109.359) moet of het gebouw uitgebreid worden of een volledig nieuw ziekenhuis tot stand komen.

De patiënten

Het Diaconessenhuis is er vooral voor de protestantse patiënten uit Breda en de Westhoek van Noord-Brabant. De exploitatiekosten van het ziekenhuis moeten in principe gedekt worden door de inkomsten van de verpleging en behandeling (huur operatiekamer en genees- en verbandmiddelen). Het bestuur vindt zich er dan ook regelmatig over op als een protestantse patiënt in een ander ziekenhuis wordt opgenomen. Soms is dit echter bittere noodzaak omdat het Huis aanvankelijk bepaalde patiënten wegens plaatsgebrek niet kan of wil opnemen: lijders aan besmettelijke ziekten, geesteszieken en epileptici. Deze patiënten zijn door het reglement van opname uitgesloten. Patiënten worden niet op financiële gronden geweigerd. Armen kunnen worden opgenomen op last van de burgerlijke gemeente Breda, die daarvoor een van tevoren overeengekomen tarief betaalt. Ook diaconieën betalen soms de kosten van armlastige patiënten uit hun kerkelijke gemeente. Al direct na de start in 1890 richt het bestuur een verzoek tot het gemeentebestuur van Breda om in aanmerking te komen voor dezelfde

vergoeding voor de verpleging van onvermogen patiënten als het rooms-katholieke Gasthuis ontvangt. Ondanks een afwijzend advies van het burgerlijk armbestuur wordt dit verzoek ingewilligd. Het was de eerste van een lange reeks overeenkomsten met het gemeentebestuur en met andere partijen over de opname van de door hen aangevoerde patiënten. Pas met de invoering van de Bijstandswet in 1963 wordt een contract met het gemeentebestuur overbodig.

In september 1916 worden de verpleegtarieven opnieuw vastgesteld:

Klasse	verpleegtarief per dag	gebruik operatiekamer
1	f5	f25
2	f3,50	f15
2 tussenklasse	f2	f7,50
3	f1,25	f5

Voor kraamvrouwen in de eerste en tweede klasse geldt f1 extra op het tarief.

Afgesproken wordt om geen uitzonderingen te maken en voor stadspatiënten zo mogelijk in overleg met het Elisabeth Gasthuis ook het gewone tarief te krijgen. Begin 1917 reageert het college van burgemeester en wethouders van de gemeente Breda dat zij niet akkoord gaan met een verhoging van de verpleeggelden. Het blijft f0,50; B&W betogen dat 'dat meer dan genoeg is'. In september 1917 komt er in verband met de stijgende kosten een duurtetoeslag op de verpleeggelden van f1 per dag voor de eerste klasse tot f0,25 voor de derde klasse.

Op verzoek van de Centrale Commissie voor dadelijk hulpbetoon (rampenbestrijding) wordt medegedeeld dat 50 bedden beschikbaar zijn, waarvan er 20 aan het Rode Kruis zijn toegezegd.

Het bestuur blijft in de jaren dertig zeer alert op en kritisch over het opnemen van protestantse patiënten in het Diaconessenhuis en niet in een ander ziekenhuis. De afwijking van deze ongeschreven regel leidt bijvoorbeeld in 1935 tot nadere actie.

Opgevallen is, dat reeds meerdere malen slachtoffers van auto-ongelukken, hoewel niet r.-k. zonder verdere navraag ter verpleging werden overgebracht en verpleegd in het Ignatius-Ziekenhuis, terwijl zy toch feitelijk tehuis behoorden in ons huis. Overeenkomstig het voorstel van dr. Wallien wordt besloten eene circulaire te richten aan de medici te Breda en ruime omgeving en tevens aan de marechaussee-brigades en hulpposten van het Roode Kruis om in dergelyke gevallen den slachtoffers uitdrukkelijk af te vragen, of zy voorkeur hebben voor het eene of andere ziekenhuis. (notulen bestuursvergadering 9 oktober 1935)

De zaalpatiënten worden bij afwezigheid van een afscheiding in het bijzijn van anderen gewassen. Nadat daar bij de voorzitter bezwaar tegen is gemaakt, wordt dit in 1936 in het bestuur besproken. De besturend zuster deelt de bezwaren. Zij aarzelt echter of hierin moet worden voorzien door gordijnen of op een andere manier. Afgesproken wordt tijdens de vergadering van de Bond van Diaconessenhuizen bij de andere

Huizen te informeren hoe men dit oplost. De meningen blijken tijdens de vergadering nogal uiteen te lopen: de meerderheid is tegen de afscheiding met gordijnen, omdat men dan het overzicht over de zaal verliest. Het bestuur besluit niet tot het aanbrengen van gordijnen over te gaan. Een halfjaar later komt de kwestie opnieuw aan de orde. Als proef wordt alsnog besloten gordijnen aan te brengen rond de bedden op de vrouwenzalen. De proef slaagt, en ook de overige zalen worden voorzien van gordijnen. Als garnizoensstad krijgt Breda na de algemene mobilisatie in augustus 1939 te maken met dreigend oorlogsgevaar. Het aantal in Breda gelegerde militairen neemt aanzienlijk toe en deze militairen worden ondergebracht in de zes bestaande kazernes. Spoedig wordt een deel van het Diaconessenhuis in beslag genomen door zieke militairen. De open lighallen worden vervolgens (onder goedkeuring van de chef van het militair hospitaal) in zalen veranderd om het aantal beschikbare bedden te vergroten. Twee dagen na de Duitse inval krijgt de burgemeester van Breda, Van Slobbe, op eerste Pinksterdag 1940 (12 mei) van de Franse commandant het bevel de stad te ontruimen. Omdat het Franse leger in het noorden van de stad aan de rivier De Mark een verdedigingslinie wil bouwen dreigt Breda in de vuurlinie te komen. De inwoners worden geëvacueerd (door Bredanaars 'De Vlucht' genoemd). Het verplegend en huishoudelijk personeel van het Huis blijft echter op zijn post, net als kinderarts dr. J.M. Soeters, die ook reserveofficier gezondheid is.

Onder druk van de oorlog ontstaat in 1940 een hartelijke samenwerking met het St. Ignatius Ziekenhuis; beide instellingen helpen en steunen elkaar waar zij kunnen. Zo krijgt het Huis brood van het Ignatius, en staat het Huis tijdelijk enkele zusters aan het Ignatius Ziekenhuis af. Zelfs de bisschop van Breda, Mgr. Hopmans, spreekt openlijk zijn waardering uit voor de door het Huis betoonde naastenliefde zonder onderscheid van geloof. Dankbaar zijn ook de aalmoezeniers die de talrijke gewonden vergezellen van de scheepsramp bij Willemstad; van een konvooi van vier Duitse Rijnschepen loopt het schip Rhenus 127, volgepakt met Belgische krijgsgevangenen, op 30 mei op een Duitse magnetische mijn en ontploft. Er vallen 167 doden en 276 personen zijn licht of zwaar gewond. Een gedeelte van de gewonden wordt naar het Diaconessenhuis gebracht. Op 16 december 1950 wordt tijdens een feestelijke bijeenkomst op de Belgische ambassade in Den Haag zuster Bertha Keyl voor haar goede zorgen onderscheiden met de Ridderorde van Leopold II.

Na het vertrek van de militaire patiënten zit het Huis eind mei met een overschot aan zusters, zodat degenen met een maandcontract ontslagen worden.

In 1942 neemt het aantal patiënten en verpleegdagen weer toe en die stijgende lijn zet zich in 1943 voort. Dit komt deels door de tijdelijk geringe capaciteit van het St. Ignatius, maar ook door veranderde inzichten ten aanzien van ziekenhuisverpleging bij de bevolking en door de uitbouw van de sociale wetgeving.

De bevrijding van Breda in oktober 1944 is toch nog spannend voor het Diaconessenhuis. Hoewel de Ortskommandant met zijn staf Breda al op vrijdag 27 oktober heeft

verlaten, geven de Duitsers de stad niet zonder slag of stoot prijs: Duitse troepen hebben zich achter de Marklinie ingegraven en in het midden van de Lovensdijk staat een Duitse batterij opgesteld. Daarnaast nemen de Duitsers in de stad posities in en is er versterkte bewaking bij bruggen en andere strategische punten. De geallieerde bombardementen op deze Duitse stellingen en het op zaterdag oprukkende achtste Jager- of Riflebataljon van de Eerste Poolse Pantserdivisie onder bevel van generaal Stanislaw Maczek maken de situatie uitermate onveilig.

Toen in de laatste Octoberdagen het oorlogsgeweld steeds dichterbij kwam, werden de noodige maatregelen getroffen om de patiënten in de kelders te kunnen onderbrengen, waartoe in den middag van Zaterdag 28 October werd overgegaan. Kort na dat alle patiënten waren geborgen vielen de eerste granaten in de onmiddellijke omgeving van het Paviljoen. Den geheelen nacht ging het kanonvuur door en ontploften zoo nu en dan projectielen voor en achter het huis. Gewonden, die door Roode Kruis-mannen werden gebracht, werden behandeld door dokter Wildschut, terwijl in een klein hokje van den kelder, dat als operatiekamer dienst deed, drie patiënten werden geholpen. Alles verliep goed, mede door de grote zorg van de operatiezuster. Om half vier des nachts gingen alle lichten uit, gepaard met een geweldigen slag, welke alles deed schudden. Alle ruiten aan den voorkant, welke nog heel waren vlogen er uit, zoo ook de kelderramen. Later bleek, dat dit veroorzaakt was door een poging der Duitschers om het bruggetje tegenover het huis op te blazen, hetgeen gedeeltelijk was gelukt. Mede door het rustige en beheerschte optreden der Zusters bleven

42 *alle patiënten kalm en ontstond er geen paniekstemming. De knechts, die met hun gezinnen in de kelders waren ondergebracht, controleerden regelmatig het gebouw op inslag en brand, waarvoor het Huis gelukkig gespaard bleef. Hoewel des Zondags reeds een groot deel van Breda w.o. de omgeving van het Diaconessenhuis van Duitschers was gezuiverd, bleven de patiënten tot Dinsdag in de kelders. Op den middag van dien dag werden zij weer naar de kamers en zalen gebracht. Toen echter om zes uur bericht van de Overheid kwam, dat het nog steeds onveilig was, werden allen weer naar de kelders getransporteerd, waar zij tot Donderdag bleven. Vanaf 7 November kwamen veel gewonden uit den Westhoek, die veel zwaarder dan Breda door den oorlog was getroffen. (jaarverslag 1944)*

In 1945 krijgt het ziekenhuis een toevloed van gewonde patiënten te verwerken. De opnamecapaciteit wordt tot het uiterste opgevoerd: de verpleegtijd van de opgenomen zieken wordt beperkt en wie maar enigszins thuis verpleegd kan wordt niet werden toegelaten. Door de vele (militaire) oorlogsslachtoffers is er in deze jaren vaak nauwelijks plaats voor reguliere patiënten.

Het verplegend personeel

Het Diaconessenhuis gaat in 1890 met twee Haagse diaconessen van start. In 1891 komt er een proefzuster bij. Vooral het wijkwerk bezorgt het Huis een goede naam. Vanaf september 1892 bezoekt de wijkzuster uit gezondheidsstandpunt op kosten van het Diaconessenhuis wekelijks de badinrichting. In Den Haag werden de zusters in de

gelegenheid gesteld om dagelijks een bad te nemen. Na het terugroepen van de Haagse zusters wordt Koomans besturend zuster en wordt de verpleging verzorgd door haar en nog een zuster, terwijl er voorlopig ook een 'vrije verpleegster' (een verpleegster die loon ontvangt) wordt aangesteld. Eisen aan vooropleiding of vakbekwaamheid van de aspirant-diaconessen worden aanvankelijk niet gesteld. Wel geeft men de voorkeur aan (Hervormde) meisjes uit betere kringen. Als men in oktober 1892 tot de ontdekking komt dat de Haagse zuster Bertha tot de dolerende (gereformeerde) kerk behoort, schrijft het bestuur de directrice van Den Haag, freule Elout, met het verzoek om zuster Bertha te verbieden naar de afgescheiden kerk te gaan. Voor een katholiek gebleken dienstbode loopt het slechter af:

Eindelijk komt nog ter sprake de dienstbode van het Diaconessenhuis. Mevrouw Gori deelt mede, dat de hoofdzuster door den voorged. dienstbode erover aangesproken is dat zij naar de Katholieke kerk mocht gaan. Enkele leden hooren tot hare verbazing dat Anna Roomsche is. Door de Roomschen verlaten, was zij door den Vrouwenbond van verkeerde wegen gehaald en in het Diaconessenhuis gebracht voor een oogziekte, daarop was zij er voornamelijk uit medelijden gehouden en eindelijk als dienstbode gebleven, daar zij toch ook het Roomsche geloof wilde verlaten en zelfs op catechisatie ging bij ds. Berkelbach. Zij is echter niet overgegaan tot het Protestantisme. De presidente meent, dat men niet toe kan staan, dat zij naar de Roomsche kerk gaat vanuit een Protestantsch ziekenhuis, maar dat men haar dan ook niet naar de Hervormde kerk moet laten gaan. Zij meent dat het verstandiger zou wezen, met het oog op onaangenaamheden reeds vroeger voorgevallen haar met

43 *behoorlijke waarschuwing te ontslaan. Hiertoe wordt met algemeene stemmen besloten. (notulen bestuursvergadering 21 oktober 1892)*

Volgens afspraak zal de ontslagen dienstbode tot februari blijven. Koomans neemt het in de bestuursvergadering van januari 1893 alsnog voor haar op en stelt dat het wel gewenst is dat zij blijft: 'Anna toont veel hart voor het huis en heeft veel goeds'. Als zij blijft moet wel werk gemaakt worden van haar catechisatie en moet zij belijdenis doen. Aldus wordt besloten. Uiteindelijk vertrekt ze toch in maart wegens enige onaangenaamheden en de weigering belijdenis te doen.

Ook meisjes die door de predikanten worden aanbevolen krijgen een kans. De notulen getuigen van het belang dat aan een goede levenswandel en gehoorzaamheid van de aspirant-zusters wordt gehecht. Intellectuele vorming is niet zo nodig. In de keuken en de huishouding is ook werk genoeg en de verpleging geldt rond 1900 meer als een roeping dan als een vak.

Brieven van sollicitanten worden de eerste jaren naar Berkelbach gestuurd. Vaak heeft hij, nadat hij over de kandidaat informatie heeft ingewonnen bij de plaatselijke dominee, in Gouda een gesprek met de sollicitante. Kandidaten worden beoordeeld en soms afgewezen. Soms wordt een meisje toegelaten om in de dagelijkse praktijk te bekijken of ze over de nodige basisvaardigheden beschikt.

Soms komt de informatie achteraf, zoals in het geval van een zuster die in januari 1895 tijdelijk in het Diaconessenhuis verblijft. Het Haagse Huis laat weten dat de zuster een dief is en waarschijnlijk in de gevangenis heeft gezeten. Uit andere informatie blijkt dat zij waarschijnlijk drinkt. Ze wordt weggestuurd. Een andere verpleegster in opleiding wordt aanbevolen door freule Elout van het Haagse Huis. Het werk in het grote ziekenhuis was voor deze verpleegster te overweldigend; zij zou beter tot haar recht komen in een kleinere werkomgeving.

Huisdokter Bossers begint in 1895 een 'dokterscursus': praktisch en theoretisch medisch onderricht voor de zusters. Daarnaast geeft ds. Vinke van Princenhage de zusters lessen in algemene vorming en godsdienst, waarbij ook ethiek en maatschappij aan de orde komen. De dokterscursus wordt in 1897 mede gegeven door dr. A.N. Nolst Trenité. Hij maakt daarbij vooraf de bemerking dat hij met de cursus zal stoppen als de zusters te weinig ontwikkeld zijn en er toch niets blijft hangen. De besturend zuster belooft dat zij de stof nog eens met de zusters zal bespreken. In 1898 wordt een zuster ter opleiding een jaar naar het Haagse Diaconessenhuis gestuurd.

De personele problemen blijven. Zo moet de directrice besluiten om een zuster te laten vertrekken in verband met 'buien van sufheid'. Een reeds geplande inzegening van een zuster tot diacones wordt in 1897 uitgesteld wegens geconstateerde gebreken: de zuster snoept van het eten zowel in Huis als in de buitenverpleging. Zij is tegen de directrice lief en vleierend en achter haar rug kamt zij tegenover de andere zusters alles wat

44 de directrice doet af. Ze is slecht gehumeurd en ongehoorzaam. Tijdens een bestuursvergadering wordt zij op het matje geroepen en door Berkelbach, die als toehoorder de vergadering bijwoont, bestraffend toegesproken. Na het gesprek spreekt hij samen met haar een gebed uit. In 1903 wordt een zuster ontslagen, omdat zij bijna twee jaar 'in betrekking' heeft gestaan met de zoon van een patiënt. Haar wordt verweten dat ze haar relatie steeds heeft ontkend en 'op een bedrieglijke wijze een briefwisseling met hem onderhield en cadeaus van hem aannam'.

Na een bestuurslidmaatschap van 9 jaar treedt in 1902 Scherer terug als bestuurslid om zelf als zuster in het Diaconessenhuis te gaan werken. Het bestuur benoemt haar tot erelid en op grond daarvan mag zij de bestuursvergaderingen bijwonen. Op 3 juli wordt zij op voorstel van Moeder Koomans samen met zuster Dirkje Slinger (die al zes jaar in het Huis werkzaam is) door Berkelbach ingezegend tot diacones. Bij het aantrekken van zusters komt regelmatig de discrepantie naar voren tussen het vervullen van een betrekking als verpleegster en de hogere idealen en eisen die er vanuit een Diaconessenhuis aan een zuster worden gesteld.

Verder vraagt de directrice wat te doen met een der nieuwe zusters, die nu bijna een jaar bij ons is, maar duidelijke blijken geeft geen hart voor diacones te hebben. Hoewel niet onhandig mist ze alle bereidwilligheid en is er ook van een hooger beginsel niets bij haar te bemerken. Zij begrijpt volstrekt niet, dat een diacones altijd bereid moet zijn om te dienen, als zij daartoe geroepen wordt en spreekt steeds van den tijd van het Huis en van haar eigen tijd. Dit deed ons meenen dat zij in een neutraal ziekenhuis beter op haar plaats zou zijn.

(notulen bestuursvergadering 9 november 1904)

Zusterfonds

In 1905 wordt op voorstel van de directrice een zusterfonds ingericht. Dit fonds moet zusters die jaren in de verpleging werkzaam zijn geweest tegemoetkomen in de kosten als ze zelf hulp behoeven of als ze met pensioen gaan. Een eerste beperkte vorm van pensioenvoorziening dus. Voor dit fonds waren al enkele giften binnengekomen. Verder wordt besloten jaarlijks een kwart van het batig saldo te bestemmen voor het afsluiten van een levensverzekering. Overigens is men van mening dat zieken en ouden van dagen als vanzelf verzorging in het Huis vinden. Het batig saldo over 1905 bedraagt f500, zodat al meteen f125 naar het zusterfonds gaat.

In 1906 komt de Hervormde afkomst van eventuele nieuwe zusters nogmaals aan de orde als zich bij de directrice een meisje van gereformeerde afkomst meldt, dat graag als zuster wil werken. In de praktijk is telkens gebleken dat er moeilijkheden ontstaan als niet allen naar dezelfde kerk gaan. Nu wordt als regel dat alle zusters naar de Hervormde kerk gaan; zusters die zich daarmee niet kunnen verenigen worden niet aangenomen. Op 22 juni 1911 worden de zusters Annette en Marie door Berkelbach plechtig ingezegend.

Scholing

Geleidelijk worden de interne eisen voor verpleegsters hoger. Door de aansluiting in 1913 bij de Bond voor Ziekenverpleging krijgt het Huis het recht om een zelfstandige opleiding voor verpleegsters te starten. Hiervoor is al in 1895 een bescheiden basis gelegd. Het Diaconessenhuis wordt nu naast ziekenhuis ook een erkende opleidingsinrichting voor nieuwe verpleegsters. Er komt een door de Bond erkend diploma A met daarbij mogelijkheden voor extra aantekeningen voor kinder- en kraamverpleging. Er komen ook eisen voor de erkenning als opleidingsziekenhuis. De opleiding loopt niet altijd van een leien dakje. Lange werktijden veroorzaken nogal eens klachten van de bij de opleiding betrokken huisarts Schalij: leerlingen die niet komen opdagen omdat ze de afdeling niet mogen verlaten, of leerlingen die te moe en/of te onontwikkeld zijn om van de lessen iets op te steken. De opleiding mag ook bijna niets kosten. Van de aan het Huis verbonden arts wordt verwacht dat hij het medisch onderwijs 'erbij' doet. En dat terwijl hij de zusters en een deel van de patiënten ook al gratis behandelt. Later wordt ook van het groeiend aantal specialisten in Huis een kosteloze bijdrage aan het onderwijs verwacht. Daarbij moet dan nog betrokken worden dat de gediplomeerden, zolang de zakgeldregeling geldt, vertrekken naar beter betaalde banen.

Het wijkwerk breidt zich in 1913 fors uit. De wijkzuster moet te voet grote afstanden overbruggen, wat veel tijd kost. Een verzuchting in het jaarverslag van 1913: 'och, konden wij onze zuster een fiets geven' levert positieve respons op en korte tijd later kan aan de vaste wijkzuster een fiets worden verstrekt.

De zusters hebben het in 1914 zeer druk gekregen. Het aantal zusters houdt geen gelij-

ke tred met het aantal patiënten. In 1914 zijn er 261 verpleegden met 10.398 verpleegdagen, terwijl voor het Rode Kruis in de Eerste Wereldoorlog gedurende lange tijd 20 bedden beschikbaar moeten blijven. Ook de wijkzuster verzet veel werk. Behalve haar 2154 bezoeken assisteert zij Bossers, die tijdens zijn spreekuur 2429 patiënten te behandelen krijgt.

Dr. Geil neemt in 1916 de zorg voor de zusterscursussen op zich en krijgt in 1918 assistentie van dr. Schot, militair arts.

Pensioen

Ondanks alle bestuurlijke perikelen over het voortbestaan van het Huis komt in 1916 de pensioenverzekering voor de rustende zusters weer nadrukkelijk op de bestuursagenda. Bij de Algemene Maatschappij van Levensverzekering en Lijfrente Amsterdam wordt geïnformeerd naar de wijze waarop pensioenen voor de zusters te verzekeren zijn. Als grondslag wordt aangenomen dat de zusters op hun zestigste jaar na ten minste veertig dienstjaren als vol pensioen f500 kunnen verdienen. Bij minder dienstjaren ontvangt men voor ieder dienstjaar 1/40 van het volledige pensioen. Voor de oudere zusters zijn de premies tamelijk hoog, voor de jongeren (bijvoorbeeld 20 jaar) bedragen de premies gemiddeld f50 per jaar. De polis staat op naam van de vereniging en van de betrokken zuster, maar is eigendom van de vereniging. De grootste moeilijkheid is wat er met de polis moet gebeuren bij vroegtijdig ontslag. Als het eervol is, kan

46

de polis meegegeven worden. De zuster kan dan naar eigen keuze blijven doorstorten. In ieder geval ontvangt zij op haar zestigste jaar in verhouding tot de gestorte gelden een pensioen. Betreft het geen eervol ontslag en wil het Huis de polis niet meegeven, dan is de polis niet verzilverbaar. Bedraagt de daaropvolgende uitkering f25 of meer per jaar, dan kan die uitkering direct aanvangen ten gunste van de vereniging. Is de uitkering minder, dan kan pas op zestigjarige leeftijd van de betrokken zuster (na overleg van een atesta de vita) het pensioen door de vereniging ontvangen worden. De daarop gestorte gelden zijn dan vrijwel verloren. Tot een directe uitbetaling op de polis is de maatschappij in dergelijke gevallen niet bereid. Na een uitgebreide discussie besluit men de polis in elk geval mee te geven als de zuster tenminste 5 jaar in het Huis gewerkt heeft. Bij navraag blijkt dat de Maatschappij bereid is om bij ontslag van een zuster die nog geen 5 jaar in dienst is 90% van de voor haar gestorte premies terug te betalen. Er wordt ook bij andere maatschappijen naar de voorwaarden geïnformeerd. In januari 1917 wordt een contract afgesloten met de Nationale Levensverzekering Bank te Rotterdam. Een jaar later wordt beslist dat zusters pas na een proeftijd van een jaar in het fonds worden opgenomen.

Salarissen

In september 1916 worden de salarissen van de zusters opnieuw vastgesteld. De eerste drie maanden (proeftijd) zonder salaris, daarna het eerste jaar f75, het tweede jaar f100, het derde jaar f125, na behaald diploma f150, met nog 2 tweejaarlijkse ver-

hogingen van f25. Ieder jaar ontvangt een zuster daarenboven twee mutsen, twee foezelaars, twee kragen en één japon. Een hoofdverpleegster ontvangt f400 tot f500. In 1917 slaagt zuster Mien Sanders voor haar examen als verpleegster. Het bestuur is zo trots dat men besluit er - als een aanbeveling voor het Huis - mededeling van te doen in de courant. Op basis van een uitgebreid rapport van de secretaris van het bestuur, baron De Vos van Steenwijk, stelt het bestuur met ingang van 1 juli 1919 de salarissen voor de zusters vast:

Leerling-verpleegster eerste jaar f150.

Leerling-verpleegster tweede jaar f200.

Leerling-verpleegster derde jaar f250.

Als de verpleegster haar diploma behaalt, wordt het jaarsalaris opgetrokken tot f300 met tweejaarlijkse verhogingen van f50 tot een maximum van f 500. Het salaris voor proefzusters (en gelijkgestelden) wordt vastgesteld op f100 per jaar. Het salaris van de directrice wordt bepaald op f900 per jaar en voor de hoofdverpleegster op f700. De normen van de arbeidswet 1919 gelden aanvankelijk niet voor werknemers in ziekenhuisinrichtingen. Pas met de inwerkingtreding van het verpleegbesluit per 1 januari 1929 vallen ook ziekenhuizen onder de arbeidswet. Inrichtingen waar nonnen of diaconessen werken blijven vrijgesteld van de gestelde eisen zoals een vrije dag per week. Het bestuur laat ook de schaarse huishoudelijke en administratieve vrouwelijke krachten onder de vrijstelling vallen. Formeel zijn ze overigens geen aspirant-diacones. Zij ontvangen wel een salaris, maar het bestuur streeft ernaar dat ze in het Huis komen wonen of zoekt wegens ruimtegebrek elders onderdak. Dit om de kosten zoveel mogelijk te drukken. Mannelijk personeel, zowel technisch als administratief, woont doorgaans zelfstandig buiten het Huis.

Een uitzondering vormt de rooms-katholieke huisknecht Brands, als patiënt binnengekomen en blijven hangen. Hij functioneert tot ieders tevredenheid. Als 'de oude Brands' in 1932 overlijdt, blijkt hij het Diaconessenhuis tot enig erfgenaam benoemd te hebben en zijn legaat van f815,85 wordt in dank aanvaard.

Nadat in 1921 één zuster slaagt voor het staatsexamen ziekenverpleging zijn dat er in 1926 twee, al moeten zij nog wel een jaar in een groter ziekenhuis gaan werken.

Omdat het jaarlijks aantal verpleegdagen vanaf 1926 structureel meer dan 14.000 bedraagt, krijgt het Huis op 10 oktober 1927 de volledige erkenning als opleidingsinrichting A. Daardoor vervalt de verplichting dat verpleegsters na het behalen van het diploma nog een jaar in een groter ziekenhuis moeten werken.

In 1928 worden vier jonge zusters aangenomen als leerling-verpleegster en slagen drie zusters voor het diploma A. In 1929 slagen opnieuw twee zusters. Daarnaast krijgt zuster Elisabeth Labeur als eerste in Huis een aantekening op haar diploma voor de kraamverpleging. In datzelfde jaar worden negen jonge zusters als leerling-verpleegster aangenomen.

Voor de salariëring van de zusters wordt in 1929 een gunstiger regeling getroffen. Door

47

de slechte financiële situatie van het Huis moet echter in januari 1932, in een poging de eindjes aan elkaar te knopen, een salarisverlaging van 5% doorgevoerd worden. Vanaf 1931 slagen elk jaar wel enkele zusters na het voltooien van de interne opleiding voor het diploma A of kraamverpleging.

De heer Drost, hoofd van de in 1928 opgerichte dr. De Visserschool (genoemd naar de dominee en minister van Onderwijs en Staat) in Ginneken start op verzoek met een cursus algemene ontwikkeling voor de jonge zusters.

De secretaris van het bestuur Van den Brink, die zelf enige tijd in het ziekenhuis is verpleegd, neemt samen met de besturend zuster in 1934 het initiatief voor de aanleg van een geluidsinstallatie. Dit initiatief slaat aan en het spontaan gevormde zustercomité organiseert in Huis een verkoopdag van in hun vrije tijd vervaardigde handwerken om het resterende bedrag bijeen te brengen. Al in 1935 kan de installatie aangelegd worden en zo wordt het Huis aangesloten op de gemeentelijke radiodistributie. Op de niet in gebruik zijnde vijfde lijn wordt een eigen distributie van de kerstviering en andere plechtigheden gerealiseerd. Vanaf september 1938 is op deze vrije lijn op initiatief van de zusterkring wekelijks koorzang van de zusters te horen. Er blijft van de verkoop zelfs nog geld over. Vanaf nu wordt de 'Huisverkoopdag' tweejaarlijks georganiseerd en de zusters stellen de opbrengsten aan het bestuur ter beschikking.

In 1932 zijn er in Huis achtentwintig zusters en een assistente op de röntgenafdeling werkzaam. In 1936 zijn er drieëndertig zusters.

48

Bevallingen

Een uitbreiding van het wijkwerk en de ziekenverpleging buitenshuis wordt in 1934 verkregen door een cursus voor opleiding van kraamverpleegsters. Deze cursus staat onder leiding van de verloskundige mej. De Boer. Zij heeft haar opleiding genoten aan de Nederlandse Vroedvrouwenschool en geeft de cursus samen met de verloskundige mevrouw Van der Zwaan. Als randvoorwaarde heeft de inspecteur van de volksgezondheid, dr. Bantjes, de eis gesteld dat er in Huis tenminste 60 bevallingen plaatsvinden. Om daaraan te kunnen voldoen, stelt het Huis een speciaal laag tarief voor bevallingen (f40 voor bijstand vroedvrouw en verpleging) vast. Het aantal bevallingen wordt snel bereikt en in augustus 1934 komt de toestemming om in Huis een eigen kraamopleiding te starten. De mogelijkheid voor het Huis om tegen billijke voorwaarden verloskundige hulp en verpleging aan te bieden wordt hiermee aanmerkelijk vergroot. Een jaar later kunnen drie zusters, Mieke van der Meeren, Betsy Kievit en Henny Buys, het diploma kraamverpleegster in ontvangst nemen.

Het diploma enquêtrice wordt in 1936 behaald door zuster Tine Geertsma. Henny Buys behaalt het diploma wijkverpleegster na het volgen van een cursus, verzorgd door het Wit-Gele Kruis.

Intussen is het wijkwerk van het Huis mede ter ondersteuning van het Groene Kruiswerk in de Westhoek sinds 1936 uitgebreid tot 's Gravenmoer en Willemstad. In de grote behoefte kan men voorzien door het feit dat steeds meer zusters naast het gewone

staatsexamen ook het diploma wijkverpleegster behalen. Behalve een goede reputatie voor het Huis betekent dit ook een belangrijke stap voorwaarts voor de deskundige verpleging en verzorging van zieken, zuigelingen en kraamvrouwen in het eigen gezin. Zuster Geertsma, die net haar diploma heeft behaald, wordt tijdelijk afgestaan als wijkverpleegster aan het Groene Kruis in 's Gravenmoer. Al in het eerste jaar brengt zij 1632 bezoeken aan 58 patiënten; 415 bezoeken aan 18 kraamvrouwen; 452 bezoeken bij 21 zuigelingen en 26 bezoeken bij 2 tuberculosepatiënten.



Aanvankelijk had ik in mijn geboortestad Den Haag een betrekking in de huishouding. Dat beviel niet en ik ging op zoek naar iets anders. Via een tante in Breda kwam ik in aanraking met de diaconessen. Ik heb in 1943 gesolliciteerd en werd aangenomen. In Den Haag had je trouwens ook een Diaconessenhuis (Bronovo), maar daar kwam je als eenvoudig meisje niet binnen.

We woonden in Breda in het zusterhuis en hadden een strak ritme. 's Morgens werden we om zes uur gewekt door de wachzusters. We wasten ons op zolder aan een klein fonteintje met koud water.

Om zeven uur begonnen we met het wassen van de patiënten en daarna ontbeten we om acht uur gezamenlijk. Om tien uur dronken we met zijn allen koffie. Om twaalf uur aten we warm en de tweede groep om één uur. 's Avonds aten we om half vijf en half zes. Het was heel gedisciplineerd, iedereen had een plek aan tafel volgens de rangorde: besturend zuster, daarnaast de zustershoofden en subhoofden. Als jonkie zat je ergens aan het einde. Als zuster Broeren binnenkwam, moest je gaan staan. Je werkte 's avonds tot acht uur. De eerste jaren mocht je niet weg en dan ging je beneden zitten breien, of je had les en daarna om half tien naar bed. De diaconessen en de leerling-verpleegsters woonden bij elkaar in het zusterhuis. We vormden met elkaar een eenheid. Als zusters kregen we kost en inwoning en f12,50 zakgeld in de maand. Dat kregen we eens per kwartaal, en dan te bedenken dat een paar schoenen toen al f25 kostte! In 1949 werd het zakgeld opgetrokken tot f25 per maand. Toen in 1971 de CAO van toepassing werd kreeg iedereen salaris. Economisch directeur T. Stolk heeft ervoor gezorgd dat in 1974 onze oude pensioenrechten (waar geen premie voor was afgedragen) in het pensioenfonds van het PGGM werden opgenomen.

Wat me sterk is bijgebleven is het einde van de oorlog. We moesten de kelder opruimen en schoonmaken om de patiënten daar onder te brengen om hen zo goed mogelijk te beschermen tegen de gevolgen van eventuele bombardementen. Er kwamen steeds meer gewonden binnen en die konden er niet meer bij. Ze werden op bedden op de begane grond in de gangen tegen de muren geplaatst. In de laatste Oorlogswinter was ik tweedejaars en toen heb ik ruim zes weken achter elkaar gewerkt zonder een vrije dag. We kregen veel gewonden, zelfs Duitsers. Er was maar één chirurg, dr. Van Hilten, om de patiënten te behandelen. Ondanks de Bezetting is de situatie in Huis steeds behoorlijk

49

geweest. We konden nog wel aan materiaal en voedsel komen. Zelf hadden we het niet slecht, we aten veel rijst en je mocht niet op alle boterhammen beleg.

Na de afronding van mijn verpleegstersopleiding heb ik een jaar op de kraamafdeling gewerkt. Ik had amper mijn diploma toen me gevraagd werd hoofd nachtdienst te worden. Ik kreeg dus al snel veel verantwoordelijkheid.

In de tuin aan de Wilhelminasingel kwam op initiatief van Buijs een barak, waarin de specialisten spreekuur zouden gaan houden. Buijs vroeg mij om hoofd van de polikliniek te worden en dat heb ik gedaan. Daarvoor heb ik de stafopleiding gevolgd in Den Haag. We zaten ongeveer twee jaar aan de Langendijk toen we, naar een idee van Buijs, met een afsprakenspreekuur begonnen. We waren het tweede ziekenhuis in Nederland dat daarmee ging werken. We hadden een schema uitgewerkt, waarbij je voor een eerste consult bij een internist 20 minuten moest rekenen en voor een tweede consult 10 minuten. De gynaecoloog kon twee patiënten in een kwartier spreken. Dat spreekuur liep voortreffelijk en daar ben ik nog altijd trots op.

De sfeer in Breda beviel me prima en mede daardoor ben in 1959 samen met 6 andere zusters diacones geworden. De inzegening vond plaats in de Grote Kerk van Breda door de bestuursvoorzitter, ds. Van Voorthuysen. Het diacones zijn kwam op mijn pad en ik voelde me daar geborgen bij. Het was een soort roeping. Want er werd wel van je verwacht dat je verpleegster zou blijven. Maar het was geen gelofte voor het leven. Als je iemand tegenkwam met wie je wilde trouwen, dan kon dat. In je vrije tijd kon je ook doen wat je wilde.

Interview A. Boudenstein, 4-3-2011.

In 1938 wordt op verzoek van het Groene Kruis zuster Henny Buys aangesteld als wijkzuster in Willemstad, wat natuurlijk ook bijdraagt aan een binding met het Huis in Breda. Naar aanleiding van een acute ziekte van een zuster in datzelfde jaar bespreekt het bestuur de wenselijkheid van een structurele medische begeleiding van de zusters. Na overleg met de zusterkring wordt besloten om de zusters jaarlijks te keuren en een röntgenfoto te maken. Als begin 1939 het werk voor de besturend zuster fors toeneemt wordt een deel van haar taken, vooral de leiding over de jonge zusters, overgenomen door de daarvoor door het bestuur aangestelde mej. Loos. Zij vervult deze taken slechts kort, want in september 1940 overlijdt ze plotseling. Per 1 april 1939 krijgt Bertha Keyl, die op voortreffelijke wijze chirurg dr. Van Hilten bijstaat als operatiezuster, de titel 'chirurgisch zuster' met bijpassend salaris van f700 per jaar.

Belangrijk in de zusterkring is de inzegening als diacones op 15 november 1939 van zes zusters (wijkzusters Buys en Jeanne Klaaeijsen, zusters Jet van Nooy, Marie van Peer, Geertsma en hoofdzuster Mieke van der Meere) in de Grote Kerk in Breda door Van Ooyen. Het inzegeningritueel is plechtig:

Ik vraag U dan voor God en Zijn gemeente:

1e of gij den roepstem, die van mensen tot U kwam, de roepstem Gods tot deze dienst hebt herkend en opgevolgd en dus in Uw hart gevoelt dat deze heilige dienst U door Christus zelf

en Zijn kerk is opgedragen?

2e of gij belooft zolang ge diacones zult zijn, onder biddend op zien tot de troon der genade in Uw woord en daad anderen in aanraking te brengen met Jezus Christus en het Evangelie van Gods genade in hem?

3e of ge U voorneemt, daartoe in eenvoud, gehoorzaamheid en gewilligheid de taak te volbrengen, die u opgedragen zal worden?

4e of ge wilt doen, wat in Uw vermogen is om in waarachtige liefde met Uw medezusters samen te wonen om te arbeiden, de belangen van de diaconessenarbeid in Nederland in het algemeen en van ons Huis in het bijzonder te behartigen, allen die aan Uw zorgen zullen worden toevertrouwd zonder onderscheid des persoons in trouwe liefde te dienen?

5e het ja-woord der zusters: De Vader der barmhartigheid, die U door Zijn genade tot deze heilige dienst geroepen heeft, verlichte U door Zijn geest en sterke U door Zijn hand en zegene U zo in Uw bediening, dat ge daarin moogt arbeiden tot verheerlijking van Zijn naam en tot heil van Uwen naaste. Hij is getrouw, Zijn kracht wordt in Uwe zwakheid volbracht. Appèl nominaal, zegen en handslag (de zusters knielen)

Verklaring.

Onder biddend opzien tot God verklaar ik dan in opdracht van dit Diaconessenhuis, dat U erkent als zijn diacones, U belovende als het God behaagt tot den dag Uws doods toe, U te verzorgen en in staat te stellen, zolang Uw kracht dit gedooft, het werk der barmhartigheid uit te oefenen in den naam des Heeren.

Van Ooyen komt voor de plechtigheid speciaal uit Groningen over, waar hij pas is beroepen. De nieuwe diaconessen krijgen als onderscheidingsteken van het Huis een zilveren medaillon aan een kettinkje.

In 1939 slagen weer 5 zusters voor het diploma A. Door de enorme drukte - de verpleging van de vele militaire patiënten - hebben de zusters geen tijd om kerstgeschenken voor de patiënten te maken. Daarom worden geschenken gekocht voor 50 à 75 cent per patiënt. Het verplegend- en huispersoneel krijgt van het bestuur over de periode oktober 1939 tot juni 1940 wegens grote inzet onder moeilijke omstandigheden een gratificatie van 5%. Nadat het bestuur in 1940 de leidster van de cursus voor kraamverpleegster moet ontslaan, nemen vier zusters deel aan een vergelijkbare cursus in Moederheil, terwijl ze in Huis deelnemen aan een cursus zuigelingenverzorging. Beide cursussen worden gegeven door Van Dijk, directeur van Moederheil.

Het aantrekken van een Surinaamse medewerkster is voor het Bredase bestuur in 1941 nog een brug te ver.

Naar aanleiding van de vraag van den Bond om plaatsing in een der Huizen van de Surinaamsche verpleegster wordt algemeen haar zwarte huidskleur als te bezwaarlijk tegenover de groote meerderheid der in ons Huis verpleegden gevoeld. De hoop wordt uitgesproken dat dit meisje over wie zoveel goed is medegedeeld wellicht in de huishouding van eenig Huis kan worden te werk gesteld. (notulen bestuursvergadering 14 juli 1941)

Op een later aanbod van het bestuur om in de huishouding te komen werken komt geen reactie. Ze wordt in 1946 als diacones ingezegend in het Utrechtse Diaconessen-huis.

In mei 1941 krijgt het Huis van de Arbeidsinspectie te horen dat het Werktijdenbesluit ook voor de zusters van het Huis geldt. Aangezien de arbeidstijd op dat moment gemiddeld 4 uur per week te hoog is, betekent dit dat meer zusters aangesteld moeten worden. Ingezegende zusters vallen niet onder het Besluit.

In november 1941 constateert het bestuur dat het voor de zusters zeer moeilijk blijkt om stoffen te kopen voor de zusterkleding. Materiaal is niet alleen schaars, maar ook kostbaar. Men besluit een zuster die 'gekleed' (ingezegend) wordt, de stof voor een mantel, sluier en japon aan te bieden. Bij vertrek binnen een jaar moet de zuster de kleding teruggeven.

De ontspanningsmogelijkheden voor de zusters zijn niet erg groot en beperken zich tot lezen, handwerken, de Bijbelcursus en het zangkoor. In 1937 wordt dankbaar gebruik gemaakt van het aanbod van de Nederlandse Vereniging tot behartiging van de belangen van jonge meisjes om haar film Lichtende Bakens te vertonen. In datzelfde jaar houdt mevrouw Van der Linde-de Jonge een causerie over haar ervaringen als verpleegster in het hospitaal voor de Nederlandsche vissers te Dieppe. In de oorlogsjaren zijn er nog minder mogelijkheden:

52 *Waar juist in dezen tyd de zusters de behoefte gevoelen aan meerdere verstrooiing, zullen eenige sprekers van buiten het Huis worden uitgenodigd. Als eerste zal optreden op 27 Mei Mejuffrouw van den Bosch met als onderwerp 'Marnix van St. Aldegonde', waartoe ook de Jonge Hervormden zullen worden uitgenoodigd. (notulen bestuursvergadering 14 mei 1941)*

Dit initiatief valt bij de zusters in de smaak en er volgt nog een aantal spreeksters. Zo houdt eind 1941 mej. Van Oostveen een inleiding over 'de geschiedenis van het menschenhart' en jonkvrouw Van Asch van Wyck over 'de vrouw in het oosten'. De positieve reacties doen het bestuur besluiten om op deze voet verder te gaan.

Op school kreeg ik het advies om de kinderverzorging in te gaan. Ik kwam in een weeshuis in Nijmegen terecht. De opleidingsfunctionaris daar vond dat ik er niet op mijn plek zat en adviseerde me in een ziekenhuis te gaan werken. Hij woonde in Breda en stuurde me voor een sollicitatie naar het Diaconessenhuis. Daar had ik in 1955 een gesprek met jonkvrouw De Beaufort, de toenmalige besturende zuster. Achteraf gezien zaten ze op mij te wachten, want met 3 leerling-verpleegsters kon de vooropleiding starten en ik was dus de derde. Als ik zr. De Beaufort in Huis tegenkwam groette ze vriendelijk, maar ze wist niet wie ik was. Daarvoor was de afstand te groot. Op mij kwam ze over als een echte dame. Voordat ik echt met de verpleegstersopleiding kon beginnen kreeg ik eerst 6 maanden lang een cursus algemeen vormend onderwijs van Diana Becker. Wat me van haar het meeste is bijgebleven was dat zij kort na de oorlog altijd een rood jersey

mantelpakje droeg. Daarnaast moest je eerst een christelijk examen doen en ik was niet opgevoed in de protestants christelijke traditie. Dominee Kiehl, een vriendelijke oude man, loste dat sympathiek op: hij vroeg me waar ik over bevraagd wilde worden en ik kreeg de kans om de stof nog even door te nemen. Dat vergeet ik nooit meer, want je kon niet verder in Huis als je het christelijk examen niet had afgelegd. Het overbrengen van de christelijke inspiratie aan de patiënten woog zwaar. De verpleegkundige opleiding duurde drie en een half jaar.

Van de specialisten kreeg je theorie en een huisarts gaf ons EHBO les. Het accent lag echter op de praktijk; je liep op verschillende afdelingen een intensieve stage van ongeveer drie maanden per afdeling. De verpleegkundige handelingen werden eerst voorgedaan en daarna moesten wij jonkies het zelf doen. Zo hielden de ouderen de jongeren steeds in de gaten, er was een strakke discipline. Ik kon daar goed tegen en heb het niet als negatief ervaren. Dat oude Huis aan de Wilhelminasingel was toch wel leuk. Het had een lift, maar die was vreselijk langzaam en werkte op waterdruk. De bestuurskamer was een heel grote donkere kamer met donkere meubels en donker groen fluweel. In die kamer moest je examen doen en je kreeg er je diploma uitgereikt. De meeste diaconessen waren hoofd van een afdeling. Er waren diaconessen die hadden een roeping als verpleegster en er waren er die het diacones zijn een roeping vonden. Deze laatste groep was aardig voor de patiënten, maar het fingerspitzengefühl zat op een andere plek. De hoofdzuster had in de tuin kippen lopen en wij kregen de eitjes op zondag. Er was in Huis een enorme waterbak en alle vuile, bebloede lakens gingen in die bak. Een medewerkster van de wasserij moest dat handmatig schoonmaken, daarna kon het pas de wasmachine in. Maar als die mevrouw ziek was, moesten wij het doen. Dat ben ik dus ook nooit meer vergeten... Ik heb geboft want ik ben begonnen met zuster Bep Labeur en die was heel duidelijk. Zij had een poes, die deed geen kwaad en zat bij alle gesprekken en vergaderingen, dat kon allemaal. En je moest het niet wagen op de stoel van de poes te gaan zitten want je werd er afgejaagd! Je wist je plaats en die poes zei zelfs geen miauw. Achter in de tuin van de Wilhelminasingel stond het mortuarium. Als een patiënt 's nachts was overleden dan moest je langs dooie bomen en die kraakten als je passeerde met een zwarte brancard naar een hokje. Op de zwarte stenen stond 'God Is Liefde'. De lichtschakelaar zat aan de andere kant van de deur, dus je kon niet bij de entree het licht aan doen. Soms lag er al een overledene en daar moest je dan langs. Iedereen was daar bang van.

Ik woonde bij gebrek aan kamers in het zusterhuis aan de Baronielaan tegenover Merula. Toen ik in 1955 kwam, werd er aan de Singel al gezongen. Elke zondagavond werd het orgel de hal in gereden. Zuster Jetty Robbemon, diacones en hoofd van de keuken, speelde dan op het orgel, een oud ding dat piepte en kraakte. Iedereen die kon, kwam naar beneden - soms in nachtgoed - en zong mee uit het protestants christelijk liedboek.
Interview G. Breeschoten, 27-06-2012.

Als oplossing voor het nijpend gebrek aan ruimte voor inwonende zusters wordt

met ingang van 1 januari 1942 een verdieping gehuurd aan de Baronielaan 97. Deze verdieping bestaat uit twee kamers met elk drie bedden en twee kamers met elk een bed. Pensionhouder Müller is na onderhandelingen bereid de etage voor f900 per jaar te verhuren, inclusief licht, water en onderhoud. In 1942 vertrekt, wegens verhuizing, de onderwijzer Adriaanse, die 25 jaar lang leiding gaf aan het zusterzangkoor. Hij wordt opgevolgd door W. Mathlener, organist van de Grote Kerk te Breda. Omdat bekend is dat hij hoge eisen stelt, deelt de voorzitter hem mee dat het wel gaat om ontspanning na een zware dagtaak. Hij ontvangt een vergoeding van f150 per jaar. Al snel blijken de koorlessen onder de nieuwe leiding zeer in de smaak te vallen.

Ziektekosten en zakgeld

Voor de diaconessen wordt met ingang van 1 juli 1943 een ziektekostenverzekering afgesloten bij het Algemeen Ziekenfonds Afd. Breda (A.A.Z.B.). De verzekering is nodig omdat Van Hilten (namens de in Huis werkzame medici) aan voorzitter Mijnaerends laat weten dat de medici het niet nodig vinden de gratis behandeling van de zusters voort te zetten. Zeker niet nu de financiële toestand van het Huis zo gunstig is. De verzekering omvat geneeskundige hulp (met tandarts en medicijnen), maar niet de kosten van ziekenhuisverpleging. De ervaring leerde dat het aantal ziekenhuisdagen gering is, dus wordt dat risico zelf gedragen.

54 Met ingang van 1 juli 1944 krijgen de zusters een nieuwe zakgeldregeling. Voor hun huisvesting moet er wegens ruimtegebrek wederom een groot aantal kamers buiten het Huis worden gehuurd. Omdat de huisvesting aan de Baronielaan te wensen overlaat wordt in 1950 zelfs overwogen om de kliniek van wijlen Dr. Struycken hiervoor aan te kopen. Tot een concrete uitwerking komt het niet en begin 1951 koopt het Wit-Gele Kruis het pand.

De nieuwe salarisregeling voor verplegenden, zoals die door de minister van Economische Zaken per 1 januari 1955 voor de ziekenhuizen was vastgesteld, leverde een fors hoger kostenplaatje op. Het bestuur stelde dan ook aan de zusters voor om een gedeelte van hun salaris af te staan aan de zustergemeenschap. Hierdoor zou het in het verleden steeds in grote lijnen gehandhaafde beginsel van gelijke vergoeding voor allen die tot de zustergemeenschap behoren gehandhaafd kunnen blijven. Dit voorstel kon van de zusters op weinig bijval rekenen. Het bestuur besloot daarop om de salarisregeling toe te passen, maar aan de proefzusters en diaconessen te verzoeken een nader door de directie te bepalen percentage af te staan ten behoeve van het ideële werk van het Diaconessenhuis. Nadrukkelijk werd hierbij vastgesteld dat de toepassing van deze salarisregeling met zich meebrengt dat giften zoals die in het verleden zijn gedaan (bijvoorbeeld bij verjaardagen en kerstmis) achterwege zullen blijven. De invoering van de salarisregeling betekende tevens een betaling naar functie. Daarom werd de directie verzocht een functie-indeling van de zusters op te stellen. Op 29 mei 1956 schreef de Diaconessenkring aan het bestuur dat zij zich bereid verklaarde een percentage van het salaris af te staan voor de vorming van een fonds waaruit allerlei

zaken van het Diaconessenhuis kunnen worden bekostigd. De diaconessen stelden het echter wel op prijs om zeggenschap te krijgen over de besteding van deze gelden.

Als dertienjarig meisje (geboren in Delft) kwam ik in het kindertehuis Talitha Kumi in Zetten terecht. Daar haalde ik mijn diploma aan de driejarige HBS. De meeste meisjes wilden toen leerkracht worden maar ik wilde de verpleging in. In verband met de slag om Arnhem zijn wij in 1944 geëvacueerd en toen kon ik in Breda in het Diaconessenhuis terecht voor de verpleegstersopleiding. Overdag werken en 's avonds naar les. We hadden drie vrije dagen in de maand. Het waren lange dagen, maar toen vond je dat heel gewoon. We sliepen met zijn zessen op een kamer. Tijdens de opleiding leerde ik Aafke Boudestein kennen en met haar ben ik blijven optrekken. Aanvankelijk droegen we blauwe jurken met manchetten en de hoofdzusters jurken met lange mouwen. Iedereen droeg toen een vierkant mutsje en als diacones had je een muts met pijpen, een muts met witte plooiën. Ik heb aan de Wilhelminasingel op de opname gezeten. Ik moest altijd vragen of er in de buurt van de patiënt toevallig een slager of een kruidenier woonde: dan hadden we in geval van opname een nummer waar we naar konden bellen. De meeste mensen hadden geen telefoon, dat kun je nu niet meer voorstellen. We zorgden ervoor dat het Diaconessenhuis er qua verpleging/verzorging mocht zijn. Dat was te realiseren omdat er onder de diaconessen zelf nauwelijks verloop was en ook konden we - mede door de interne opleiding - redelijk goed aan personeel komen. 55

Begin jaren zeventig begon de situatie in het Diaconessenhuis te verschuiven. Er kwamen steeds meer leerlingen die extern gingen wonen. Die leerlingen wilden niet meer werken tot acht uur 's avonds. Ze wilden meer vrijheid. De buitenwereld kwam binnen en die ontwikkeling ging heel hard. In 1970/1971 werd de eerste katholieke leerling tot de opleiding toegelaten. Na mijn verpleegstersopleiding en mijn kraamaantekening ging ik op de operatiekamer werken. Ik heb er een interne opleiding gevolgd en werd waarnemend hoofd, als rechterhand van hoofdzuster Bertha Keyl. Vervolgens heb ik de stafopleiding van een jaar gedaan in Rotterdam. En daarna heb ik op verzoek van Buijs in Utrecht een managementopleiding gevolgd, een fulltime opleiding van een jaar, waardoor ik genoodzaakt was daar op kamers te wonen. Het Huis vergoedde alle kosten, maar ik moest wel toezeggen dat ik vijf jaar zou blijven werken. Toen ik klaar was, vroegen Buijs en zuster Deurman me hoofd van de verplegingsdienst te worden, als opvolgster van Jenny van de Endt, die naar de Zuidhoek ging. Ik heb er nooit spijt van gehad dat ik hoofd verplegingsdienst werd. Elke morgen ging ik om half 9 alle afdelingen langs om te kijken of het allemaal liep. Als het spannend was op de verloskamer door een groot aantal bevallingen, dan sprong ik nog wel eens bij. Als hoofd verpleging was ik direct verantwoordelijk voor de kwaliteit van de verpleging in Huis, en bij afwezigheid van Deurman was ik waarnemend besturend zuster. Ik zorgde voor de personeelsplanning, voerde gesprekken met de hoofden van de afdelingen en zorgde dat de afdelingen goed liepen. Soms moest ik knokken om vaste patronen van specialisten te doorbreken.

Zo was op de kinderafdeling externe druk nodig om te kiezen voor weggooiluiers en om te bewerkstelligen dat ouders 's nachts bij hun kinderen mochten blijven. Met zuster Deurman, die begonnen is als directrice van Aeneas, heb ik altijd intensief en collegiaal samengewerkt. Zij kon met weinig middelen zorgen voor een goede sfeer, zowel onder het personeel als onder de patiënten. Ik had niet anders gewild: het Diaconessenhuis bood mij een warme omgeving waarin ik volwassen ben geworden. Ik kreeg daar geborgenheid en houvast voor mezelf. In 1957 werd ik als diacones ingezegend.

Interview B. Molenaar, 4-03-2011.

Het Diaconessenhuis als medische instelling

In de jaarverslagen staan betrekkelijk weinig medische gegevens. De in Huis werkzame artsen zijn niet in loondienst. Ook de eerste geneesheer-directeur, in 1951 aangesteld, blijft nog jarenlang als zelfstandig specialist werkzaam in het Huis. De artsen, later specialisten, worden door het bestuur toegelaten en gebruiken de faciliteiten van het Huis om er hun patiënten te behandelen. Spreekuur aan huis is geen uitzondering. Door het ruimtegebrek aan de Wilhelminasingel is het daar zelden mogelijk ruimte voor een spreekuur te vinden.

56 De eerste huisdokter (en mede-initiatiefnemer) is dr. Th.J.J. Gori, die van 1 januari 1876 tot 14 juli 1879 stadsgeneesheer was in Breda. Gori heeft een vooruitziende blik en adviseert het bestuur een barak aan te kopen voor de verpleging van patiënten met een besmettelijke ziekte. De barak is er nooit gekomen. Door gebrek aan behoorlijk water, frisse lucht en voldoende licht laten de omstandigheden veel te wensen over. Desondanks wordt in het laatste kwartaal van 1890 een polikliniek voor heelkunde en huidziekten geopend door Tuinstra en Sleeswijk, twee geneeskundig officieren van het Bredase garnizoen.

De beide eerste jaren zijn stellig de zwaarste voor ons Huis te Breda geweest: rondom met wantrouwen en sceptische overwegingen begroet midden in een Rooms milieu waarin het risico van een vernietigende concurrentie geen denkbeeldig gevaar was. Er zijn in die tijd dagen geweest waarin men haast vertwijfeld moet hebben gedacht aan wat men begonnen was, tijden met amper één zieke en dan nog meestal ten dode opgeschreven, met een minimum aan financiële steun met vaak uiterst primitieve middelen. Het gemis aan zindelijk water wordt bijvoorbeeld als een groot bezwaar gevoeld, terwijl juist met nadruk dokter en zuster zich voorstanders van de voor die tijd hoogst moderne antiseptische methode noemen, geprezen als een zeer verfijnde reinheid en zindelijkheid. De Kochse reactie voor tuberculose in het eerste jaar uit Berlijn ontboden wordt voor het volgende jaar weer wegens onvoldoende resultaten losgelaten. (jaarverslag 1891)

In het pand aan de Nieuwe Huizen kan Gori een veel betere operatiekamer inrichten, die geldt als een van de beste in Breda en omstreken.

In het tegenwoordige huis is ook eene badkamer en aan de achterzijde heeft het een vrij ruimen tuin. Maar bovenal mag het bogen op eene ruime, goed van lucht en licht en eene

doelmatige verwarming voorziene operatiekamer, welke aan de eischen van den tijd voldoet en voor deze stad en omstreken eenig genoemd mag worden. Aan de hoofdvoorwaarde voor een goede behandeling van heelkundige ziekten: een goed operatielokaal, is dus in het Diaconessenhuis voldaan. (geneeskundig verslag Gori, 1894)

Uitbreidingen en verbeteringen

De behandeling van zieken wordt verder uitgebreid als dr. A.N. Nolst Trenité in november 1895 in het Huis een chirurgische en gynaecologische kliniek opent voor minvermogenen. Aanvankelijk staat de directrice gereserveerd tegenover de kliniek. Een kaart van f1 voor drie maanden lijkt veel te weinig in verhouding tot de kosten van verband e.d. Het grootste bezwaar is het gebrek aan verpleegsters om te assisteren. Maar de kliniek wordt zonder hulp geopend en in 1896 zo drukbezocht dat Nolst Trenité af en toe een zusterkamer of de bestuurskamer voor zijn patiënten moet gebruiken. Hij dringt daarom eind 1896 aan om bij te bouwen op de aangrenzende grond aan de Fellenoordstraat. Maar het Huis heeft nog steeds een gebrek aan zusters (er is al een jaar geen wijkzuster beschikbaar) dus wordt een pas op de plaats gemaakt. Wel wordt extra ruimte gecreëerd door op zolder een zusterkamer te maken. Eind 1897 deelt Gori mee dat hij per 1 januari 1898 zijn huisartsenpraktijk neerlegt om zich als oog- en oorspecialist te vestigen. Daarmee zit het Huis zonder huisdokter. Zowel Nolst Trenité als Bossers (die reeds een gedeelte van de zusterlessen geeft) wordt gevraagd als huisdokter van het Huis te gaan fungeren. Beide artsen willen wel, maar niet op dezelfde voorwaarden als Gori, die alle patiënten gratis behandelde. Bossers wil de eerste en tweede klasse patiënten een honorarium naar vermogen in rekening brengen, maar zal hen niets in rekening brengen als dat niet gaat.

Nolst Trenité stelt als voorwaarde dat ook de derde klasse patiënten voor de geneeskundige hulp betalen. Maar het bestuur is van mening dat derde klasse patiënten kosteloos behandeld moeten worden, en alleen Bossers wordt als huisdokter aangesteld. Dat zou hij blijven tot 1921. Mede op zijn verzoek wordt in 1916 centrale verwarming aangelegd en de operatiekamer voorzien van een speciale operatielamp: een gaslamp met vijf lichten. Nolst Trenité neemt, tot zijn vertrek in 1900 naar Den Haag, de zusterlessen van Bossers over. In augustus 1901 vestigt Cartier van Dissel zich als chirurg en vrouwenarts in Breda en start een kliniek in het Diaconessenhuis. Als Bossers in 1921 om gezondheidsredenen zijn functie neer moet leggen (hij overlijdt in 1922) volgt Schalijs hem op als huisdokter. Dr. K.M. Schot wordt zijn plaatsvervanger.

In medisch opzicht is 1924 een belangrijk jaar. De doktoren Schot en Van Lookeren Campagne (kinderarts) nemen het initiatief voor de oprichting van een laboratorium. Er was in 1918 op verzoek van dr. B.G.E.W. van Dugteren een laboratoriumuitrusting aangeschaft, maar omdat er niets mee gebeurde is die in 1920 verkocht aan de kliniek van Struijcken. De beide geneesheren zijn overtuigd van het grote nut van een laboratorium en bieden aan de daaraan verbonden arbeid belangeloos te verrichten. Ze zijn zelfs bereid om voor een groot deel van de inventaris te zorgen. Dat aanbod neemt het

bestuur met beide handen aan. De exploitatie ervan is niet eenvoudig en het is steeds een schipperen van de verdeling van de baten en lasten tussen het bestuur en de artsen. Het verzoek in 1917 van Van Dugteren aan het bestuur om een röntgenapparaat aan te schaffen wordt vanwege de hoge elektriciteitskosten afgewezen. Acht jaar later komt het er. Een comité bestaande uit zo'n dertig leden onder leiding van de heer A.C. van Drimmelen, oud-burgemeester van Klundert, heeft in de Westhoek gelden ingezameld (f10.000!) voor de aanschaf. In 1925 kan het röntgenapparaat geplaatst worden. Het beheer ervan wordt ondergebracht in een afzonderlijk fonds. Schalij neemt de bediening van het röntgenapparaat op zich en tussen september 1925 en januari 1926 wordt er al meer dan zeventig keer gebruik van gemaakt. Toch blijkt ook hier een sluierende exploitatie moeizaam. Laboratorium en röntgenapparaat worden al lang onmisbaar geacht voor een goed geoutilleerd ziekenhuis. Het ontbreekt het bestuur echter aan middelen om zulke kostbare zaken zelf te realiseren. Steun van buiten is dus altijd nodig. In 1927 kan dankzij diverse giften een diathermie-apparaat (diepteverwarming) van f850 worden aangeschaft. Voor de röntgenafdeling wordt in 1930 een draagbaar Philips Metallix toestel gekocht.

De chirurgen Cartier van Dissel en Van Hilten (sinds 1925 in Huis) bezorgen het Diaconessenhuis naam en faam in Zuid Nederland. Daardoor neemt het aantal specialisten dat bereid is om in het Huis te komen werken toe.

58 **Doktersfonds**

Na ruim dertig jaar verbonden te zijn geweest aan het Diaconessenhuis vertrekt Cartier van Dissel in 1932 naar Den Haag. Zijn vertrek wordt als een groot verlies ervaren. Op 12 oktober 1933 wordt ter zijner eer een bronzen plaquette van de hand van de Haagse beeldhouwster G. Rueb onthuld. Daarnaast wordt in 1934 de röntgenafdeling 'omgezet' in de dr. M.C. Cartier van Dissel stichting. In 1935 keert hij terug naar Breda als patiënt. Hij overlijdt in september 1937. Met het vertrek van Cartier van Dissel wordt dr. D.M.C. van Hilten zijn opvolger als chirurg. Samen met huisdokter Schalij en internist dr. B.G. de Groot neemt hij het initiatief tot de instelling van een doktersfonds om vanuit medisch perspectief de inrichting van het ziekenhuis up to date te houden. De meeste in het Huis werkzame artsen sluiten zich erbij aan. De vergoedingen van het Burgerlijk Armenbestuur te Breda voor de medische hulp (f0,50 van de totale vergoeding van f2,75) van de zogenaamde 'gemeentepatiënten' worden in dit fonds gestort. De invoering van de Bijstandswet in 1963 maakt een einde aan deze inkomstenbron.

In 1934 wordt de operatiekamer gemoderniseerd en onder meer voorzien van een speciale Zeiss operatielamp (een op proef geïnstalleerde Loth lamp is door Van Hilten afgekeurd). Ook realiseert men een aparte behandelkamer en op initiatief van de besturend zuster wordt een desinfectiekamer ingericht. Daarin worden met behulp van een speciale lamp dekens gezuiverd van bacteriën; een besparing op de stomerijkosten.

Als Van Lookeren Campagne per 1 augustus 1935 benoemd wordt als buitengewoon

hoogleraar kindergeneeskunde aan de Rijksuniversiteit Groningen ontstaat onenigheid over wie met de leiding van het laboratorium belast moet worden. Van Lookeren vindt dat zijn opvolger dr. Soeters het lab moet leiden, maar De Groot claimt deze tot dan toe onbezoldigde functie met als argument dat het grootste gedeelte van de onderzoeken uit zijn praktijk voortkomt. Uiteindelijk beslist het bestuur dat de leiding van het laboratorium bij De Groot komt te liggen terwijl het bacteriologische gedeelte toevertrouwd wordt aan Soeters. Het pathologisch-anatomisch deel blijft bij Schot. Met De Groot wordt een honorarium overeengekomen van 20% van de bruto opbrengst van alle onderzoeken. De Groot overlijdt in oktober 1936. De doktoren Soeters en Van Ginkel wenden zich dan in een gezamenlijke brief tot het bestuur waarin ze aangeven bereid te zijn samen de leiding van het laboratorium te nemen: Soeters zal zorgdragen voor het klinisch chemisch gedeelte en Van Ginkel voor het bacteriologisch deel. Het bestuur gaat akkoord en spreekt voor de financiële regeling een proefjaar af. Na dit jaar wordt conform het advies van de Maatschappij van Geneeskunde een verhouding afgesproken van 2/3 voor de medici en 1/3 deel voor het Huis.

Röntgentherapie

In 1936 wordt dankzij de opbrengsten van de Huisverkoopdag van het zustercomité een moderne operatietafel aangeschaft. Het jaar daarop kan van de opbrengsten van de Huisverkoopdag een operatielamp voor de tweede operatiekamer worden aangeschaft en een voor de hartdiagnostiek gewenste elektrocardiograaf van f625. Van Ginkel heeft de aanschaf al enige tijd boven aan zijn wensenlijstje staan en claimt persoonlijke verantwoordelijkheid voor de bediening van het tere apparaat. Hij verwijst daarbij naar de regeling in het St. Ignatius, waar dr. Klein Swormink altijd zelf de foto's maakt - ook als het een patiënt van Van Ginkel betreft. Afgesproken wordt dat de opbrengsten van de cardiogrammen verdeeld worden volgens de verdeelsleutel 2/3 voor de geneesheer en 1/3 voor het Huis. Ook stelt Van Ginkel voor dat met Klein Swormink een wederzijdse vervanging wordt afgesproken.

Tot slot kan van de Huisverkoopopbrengst ook nog een stofwisselingsapparaat aangeschaft worden. Beide apparaten worden meteen intensief gebruikt en leveren het eerste jaar al f940 op.

Op verzoek van de chirurg Hilten wordt in 1938 voor de narcose een lachgasinstallatie (waarover het St. Ignatius dan al beschikt) aangeschaft.

In september 1940 ontvangt het Huis een brief van de arts/röntgenoloog D.B. Abegg uit Leiden: hij wil zich in Breda vestigen en de röntgentherapie in het Huis uitoefenen. Met Schalij, die tot nu de zorg voor de röntgenfoto's draagt, kan tot een goede samenwerkingsovereenkomst worden gekomen. Op voorstel van Abegg wordt nieuw instrumentarium voor de röntgentherapie en -diagnostiek van f12.000 aangeschaft. En omdat het noodzakelijke radium niet verkrijgbaar is, is ook een vervangend apparaat van f3900 nodig. Hoewel de aanschafprijs hoog is, is met dit apparaat het dure radium in de toekomst niet meer nodig. Abegg is al zelfstandig tot aankoop overgegaan, maar

het bestuur keurt deze investering alsnog goed met de uitdrukkelijke mededeling dat de middelen van het Huis thans geen verdere aankopen toelaten. Omdat het Dr. Cartier van Disselfonds (waar de röntgenafdeling is ondergebracht) noch de hoge aanschafprijs noch de rente bij een eventuele lening van het Huis kan opbrengen, wordt dit fonds opgeheven.

Tot dusver moesten patiënten van uit den Westhoek van Noord-Brabant en een belangrijk deel van Zeeland zich voor de Röntgen-therapie doen opnemen in Rotterdam of zelfs Leiden, thans kan men zoveel dichterbij huis het heil dezer behandeling ondervinden. Moge dit, mede door den aanschaf van een geheel modern en zeer kostbaar instrumentarium wel zeer ingrijpende besluit een zegen blijken te zijn voor ons Huis en bovenal voor de lijdende mensheid, die het door deze stouten opzet tracht te dienen. (jaarverslag 1940)

In maart 1941 is de vernieuwde röntgenafdeling volledig operationeel. Pers en medici worden uitgenodigd om de nieuwe apparatuur te komen bezichtigen. De resultaten van de nieuwe therapie zijn een jaar later al duidelijk merkbaar.

Abegg adviseert in oktober 1942 een onderdeel van het oude röntgenapparaat te vervangen. Het oude toestel wordt voor eenvoudige gevallen nog steeds gebruikt en is ook goedkoper dan het nieuwe. Het onderdeel is een Potter-Buckey diafragma-apparaat van f600 van Enraf in Delft. Het is ook bruikbaar op het nieuwe toestel.

60 Daarnaast adviseert Abegg het bestuur een ultrakortegolftoestel aan te schaffen, waarvoor veel aanvragen binnenkomen ter behandeling van reumatische aandoeningen, verstijfde spieren na beenbreuk, ischias e.d. In de daarop volgende bestuursvergadering meldt Abegg dat het Potter-Buckey apparaat geleverd is maar nog gemonteerd moet worden en dat hij het ultrakortegolftoestel heeft besteld voor f800. Hij is ervan overtuigd dat het apparaat zichzelf na een halfjaar heeft terugbetaald. Het bestuur concludeert dat hij heeft gehandeld zonder een besluit van het bestuur. Daarop wordt niet teruggekomen, maar men wijst hem erop dat een bestelling niet mag geschieden zonder een uitdrukkelijk besluit van het bestuur.

In 1946 moet huisdokter en röntgenoloog Schalijs wegens ziekte (hij overlijdt een jaar later) zijn functie neerleggen. Bij zijn eervol ontslag wordt hij nadrukkelijk bedankt voor de vele diensten die hij bijna veertig jaar lang vrijwel belangeloos aan het Huis en de zusters heeft bewezen. Met zijn vertrek wordt de functie van huisarts opgeheven, omdat de zusters de voorkeur geven aan een vrije artsenuitkeuze. Ook de functie van plaatsvervangend huisarts, vervuld door Schot, komt daarmee te vervallen. Schot blijft belast met de keuring van nieuw aangekomen zusters.

Het Diaconessenhuis aan de Langendijk, 1957-1986

De organisatie

Met betrekking tot de zetelverdeling van de verschillende protestantse Kerkgenootschappen binnen het bestuur besluit men in 1950 om de landelijke verhoudingsgetallen Nederlands Hervormd en Gereformeerd te hanteren. Dit besluit is gebaseerd op een voorstel van een werkgroep uit het bestuur, waarbij Remonstranten, Doopsgezinden en Lutherse gezamenlijk door één persoon vertegenwoordigd worden.

Bij de statutenwijziging in 1952 die nodig is om de bestaansduur van de vereniging weer te verlengen, wordt de accountantscontrole verplicht gesteld. De doelstelling (artikel 2) wordt opnieuw gewijzigd en kernachtig geformuleerd als: 'ziekenhuisverpleging en andere diaconessenarbeid'. Het maximum aantal leden wordt gesteld op veertig. Nieuw is de beperking van het lidmaatschap tot een periode van vijf jaar waarbij verlenging mogelijk is. Ook de beperking dat men binnen het gerechtelijk arrondissement Breda, in het land van Heusden en Altena of op het eiland Tholen moet wonen om lid te kunnen worden of blijven, is nieuw. De bepaling in het oudst bekend huishoudelijk reglement dat de leden woonachtig moeten zijn in Breda, Ginneken, Princenhage of Teteringen heeft er tot ongeveer 1920 in gestaan.

Hoezeer de vereniging in de praktijk een verlengstuk wordt van het ziekenhuis blijkt als nieuwe statuten nodig zijn ten gevolge van de eisen in de 'Garantieregeling inrichtingen voor gezondheidszorg 1958'. Aan deze eisen moet men voldoen vanwege de leningen aangegaan voor de bouw van het nieuwe ziekenhuis en de daarmee gepaard gaande garantie van de Staat der Nederlanden. De tijden dat men zelf zo'n project kon bekostigen of met uitgifte van obligaties kon volstaan zijn voorbij. De statuten worden in de buitengewone algemene ledenvergadering van 29 januari 1959 gewijzigd en vastgesteld. In deze statuten wordt voor het eerst gewag gemaakt van een dagelijks bestuur. De organisatiestructuur verandert daarmee ook. De 'Vereniging tot stichting en instandhouding van een Diaconessenhuis, gevestigd te Breda' telt maximaal veertig leden. Streven is de leden aan te trekken uit de verschillende gemeenten van de streek en uit uiteenlopende beroepen. De leden van de vereniging benoemen uit hun midden het bestuur. In de ledenvergadering die uiterlijk in mei gehouden dient te worden, brengt het bestuur verslag uit van de werkzaamheden in het afgelopen boekjaar en wordt de penningmeester gedechargeerd. Het bestuur telt minimaal vijf en maximaal elf leden. Voorzitter, secretaris en penningmeester vormen samen het dagelijks bestuur, dat de vereniging in en buiten rechte vertegenwoordigt. Het bestuur bepaalt binnen de statutaire doelstellingen het beleid van de vereniging. De directie woont met adviserende stem de vergaderingen bij. Onder het bestuur staat de directie, die bestaat uit de besturende zuster, de geneesheer-directeur, de predikantdirecteur en de

economisch directeur. De dagelijkse leiding van het Huis berust bij de directie.

De gewijzigde statuten van 1967 zijn vooral interessant vanwege de uitbreiding van artikel 2 waarin als doel wordt gesteld: zieken(huis)-verpleging en hetgeen gerekend kan worden tot diaconessenarbeid als het exploiteren of bevorderen van de exploitatie van ziekenhuizen, verpleegtehuizen, scholen en dergelijke, alles in de ruimste zin van het woord. Een en ander wordt uitgewerkt in het volgende: *De vereniging kan rechtspersonen in het leven roepen of medewerking verlenen aan of deelnemen in rechtspersonen of organisaties met een gelijk of aanverwant doel. De eigen stichtingen, door het bestuur direct of indirect geheel gecontroleerd, hebben als gezamenlijk doel het vermogen van de vereniging te scheiden van de exploitatie van het ziekenhuis.* Naarmate de overheidsbemoeiingen met de ziekenhuizen toenemen wordt dat laatste meer en meer noodzakelijk geacht. Een vergelijkbare ontwikkeling voltrekt zich ook in de onderwijssector. De jaren zestig laten niet alleen in dit opzicht maar in vrijwel elke andere beleidssector waarmee het bestuur te maken heeft min of meer radicale veranderingen zien. De positie van de medische staf, de arbeidsvoorwaarden van het personeel in de ruimste zin, de positie van diaconessen in het bijzonder, het voortdurend werken aan de uitbreiding van het gebouwencomplex aan de Langendijk en de al dan niet doorgezette samenwerking met andere instellingen ten behoeve van een speciaal doel. Binnen bestuur en directie zijn er dan nog ingrijpende wijzigingen in de positie van de predikanten.

In het slotartikel van de gewijzigde statuten van 1976 wordt de vereniging aangegaan voor het tijdvak eindigend op 31 december 1994. Dit verandert al in 1978 in onbepaalde duur. In 1975 vindt in het bestuur een uitgebreide discussie plaats om middels een statutenwijziging ook katholieke leden tot de vereniging toe te laten. De meningen zijn verdeeld. Verliezen we onze identiteit als we katholieke leden toelaten? Kijkend naar de aanwezige verhoudingen in patiënten en personeel is zo'n toelating gerechtvaardigd. Anderzijds wordt er gesteld dat de toevallige aanwezigheid van een geschikte (r.-k.) kandidaat voor het lidmaatschap van de vereniging geen reden moet zijn om het beleid om te gooien. Uiteindelijk wordt het voorstel om ook niet protestantse leden toe te laten aan de ledenvergadering voorgelegd. De ledenvergadering ziet geen reden het streven van het bestuur naar oecumene te volgen en wijst het voorstel af. In 1976 wordt het aantal bestuursleden uitgebreid van zeven naar negen.

De statuten van 1978 zijn de uitvoerigste van allemaal. De bevoegdheden van dagelijks bestuur en bestuur zijn nauwkeurig omschreven. Het bestuur benoemt, schorst en ontslaat de leiding van de tehuizen, inrichtingen en opleidingen. Het dagelijks bestuur is belast met de uitvoering van het door het bestuur bepaalde beleid. Alleen de voorzitter van het bestuur wordt als zodanig rechtstreeks door de ledenvergadering gekozen. De overige functies worden binnen het bestuur verdeeld. Binnen het bestuur kunnen

meerderheidsbeslissingen genomen worden, binnen het dagelijks bestuur is unanimité vereist. Het dagelijks bestuur leidt met de directie als uitvoerend orgaan tot 1 oktober 1986 het ziekenhuis, het verpleegtehuis en de eigen stichting. In de maandelijkse vergaderingen van het voltallig bestuur wordt het beleid besproken en bepaald, maar veel wordt overgelaten aan het dagelijks bestuur. Als door de snelle ontwikkelingen op het gebied van financiering en de daarmee samenhangende min of meer gedwongen samenwerking van ziekenhuizen de werklast van het bestuur steeds mee toeneemt, stelt men op 15 mei 1979 een portefeuillevverdeling voor de bestuursleden op. Overigens krijgen de bestuursleden afgezien van een kistje wijn geen enkele vergoeding voor hun werk. Het bestuurslidmaatschap is dus echt vrijwilligerswerk. Men zoekt kandidaten met een brede maatschappelijke achtergrond, die zowel over de vereiste kwaliteiten en ervaring beschikken als over tijd (omdat men doorgaans overdag vergadert). Op deze regel is slechts één uitzondering: de in 1981 aangetreden voorzitter B. van Wouwe vraagt en krijgt een maandelijkse onkostenvergoeding. Pas vanaf 1983 is het mogelijk reiskosten te declareren. Daarna komen ook beperkte onkostenvergoedingen in beeld. Bij het aantrekken van bestuursleden wordt tevens rekening gehouden met spreiding over het werkgebied (Arrondissement Breda), geloofsrichting en sekse. De relatie met het Koningshuis blijft in stand door het beschermvrouwschap van Koningin Juliana. Na haar aftreden in april 1980 vraagt het bestuur aan de nieuwe Koningin Beatrix of zij de fakkel van haar moeder wil overnemen. Koningin Beatrix bedankt en het bestuur gaat graag in op het aanbod van prinses Juliana om haar beschermvrouwschap te continueren. Dit zou zo blijven tot 1 januari 1987.

Tot mijn 26ste verjaardag heb ik in mijn geboortestad Den Haag gewoond. Mijn moeder was vaak ziek en lag veel in Bronovo (het Haagse Diaconessenhuis). Als ik met mijn vader bij mijn moeder op bezoek kwam, ontfermden de diaconessen zich altijd over mij. Wat ze in mij zagen weet ik niet, maar als jong meisje vond ik sfeer in Bronovo erg dierbaar, maar ook een beetje beklemmend. Dat bracht mij tot de uitspraak dat ik nooit verpleegster zou worden en nooit in een diaconessenhuis zou gaan werken. Toch ben ik na mijn middelbare school en een jaar huishoudkunde de verpleegstersopleiding gaan volgen bij het Rode Kruis in Den Haag. Daarna elders de kraam en in Rotterdam de wijkopleiding. Ik werd wijkzuster in Wassenaar. Het werken in een verpleeghuis trok mij wel aan en toen er een vacature kwam van hoofd van het nog op te richten Aeneas in Breda heb ik gesolliciteerd. Ik werd in 1959 benoemd tot waarnemend besturend zuster en kreeg in afwachting van de totstandkoming van Aeneas de leiding van de 35 bedden tellende verpleegafdeling van het Diaconessenhuis. In het begin gingen we bij een luikje in de muur ons salariszakje gingen halen, nou daar zat niet al teveel in, hoor. Het eerste halfjaar kreeg ik niks en het jaar daarna kreeg ik een tientje in de maand, het tweede jaar twintig en het derde jaar dertig gulden. Daarna is het wel fors veranderd. Dr. Buijs drong er bij mij nogal op aan dat ik diacones zou worden. Hij was van mening

dat het bekleden van een leidinggevende functie als diacones organisatorisch een stuk helderder zou zijn. Hoewel ik daar aanvankelijk terughoudend tegenover stond, heb ik me toch laten overhalen en in 1960 werd ik samen met nog 6 andere zusters door ds. van Voorthuysen ingezegend. Nadat in 1962 Aeneas was gerealiseerd werd ik daar directrice. Toen zr. Smit mij vertelde dat ze ging trouwen was ik verrast. Het stond ons volkomen vrij om te trouwen. Daar werd niemand kwaad of boos over. Het bestuur en Buijs waren van mening dat ik Smit als besturend zuster moest opvolgen. Ik vond dat een eervol verzoek, dat ik moeilijk kon weigeren. Met mijn benoeming op 1 maart 1966 tot besturend zuster werkte ik én in het ziekenhuis én was ik diacones. Beide zaken had ik me als jong meisje niet kunnen voorstellen... Met Buijs heb ik intens samengewerkt. Hij had niet alleen een internistenpraktijk waar hij zijn handen meer dan vol aan had, hij was ook geneesheer-directeur. Twee keer in de week zat hij de directievergadering voor. Hij was heel precies; wist en zag alles in Huis. Het personeel was ook een beetje bang voor hem. Hij heeft het Huis groot gemaakt. Hij had het Huis stevig onder de duim, maar was tegelijk zeer begaan met het wel en wee van de medewerkers van het Huis. Om de directieleden zo goed mogelijk bij te staan, moesten we een managementcursus in Rotterdam volgen. Buijs ging eerst zelf naar de cursus en een jaar later was ik aan de beurt. Ik zag nogal op tegen de extra tijdsinvestering. Maar hij had me al opgegeven voor ik er erg in had. Hij zei erbij: 'Alles wat je niet af kunt krijgen, doe ik voor je' en dat deed hij ook. Zo'n man was het. Ik heb het in Breda altijd goed naar mijn zin gehad. Misschien waren we in Breda wat moderner, mogelijk wat liberaler dan de andere Diaconessenhuizen. In 1966 werden in Breda de laatste diaconessen ingezegend. Het was daarna ook niet meer zo aantrekkelijk; je moest immers intern worden. In 1971 werd het uniform afgeschaft en werd het kostuum praktischer. De mutsen gingen af. Ik was de laatste besturend zuster van het Diaconessenhuis en ik ben op 1 februari 1984 met pensioen gegaan. De gesprekken met het St. Laurens over een mogelijke fusie liepen al. De afronding heb ik echter niet meer meegemaakt.

Interview W. Deurman, 23-02-2011.

Verhouding bestuur-directie

De ingebruikname van het nieuwe en grotere ziekenhuis is voor het bestuur aanleiding om de directie te verdubbelen en een waarnemend besturend zuster aan te stellen. Met ingang van 1 januari 1959 wordt A.J. Chardon, in oktober 1956 begonnen als bouwdirecteur, benoemd tot economisch directeur. Tegelijk wordt Wil Deurman aangesteld tot waarnemend besturend zuster (adjunct-directrice). Zij is de toekomstig directrice van het verpleeghuis Aeneas. Het vierde directielid wordt de predikantdirecteur, ds. P. de Bruijn. Hij begint in 1960 met zijn werkzaamheden. Het instellen van deze functie leidt in het bestuur tot discussie; enkele bestuursleden twijfelen eraan of de predikant wel directielid moet zijn. De directie is ook tegen. Smit wijst erop dat in een vierhoofdige directie moeilijker besluiten genomen kunnen worden. Buijs is ook tegen, hoewel hij bij zijn aantreden een andere mening was toegedaan. Hij meent dat er in de

zielzorg in Huis nog zoveel werk is te verrichten dat een combinatiefunctie alleen maar belemmerend kan werken. Voorzitter Van Voorthuysen is een fervent voorstander. Hij maakt er een principiële zaak van door te stellen dat het diaconessenwerk vanuit de kerk komt en dat de predikant volledig in het geheel moet kunnen meewerken. Een Diaconessenhuis is geen ziekenhuis, zegt hij, maar heeft een ziekenhuis. Hij doet ook een beroep op een al in 1956 genomen besluit om een predikantdirecteur aan te stellen. Er wordt niet op het eerder genomen besluit teruggekomen, maar tot een echte integratie van deze functie in de als een team opererende driehoofdige directie komt het nooit.

De komst van de economisch directeur betekent een verlichting van de taak van de penningmeester van het verenigingsbestuur, echter zonder dat deze de eindverantwoordelijkheid verliest. Een verzoek van de directie aan het bestuur om de economisch directeur procuratie te verlenen, krijgt geen bijval. Welke argumenten Buijs als geneesheer-directeur ook aanvoert, het bestuur ziet geen reden om af te wijken van het tot dan toe gevoerde beleid. Wat hier feitelijk aan ten grondslag ligt, is de veranderende verhouding tussen bestuur en directie in een groter wordende organisatie. Het bestuur vindt dat het volledig verantwoordelijk blijft voor het reilen en zeilen van het Huis; ook voor de financiële consequenties van buiten het bestuur om door de directie genomen stappen. Buijs stelt daar tegenover dat de directie wel het werk verricht, maar voor een groot gedeelte van de verantwoordelijkheid daarvoor is uitgesloten. Dit ontnemt volgens hem de directie arbeidsvreugde. Verder vindt hij dat het bestuur zich met te veel dingen bemoeit die niet tot de eigenlijke bestuurstaken behoren, waardoor die in het gedrang dreigt te komen. Het bestuur blijft echter onverbiddelijk, zich baserend op het advies van de accountant Brandenburg (Loyens en Volkmaars). Het duurt nog bijna tien jaar voordat hierover opnieuw inhoudelijk wordt gesproken. Pas in 1973 krijgt de directie (financiële) tekenbevoegdheid. De directie van het ziekenhuis is tevens de directie van het verpleeghuis Aeneas. De dagelijkse verpleegkundige en medische leiding van Aeneas is eraan ondergeschikt. Dat het Bredase Diaconessenhuis ook landelijk een rol van betekenis speelt blijkt in 1961 als besturend zuster E. Smit tot lid van het moderamen wordt gekozen van de Nederlandse Bond van Diaconessenhuizen.

De directie zorgt voor een structurele schriftelijke rapportage over de interne gang van zaken in het Huis. Gedurende een groot aantal jaren zorgt vooral Buijs ervoor dat het bestuur middels deze directieverslagen uitgebreid geïnformeerd wordt. Daarbij gaat het over allerlei beleidsmatige zaken zoals administratie, inkoopbeleid, afdelingsstructuur, nieuwe specialismen en ethische kwesties zoals abortus en euthanasie. Na een dienstverband van 10 jaar neemt Smit in 1966 in verband met haar huwelijk met bestuurssecretaris Louwe Kooijmans ontslag. Zij wordt per 1 maart opgevolgd door Wil Deurman, de directrice van Aeneas. Het bestuur besluit de nieuwe besturend zuster te ontlasten en de sinds 1962 bestaande vacature van waarnemend besturend

zuster weer in te vullen. Tot adjunct besturend zuster wordt zuster Jenny van de Endt benoemd, voorheen hoofdzuster van de klassenafdeling. Zij wordt ook belast met de verantwoordelijkheid voor de verplegingsdienst. Van de Endt vervult deze functie maar korte tijd en wordt dan hoofd van de Zuidhoek. Zuster Bep Molenaar volgt haar op als hoofd van de verplegingsdienst. Dr. H. van der Loo is bereid om indien nodig als plaatsvervangend directeur op te treden.

Na een voorzitterschap van ruim twintig jaar neemt Van Voorthuysen in 1967 afscheid. Hij wordt opgevolgd door de jurist jhr. mr. H. Quarles van Ufford. Zijn kennis komt in de lastige bestuurlijke periode met ingewikkelde en onoverzichtelijke onderhandelingen over een toekomstige regionale gezondheidsstructuur uitstekend van pas.

Verantwoordelijkheid

66 Pas in 1969 laat het bestuur de topstructuur van het Diaconessenhuis doorlichten. De rapporteur, de heer Verbeek van de Nederlandse Accountants Maatschappij (NAM), wijst erop dat het ziekenhuis steeds meer een gewoon bedrijf wordt. Daardoor wordt het voor het bestuur van de vereniging en vooral voor de penningmeester moeilijk verantwoordelijkheid te dragen. Hij stelt functieomschrijvingen van de afzonderlijke directieleden voor. De taak van het bestuur moet zich beperken tot het beleid, het toezicht, het adviseren van de directie en het goedkeuren van de voorstellen van de directie. De directie moet eerst en vooral voor de coördinatie zorgen; de dagelijkse leiding hebben en bijdragen in de beleidsvoorbereiding, onder andere door het bijwonen van de bestuursvergaderingen. In de bestuursvergadering van april 1969 wordt dit rapport voor de eerste keer besproken en vanuit de directie zijn er bezwaren tegen het opknippen van de gezamenlijke verantwoordelijkheid in afzonderlijke verantwoordelijkheden voor elk van de drie directieleden. In de bestuursvergadering een maand later komt het rapport een tweede keer ter tafel. De discussie spitst zich opnieuw toe tot slechts één essentieel geschilpunt: dat de directie alleen collectieve verantwoordelijkheid wenst en het bestuur behalve een collectiviteit op een aantal punten ook ieder directielid afzonderlijk een verantwoordelijke taak wil geven. Het bestuur besluit de voorgestelde structuur in te voeren. De directie wordt uitgenodigd om met eventuele wijzigingsvoorstellen voor de taakverdeling te komen, waar dan nog wel overeenstemming over bereikt moet worden. De directieleden blijven ontstemd dat het bestuur hun bezwaren niet honoreert en schrijven elk een brief aan het bestuur. Voor de geneesheer-directeur Buijs is deze zaak zo principieel dat hij aankondigt ontslag te nemen. In de bestuursvergadering van juni wordt de relatie bestuur-directie geagendeerd en de brieven besproken. Buijs geeft aan dat de aard en de hoedanigheid van het opperste gezag in huis, het bestuur, in korte tijd danig is veranderd. Hij meent van een zekere hardheid te kunnen spreken; het rapport van een buitenstaander (waarin de opmerkingen van de directie zijn gebagatelliseerd of onder de tafel zijn geschoven) wenst het bestuur, zij het enigszins bijgeschaafd, te volgen. Er is altijd gestreefd naar een humaan klimaat en er wordt met veel zorg over de instelling gewaakt.

Deze factor mist Buijs in de reactie van het bestuur. Als het bestuur denkt een ouderwets liberalistische instelling in te kunnen voeren, dan betwijfelt hij ook of de andere directieleden dat kunnen aanvaarden. De voorzitter meent dat de directie de zaak veel te somber ziet; hij spreekt namens het hele bestuur zijn waardering voor het werk van de directie uit. Dat Buijs de zaken goed aanvoelt blijkt als een van de andere bestuursleden opmerkt dat er zich enkele zaken hebben voorgedaan, waarbij de directie in de ogen van het bestuur te ver ging. Daaruit is de gedachte voortgekomen dat de zaken en verantwoordelijkheden van bestuur en directie moeten worden vastgelegd. In het verlengde daarvan is de opdracht aan de NAM ontstaan. Mevrouw Overwater haalt de angel uit de discussie door uit de woorden van Buijs te constateren dat een gesprek tussen hem en de voorzitter een oplossing kan brengen. De beide heren blijken daartoe bereid.

Buijs geeft nog aan samen met het bestuur de verantwoordelijkheid voor het Huis te voelen. Na dit gesprek trekt Buijs zijn aangezegd ontslag in, hoewel het besluit van het bestuur over de nieuwe structuur van kracht blijft. De NAM komt naar aanleiding van de kritiek van de directieleden met wijzigingsvoorstellen voor de opgestelde functiebeschrijvingen. Na een aantal amendementen over en weer worden de gewijzigde beschrijvingen in april 1970 definitief vastgesteld.

In verband met zijn benoeming tot directeur van het Streekziekenhuis Gooi-Noord in Blaricum vertrekt economisch directeur Chardon in 1973 na een dienstverband van 16 jaar. Hij wordt per 1 januari 1974 opgevolgd door T. Stolk (onder voorwaarde dat hij uiterlijk 31 december 1974 zijn doctoraal economie behaalt). In mei 1974 deelt de voorzitter mee dat hij het naast de advocatuur veel te druk heeft en tijdens de ledenvergadering volgend jaar wil terugtreden. Hij laat zich uiteindelijk overhalen 'wat langer' te blijven en neemt uiteindelijk zeven jaar later tegelijk met de geneesheer-directeur afscheid.

Per 1 augustus 1976 stopt geneesheer-directeur Buijs met zijn werk als internist en wordt fulltime manager. Van der Loo, die sinds 1969 als waarnemend geneesheer-directeur fungeert, legt tegelijk zijn functie neer. Deze vacature wordt niet meer ingevuld.

De verhouding tussen bestuur en directie wordt verankerd door de statutenwijziging van 1978. Deze regeling van bevoegdheden heeft in de laatste jaren van het bestaan van het Diaconessenhuis als zelfstandig ziekenhuis/verpleeghuis de verhoudingen tussen bestuur en directie overigens niet meer naar ieders tevredenheid kunnen regelen. Begin 1980 ontstaat er een nieuwe discussie over de onderlinge verhouding tussen bestuur en directie, naar aanleiding van de aanstaande pensionering van geneesheer-directeur Buijs in 1981. De aanwezige verhouding kan men naar analogie met het bedrijfsleven omschrijven als een 'Raad van Beheermodel'. Het bestuur heeft een takenpakket als een Raad van Beheer en de directie bezit alleen de in de statuten toegekende taken. Daartegenover staat het 'Raad van Commissarissenmodel', waarbij

de directie veel meer bevoegdheden krijgt. Het bestuur draagt zorg voor benoeming en ontslag van directieleden, goedkeuring van begroting en jaarrekening en kan het beleid van de directie alleen achteraf controleren. De elkaar in de jaren tachtig opvolgende plannen in de Bredase ziekenhuiswereld voor samenwerking tussen twee of meer ziekenhuizen en klinieken zijn niet bevorderlijk voor een rustige discussie. Evenmin zijn de interne omstandigheden in het zich reorganiserende Huis bevorderlijk. Personeel en medische staf spreken zich uit voor het door de directie geprefereerde Raad van Commissarissenmodel. Het bestuur houdt het besluit over het beheersmodel aan. Het organisatiebureau Twijnstra en Gudde stelt ook de profielen op van de nieuwe directieleden. De zittende directie is voorstander van een directie met managementkwaliteiten. Gezien de voorkeuren bij de afdelingshoofden, medische staf en een groot gedeelte van het bestuur wordt om pragmatische redenen ingestoken op de aanwezigheid van een medicus in de directie. Uiteindelijk wordt naar aanleiding van de discussie besloten verder te gaan met een tweehoofdige directie, bestaande uit een directeur patiëntenzorg en een directeur algemene zaken. Stolk, directeur economische zaken, wordt per 1 januari 1983 directeur algemene zaken, terwijl toxicoloog dr. E.B. van Julsingha directeur patiëntenzaken wordt. Ter ondersteuning van de directie bij de beleidsvorming en de algemene coördinatie wordt een coördinatieraad ingericht. Deze raad onder voorzitterschap van de algemeen directeur bestaat uit de diensthoofden en een vertegenwoordiging van de medische en paramedische dienst. Verder wordt

68 een patiëntenzakenraad ingericht en de civiele dienst wordt gereorganiseerd met A. Vollaers als hoofd.

Van Julsingha verricht tot 1 oktober 1983 zijn werkzaamheden in de vorm van een inwerkperiode samen met het derde directielid Deurman. Daarna trekt Deurman zich terug uit haar directiefunctie. Tot aan haar pensionering (1 februari 1984) houdt zij zich vooral bezig met het inrichten van een doelmatige administratieve organisatie en reorganisatie van de verplegingsdienst.

In 1984 verklaart het bestuur zich bereid om op termijn over te gaan tot het Raad van Commissarissenmodel. Later komt het bestuur op dit voornemen terug. Ook de nieuwe directie kan geen formele wijziging in de bestaande regeling van de bevoegdheden meer bewerkstelligen. Bij de vorming van het Baronie Ziekenhuis is het Raad van Commissarissenmodel het uitgangspunt voor het nieuwe stichtingsbestuur. Begin 1985 wordt de nieuwe interne structuur geëvalueerd. De coördinatieraad en de patiëntenzakenraad worden opgeheven. Deze laatste raad was bedoeld voor afstemming van operationele zaken. In de praktijk worden de meeste zaken echter informeel geregeld en houden de leden van deze raad zich ook met beleidszaken bezig, een verantwoordelijkheid die bij de coördinatieraad ligt. Deze 'dubbeling' leidt tot veel frustraties. Beide raden worden nu vervangen door een directorium met als belangrijkste taak beleidsvoorbereiding en algemene coördinatie.

Geestelijke verzorging

De geestelijke verzorging in het nieuwe gebouw wordt verzorgd door ds. C.E. van Voorthuysen. Hij is al sinds 1945 aangesteld als geestelijk verzorger en fungeert in de periode 1946-1967 als voorzitter van het bestuur. Hij krijgt assistentie van emeritus predikant ds. P.L. Kiehl. Beiden verzorgen cursussen Nieuwe Testament, kerkgeschiedenis, inwendige zending en Oude Testament. Kiehl verzorgt de pastorale taak onder de zusters, terwijl Van Voorthuysen samen met de besturend zuster de weeksluitingen verzorgt. Van Voorthuysen verzorgt in juli 1959 de eerste dienst in de kapel van het nieuwe ziekenhuis met als tekst Psalm 82:2. Het bestuur regelt met de Hervormde Gemeente in Breda een officiële kerkdienst op elke zondagmorgen met uitzondering van de eerste zondagen van de maand. Op deze dagen beleggen de Gereformeerde Kerk, de Doopsgezinde Gemeente, de Evangelisch Lutherse Gemeente en de Remonstrantse Kring een dienst. De Vrijgemaakte Gereformeerde Kerk bedankt om praktische redenen voor het aanbod. De feestdagen Goede Vrijdag, Kerstmis en Oudejaarsavond worden gehouden door de Hervormde Gemeente. De zondagse diensten worden meestal door veel patiënten gevolgd. Voor patiënten die om medische redenen de zaal niet kunnen verlaten is het mogelijk om de diensten via de huistelefoon te volgen. De nieuwe functie van predikantdirecteur wordt in 1960 ingevuld door ds. P. de Bruijn, nadat de Kerkenraad van de Hervormde gemeente Breda op verzoek van het bestuur van het Diaconessenhuis een beroep op de uit Fijnaart afkomstige De Bruijn heeft gedaan. Het aantreden van De Bruijn is voor de voorzitter aanleiding om zich terug te

69 trekken als geestelijk adviseur.

Speciaal voor de zusters in opleiding worden godsdienstlessen gegeven. In de vooropleiding betreft het twaalf lessen over diaconaat en in het eerste leerjaar de hoofdlijnen van het Oude Testament. In het tweede leerjaar worden de hoofdlijnen van het Nieuwe Testament behandeld aan de hand van de veel gehanteerde boekjes van ds. Witvliet. Het belangrijkste argument voor het Bijbelonderwijs is dat de zusters zo in staat gesteld worden gesprekken met patiënten te voeren. De Bijbelse boodschap kan weerstanden overwinnen en een troost zijn. Aan het eind van de jaren zestig verzwakt door gewijzigde traditionele gezagsverhoudingen, het ontluikende individualisme en de toenemende welvaart de positie van het christelijk geloof en de kerken. Die ontwikkeling heeft zijn weerslag op het pastorale onderricht aan de zusters. In de verslagen wordt melding gemaakt van het feit dat de lessen aan de zusters met de tijd inhoudelijk veranderen. Er ontstaat steeds meer een compromis tussen informatie en vorming. Daarbij ligt de nadruk op vorming. Bovendien verandert de levenshouding van de jongere zusters. Er kan steeds minder een beroep gedaan worden op aanwezige Bijbelkennis en kennis van de geloofsleer.

In september 1965 ontvangt het bestuur een brief van de diaconessenraad met klachten over het werk van de predikant-directeur De Bruijn; zijn lessen en pastorale zorg aan de diaconessen zijn onvoldoende. Er volgen gesprekken en hij dringt er bij het

bestuur, gezien het vele werk, op aan een tweede predikant aan te trekken. Tot een echte oplossing komt het echter niet. Als in 1967 blijkt dat van een echte samenwerking tussen hem en de andere directieleden geen sprake is, verzoekt hij het bestuur hem per 1 januari 1968 te ontheffen uit zijn functie van directielid. Hij blijft daarna wel aan als predikant. Zo spoedig mogelijk na de opname van een patiënt komt de predikant van het Huis kennismaken. De meeste rooms-katholieke patiënten worden sinds 1962 bezocht door wijkkapelaan C. van Onzenoort. Omdat het aantal rooms-katholieke patiënten in de jaren daarna groeit tot zo'n 60% van het totaal aantal patiënten gaat het ziekenhuisbezoek een steeds groter gedeelte van zijn reguliere tijd opeisen. In 1970 neemt het bestuur kapelaan Van Onzenoort in vaste dienst. Deze functionaris valt rechtstreeks onder het bestuur.

Tegelijk wordt een tweede halftime predikant aangetrokken. Het bestuur benoemt uit eigen midden een begeleidingscommissie voor het pastorale team. Per 1 december 1971 wordt ds. Wismeyer benoemd. Vanwege het overlijden van De Bruijn worden zijn werkzaamheden tijdelijk waargenomen door emeritus ds. F. Jonkhof. Wismeyer is half in dienst bij het Diaconessenhuis en half uitgeleend aan de Hervormde Gemeente in Princenhage. Pas na zijn benoeming blijkt dat Wismeyer elke bevoegdheid tot het uitoefenen van het predikantsambt mist. Daarom komt hij tijdelijk fulltime in dienst van het Diaconessenhuis. De Nederlands Hervormde Gemeente in Breda verzoekt in februari 1972 aan het moderamen van de Generale Synode om Wismeyer preekbevoegdheid te geven. Tevens blijkt dat hij pas vanaf april 1971 belijdend lid van de Hervormde Kerk is. Na drie verlengingen van zijn tijdelijke benoeming om de ontbrekende delen van zijn studie af te ronden wordt het dienstverband per 31 december 1973 beëindigd. Op het laatste moment krijgt hij alsnog een verlengd contract voor een halfjaar, maar per 31 mei neemt hij zelf ontslag. Zijn opvolger, ds. A.D. Klaassen, wordt op 15 december 1974 in de Kerkzaal bevestigd door ds. C. van Voorthuysen.

Met de komst van Klaassen wordt een onrustige periode afgesloten. Hij stelt samen met kapelaan Van Onzenoort een beleidsnotitie op, waarin het uitgangspunt voor de geestelijke verzorging in Huis wordt geformuleerd: *de geestelijke verzorging heeft als doel inhoud te geven aan de opdracht volgens het Evangelie van Jezus Christus: de zieke en hulpbehoevende medemens in woord en daad te dienen*. Vanuit dit uitgangspunt ziet het pastorale team een vijftal specifieke taken. Allereerst willen de pastores het gesprek aangaan met allen aan wie de verzorging en verpleging is toevertrouwd. De feitelijke werksituatie is dat verpleegkundigen, medici en pastores los van elkaar hun bijstand aan de patiënt verlenen. Ieder van hen moet de problematiek zelf verwerken. De pastores willen met de verpleegkundigen, hoofden, directie en de medici in gesprek om de wijze te bepalen waarop ieder zich door de ander gesteund weet in moeilijke (terminale) gevallen. Daarnaast is een belangrijke taak de leerlingen die zich aan Huis verbinden op te vangen, te onderrichten en te begeleiden. Dit moet in nauw overleg met het hoofd opleiding en de mentrix gebeuren. Een derde wezenlijk taak is het

pastoraat aan allen die tijdelijk in Huis verpleegd worden. De pastores stellen voor om iedere week beurtelings bezoeken af te leggen op de verpleegafdelingen. Daarnaast zal elke pastor aan patiënten, die extra pastorale zorg behoeven, deze naar confesie in overleg met de hoofden verschaffen. Voor de vierde taak, de patiënten van het verpleeghuis Aeneas, zoeken de pastores nog naar een concrete uitwerking. Tot slot willen de pastores alle overige diensten aanbieden. Ze willen de geestelijke verzorging zo optimaal mogelijk tot stand brengen door zich voor alle geledingen in Huis beschikbaar te stellen. Het bestuur is zeer ingenomen met deze inhoudelijke aanpak en besluit tenminste eens per jaar met de pastores te overleggen over de voortgang van hun werkzaamheden. De samenwerking tussen de dominee en de kapelaan voldoet aan de hoge verwachtingen.

De pastores zoeken in toenemende mate een kader waarin zij zo goed mogelijk functioneren in samenspel met leiding en personeel op de afdelingen. Op afdelingsniveau worden afspraken gemaakt. Met de leerling-verpleegkundigen wordt contact onderhouden door gesprekskringen. Daarnaast worden de pastores structureel bij het onderwijs betrokken. Klaassen verzorgt lessen levensbeschouwelijke oriëntatie aan de school voor A-verpleegkundigen en Van Onzenoort aan de opleiding voor ziekenverzorgenden.

Begin 1976 bepleit het pastorale team een integratie van de geestelijke verzorging in de gehele zorg rondom de patiënt, in de geest zoals ook de maatschappelijk werkers fungeren. Bestuur en directie onderschrijven dit en maken een aantal afspraken. De contacten tussen het pastorale team en bestuur, directie en medische staf worden geïntensiveerd. Het pastorale team adviseert gevraagd en ongevraagd over geconstateerde problemen en stelt notities op over medisch-ethische onderwerpen als euthanasie en abortus.

Ook in 1976 voert het pastorale team een inhoudelijke discussie met de medische staf. Het pastorale team wil af van het traditionele beeld van de pastor die alleen bij machteloosheid - zoals dat bij de dood wordt ervaren - wordt ingeschakeld. De pastor wordt door velen gezien als 'de man van de overkant'. De hedendaagse pastor wil juist een dialoog met de patiënt tot stand brengen, waarbij de patiënt aangeeft wat hij ter sprake wil brengen en in hoeverre hij de pastor wil toelaten in zijn gevoelens. De pastor kan helpen om deze gevoelens te verhelderen en daarin eventueel te delen. De pastor wil op eigen wijze contact krijgen met de patiënt en de noodsignalen om hulp en doorbreking van eenzaamheid en beknelling opvangen. Daarbij beschouwt hij zich meer als dienstbaar aan het leven, dan als handlangers van de dood. Pastoraal functioneren veronderstelt het geestelijk functioneren van de patiënt. Het appèl dat het pastorale team op de medische staf doet om gezamenlijk op basis van een open communicatie de identiteit van het Diaconessenhuis gestalte te geven wordt positief beantwoord. De praktijk van alledag blijkt weerbarstig.

In december 1977 evalueren de beide pastores hun werkzaamheden met het bestuur. Centraal staan drie thema's. Allereerst wordt in de maatschappij de godsdienst steeds meer privé en dat speelt ook in Huis, waar steeds meer mensen bij vragen over godsdienst verrast worden. Men stelt blijkbaar prijs op een geestelijke anonimiteit. Als deze ontwikkeling doorzet moet naar andere invalswegen worden gezocht. Verder wordt een goede relatie onderhouden met het basispastoraat waarbij het lastig is dat een vaste lijn ontbreekt. Als laatste is er een groeiend overleg met de pastores uit de andere ziekenhuizen. Met de geestelijke anonimiteit wordt in een van de ziekenhuizen geëxperimenteerd met een systeem waarbij een patiënt zelf een meldingskaart invult. Tijdens de jaarlijkse evaluatiebijeenkomst met het bestuur in februari 1981 wordt inhoudelijk over euthanasie gesproken, mede in relatie tot de bewoners van Aeneas. Bij euthanasie wordt onderscheid gemaakt tussen passieve en actieve euthanasie. De pastores geven aan dat actieve euthanasie zeer weinig voorkomt; meestal worden tot aan het eind alle mogelijke behandelingen gegeven ook als dat voor het gevoel van veel mensen zinloos is geworden. Als niets meer voor de patiënt kan worden gedaan terwijl deze wel veel pijn lijdt, wordt soms gebruikgemaakt van excessief pijnstillende middelen, waarmee tevens het einde naderbij wordt gebracht. Ook hier is de familie vaak ambivalent ten aanzien van de dood en de stervende. In het algemeen is het wel zo dat de toestand van de patiënt prevaleert boven de wens van de familie. De beide pastores geven aan dat euthanasie per geval wordt bekeken, er bestaat geen algemeen beleid.

72 In de praktijk blijken veel mensen rustig over de dood te kunnen spreken. De pastores hebben daarbij goed inzicht in het leven van de patiënten en hun wensen ten aanzien van stervensbegeleiding. Het r.-k. sacrament voor de zieken (bediening) kan vaak een pre zijn voor iemand met een sterk geloof. Anderzijds is bedienen en dood vaak zo verweven dat een patiënt dit afwijst.

Omdat de dagelijkse Bijbellesing via de huisradio niet meer blijkt aan te slaan en er minder makkelijk medewerkers voor gevonden worden, wordt in 1981 de Bijbellesing vervangen door de uitgifte van een wekelijkse wegwijzer met een gebed, een lied en een rooster met de te lezen Bijbelgedeelten, verwijzingen naar religieuze radio-programma's en dagteksten. Deze wegwijzers blijken in de veranderde behoefte te voorzien.

In het kader van het doorlichten van de interne structuur wordt begin 1982 ook aan de pastores gevraagd hoe zij hun positie zien nu en in de toekomst. De pastores bevestigen dat zij voor wat het arbeidstechnisch gedeelte van hun functie onder het bestuur van het ziekenhuis vallen. Over de inhoud van hun functie zijn zij aan de kerk verantwoording schuldig. Zij verwachten dat de pastor in de toekomst uitgroeit naar iemand die deel uitmaakt van het therapeutisch klimaat, waardoor de contacten met de medische staf en de verpleging makkelijker worden. De pastores zien wel verbeteringen in de contacten, maar soepel loopt het nog steeds niet. Vooral de signalering door de verpleging van patiënten die pastorale hulp wensen of nodig hebben laat nog veel te wensen over. De pastores hebben er geen moeite mee als ze in de toekomst in

een nieuwe structuur (commissarissenmodel) niet meer rechtstreeks aan het bestuur rapporteren, maar aan de directie. Er verandert niet veel; ze rapporteren al wekelijks aan de directie.

Continu wordt ook nagedacht op welke manier de pastores het beste contact kunnen krijgen met de patiënten. Vanaf 1984 ontvangen de nieuwe patiënten een aanbod om naar wens en behoefte met de door hem of haar gekozen pastor van het huis in contact te treden. Daarnaast bezoeken de pastores regelmatig de afdelingen. De externe pastores en predikanten die patiënten bezoeken krijgen een brief waarin de wens wordt uitgesproken om tot een intensiever contact te komen.

Per 1 december 1985 gaat pastor Van Onzenoort met pensioen en hij wordt opgevolgd door pastor A. Zegveld.

In mei 1986 komt in het jaarlijkse evaluatiegesprek met het bestuur nadrukkelijk de verzakelijke sfeer aan de orde. De pastores zijn niet betrokken bij het overleg rond het ziekbed en het is dus moeilijk te bepalen aan welk bed men op welk moment gewent is. Een duidelijke structuur, zoals die wel in het verpleeghuis aanwezig is, wordt gemist. Ook de betrokkenheid bij het onderwijs is door de gezamenlijke centrale school sterk verminderd. De pastores constateren in Huis sterke hiërarchische verhoudingen, vooral tussen leden van de medische staf en de verpleging. De directie meent dat een aantal problemen gedeeltelijk te verklaren zijn vanuit de spanningen die voortkomen uit onzekere toekomstplannen van het Huis. De directie kan ook niet alles oplossen; de pogingen om een medisch-ethische commissie en een euthanasiecommissie in te stellen zijn door gebrek aan medewerking niet van de grond gekomen. Directie en pastores overleggen en maken een plan van aanpak. In juli 1986 gaat dominee Klaassen met pensioen, ds. J. Loosman volgt hem per 1 augustus op.

73

Accommodatie en expansie

In afwachting van de ministeriële goedkeuring voor de nieuwbouw wordt in november 1950 de werkgroep nieuwbouw geïnstalleerd, bestaand uit bestuurssecretaris B. Jaspers, Buijs en Ir. Groeneveld, verbonden aan de dienst Openbare Werken van de gemeente Breda. Op afroep is architect Van der Linden beschikbaar. De inbreng van Van der Linden wordt in de werkgroep anders gewaardeerd dan toen hij in 1944 bij de ontwerpplannen betrokken werd. Na evaluatie van zijn werkzaamheden wordt afscheid van hem genomen. In december 1951 krijgt ir. Marius Duintjer uit Amsterdam de opdracht om het nieuwe Diaconessenhuis (gebaseerd op soberheid en nuttigheid) te ontwerpen.

Duintjer (Veendam, 1908) studeerde bouwkunde aan de Eidgenössische Technische Hochschule in het Zwitserse Zürich. Daarna werkte hij enkele jaren voor het architectenbureau van Le Corbusier in Parijs. In 1935 keerde hij terug naar Nederland om zich in Amsterdam als zelfstandig architect te vestigen. In de jaren vijftig brak Duintjer door als aanspre-

kend architect en in 1956 werd hij benoemd tot buitengewoon hoogleraar aan de TH in Delft. Zijn belangrijkste werken zijn het hoofdgebouw voor Schiphol, de Nederlandse Bank, de Opstandingskerk en het ABN kantoorgebouw in Amsterdam, de Kruiskerk te Amstelveen en de provinciehuizen in Zwolle en Assen. Bron: Nederlands Architectuur Instituut (NAI)

In 1954 kreeg de architect werkruimte ter beschikking gesteld in het gebouw van het Oude Mannenhuis in de Boschstraat in Breda, zodat hij in de buurt kan werken. Ir. C.F. Lely, adjunct-directeur Openbare Werken, neemt in januari 1955 de plaats van ir. Groeneveld in de bouwcommissie in.

Voor het nieuwe ziekenhuis werd een terrein van 5,25 hectare gekozen in de wijk Boei-meer, grenzend aan de rivier de Aa of Weerijds. De gemeenteraad van Breda had op 9 mei 1956 besloten de grond voor f5,30 per m² aan het Huis te verkopen.

Na de eerste plannen in 1942 en nadat in 1950 een programma van eisen voor het nieuwe ziekenhuis was opgesteld, kon aannemersmaatschappij Gebr. Van Heeswijk uit Eindhoven op 25 juni 1957 met de bouw beginnen. Diezelfde dag werd de eerste steen 'gelegd' door de Commissaris van de koningin in Noord-Brabant, prof. dr. J.E. de Quay; de steen werd geplaatst op een zuil los van het gebouw en dicht bij de ingang met als tekst:

GELOOFT ZIJ DE GOD EN VADER VAN ONZE HEER JEZUS CHRISTUS

DE VADER DER BARMHARTIGHEDEN EN DE GOD ALLER VERTROOSTING (uit 2 Kor. 1:3)

74

T-model

Het ontwerpen van ziekenhuizen werd een steeds belangrijker taak van het architectenbureau. Dat was mede te danken aan de samenwerking van Duintjer met architect D.J. Isthā, die zich had gespecialiseerd in de ziekenhuisbouw. In 1952 werd hij compagnon van Duintjer. Het werk in deze sector nam zodanig toe, dat in 1956 werd besloten tot het oprichten van een aparte ziekenhuispoot die de verantwoordelijkheid kreeg over al het werk in de gezondheidssector (bureau Duintjer-Isthā). Voor het ontwerpen van ziekenhuizen kon men terugvallen op wetenschappelijk onderzoek, dat vooral in Amerika en Engeland een ware rage was geworden. Het in 1945 opgerichte Bouwcentrum zag voor zichzelf een taak weggelegd om het buitenlands onderzoek voor Nederland te ontsluiten. De groepering van de drie 'poten' van het ziekenhuis: beddenhuis, behandelhuis en polikliniek vormde een belangrijk aandachtspunt. In Amerika werd veel gebouwd volgens het zogenaamde T-model. Het Diaconessenhuis in Breda was voor het bureau de eerste volledige nieuwbouwopdracht en het is ook een goed voorbeeld van het T-model.

Het vier verdiepingen tellende beddenhuis is op het zuiden gelegen. Loodrecht in het midden van de beddenvleugel was de koppeling naar het behandelhuis met op de begane grond de polikliniek. In de oksel van de twee vleugels is een grote hal voor trappen en liften. De kop van het behandelhuis kreeg een markant uiterlijk door het lichte metselwerk met

daarin negen ramen met donkere kozijnen. De hoofdentree bevindt zich aan de zijkant van het gebouw onder een grote uitstekende luifel. De gevels hebben een duidelijk ritmisch effect door de reeks witte kozijnen, die vooral in de licht gebogen zuidgevel, door de plaatsing dicht op elkaar, een sterke horizontale werking hebben. Bron: Nederlands Architectuur Instituut (NAI)

De balk van deze T vormt het eigenlijke beddenhuis, de verpleegafdelingen. De poot van de T is het behandelhuis. Rustend tegen de oostpunt van de balk ligt veel lager gebouwd het diensthuis. Op afstand aan de westzijde vindt men het zusterhuis. Op de achtereenvolgende bouwlagen bevinden zich de diensten: het souterrain van het beddenhuis omvat het centrale magazijn, technische ruimten en een grote fietsenberging. In het behandelhuis zijn de afdeling voor revalidatie en het mortuarium met aula ondergebracht en het diensthuis biedt op dit niveau ruimte aan het ketelhuis en de keuken. Op de begane grond bevat het beddenhuis in de westelijke helft de kinderafdeling, de oostelijke helft is voor de hoofdingang en de kamers voor directie en administratie. In het behandelhuis bevindt zich de polikliniek. Het diensthuis bevat de wasserij, de gehoorzaal met 90 plaatsen en de eetzaal met 120 plaatsen.

In het beddenhuis bevindt zich op de eerste verdieping in de westelijke helft de interne afdeling en in de oostelijke helft is voorlopig de afdeling Aeneas voor langdurig zieken gehuisvest. Deze huisvesting is tijdelijk tot de eigen nieuwbouw is gerealiseerd. In het behandelhuis zijn de laboratoria en de röntgenafdeling gesitueerd.

De tweede verdieping omvat in het oostelijk deel van het beddenhuis de middenafdeling en in het westelijk deel de chirurgische afdeling. In het behandelhuis zijn de operatieafdeling met drie operatiekamers en de apotheek ondergebracht. Op de derde verdieping ten slotte zijn in het beddenhuis de klassenafdelingen (westelijk deel) en kraam- en gynaecologische afdeling (oostelijk deel) gesitueerd. In het behandelhuis zijn op dit niveau de verloskamers en de kerkzaal geplaatst. Het plaatsen van een kruis op de kapel is volgens een aantal leden van de bouwcommissie een 'te roomse uiting' en zorgt voor forse discussie. Het bestuur is er unaniem voorstander van en hakt de knoop door. In de kapel wordt een glas-in-betonraam aangebracht dat de jakobs ladder voorstelt (naar de ladder die volgens Genesis 28:12 het aardoppervlak met de hemel verbond en die door de aartsvader Jacob werd gezien in een van zijn dromen). De jakobs ladder is een ontwerp van Berend Hendriks.

75

Berend Hendriks (1918–1997) kreeg zijn opleiding aan de Rijksacademie voor Beeldende Kunsten in Amsterdam, waar hij o.a. les kreeg van de beeldhouwer Heinrich Campendonk. Hendriks ontwikkelde zich tot een veelzijdig kunstenaar: (glas)schilder, beeldhouwer en keramist. In de jaren 1966–1984 geeft hij les aan de Arnhemse kunstacademie. Biografie Berend Hendriks, onder redactie van A. de Vries, Hogeschool voor de Kunsten, Arnhem 1990.

Kosten

Het ziekenhuis omvat 200 bedden inclusief 33 verpleegbedden verdeeld over zeven-
tien kamers van 6 bedden, zeven kamers van 4, zestien kamers van 3, vijf kamers van
2 en twaalf eenpersoonkamers. Het ziekenhuis is voorzien van een centrale zuurstof-
voorziening en zusterproep. In het nieuwe zusterhuis aan de westkant is ruimte voor
130 zusters. De investeringskosten voor de nieuwbouw bedragen f7.975.000, omgere-
kend is dit f39.875 per bed. Toen men in 1944 enthousiast startte met de vorming van
een bouwfonds, werd binnen drie maanden f75.000 voor de aankoop van de grond bij
elkaar gebracht.

Twaalf jaar later blijkt voor het terrein bijna f300.000 nodig. Het bedrag van f75.000
vormde de grondslag voor de vorming van een bouwreserve, die eind 1957 f409.000
bedraagt. Daarnaast heeft de Stichting Centrale Commissie Diaconessenhuis (C.C.D.)
intensief geld ingezameld, zodat het eigen bouwkapitaal uitkomt op f518.600. In de
ontbrekende middelen wordt voorzien door de afsluiting van vier leningen. De Ge-
meente Breda en de omliggende gemeenten (Klundert, Fijnaart, Zevenbergen, Hooge
en Lage Zwaluwe) staan garant voor de rente en aflossing voor f4.000.000. Breda
neemt 80% van die garantiestelling voor zijn rekening. De garantieregeling houdt in
dat de Gemeente Breda de overeenkomsten met de andere gemeenten afsluit. De
burgemeesters van de omliggende gemeenten claimen als tegenprestatie een zetel
in het bestuur. Het bestuur gaat daarmee akkoord voor zover de garantietermijn loopt
en mits de burgemeester protestant is. Het Rijk staat voor het overige bedrag van
76 f3.456.400 garant.

Hoewel de laatste afdeling pas in november 1959 wordt opgeleverd, wordt het nieuwe
gebouw al op 10 juni 1959 in gebruik genomen. Dankzij de medewerking van de mili-
taire geneeskundige dienst, die met 50 manschappen aantreedt, worden de patiënten
in twee uur tijd overgebracht naar het ziekenhuis in Boeimeer. Het zusterhuis werd al
op 23 februari 1959 betrokken.

De waarnemend praeses van de generale synode van de Nederlands Hervormde Kerk,
ds. P.G. van den Hooff, opent het nieuwe ziekenhuis officieel op 25 november 1959.
Al na twee jaar wordt een tekort aan bedden van vooral de klassenafdeling geconsta-
teerd. De directie stelt een nota op over de gewenste uitbreidingen: 30 extra bedden
voor de klassenafdeling; een vergroting van de accommodatie van de polikliniek en
revalidatieafdeling; lesruimten en eetzaal. Een uitbreiding van activiteiten leidt ook tot
een grotere zusterbezetting, dus moest ook het zusterhuis uitgebreid worden. Het be-
stuur aanvaardt de nota en op 11 april 1962 wordt toestemming gegeven om het Huis
met 30 bedden voor de klassenafdeling uit te breiden.

Voor de directe toekomst van het ziekenhuis en van Aeneas worden zeven plannen op-
gesteld, voor keuken; eetzaal; wasserij; administratie; algemene ruimtes en trafohuis;
centraal ketelhuis; woontoren zusterhuis met in totaal 125 bedden; verplegingsschool;
uitbreiding Aeneas met 75 bedden en bijbehorende algemene ruimtes; polikliniek

revalidatieafdeling en röntgenafdeling en tot slot 15 extra kinderbedden.

De uitbreiding van de klassenafdeling (De Zuidhoek) met 38 bedden start in 1965 (be-
groting: f1.137.000) en wordt eind 1966 opgeleverd. Tegelijkertijd worden in hetzelfde
gebouw, een verdieping lager, een ruimte voor de administratie, een nieuwe linnenka-
mer, kantine en garderobe gerealiseerd. Eetzaal en keuken worden vergroot. In 1966
kan begonnen worden met de bouw van het nieuwe ketelhuis en de kinderafdeling,
die een jaar later worden opgeleverd. In 1967 beschikt het Huis over 261 bedden.

De verdere uitbreiding van het beddenaantal van het Huis wordt verstoord als in juli
1967 een rapport verschijnt, geschreven op verzoek van het bestuur van het St. Laurens
Ziekenhuis. Het rapport gaat over een mogelijke uitbreiding van het beddenaantal
van het St. Laurens, maar er is tevens in opgenomen dat het beddenaantal van het
Diaconessenhuis gelimiteerd zou moeten worden tot 300. Een maand later komt het dr.
Veeger Instituut (Instituut voor Geneeskunde en Maatschappij, gelieerd aan de Uni-
versiteit van Nijmegen) met een rapport met eenzelfde conclusie. Het bestuur van het
Diaconessenhuis tekent bezwaar aan.

In 1968 wordt de fietsenkelder verbouwd tot beddencentrale en laboratorium. De was-
serij wordt verbouwd en krijgt een nieuwe inrichting. Een jaar later wordt de woontor-
ren van de zusters, 'de Boei', opgeleverd. Na diverse verbouwingen (vanaf 1965) wordt
in 1969 ook een begin gemaakt met een algehele vernieuwing en uitbreiding van
77 het behandelhuis. Eind 1970 is het nieuwe gedeelte van de polikliniek en de nieuwe
revalidatie-, röntgen- en operatieafdeling gereed. De verbouwing van de bestaande
polikliniek, het laboratorium, de apotheek en het mortuarium duurt een jaar langer.
De laatste fase van het in 1965 gestarte bouwproces wordt op 6 mei 1971 feestelijk
afgerond met een tentoonstelling van houtsnij- en beeldhouwwerk. Houtsnijden is een
hobby van Buijs. Op zijn kamer staat een houtsculptuur, waarin hij zelf de tekst heeft
aangebracht 'een huis dat leeft, bouwt aan zijn toekomst'. Eind 1971 is ook de afdeling
voor intensieve verpleging en verpleegkundige bewaking volledig operationeel.

In 1972 verleent het ministerie in beginsel medewerking voor de uitbreiding van het
Diaconessenhuis tot 400 bedden. Daarnaast wordt medewerking verleend voor de ver-
vanging van het St. Ignatius Ziekenhuis en het St. Laurens Ziekenhuis door één fusie-
ziekenhuis van 900 bedden. Aan deze medewerking worden voorwaarden verbonden:
er moet een geïnstitutionaliseerde vorm van samenwerking tot stand komen tussen de
Bredase ziekenhuizen, met onderlinge afspraken over het functiepakket. De samenwer-
king komt echter niet tot stand en ook het plan van het fusieziekenhuis wordt losgela-
ten. Vooralsnog blijven in Breda drie ziekenhuizen naast elkaar bestaan. In november
1977 verzoekt het Diaconessenhuis de minister om medewerking in beginsel voor de
uitbreiding van het ziekenhuis met 64 bedden tot een omvang van 325 bedden. Het
College voor ziekenhuisvoorzieningen adviseert de minister eerst de rapportage van

de provinciale commissie (onder leiding van dr. Festen) af te wachten alvorens een besluit te nemen. Dan kunnen tevens de meest recente demografische gegevens van de Provinciale Planologische Dienst van Noord-Brabant erbij betrokken worden. Begin 1981 is er nog steeds geen toestemming, terwijl de norm voor het beddenbestand door het ministerie inmiddels is teruggebracht van 4 naar 3,86 bed per 1000 inwoners. In 1978 wordt een gedeelte van de Meer (het oude zusterhuis) opgeknapt voor de administratie, het pastoraat en het maatschappelijk werk. De vrijgekomen ruimten bieden plek aan de afdeling cardiologie. Het ziekenhuisterrein wordt aangepast zodat de parkeer ruimte kan worden uitgebreid.

In 1980 is de aangepaste cardio-angiografiekamer klaar. Eind van dat jaar wordt ook de PAAZ (Psychiatrische Afdeling Algemeen Ziekenhuis) in gebruik genomen. Tegelijkertijd worden het nieuwe laboratorium (in het onderhuis van de PAAZ) en de nieuwe afdeling voor intensieve zorg opgeleverd. Een jaar later worden twee cardiologische polikliniekenheden (op de locatie van het voormalig klinisch laboratorium) en de functieonderzoeksafdeling in gebruik genomen. Na jarenlang overleg met het ministerie komt in april 1983 eindelijk toestemming voor de renovatie van de keuken die in december wordt afgerond. Er komt van de minster ook een principiële goedkeuring voor de bouw van een nieuwe afdeling en renovatie van de verpleegafdelingen. De realisatie ervan wordt in verband met de samenwerking met het Laurens Ziekenhuis en de uiteindelijke fusie in 1987 aangehouden.

Financiën

De gemeente laat het bestuur weten geïnteresseerd te zijn in het gebouw aan het Wilhelminapark dat vrijkomt na het betrekken van het nieuwe gebouw aan de Langendijk. De discussie over de verkoopprijs verloopt echter zeer moeizaam als blijkt dat de gemeente niet bereid is om de getaxeerde prijs (door drie taxateurs vastgesteld) te betalen. Uiteindelijk wordt het pand in 1960 toch aan de gemeente Breda verkocht. In 1962 wordt op advies van het accountantskantoor overgegaan tot een mechanische administratie. De kosten van de boekhoudmachine worden geraamd op f23.000. In 1965 wordt een structuurcommissie ingesteld onder leiding van mr. Wesseldijk. Deze commissie moet naast een herziening van de statuten en het huishoudelijk reglement onderzoeken op welke manier de in de loop der jaren opgebouwde vermogensonderdelen van het Huis uit de directe invloedssfeer van de overheid kunnen worden gehouden. Het bestuur besluit conform het advies drie stichtingen in het leven te roepen: een stichting bijstandskas Diaconessenhuis (giften en legaten), een stichting ter behartiging van de belangen van personeel en gewezen personeel (pensioenaanspraken) en een derde stichting waarin de Flidnerschool kan worden ondergebracht. In 1970 wordt de directie gemachtigd om aan enkele personeelsleden die huisvestingsproblemen hebben een tweede hypotheek te verstrekken tot een maximum van f10.000 per geval (maximaal wordt f50.000 beschikbaar gesteld). De bedragen kunnen

worden betaald vanuit de Stichting ter behartiging van de personeelsbelangen.

Eind 1969 ontvangt het bestuur een erfenis van een oud-patiënt waarbij een gedeelte van het landgoed Wallsteijn, vier kilometer ten westen van Zundert, is betrokken. De afwikkeling zal nog jaren duren. De erfenis wordt in een afzonderlijke stichting Wallsteijn ondergebracht.

Napoleon had Van der Wall, schout te Zundert, eind 18de eeuw aangesteld als zijn vertegenwoordiger in Breda. Van der Wall moest natuurlijk wel representatief worden gehuisvest, vandaar dat op het landgoed het kasteel Wallsteijn werd gebouwd (1810). Het is een classicistisch landhuis met diverse bijgebouwen. Het landgoed (109 ha.) zou al snel ook Wallsteijn genoemd worden, en wordt sinds 1980 beheerd door Natuurmonumenten.
(Natuurmonumenten)

Vanaf de beginperiode kan het Diaconessenhuis steeds terugvallen op een grote groep contribuanten. In 1970 is het aantal contribuanten gegroeid tot 3600. Gezamenlijk zorgen zij voor een gemiddelde opbrengst van f10.000 per jaar. Om het contact met deze contribuanten te onderhouden ontvangen zij een periodiek: De Brug (later De Nieuwe Brug). Om het contact met de contribuanten te optimaliseren wordt de redactie van de Brug omgevormd tot een representatieve vertegenwoordiging uit het Huis met een professional voor de eindredactie en lay-out. Vanaf januari 1971 bestaat de redactie uit B. Molenaar, C. Kammeraat, A. Chardon, P. de Bruijn en A. Varossieau, het eerste hoofd personeelszaken.

Begin 1973 wordt geconstateerd dat de exploitatiebegroting van het Huis over het voorgaande jaar overschreden is op basis van de COZ-norm. Een commissie onder leiding van Kammeraat gaat op zoek naar bezuinigingsmogelijkheden. Tegelijk blijkt dat de bezettingsgraad van de bedden is gedaald, een tendens die ook in andere ziekenhuizen optreedt.

Naar aanleiding van de invoering van de Wet Ziekenhuisvoorzieningen en op advies van het Nationaal Ziekenhuisinstituut besluit men datzelfde jaar de financiële administratie volledig te automatiseren. Met de aanschaf van een Basic Four computersysteem van MAI (Management Assistance Incorporated, Californië) is een investering gemoeid van f200.000.

De financiële situatie wordt in de loop van het jaar zorgelijk als blijkt dat er - naast een tekort op de begroting van f400.000 op basis van de patiëntenbezetting - nog eens een tekort van f600.000 te verwachten is. Dit heeft minder met het aantal patiënten te maken dan met de gemiddelde verpleegduur per patiënt, die de laatste jaren is gedaald.

In september 1974 verzoekt het r.-k. Gasthuis in Tilburg het Diaconessenhuis om samen met een groep ziekenhuizen in Tilburg en West-Brabant een automatiseringsproject te starten. Hoewel er aan zo'n project bezwaren kleven (mogelijke onvoldoende bescher-

ming van de opslag van patiëntengegevens) besluit men aan het onderzoek naar de mogelijkheden van regionale automatisering mee te werken. Als het Huis in 1977 het verzoek krijgt te participeren in de inmiddels opgerichte Stichting Informatieverwerking Gezondheidszorg voor West- en Midden-Brabant (S.I.G.) besluit het bestuur een pas op de plaats te maken. Men vraagt zich af of centralisatie wel de juiste oplossing is voor automatische informatieverwerking. Ook vormt het ontbreken van kostengegevens een groot probleem. Uiteindelijk sluit men zich in 1985 toch aan bij een gezamenlijk automatiseringsproject van de Dienst Informatie Verwerking (DIV) in Tilburg. Ook de beide andere ziekenhuizen in Breda zijn bij deze Dienst aangesloten.

In 1975 wordt het Dr. Bossers-Rijdsdijk Vrijbedfonds opgeheven, mede in verband met de ziekenfondsverzekeringen. Het saldo wordt overgeheveld naar de Stichting Bijstandskas. In januari 1982 wordt de Stichting Bijstandskas omgevormd tot de Stichting Steun Protestants Christelijke Instellingen (SPCI). Deze omvorming is noodzakelijk om te voorkomen dat de overheid het Diaconessenhuis kan dwingen om de beschikbare eigen middelen voor de exploitatie aan te wenden. Eind 1982 worden ook de overige stichtingen opgeheven en de batige saldi overgeheveld naar de SPCI.

Patiënten

80 Vanaf het einde van de Tweede Wereldoorlog kiest een groeiend aantal katholieken bewust voor opname in het Diaconessenhuis. Na de verhuizing naar de Langendijk moet er vrij snel sprake zijn geweest van een meerderheid aan katholieke patiënten. Protestant krijgen geen voorrang meer, hoewel sommigen van hen dat blijken te verwachten. Al in 1961 signaleert Buijs dat het ziekenhuis zich meer dan verwacht lijkt te ontwikkelen tot een wijkziekenhuis. Het weigeren van patiënten komt niet meer voor (dat kan ook niet meer door de gebondenheid aan contracten met ziektekostenverzekeraars, tot 1940 een vrijwel onbekend verschijnsel). Wel komen er wachtlijsten voor niet-acute gevallen. Begin 1963 worden voor alle specialisten afspraksprekken ingevoerd. In hetzelfde jaar ontstaat de klacht dat er door het grote aantal r.-k. patiënten (meer dan twee derde van het totaal) niet of nauwelijks meer plaats is voor protestantse patiënten in het Diaconessenhuis. Vooral degenen die zich hebben beijverd om het Huis te bouwen voelen zich achtergesteld. Maar het ziekenhuis is er voor ieder die zich aanmeldt, vonden anderen. Er wordt geen enkele patiënt doorgestuurd. Klachten betreffen lang wachten of wachten op een klasse die niet direct beschikbaar is. In 1965 wordt een proef gedaan met doorlopend bezoek aan de patiënten. Na evaluatie (op basis van een enquête) blijkt dat hier veel bezwaren aan kleven en worden de vaste bezoeken hersteld.

Het verplegend personeel

Op 15 maart 1957 worden opnieuw 8 zusters ingezegend, ook besturend zuster Eef Smit wordt ingezegend als diacones van Breda. Aan de gebrekkige huisvesting voor de zusters komt met de nieuwbouw aan de Langendijk een einde. Een goed geoutil-

leerd zusterhuis biedt ruimte aan 130 zusters en wordt op 23 februari 1959 betrokken. Omdat het zusterhuis door het ingrijpen van de ziekenhuiscommissie bij de opening al meteen te klein is, worden direct uitbreidingsplannen opgesteld. De ziekenhuiscommissie gaat op basis van de aangevoerde argumenten alsnog overstag en adviseert de minister in te stemmen met een uitbreiding met 35 bedden.

Tijdelijk kunnen de zusters nog gebruik maken van de oude accommodatie in het zusterhuis aan de Wilhelminasingel. Bij het betrekken van de nieuwbouw verdubbelt het aantal zusters. Het Huis ontvangt ook veel aanmeldingen van jonge meisjes voor de opleiding tot verpleegster. Een aantal gediplomeerde zusters komt van elders.

Mijn ouders hadden een akkerbouwbedrijf met pootaardappelen in de Wieringermeer. Wij hadden regelmatig stagiaires op ons bedrijf en een ervan was een boerenzoon uit Klundert. Laat ik nou als een blok voor die jongen met zwarte krullen en bruine ogen vallen en hij voor mij. Toen zijn stagetijd erop zat, ging hij terug naar Brabant om zijn school af te maken. Ik wist bijna zeker dat ik met deze jongen door zou willen gaan. Dus wilde ik wel een baan in het zuiden zoeken. Ik heb als kind nooit de neiging gehad om verpleegkundige te worden, want ik viel al flauw als ik in mijn vinger sneed. Het was meer een advies van onze dominee 'zou verpleging niets voor jou zijn?' In Breda was net een nieuw protestants ziekenhuis geopend met een eigen opleiding en zo werd het dus de verpleging. Ik moest op sollicitatiegesprek komen en daar zaten zuster Smit en dr. Buijs. Zij beslisten samen over de toelating tot de interne opleiding. Dr. Buijs vertelde dat er net een opleiding begonnen was, maar omdat ik er pienter uitzag mocht ik alsnog aansluiten. Dus ik kreeg meteen de kleding en de speld van het Diaconessenhuis mee. We zijn met 22 meisjes begonnen en na een jaar waren er nog 5 (waaronder ik zelf) over, die allen in een keer het diploma behaalden. Met hen heb ik nog steeds contact. Voor de opleiding waren we intern en dus trokken we met zijn allen in het zusterhuis. Op de begane grond woonden de diaconessen en die hadden een wat grotere kamer dan wij. De maaltijden gebruikten we gezamenlijk met de diaconessen en alle zusters in het Diaconessenhuis. Voor de opleiding zelf hadden we het meeste te maken met zuster Gerda Brongers, die de verantwoording had over de totale opleiding. Er was een soort praktijkzaal waar je moest leren patiënten wassen, kussens schudden, het beddengoed opmaken en zorgen dat de sloop van de deur af lag. Het kon niet schelen hoe je het bed had staan, maar de opening van de sloop moest altijd van de deur af, dus zo dat je nooit in een open sloop kon kijken. Op de verschillende afdelingen leerde je de handelingen die je echt moest kennen. Een diacones ging met je mee om een handeling voor te doen. Ik vergeet nooit dat ik voor de eerste keer een penicillinespuit moest zetten! Als je een handeling onder de knie had nam je je boekje mee, dan werd dat afgetekend en na drie aftekeningen hoefde je het niet meer te vragen.

Als onze dienst er 's middags op zat gingen we terug naar het zusterhuis en dan zat in de huiskamer een diacones met een kopje thee op ons te wachten. Daar hoorde je de

nieuwtjes. Ik vergeet nooit die middag in 1963 (22 november) dat we binnenkwamen en dat Kennedy doodgeschoten was. Heel het ziekenhuis stond doodstil.

In het zusterhuis heerste een gemoedelijke sfeer, we hadden gezellige avonden en onder elkaar maakten we veel plezier. Ook je vriend mocht op visite komen, maar dan moesten de beide ouders een brief geschreven hebben dat ze daar toestemming voor gaven. En als die brief er niet was, dan werden er slinkse wegen gevonden via een regenpijp of een openstaand raam om contact met elkaar te krijgen. Waar heel streng op werd gelet was het feit dat je 's avonds op tijd in het zusterhuis aanwezig was: je moest om elf uur of half twaalf binnen zijn. Daarna was er niemand die je binnen kon laten, want er was geen receptie waar je je kon melden. Als de deur dicht was, moest je doorlopen naar het ziekenhuis. Vanuit het ziekenhuis belden ze dan naar iemand in het zusterhuis, die de deur alsnog voor je open deed. Maar dat gebeurde maar één keer, dan kreeg je dusdanig de wacht aangezegd dat je de volgende keer op tijd was. Je moest op het matje komen bij zuster Smit als je ergens niet geweest was of niet aan deel genomen had of te laat gekomen was. Er waren regels en die regels moesten nageleefd worden.

Als je nachtdienst had kwam zuster Nelemans, een diacones, langs en die schonk de hele nacht koffie. Midden in de nacht werd er speciaal voor ons eten gekookt. Je moest elkaar afwisselen, zodat er steeds twee verpleegsters op de afdelingen konden blijven. Er liep speciaal een diacones voor ons rond om te bedienen, ja dat waren tijden.

82 Mijn eerste salaris was 98 gulden. Van dat salaris ging natuurlijk kost en inwoning en bewassing af en dan bleef er niet veel over om het eind van de maand te halen.

Je kon altijd zien hoever een collega met haar opleiding was: met een blauwe speld betekende in opleiding; met een kruis was gediplomeerd; met een ooevaar erbij had zij de kraam gehaald. Zat er op het kruisje nog een klein blokje dan was het een verpleegkundige b, terwijl een extra kruisje wees op een wijkverpleegkundige. De start van het nieuwe Diaconessenhuis was voor veel Zeeuwse meisjes de impuls om in de verpleging te gaan en naar Brabant te komen. Van de vier meisjes met wie ik de opleiding heb doorlopen kwamen er twee uit Zeeland.

Ik heb het huwelijk van zr. Smit meegemaakt in 1966. Hoewel iedereen het haar gunde was er vooral verbazing: een diacones en dan nog wel een besturend zuster die trouwde, dat zat niet echt in het systeem. Bij haar afscheidsfeest dansten de doktoren de zwanendans. Daar heeft iedereen van genoten.

Buijs was een ontzettend aardige man, ik mocht hem graag, maar hij was heel streng. En hij keek daarbij door het ziekenhuis met een waakzaam oog, van 'dit is mijn ziekenhuis'. Hij was geen regent, maar zo kwam hij in onze ogen bijna over. Hij was lang en groot en dan liep hij door het ziekenhuis en riep hij ijskoud: 'Zuster, uw naad zit scheef', want we droegen zwarte kousen met een naad. Er was een kousenautomaat, net voor de gehoorzaal. Daar kon je voor vijftig cent kousen uitdraaien. En hij was ook zeer alert op kleding. We droegen in de week grijs/blauwe jurken en op zondag donkerblauwe jurken en daar deed je een los wit kraagje op. Als er iets aan mankeerde, dan zei Buijs

er iets van. We hadden ook lange blauwe mantels.

Elke zondag werd gezamenlijk gezongen: om half zeven werd het orgel de hal in gereden. Vervolgens werden er boekjes uitgereikt en dan zongen we uit het Neerlands Zangboek van Johannes de Heer. Je kon ook opgeven wat je graag wilde laten zingen. De zusters van de avonddienst zetten de deuren van de kamers open. Het was dan bijna stil in het ziekenhuis. Wij hadden allemaal onze donkerblauwe jurk aan, of je nou dienst had of niet en we zongen samen. Het bezoek deed ook mee en dat klonk werkelijk prachtig. Ook als we geen dienst hadden gingen we nog even zingen, al was het niet verplicht. Het was een vast zondagavondritueel dat drie kwartier duurde.

Uiteindelijk heb ik er maar relatief kort gewerkt (1961-1966). Ik had net mijn opleiding inclusief kraam voltooid toen mijn schoonouders stopten met werken. Er kwam plaats op de boerderij voor mij en mijn aanstaande man. We zijn getrouwd en ik nam afscheid van het Diaconessenhuis. Nadat ik in 1995 bestuurslid werd van de Baronie kwam ik vaker in het ziekenhuis. Als ik binnen stapte, had ik altijd een beetje spijt dat ik er niet langer had gewerkt. Ik was met hart en ziel verpleegkundige, het werk was mij op het lijf geschreven.

interview Nienke van de Pol, 26-04-2012.

Het bestuur schenkt bij de start van het nieuwe ziekenhuis aan alle zusters een nieuw kostuum. Het ontwerp hiervoor is tot stand gekomen op initiatief van de Bond van Nederlandse Diaconessenhuizen. Tot veler opluchting wordt in 1959 een nieuw uniform 83 ingevoerd en verdwijnt de klassieke muts met de strikken. In 1971 verdwijnt het diaconessenuniform als ziekenhuiskleding in zijn geheel om plaats te maken voor functionelere dienstkleding. Dit lijkt kenmerkend voor een tijd waarin de verdwijning op termijn van de diaconessenkring ook door het bestuur als onvermijdelijk wordt gezien.

Al in 1955 deelt de inspectie mee dat de opleiding voor kraamverpleegster in het Huis niet aan de wettelijke bepalingen voldoet: er moet in huis een docent zijn die jaarlijks tenminste 20 bevallingen leidt en dokter Van Dijck, die al jaren de cursus geeft, voldoet daar niet aan. De directie besluit een gynaecoloog-obstetricus (arts/verloskundige) aan te trekken. In december 1956 wordt dr. H. v.d. Loo aangesteld.

In 1958 worden drie nieuwe functies ingesteld: magazijnmeester, diëtiste en heilgymnaste. Begin 1959 wordt in de diaconessenkring gesproken over de status van de ziekenverzorgsters. Ze maken deel uit van het Diaconessenhuis en worden zonder verder onderscheid in kleding in het geheel opgenomen. Het bestuur stemt hiermee in met de aantekening dat voor een uitnodiging om diacones te worden aan een strenge selectie gehecht moet blijven worden.

Na oplevering van de nieuwbouw biedt de firma Asselbergs & Nachenius de directie-keet die op het terrein staat aan als zomerverblijf voor de zusters. Dit aanbod wordt blij aanvaard en voor het gebouwtje wordt een terrein gezocht bij een boer in Galder. In 1962 bieden dokter Van Hilten en commodore De Jong een ander stuk grond aan voor

het gebouwtje, dat snel de naam 'Oase' krijgt.

Bij gelegenheid van de zeventigste verjaardag van het Huis in 1960 worden op verzoek van het bestuur zeven zusters als diacones ingezegend.

De opleiding van de zusters wordt intern verzorgd en er bestaat uit een opleiding voor het diploma A ziekenverpleging, de aantekeningen kraam- en kinderverpleging en röntgenlaborante. Het onderwijs wordt aanvankelijk geleid door zuster Nel v.d. Ham en vanaf 1 mei 1959 wordt zuster Gerda Brongers hoofd opleiding. Zij had haar opleiding ook in het Bredase Diaconessenhuis genoten. Na afronding van haar voortgezette opleiding aan het seminarium voor praktische gezondheidszorg wordt ze in 1964 benoemd tot hoofddocente. Zij krijgt de verantwoordelijkheid voor al het onderwijs in Huis. In 1965 wordt ze bestuurslid van de Bond van Diaconessenhuizen.

Aanvankelijk waren we met twee docenten verpleegkunde en had elke afdeling een vrijgestelde praktijkbegeleider. Ik was er erg op gebrand dat zij niet toch ingezet werden voor het gewone verpleegwerk en sprak de afdelingshoofden daar dan op aan. In 1959 ben ik hoofd opleidingen geworden. De opleiding was een integraal onderdeel van het ziekenhuis. In 1963 werd een aparte school gebouwd voor de opleiding van verpleegkundigen, de eerste van Nederland. Later is die weer opgeheven. Het contact met de leerlingen heb ik altijd het mooist gevonden. In die toen toch roerige jaren zestig en zeventig heb ik nooit problemen met de leerlingen gehad. Toch waren we wel streng en kregen we tegen ieders verwachting

84 *bijvoorbeeld voor elkaar dat er in de gangen en in de leslokalen niet werd gerookt. Ik ben in die tijd nog gevraagd om lid te worden van een adviescommissie gezondheidszorg voor de Tweede Kamer. Ik vond dat dit teveel ten koste van het werk in het ziekenhuis ging en twijfelde eraan of ik daar wel iets bij te dragen zou hebben anders dan mijn praktijkervaring, zonder een degelijke vervolgopleiding. Dokter Buijs was het er niet mee eens dat ik nee zei.*

Levensloop Gerda Brongers, 17 december 1923 Veendam-25 april 2011, Breda, Joop Brongers, Breda 2011.

Op zoek naar personeel

De voortdurende zorg om het aantal zusters en personeelsleden op peil te houden leidt tot een initiatief om de directeurs en hoofden van HBS en MULO scholen aan te schrijven. Deze brief waarin de schoolleiding wordt geattendeerd op vakantiewerk voor meisjes van 16 jaar en ouder wordt een groot succes. Een goede relatie met deze scholen blijkt uit de voorlichtingsdag op 16 maart 1961 waar 200 meisjes komen kijken naar de opleidingsmogelijkheden. Het uiteindelijk resultaat overtreft ieders verwachtingen: er kan voor drie groepen een vooropleiding worden opgestart en er is een grote aanmelding voor de opleiding van ziekenverzorgster. Er ontstaat ook grote belangstelling vanuit de provincie Zeeland. De verhoging van de salarissen per 1 juli 1961 en 1 januari 1962 maakt het mogelijk om het verpleegsterstekort wat in te lopen. Het kost en inwoningmodel dat de basis is van de diaconessengemeenschap houdt stand totdat in 1961 een salarisregeling wordt ingevoerd. De financiële onafhankelijkheid die

met de salarisverhoging wordt geschapen maakt dat de noodzaak van het wonen in de gemeenschap verval. Langzaam maar zeker begint het gezamenlijk wonen af te brokkelen.

Bij mijn intrede in 1963 trof ik een Diaconessenhuis vol blauw gerokte en wit gekapte dames onder leiding van een evenzo geklede besturend zuster, een meesteres in het koorgezang. Een diaconessenkring die nog in 1963 met zeven zusters werd uitgebreid. In de vierhoofdige directie zit ook een domineedirecteur. De personeelsleden, uitsluitend gerekruteerd uit reformatorische kring, worden eerst deugdelijk opgeleid op de eigen Flidnerschool en vervolgens van tijd tot tijd bijgespijkerd op goed christelijke vormingsinstituten.

Rede van jhr. mr. H.Ph.J. Quarles van Ufford tijdens de ledenvergadering op 2 juni 1981, bij zijn afscheid als voorzitter.

Toekomst

In maart 1963 stelt Buijs het bestuur voor om ook mannen als verplegers aan te trekken. Tegen dit voorstel heeft het bestuur geen principiële bezwaren.

In de landelijke Bond van Diaconessenhuizen vindt dat jaar een stevige discussie plaats over de toekomst van de Diaconessenhuizen. Zuster Smit neemt daarbij als lid van het moderamen een nadrukkelijke positie in door de rede die zij uitspreekt in de bondsvergadering. Deze rede is gebaseerd op haar Bredase rapport: Onze huizen als Diaconessenhuis. Ook binnen het bestuur ontspringt zich een discussie over het verschil tussen een gewone verpleegster en een diacones-verpleegster. Men vindt het doodeng om voor 20 diaconessen de sfeer te bepalen tussen 250 zusters. De voorzitter benadrukt dat de diacones een belangstellende christin moet zijn en dat de gezamenlijke diaconessen handelen als een soort kerkenraad. Er is een bepaalde band die in een protestants christelijk ziekenhuis niet aanwezig is. Buijs vindt dat diaconessen en specifieke taken niet verward moeten worden. De taken moeten vervuld worden maar dat hoeft niet per se door diaconessen te gebeuren. Het eigene van een diacones is dat zij alleenstaand, met anderen, een bepaald werk op een bepaalde plaats draagt en kleurt. Van de diacones wordt verwacht dat zij de sfeer bepaalt. Smit vindt het moeilijk een beschrijving te geven van een diacones en om daaraan concreet vorm te geven. Het hebben van een 'gezin' (Diaconessenhuis) is het laatste argument waarmee de handhaving van de diacones gemotiveerd is. In het verlengde van deze discussie wordt een jaar later binnen het bestuur het verzoek van diacones Bertha Keyl om buiten het Huis te mogen wonen besproken. Het bestuur vindt dit verzoek een symptoom van de tijd, waartegen men zich niet moet verzetten. Nadat het oordeel van de diaconessenkring is gevraagd, geeft het bestuur haar als uitzondering toestemming. Het zou niet bij deze ene diacones blijven.

Hoe het morgen moet met de diaconessen? Dat is een moeilijke vraag waar niemand het antwoord op heeft. We zwemmen een beetje rond in de onzekerheid, al zijn er genoeg mensen die er zich mee bezig houden. Kijk, het diaconessenwerk heeft één groot bezwaar

gekend dat misschien nu nog geldt: het is te zichtbaar geweest. Grof gezegd kun je twee dingen doen: een orde oprichten en alles weer vreselijk zichtbaar maken zodat iedereen weet wat diaconessen zijn, hoe ze eruit zien, enzovoort. Dan is er geen twijfel of crisis meer, alleen vraag je je af: wie zitten er dan wel in zo'n Huis? Willen jongeren dat? Het andere wat je kunt doen is zout worden. Dat is smelten. Zout werkt alleen als je het niet meer ziet. Het lijkt wel of de diaconessen van vroeger als heldere zoutkristallen op de wereldschotel lagen: daar had je zout! Maar was dat zout?

Soortelijk Gewicht 65, A. v.d. Meiden, uitgave Diaconessenhuis 1965, gebundelde interviews bij gelegenheid van het 75-jarig bestaan.

In 1961 bepaalt men dat het theoretisch onderwijs aan de leerlingen voortaan in diensttijd gegeven wordt. Veel aandacht krijgt ook de verkorting van de arbeidstijd met ingang van 9 september 1961. Voor de verpleegsters betreft dit een verandering van 48 uren in 6 dagen naar 45 uren in 5 dagen. Door verlenging van de arbeidsdag en door verschuiving van het dienstrooster komt er meer efficiency, maar aan een uitbreiding van het aantal personeelsleden met circa 25 personen valt niet te ontkomen. Per 1 januari 1969 wordt voor allen die een 45-urige werkweek hebben een werktijdverkorting van vijf kwartier doorgevoerd. Per 1 april 1975 wordt de achturige werkdag ingevoerd. Deze maatregel zorgt samen met de intensivering van de zorg voor spanning bij het personeel. Op 1 januari 1977 wordt voor alle personeelsleden de collectieve arbeidsovereenkomst van kracht.

86

In 1966 worden voor het laatst zes zusters ingezegend als diacones. Ook landelijk gezien zijn er na 1966 nog nauwelijks diaconessen ingezegend. In de daaropvolgende jaren worden nog wel steeds zusters gepolst om diacones te worden, maar er blijkt geen animo voor te bestaan. Als iemand tot tweemaal toe is gevraagd en met redenen omkleed weigert, vraagt Deurman ze geen derde keer. Men accepteert noodgedwongen dat de roeping tot de taak meer een keuze voor een functie wordt. Een verder gevolg van de professionalisering van het verpleeg- en verzorgingsvak is in 1963 het officieel oprichten van een aparte school voor theoretisch onderwijs, in eerste instantie alleen voor het eigen ziekenhuis. Deze school wordt in 1965 ondergebracht in een afzonderlijke stichting, Stichting Fliednerschool. De school krijgt de beschikking over een eigen gebouw op het terrein en wordt in 1967 officieel geopend door de burgemeester van Breda ir. W. Merckx. Vervolgens wordt de opleiding samen met andere ziekenhuizen verder uitgebreid.

Eind 1966 vestigt een dependance van de Rotterdamse Stafopleiding zich in Breda, met Mevrouw Kooijmans (voormalig zr. Smit) als cursusleider. Buijs zet de eerste stappen om te komen tot een Stichting Zuidelijke Stafopleiding.

Daarnaast komen in die jaren paramedische beroepen als operatieassistent en röntgenlaborant tot ontwikkeling. Voor deze taken zijn eerder veelal gewone verpleegkundigen ingezet, zo mogelijk nadat ze enige bijscholing hebben ontvangen. De

theoretische opleiding voor deze paramedische beroepen vindt doorgaans buiten het ziekenhuis plaats. Er zijn te weinig leerlingen voor deze opleidingen om een volledige eigen opleiding mogelijk te maken. De opleiding verpleegkunde vindt in 1968 gedeeltelijk plaats volgens de oude eisen en gedeeltelijk volgens de nieuwe eisen (wet van 1966). Tot 1970 worden alleen protestantse leerlingen tot de opleiding toegelaten. Daarna worden niet alleen ook r.-k. jongeren toegelaten, ook treedt kapelaan C. van Onzenoort in dienst. In 1973 voert men een nieuwe selectieprocedure voor de school in waarvan een psychologisch onderzoek deel uitmaakt. In 1974 worden op de school voor de laatste keer eindexamens in de eigen accommodatie afgenomen. De voorbereidingen voor de vanaf 1975 landelijk af te nemen tentamens en eindexamens vergen veel energie, maar in 1976 kan men tevreden vaststellen dat gezien de resultaten van deze landelijke tentamens de kwaliteit van de eigen opleiding zeer goed was. Voor het praktisch gedeelte van de opleiding worden systematisch praktijkbegeleiders ingezet.

Geboren in Yerseke, heb ik mijn verpleegstersopleiding in Harderwijk gevolgd. Daarna ben ik naar ziekenhuis Bergzicht in Goes gegaan om mijn opleiding af te ronden en mijn kinderaantekening te halen. In Goes heb ik zeven jaar gewerkt. Toen er een fusie kwam ben ik gaan solliciteren. Ik was 26 toen ik de verpleging in ging en als ik nog iets anders wilde, had ik niet veel tijd meer te verliezen. Verpleegkundige worden was geen vanzelfsprekende keuze. Dat is gegroeid en al snel mijn passie geworden. In een vakblad zag ik een advertentie van het Diaconessenhuis in Breda staan: ze zochten een derde verpleegkundige. Je had een hoofd, sub-hoofd en dan mijn functie, dat leek mij een mooie opstart. Het werken in een Diaconessenhuis was niet direct mijn doel. Ik zocht gewoon een andere functie, een nieuwe baan met perspectief. In 1973 ging ik naar Breda. Tijdens het gesprek met zuster Bep Molenaar en Varossieau, hoofd personeelszaken, kwam de vraag of ik geen sub-hoofd algemene chirurgie wilde worden. Zo werd ik benoemd tot sub-hoofd als rechterhand van zr. Teuni Korteweg. Dat was ineens een grote stap, maar mijn hart lag bij de chirurgie. De complexiteit en het snel kunnen reageren verschillende situaties trok mij bijzonder aan. Patiënten zijn vaak heel ziek, je ziet ze na een operatie opknappen en korte tijd later gaan ze weer lopend naar huis. Daardoor had ik echt het gevoel dat mijn werk er toe deed. Toen zuster Teuni ziek werd, ben ik haar opgevolgd. Ik heb in mijn beginperiode in Breda heel erg moeten wennen. Je opleidingsziekenhuis is toch altijd het leukste en gezelligste ziekenhuis. Dat ik me daarna thuis ben gaan voelen blijkt uit het feit dat ik nog juist voor mijn pensionering in 1998 mijn 25-jarig jubileum heb gevierd.

87

Naast zuster Teuni had ik veel met zuster Molenaar, het hoofd van de verpleging, te maken. Die contacten gingen over hoe de afdeling draaide, de personeelsbezetting etc. In uitzonderlijke gevallen ging je naar zuster Deurman. Als je het soms ergens niet mee eens was, dan moest je wel een echelon hoger. Hoewel zij wel toegankelijk was, was zij ook de directrice en daar kon je niet omheen. Incidenteel had ik contact met Buijs,

en daar kon je ook niet omheen. Het klikte wel en ik kon bij hem terecht. In de directe werksfeer had ik vooral te maken met dokter Peeters, dat was echt een prachtmens. Van oudsher was het beleid dat de hoofden van dienst diacones waren. Over het diacones zijn werd door hen bijna nooit gesproken. Volgens mij waren ze ervan overtuigd dat wat was niet meer terugkwam. Het gehele ziekenhuis was nogal sober, op zich is daar niks mis mee, maar het viel mij wel op. In Goes waren meer faciliteiten, maar dat was nog een vrij nieuw ziekenhuis en dat scheelt natuurlijk.

Toen ik kwam droegen de verpleegsters nog een kartonnen kapje. Het was een rotting om mee te werken. Als je patiënten moest tillen, dan stond je kapje scheef. Die zijn op een gegeven moment gelukkig afgeschaft. Wij hadden regelmatig onze hoofdenvergadering, waarbij zuster Molenaar optrad als voorzitter. Waar we uitvoerig over spraken: de gebroken diensten. Je werkte bijvoorbeeld 's morgens van 7 tot 12 uur, dan was je vrij en dan kwam je om half 4 weer terug. Het was altijd in de drukke periode dat je werkte. Toen meer personeelsleden extern gingen wonen, werd dat niet meer gepikt. Vanaf 1975/1976 werd er meer rekening met het personeel gehouden. Ik denk dat dat mede de invloed van het hoofd PZ Varossieau is geweest. Op een gegeven moment kwamen we als hoofden 's morgens om 10 uur even bij elkaar om de actuele personeelsbezetting kort te sluiten. Het personeel van een afdeling waar wat ruimte was, werd ingezet op de afdeling waar het op dat moment heel druk was. Wat ook veranderd is in mijn tijd is een vorm van patiëntentoewijzing. Aanvankelijk kon je overal op de afdeling ingezet worden. Daarna kreeg je een zaal toegewezen en was je volledig verantwoordelijk voor alle patiënten op die kamer. Dat werkte positief zowel naar de patiënt als naar de verpleegster. Degene die verantwoordelijk was liep dan de visite. In het begin waren de chirurgen daar helemaal niet blij mee. Zij vonden het gemakkelijk en vertrouwd om met een hoofd rond te lopen die (alles) wist. Overigens toen ik geen visite meer liep ging ik 's morgens ook alle patiënten langs om een praatje te maken. Dat deed ik ook 's avonds voordat ik naar huis ging, dat contact kon ik niet missen. Mijn afdeling bestond uit vier kamers van zes, twee kamers van drie personen en drie eenpersoonskamers. Totaal dus drieëndertig bedden en dan had je nog de behandelkamer, die ook meestal vol lag. De meeste contacten had ik met de chirurgen Van Roosevelt, Van IJzeren en Van Geloven. Ik kon goed met hen overweg ook al kwamen ze niet altijd precies op het moment dat je dat graag wilde. Het was wel eens vechten vooral als ze vrijdagmiddags visite kwamen lopen. Dan waren we daar niet zo blij mee. Je kon niet alles goedvinden en niet alle specialisten waren even gemakkelijk om mee samen te werken.

Regelmatig had ik te maken met verpleegsters in opleiding. Deze werden dan gekoppeld aan een gediplomeerde zuster en werkten zoveel mogelijk samen. Er was ook steeds een praktijkbegeleidster die niet ingepland was in de zorg. Deze begeleidster had daardoor alle tijd en ruimte om met een leerling een patiënt te wassen of een injectie te geven. Later kreeg je ook de leerlingen van de HBO-V opleiding. Dat was interessant, want die hadden een andere kijk op zaken. Maar de praktijk moesten ze nog helemaal leren en dat botste wel eens met de gewone leerlingen.

Dan waren er de patiëntendossiers: toen ik kwam had zuster Teuni een schrift en daarin stonden alle patiënten. Zij las 's morgens vroeg voor wat er die nacht had plaatsgevonden. Je kunt je voorstellen dat je dan niet alles onthoudt. Later kreeg elke patiënt een eigen dossier. Dat was een hele verbetering. Ook alle ondersteuners zoals de fysiotherapeut, de maatschappelijk werker en de diëtiste schreven hun bevindingen in het dossier. De fusieperiode met het Laurens tot de Baronie was een spannende tijd. Door de samenvoeging ontstond een nieuwe afdeling chirurgie voor 64 patiënten. Ik vond zo'n afdeling, waar ik de patiënten niet meer zou kennen, te groot voor mij. Toen kreeg ik de mogelijkheid om hoofd van het nieuw op te zetten dagcentrum te worden. Op het centrum komen patiënten die na een behandeling 's avonds weer naar huis gaan. De laatste vijf jaar ben ik daar hoofd geweest. Het was in het begin best moeilijk want mijn medewerkers waren een derde verpleegkundige en een praktijkbegeleidster. Zij waren gewend zelf leiding te geven en werden nu medewerker. Het Dagcentrum was een afdeling voor 12 tot 16 patiënten, die voor uiteenlopende behandelingen kwamen zoals curettage, abortus, kijkoperaties, mammabiopsie en staar. De uitdaging was om het in korte tijd goed te doen. De dag na de opname belden we de patiënten op om te informeren hoe het ging en of ze nog vragen hadden. We hanteerden daarbij het systeem van patiëntentoewijzing. Een verpleegkundige had vier tot vijf patiënten en zorgde zelf voor de nazorg (telefooncontact). Ik had zowel op chirurgie als op het dagcentrum een leuke groep collega's. Aan hen bewaar ik nog steeds de beste herinneringen. Ik kijk met veel genoegen terug op mijn werk in het ziekenhuis.

interview J. van der Jagt, 10-07-2012.

Opleiding

Landelijk ontstaat een tendens om het onderwijs los te koppelen van de instellingen. In dat kader neemt de directie in 1970 deel aan de regionale besprekingen met de andere ziekenhuizen. Men onderzoekt de mogelijkheden voor de inrichting van een gezamenlijke school voor de opleiding tot ziekenverzorging en een stafopleiding voor verplegenden. In 1975 nemen de vertegenwoordigers in het regionale overleg het principebesluit het verpleegkundig onderwijs voor het diploma ziekenverzorging-A onder te brengen in een gezamenlijke school. Deze school zou in een later stadium omgezet kunnen worden in een mbo-V school (middelbaar beroepsonderwijs voor verpleegkunde). Dit was een initiatief van het Dongemond Ziekenhuis in Raamsdonkveer, het St. Joseph Ziekenhuis in Oosterhout en de drie Bredase ziekenhuizen. In 1977 kan in de gezamenlijke school 'De Borg' gestart worden met de opleiding verpleegkundig diploma A en de opleiding radiodiagnostisch laborant. De tot dan toe aan elk van de ziekenhuizen verbonden opleidingen houden op te bestaan. In september 1979 wordt het nieuwe centrale schoolgebouw voor A-verpleegkundigen in Breda betrokken, in nauwe samenwerking met de Lucia Stichting en Huize Sancta Maria. Uiteindelijk wordt alsnog besloten de opleiding voor ziekenverzorgende met ingang van september 1981 onder te brengen bij De Borg. Wegens ruimtegebrek gaat de gezamenlijke opleiding

van start in het gebouw van de voormalige Fliednerschool.

Als het Diaconessenhuis in 1969 op zoek is naar een maatschappelijk werkster wordt het beleid over de geloofsovertuiging van personeelsleden nog een keer nadrukkelijk besproken. De voorgedragen kandidaat is een religieuze van het Ignatius Ziekenhuis. De vraag is of het Diaconessenhuis deze r.-k. kandidaat kan benoemen. Buijs stelt in de bestuursvergadering dat in de oorspronkelijke vorm in het Huis alleen protestants personeel werd aangenomen. Dit wordt thans alleen nog gehandhaafd voor verpleegkundigen, die in de verpleging zelf werken, waarbij Buijs zich afvraagt of dit in de toekomst nog te handhaven is. Het bestuur ziet er geen bezwaar in om de maatschappelijk werkster aan te stellen en machtigt de directie.

In juni 1970 wordt met het opstellen van een huishoudelijk reglement gestart met de voorbereidingen voor een ondernemingsraad. Men wil in september van start gaan. Formeel wordt de Wet op de Ondernemingsraden op 1 april 1971 van kracht.

90 Aangezien het steeds moeilijker wordt om gediplomeerd personeel aan te trekken, wordt begin 1970 verplegend personeel uit Joegoslavië aangetrokken. Na de komst van vier zusters zijn de ervaringen zo positief, dat er al snel nog acht bijkomen. Ook zuster Deurman is uitermate tevreden over deze verpleegsters. Taalmoeilijkheden zijn aanvankelijk wel een probleem, maar deze verpleegsters zijn zeer gemotiveerd bij de taalstudie en werken zeer gedisciplineerd, al zijn ze armoedig gekleed en past alles wat ze bij zich hebben in een aktetas. Patiënten hebben geen klachten over de verzorging door deze verpleegsters.

Voor kinderopvang voor de personeelsleden wordt in maart 1971 een huis aangekocht: Stichting Crèche Boeimeer. De crèche is een kort leven beschoren, want als er in 1973 een verliespost optreedt van f34.000, wordt besloten de crèche met ingang van 15 augustus 1973 op te heffen.

Begin 1974 ziet de directie zich na enkele ontsporingen genoodzaakt het bezoekbeleid aan het zusterhuis aan te scherpen. Als uiterste sanctie gaat men bij overtreding van de regels uithuisplaatsing toepassen. Tevens start huisarts Freriks met lessen seksuele voorlichting. Bij de verbouwing van de eetzaal tot cafetaria in april 1974 wordt de functie van hoofd eetzaal samengevoegd met hoofd voeding. Op de eerste donderdag in september 1974 wordt het zelfbedieningsrestaurant officieel geopend. Op 1 mei 1975, voor het verplegend personeel een gedenkwaardige dag, wordt de (verpleegsters) kap als statussymbool afgeschaft.

De gemiddelde verpleegduur in Huis bedraagt in de jaren 1974, 1975, 1976, 1977 respectievelijk 12,7; 12,9; 12,6 en 12 dagen. Deze verpleegduur steekt gunstig af tegen de landelijk gemiddelde verpleegduur van ongeveer 16. De directie is zich er wel van

bewust dat zo'n lage verpleegduur consequenties heeft voor het personeelsbestand.

Het Diaconessenhuis als medische instelling

Begin 1956 wordt besloten dat de specialisten moeten gaan betalen voor het gebruik van de polikliniek. Het te betalen bedrag is gebaseerd op het aantal patiënten dat de polikliniek bezoekt, met een minimum van f400 per jaar. Als het tarief in 1959 mede in verband met de uitgebreide faciliteiten in de nieuwbouw wordt opgetrokken, reageren de specialisten negatief en vinden het bestuur veel te dirigistisch. In 1957 wordt voor f3000 een gastroscoop aangekocht waarmee de binnenkant van de maag kan worden verlicht voor inwendig onderzoek.

Na de ingebruikname van het nieuwe ziekenhuis bestaat de dagelijkse leiding van het Huis uit een vierkoppige directie: besturend zuster Smit, geneesheer-directeur Buijs, predikantdirecteur De Bruijn en economisch directeur Chardon. Het Huis kent zeven verpleegafdelingen gehuisvest in het beddenhuis: de gynaecologische- en verloskundige afdeling, de chirurgische afdeling, de interne afdeling, de Aeneas afdeling, de kinderafdeling, de klassenafdeling en de 'middenafdeling'. Deze laatste, op de tweede verdieping, is een neutrale aanduiding voor de afdeling neurologie/psychiatrie. Elke afdeling kent een afdelingshoofd, dat rechtstreeks onder de directie ressorteert. Structureel worden er hoofdenvergaderingen gehouden waarbij directie en afdelingshoofden voor de afstemming zorgen. De behandelafdelingen (operatieafdeling, apotheek, laboratorium, röntgenafdeling, polikliniek en revalidatieafdeling) zijn ondergebracht in het behandelhuis. De dienstverlenende afdelingen die merendeels in het dienstenhuis zijn ondergebracht bestaan uit huishouding, keuken, eetzaal, linnenafdeling, portier, technische dienst, administratie en magazijnen. Voor de personele bezetting van het nieuwe Huis heeft men gekeken naar de landelijke richtgetallen; de totale personeelssterkte van een ziekenhuis wordt gelijkgesteld aan het aantal bedden. Dit betekent dus bij een volledige bezetting van 200 bedden 200 medewerkers. Het verplegend personeel van de Langendijk wordt geacht elk twee bedden voor zijn/haar rekening te nemen, zodat bij een volledige bezetting er op de verpleegafdelingen honderd verpleegsters en leerling-verpleegsters nodig zijn.

Trombosedienst

Op initiatief van het Diaconessenhuis en het Groene Kruis wordt begin 1958 een Stichting Trombosedienst opgericht. De beide andere ziekenhuizen, het Wit-Gele kruis en het Rode Kruis worden uitgenodigd om in de stichting te participeren. Het eenzijdige initiatief kan op weinig bijval rekenen; de uitgenodigde partijen weigeren om aan de trombosedienst deel te nemen. In mei van dat jaar blijkt dat het Ignatius Ziekenhuis een eigen trombosedienst heeft opgericht.

Medische staf

In juni 1957 gaat het bestuur akkoord met het voorstel van Buijs voor de vorming van een medische staf. Om de verhouding bestuur en medische staf te regelen komt hij met een concept stafreglement. In de bestuursvergadering van oktober 1957 stelt het bestuur het stafreglement vast en wordt besloten de specialisten Buijs, Van de Loo, Veen, Bijnen, De Ruiters, Soeters, Heckman, Van Dam, Burgemeester en Van Doormaar uit te nodigen om tot de staf toe te treden. De specialisten wordt verzocht de opmerkingen over het stafreglement vóór 1 december in te dienen. De primaire reactie van de medici laat niet lang op zich wachten. Zij staan in principe afwijzend tegenover dit stafreglement en voelen zich in hun rechten beknot. Na enkele maanden laten de medici hun afwijzende houding varen. Maar in september 1958 adviseert Buijs het bestuur om nog niet tot stafvorming over te gaan. Hij wil de tendens tot verbetering van de sfeer in Huis in allerlei zaken, die in het reglement zijn voorgeschreven, niet verstoren. In december 1959 delen de specialisten mee dat ze nu zelf een stafcontract willen en dat ze bezig zijn om een concept stafreglement op te stellen. Dat kost nogal wat tijd want pas in oktober 1961 kan een bestuurscommissie zich over de voorstellen van de medici buigen. Na een aantal besprekingen besluit het bestuur op 7 juni 1962 definitief om een medische staf in te stellen op basis van het over en weer geamendeerde stafreglement (inclusief modelcontract). Aansluitend vindt met bestuur en directie van het St. Laurens Ziekenhuis overleg plaats over de stafcontracten van de specialisten die in beide ziekenhuizen werkzaam zijn. In oktober 1962 wordt dit overleg positief afgerond en in maart 1963 zijn de stafcontracten eindelijk getekend. Op 29 maart 1963 wordt de staf door voorzitter Van Voorthuysen officieel geïnstalleerd.

Vanaf de oprichtingsdatum stelt de staf jaarlijks een verslag op. In het eerste jaarverslag over 1963 wordt naast de wekelijkse bijeenkomst van de stafleiding met de geneesheer-directeur onder andere melding gemaakt van de stichting van een ziekenhuisbibliotheek, waarin het ziekenhuis tot 50% van de kosten betaalt, de aanschaf van een moderne defibrillator en de instelling van een afspraksprekruur op de polikliniek. Tevens worden de klinische besprekingen met de huisartsen ter bespreking van moeilijke of belangwekkende ziektegevallen hervat. Deze bijeenkomsten vinden eens per veertien dagen om en om met het St. Laurens Ziekenhuis plaats. De tweewekelijkse bijeenkomsten worden maandelijkse bijeenkomsten, gedurende een groot aantal jaren verzorgd door de medewerker interne geneeskunde C. Slooten. Na zijn vertrek in 1976 neemt orthopedisch chirurg, dr. Th. Smithuis, zijn taken over. De huisartsen wensen meer inspraak in het programma en ze vormen een Stichting Nascholing Huisartsen. Het eerste halfuur wordt nu gebruikt voor een voordracht over een door de huisartsen voorgesteld onderwerp. Het tweede halfuur volgt de klinische demonstratie met patiënten zoals men dat gewend is. In 1980 draagt Smithuis zijn coördinerende taken over aan internist G. Boëtius.

In 1964 organiseert de staf samen met de staf van het St. Laurens tweemaandelijks wetenschappelijke bijeenkomsten. Na een jaar wordt ermee gestopt omdat ze niet aan de verwachting voldoen.

Al binnen enkele jaren (1967) blijkt dat er geen eenstemmigheid bestaat over wat 'medische staf' inhoudt. De directie ziet de staf als een orgaan om de medische gang van zaken in Huis te bespreken. De staf ziet zichzelf nadrukkelijk ook als belangenvereniging en wil de bevoegdheid om mee te spreken in allerlei beleidszaken. Het verschil in visie blijkt verder als de staf vindt dat het sluiten van een contract tussen het bestuur en een nieuw staflid allereerst de goedkeuring van de medische staf behoeft. De achtergrond van deze wens is de verkoopbaarheid van de praktijk. Dat is nu juist een activiteit waar het bestuur vanaf wil. Met structurele bijeenkomsten tussen dagelijks bestuur, directie en stafleiding wordt geprobeerd een goede verstandhouding tot stand te brengen en begrip te kweken voor elkaars standpunten.

In 1960 trekt het Diaconessenhuis samen met het St. Laurens Ziekenhuis de uroloog F.J.A. Gescher aan; een jaar later wordt gezamenlijk de cardioloog D.N. van Paassen benoemd.

Op initiatief van Buijs vindt in 1963 een gesprek plaats met de geneesheer-directeuren en de besturen van het St. Laurens en Diaconessenhuis om te komen tot gecoördineerd werken van alle Bredase cardiologen. Het initiatief blijkt bij de in de beide Huizen werkzame cardiologen niet op bijval te kunnen rekenen. In plaats van patiënten door te verwijzen naar het St. Ignatius met zijn betere outillage wil men liever de cardiologie breder opzetten. Dat kan bijvoorbeeld door de gezamenlijke aanschaf van apparatuur. Het St. Laurens uit in dit gesprek meteen ook zijn ongenoegen over het initiatief van het Diaconessenhuis voor de oprichting van de academie voor heilgymnastiek en massage, waarbij het Laurens niet betrokken is. Buijs wijst op de noodzaak, vanuit de revalidatieafdeling/Aeneas, van een adequate opleiding. Hij nodigt het St. Laurens uit in het bestuur te participeren.

Medio 1965 constateert het Huis de wenselijkheid van de aanwezigheid van een patholoog-anatoom. Het probleem is echter voor zo'n specialist in het Diaconessenhuis alleen te weinig werk is. Onderling besluiten de geneesheer-directeuren Buijs, Saes (Ignatius) en Bakers (St. Laurens) tot de benoeming van een tweede patholoog-anatoom door het Ignatius. Die kan dan tevens in de beide andere ziekenhuizen werken. Eind 1965 blijkt dat het Ignatius Ziekenhuis bereid is de pathologieanatomie onder te brengen in een afzonderlijke stichting.

Besprekkring

Begin 1966 wordt een besprekkring opgericht waarin twee stafleden en de geneesheer-directeur van elk van de drie ziekenhuizen zitting hebben. De gesprekken gaan over algemene beleidszaken met als eerste agendapunt de pathologieanatomie. Dan blijkt dat het St. Laurens een eigen patholoog-anatoom heeft aangetrokken; C.A. Pompe. Dit zet uiteraard kwaad bloed. Het Ignatius wil verder alleen met het Diaconessenhuis samenwerken voor de pathologieanatomie en distantieert zich met betrekking tot dit onderwerp van het St. Laurens. Het blijft uiteindelijk bij deze ene

bespreking en vanaf juli 1967 verricht dokter A. van Unnik, patholoog-anatoom van het Ignatius Ziekenhuis, ook werkzaamheden in het Diaconessenhuis. Al snel blijkt dat ook hij niet met zijn collega van het St. Laurens wil samenwerken.

In 1965 wordt voor f10.500 een echo-encephalograaf aangekocht. Dit apparaat maakt gebruik van ultrageluidsgolven (echoscopie) om een beeld van de hersenen te produceren. Deze eenvoudige, pijnloze en relatief goedkope methode wordt voornamelijk toegepast op kinderen jonger dan twee jaar omdat hun schedel nog dun genoeg is om de ultrageluidsgolven door te laten. Het onderzoek kan snel en aan het bed worden uitgevoerd om een waterhoofd of bloeding op te sporen. CT en MRI vervangen echo-encefalografie later grotendeels omdat deze methoden vooral bij oudere kinderen en volwassenen veel betere afbeeldingen opleveren.

In 1966 vertrekt kinderarts J. Soeters uit het Diaconessenhuis en vestigt zich in Oudenbosch. In strijd met alle afspraken gaat hij vanuit Oudenbosch alle consultatiebureaus bedienen, wat tot de nodige procedures leidt. Overigens spreekt de staf zijn ongenoegen uit over de gehanteerde afhandeling.

94 In plaats van de tweemaandelijks bijeenkomsten met de staf van het St. Laurens worden vanaf 1967 maandelijks patiënten besproken, die in die maand ontslagen of overleden zijn. Om de controle op het medisch werk verder te verbeteren wordt in 1969 de maandelijks *medical audit* van karakter veranderd. Tevens worden twee commissies ingesteld, een necrologiecommissie, die de sterfgevallen nagaat en een toetsingscommissie, die aangemelde gevallen onderzoekt.

In 1967 wordt het specialistenteam aangevuld en uitgebreid. Als nieuwe kinderarts wordt mevrouw M. de Koningh aangetrokken en als nieuwe apotheker A. Bicknese. Hij wordt tevens hoofd sterilisatie. Als eerste klinisch chemicus wordt dr. C. Kammeraat aangetrokken.

Om Buijs meer tijd te geven voor zijn directiefunctie wordt in 1967 mevrouw J. Peeters tweede internist. Deze laatste benoeming leidt tot frustratie bij de medische staf, die zich hierbij niet betrokken voelt. Naar aanleiding van het rapport Ziekenhuisinfecties stelt het Huis een infectiecommissie in. Een jaar later rapporteert de infectiecommissie dat de geringe melding van infecties door stafleden en het ontbreken van een bacterioloog in Huis haar werkzaamheden bemoeilijkt. De bacteriologie wordt pas in 1976 geregeld met de vestiging van een dependance in Huis van het Streeklaboratorium Tilburg. Dr. A. Jansz, hoofd van dit laboratorium, wordt tot buitengewoon staflid benoemd. Hij wordt ook voorzitter van de infectiecommissie. In 1977 wordt ook een ziekenhuisinfectieverpleegkundige aangetrokken.

De controverse tussen het bestuur en de stafleiding over de voorwaarden van het aantrekken van nieuwe specialisten is in 1968 weer onderwerp van gesprek tijdens de gezamenlijke bijeenkomsten. Het bestuur vat deze besprekingen samen in een brief

aan de staf, samen met een voorstel tot wijziging van het stafreglement. Met deze wijziging gaat de staf akkoord. In 1968 maakt de staf, naar aanleiding van een voorstel van Buijs, een afspraak om tot een nieuwe uniforme status te komen waarbij alle gegevens van één patiënt in één omslag komen.

Om het beleid van het Huis en de daarbinnen werkzame specialismen te ondersteunen doet het Diaconessenhuis mee aan de landelijke medische registratie. De specialisten moeten op een formulier een aantal gegevens vermelden. Om de gegevenslevering te stroomlijnen wordt in februari 1970 de heer Fokkema als hoofd van de medische registratie aangesteld. In de maanden augustus en september 1970 is er gedurende zes weken in Huis geen anesthesist aanwezig, zodat er geen patiënten als gevolg van ongevallen kunnen worden opgenomen.

Aan de Langendijk kwamen we in een nieuw fris gebouw met nieuwe kamers, nieuwe kleuren. Het was efficiënt en de douches waren groter en de wc's waren beter. Door de lange voorbereidingstijd was je er al naar toe gegroeid. Ik heb een keer 's nachts gewerkt. Door een ontzettende onweersbui was de kelder onder de Zuidhoek helemaal onder water gelopen. De eerste die zijn schoenen en kousen uitdeed, zijn broekspijpen oprolde en met een trekker het water weghaalde, was dr. Buijs. Hij was erg menselijk. Ik was op een keer zijdelings bij een situatie betrokken geraakt waar ik echt ondersteboven van was. Ik wilde juist naar huis rijden, toen Buijs mij zag en naar mijn auto toeliep. Hij deed de deur open, kwam naast me zitten en vroeg hoe ik me voelde. Ik zei dat ik me rot voelde, waarop hij antwoordde dat hij dat wel dacht. Van die kleine momenten die je heel positief stemmen. Buijs had ook veel humor. Toen hij afscheid nam hebben we een hele zending ballonnen aan zijn werkkamer gehangen, dat was 'de ballast van de afgelopen jaren'. Hij reageerde daarop met 'heb ik niet meer gedaan dan lucht?'. Zijn reactie vond ik erg leuk.

Aan de Langendijk werd ook gezongen maar dat is maar kort geweest. Van ons werd verwacht dat we in onze vrije tijd kwamen zingen. Dat kon je op den duur niet meer maken. Aan de Langendijk kwamen er meer leken en verhoudingsgewijs steeds minder diaconessen en veel externen. Die kwamen er niet meer voor terug op zondag; wij woonden in het zusterhuis en dan kon je gemakkelijk even oversteken. En dat deed je ook want de mensen genoten ervan zoals van het lied Veilig in Jezus' armen.

Aan de Langendijk werd het eten kant-en-klaar per patiënt (op naam) geserveerd. Aan het Wilhelminapark ging het allemaal uit de grote pot. Dan kregen de patiënten een lepel opgeschept en als je er geen verstand van had dan gaf je een maagpatiënt ook peenstamp. Maar dat kan dus niet met die uien. Als leerling had ik dat niet geleerd. Het enige wat ik wist was dat je goed moet eten anders ga je dood. Dus in mijn onschuld gaf ik die maagpatiënt rustig twee scheppen peenstamp, daarna nooit meer.

In 1964 ben ik avondhoofd geworden. Vervolgens ging het nachthoofd weg. Toen ben

ik zo doorgeschoven in de nacht met een dienst van 22.00 uur tot 07.00 uur. Een nacht-hoofd moet zorgen dat het niet alleen op verpleegkundig gebied goed loopt maar ook op andere terreinen. Op een keer hoorde ik 's nachts alsmat geklop. Ik dacht dat er iemand ingesloten was, maar we konden niet achterhalen waar. Toen heb ik iemand van de technische dienst gebeld. Die kwam en kon ons meteen geruststellen, want het bleek de vlaggenmast te zijn die tegen het gebouw aantikte.

Wat mij aantrok in het werk is dat je patiënten in een acute situatie kon helpen. Het ene moment feliciteerde je een trotse vader en moeder met de geboorte van een baby. Het andere moment moest je de familie van een overledene troosten. Je moest je wel professioneel opstellen, want je zag natuurlijk veel leed. De specialisten wisten feilloos dat als ik belde het echt nodig was. Als er werd gemopperd aan de andere kant van de telefoon, dan wist je: dat is een nachtreactie. Je wist van elkaar dat je elkaar niet liet barsten. En dan werk je ondanks alles rustig.

De fusie met het Laurens gaf weer wat spanning. De nacht voor de komst van patiënten en medewerkers van het Laurens spraken we over het feit dat het voor de collega's best even wennen zou zijn om naar de Langendijk te komen. We wilden hen welkom heten. We hebben een oud laken gepakt (we waren zuinige mensen) en daarop 'een fusie zonder ruzie, welkom' gezet.

Toen ik met pensioen ging hebben ze een receptie om half 8 's morgens gepland; aan het einde van mijn nachtdienst. Ik kwam altijd naar recepties om 17.00 uur; dan kwam ik net uit bed en was soms ziek van de slaap maar ik was er wel. Toen kwamen zij speciaal voor mij vroeg uit hun bed. Je had die slaapdrongen gezichten moeten zien... De nachtdienst was erg zwaar omdat je natuurlijk levensritme op zijn kop stond. Nu kan ik echt genieten van het leven en van mijn vrije tijd. Ik heb de kans gehad om werk te doen wat mij steeds veel voldoening gaf en daar kijk ik met genoeg op terug.

interview G. Breeschoten, 27-06-2012.

Na het vertrek van patholoog Van Unnik eind 1971 wordt de vacature tijdelijk waargenomen door de patholoog van het Ignatius Ziekenhuis, dr. A. Harmsen. In de vacature wordt pas definitief voorzien in 1973 als de Nijmeegse patholoog J. Peters - in associatie met Harmsen - bij het Diaconessenhuis komt werken.

Abortus

Begin 1971 wordt in Huis tussen bestuur, directie en de gynaecologen Van de Loo en Elshove intensief gesproken over zwangerschapsonderbreking (abortus provocatus). In Breda is al vanaf 1915 Moederheil actief als hulpverleningsorganisatie voor de ongehuwde moeder. Daarnaast functioneert vanaf 1968 het Bureau Moederhulp van de Algemene Stichting niet-gehuwde Moederzorg. Bestuurslid mevrouw F. Vondeling Jansen is tevens vicevoorzitter van het bestuur van deze stichting. Beide instellingen zijn met elkaar in overleg hoe zij zich moeten opstellen als cliënten de wens tot zwangerschapsonderbreking te kennen geven. Beide instellingen willen het probleem voor-

zichtig benaderen. Toch vinden zij dat in gevallen, waarin de eigen stafleden zwangerschapsonderbreking als enige oplossing zien, cliënten via verwijzing moeten worden geholpen. Afgezien van een niet-realistische verwijzing naar het buitenland (Engeland) ligt het voor de hand als er mogelijkheden bestaan in een van de Bredase ziekenhuizen. De beide gynaecologen delen mee op aanvraag van huisartsen af en toe een zwangerschap te onderbreken. In voorkomende gevallen zou ook een aanvraag van een patiënt voorzien van een onderbouwd advies van de beide instellingen mogelijk moeten zijn, mits dat in Huis wordt toegestaan. Voor zover bekend is een onderbreking in het Ignatius alleen op medische indicatie mogelijk. In het Laurens komt een onderbreking op advies van huisartsen sporadisch voor. Intern is men beducht voor het odium 'de abortuskliniek' van Breda, als het Diaconessenhuis in dezen vooroploopt. Het standpunt van Buijs en Van der Loo is dat er wel een mentale bereidheid is om patiënten te helpen, maar men wil noch koploper noch achterblijver zijn. Om tot een zorgvuldige afweging te komen wordt een interne commissie geïnstalleerd, bestaande uit een vrouwenarts, een psychiater en een pastor.

De urologen dr. P. Mol en F. Gescher besluiten per 1 januari 1972 een gezamenlijk praktijk in te richten zowel voor het St. Laurens Ziekenhuis als voor het Diaconessenhuis. In september 1972 krijgt het Diaconessenhuis een brief van het Nederlandse Rode Kruis over de oprichting van de Bloedbank West-Brabant. Hoewel het Huis vindt dat nog aan een aantal voorwaarden moet worden voldaan, zoals voldoende inspraak van de ziekenhuizen, voldoende deskundigheid, voldoende equipment en juiste transportvoorzieningen, gaat men graag akkoord met deze oprichting. Temeer daar het Rode Kruis bevestigt aan de voorwaarden te willen en kunnen voldoen. Tegelijkertijd krijgt het Huis bericht van het Rode Kruis dat de Trombosedienst Breda is opgericht. Beide organisaties zullen op het terrein van het Ignatius Ziekenhuis gehuisvest worden. De situatie is erg onoverzichtelijk: een klinische trombosedienst voor de patiënten in Huis; een poliklinische trombosedienst; een 'thuisprikdienst', verzorgd door Diaconessenhuis en Groene Kruis samen voor de patiënten in Breda; én een 'thuisprikdienst' voor de patiënten buiten Breda, verzorgd door het St. Laurens en Ignatius. Het lijkt teveel van het goede. Er is geen enkel bezwaar tegen een centrale prikdienst voor de thuispatiënten. Het is wel bezwaarlijk als patiënten van het Diaconessenhuis naar het Ignatius worden gedirigeerd. De trombosedienst ging weliswaar onder de vlag van het Rode Kruis van start, maar het centrum komt door het computernetwerk in het Ignatius Ziekenhuis. In de loop van 1976 wordt geconstateerd dat beide trombosediensten niet goed werken. In het regionaal directeurenoverleg wordt gesproken over de oprichting van één nieuwe dienst.

In 1973 ontstaat een samenwerkingsrelatie tussen de Rijksuniversiteit Utrecht en het Huis. Daardoor ontstaan er stagemogelijkheden (een tot drie maanden) voor senior coassistenten in de interne geneeskunde (2 personen), gynaecologie (1), kindergenees-

kunde (2) en neurologie (1). Een onderwijscommissie, aanvankelijk bestaand uit Buijs en Kammeraat, later uit Buijs en Van der Loo, stelt een programma vast. Dit omvat welkijks een colloquium, waar naast de directe opleiders ook andere stafleden inleidin- gen houden. Verder bezoeken de coassistenten de medical audit. Bij de evaluatie een jaar later wordt besloten om met de coassistenten bij gynaecologie te stoppen, omdat men in de praktijk onvoldoende begeleiding kan geven. Verder blijkt dat de aanwezig- heid van een coassistent storend werkt in de relatie tot de patiënt. Bij kindergenees- kunde wordt het aantal coassistenten tot één teruggebracht.

De door de staf al eind 1973 geuite wens om in Breda te komen tot een inter-staf van de drie ziekenhuizen in Breda komt ook in 1974 niet van de grond in verband met de onduidelijke toekomstplannen van het Ignatius en het St. Laurens.

PAAZ

Eind 1973 worden in Huis de eerste plannen gemaakt om te komen tot een psychiatri- sche afdeling algemeen ziekenhuis (PAAZ). Dit omdat zich een psychiater als kandidaat heeft gemeld om in Huis te komen werken. Daar komt nog bij dat de zenuwarts P.

Rookus, die overbelast is, het psychiatrisch deel van zijn praktijk wil afstoten. De di- rectie denkt eraan de psychiatrie langzaam uit te bouwen en daar op termijn zo'n tien bedden voor beschikbaar te stellen. In het kader van een mogelijke bekostiging gaat

98 het College van ziekenhuisvoorzieningen (COZ) niet akkoord met een team waarin een vrij gevestigd arts functioneert met een arts in dienstverband. Daarnaast stelt het COZ als eis dat de PAAZ officieel wordt erkend door het ministerie. In december 1974 wordt in het regionaal directeurenoverleg overeenstemming bereikt over een omvang van twintig bedden. Drie maanden later wordt f75.000 gevoteerd om de aanloopkosten te betalen.

Er ontstaat een merkwaardige situatie als het Ignatius Ziekenhuis in september 1975 ongevraagd van het COZ een PAAZ krijgt met veertig bedden, terwijl de formele aan- vraag van het Diaconessenhuis terzijde is gelegd. Na overleg trekt het Ignatius de PAAZ terug. De voorbereidingen op de Langendijk gaan echter door en na een aantal bezoeken aan psychiatrische afdelingen in andere ziekenhuizen is het programma van eisen eind december 1976 gereed. In 1979 verleent het ministerie eindelijk toestemming om de psychiatrische afdeling in te richten. Intern ontstaat commotie over een personele bezetting van een of twee psychiaters, al dan niet in loondienst. De al werkzame artsen P. Rookus en W. Eland zijn voorstander van het continueren van het vrije ondernemer- schap. De inspecteur voor de geestelijke volksgezondheid in de provincie Noord- Brabant en ook de hoofdinspecteur stellen zich op het standpunt dat de psychiater bij een PAAZ in dienstverband moet zijn, omdat de PAAZ een geïntegreerd onderdeel van de regionale geestelijke gezondheidszorg dient uit te maken. Het probleem wordt opgelost door in het toelatingscontract van de psychiater een aantal voorwaarden op te nemen die betrekking hebben op zijn regionale taken. De PAAZ start uiteindelijk

per 1 januari 1981 en wordt op 29 april 1981 door de gedeputeerde van de Provincie Noord-Brabant officieel geopend. Hoewel de officiële erkenning eind 1981 nog steeds ontbreekt, hanteert het COZ wel de tarieven alsof er sprake is van een erkende afdeling.

Als jonkie in een gezin van twaalf ben ik in Breda geboren in het Diaconessenhuis, dat toen nog aan de Wilhelminasingel lag. Mijn vader was militair apotheker en nadat hij zijn militair contract had uitgediend kwam hij in de jaren dertig uit Indonesië terug naar Nederland. In Breda heeft hij de apotheek van Juffrouw Heidema aan de Wilhelmi- nastraat overgenomen, met behoud van de oorspronkelijke naam. Nadat mijn vader tijdens de tweede wereldoorlog werd omgebracht, heeft mijn moeder de apotheek voortgezet. Daarvoor trok zij een aantal provisors (bevoegd beheerder van een apo- theek) aan, achtereenvolgens misschien wel zo'n 15 personen. Zij runden de apotheek voor mijn moeder terwijl die haar eigendom bleef. De maatschappij voor farmacie stond op het standpunt dat een apotheek in bezit moest zijn van een apotheker. Ik heb in Am- sterdam farmacie gestudeerd en heb na mijn studie nog een paar jaar in de apotheek gewerkt. Mijn toenmalige vrouw was ook apotheker en zij werkte in Rotterdam. Toen ik de kans kreeg om in het Diaconessenhuis te werken is zij de apotheek in Breda gaan runnen. Ik begon met halve dagen en vanaf 1970 werkte ik fulltime. Ik moet zeggen dat ik het werken in het ziekenhuis tien maal leuker vond dan werken in een stadsapotheek.

Je verdient ook tien maal minder, maar ik heb er nooit spijt van gehad. Ik ben helemaal 99 niet godsdienstig en bij mijn sollicitatiegesprek moest ik beloven geen antireclame te maken, dan kon ik beginnen. Dat er toen veel vacatures waren voor ziekenhuisapo- thekers heeft mogelijk ook een rol gespeeld. Mijn voorkeur voor een ziekenhuis kwam vooral door het functioneren in een gemeenschap. In je eigen apotheek ben je alleen met je assistentes. In het Diaconessenhuis was de koffietijd heilig. Iedereen werd geacht om tussen 10 en 11 uur aanwezig te zijn in de koffiekamer, en onder het genot van een kopje koffie had je contact met de artsen en specialisten, konden er vragen gesteld wor- den en kreeg je opdrachten om iets uit zoeken. Later werd ik gevraagd ook hoofd van de sterilisatie te worden, dat betreft (operatie)instrumenten, spuiten en naalden. De glazen spuiten en de naalden werden tot dat moment in een spons geprikt op de afdeling. Een vieze boel. Ik ben zo snel mogelijk op disposables overgegaan. Dat was qua kosten geen ramp. Overigens was er in 1965 al een vrij primitieve autoclaaf, een stoomsterilisator, aangeschaft. Toen er ook van hogerhand meer eisen werden gesteld is er een nieuwe sterilisatieafdeling ingericht met een betere autoclaaf inclusief een wasstraat. Die oude autoclaaf hebben we nog heel lang gebruikt om infusen en ampullen te maken.

Een plankje aan de muur, dat was bij mijn aantreden mijn bureau. Aanvankelijk was de hoofdtaak van de apotheek de (handmatige) uitlevering van medicijnen, maar al snel zijn we meer productie gaan maken. Ik ben al snel met de automatisering begonnen en heb een bestelsysteem en etiketteersysteem met codes ontwikkeld. Zo kon je heel

eenvoudig een bestelbon maken, die dan later met de paklijst vergeleken kon worden. Ik bestelde bij twee groothandels: Brocacef en OPG (de coöperatieve apothekersvereniging: Onderlinge Pharmaceutische Groothandel). De discussie over goedkopere medicijnen speelde nog niet, want de industrie gaf die medicijnen vaak (bijna) gratis. De gedachte was dat als je in het ziekenhuis een bepaald medicijn gebruikt, je na ontslag uit het ziekenhuis datzelfde medicijn mee naar huis neemt. Dat werd dan aansluitend ook vaak voorgeschreven.

De medicijndistributie was aanvankelijk een kwetsbaar systeem. De verpleegsters hadden een dienblad met medicijnen in bekertjes met een papiertje erin en dat liep niet. Bij elke medicijnronde werd wel een vergissing gemaakt; een medicijn dat aan de verkeerde patiënt werd gegeven of op het verkeerde tijdstip. Ik heb toen een nieuw medicijnsysteem ingevoerd. De apotheek nam het voorgeschreven medicijn over van de temperatuurlijsten waar de artsen dan de opdracht opschreven. De apotheek maakte dat recept klaar en de verpleging nam de op de temperatuurlijsten voorgeschreven medicijnen over in een eigen schrift. Uit dat schrift vond de medicijndistributie plaats. Zo had je dus een dubbele controle. Wij zijn toen ook naar het unitdoosstelsel overgegaan waarbij elk tabletje geëtiketteerd is. We hadden voor de nacht een noedkast medicijnen en daar behoorde 90% van alles in te zitten. De verpleging had de sleutel. Maar er waren altijd speciale gevallen waarvoor de apotheker zijn bed uit moest: zo was er eens een slangenliefhebber, die door zijn eigen slang gebeten was. Die man wist zelf dat in de Antwerpse dierentuin tegengif beschikbaar was. Die medicijnen zijn toen met een taxi uit Antwerpen aangevoerd. Het antibioticabeleid was erg belangrijk en voor de internist heb ik me goed georiënteerd op insuline. Mijn grootste interesse lag op het terrein van de intraveneuze voedingen en de cytostatica.

Cytostatica zijn medicijnen tegen kanker die schadelijk zijn als je ze op je handen krijgt of inademt, dus moeten ze steriel en in speciale kasten bereid worden. Er moesten ook protocollen gemaakt worden voor de bereiding en voor het toedienen ervan op de afdelingen. De verpleegkundigen wilden ook graag een tijdschema hebben wanneer een infuus moest starten. Dat schema stelde ik op met alle compenserende geneesmiddelen, die misselijkheid tegengingen of gevoeligheid van maag en nieren voorkwamen. Het infuus moest een goede snelheid hebben en ik omschreef dat in druppels per minuut. De soort en de hoeveelheden, dat kwam uit wetenschappelijk onderzoek. Er moest zoveel mogelijk geprotocolleerd worden zodat de resultaten vergelijkbaar werden en je achteraf kon zien of eventueel een ander protocol een beter resultaat gaf. Ook in intraveneuze voedingen had ik me gespecialiseerd. De artsen hoefden alleen de gegevens van de patiënt in te vullen en of er extra kalium, magnesium of calcium in moest. Ik zorgde ervoor dat de voeding werd samengesteld en dat de complete voeding in één container (plastic zak) kon. Ook de kinderartsen waren daar blij mee. Andere ziekenhuizen deden dat niet omdat het uiterst precisiewerk was. Er moest een vetemulsie bij, die onder voorwaarden te mengen is met aminozuren en koolhydraten. Als je een fout maakte, kon het gaan schiften en dat is gevaarlijk. Wij maakten de voeding vlak van tevoren in de apotheek

klaar en dan ging het vers naar de afdeling. De vetten werden in een apart gedeelte van die plastic zak gedaan en dat werd dan op het laatst met elkaar verbonden. Daarbij werden zo min mogelijk koppelstukken gebruikt, om de kans op infecties te verkleinen. We hoefden als klein ziekenhuis geen eigen apotheek te hebben, geen eigen wasserij en geen eigen keuken: dat kon je allemaal uitbesteden. Maar Buijs wilde dat niet. Hij had het goed in de hand. Hij bleef overigens volkomen reëel. Je kreeg niet de gelegenheid om een hobby te gaan uitoefenen. Ik heb me altijd veilig gevoeld in het Diaconessenhuis. De directie was heel goed en sociaal voor het personeel.

Henk Buijs werd gerespecteerd door iedereen. Hij was integer en eerlijk en stond achter zijn mensen. Samen met bestuursvoorzitter Quarles van Ufford vormde Buijs jarenlang het fundament van het Huis. Die twee wilden de identiteit van het Huis bewaren bij alle onderhandelingen over samenwerking dan wel fusie. De medische staf was een fervent voorstander van fusie. Ik denk dat het in de meeste ziekenhuizen andersom lag. In het Diaconessenhuis was vooral Van Severen een krachtig pleitbezorger van de fusie met het Laurens en hij kreeg de medische staf daarin mee. Toen de fusie een feit was, werd er een naam gezocht, dat is uiteindelijk 'de Baronie' geworden. Maar een van de mooiste namen hoorde ik van de orthopedisch chirurg dr. Smithuis. Zijn suggestie was 'Gresbuis', verwijzend naar de weduwe de Grez (die de grond voor het Laurens had geschonken) en dr. Buijs. Of hij die naam zelf had verzonnen weet ik niet. Het samengaan vond ik wel een goede zaak. Het Laurens had de katholieke vrolijkheid en gezelligheid, wij waren strakker georganiseerd.

interview A. Bicknese, 21-06-2012.

Nota medische voorzieningen

Medio 1976 komt de medische staf van het Diaconessenhuis met een nota inzake medische voorzieningen. Aanleiding hiervoor is dat er sinds de principiële toestemming van minister Stuyt in 1971 om het aantal bedden in Huis tot 400 uit te breiden - ondanks of misschien dankzij het regionale overleg - op veel terreinen nauwelijks of geen voortgang is geboekt.

De nota is gebaseerd op een persoonlijk interview met alle stafleden. In de nota wordt ingegaan op de gewenste uitbreiding van medische functies, waaronder: psychiatrische afdeling (PAAZ), verloskundig centrum, verbetering intensive care, onderstrepen van het belang en optimaliseren van opleiding van (co)assistenten en verpleegkundigen, intensivering van nascholing. Op personeelsgebied wordt gepleit voor uitbreiding van het aantal aanwezige specialisten, het aantrekken van een dermatoloog en een parttime plastisch chirurg, kaakchirurg en een expert pijnbehandeling. Voor de directe opvang van patiënten lijkt een algemeen assistent nuttig, alhoewel niet alle specialisten daar overtuigd van zijn. Daarnaast wenst men een uitbreiding van de onderzoek- en behandelruimten en uitbreiding van de verpleegafdelingen. Een uitbreiding van een aantal specifieke algemeen medische diensten, zoals de recoveryruimte, het laboratorium en bibliotheek is ook wenselijk. Tot slot moet in een aantal technisch/

diagnostische c.q. therapeutische voorzieningen worden voorzien. Ook poneert de medische staf nog een drietal opties voor een toekomstige structuur van de ziekenhuisvoorzieningen in Breda.

De nota wordt in het bestuur uitgebreid besproken. Men ervaart het als zeer positief dat er na een lange onwennige aanlooperperiode en veel solistisch optreden van specialisten nu een gezamenlijke nota ligt. Een bezwaar is echter wel dat in de nota alle wensen van de specialisten zijn opgenomen. Een kritische belichting en een concrete standpuntbepaling ontbreekt. In november bespreekt het bestuur de nota met de stafleiding. De staf licht toe dat de in de nota gesignaleerde onvrede betrekking heeft op de omvang van het Huis. Men is van mening dat het Huis medisch aanzienlijk betere mogelijkheden heeft als het Huis 400 bedden omvat. Hoewel de identiteitsproblematiek wordt onderkend wordt vanuit de staf betreurd dat het bestuur niet achter een fusie staat. De personele voorzieningen worden uitgebreid besproken. Voorts wordt afgesproken dat de overige punten uit de nota door de directie met de staf besproken worden.

In het verlengde van deze nota worden in 1976 microbioloog dr. A. Jansz en internisten G. Boëtius en J. Hoskam aangetrokken en in 1977 dr. F. van Geloven, chirurg, R. van Seventer, anesthesist, P. Hendriks, kinderarts en de cardioloog P. Tan.

102 *Geboren in Utrecht en getogen in Amsterdam, begon ik in 1942 met mijn studie medicijnen aan de universiteit van Amsterdam, maar die werd na drie maanden vanwege de oorlog gesloten. In 1945 heb ik mijn studie weer opgepakt en toen ik in 1952 klaar was, heb ik enige tijd in het Wilhelmina Gasthuis in Amsterdam gewerkt op de afdeling infectieziekten, ook wel de 'isoleerafdeling' genoemd. Mijn interesse daarvoor had ik van mijn vader, die militair arts was en als hygiënist van de landmacht zeer geïnteresseerd was in infectieziekten. Daarna moest ik me nog verder specialiseren en dat heb ik in Eindhoven in het St. Joseph Ziekenhuis gedaan. Ik heb nog een jaar de aantekening röntgenologie gedaan in Maastricht en vervolgens ben ik geland in het Diaconessenhuis in Haarlem. Daar heb ik enige jaren gewerkt, maar daar konden vrouwen niet associëren. Het bestuur was zeer protestants christelijk en vond dat een bijbehorend salaris alleen bij een gezin met kinderen thuishoorde. Ja, ik ben toen echt gediscrimineerd. Ik werd gevraagd als chef de clinique in Eindhoven, maar daar kon ik niet associëren omdat ik niet katholiek was.*

Uiteindelijk ben ik via de vrouwelijke dominee van het Diaconessenhuis in Haarlem (de zuster van dr. Buijs) in Breda terechtgekomen. Dr. Buijs was de enige fulltime internist in het Diaconessenhuis, maar hij had wel een heel goede assistent, dr. Slooten. Als Buijs of Slooten met vakantie ging, dan was er natuurlijk nog een internist nodig. Zo kwam ik daar in 1966 eerst als waarnemer en in 1967 als tweede internist. Vanaf dat moment deden we met zijn drieën de praktijk. Slooten deed de gewone interne lopende afdeling. Ik deed op alle overige afdelingen de consulten en Buijs liep vooral ook visite op de klas-

senafdeling. We hadden altijd de preoperatief consulten: iedere patiënt die geopereerd moest worden, werd vooraf door een internist nagekeken. Bij ouderen werd altijd een röntgenfoto en een ecg gemaakt. 's Middags draaiden we van twaalf tot drie de polikliniek. Als Buijs daarna vertrok, nam ik het van hem over. Ik had natuurlijk ook mijn vaste dagen, de diabetespolikliniek bijvoorbeeld, die deed ik vrijwel alleen. Buijs werd in 1976 ziek en realiseerde zich dat hij er verstandiger aan deed zich alleen te concentreren op zijn functie van geneesheer-directeur. Toen ook Slooten ervoor koos elders keuringsarts te worden, waren er ineens twee vacatures. Die werden ingevuld door dr. Hoskam en dr. Boëtius, die ik gekscherend steeds mijn twee 'internistenzonen' noemde. Hoskam is zich gaan bezighouden met de gastro-enterologie (ziekten van maag en darmkanaal) en Boëtius heeft zich gespecialiseerd in hematologie (bloedafwijkingen) en oncologie (kanker). Boëtius ontwikkelde zich in Nederland tot een autoriteit op oncologisch gebied, was wetenschappelijk bezig en hield jaarlijks een thematisch symposium. Ook schreef hij elk jaar een uitgebreid wetenschappelijk verslag van de oncologische praktijk.

Er was een goede sfeer in Huis en met Buijs heb ik altijd fantastisch samengewerkt. Hij zorgde wel voor een strak regime. We hadden iedere maand stafvergaderingen en die vergaderingen moesten precies om tien uur 's avonds eindigen. Buijs hield niet van oeverloos gepraat en daarbij: er moest de volgende dag weer gewerkt worden. Soms ook 's nachts en dan kun je niet iemand hebben die dodelijk vermoeid is. We hadden in die tijd nog geen assistenten, we waren breed opgeleid en moesten alles zelf doen. Het aantal verrichtingen was zeker in het begin nog beperkt. De medische voorzieningen waren sober maar adequaat. Buijs regisseerde het gezamenlijk koffiedrinken om 10 uur 's morgens. Dan konden we onderling informatie uitwisselen, een goede toelichting geven of een consult met een andere specialist regelen. Tegenwoordig moeten daarvoor eerst allerlei brieven worden geschreven. Dat is me altijd bijgebleven als een prettige manier om met elkaar om te gaan en dat was lang niet zo in alle ziekenhuizen.

We keken onderling al heel goed naar de kwaliteit van ons handelen en dat gaf aanleiding om een structurele medical audit in te voeren. Van deze auditcommissie ben ik jaren voorzitter geweest. Mijn voordeel daarbij was dat ik op alle afdelingen kwam en dan wel eens iets vond in de statussen, die overigens in die tijd goed werden bijgehouden, dat voor verbetering vatbaar was. Eens per maand kwamen we in de aula bij elkaar en dan werden de bevindingen besproken. Iedere vrijdag was er een door Boëtius ingestelde oncologiebespreking waarvoor ook de huisartsen van de betreffende patiënten werden uitgenodigd. Eens per week hadden we als internisten een bespreking met de patholoog anatoom.

Het plotseling overlijden van Boëtius in 1986 heb ik als een grote schok ervaren. Ter nagedachtenis aan onze collega hebben we een bronzen plaquette met de inscriptie medicina vitae scipio laten vervaardigen door het echtpaar Jean en Marianne Bremers. Boëtius werd opgevolgd door de vrouwelijke internist dr. van Gent en toen kreeg ik er zowaar ook nog een 'internistendochter' bij! Of Hoskam het ook zo leuk vond dat hij met twee dames in de maatschap opgescheept zat weet ik niet meer zo goed. Waar ik met

103

veel plezier aan terugdenk zijn de staffeesten en de jubilea van het Huis. Bij een afscheid van een collega zong ik altijd het 'aspirineliedje', een soldatenliedje dat de zanger Dirk Witte tijdens de eerste wereldoorlog schreef. De strekking van het liedje was dat een aspirine voor elke kwaal kon worden voorgeschreven, en ik maakte er uiteraard een aangepaste tekst op. Ja, dat was altijd een hit.

Toen ik naar Breda kwam waren de kinderarts M. de Koningh en ik de eerste vrouwelijke artsen in het Diaconessenhuis.

Ik ben altijd een agressieve internist geweest. Ik had geleerd dat als er iets acuuts was en het was operabel, dan moest dat ook acuut gebeuren. De chirurgen vonden dat ook wel prettiger want problemen zijn in een acute fase het gemakkelijkst te benaderen.

We hadden een goede verstandhouding met de zusters. Ik vind dat er vroeger - je mag misschien niet te veel op de oude tijd terugkijken - heel efficiënt gewerkt werd. De lijnen waren allemaal zo kort en de hoofdzuster of het subhoofd met wie je de visites liep wist toen echt alles.

Uit de beginperiode herinner ik me nog een anekdote van Buijs. Hij had een veel te dikke patiënte en die kreeg van hem een dieet voorgeschreven. Toen die mevrouw een paar weken later terugkwam bleek dat ze nog meer in gewicht was aangekomen. En toen Buijs vroeg hoe dat nu kon kreeg hij als antwoord: 'Dokter, ik wist niet of ik het voor of na de maaltijd moest nemen'.

Interview, mevrouw J.P.C. Peeters

104

Per 1 januari 1977 beëindigt de Universiteit van Utrecht het samenwerkingscontract met het Huis inzake de opleiding van coassistenten, met als reden de herstructurering en de regionalisatie van het samenwerkingsonderwijs. Eind 1977 wordt de afdeling intensive care (de afdeling waar de vitale functies van patiënten worden bewaakt) samengevoegd met de afdeling coronary care (afdeling waar patiënten die een hartinfarct hebben gehad worden bewaakt). In 1980 ontstaat opnieuw een spanningsveld tussen de medische staf en het bestuur. De staf wil steeds meer betrokken worden bij de besluitvorming; wil af van de bestuursbemoeienis met de maatschapcontracten en van de door de landelijke specialistenvereniging voorgestelde ontbindingsclausule. Het bestuur ziet echter geen reden om hiervan af te wijken en handhaaft beide punten.

Ver achter ons ligt de tijd dat mijn voorganger, dominee Berkelbach van der Sprenkel, van verre het toenmalige bestuur, alias damescomité, ringeloort. Het bestuur is al lang democratisch in eigen besluitvorming. Sedert enige jaren evolueert het bestuur naar een Raad van Commissarissen en vloeit het zwaartepunt van het besturen van de instelling naar de directie. Deze heeft op haar beurt te maken met stafbestuur en ondernemingsraad. Met Twijnstra en Gudde worden studies gemaakt over decentralisering van managementtaken. Het is goed dat drukke directieleden talrijke beslissingen over kleinere zaken aan het veld uitbesteden. Daardoor kunnen zij de dagelijkse details ontstijgen in de bekende helikopter en vanuit de blauwe hoogte de grote lijnen beter uitzetten waarlangs het huis koersen moet. Vanuit

de hoogte zei ik, maar hier dreigt gevaar. Het mag weer niet een ivoren toren worden. Dat leidt, met Nijhoff gesproken, tot 'stil mozaïekspel zonder perspectieven' en bovendien tot antidemocratische gedachten in het platte vlak. Hier ligt een enorm spanningsveld. Mijn eigen visie: invloed vanuit het veld mag, ja moet er zijn, maar niet ten koste van een geïnspireerd management. Niet alle nog zo uitstekende werkers in het tweede en verdere echelon, zijn zij een arts, een verpleger of een kok, kunnen mee in de helikopter. Daartoe ontbreekt daarin de plaats en bovendien heeft niet ieder het vermogen om bij het omlaag blikken ook daadwerkelijk het geheel te zien. De directieleden zijn juist daartoe geroepen en geselecteerd en dienen aan die roep vakkundig te voldoen. Met een airbus volgeladen omhoog kan wel voor één keer een aardig personeelsuitje opleveren, maar kan nooit leiden tot een eensgezind en duidelijk beleid. Rede van jhr. mr. H.Ph.J. Quarles van Ufford tijdens de ledenvergadering op 2 juni 1981, bij zijn afscheid als voorzitter.

Het verzoek van de staf om een zetel in de ondernemingsraad wordt door de raad afgewezen. De mogelijkheid wordt geopperd om een waarnemerzetel in te nemen. Maar de staf ziet af van een niet-formeel lidmaatschap. De bespreking van een nieuw stafreglement verloopt uiterst moeizaam en begin 1981 blijkt dat de staf het weer niet eens is met de gang van zaken bij de verplegingsdienst. Begin 1982 schrijven de gynaecologen een notitie over de gang van zaken bij abortussen. Deze notitie kan dienen als protocol bij toekomstig beleid. Hoewel men geen abortuskliniek wil, wordt wel besloten om een vergunning voor de Wet Afbreking Zwangerschap in te dienen. Daardoor kan men patiënten noodzakelijke hulp bieden. De vergunning wordt op 7 mei 1985 ontvangen.

105

Ook worden in 1982 twee wachassistente(n) aangetrokken die in het verpleegtarief mogen worden opgenomen. De bedoeling is om met een uitbreiding van twee assistente(n) uiteindelijk op vier wachassistente(n) te komen tot een situatie waarbij 24 uur per dag een arts in Huis is. De kosten van deze uitbreiding moeten worden betaald door de gezamenlijke specialisten maar die voelen hier niets voor.

Directiestructuur

Als gevolg van het onderzoek van Twijnstra en Gudde naar de interne organisatiestructuur wordt per 1 januari 1983 gestart met een nieuwe directiestructuur. Tevens gaat de coördinatieraad van start. In deze raad participeert de voorzitter van de medische staf. De medische staf is uitvoerig bij het onderzoek betrokken. Desondanks is men het niet eens met de positie van de staf in Huis zoals Twijnstra en Gudde die in het rapport heeft opgenomen. In februari 1983 komt er opnieuw een verzoek van de staf om toegelaten te worden tot de bestuursvergadering. De staf is het met de afwijzing wederom niet eens en deelt mee zich te beraden over de participatie in de coördinatieraad en patiëntenzakenraad. Er volgt een brief van de medische staf aan het bestuur waarin een gebrek aan vertrouwen tussen medische staf en directie respectievelijk

bestuur wordt geconstateerd. Na een gesprek tussen partijen lijken de verhoudingen weer enigszins normaal.

Medio 1983 stelt het bestuur het stafreglement vast. Deze vaststelling en de afwikkeling door bestuur/directie van de gewenste inrichting van een maatschap van de kinderartsen is de aanleiding tot nieuwe spanningen tussen medische staf en bestuur/directie. De spanningen lopen nog meer op als directeur Van Julsingha twee specialisten aanspreekt op (onderdelen van) hun functioneren. Hoewel de meningen binnen de medische staf zeer genuanceerd liggen stoken beide specialisten het vuurtje nog wat meer op en proberen Van Julsingha buiten spel te zetten. In hun ogen heeft hij als toxicoloog niet echt verstand van medische zaken. Overigens is Van Julsingha door zijn onhandig opereren er zelf mede schuldig aan dat de medisch specialisten de onderlinge relatie op scherp zetten. Pikant detail hierbij is verder nog dat de voorzitter van de medische staf deel had uitgemaakt van de sollicitatiecommissie en ingestemd had met de aanstelling van Van Julsingha als directeur. Het bestuur besluit het bureau Twijnstra en Gudde opdracht te geven om de problemen te inventariseren.

Eind 1984 bereiken staf en bestuur een compromis over het stafreglement door een aanvulling over arbitrage op te nemen indien partijen er bij geschillen niet uitkomen. Wat blijft is de onvrede over de passage waarbij de directeur patiëntenzaken mag optreden. In de ogen van de staf kan een niet-medicus niet tegen de specialisten optreden. Voor de staf is dit zo principieel dat men een brief aan de staatssecretaris schrijft en hem om een uitspraak vraagt. De directeur patiëntenzaken is geen geneesheer-directeur en hij moet zich dus verder nergens mee bemoeien. In een gesprek deelt de regionale inspecteur mee dat de directeur patiëntenzaken met dezelfde verantwoordelijkheden en bevoegdheden voor het algemeen medisch handelen in Huis is belast als een geneesheer-directeur. Begin 1985 stelt de staf volledig met het stafreglement te kunnen instemmen, waarop het bestuur het reglement alsnog definitief vaststelt.

In januari 1986 speelt het ontbreken van een geneesheer-directeur weer op. In het kader van de Wet Afbreking Zwangerschap moet er door de geneesheer-directeur een kwartaalregistratie worden opgesteld. Na een aanvankelijk akkoord van de gynaecologen dat deze registratie door de directeur patiëntenzaken wordt verzorgd, tekenen zij protest aan en vervolgens maakt het stafbestuur er een prestigekwestie van. Twee maanden later blijkt dat de gynaecologen hun registratie rechtstreeks bij de Stichting Informatiecentrum voor de Gezondheid deponeren. De directie weet hier niets van terwijl de vergunning wel op naam van het Huis staat.

Medio 1986 wordt in het Directorium aan de orde gesteld dat de sfeer in Huis zeer te wensen overlaat. Twee leden van het Directorium, mevrouw E. Koert, (hoofd P en O) en Kammeraat gaan een nota opstellen. De gesignaleerde problemen hebben onder andere betrekking op explicietere afspraken tussen hoofden van afdelingen en leden van de medische staf, heldere informatie naar alle geledingen, het functiewaarderings-

systeem, de consequenties die de benoeming van een niet-medicus in de directie met zich meebrengt in de relatie tot de medische staf en de noodzaak van een mentaliteitsverandering. Het belang van deze nota is dat mogelijk voor de eerste keer een aantal problemen expliciet wordt benoemd en er een poging wordt ondernomen naar concrete oplossingen te zoeken. De totstandkoming van het fusieziekenhuis per 1 januari 1987 met al zijn consequenties brengt veel nieuw op te lossen problemen met zich mee.

Stichting Medisch Laboratorium (SML)

Medio 1968 wordt het Diaconessenhuis geïnformeerd dat drs. R. Scholtis, die vanaf 1954 als klinisch chemicus de leiding heeft van het laboratorium van het Ignatius Ziekenhuis, dat laboratorium wil verzelfstandigen. Ook in Leeuwarden is al zo'n zelfstandig laboratorium tot stand gekomen. Op 19 november 1968 ontvangt het bestuur van het Diaconessenhuis formeel een brief van Scholtis. In de brief (op briefpapier van het Ignatius Ziekenhuis) wordt mededeling gedaan van de oprichting van een centraal laboratorium voor klinische chemie.

Kammeraat, klinisch chemicus van het Diaconessenhuis staat negatief tegenover dit initiatief dat zonder overleg tot stand is gekomen. Eind 1970 wordt in Huis de vraag gesteld of men hieraan moet deelnemen. Vooralsnog worden er geen voordelen gezien om als Huis te participeren. Pas op 29 december 1972 wordt de Stichting Medische Laboratoria (SML) formeel opgericht en vanaf 1 januari 1973 opereert de SML volledig zelfstandig. De positie van de SML (met een bijzonder historische relatie met het Ignatius) ten opzichte van de andere ziekenhuizen in de regio blijft moeilijk. In 1977 verzoekt de SML het regionaal overleg van de ziekenhuizen bestuursleden af te vaardigen. Het St. Laurens en het Diaconessenhuis kijken wat anders tegen de SML aan en vinden het logischer dat de SML een 'dochter' van het regionaal overleg wordt. De directeuren van de ziekenhuizen zoeken een werkbaar compromis en schrijven een advies aan de besturen. Het bestuur van de Diaconessenhuis blijft echter wantrouwend over de werkelijke reden waarom de SML een bestuurlijke participatie van het regionaal overleg wil. Participatie van een instelling betekent ook bijna automatisch overdracht van (een gedeelte) van de eigen laboratoriumfaciliteiten.

Voorstellen van het regionaal bestuurlijk overleg voor een structurele samenwerkingsrelatie worden door de SML afgewezen. Een wervingsactie van de SML onder de Nederlandse ziekenhuizen ontlokt een negatieve reactie van de Vereniging van Klinische Chemici. Het blijkt dat het Ignatius Ziekenhuis bij de start van de SML zeven van de tien bestuurszetels inneemt, maar nu staat in de statuten dat aanvulling van het bestuur door coöptatie tot stand komt. Aan de vertegenwoordigers van het Ignatius - als de belangrijkste afnemer van de SML - wordt gevraagd wat meer grip op de SML te krijgen. Dit ook in verband met de door de SML aangevraagde trombosedienst, die het beleid van het regionaal overleg volledig doorkruist.

In mei 1979 bereiken de Bredase ziekenhuizen (in regionaal overleg verband) overeenstemming over de statuten van een gezamenlijke trombosedienst en een concept overeenkomst tussen de op te richten trombosedienst en de SML. Nadat ook de plannen aan de SML zijn toegestuurd en er verder geen reactie wordt ontvangen wordt de Stichting Regionale Trombosedienst Breda e.o. opgericht. Vervolgens is de directeur van de SML, Scholtis, bijzonder boos over dit initiatief en kondigt aan alsnog door te gaan met de oprichting van een eigen trombosedienst. Het wordt nog gecompliceerder als blijkt dat het Ignatius de internist dr. A. Holdrinet toestemming heeft gegeven om zich tot directeur van de SML/trombosedienst te laten benoemen. Daarnaast heeft Scholtis het overleg met de ziekenhuislaboratoria afgebroken en is een brief verzonden van de heren Scholtis en Holdrinet met de mededeling dat de SML/trombosedienst op 11 juni 1979 is opgericht. Na veel gesteggel en enkele bemiddelingspogingen wordt dan feitelijk in maart 1982 vanuit het regionaal overleg ziekenhuizen de Stichting Regionale Trombosedienst opgericht. De uitvoering van de werkzaamheden wordt uitbesteed aan de SML. Daarbij heeft de SML tevens een bestuurszetel in het regionaal beleidsorgaan uitonderhandeld.

In verband met alle perikelen voelt het Diaconessenhuis er niets voor om structurele werkzaamheden aan de SML op te dragen, zodat er een eigen geïntegreerd laboratorium wordt ingericht.

108 Als gevolg van verstoorde verhoudingen wordt het contract van het Ignatius met de SML in 1988 opgezegd. Lijmpogingen falen en door een aantal rechtszaken en veel negatieve publiciteit is het financiële klimaat voor de SML zo negatief dat in mei 1989 het faillissement wordt uitgesproken. Diaconessenhuis en St. Laurens (inmiddels gefuseerd tot Baronie Ziekenhuis) zorgen samen met het Pasteur- en het St. Elisabeth Ziekenhuis in Tilburg tot 1 januari 1990 voor een noodvoorziening voor het Ignatius Ziekenhuis.

Aeneas

Begin 1956 stelt Buijs het bestuur voor om na realisatie van de nieuwbouw van het ziekenhuis een tehuis te realiseren voor chronische patiënten. Het moet een tehuis worden dat letterlijk en figuurlijk tegen het ziekenhuis aanleunt. Volgens Buijs komen er steeds meer mensen op de grens van validiteit en invaliditeit. Het bestuur omarmt het voorstel en verzoekt hem dit nader uit te werken. Op 20 april 1958 wordt de Stichting tot verpleging en behandeling van langdurige zieken Aeneas opgericht.

En het geschiedde, toen Petrus overal rondreisde, dat hij ook bij de heiligen kwam, die te Lydda woonden. Daar vond hij een man, genaamd Aeneas, een verlamde, die reeds acht jaren bedlegerig was geweest. En Petrus zeide tot hem: Aeneas, Jezus Christus geneest u; sta op en maak zelf uw bed op. En hij stond onmiddellijk op. Handelingen 9

De naam geeft het doel aan: het verplegen en behandelen van langdurig zieken of hulpbehoevenden. De nadruk valt op langdurig zieken, zoals chronisch zieken, her-

stellenden van een beroerte en patiënten met ernstige vormen van reuma of verlammingen, voor wie in een regulier ziekenhuis geen plaats is. Een aantal van deze zieken is bejaard. Soms hebben zij geen thuis meer of ontbreekt een passende verpleging. Aeneas wil nu deze zieken naast verplegen ook behandelen op een wijze die geheel is afgestemd op hun ziekte. De methoden van revalidatie en rehabilitatie vormen het werkterrein van een nieuw medisch specialisme, dat van de revalidatiearts. Naast verpleging en behandeling moet, omdat de patiënten langer blijven, het accent op de huiselijkheid liggen. De scheiding van de vereniging Diaconessenhuis en de nieuwe stichting is puur een formele zaak. In de praktijk vormen ziekenhuis en verpleeghuis één economische en organisatorische eenheid. Het eerste bestuur wordt gevormd door Buijs, voorzitter, Chardon, secretaris-penningmeester en de leden zuster Smit, ir. C. van Leeuwen en H. L. Sixma baron van Heemstra. Wil Deurman, waarnemend besturend zuster van het Diaconessenhuis, krijgt de leiding van de verpleegafdeling. In afwachting van de nieuwbouw van Aeneas wordt in het Diaconessenhuis een afdeling met 35 bedden ter beschikking gesteld. Voor de behandeling van de patiënten en het leidinggeven aan de revalidatieafdeling wordt medio 1959 revalidatiearts H.E. Verheus aangetrokken. Na realisatie van de nieuwbouw wordt hij voor de helft van zijn functie aan Aeneas verbonden.

De lang verwachte bouwvergunning komt in januari 1961, zodat kort daarna eindelijk met de bouwactiviteiten kan worden begonnen.

Het eigen verpleeghuis wordt op 4 juli 1962 in gebruik genomen en op 13 september 1962 door de burgemeester van Breda, mr. dr. R. Geuljans, officieel geopend. De opnamecapaciteit in het huis betreft 50 bedden, een kleine uitbreiding met 15 bedden. Al kort na de verhuizing zijn alle bedden bezet en moet een wachtlijst worden aangelegd. De voortdurende wachtlijst leidt er al snel toe dat plannen worden gemaakt om het aantal bedden te verdubbelen. De minister van Volksgezondheid stemt eind 1962 in met een uitbreiding tot 100 bedden.

In december 1965 treedt het zittende bestuur van Aeneas af en wordt vervangen door het bestuur van de vereniging. Hierdoor wordt de directeur van het Diaconessenhuis ook formeel directeur van Aeneas.

In 1966 wordt Aeneas erkend als inrichting voor ziekenzorg en zuster Koos Provoost wordt de nieuwe directrice. Na uitbreiding van Aeneas wordt het hoofd Verheus officieel tot medisch directeur benoemd. Verheus krijgt versterking in 1969 van D. van de Wetering als tweede verpleeghuisarts.

Begin 1982 worden de reconstructieplannen van het gebouw besproken. Het betreft onder andere aanpassingen van de sanitaire voorzieningen en de algemene ruimtes. Ook het gebouw van de Flieberschool wordt bij de plannen betrokken. Graag wil men overgegaan tot de vorming van tweepersoonskamers, maar het ministerie blokkeert dit voornemen. Daardoor blijven de zespersoonskamers intact. Om de familie van de bewoners meer bij de verzorging te betrekken wordt een bewonersraad opgericht.

Ook wordt gestart met een zogenaamd 'eettafelproject' op de D-afdeling; als onderdeel van de therapie gaan de bewoners zelf tafeldekken, de broodmaaltijd verzorgen, aardappels schillen en dergelijke. De evaluatie van dit project is positief zodat de werkwijze ook wordt uitgebreid naar andere afdelingen.

Regionaal overleg

In 1960 benoemt het bestuur een commissie met een afgevaardigde van de Diaconie van de Hervormde Gemeente en de Gereformeerde Kerk Breda. Deze commissie moet nagaan of reguliere bejaardenzorg in onderlinge samenwerking kan worden gerealiseerd. Het rapport verschijnt in 1961. Aangezien de standpunten niet geheel overeenkomen is er geen basis voor samenwerking. Na een gesprek met wethouder W. van Boxtel van de gemeente Breda besluit het bestuur geen activiteiten op het gebied van bejaardenzorg te ondernemen. Daarbij speelt ook nog een rol dat na een uitbreiding van het verzorgingshuis De Breedonk een verdere vergroting van de bestaande capaciteit niet wenselijk blijkt. Zeker niet als men ook rekening houdt met de capaciteit van woonzorgcentrum Ruitersbos.

In maart 1961 besluit het bestuur na een bespreking met het bestuur van de stichting Revalidatie Noord-Brabant gezamenlijk een school te starten voor de opleiding voor heilgymnastiek en massage. In het stichtingsbestuur van de nieuwe school (Stichting Academie voor Heilgymnastiek en Massage West-Brabant) moeten naast twee bestuursleden vanuit het Diaconessenhuis ook twee bestuursleden van het revalidatiecentrum zitting nemen. Als onafhankelijke voorzitter doet men een beroep op J. Jansen, directeur van de Hero Breda. Door ambtelijke tegenwerking komt de erkenning van de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid te laat om nog per 1 september 1962 te kunnen starten. De start wordt vervolgens bepaald op september 1963.

Met de plaatselijke ziekenhuizen bestaat een goede verstandhouding waarbij de samenwerking met het St. Laurens Ziekenhuis bevredigend verloopt. Al begin 1960 verzoekt het bestuur van het St. Laurens Ziekenhuis om meer contact. Hierop antwoordt het Diaconessenhuis positief. Vanaf 1964 worden eens per veertien dagen afwisselend in het Diaconessenhuis en het St. Laurens bijeenkomsten met huisartsen gehouden. Op de agenda staan moeilijke of belangwekkende ziektegevallen. Daarnaast zijn er ook huishoudelijke vergaderingen en wetenschappelijke bijeenkomsten.

Klokkenberg

In augustus 1968 nodigt het bestuur van de Klokkenberg de besturen van de drie Bredase ziekenhuizen, Diaconessenhuis, Ignatius en St. Laurens uit om deel te nemen aan de beraadslagingen over de toekomstige status van de Klokkenberg.

De Stichting Sanatorium De Klokkenberg werd op 21 juli 1943 in Tilburg opgericht als een sanatorium voor tuberculoselijders (toen volksvijand nummer één) in de provincie Noord-Brabant. Met medewerking van de Gemeente werd gewerkt aan de plannen om het

sanatorium in Tilburg te vestigen. Het beoogde terrein bleek echter te klein voor het gebouw met een omvang van ruim 500 bedden. Vanwege de grote nood besloot het bestuur kort na de bevrijding in 1944 een noodsanatorium op te richten. Dankzij de Vereniging der Broeders Penitenten van de H. Franciscus te Boekel kon dit noodsanatorium gevestigd worden in het Juvenaat van de Broeders Mariahof, gelegen aan de Bredaseweg te Tilburg. Op 30 juni 1945 komen de eerste 8 patiënten, begin augustus waren er al 214 patiënten en eind 1946 bedroeg de bezetting 400 bedden. Het sanatorium behoorde daarmee tot de grotere inrichtingen in Nederland. Het beheer en de verpleging van de patiënten werd verzorgd door de zusters van de Congregatie van de Zusters Franciscanessen van de Onbevleete Ontvangenis van de H. Moeder Gods te Veghel. Charles Stulemeyer, oprichter en directeur van de Hollandse Kunstzijde Unie te Breda had in 1945 het terrein Toxandria onder Molenschot aan de Klokkenberg geschonken om daar de nieuwbouw te vestigen. De mogelijke overlast van het vliegverkeer van het nabijgelegen vliegveld Gilze-Rijen en de ligging (te geïsoleerd gelegen, ver van een grote stad waardoor minder intensieve contacten met ziekenhuizen) maakten het terrein minder geschikt. Een door het bestuur benoemde adviescommissie kwam uiteindelijk uit op een terrein ten zuiden van Breda, ongeveer 45 ha. groot, gelegen aan de Galderseweg in een bosrijke omgeving. De Gemeente Breda bleek bereid om dit terrein onder gunstige voorwaarden in 1949 te verkopen aan de Klokkenberg. In december 1953 werd het nieuwe gebouw in gebruik genomen met de verhuizing van 450 patiënten. De Klokkenberg, 1943-1983, W. van Avendonk, G. Dirven, Breda, 1983.

Door het sterk teruglopen van het aantal tuberculosepatiënten heeft de Klokkenberg een onderbezetting gekregen en men voorziet een verdere terugloop van het aantal bedden. Het bestuur van de Klokkenberg wil graag met de andere ziekenhuizen in Breda overleggen en samenwerken. Men wil bekijken hoe de capaciteit van de Klokkenberg ingezet kan worden voor de totale gezondheidszorg in de regio Breda. De Klokkenberg biedt de drie ziekenhuizen daartoe aan om gezamenlijk een vertegenwoordiger als bestuurslid aan te wijzen. Bij de beide andere ziekenhuizen bestaat weinig animo voor een bestuurszetel. De gezamenlijke besturen vaardigen de voorzitter van het bestuur van het Diaconessenhuis, Quarles van Ufford, af als bestuurslid.

De gemeente Breda is op de hoogte van de uit begin jaren zestig stammende plannen omtrent de gewenste c.q. noodzakelijke nieuwbouw van het Ignatius en St. Laurens Ziekenhuis. De gemeente voelt zich ook medeverantwoordelijk voor een optimaal aanbod van de gezondheidszorg in Breda. De gemeente vindt dat dat slechts door samenwerking van Bredase instellingen tot stand kan komen. Daarom neemt de gemeente Breda na eerdere pogingen opnieuw het initiatief voor een gezamenlijk overleg: op 2 december 1968 komen de gemeente, de landelijke ziekenhuiscommissie, en een afvaardiging van de besturen van het Diaconessenhuis, Ignatius, St. Laurens, Klokkenberg en Revalidatiecentrum bij elkaar. Een voorstel om te komen tot een overkoepelend orgaan, dat de plannen van de drie ziekenhuizen op langere termijn zal

coördineren, wordt door de besturen in principe aanvaard.

De beide r.-k. ziekenhuizen hebben al weer enkele maanden intensiever contact met elkaar. Die contacten worden door het Diaconessenhuis met argusogen bekeken (wordt er achter onze rug geen fusie beraamd?) Die contacten resulteren in januari 1969 in een opdracht aan bureau Berenschot om mogelijke samenwerkingsvormen in kaart te brengen. Nog voordat het bureau met een rapport kan komen, verschijnen er publicaties in de pers (Dagblad De Stem), die vraagtekens zetten bij de mogelijke individuele nieuwbouwplannen van Laurens (f40 miljoen) en Ignatius (f60 miljoen). Waarom kan er geen gezamenlijk r.-k. ziekenhuis worden gebouwd? Hoe lang tolereren we dat ziekenhuizen niet bereid zijn om structureel samen te werken en daardoor de gemeenschap met extra kosten opzadelen? Omdat de besturen vooraf niet waren gehoord eisen ze rectificatie. Die krijgen ze ook, om het beeld te corrigeren dat de ziekenhuizen onafhankelijk van elkaar opereren. Het bestuur van het Diaconessenhuis gaat vervolgens in op het verzoek van de beide r.-k. ziekenhuizen om te participeren in een uitbreiding van het onderzoek, met als doel na te gaan op welke wijze de gezondheidszorg in de regio optimaal georganiseerd kan worden.

112

Ik heb in mijn geboortestad Utrecht rechten gestudeerd. In Breda kwam ik terecht na een sollicitatie als advocaat. Dominee Van Voorthuysen heeft mij in 1963 gevraagd om toe te treden tot de vereniging van het Diaconessenhuis. In 1967 volgde ik hem op als voorzitter. Waarom ik ben gevraagd weet ik niet meer, maar een jurist, zo bleek ook achteraf, is altijd welkom in een bestuur. We hadden de gewoonte om als bestuur eens per maand te vergaderen. En toen heb ik ingevoerd dat we voorafgaande aan die vergadering samen met de diaconessenkring en de medische staf aten. Voor een goede onderlinge communicatie en optimalisering van de onderlinge verhoudingen bleek dat buitengewoon goed te werken. In 1969 lieten we de organisatiestructuur van het Diaconessenhuis doorlichten door een extern bureau. De rapportage van dit bureau leverde nog al wat gespreksstof op. Na enkele besprekingen bleef er een groot geschilpunt over. De directie wenste de tot dan toe gehanteerde collectieve verantwoordelijkheid te continueren, terwijl het bestuur voorstander was om daarnaast ieder directielid persoonlijk een verantwoordelijke taak te willen geven. De directie stond daarbij lijnrecht tegenover het bestuur. Buijs nam dit zo principieel op dat hij een ontslagbrief schreef. Die brief schreef hij aan het begin van zijn vakantie en hij was meteen uit Breda vertrokken. Ik kende zijn mening wel, maar dat hij zo ver zou gaan was voor mij een verrassing. Toen heb ik eerst het dagelijks bestuur bij elkaar geroepen. Ook de andere directieleden waren zeer geschrokken. Wij vonden dat dit ontslag ongedaan gemaakt moest worden. Het kostte nogal wat moeite om hem te bereiken, want hij was met zijn vrouw naar Rome vertrokken. Ik ben hem achterna gereisd en in Rome nodigde Buijs mij uit voor een etentje samen met zijn vrouw. Tijdens de maaltijd heb ik tegen hem

gezegd dat ik verwachtte dat hij, voordat hij in Breda terug was, zijn ontslagbrief zou intrekken. En dat is inderdaad gebeurd. Overigens kon ik het altijd buitengewoon goed met Buijs vinden en hadden we veel gemeenschappelijk. We hebben in het bestuur ook nog een aantal malen een interne discussie gevoerd over het Raad van Beheer en Raad van Commissarissen-model. Tijdens mijn bestuursperiode is het steeds formeel het bestaande Raad van Beheer-model gebleven. Dat had te maken met mijn overtuiging (en het bestuur volgde daarin) dat er sprake was van een onoverdraagbare bestuursverantwoordelijkheid en dat je daar dus geen afstand van kunt doen. Ik herinner me ook nog goed de interne discussies die we hebben gevoerd over abortus. Het standpunt van onze gynaecoloog Van der Loo en ook van Buijs was heel genuanceerd. We willen met enige terughoudendheid in voorkomende gevallen wel meewerken, maar het moet niet zo zijn dat het Diaconessenhuis de abortuskliniek van de regio wordt. En dat is het overigens ook niet geworden, want het aantal abortussen was heel gering in die periode. Ik heb me persoonlijk met succes ingezet om bij de staatsecretaris te bepleiten, dat de radiologie voor het Diaconessenhuis behouden kon blijven. Ik heb vele jaren mede de gesprekken en onderhandelingen met de andere ziekenhuizen in de regio gevoerd. Ondanks het onderlinge wantrouwen heb ik steeds wel volgehouden om de belangen van het Diaconessenhuis zo goed mogelijk te blijven behartigen. Het heeft veel tijd gekost en veel juridisch werk, maar dat laatste was tenslotte mijn vak. Gelukkig kon ik in mijn advocatenpraktijk terugvallen op mijn eigen secretariaat en dat was wel heel functioneel en plezierig. Terugkijkend naar alle ontwikkelingen denk ik dat het goed is geweest dat die drie ziekenhuizen een vergaande samenwerking hebben ontplooid. We hebben met elkaar een lange en moeilijke weg afgelegd, maar het resultaat, een goed geëquipeerd ziekenhuis met uitgebreide voorzieningen voor de regio Breda, mag er zijn. Interview jhr. mr. H.P.J. Quarles van Ufford, 01-08-2012.

113

Samenwerkingsorgaan

De gezamenlijke commissie regionalisatie, waarin vanuit het Diaconessenhuis de voorzitter, secretaris en de geneesheer-directeur participeren, ontwikkelt zich al snel tot een beleidscommissie. Het overleg krijgt een formele status door de oprichting van het Samenwerkingsorgaan Bredase Algemene Ziekenhuizen (SOBAZ). Aan de bijeenkomsten van SOBAZ, die bij toerbeurt in een van de drie ziekenhuizen plaatsvinden, nemen al snel ook de voorzitters van de medische staven deel. Naast de herstructurering van de Bredase ziekenhuizen staan de mogelijke gezamenlijke voorzieningen van laboratoria, hemodialyse en de verpleegkundige opleiding op de agenda.

Op 30 juni 1970 wordt het eindrapport van bureau Berenschot gepubliceerd, met het advies te komen tot twee ziekenhuizen in Breda, een van circa 800 en een van 500 bedden. Het grootste moet een centrumfunctie met opleidingsbevoegdheden krijgen en het tweede een basisfunctie als algemeen ziekenhuis. Al op 19 juni, twee weken vóór de officiële publicatie van het rapport, doet het Ignatius een verzoek aan het Laurens

om samen te gaan en te komen tot de bouw van een gezamenlijk ziekenhuis. Na de publicatie van het rapport verstrekt het Diaconessenhuis aan Berenschot een aanvullende opdracht. Gevraagd wordt om te onderzoeken of op het terrein aan de Langendijk de realisering van een ziekenhuis met 500 bedden mogelijk is. Begin december komt daarop het bevestigend antwoord. De besturen van de beide andere ziekenhuizen laten Berenschot onderzoeken hoe een samengaan van de beide ziekenhuizen te concretiseren is. In december moet geconcludeerd worden dat de samenwerking wordt bemoeilijkt door de massieve oppositie van directie en medische staf van het St. Laurens en ontslagname van enkele diensthoofden. Het bestuur van het Laurens brengt vervolgens het ministerie van Sociale Zaken en Volksgezondheid van de weerstand op de hoogte. Vanuit het Laurens wordt aan een alternatief gewerkt. Men komt in 1971 met het voorstel voor twee ziekenhuizen van 625 bedden. Een ziekenhuis wordt gevormd door een samenvoeging van het Laurens met het Diaconessenhuis. Dit voorstel, dat compleet afwijkt van het Berenschot advies, wordt door het Diaconessenhuis afgewezen. De argumenten: een optimalisering van de voorzieningen is niet gediend met twee ziekenhuizen van gelijke grootte. In de loop van het jaar wordt het Diaconessenhuis volledig verrast door een gezamenlijke aanvraag aan het ministerie van de beide andere ziekenhuizen om te komen tot één ziekenhuis van 900 bedden. Aan het Diaconessenhuis zijn daarbij 400 bedden toebedacht. Het Diaconessenhuis protesteert tegen deze eenzijdige aanvraag en ziet zich genoodzaakt om conform het

114 rapport Berenschot een aanvraag voor een 500 bedden tellend ziekenhuis in te dienen. In een poging uit de ontstane impasse te komen, belegt de ziekenhuiscommissie, het adviesorgaan van de minister, in september 1971 een overleg van de drie besturen. De delegatie van het Diaconessenhuis heeft meteen het gevoel dat de beddenverdeling op voorhand al vastligt. De partijen moeten echter nog tot juni 1972 op een antwoord van de minister wachten. Het Ignatius en het Laurens ontvangen een principiële goedkeuring voor de gezamenlijke bouw van een ziekenhuis van 900 bedden. Voor het Diaconessenhuis komt een goedkeuring voor 400 in plaats van voor de gevraagde 500 bedden. Tijdens een peiling onder de specialisten in een stafvergadering blijkt dat een meerderheid van de medische staf in Huis aan zo'n constructie de voorkeur geeft. Het door de minister gewenste en vanuit het Diaconessenhuis in voorgaande jaren bepleitte overleg over functieverdeling en dienstenpakket komt nog niet op gang. In 1973 gaan de uitbreidingsplannen in Breda door een landelijke bouwstop voorlopig in de ijskast.

In afwachting van de totstandkoming van een gezamenlijke stichting van Laurens en Ignatius stakt het stedelijk overleg. In september 1973 komt alsnog de gezamenlijke stichting De Weegreis (een oude benaming voor de rivier de Aa of Weerij die in Breda in de Mark stroomt) tot stand. Medio 1974 verzoekt De Weegreis de directies, medische staven en ondernemingsraden van de beide ziekenhuizen om zich uit te spreken over de personele integratie. Nadat een negatieve reactie is ontvangen wordt in november van dat jaar geconcludeerd dat een gezamenlijk optrekken van beide ziekenhuizen

onhaalbaar is. Ook een bemiddelingspoging van de Nijmeegse hoogleraar mr. W. van der Grinten loopt op niets uit. Vervolgens komt er opnieuw een commissie, onder voorzitterschap van de hoogleraar ziekenhuiswetenschappen dr. A. H. Wiebenga, die belast wordt met een onderzoek voor de onderbouwing van een mogelijke fusie. De commissie komt tot de conclusie dat een ziekenhuis van 900 bedden te groot is. Realistischer is het om te streven naar een streekziekenhuis (Ignatius) met 600 bedden en een basisziekenhuis (St. Laurens) met 300 bedden. De publicatie van dit rapport haalt bij het Ignatius en bij het St. Laurens de noodzaak weg van een fusie. De extern aangetrokken voorzitter van de Weegreis (drs. H. Loevendie) houdt het medio 1975 voor gezien en daarna leidt de stichting een slapend bestaan. In 1977 wordt het al een jaar eerder genomen besluit de Weegreis op te heffen geëffectueerd.

De verhoudingen zijn vanaf medio 1971 volledig verziekt waardoor de onderlinge gesprekken in SOBAZ worden geparkeerd. Op directieniveau wordt wel overleg gevoerd. In een poging de vastzittende structuur los te trekken, komt in 1974 vanuit dit overleg het voorstel om een overkoepelend beleidsorgaan op te richten. Dit voorstel wordt door de besturen omarmd. Begin 1975 wordt het overleg op bestuursniveau om te komen tot een geïnstitutionaliseerd samenwerkingsverband weer geïntensiveerd. De gesprekken over een toekomstige structuur van de gezondheidszorg in de regio moeten leiden tot de opstelling van een intentieverklaring, die door alle partijen ondertekend moet worden. Over het opzetten van een gezamenlijke school voor verpleegkundig

115 onderwijs worden de partijen het wel eens. Het genomen principebesluit wordt twee jaar later omgezet in de start van een gezamenlijke school.

In het volgend jaar wordt opnieuw veel energie gestoken in het regionaal overleg. Door de uiteenlopende belangen kunnen er slechts resultaten bereikt worden als partijen bereid zijn compromissen te sluiten. Als extern adviseur wordt Wiebenga aangetrokken. Hoewel het Diaconessenhuis zich verzet (is Wiebenga wel onafhankelijk genoeg gezien zijn eerdere opdrachten voor de Weegreis?) is de meerderheid van de besturen voorstander van zijn komst. Met hulp van Wiebenga wordt er gewerkt aan een concept blauwdruk met doelstellingen en visies. Nog tijdens de onderhandelingen over de gewenste bestuurlijke structuur deelt het Ignatius mee een aanvraag in te gaan dienen voor de bouw van een nieuw ziekenhuis met 600 bedden. Het Diaconessenhuis is van mening dat er eerst een blauwdruk voor de regionale gezondheidsstructuur moet komen en verzet zich tegen deze aanvraag. Het Huis houdt onverkort vast aan de eerder toegezegde uitbreiding tot 400 bedden.

Ondanks de vaak uiteenlopende belangen van de regionale overlegpartners is het mede gezien de onzekere plannen van de overheid duidelijk dat alleen een samenwerking op vrijwillige basis kan zorgen voor een optimale belangenbehartiging voor de patiënten.

Mede op basis van het voorbereidende werk van de directies besluiten de overleg-

partners (Diaconessenhuis, Ignatius, St. Laurens en de Klokkenberg in Breda, het Dongemond Ziekenhuis in Raamsdonkveer, St. Joseph Ziekenhuis in Oosterhout en het Revalidatiecentrum Breda) in 1977 tot oprichting van de stichting Regionaal Beleidsorgaan voor Gezondheidszorg (RBOG). Een blauwdruk waarin de toekomstige ontwikkeling van de ziekenhuizen is vastgelegd wordt aanvaard. De blauwdruk gaat uit van een regioziekenhuis (Ignatius) met 525 tot 575 bedden en drie algemene ziekenhuizen met elk 325 bedden (Diaconessenhuis, St. Laurens en de combinatie St. Joseph en Dongemond). Maar binnen dit orgaan kan men nog geen vorm aan de gewenste veranderingen geven. De eerdere aanvraag van het Diaconessenhuis wordt ingetrokken. Medewerking wordt gevraagd voor een uitbreiding tot 325 bedden. De gang van zaken binnen het RBOG wordt als onbevredigend ervaren. Daarom krijgt het Nationaal Ziekenhuis Instituut (NZI) de opdracht tot een inventariserend onderzoek naar het functioneren van het RBOG. Tevens moet het adviseren hoe verbeteringen kunnen worden aangebracht. In 1979 komt het NZI met het advies om twee commissies in te stellen; een commissie voor het opnieuw formuleren van de doelstellingen van het RBOG en een commissie voor het inrichten van een andere bestuursstructuur. Na instelling van deze laatste commissie wordt een wijzigingsvoorstel voor de statuten van het RBOG ingediend en aanvaard. Hoewel op den duur aan het inleveren van een deel van de autonomie niet te ontkomen valt, wordt vooralsnog uitgegaan van een lichte vorm van samenwerking. Zo wordt de bestuursraad vervangen door een uit minder personen bestaand bestuur en kiest men voor een intern roulerend voorzitter.

Trombosedienst

Een poging om binnen RBOG verband een gezamenlijke trombosedienst op te richten mislukt. De besprekingen met de Stichting Medische Laboratoria (SML) verlopen uiterst moeizaam. Uiteindelijk besluiten zowel het RBOG als de SML een aanvraag voor erkenning voor een regionale trombosedienst in te dienen bij het ministerie. In 1980 wordt door het directorium van het RBOG een concept van een samenwerkingsovereenkomst met de SML opgesteld. Na bemiddeling van de heer Schaper, geneeskundig inspecteur van de volksgezondheid in Noord-Brabant, komt er schot in de zaak en wordt overeenstemming bereikt. Het RBOG richt een regionale trombosedienst op, waarbij de feitelijke uitvoering aan de SML wordt uitbesteed. Eind 1981 is er volledige overeenstemming en kan een bestuur van een stichting in oprichting worden benoemd. In maart 1982 gaat de nieuwe dienst van start.

Hartchirurgie

Ondertussen neemt medisch centrum de Klokkenberg het initiatief om een hartchirurgische kliniek op te richten, waarvoor in augustus 1977 toestemming wordt verkregen. Daar samenwerking met een algemeen ziekenhuis nodig wordt geacht, wordt in RBOG verband daarvoor het Ignatius aangewezen. Aangezien beide instellingen het niet eens kunnen worden, wordt de Bredase burgemeester Merckx als bemiddelaar

aangetrokken. Hij wendt zich tot het St. Laurens en het Diaconessenhuis. Na intensief overleg met directie, medische staf (slechts een kleine meerderheid was voorstander) en ondernemingsraad kan het bestuur van het Diaconessenhuis een voorstel doen. Dit voorstel wordt door de Klokkenberg aanvaard. Hard en snel wordt er gewerkt en al op 15 januari 1979 komt een samenwerkingsovereenkomst over de hartchirurgie tot stand. Krachtens deze overeenkomst zal conform de ministeriële richtlijnen en de adviezen van de begeleidingscommissie hartchirurgie Nederland, de cardiologische afdeling van de hartkliniek in het Diaconessenhuis worden gelokaliseerd. Het ministerie zegt alle medewerking toe voor de noodzakelijke bouwkundige aanpassingen. In de loop van het jaar blijkt dat de Klokkenberg zich in toenemende mate niet kan verenigen met de afgesproken uitgangspunten. Dit komt vooral tot uiting bij de besprekingen over de lokalisatie van het zogenaamde 'indicatiestellend team' en de aanstelling van de cardiologen. De staatssecretaris stemt bij brief van 28 september 1978 in met de totstandkoming van de kliniek. Toch blijken de verschillen van inzicht te groot en onoverbrugbaar. Het bestuur van het Diaconessenhuis ziet zich genoodzaakt op 3 oktober 1979 de staatssecretaris om bemiddeling te vragen. Nog tijdens de bemiddelingspoging opent de Klokkenberg de onderhandelingen met het Ignatius. Vervolgens verbreekt de Klokkenberg eenzijdig de samenwerkingsovereenkomst met het Diaconessenhuis. De nieuwe partners doen met instemming van het ministerie snel zaken en al in december 1979 vindt de eerste hartoperatie in de Klokkenberg plaats. De chaotische start blijkt een slecht voorteken. Begin jaren negentig ontstaat intern een bermbrandje, dat al snel uitgroeit tot een niet te blussen uitslaande brand, waarbij medisch specialisten, directeuren en leden van de raad van toezicht 'vechten op leven en dood'. In 2000 kan de minister niet anders besluiten dan de Klokkenberg te sluiten.

Toen de functie van economisch directeur in het Diaconessenhuis vacant kwam, werkte ik als waarnemer van de economisch directeur van een psychiatrisch ziekenhuis (1200 bedden) in Oegstgeest. Omdat mijn vrouw en ik eerder in Brabant hadden gewoond en we graag terugwilden, besloot ik te solliciteren. Per 1 januari 1974 werd ik benoemd. Het was een drukke periode, want ik was ook mijn studie economie nog aan het afronden. Bij mijn komst stond de organisatie op een keerpunt. Er bestond een gezamenlijke projectgroep van directie en diensthoofden, die de toekomstige richting van de organisatie aan het inventariseren was. Aan die verkenning heb ik mede richting kunnen geven. De organisatie was financieel gezond, maar het Huis maakte slechts beperkt gebruik van de investeringsmogelijkheden.

Wat ik ook aantrof was dat de diaconessen voor wat de backservice betreft niet waren aangemeld bij het pensioenfonds PGGM. Dat is een van de eerste dingen geweest die ik heb gedaan. De diaconessen zaten vanuit het verleden nog met toelagen en vrije kost en inwoning. Een achterhaalde situatie, gelet op het feit dat het aantal diaconessen in de loop der jaren steeds verder zou teruglopen. Het Diaconessenhuis werd in de regio

als traditioneel bestempeld. Wat ik echter aantrof was een zeer liberale sfeer. Zo was het Huis het enige ziekenhuis in Breda waar vrouwen in het bestuur zaten. Daarnaast had het Diaconessenhuis een overlegorgaan, de Diaraad, met vertegenwoordigers uit alle sectoren. Toen de Wet op de Ondernemingsraden van kracht werd, hoefden wij alleen de naam te veranderen. Ook op het gebied van abortus en euthanasie had het Huis met alle restricties een vooruitstrevende visie.

De groep diaconessen nam in Huis een belangrijke positie in. Zr. Wil Deurman, de besturende zuster als lid van de directie, zuster Aaf Boudestein, hoofd polikliniek, zuster Bep Molenaar, hoofd verplegingsdienst, zuster Leni Langejan, hoofd laborant, zuster Marie Poot, hoofd van de centrale sterilisatie, zuster Jettie Robbemon, hoofd van de keuken. Dat was een groep vrouwen die weliswaar in de organisatie ondergeschikt was aan de besturende zuster, geneesheer-directeur en bestuur, maar tegelijkertijd hadden zij wel een zeer verantwoordelijke functie. Goed opgeleid en zeer gemotiveerd en dat gaf een speciale sfeer. Gerda Brongers vergeet ik nog, de directrice van de school. Het was bewonderenswaardig dat die vrouwen, in een langzaam afbrokkelende diaconessengemeenschap, hun taken met een zekere blijmoedigheid oppakten.

Als directie vergaderden we aanvankelijk twee keer in de week op maandag en donderdag van 08.30 tot 11 uur. Stipt om 11 uur stapte Buijs op, trok zijn witte jas aan en ging naar de naastgelegen spreekkamer om met zijn spreekuur als internist te beginnen. In die periode gingen we na afloop van een directievergadering een keer per maand een afdeling visiteren. Dat kon het lab zijn, de verpleegafdeling of de OK. We kwamen onaangekondigd en maakten een verslag van wat we zagen en hoorden. Dat bezoek kreeg een vervolg door een bespreking van de resultaten met het verantwoordelijke hoofd. Niet iedereen vond dat leuk, maar het was wel effectief.

In 1976 werd Buijs fulltime geneesheer-directeur. Dat had onder andere te maken met de overgang in de totale organisatie. Ook in de medische staf trad een nieuwe garde aan, die over veel zaken anders dacht. Buijs, Deurman en ik functioneerden als een collegiale directie en daar heb ik me altijd goed bij gevoeld. Het vroeg nogal wat van je, omdat je je ook moest verdiepen in de portefeuilles van de beide andere directieleden. We spraken er elkaar ook echt op aan. Anderzijds was je goed ingevoerd als je moest waarnemen voor elkaar. En dat kwam goed van pas toen Buijs eind 1979, begin 1980 ziek werd. Toen heb ik samen met Deurman, met wie ik altijd een goede en waardevolle samenwerkingsrelatie heb gehad, voor hem waargenomen. In verband met het naderende afscheid van Buijs (1981) en van Deurman (1984) werd nagedacht over de nieuwe organisatie- en directiestructuur. Aan het bureau Twijnstra en Gudde was gevraagd om hierover een advies uit te brengen. De heersende opvatting in de gezondheidszorg in Nederland was toen dat een directie vooral moet kunnen managen en zich bijvoorbeeld ten aanzien van de medische zorg terzijde moet laten staan door deskundigen. Die omwenteling naar meer manager dan arts bracht intern heel wat teweeg. Het bureau gaf het advies om verder te gaan met een tweehoofdige directie. In 1983 werd ik benoemd tot directeur algemene zaken en E. van Julsingha, de toxicoloog, tot directeur

patiëntenzaken. Die laatste benoeming pakte ongelukkig uit. Enerzijds door het feit dat hij in de ogen van de medische staf geen echte medicus was en daardoor weinig krediet kreeg. Anderzijds had dat ook te maken met de door Twijnstra en Gudde neergelegde halfslachtige organisatiestructuur. We kregen een structuur die bestond uit twee groepen, waarbij elk van de directieleden een groep aanstuurde. Bijna alles wat je doet in de organisatie heeft met financiën, personeel en materieel te maken. Dit had tot gevolg dat veel onderwerpen van de ene groep opnieuw in de andere groep besproken moesten worden. Dat werkte zeer frustrerend.

Het overleg in het Regionaal Beleidsorgaan voor Gezondheidszorg Breda e.o. verliep uiterst moeizaam en frustrerend. De overlegpartners wantrouwden elkaar en probeerden zoveel mogelijk macht in de regio naar zich toe te halen. De landelijke structuur was dat er in die periode bij bepaalde ontwikkelingen een advies uit de regio werd gevraagd. Je kon moeilijk om de andere ziekenhuizen heen. Feitelijk was je tot elkaar veroordeeld. Achteraf gezien is er ook niet zo vreselijk veel gebeurd.

In het fusieproces met het St. Laurens bleef de directie tegenstander van de fusie. Het behoud van de eigen identiteit speelde daarbij een belangrijke rol. Daarnaast kreeg het Diaconessenhuis, ondanks het feit dat alle ziekenhuizen moesten inkrimpen, toestemming om het aantal bedden uit te breiden naar 291. Wij vonden het Diaconessenhuis een waardevol ziekenhuis, we hadden goede specialisten, we kregen er bedden bij, waarom zouden we fuseren? Wij waren zelfbewust en geloofden in onze eigen kracht. De meningen liepen uiteen. De medische staf was voor fusie, de directie was tegen en het bestuur was verdeeld. De omslag kwam toen H. Reineke voorzitter werd van het bestuur. Hij kreeg het bestuur en de vereniging op één lijn. Als directielid heb ik loyaal uitvoering gegeven aan het democratisch genomen besluit om te fuseren met het St. Laurens. De na de nodige onderhandelingen toebedeelde portefeuille fusie en bouw vond ik een professionele uitdaging. Door het hanteren van strakke schema's konden we de geplande datum van 1 november 1994 voor de gebouwelijke integratie halen. Ook op personeelsgebied zijn bewuste keuzes gemaakt. We hebben ervoor gezorgd dat de hoofden van de afdelingen zo snel mogelijk werden benoemd. Daarna zijn per sector de overige functies ingevuld. Het grappige was dat iedereen dacht het wordt nooit iets, dat roomse ziekenhuis met die protestanten. Maar we hadden elkaar snel gevonden en alle betrokkenen waren positief over het totale functioneren van de Baronie.

Interview drs. T. Stolk, 22-08-2012.

Interconfessioneel Ziekenhuis de Baronie, 1987–2000

Verkennde gesprekken

Eind 1979 ontstaat bij de directies en besturen van het Diaconessenhuis en St. Laurens de vrees dat het regioziekenhuis (Ignatius/Klokkenberg) te veel functies naar zich toe trekt. Daardoor kunnen de basisziekenhuizen (St. Laurens en Diaconessenhuis) verworden tot tweederangs ziekenhuizen. Men vraagt daar aandacht voor in de stichting Regionaal Beleidsorgaan voor Gezondheidszorg Breda en omstreken (RBOG). Ook de medische staf is bezorgd over deze ontwikkelingen. Drie leden, Elshove, Van Geloven en Kammeraat, stellen een interim-rapport toekomstvisie op, dat als discussiestuk moet dienen. De opstellers gaan uit van de in de blauwdruk opgenomen typering van de drie Bredase ziekenhuizen: twee basisziekenhuizen (Diaconessenhuis en St. Laurens) en een regioziekenhuis (Ignatius). De commissie vindt de blauwdruk achterhaald. Men vindt de meest ideale oplossing (mede vanuit medisch, technisch en opleidingsoogpunt) het samengaan van het Diaconessenhuis met het Ignatius Ziekenhuis. In het verlengde van de al jaren bestaande samenwerking met het St. Laurens is een samengaan met dat ziekenhuis echter eerder te bewerkstelligen.

Voorgesteld wordt een studietoelichting te stellen met een brede samenstelling. Deze discussienota wordt in een gezamenlijke vergadering van dagelijks bestuur, directie en stafleiding besproken. Daarop komt het bestuur met een schriftelijke reactie in de vorm van een eigen toekomstvisie. Het bestuur blijft achter de blauwdruk staan waarbij het Diaconessenhuis een basisziekenhuis is. Het bestuur onderkent de door de medische staf gesignaleerde gevaren dat patiënten worden verwezen naar het ziekenhuis met de beste faciliteiten. Maar het bestuur heeft vertrouwen in de nieuwe opzet van het RBOG als regionaal platform voor de gezondheidszorg. Een eventuele afbouw van de aanwezige voorzieningen in het Diaconessenhuis acht men vooralsnog onwaarschijnlijk. Onbekendheid met en het gebrek aan vertrouwen in het bestuursbeleid hebben, zo meent het bestuur, bij de stafleden tot vrees voor de toekomst geleid. Die vrees is omgeslagen in een paniecreactie met een acute fusiedrang tot gevolg. Het bestuur is van mening dat een fusie als oplossing voor alle kwalen veel te kort door de bocht is. Om een beter zicht te krijgen op de achtergronden van de door de staf gewenste schaalvergroting gaat het bestuur de meningen van de medisch specialisten inventariseren. Het bestuur reageert overigens verbolgen als blijkt dat de staf, ondanks afspraken, besprekingen voert met de staf van het St. Laurens omtrent een mogelijke fusie. Desgevraagd deelt het bestuur van het St. Laurens mee geen concrete fusieplannen te hebben. Het St. Laurens hecht net als het Diaconessenhuis aan de eigen identiteit.

De aanvankelijke stafcommissie wordt op verzoek van het bestuur uitgebreid met een bestuurslid en een directielid. De onderzoeksdoelstelling is voor het bestuur, dat nog

steeds zelfstandig wil blijven, te specifiek en moet algemener gesteld worden. Ook bij de medische staf van het St. Laurens speelt de gedachte aan een mogelijke dreiging van de overgang van specialismen als urologie, cardiologie en orthopedie naar de grotere (regio) ziekenhuizen een rol. De lage gemiddelde bedbezetting van 80% bij het St. Laurens geeft nog extra druk op de toekomstplannen. Na uitvoerig beraad komt de commissie toekomstvisie van het Diaconessenhuis tot een eenduidige conclusie: gelet op de algemeen economische ontwikkelingen en de hieruit voortvloeiende noodzaak tot bezuinigingen in de gezondheidszorg, verdient het aanbeveling de mogelijkheden van samenwerking nader te onderzoeken. Verwacht wordt dat regionale samenwerking kan leiden tot handhaving c.q. verbetering van het niveau van de zorg. Zo mogelijk moet dit tegelijkertijd gepaard gaan met verlaging van de kosten. Gezien de bestaande samenwerking binnen verschillende specialismen met het St. Laurens gaan de gedachten in eerste instantie in de richting van intensivering van die samenwerking. Een enquête onder de medische staf wijst uit dat deze visie breed wordt gedragen. Uit contacten met de medische staf en directie van het St. Laurens blijkt dat de samenwerkingsgedachte zoals uit eerdere contacten al is gebleken weerklank vindt. De beide besturen en directies gaan met elkaar in gesprek. Eind 1981 is de conceptopdracht van de beide besturen gereed. Doel van de opdracht is te inventariseren bij welke functies en specialismen er al sprake is van samenwerking. Tevens moet onderzocht worden in hoeverre intensivering van de samenwerking op medisch professioneel niveau wenselijk en mogelijk is om de gezamenlijke functies te kunnen behouden dan wel uit te breiden. Verder moeten de voorwaarden om de beoogde samenwerking te kunnen realiseren worden aangegeven. Het bestuur denkt daarbij in tegenstelling tot de medische staf nog steeds niet in eerste instantie aan fusie. In januari 1982 gaan de beide besturen akkoord met een door de gezamenlijke directies opgestelde taakopdracht voor de commissie toekomstvisie. In februari vindt de eerste gemeenschappelijke vergadering plaats. Ondanks het feit dat tweewekelijks wordt vergaderd, lukt het niet om het rapport binnen de beoogde drie maanden te leveren. Op 1 september 1982 rapporteert de commissie toekomstvisie aan beide besturen dat samenwerking wenselijk is. Voor effectuering daarvan moet aan een aantal organisatorische voorwaarden worden voldaan. Deze conclusie wordt door beide besturen onderschreven. Hoewel het bestuur van het St. Laurens Ziekenhuis al grotere stappen wil nemen, is de vorming van één ziekenhuis op één locatie voor het bestuur van het Diaconessenhuis nog steeds een brug te ver. De commissie krijgt een vervolgoopdracht om na te gaan welke concrete mogelijkheden er zijn om de functie van beide ziekenhuizen op medisch professioneel gebied te versterken. De commissie moet tevens aangeven langs welke wegen dit te realiseren is en daarbij ook de bestuurlijke verantwoordelijkheid betrekken. Om zo effectief mogelijk tewerk te gaan stelt de commissie begin 1983 drie werkgroepen in: een bestuurlijke werkgroep, die de juridische aspecten van de samenwerking moet onderzoeken; een stafwerkgroep, die de mogelijkheden voor samenwerking op medisch gebied moet inventariseren en een directiegroep (inclusief diensthoofden), die de

mogelijkheden voor stroomlijning van de interne gang van zaken en de samenwerking tussen de dienstverlenende sectoren in beide ziekenhuizen in beeld moet brengen. De commissie rapporteert op 15 juni 1983 dat de inzet van de aanwezige specialistische kennis en kunde het best tot zijn recht komt als de beide ziekenhuizen meer samenwerken. Investerings op het gebied van medische technologie worden gemakkelijker in een gebundelde constructie. Geconstateerd wordt dat ook het overheidsbeleid uitgaat van gestructureerde samenwerking om daardoor voorwaarden te scheppen voor kwaliteitsverbetering. De commissie concludeert op hoofdlijnen dat de samenwerking gestalte kan krijgen met behoud van zelfstandigheid van beide ziekenhuizen, dat uitsluitend maatschappen binnen eenzelfde specialisme moeten ontstaan, dat de verschillende specialismen in beide Huizen aanwezig moeten blijven en dat waar mogelijk de ondersteunende diensten c.q. functies gecentraliseerd moeten worden. Vergaande samenwerking op medisch professioneel gebied kan naar verwachting effect hebben op andere delen van de organisatie. De commissie verzoekt de beide besturen dan ook de uitwerking van deze conclusies op te dragen aan een extern deskundige. Voor de medische staven gaat het proces dat moet leiden tot intensieve samenwerking van de beide ziekenhuizen echter te traag. De gezamenlijke staven aanvaarden in juni 1983 een motie waarin zij nogmaals verklaren dat een bindende samenwerking van de ziekenhuizen dringend noodzakelijk is en delen mee per 1 juli 1983 over te gaan tot de vorming van één medische staf. De beide besturen aanvaarden in juni het rapport van de commissie toekomstvisie en gaan akkoord met het aantrekken van een extern deskundige. Hij moet onderzoeken op welke wijze een medisch zorgconcept kan worden bereikt gebaseerd op integratie van doelstellingen van de beide ziekenhuizen. Daarbij staat het behoud van de beide ziekenhuizen op de beide locaties en het behoud van een evenwichtige belangenbehartiging voorop. Ook wordt hem gevraagd in kaart te brengen welke mate van samenwerking tussen besturen, directies en medische staven daarvoor noodzakelijk is. Als extern deskundige wordt ir. V.F.J. Baalman, beleidscoördinator van het Nationaal Ziekenhuis Instituut, aangetrokken. Na onderzoek komt hij in december 1983 tot de conclusie dat de dialoog tussen beide Huizen zich niet dient te beperken tot de integratie van de medische beroepsbeoefening. Want naast behoud is een toekomstige uitbreiding van de aanwezige medische functies een belangrijke doelstelling. Daarnaast bestaat de wens tot toenemende specialisatie binnen de aanwezige specialismen. De doelstelling van uitbreiding van functies is alleen te bereiken binnen een regionaal en provinciaal kader. In de discussie dienen naast medische ook bestuurlijke, financieel-economische en organisatorische aspecten betrokken te worden. Op grond van deze rapportage concludeert het bestuur van het Diaconessenhuis dat men, uitgaande van een centrumfunctie voor beide ziekenhuizen, niet langer kan vasthouden aan volledig behoud van identiteit en samenwerking op twee locaties. Na zorgvuldige overweging neemt het bestuur op 2 oktober 1984 het principebesluit om een samengaan van Diaconessenhuis met het St. Laurens Ziekenhuis op interconfessionele basis en op één locatie te onderzoeken. Dat besluit wordt genomen

in de wetenschap dat de medische staf ook voorstander van een fusie is. De directie hecht echter nog steeds zeer aan de eigen sturing en identiteit van het Huis en is geen voorstander van een fusie, maar is wel bereid loyaal mee te werken. Het bestuur vraagt de ledenraad van het Diaconessenhuis om toestemming voor onderhandelingen met het bestuur van het St. Laurens. Dit verzoek is gebaseerd op de volgende overwegingen: de invoering van een budgetfinancieringssysteem, het streven van de overheid om het aantal ziekenhuisbedden terug te brengen van 3,7 naar 3 bedden per 1000 inwoners, het op regionale clustering gebaseerde overheidsbeleid in verband met de gewenste kwaliteitsverbetering, behoud dan wel uitbreiding van specialismen vanuit de infrastructuur van een groter ziekenhuis, mogelijke afbuiging van patiëntenstromen na realisatie in 1990 van de nieuwbouw van het St. Ignatius Ziekenhuis en tot slot bedreiging van het zelfstandig voortbestaan van zowel het Diaconessenhuis als het St. Laurens Ziekenhuis bij verdergaande beddenreductie.

Lansinkgelden

124 De besprekingen komen in een stroomversnelling als men een beroep wil doen op het 'Lansinkpotje'. Dit geldpotje is genoemd naar het CDA Tweede Kamerlid Ad Lansink. Hij dient in 1983 een motie in om de noodzakelijke beddenreductie door exploitatie verlagende initiatieven te stimuleren door het beschikbaar stellen van een flinke rijksbijdrage. Zo kunnen fuserende ziekenhuizen de beschikking krijgen over extra middelen voor nieuwbouw. Voorwaarde daarvoor is dat het uiteindelijke resultaat (onder andere door afstoting van een gebouw en door beddenreductie) qua exploitatie goedkoper is dan handhaving van de oorspronkelijke situatie. Instellingen die van dit potje gebruik willen maken moeten hun aanvragen indienen voor 1 april 1985. Echter de provincies, die het geld moeten verdelen, willen de aanvragen vóór 1 december 1984 binnen hebben. Er is dus haast geboden. Om de achterban te informeren houdt het bestuur op 1 november 1984 een voorlichtingsavond voor de leden. Niet alle leden van de vereniging zijn overtuigd van de argumenten van het bestuur dat fusie de enige oplossing is. Twee oud bestuursleden, Haspels (oud-penningmeester) en Quarles van Ufford (oud-voorzitter) zetten gezamenlijk hun bezwaren op papier. Zij vinden dat het bestuur zich teveel door angst laat leiden, angst voor voortgaande ontkerkelijking, angst voor toekomstige beddenreductie, angst voor verlies van centrumfunctie en angst voor zuigende werking van het St. Ignatius na nieuwbouw. Zij vinden dat angst een slechte raadgever is als uitgangspunt voor beleid. Zij pleiten er dan ook voor om vanuit eigen kracht van een goed functionerend Diaconessenhuis met een bezettingsgraad van 90% en een eigen signatuur naar andere samenwerkingsvormen te kijken. Ook blijkt in de vergadering argwaan te bestaan tegen een katholieke fusiepartner. De positieve argumenten vóór de fusie, dat door bundeling van krachten de kwaliteit verhoogd wordt, alsmede de interconfessionele grondslag en de locatie Langendijk als fusielocatie geven toch de doorslag. Uiteindelijk stemt op 27 november 1984 de ledenraad met een tweederde meerderheid in met het fusieonderzoek. Op basis van

dit besluit onderhandelt het bestuur verder met het bestuur van het St. Laurens en zet in verband met de aanspraak op de Lansink-gelden vaart achter de onderhandelingen. Op 20 december 1984 legt het bestuur een intentieverklaring voor aan de ledenvergadering. Na een uitvoerige discussie accordeert de voltallige vergadering (met één blanco en één stem tegen) de principeovereenkomst tussen beide besturen om te fuseren. Op 11 januari 1985 wordt de overeenkomst door de beide besturen formeel ondertekend. Dat de beide Huizen elkaar in de afwikkeling van de fusie goed kunnen vinden is niet het minst het resultaat van de goede wederzijdse verstandhouding tussen de beide bestuursvoorzitters M.J.H. van de Ven (St. Laurens) en H.A. Reineke (Diaconessenhuis).

In 1977 werd ik gevraagd lid te worden van de vereniging en van daaruit is het gaan rollen. Als je regelmatig een opmerking maakt of vragen stelt, dan weet men je ook te vinden voor een bestuursfunctie. In 1980 ben ik toegetreden tot het bestuur.

Een onderwerp waar we in mijn bestuursperiode uitgebreid over hebben gesproken was het beheersmodel voor de totale organisatie: Raad van Commissarissen tegenover Raad van Beheer. In principe is het wel juist om in zo'n organisatie te werken met een Raad van Commissarissen. Het bestuur moet niet teveel in details willen treden en hoe groter het ziekenhuis wordt, hoe minder je dat moet doen en ook kunt doen. Ik stond er niet zo negatief tegenover maar er waren bestuursleden die daar wel heel bang voor waren. Een overgrote meerderheid was van mening dat het bestuur direct verantwoordelijk moest blijven voor de instandhouding van een protestants christelijk ziekenhuis.

Een steeds terugkerend onderwerp waren de gesprekken met de andere ziekenhuizen in de stad en in de regio. Deze gesprekken moesten tot beleidsafstemming leiden, maar dat kwam nauwelijks tot stand. Er bestond immers een ontzettend groot wantrouwen en ook jalousie ten opzichte van elkaar. De ziekenhuizen vonden dat ze elkaars concurrenten waren en het eigenbelang stond voorop. Die vicieuze cirkel is pas echt doorbroken toen we vanuit het Diaconessenhuis het initiatief namen om met het Laurens te gaan praten en concreet werk gingen maken van de fusiegedachte. Het initiatief daartoe is ook bij ons vandaan gekomen. De periode daaraan voorafgaand was voor ons toen jammer genoeg een tijdperk van veel verspilde negatieve energie.

Daartussendoor speelde de op gezette tijden terugkerende spanningen tussen de medische staf en de directie. De toenmalige directeur patiëntenzaken had te weinig grip op de organisatie, was weinig communicatief en kreeg daardoor nauwelijks krediet van de medische staf. Een belangrijke verstorende factor hierbij was de sterke aandrang van de medische staf om te fuseren met het Laurens, terwijl het bestuur en de vereniging er nog niet rijp voor waren. Ook de directie was tegen.

In 1985 volgde ik Van Wouwe op als voorzitter van het bestuur. Hij was fel tegenstander van een fusie met het Laurens en wilde het Diaconessenhuis houden zoals het was. Zelf stond ik daar anders in. Ik was ondernemer en onderkende al heel snel dat het

Diaconessenhuis over onvoldoende financiële middelen beschikte om in de toekomst nieuwe en kostbare apparatuur aan te kunnen schaffen. Daarnaast was het ziekenhuis te klein om nieuwe (sub) specialisten aan te kunnen trekken. Een samengaan met het Laurens gaf voor mij, wetende dat ook de medische staf voorstander was, een positief toekomstperspectief.

Het bestuur volgde mijn standpunt en toen ben ik met Van de Ven, de voorzitter van het bestuur van het Laurens gaan praten. Toen bleek dat ook het bestuur van het Laurens open stond voor fusiebesprekingen konden we snel aan de slag. Wat daarbij zeer positief heeft gewerkt was het feit dat Van de Ven en ik het met elkaar goed konden vinden. We konden open met elkaar communiceren en hadden geen verborgen agenda. Dat de beide voorzitters goed met elkaar konden opschieten en in het verlengde daarvan ook de beide besturen bleek een goede basis voor de fusiebesprekingen en dat heeft stimulerend gewerkt. Ook het feit dat veel specialisten al in beide ziekenhuizen werkten maakten de onderhandelingen gemakkelijker. Hoewel er natuurlijk wel lastige knopen doorgehakt moesten worden. Het Diaconessenhuis en het Laurens waren, hoewel het Laurens wat minder financiële armslag had, qua omvang bijna gelijkwaardige partners. Maar het is toch lastig als een van de partners zijn spullen moet inpakken en moet verhuizen. Ik heb dan ook waardering voor het feit dat het bestuur van het Laurens dat heeft kunnen accepteren. Zij hadden overigens geen ruimte om bij te bouwen omdat ze al helemaal ingebouwd waren. Het Diaconessenhuis had wel mogelijkheden door de aanwezigheid van het grote parkeerterrein. Op grond daarvan was het dan ook het meest logische dat nieuwbouw voor het fusieziekenhuis aan de Langendijk plaats vond. Dit feit maakte het vervolgens voor ons weer wat acceptabeler dat wij onze protestants christelijke identiteit moesten inleveren en dat het fusieziekenhuis een interconfessionele grondslag kreeg. Het belangrijkste inhoudelijke argument voor de fusie was voor mij dat je gezamenlijk op medisch gebied meer kon doen dan ieder afzonderlijk. Daardoor was het ook mogelijk om de patiënten datgene te bieden waar ze recht op hebben, namelijk een zo breed mogelijk aanbod van medische verzorging. De geleidelijk uitbouw van de Baronie en de grotere mogelijkheden heeft voor mij de stap naar de fusie wel bevestigd. In de ledenvergadering was oorspronkelijk enige oppositie tegen de fusiebesprekingen, vooral de leden Quarles van Ufford en Haspels waren zeer principiële voorstanders van het behoud van het eigen protestantse ziekenhuis. Maar uiteindelijk heeft het bestuur de meerderheid van de ledenvergadering ook meegekregen door duidelijk te maken waarom je het doet. Tevens door aan te geven dat het eigenlijk niet anders kon om in de toekomst bestaansrecht te behouden. Er was nog een ludiek incident tijdens de verhuizing.

Verpleegsters hadden een groot laken boven de ingang van het nieuwe Baronie Ziekenhuis gehangen met daarop de woorden: 'Welkom in de Baronie, een fusie zonder ruzie'. Ik heb dat gegeven nog gebruikt bij mijn speech bij het afscheid van Stolk en hem dat als compliment gegeven. 'Een fusie zonder ruzie': dat mag je je aantrekken als fusiedirecteur. De officiële opening van het fusieziekenhuis in 1994 vond ik een goed moment

om als voorzitter en bestuurslid te stoppen.

Er waren natuurlijk ook wel eens spanningen in Huis. ik herinner me nog dat de medische staf formeel het vertrouwen in directie opzegde. Wat daar een grote rol in speelde was dat de directie veel meer zeggenschap wilde hebben over die specialisten. Die specialisten zijn zelfstandige ondernemers en passen niet zo gemakkelijk in een organisatie. Op deze specialisten kun je dus niet dezelfde invloed uitoefenen als op reguliere personeelsleden. De directie wilde dat veranderen en daarom zegde de medische staf het vertrouwen op. Op zo'n moment moet het bestuur aantreden en dat vond ik interessant maar ook wel tijdrovend. Toen heb ik met vertegenwoordigers van alle maatschappen een persoonlijk gesprek gevoerd. Om een goed overlegklimaat te bewerkstelligen voerde ik die gesprekken samen met twee medebestuurders, de huisartsen Klinkhamer en Bavinck. Die gesprekken gaven op zich zelf al een heleboel lucht, er werd immers geluisterd naar klachten. Uit de gesprekken kwamen drie punten: het bestuur van het de Baronie heeft geen enkele behoefte om de leden van de medische staf hun zelfstandigheid af te nemen. Bij intern overleg zijn directie, medische staf en hoofden van dienst tegelijkertijd aanwezig. Daarmee werd de beleidsraad een feit en kwam er een einde aan afzonderlijk overleg, dat steeds tot gebrek aan afstemming leidde. Het derde punt ben ik kwijt. Vervolgens heb ik die drie punten rondgestuurd, ze zijn door alle geledingen aanvaard en toen konden we gelukkig weer verder met de organisatie.

Interview met H. Reineke, 03-08-2012.

In januari 1985 richtten de gezamenlijke besturen een verzoek aan Gedeputeerde Staten van de provincie Noord-Brabant om de bouw van het fusieziekenhuis te financieren uit de Lansinkpot. Tevens wordt in maart 1985 een verzoek gericht aan de staatssecretaris van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur om een verklaring af te geven voor het tot stand komen van een fusieziekenhuis van 474 bedden op de locatie van het Diaconessenhuis. Intern wordt de voorgenomen fusie ter advisering voorgelegd aan de verschillende adviesorganen, die een positief advies uitbrengen. Extern wordt instemming betuigd door het Regionaal Beleidsorgaan voor Gezondheidszorg Breda en omstreken (bij brief van 4 april 1985), Gedeputeerde Staten van Noord-Brabant (bij brief van 17 december 1985) en de gemeente Breda. Op 23 september 1985 brengt ook het College voor Ziekenhuisvoorzieningen een positief advies uit. Eind 1985 beschikt de staatssecretaris over alle noodzakelijke adviezen.

Fusie St. Laurens en Diaconessenhuis

Op 2 juni 1986 passeren de statuten van het nieuwe ziekenhuis notarieel en is de formele oprichting van de Stichting Interconfessioneel Ziekenhuis de Baronie een feit. Anderhalve maand later verleent de staatssecretaris, bij brief van 18 juli 1986, zijn formele instemming met de fusie. Na de goedkeuring van de staatssecretaris gaan de partijen voortvarend aan de slag. Vanaf 1 oktober 1986 vergaderen de besturen, de directies en de medische staven gezamenlijk. De directieleden van het St. Laurens worden per

15 oktober 1986 benoemd tot directielid van het Diaconessenhuis. Evenzo worden de directieleden van het Diaconessenhuis directielid van het St. Laurens.

Om de identiteit van het interconfessionele fusieziekenhuis te concretiseren wordt, voortbordurend op de identiteitnota's van de afzonderlijke ziekenhuizen, op bestuursniveau een nieuwe nota geschreven. Met ingang van 1 januari 1987 worden alle activa en passiva van zowel het Diaconessenhuis als het St. Laurens Ziekenhuis overgedragen aan de nieuw opgerichte stichting 'Stichting Interconfessioneel Ziekenhuis de Baronie'. Als grondslag wordt in de statuten opgenomen: De Stichting erkent als grondslag het geloof in de Heer Jezus Christus. Zij aanvaardt als opdracht de arbeid in haar ziekenhuizen te verrichten als teken van christelijke naastenliefde en wel in open oecumenische verbondenheid (art.4.1). Daarmee wordt de fusie van beide ziekenhuizen feitelijk geformaliseerd en begint de geschiedenis van het interconfessioneel Ziekenhuis de Baronie. Het algemeen en dagelijks bestuur zijn paritair samengesteld: de helft van het bestuur is van rooms katholieke en de andere helft van reformatorische huize. Mr. M.J.H. van de Ven is de eerste voorzitter van de nieuwe stichting. Hij wordt na een jaar opgevolgd door Reineke. Bij de overdracht spelen een aantal problematieken. Een ervan is dat bij sluiting van de locatie Ulvenhoutselaan in 1993 een mogelijk negatief financieel saldo niet ten laste mag worden gebracht van het nieuwe ziekenhuis. Daarnaast is een factor van betekenis dat het onroerend goed van het St. Laurens Ziekenhuis ooit verkregen is onder een last waarbij de functie van het St. Laurens Ziekenhuis wordt bepaald. Het vervreemden van onroerend goed blijkt in juridische zin volgens de erven van de oorspronkelijke gever niet goed mogelijk te zijn. Daarover worden bij de rechter procedures gevoerd waarbij uiteindelijk de Hoge Raad althans over een gedeelte van het onroerend goed duidelijkheid brengt.

128 Verpleeghuis Aeneas kiest er bij de fusie tussen beide ziekenhuizen voor als zelfstandig verpleeghuis verder te gaan. Wel worden er afspraken gemaakt, zodat Aeneas gebruik kan blijven maken van een aantal ondersteunende diensten van de Baronie.

Directiestructuur

Vanuit de twee afzonderlijke ziekenhuizen met elk een tweehoofdige directie wordt een directie van vier personen voor het nieuwe ziekenhuis gevormd. De directie bestaat dan uit: H. Hoencamp, arts directeur medische zaken, mr. drs. H.S.P. Pauw, directeur algemene zaken, Van Julsingha, directeur patiëntenzaken en Stolk, directeur fusie en bouw. In het fusiebeleidsplan is opgenomen dat toegewerkt wordt naar een tweehoofdige directie in 1994. Binnen enkele maanden vindt een reorganisatie van de directiestructuur plaats. Dit leidt in april 1987 tot het terugtreden van Van Julsingha uit de directie. Per 1 januari 1988 neemt hij ontslag in verband met zijn benoeming tot directeur algemene en medische zaken van het ziekenhuis te Velp. Anderhalf jaar later (maart 1989) leidt een tweede reorganisatie tot het vertrek van Hoencamp. Na zijn vertrek wordt Kammeraat als interim medisch directeur aangetrokken tot 1 januari 1990. Op 1 mei 1990 wordt internist dr. E. de Nobel directeur patiëntenzorg.

Nieuw directieteam

Op 1 januari 1994 is de nieuwbouw/renovatie gereed en dat betekent het afscheid van Stolk als directeur fusie en bouw. Per 1 mei van dat jaar neemt ook Pauw afscheid als directeur algemene zaken. In afwachting van de komst van een nieuwe directeur algemene zaken wordt onder eindverantwoordelijkheid van De Nobel een directieteam gevormd bestaande uit het hoofd economisch administratieve dienst, de heer drs. H.C.M. Tijmenssen, de directieassistente, mevrouw G.Th.J.M. de Bruyn-Goumans en Stolk als directieadviseur. Voor de wervingsprocedure van een nieuwe directeur wordt een headhunter ingeschakeld, Egon Zehnder International in Amsterdam. De inschakeling van dit bureau (niet gespecialiseerd in gezondheidszorg) levert niet meteen resultaat op. Pas op 1 juni 1995 wordt ir. D.N. van Hoytema benoemd tot directeur algemene zaken.

In 1998 gaat men over naar een andere bestuursstructuur. Al in 1996 had het bestuur een concept statutenwijziging gereed om over te stappen naar een Raad van Toezicht model. Maar de in het voorjaar van 1996 ingevoerde Wet Medezeggenschap Cliënten Zorginstellingen en de discussie in de herfst van datzelfde jaar over een gewijzigde positie van de medische specialisten in algemene ziekenhuizen maakten het nodig om het concept aan te passen.

Voordat het bestuur het besluit kan nemen om de statuten te wijzigen moet nog een 'bestuursprobleempje' opgelost worden. Statutair is bepaald dat het bestuur uit veertien leden moet bestaan. Tevens is bepaald dat een besluit tot wijziging van de samenstelling van het algemeen bestuur slechts genomen kan worden met algemene stemmen in een vergadering waarin alle bestuursleden aanwezig zijn. Daarnaast is bepaald dat voor het nemen van rechtsgeldige besluiten er ten hoogste 2 vacatures mogen bestaan. Ook een besluit tot statutenwijziging kan slechts worden genomen met een meerderheid van tenminste drie/vierde van de uitgebrachte stemmen (minimaal twaalf dus). Het bestuur is in de loop der tijd echter bewust afgeslankt naar acht leden. Feitelijk komt men dus vier bestuursleden tekort. Dit probleem wordt creatief opgelost door vier oud bestuursleden voor één dag bestuurslid te maken. Daardoor kan er alsnog een rechtsgeldig besluit genomen worden. Op 15 december 1998 worden de statuten gewijzigd. Als gevolg daarvan wordt de directie formeel Bestuur en transformeert het bestuur naar een Raad van Toezicht. De in de loop der jaren informeel gegroeide werkwijze waarbij het bestuur wat meer op afstand in een adviserende en controlerende rol opereert, wordt nu geformaliseerd. Tegelijkertijd wordt de positie van de medische staf statutair verankerd en de bevoegdheden (zoals het recht van advies en instemming van de medische staf) in een afzonderlijk reglement vastgelegd. Als eerste voorzitter van de Raad van Toezicht fungeert drs. J.W. Schipper, die al vanaf 1994 vicevoorzitter van het bestuur is.

Organisatie

In een fusieproces is het van belang om alle medewerkers zo goed mogelijk te informeren en is het belangrijk om gezamenlijk een nieuwe identiteit te ontwikkelen. Die identiteit lag in principe opgesloten in de manier waarop het ziekenhuis met de patiënten omging. Dan gaat het niet alleen om de kwaliteit van de medische zorg, maar ook over het zorgen voor het welbevinden van de patiënten. Bij de officiële opening in april 1994 wordt de aandacht voor de zorg als *mission statement* verankerd. Als hulpmiddel bij het zoeken naar de nieuwe identiteit stelt men als communicatieorgaan het Baronienuws in en ontwikkelt een nieuwe huisstijl.

De centrale stafafdelingen zoals de economisch administratieve dienst, inkoop, personeelszaken en technische dienst worden in 1987 volledig geïntegreerd. Voor de administratie geldt daarbij nog dat er per 1 januari 1988 een geïntegreerd administratief systeem moet gaan functioneren. Met behulp van de Dienst Informatie Verwerking (DIV) te Tilburg slaagt dat traject. Vanaf 1 januari 1988 is het mogelijk om op uniforme wijze maandelijks te rapporteren over de kosten en de productiegegevens. In overleg met de afdeling personeelszaken voert de salarisadministratie in 1988 op de beide locaties een nieuw personeelsinformatiesysteem 'Prigem' in, met een koppeling aan het salariskostensysteem 'Gemaal'.

130 Zowel bij de medische staf als bij de directie is bij de start in 1987 behoefte aan directere betrokkenheid van de specialisten bij het ziekenhuisbeleid. Die behoefte aan betrokkenheid pikt ook het bestuur op. Voor het bestuur is het van belang om voor het nieuwe ziekenhuis een duidelijke lijn uit te stippelen. Daarbij moeten de patiënten de zorg krijgen die ze wensen en de huisartsen adequate specialistische ondersteuning. Er wordt een brainstormcommissie ingericht, bestaande uit vertegenwoordigers van de medische staf, directie en bestuur. In eerste aanleg wordt in het verlengde van de landelijke adviezen (commissie Dekker) gekeken naar de inrichting van diagnostische centra en de beschikbaarheid van deze voorzieningen voor de eerste lijn (huisartsen en vroedvrouwen). Naast het verbeteren van de relatie met de huisartsen is in 1991 ook de managementparticipatie van de medisch-specialisten een belangrijk onderwerp. Het afnemen van de beschikbare budgettaire ruimte en de toenemende zorgvraag vragen om verantwoorde keuzes met betrekking tot de kwaliteit en de doelmatigheid van de medische zorgverlening. Deze keuzebepaling dwingt tot het definiëren van taken en verantwoordelijkheden van ziekenhuis en medisch-specialisten inzake de medische zorgverlening en de organisatorische, financiële en personele voorwaarden. Hoewel de medisch-specialisten er weinig enthousiast over zijn wordt in 1993 toch een eerste stap gezet. Een van de oogartsen wordt samen met een leidinggevende van het ziekenhuis belast met alle aspecten van de poliklinische behandeling en de wijze waarop dat het beste georganiseerd kan worden. Op het einde van het jaar komt het voorstel om ook voor de PAAZ met een tweehoofdige leiding te werken.

Ondanks de gezamenlijke verkenningen over de toekomst zijn de verhoudingen tussen directie en medische staf uiterst stroef. De directie wil een eenduidig beleid uitstippelen en knopen doorhakken. De medische staf ervaart menig beleidsvoorstel of operationele maatregel als aanslag op zijn professionele autonomie. Daarbij moet onderkend worden dat de ontwikkelingen in de financiering van de landelijke gezondheidszorg zowel ziekenhuizen als specialisten onder druk zetten. Dat is niet bevorderlijk voor een ontspannen samenwerkingssfeer. De spanningen lopen zo hoog op dat de medische staf in april 1993 via hun advocaat een 'brief op hoge poten' schrijft aan het bestuur, waarin het vertrouwen in de directie wordt opgezegd. Directe aanleiding hiervoor is dat als gevolg van ziekte en vertrek van vier anesthesieassistenten een relatief groot gedeelte van het OK-programma moet uitvallen. Naast de directe aanleiding spelen er andere zaken (onder andere parkeerbeleid, kostenverdeling beroepsaansprakelijkheidsverzekering, toelatingscontract specialisten) waarover de staf niet tevreden is. De essentie van deze klachten komt erop neer dat de medische staf constateert dat er in toenemende mate meningsverschillen en conflicten tussen staf en directie ontstaan. Deze geschillen betreffen de positie van de specialisten en de organisatie in het ziekenhuis, die niet of niet bevredigend worden opgelost. Omdat de directie vindt dat zij al het mogelijke gedaan heeft om uit de lastige situatie te komen, verzoekt zij het bestuur te bemiddelen. Het bestuur stelt daarop een bestuursdelegatie samen die de gerezen problematiek aanpakt. Allereerst wordt met het stafbestuur een procedure afgesproken. Dan worden de problemen geïnventariseerd via gesprekken met diverse geledingen: met het stafbestuur, de hoofden van dienst en de directie. Na uitvoerig beraad wordt overeengekomen dat vanaf september 1993 drie leden van het stafbestuur een gedeelte van de bestuursvergaderingen, vooral waar het operationele zaken van het ziekenhuis betreft, gaat bijwonen. Bovendien wordt een gezamenlijke studie gemaakt van de consequenties van de invoering van een Raad van Toezicht model. Verder wordt een nieuw overlegorgaan, de Beleidsraad, ingericht. In deze Raad komen directie, diensthoofden en stafbestuur elke twee weken bij elkaar om het beleid voor het gehele ziekenhuis uit te stippelen. Voorheen had de directie afzonderlijk overleg met de diensthoofden en met het stafbestuur. Het over en weer terugkoppelen is erg omslachtig en werkt vertragend. Het functioneren van deze Raad blijkt in de loop der jaren zeer effectief. Ook blijkt uit een evaluatie in 1994 dat het gezamenlijk overleg van bestuur, directie en een delegatie van het stafbestuur zeer zeker heeft bijgedragen aan het herstelde vertrouwen tussen directie en medische staf.

De invoering van de Wet Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO) (ook wel de 'Patiëntenwet' genaamd) met ingang van 1 april 1995 brengt voor de Baronie geen wezenlijke verandering. Veel van de in de wet opgenomen zaken om de positie van de patiënt te versterken zijn in de Baronie al gemeengoed. Wel wordt het informatieboekje Wegwijs in de Baronie aangevuld met een hoofdstuk WGBO.

Meer dan zorg alleen

Bij de officiële opening in april 1994 wordt de leus ‘meer dan zorg alleen’ bekendgemaakt. Hiermee wil de Baronie expliciet laten zien dat de term zorg meer betekent dan de technische kanten van diagnostiek en behandeling. Zorg heeft vooral ook een menselijke component. De patiënt moet zich in het ziekenhuis veilig voelen en warmte ervaren, vooral ook op die momenten waarbij angst en verdriet overheersen. Patiënten willen meer direct betrokken zijn bij de beslissingen rondom hun behandeling. De Baronie wil hiervoor openstaan. Daarnaast worden de ziekenhuizen steeds meer aangesproken op kwaliteitsniveau. Niet alleen wat betreft diagnostiek en behandeling maar vooral ook op aspecten als bejegening (hoe gaan we met onze patiënten en bezoekers om). Het voeren van een actief kwaliteitsbeleid heeft ook alles te maken met de invoering van de Kwaliteitswet Zorginstellingen die op 1 april 1996 van kracht wordt. Tot dan toe regelt de overheid de kwaliteitszorg via de Ziekenfondswet en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten. De zeer gedetailleerde en versnipperde eisen worden in de Kwaliteitswet vervangen door vier globale eisen die de zorginstellingen zelf moeten invullen. Deze eisen zijn verantwoorde zorg, goede organisatie van zorgverlening, het opzetten van een kwaliteitssysteem en het maken van een jaarverslag waarin het gevoerde kwaliteitsbeleid wordt vastgelegd. Als kwaliteitszorgsysteem wordt gekozen voor het INK-model. Het Instituut Nederlandse Kwaliteit maakt een speciaal op de Nederlandse gezondheidszorg toegespitste versie. Het idee achter INK is dat uiteindelijke kwaliteit van zorgverlening ontstaat als alle activiteiten en processen in een organisatie op elkaar zijn afgestemd en in onderlinge samenhang worden bewaakt en verbeterd. Het jaarverslag van 1998 is het eerste verslag dat volledig op dit INK-model gebaseerd is. Ook aan het laboratorium worden kwaliteitseisen gesteld. Door de beroepsgroep van klinisch chemische en hematologische laboratoria worden echter uitgebreidere en strengere normen opgesteld. Naleving van deze normen leidt tot een afzonderlijke certificering door de Coördinerende Commissie Kwaliteitsbeheersing Laboratoriumonderzoek op het gebied van gezondheidszorg (CCKL). Ook het laboratorium van de Baronie kiest voor deze certificering en na een intensieve voorbereidingsperiode vindt in november 1999 de officiële audit plaats en krijgt het laboratorium begin 2000 zijn certificering. De afdelingen medische microbiologie en ziekenhuishygiëne treffen voorbereidingen voor hun accreditatieaanvraag.

Als Ziekenhuis de Baronie in november 1993 op één locatie is gehuisvest blijkt de organisatievorm van de klinische zorg niet toereikend. De omvang van de verpleegafdelingen en de rol en het aantal afdelingshoofden en teamleidinggevendens is daar debet aan. Steeds meer bestaat de wens om een plattere organisatie in te richten. Van een taak- en dienstdenken wordt een verandering gewenst naar een meer patiëntgerichte structuur en cultuur. Een eerste aanzet hiervoor levert de Beleidsraad in juni 1995 met het uitbrengen van de discussienota ‘Werken aan meer zorg’. Na een uitvoerige interne bespreking en nadere studie wordt eind 1996 duidelijk dat de reorganisatie leidt tot

vorming van drie zorgclusters. Een chirurgisch cluster en een intern cluster, waarbij het zowel over de verpleegafdelingen als de spreekurenafdeling gaat. In het derde cluster worden de afdelingen bijeengebracht die het meest met planning van zorg en service te maken hebben. Elk cluster wordt geleid door een clustermanager, die verantwoordelijk is voor het reilen en zeilen van zijn cluster en die tevens een belangrijke bijdrage aan het ziekenhuisbeleid levert. Vanwege de ingrijpende personele consequenties wordt hierover in 1997 intern uitgebreid overlegd. De ondernemingsraad vraagt en krijgt meer duidelijkheden en zekerheden over dit omvangrijke reorganisatieproces. Medio 1998 kan de nieuwe structuur van start gaan.

In 1997 wordt in het wetsvoorstel Integratie Medisch Specialistische Zorg de relatie tussen ziekenhuis en medisch-specialisten geregeld. De uitvoeringsafspraken worden nader vastgelegd in een convenant tussen de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen en de orde van medisch-specialisten. Uitgangspunt bij dit alles is dat onverminderd de verantwoordelijkheid van het bestuur van het ziekenhuis, de verantwoordelijkheid voor de geneeskundige behandeling van de patiënten in het ziekenhuis berust bij de medisch specialist. Voor de Baronie verandert dit convenant niet veel aan de sinds jaren gehanteerde werkwijze waarbij een vertegenwoordiger van de medische staf deelneemt aan de productieafspraken met de zorgverzekeraars.

In 1995 vindt binnen de voedings- en restauratieve dienst een kwaliteitsonderzoek plaats. Op basis van de resultaten wordt een nader onderzoek gehouden. Dit onderzoek leidt in 1998 tot de integratie van deze diensten tot één afdeling catering. Intern spelen hierbij het ontkoppeld koken met een breed scala van maaltijdcomponenten en de invoering van de automatisering van de voedingsadministratie een rol. Extern zijn de kostenverhogende maatregelen op het gebied van de warenwetgeving, milieu en arbo van belang. Door deze integratie wordt het hele proces van voeding, inkoop tot en met de klant één doorlopend geheel en kan de dienst efficiënt en servicegericht opereren. Vanaf 1999 verzorgt deze dienst ook de maaltijden voor het Oosterhoutse Pasteur Ziekenhuis. Op 1 april 1998 start een project om het transport van de huishoudelijke en voedingsdienst te integreren. De gedachte is dat door stroomlijning van de interne logistieke processen naast verbetering ook een grotere efficiency kan worden bereikt. Datzelfde jaar krijgt ook de reorganisatie van de operatieafdeling zijn beslag. De aanstelling van een planningsfunctionaris en het aantrekken van een hoofd van de afdeling, die belast wordt met de dagelijkse leiding en de aansturing levert een aanmerkelijke verbetering van de efficiency van de werkzaamheden op.

In 1998 presenteert de Baronie voor de eerste keer het ziekenhuisbeleidsplan 1998-2002. Kern van dit plan is het medisch beleidsplan waarin de speerpunten op het gebied van de medische specialistische zorg staan omschreven: oncologie en oncologische chirurgie, neonatologie, oogheelkunde, reumatologie en reumachirurgie, geriatrie

en geronto-psihiatrie.

Pastorale dienst

Het pastorale team bestaat na de fusie uit vier leden; pastor A. Loonen en pastor G. Klijn op de locatie Ulvenhoutselaan, en op de locatie Langendijk ds. J. Loosman en pastor A. Zegveld. Laatstgenoemde is tevens coördinator.

Als uitwerking van de statutaire grondslag (waar het pastoresteam ook een nadrukkelijke bijdrage aan heeft geleverd) is in de statuten de navolgende bepaling opgenomen De stichting verplicht zich dan ook om van haar kant die voorzieningen die zo'n geïntegreerde pastorale verzorging of begeleiding vereisen mogelijk te maken (art 4.4). Deze bepaling wordt door het pastoresteam eind 1989 geconcretiseerd in een beleidsnota voor de pastorale dienst. De eerste verantwoordelijkheid van de pastorale dienst is het bieden van die professionele geestelijke verzorging waar de patiënt en eventueel zijn familie behoefte aan heeft. Dat geschiedt op basis van een oecumenische instelling met eerbiediging van ieders levensbeschouwing. Met het oog op dit contact is het van belang dat de patiënten op de hoogte zijn van de mogelijkheden van de geestelijke verzorging. Daarom wordt de pastorale dienst vermeld in het patiënteninformatieboekje. Het nieuwe team stuurt wekelijks een pastorale groet aan de patiënten. In deze groet schrijven de pastores en zr. Louisa Kuijf om beurten, naast mededelingen, een bezinnend woord. In de kersttijd en in de Goede Week zijn er speciale uitgaven. Dat wordt door de patiënten zeer op prijs gesteld en versterkt de beeldvorming van een interconfessionele ziekenhuis. Om te zorgen dat de ziekenhuismedewerkers goed op de hoogte zijn van de mogelijkheden van de dienst geestelijke verzorging, besteedt de pastorale dienst extra aandacht aan de interne profilering. Op de locatie Ulvenhoutselaan wordt elke dag een r.-k. kerkdienst gehouden. Op de locatie Langendijk vindt elke zondag een oecumenische kerkdienst plaats met afwisselend een protestantse en een r.-k. voorganger. Het beleidsplan wordt na een gezamenlijke bespreking in maart 1990 door het bestuur geaccordeerd.

Het team participeert in tal van commissies. De pastores Loonen en Loosman maken deel uit van de commissie die vorm geeft aan de jaarlijkse bezinningsbijeenkomst in de kersttijd. Pastor Zegveld is lid van de CAO-begeleidingscommissie. Loonen treedt ook toe tot de commissie tot regeling van de vraag inzake abortus. In samenspraak met internist mevrouw. A. van Gent, gynaecoloog dr. H. Feijen, waarnemend bestuurssecretaris drs. P. Klinkhamer, Loonen en Zegveld wordt in april 1989 een notitie opgesteld om in de ziekenhuisorganisatie te komen tot de instelling van een ethische commissie. De taak van deze commissie bestaat enerzijds uit het ontwerpen van een discussienota over morele/ethische vraagstukken ter meningsvorming en beleidsvoorbereiding, en anderzijds uit het ter discussie stellen van de achtergronden van beleidsvragen en beleidsvoornemens (onderwerpen als euthanasie, vragen rond het levenseinde, abortus, privacy, orgaandonaties en aids). Verder moet de commissie in incidentele geval-

len, waar behandelaars op morele problemen stuiten, beschikbaar zijn voor overleg en/of advies. De commissie moet worden samengesteld uit een of twee artsen, een verpleegkundige, een pastor, een persoon uit het paramedisch circuit en een lid van het verpleegkundig OK-IC personeel. Indien nodig kan men deskundigheid van buiten (een ethicus) inroepen. Het voorstel voor een ethische commissie wordt door het bestuur overgenomen. De Baronie behoort hierdoor tot de 'kopgroep' van 50 instellingen (van de ruim 700 instellingen voor gezondheidszorg in Nederland), die over een ethische commissie beschikt. De beide specialisten maken vanaf het begin deel uit van de commissie. Het team levert een bijdrage aan de fusiebouwplannen met voorstellen voor gewenste/noodzakelijke voorzieningen die in een interconfessioneel ziekenhuis van belang zijn. Die plannen werden in de nieuwbouw daadwerkelijk gerealiseerd: een heringerichte kerkruimte op de derde verdieping waar elke zondagmorgen een Dienst van Schrift en Tafel wordt gehouden, en een stiltecentrum op de begane grond in de centrale wachthal - goed bereikbaar voor patiënten en bezoekers.

In juli 1986 werd de fusie tussen het Diaconessenhuis en het Laurens formeel getekend. Bij gelegenheid daarvan kregen alle medewerkers een flesje wijn. Aangezien ik op 1 augustus in dienst kwam ben ik dus begonnen met het missen van de fusiewijn.

Mijn eerste werkplek was in de kerk van Vries, in de kop van Drenthe. Daar ben ik 6 jaar lang predikant geweest, daarna 5 jaar in Oud Beijerland onder de rook van Rotterdam en vandaar ben ik naar Breda gekomen. Ik kende Breda en het Diaconessenhuis al, want in 1967 heb ik mijn vrouw leren kennen, die toen in het Diaconessenhuis werkte. Als zij in het weekend oproepdienst had, dan was ik ook in Breda en scharrelde ik op het terrein van het ziekenhuis rond. Ik ging er zondags naar de kerk en ik at mee in het restaurant. Dat ging allemaal zeer in stijl. Er ging niemand eten tot de besturend zuster aanwezig was en iedereen had een eigen stoel. Daar heb ik ook de speciale sfeer meegekregen: een belletje ging voor het uitspreken van een gebed, een volgend belletje ging en we konden aan de soep beginnen. Als dessert werd dan vaak de beroemde onderjurkenvla (althans zo noemden wij dat onder elkaar), van roze zelfgemaakte pudding binnengebracht. Mijn toekomstige vrouw woonde in de verpleegstersflat en daar mocht je als man niet binnen, behalve met schriftelijke toestemming van de beide ouders. De mentrix, Jeanette Kanters heeft mij daar nog gescreeud.

Uit de advertentietekst wist ik van de op handen zijnde fusie tussen het Diaconessenhuis en het rooms katholieke Laurens Ziekenhuis. Het mede vormgeven aan het interconfessionele karakter van het ziekenhuis vond ik een mooie uitdaging. André Zegveld, de katholieke collega die ook nog maar net in dienst was, heeft met zijn activiteitenplanning gewacht tot ik er was. Zo begonnen we samen aan iets nieuws. De situatie was toen nog gescheiden; de dominee ging naar de protestantse en de kapelaan naar de katholieke patiënten. De vieringen waren ook gescheiden.

De avondmaalsviering was toen zo ingericht dat de kerkgangers die van buiten kwamen

in een kring op het podium gingen staan. De patiënten bleven in rolstoel of bed beneden. Naar protestantse gewoonte werd er uit de beker gedronken door de kerkgangers van buiten. Maar voor de patiënten waren er kleine zilveren bekertjes, uit angst voor besmetting. Er werd daarmee heel duidelijk onderscheid gemaakt tussen patiënten en overige kerkgangers.

Zegveld en ik zijn een jaar of drie bezig geweest om dat systeem te veranderen en het accent van de vieringen te verleggen naar de patiënt. Daarbij waren mensen van buiten welkom en werden de diensten gericht op protestanten én op katholieken. Dus we zijn het zo gaan doen dat er iedere zondag een kerkdienst was voor allen. Na verloop van tijd werd dat altijd een dienst van Schrift en Tafel, avondmaalsviering of eucharistieviering, al naar gelang de kleur van de voorganger. Dat was vanuit de protestantse kerken geen probleem. De bisschop hebben we niet om toestemming gevraagd. We zijn er echter nooit op aangesproken.

Aanvankelijk bezocht ik de protestantse patiënten en Zegveld de katholieke. Op enig moment hebben we een verdeling gemaakt en elk de helft van de ziekenhuisafdelingen voor onze rekening genomen. En mochten er patiënten zijn die een kerkelijke voorkeur hadden, dan gaven we dat aan elkaar door. Een aantal jaren later hebben we die afdelingen omgewisseld. Zodoende kende ieder het hele ziekenhuis. Bij de start van de Baronie werd een wekelijkse pastorale groet uitgedeeld aan alle patiënten. De pastores schreven daarin om beurten en ook zuster Louisa Kuijff. Zij was een van de laatste zusters Onder de Bogen van het Laurens en vrijwilligster bij ons.

136

Om contact met de patiënten te krijgen liet ik zoveel mogelijk mijn gezicht op de afdeling zien. Over het algemeen liepen de contacten heel soepel. Soms verwachtte men een plechtige zwartrok, maar mijn informele kleding gaf direct een ander beeld. Soms zei iemand: 'Ik heb niks met de kerk en van dat geloof moet ik helemaal niks hebben en kom nou maar even zitten'. De mensen willen vaak wel hun verhaal kwijt. Bij een opname speelt niet alleen de ziekte, maar het hele leven een rol, relaties, het verleden. En soms was je dan een van de weinigen die daar aandacht voor had. Zeker toen er steeds meer tijdsdruk kwam te staan op de beschikbaarheid van de verpleegkundigen. Mijn voorganger Guus Klaassen heeft nog lange tijd de diaconessen begeleid. Er was een soort gesprekskring eens in de maand en daar had hij de leiding van. Toen hij ziek werd is dat gestopt en men had geen behoefte meer aan voortzetting. Met de rustende zusters (diaconessen) heb ik een aantal individuele contacten gehad en nog.

Het Diaconessenhuis is ooit ontstaan in de 19de eeuw als een Hervormde diaconale voorziening. Dus er was altijd een directe lijn met de Hervormde Kerk. Oorspronkelijk was dat eerst de Grote Kerk en daarom werden de diaconessen daar bevestigd. Later is dat een band met de Johanneskerk geworden in Princenhage. Mijn voorganger is lang voorzitter van de Kerkenraad van de Johanneskerk geweest. Zo is ook gegroeid dat de kerkdienst in het Diaconessenhuis aanvankelijk een soort filiaal van de diensten in de Johanneskerk was.

Ik was de eerste pastor van gereformeerde huize en in Breda lag de verhouding her-

vormd/gereformeerd nog fors uit elkaar. Voor het ziekenhuis was een hervormde of gereformeerde dominee minder relevant. Maar er moest vervolgens wel een overeenkomst worden gesloten met de Gereformeerde Kerk van Breda. Ik heb zelf nog geprobeerd om het tot een hervormd/gereformeerd verband te maken maar dat kon kerkelijk-technisch gezien toen nog niet.

Wel heb ik toen alle protestantse kerken in en om Breda aangeschreven of ze beurtelings een ouderling en/of een diaken konden afvaardigen naar de kerkdiensten in zieken- en verpleeghuis. Dat is wonderbaarlijk goed gelukt en loopt tot op de dag van vandaag door. Het Leger des Heils kon het fysiek niet waarmaken en met hen zijn we toen overeengekomen dat zij eens per jaar met hun koor kwamen zingen. Zo kreeg hun participatie gestalte.

Bij de totstandkoming van de Baronie was er vanuit de pastorale dienst de wens om de kerkruimte als inloopkapel voor dag en nacht te benutten. Wij hebben ook bepleit dat er op de begane grond een stiltecentrum zou komen en dat is gerealiseerd. Deze ruimte functioneert nog steeds en ik heb er pas nog een kaarsje opgestoken toen mijn zesde kleinkind op de Langendijk geboren was. In het stiltecentrum zit een raam van Margriet Oomen uit Bavel. Zij kreeg als opdracht om de vier elementen aarde, lucht, water en vuur in het raam te verwerken. Het is een prachtig raam geworden met verschillende lagen gekleurd versmolten glas. Er hangen twee schilderijen van Ton Frenken en een gedicht van Pablo Neruda dat gekalligrafeerd is door Regien de Ruiter, ook uit Bavel. Voorts is er een oud Mariabeeld geplaatst, afkomstig uit het Laurens en is er een hoek met kaarsentafel ingericht. Bij de verbouwing van de kerkzaal zijn door Margriet Oomen decoraties aangebracht op de ramen. Die beelden het Bijbelverhaal uit van de redding uit de zondvloed, met regenboog en ark van Noach.

137

Het raam achter de tafel in de kerkzaal is een glas-in-betonraam, dat de droom van Jacob uitbeeldt. Ik liep ooit door de kapel toen er een meneer binnenkwam die op de drempel bleef staan. Ik sprak hem aan en hij zei: 'ik zou hier even willen zitten en alleen maar kijken, want ik heb dat raam gemaakt'. Hij had in een soort bekisting het gekleurde glas vastgezet en was vervolgens 24 uur achter elkaar bezig geweest om met bekertjes het beton in de bekisting te gieten, totdat het glas in het beton vastzat.

De kerkzaal was aanvankelijk naar protestantse gewoonte alleen op zondagochtend open. Tot wij op een dag een patiënt in een rolstoel zagen, die voor de dichte deuren zat te bidden. Toen hebben we direct een plan gemaakt om een hoek van de kerkzaal af te schermen voor dagelijks gebruik en de kerkzaal dag en nacht open te stellen als bidkapel. Indertijd zat de afdeling verloskunde op dezelfde verdieping. Wij zagen dat vaders in afwachting van de geboorte van hun zoon of dochter op de gang liepen te ijsberen. Zodra wij de kerkzaal open hadden gesteld, merkten wij dat die vaders de kapel binnenliepen en een kaarsje opstaken. In het intentieboek schreven ze vooraf iets in de trant van: 'Lieve Heer, laat het goed gaan' en na afloop: 'dankjewel voor een gezond kind'. Samen met collega André Zegveld heb ik praktijklessen gegeven op de opleidingsschool De Borg. We namen een bedieningskoffertje mee en lieten zien hoe dat ging. En je

praatte over de rol die een verpleegkundige kan spelen als een patiënt c.q. de familie behoefte aan een pastor heeft. In 1989 ben ik als dominee gaan participeren in de bereikbaarheidsdienst. Tot dan werd de ziekenzalving toegediend aan katholieken door een priester. Het was vrij uniek dat ik daarin mee wilde doen. We waren mijn deelname aan het voorbereiden toen de katholieke collega Fons Loonen ziek werd en uitviel. Nadat de directie was geïnformeerd heb ik van de een op de andere dag zijn plek ingenomen. Zo heb ik in het ziekenhuis zo'n 900 keer de ziekenzalving toegediend met veel persoonlijke aandacht en zorg. Ik kreeg veel positieve reacties en bewaar daaraan goede herinneringen.

Ook bij de zeer moeilijke interne discussies over abortus en euthanasie was de pastorale dienst betrokken. Wij hebben een nadrukkelijke rol gespeeld om een open gesprek op gang te krijgen over deze onderwerpen en een en ander vast te leggen in een reglement.

Structurele contacten met de medische staf waren er nauwelijks. Wij keken wel eens naar andere ziekenhuizen waar de geestelijke verzorgers buitengewoon lid waren van de medische staf, maar dat zat er bij ons echt niet in. In de ethische commissie zaten de pastores wel naast afgevaardigden van de medische staf en andere ziekenhuismedewerkers. Wij organiseerden ook bezinningsbijeenkomsten voor verpleegkundigen en betrokken artsen. Zo probeerden we een uitwisseling van ervaringen te bewerken, maar de afstand tussen artsen en andere werkers in Huis bleek ook op dit vlak erg groot.

138 *André Zegveld en ik probeerden altijd weer wat nieuws uit om de geestelijke verzorging een duidelijke plek te geven. We wilden bijvoorbeeld een regulier patiëntenoverleg met verpleging en artsen. Er was in het verleden veel geïnitieerd maar dat verdween dan weer. We vonden dat we de geestelijke verzorging zo moesten organiseren dat het paste in de tijd en in de behandeling. Zo zijn we begonnen met wekelijkse groepsgesprekken met patiënten van de PAAZ. Wat stel je daar aan de orde, welke ruimte bied je mensen. Het functioneerde als een soort vrijplaats. Dat bestaat tot op de dag van vandaag. Als geestelijk verzorger heb je vrije toegang tot alle patiënten. Enerzijds ben je voor hen iemand die los staat van de organisatie en zo als vertrouwenspersoon kan functioneren. Anderzijds heb je als medewerker van het ziekenhuis goede contacten op alle niveaus in die organisatie. Daardoor kun je met toestemming van de patiënt allerlei zaken bij de verpleging of bij de specialist aan de orde stellen. Zo sta je samen in de zorg rond de patiënt. Dat heeft mij grote voldoening gegeven.*

Interview ds. J. Loosman, 15-04-2011

In 1991 neemt pastor A. Loonen na 17 jaar afscheid van het ziekenhuispastoraat. Hij werd opgevolgd door twee dames die in deeltijd gaan werken: M. Bekers, pastoraal medewerkster (tot 1 november 1993) en ds. P. L. Dercksen. Bij een voortgangsgesprek met de pastores dringt het bestuur er op aan dat de pastores proberen tijd vrij te maken om identiteitsvraagstukken bij het personeel bespreekbaar te maken. Daarbij wordt geconcludeerd dat het 24-uurs karakter van het ziekenhuis en het geringe

animo van het personeel om in hun vrije tijd bijvoorbeeld thema-avonden bij te wonen, belemmerend werken. Tijdens het voortgangsgesprek een jaar later delen de medewerkers van de pastorale dienst mee dat er door hen een geïntegreerd pastoraal beleid wordt gehanteerd voor alle patiënten, ongeacht kerkelijke achtergrond of levensovertuiging. Zo is er de ene week op zondag een protestantse kerkdienst en de andere week een katholieke. De zondagsdiensten worden wekelijks bezocht door zo'n 65 klinische patiënten en daarnaast door vrijwilligers en familieleden. Ook verzetten de pastores na de integratie van de gebouwen veel werk om de vrijwilligers van de oorspronkelijke huizen bij elkaar te brengen en hen te stimuleren hun onmisbare werk te continueren. In 1994 wordt voor de eerste keer een bijeenkomst gehouden voor de basispastores en gemeentepredikanten uit het verzorgingsgebied van het ziekenhuis. Doel van deze bijeenkomst is om hen kennis te laten maken met het beleid van de pastorale dienst van de Baronie. De bijeenkomst wordt goed bezocht en is voor herhaling vatbaar. Op 1 januari 1995 gaat pastor G. Klijn met pensioen.

Per 1 mei wordt pastoraal werkster mevrouw G.A. Nijs benoemd.

De pastores nemen binnen de ziekenhuisorganisatie een aparte plaats in. Aan de ene kant zijn de pastores gewoon medewerkers met de opdracht in samenwerking met hun collega's geestelijke zorg te verlenen. Aan de andere kant is de pastor geen behandelaar maar een soort vrijplaats binnen het ziekenhuisbedrijf. Bij de pastor kan de patiënt vrijuit en onder vier ogen praten over het zoeken, de vragen, hoop en geloof. Te midden van alle medische zorg rondom de patiënt is de pastor vooral gericht op de achterliggende ervaringswereld. Daarbij is de pastor bereid en in staat het levensverhaal dat hem of haar wordt toevertrouwd open te helpen maken naar de bronnen waaruit de mensen kracht putten. In die zin werken pastores op hun eigen uitgesproken manier aan beter worden. Voor de invulling van de eigen identiteit van de Baronie is het pastoresteam van groot belang. Dat wordt ook onderstreept door het structurele (twee-) maandelijks contact van het pastoresteam met de directeur patiëntenzorg en de jaarlijkse beleidsevaluatie met het bestuur. Het gezamenlijk geformuleerde en gepraktiseerde beleid krijgt steeds meer een oecumenisch karakter: delen wat je kunt delen, met ruimte voor verschil. Vanuit één gezamenlijke visie strekt de pastorale zorg zich uit tot allen die aandacht behoeven. De pastores zijn zich ervan bewust dat ze met deze visie en werkwijze vooruitlopen op wat er in vele parochies en gemeenten gebeurt en dat er ook sommige kerkrechtelijke regelingen worden overtreden. Maar de gezamenlijke intentie om geloof, hoop en liefde binnen het ziekenhuis levend te houden overstijgt de verschillen die de kerken formeel gescheiden houden. In 1997 organiseert de pastorale dienst twee externe activiteiten, twee avonden voor vrijwilligers met de bijbel als thema. Daarnaast vindt een pastoresdag voor alle basis pastores uit de regio Breda plaats met als thema de begeleiding van chronisch zieken thuis en in het ziekenhuis.

139

Nieuwe accommodatie

De staatssecretaris van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur (WVC), drs. J.P. van der Reijden, stelt als voorwaarde dat de financiering van de nieuwbouw zonder overheids-garantie moet plaatsvinden. Dat is een voorwaarde die nooit eerder werd gesteld. Er wordt met bijna alle banken in Nederland gesproken over een mogelijke financiering. Uiteindelijk lukt het om een bankconsortium te vinden dat de gelden voor de (ver-nieuw) bouw van het nieuwe ziekenhuis bijeen wil brengen. Op 11 juli 1986, een dag voor zijn vertrek, verleent de staatssecretaris toestemming om de plannen voor een fusieziekenhuis in Breda nader uit te werken. Die toestemming heeft betrekking op een ziekenhuis met een totaalcapaciteit van 474 bedden en 12 dagbehandelingplaatsen op de locatie Langendijk. In juli 1987 wordt een structuurplan en een schetsontwerp bij het departement ingediend. In het najaar vindt een gesprek plaats met het College van Ziekenhuisvoorzieningen; een overschrijding van de geraamde bouwkosten maakt een aanpassing van de bouwplannen noodzakelijk, waarna het College in 1988 een positief advies aan de minister uitbrengt.

In 1988 wordt een begin gemaakt met de renovatie van de Meer noord, een gebouw dat vroeger dienst deed voor de huisvesting van medewerkers. Aangezien het aantal inwonende medewerkers teruggelopen is, kan dit gebouw gereed gemaakt worden voor de huisvesting van de economische administratieve dienst, inkoop, personeelsza-ken en onderwijs. Gezien de goede ervaringen bij de eerste bouwwerkzaamheden aan de Langendijk met architectenbureau Duintjer Isthā gaat men wederom met dit bu-
140 reau in zee. Uitvoerend architect wordt ir. M. da Silva Solis. Architectenbureau Oomen, Kohlmann en Waltjen, waarmee het St. Laurens positieve ervaringen heeft opgedaan, wordt belast met de binnenhuisarchitectuur.

Bij de start van de renovatie van de kinderafdeling in 1988 besluit men de onder- en bovenliggende etages mee te nemen. Daardoor beschikken in 1989 alle kamers aan de westkant over douche- en toiletruimten en zijn de bestaande zespersoonskamers teruggebracht naar vierpersoonskamers.

In februari 1989 kunnen de bestekstukken van de nieuwbouw en renovatie naar het ministerie gezonden worden. Na wederom een uitvoerige bespreking met het College van Ziekenhuisvoorzieningen worden een aantal technische kanttekeningen in de be-stekken en de tekeningen verwerkt. In september 1989 bereikt men met de gemeente Breda overeenstemming over de aankoop van een gedeelte van het omliggende park dat nodig is voor de aanleg van het nieuwe parkeerterrein. (Vier jaar later wordt dit terrein op de Zuidelijke Rondweg van Breda aangesloten.) In maart 1990 wordt de toe-stemming van het ministerie op de bestekstukken verkregen. Er kan met de aanbesteding gestart worden. In juli 1990 geeft het ministerie haar goedkeuring aan de aanbe-stedingsresultaten en op 8 november begint men met de bouw. Op 18 februari 1991 plaatst de heer Wellhüner, directeur van het Algemeen Ziekenfonds voor West-Brabant en Zeeuws-Vlaanderen het eerste gevelelement. Eind 1991 staat het nieuwe polikliniek-en behandelhuis er al en wordt gewerkt aan de afwerking. Langzamerhand verrijst aan

de Langendijk een heel nieuw ziekenhuis met een andere sfeer. Niet alleen door de opzet van het gebouw, maar vooral door de afwerking, door het gebruik van kleuren en niet te vergeten door de aankleding met kunst wordt getracht ervoor te zorgen dat de patiënten zich in het nieuwe gebouw thuis voelen. Als speciale voorziening wordt bij elk bed op de verpleegafdeling een televisie geplaatst. De verhuur van televisie-toestellen vindt op commerciële basis plaats. In 1992 kunnen de nieuwe poliklinieken, functieafdelingen en de gloednieuwe operatie- en röntgenafdeling in gebruik worden genomen. Hiermee is de eerste fase van het vernieuwde ziekenhuis gerealiseerd. Op 15 december 1992 is er speciaal voor de huisartsen uit de regio een rondleiding door het nieuwe gebouw. Vervolgens wordt begin 1993 de nieuwe verpleegvleugel (200 bedden) in gebruik genomen. Het nieuwe gebouw is gericht op kleinschaligheid. De verpleegafdelingen bestaan uit units van zestien of drieëntwintig bedden. De ruim tweehonderd patiëntenkamers, die de Baronie na afronding van de verbou-wingen telt, zijn verdeeld in een-, twee- en vierpersoonskamers. Alle kamers hebben een eigen douche, toilet en zijn voorzien van telefoon, radio en televisie.

Tot mijn achttiende verjaardag heb ik in Tilburg gewoond, waar ik ook geboren ben. Daarna ben ik in Maastricht naar de hogere hotelschool gegaan. Na wat omzwervingen in de horeca ben ik 1973 benoemd tot hoofd van de voedingsdienst van het Diaconessenhuis. Ik vond die functie een uitdaging en bovendien waren de werktijden wat vriendelijker dan in de horeca. Een van de opdrachten die ik van de directie kreeg was de omzetting van de eetzaal naar een restaurant. Ik kwam op het idee van een counter, waar de medewerkers langs konden lopen en aan de kassa konden afrekenen. Dat was in 1975 in Huis best revolutionair, want het bestaande patroon van gezamenlijk eten en Bijbellezing tijdens de maaltijd werd daarmee doorbroken. Vervolgens ben ik begonnen met de reorganisatie van de keuken. Alles wat met eten en drinken te maken had was verdeeld in de organisatie. Zo werd een gedeelte van de inkoop gedaan door zowel de directie, het magazijn als de administratie.

Het liep allemaal, maar het gebeurde niet efficiënt en dat gold ook voor het gereedma-ken van het eten. Mijn activiteiten werden niet door iedereen gewaardeerd omdat ze dwars door de bestaande organisatiepatronen liepen. Het ziekenhuis ontwikkelde zich; er kwamen telkens nieuwe organisatievormen, nieuwe wetgeving. Ik leefde zo'n beetje op die veranderingen. We begonnen in Huis aanvankelijk met zo'n 30 afdelingshoofden en na de reorganisatie in 1983 bleven er 5 diensthooft over. Het bestuur had na het vertrek van Buijs in 1981 een extern adviesbureau in de arm genomen om de directie-structuur door te lichten, in het verlengde daarvan werd ook de onderliggende structuur meegenomen. Als uitvloeisel werden alle civiele taken gebundeld en ik werd hoofd van de civiele dienst.

Een van mijn eerste klussen was het opheffen van de wasserij. Omdat niemand graag in de wasserij wilde werken hadden we regelmatig bezettingsproblemen. In uiterste nood

werden soms tijdelijk leerling-verpleegsters ingezet, maar dat was geen oplossing. Toen wij aan het nadenken waren over de wasserij, bleek dat de Bredase wasserij De Zon er financieel slecht voor stond. De Zon zou gered kunnen worden als de drie ziekenhuizen in Breda klant zouden worden. Dat was voor ons het moment om onze wasserij te sluiten. De sloop van het wasserijgebouw maakte het bovendien mogelijk om een nieuwe entree voor het ziekenhuis maken, die later overigens weer plaats moest maken voor de nieuwbouw van de Baronie. Vanaf 1984/ 1985 was de focus van het Huis gericht op een mogelijke fusie met het Laurens. Dat hield wel in dat bepaalde ontwikkelingen die wellicht zelfstandig door het Diaconessenhuis in gang konden worden gezet, werden geparkeerd in afwachting van wat er zou komen. Er werd steeds nadrukkelijk op de kleintjes gelet en wij waren altijd vrij zuinig.

Bij de fusie waren we nogal huiverig voor het cultuurverschil tussen beide organisaties. Achteraf is dat meegevallen, we zijn er goed mee omgegaan. Na de fusie vielen voeding, huishouding, bevoorrading en communicatie onder de civiele dienst met in totaal 81 fulltimers. Bij de fusie kreeg ik de eindverantwoordelijkheid en werd mijn collega van het Laurens, Peter de Jong, stafmedewerker.

Op het moment van de fusie kwam ook de centrale postkamer en het magazijn onder de civiele dienst. Ik had eerlijk gezegd het idee dat alles wat ze niet thuis konden brengen onder de civiele dienst werd geschoven. Dat bleek vooral toen later ook de centrale sterilisatie bij de civiele dienst kwam. Die zat aanvankelijk bij apotheker Dolf Bicknese, die zei 'Die sterilisatie past veel meer bij jou, het is toch eigenlijk ook "afwassen"'.
142

Ik heb veel nieuwe technieken kunnen invoeren. Zo zijn we als eerste keukens in Nederland volledig overgegaan op het gebruik van steamers. Op dat moment konden we onze patiënten ook een uitgebreid keuzemenu aanbieden. In de totstandkoming van de Zuidhoek in 1995 heb ik samen met toenmalig directeur Harrie Pauw veel energie gestopt. Hoewel de klasse afdelingen werden afgeschaft, constateerden we samen met de zorgverzekeraars dat er toch behoefte was aan 'klassenkamers' met extra faciliteiten. Het was op het niveau van een viersterrenhotel met een gevulde minibar, televisie op de kamer en computeraansluiting. Zelfs bestond de mogelijkheid tot het inhuren van een secretaresse, kapper of massage. Dat leverde veel publiciteit op, tot en met televisie toe. De Zuidhoek moest een aparte afdeling worden met perfecte zorg en perfecte dienstverlening. Daarom werden de verpleegkundigen ook apart getraind op meer klantgerichtheid. Tevens werden alle medewerkers, ook die van de civiele dienst, aangestuurd door het verpleegkundig hoofd. Ik had daarover goede afspraken gemaakt met het afdelingshoofd Yvonne van Beek. Zelfs de specialisten werden getraind op meer klantgerichtheid. Aanvankelijk vonden ze dat niet zo leuk, net zomin als het feit dat de patiënten van verschillende afdelingen daar lagen. Uiteindelijk konden ze zich daar goed in vinden en wilden ze er zelf ook wel verpleegd worden.

In de Zuidhoek zat een lift en toen er onder de Zuidhoek een intensive care werd gerealiseerd ontstond er een probleem. Die lift werd om logistieke redenen ook door de centrale keuken gebruikt om de wagens naar boven te krijgen. Hoewel dat intern be-

kend was, werd op enig moment die lift geconfisceerd door de intensive care en mocht ik met de wagens die lift niet meer gebruiken. Het gaf allemaal organisatorisch gedoe met als resultaat dat er alsnog een extra lift kwam. In het begin gingen de maaltijden warm de keukens uit naar de patiënt. Daarna hebben wij de omslag gemaakt naar een ontkoppelde keuken. Het eten werd eerst gekookt, afgekoeld en daarna in een wagen gezet en vervolgens op de afdeling geregenereerd en door speciaal opgeleide voedings-assistenten bij de patiënten gebracht. Dat liep organisatorisch prima, al vroeg het wel heel veel technische omschakeling van de koks.

In het verlengde van de gepropageerde klantgerichtheid brachten we in 1989 een nieuwe informatiemap uit voor de patiënten. Alles wat met de civiele dienst te maken had kwam daar aan de orde. Feitelijk begonnen wij met dit stukje public relations, dat later naar het directiesecretariaat is overgegaan. En toen kwam de opening van de nieuwbouw in 1994 met alle mogelijke voorzieningen: elk bed werd voorzien van een telefoon en een televisie. Die investering kostte 1 miljoen gulden en daar was eigenlijk geen geld voor. Ik ben de markt opgegaan en vond een bedrijf dat bereid was te investeren in de infrastructuur en in de aanschaf van de telefoons en televisieapparaten. Dat bedrijf kreeg van het Huis de concessie om de televisies en telefoons te verhuren. Op de televisie kregen we de beschikking over een kanaal voor informatie of producties van Studio Audio.

Interview A. Vollaers, 18-04-2011.

Integratie gebouwen

In oktober 1993 is de renovatie van de bestaande gebouwen voltooid. Met de verhuizing van veertig patiënten van de Ulvenhoutselaan naar de Langendijk op 1 november 1993 is de gebouwelijke integratie een feit. Na een bouwproces van ruim 5 jaar zijn architect en aannemer erin geslaagd het nieuwe deel adequaat aan de bestaande bouw te koppelen. Daardoor is er een vernieuwd en functioneel gebouw ontstaan, dat sfeer uitstraalt en waar medewerkers en patiënten zich thuis voelen.

Op 15 april 1994 wordt Ziekenhuis de Baronie plechtig geopend door H.K.H. Prinses Margriet. Tijdens de opening maakt zij ook het nieuwe logo bekend met als toevoeging de leus 'meer dan zorg alleen'. Hiermee wordt de zorg voor goede kwaliteit benadrukt. Een van de elementen die een positieve bijdrage leveren aan de sfeer in Huis is kunst. Een speciale kunstcommissie onder leiding van Kammeraat koopt kunstwerken voor het nieuwe gebouw. Omdat patiënten ongevraagd met kunstwerken worden geconfronteerd, wordt gekozen voor enigszins toegankelijke kunst met een positieve belevingswaarde. Op bijna alle patiëntenkamers komt originele kunst te hangen. Zo'n vijftien kunstenaars, voor een groot deel uit Breda, maken werken voor een speciale plaats in het ziekenhuis. Op de poli gynaecologie/verloskunde komt bijvoorbeeld een acrylschilderij van Minette van Spaendonck. Zij maakt ook de schilderijen op de desbetreffende verpleegafdeling. Matthew Filipowski maakt een sculptuur 'De Vereniging', bestaande uit drie elementen, dat een plaats krijgt op de rotonde op het parkeerterrein
143

bij de ingang. Op verzoek van het bestuur maakt Margriet Oomen een glasappliqué voor het stiltecentrum.

Na de officiële opening van de nieuwbouw in 1994 staan de bouwactiviteiten niet stil. Na een half jaar van opknappen worden op 16 januari 1995 de eerste patiënten van de vernieuwde zeventien bedden tellende Zuidhoekafdeling opgenomen (later volgen nog elf bedden). Op deze ‘viersterrenafdeling’ zijn alle facilitaire en ruimtelijke voorzieningen van zeer hoog niveau.

Een tweede grote verbouwing betreft de centrale keuken, die in februari 1995 wordt afgerond. Daardoor kan een andere manier van koken worden doorgevoerd.

Patiëntenzorg

Met de nieuwe accommodatie aan de Langendijk krijgt het patiëntgericht verplegen een nieuwe impuls. Patiëntgerichte zorg is het gevolg van de maatschappelijke ontwikkeling, die mensen mondiger en kritischer maakt en waarbij de rechten van de patiënten beter vastgelegd zijn. Daarnaast speelt ook de voortschrijdende technische ontwikkeling, die specifieke kennis vereist. Binnen de kleinschalige verpleegunits werkt de klinische zorg aan korte communicatielijnen tussen de verpleegkundige en de patiënt. Hierdoor kan aan de patiënt meer persoonlijke aandacht gegeven worden. In het verlengde hiervan wordt ook een start gemaakt met patiëntentoewijzing; kleine groepjes patiënten krijgen slechts met een of twee verpleegkundigen te maken, wat de kwaliteit van de zorg ten goede komt. Voortschrijdende technische ontwikkelingen en bed-

144

denreductie veroorzaken forse toename van poliklinische zorg. Bij de nieuwbouw van het ziekenhuis is daarmee rekening gehouden. De voorzieningen zijn zo gebouwd dat zo’n 250.000 poliklinische bezoeken per jaar kunnen plaatsvinden. In 1993 wordt al een aantal van 180.000 bezoeken bereikt en jaar later zijn het er meer dan 200.000.

Ook in de Baronie kunnen de verpleegkundigen voor ondersteunende activiteiten terugvallen op de medewerking van de dames van de Unie Van Vrijwilligers (UVV). Deze vrijwilligers zorgen voor het patiëntentransport van verpleegafdeling naar onderzoeksruimten, zoals de röntgenafdeling. Ze verzorgen bloemen en fruit van de zieken en brengen patiënten van de opname naar de verpleegafdeling. Daarnaast helpen de medewerkers van de UVV bij het baliewerk aan het patiëntenvoorlichtingsbureau, werken in de patiënten- en ziekenhuisbibliotheek en gaan bij de patiënten langs met de handwerkwagen.

Na een intern onderzoek kan vanaf begin 1989 aan de patiënten op de beide locaties een identiek driekeuzemenu worden aangeboden. Zo vers mogelijk koken is een belangrijk onderdeel van de kwaliteitsbeoordeling. Tevens wordt gestart met een onderzoek naar de haalbaarheid van centraal koken op een locatie.

Om de linnendienst op beide locaties te stroomlijnen wordt ervoor gekozen het

transport van schoon en vuil linnen in eigen beheer uit te voeren en het wassen en inpakken aan de wasserij over te laten. Met ingang van 1 januari 1989 wordt het totale linnenpakket geleased.

In 1990 worden twee commissies ingesteld: een ethische commissie die de directie gevraagd en ongevraagd van advies kan dienen over talloze ethische vragen; en een commissie, die regels stelt voor experimenteel onderzoek op wetenschappelijke basis. Dit onderzoek heeft betrekking op patiënten in het ziekenhuis.

Communicatie

Patiënten blijven soms met onbeantwoorde vragen zitten of zijn op zoek naar informatie. Vanaf 1991 kunnen zij terecht bij het patiëntenservicebureau. In samenspraak met de specialisten, behandelafdelingen en patiëntenverenigingen maakt het bureau voorlichtingsfolders. Daarin kunnen patiënten lezen wat een ziekte, behandeling, onderzoek of operatie inhoudt. Ook vervult het bureau een verwijzende functie en organiseert het voorlichtingsbijeenkomsten. In de nieuwe accommodatie krijgt het bureau een plaats in de centrale hal. In de loop der jaren groeit het bureau uit tot een volwassen onderdeel van de organisatie. Niet alleen wordt uitgebreid videomateriaal over ziektebeelden en behandelingen ontwikkeld, maar ook krijgt het bureau de opvang van klachten als taak.

Op initiatief van de Baronie is in de regio in samenspraak met DIV in Tilburg een project gestart om de communicatie tussen huisartsen, ziekenhuizen, ziekenfondsen en apothekers voor een deel geautomatiseerd te laten verlopen. Hierdoor komt voor alle partijen snelle en betrouwbare informatie beschikbaar. Vooruitlopend op dit grote project is op initiatief van de huisartsgroep Breda-West een koppeling tot stand gebracht tussen het automatiseringssysteem van de waarneemgroep, twee apothekers in de regio en het ziekenhuisinformatiesysteem. Daarbij wordt de informatie uit het ziekenhuis direct in de computer van de huisarts ingebracht. Het is dan nog slechts eenrichtingsverkeer, maar de ervaring die hiermee kan worden opgedaan is van belang voor het opzetten van de grootschalige koppelingen tussen de eerste lijn en de ziekenhuizen. In 1991 formuleert zowel de klinische zorg als de civiele dienst elk afzonderlijk een visie op de ontwikkelingen binnen de eigen dienst. Bij de klinische zorg staat daarbij het patiëntgericht verplegen centraal en bij de civiele dienst de hotelzorg. Beide diensten maken samen afspraken om de werkverdeling op de verpleegafdelingen te regelen en op elkaar af te stemmen.

145

Naast vele verpleegkundigen kent de Baronie in 1994 vier gespecialiseerde verpleegkundigen die spreekuur houden op de polikliniek, en indien nodig de reguliere verpleegkundigen in hun zorg aan bepaalde categorieën patiënten begeleiden. Dit zijn een diabetesverpleegkundige, een kinderdiabetesverpleegkundige, een stoma-verpleegkundige en, in samenwerking met de Kruisvereniging Breda, een reumaconsulente. Met de specialisten kunnen de patiënten de medische zaken bespreken. Bij de

gespecialiseerde verpleegkundigen kunnen de patiënten ook terecht voor de dagelijkse dingen, zoals woninginrichting, vakantiemogelijkheden, problemen op het werk of de psychische en sociale aspecten, die de ziekte met zich meebrengt.

In 1994 vindt er binnen de afdeling oncologie een verschuiving plaats van kliniek naar polikliniek. Getracht wordt de patiënt zo lang mogelijk thuis te laten. Noodzakelijke korte chemotherapeutische behandelingen worden op basis van geaccordeerde protocollen in toenemende mate poliklinisch toegepast.

Hotelafdeling

In de vernieuwde Zuidhoek kunnen de (klasse)patiënten vanaf januari 1995 gebruikmaken van hoogwaardige voorzieningen. Alle kamers op deze afdeling zijn eenpersoonskamers voorzien van eigen toilet en douche. Bovendien hebben de kamers de beschikking over telefoon, radio, televisie, video, schrijftafel en minibar. Tegen vergoeding kan gebruikgemaakt worden van een secretaresseservice, fax en dergelijke. Op het gebied van maaltijden wordt een ruime keuze geboden. De opening van deze afdeling levert nogal wat publiciteit op, zowel positief als negatief ('eliteafdeling'). Voor de Baronie is deze voorziening een mogelijkheid om te voldoen aan de aanspraken van patiënten met een klassenverzekering. Om de opbrengsten van deze afdeling buiten het reguliere budget te houden wordt een afzonderlijke stichting in het leven geroepen: 'Stichting bijzondere producten Ziekenhuis de Baronie'.

146

Ontkoppeld koken

Door de renovatie van de centrale keuken, kan gestart worden met het onkoppeld koken. In dit systeem is het kook- en distributieproces gescheiden. De maaltijd wordt na bereiding gekoeld en pas weer op consumptietemperatuur gebracht op een willekeurig tijdstip binnen drie dagen. Hierbij wordt geen afbreuk gedaan aan de smaak en voedingswaarde van de maaltijd. Het voordeel van dit systeem is dat bepaalde maaltijdcomponenten voor meerdere dagen tegelijk kunnen worden voorbereid. Daardoor kan een groter assortiment aan de patiënt worden aangeboden. Bij de renovatie is rekening gehouden met de effecten van de nieuwe wet op de hygiëne van levensmiddelen. Met deze wet, die op 14 december 1995 van kracht wordt, zijn HACCP-normen ingevoerd: Hazard Analysis Critical Control Points. Het is een procesbeheersingssysteem gericht op het produceren van veilige en deugdelijke voedingsmiddelen. Veilig betekent aandacht voor de hazards (gevaaren), zoals micro-organismen en temperatuur. Deze normen verplichten de organisatie om naast de bereiding ook bij behandeling, verpakking en vervoer de hygiënische kwaliteit van het voedsel te bewaken. Bij de renovatie van de keuken is rekening gehouden met de uitbreiding tot zo'n duizend maaltijden per dag. Het is nu mogelijk om voor zorginstellingen te gaan koken, zoals voor Heksenwiel en De Breedonk. Vanaf maart 1999 maakt ook het Pasteur Ziekenhuis in Oosterhout gebruik van de keuken.

Klinische zorg

De in 1994 ingezette tendens van steeds meer verschuiving van kliniek naar polikliniek zet zich in 1995 voort. Dit betekent dat kliniek en polikliniek functioneel en organisatorisch steeds dichter bij elkaar komen te staan. In 1995 sluit de civiele dienst een convenant met de klinische zorg. Voor veel werkzaamheden die op een verpleegafdeling moeten gebeuren spreekt het voor zich wie wat doet. Maar mag een voedingsassistente nu wel of niet bij het eten helpen? Wie sopt het nachtkastje, de verpleegkundige of de huishoudelijke dienst? Om in al die vragen duidelijkheid te scheppen wordt een convenant opgesteld, waarin helder staat omschreven waar partijen zich aan moeten houden. Daarnaast sluit de klinische zorg nog een convenant met de acute hulp en met het onderwijs. De klinische zorg en de civiele dienst vinden elkaar in 1995 opnieuw bij de functiedifferentiatie van de ondersteunende functies. Uitgangspunt daarbij is de taakuitzuivering van de verpleegkundige functie, waardoor het werk van de verpleegkundige wordt verlicht. Na een proefperiode blijkt duidelijk dat de ondersteunende zorg op de verpleegafdeling in drie functies moet worden gesplitst. Deze functies zijn de voedingsassistente, die alle activiteiten op het gebied van voeding en drank doet, dus ook 's avonds; de afdelingsassistente, die alle overige activiteiten op de patiëntenkamers verricht inclusief de schoonmaak; en als derde de medewerker huishoudelijke dienst, die alle overige huishoudelijke activiteiten buiten de verpleegkamers verzorgt.

De personele begroting voor de klinische zorg ziet er in 1995 vergeleken met andere jaren anders uit. Dit heeft te maken met de resultaten van de werklasmeting in 1994. Door die meting krijgt de Baronie inzicht in de werkwijze en werkdruk per afdeling. Zo blijkt dat de ene afdeling formatie over had, terwijl de andere afdeling formatie tekort komt. Op basis van een ontwikkelde afdelingsnorm wordt de formatie herverdeeld over de afdelingen. Uit de werklasmeting wordt duidelijk dat een efficiëntere werkwijze mogelijk is, waaraan in 1995 ook daadwerkelijk wordt gewerkt. Als experiment begint de afdeling cardiologie in 1995 met gemengd verplegen, waarbij mannen en vrouwen op één kamer liggen. Het experiment - met als voordeel minder patiëntverhuizingen en meer flexibiliteit bij opnames - ontmoet veel positieve bijval. Als gevolg hiervan wordt het gemengd verplegen op de afdeling gecontinueerd en geleidelijk uitgerold over het hele ziekenhuis.

147

Samen met het Ignatius wordt in 1995 een begin gemaakt met de vervanging van het ponsplaatje door een barcode. Wanneer met een leespen de barcode wordt gelezen, verschijnen alle relevante persoonsgegevens op het beeldscherm. Als er in die gegevens iets wijzigt, dan wordt dat via het ziekenhuisinformatiesysteem op alle plaatsen in het ziekenhuis aangepast. Het grote voordeel van dit nieuwe systeem is dat iedereen steeds over correcte en actuele gegevens beschikt.

Naast de schriftelijke informatievoorziening voor de opgenomen patiënten komt er

vanaf 1 juli 1995 een voorlichtingskanaal op de televisie. Zo kan de patiënt ook op de televisie zien welke pastor voorgaat in de dienst of wat er op het menu staat. In 1997 wordt een begin gemaakt met het elektronisch patiëntendossier in een speciaal computerprogramma voor medisch specialisten. Een computernetwerk vervangt de stand-alone computers, waardoor een veel actiever gebruik van de computer mogelijk wordt, inclusief elektronische communicatie. In datzelfde jaar worden voorbereidingen getroffen voor het digitaliseren van röntgenfoto's. In 1998 wordt de eerste röntgenapparatuur op een monitor aangesloten.

In juni 1996 treedt de Wet Medezeggenschap Cliënten Zorginstellingen in werking. Naar aanleiding daarvan komen de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen en de Nederlandse Patiënten/Consumenten Federatie begin 1998 tot een gezamenlijk advies voor de ziekenhuizen: ziekenhuis en patiëntenplatform moeten volgens een groeimodel tot een vorm van medezeggenschap van patiënten komen. De Baronie start met een patiëntenadviescommissie, die gaat uitzoeken hoe de Baronie tot een cliëntenraad kan komen.

148 Als patiënten voor chemotherapie in aanmerking komen, krijgen zij van de specialist de diagnose, behandeling en de bijwerkingen te horen. In het verleden werden patiënten er ook op gewezen dat zij bij problemen of bij behoefte aan ondersteuning of begeleiding een beroep konden doen op het maatschappelijk werk. In sommige gevallen gebeurde dat wel maar vaak veel te laat. Vanaf eind 1996 maakt het maatschappelijk werk automatisch onderdeel van het behandelingsplan uit. Niet alleen maken zo goed als alle patiënten gebruik van dit aanbod maar ook blijkt na evaluatie dat door de intensieve samenwerking tussen de oncologen, verpleegkundigen en de maatschappelijk werkers de kwaliteit van de integrale patiëntenzorg is toegenomen. Gevolg is dat de directie extra middelen beschikbaar stelt om de formatie maatschappelijk werk structureel uit te breiden.

Een terugkerend onderwerp in de structurele gesprekken tussen het ziekenhuis en de zorgverzekeraars is de gemiddelde verpleegduur. Is de gemiddelde verpleegduur in 1996 nog 10,5 dag, in 1997 is het 9,9 en in 1998 is de duur teruggelopen naar 9,7. Om deze periode nog verder terug te brengen zijn organisatorische veranderingen nodig. Daarom wordt een 'preparatief screenings-sprekkuur' in het leven geroepen. In 2000 wordt vooral voor patiënten die een knie- of heupoperatie moeten ondergaan een afzonderlijke intake-verpleegkundige aangetrokken.

Personeel

Na een uitvoerige interne bespreking worden het fusiebeleidsplan en het sociaal plan in 1987 door het bestuur vastgesteld. Na deze vaststelling kan conform de hoofdlijnen van de nieuwe organisatie eind 1990 worden overgegaan tot de benoeming van zo'n

dertig hoofden van dienst. Deze worden tot het moment van de feitelijke integratie van de gebouwen in november 1993 belast met de verantwoordelijkheden voor de organisatie op beide locaties. Het snel afronden van deze benoemingen zorgt in de organisatie voor een stabiele factor en neemt veel onrust weg. Met deze benoemingen kunnen ook de nieuwe overlegorganen worden geïnstalleerd. Vooral de beleidsadviesgroep is van belang, het orgaan waarin een aantal stafleden en een aantal hoofden van dienst samen met de directie beleidsvoornemens doorneemt, nadenkt over externe ontwikkelingen en tracht knelpunten op te lossen.

Een lastig onderdeel in het eerste jaar is de functiewaardering voor de bijna 1000 personeelsleden. Vooral in de sector verpleging blijkt het moeilijk om overeenstemming te bereiken over de hoogte van de schalen van de leidinggevende functies. Dat geldt zowel op het niveau van de afdelingshoofden als op het niveau van de teamleidinggevenden. Na een advies van een commissie met een vertegenwoordiging vanuit de Nationale Ziekenhuisraad en de vakorganisatie blijkt het uiteindelijk mogelijk om ook voor deze categorie de functiewaardering af te ronden. Hoewel niet iedereen tevreden kan worden gesteld is men toch tevreden over de zorgvuldigheid waarmee dit lastige proces wordt omgeven. In 1990 wordt voor de Baronie een structureel systeem van functioneringsgesprekken ingevoerd.

De volledige integratie van de afdeling personeelszaken komt pas in 1988 tot stand, tegelijk met het onderbrengen van de sectie onderwijs binnen deze afdeling. Mevrouw E.J. Koert wordt in 1987 benoemd tot hoofd van deze afdeling. Binnen enkele maanden kunnen de afdelingsmedewerkers een sociaal plan opstellen, dat al op 18 mei 1987 goedgekeurd wordt door de werknemerspartijen. De kosten van het sociaal plan worden voorlopig geraamd op f1.000.000, waarvoor gedurende vier jaar jaarlijks een dotatie van f250.000 plaatsvindt. Ook wordt gestart met een werkgroep formatieplaatzenplan 1993, waarin een opzet gemaakt wordt voor het benodigd aantal personeelsleden na de gebouwelijke integratie. Begin 1989 wordt de afdeling gehuisvest in de gerenoveerde kamers in gebouw de Meer-Noord.

Om de toekomstige ontwikkelingen van de arbeidsmarkt en het te verwachten personeelstekort het hoofd te bieden, worden in 1987 alle tijdelijke overeenkomsten met leerlingen omgezet in vaste overeenkomsten. Ook wordt mede op initiatief van Koert in samenspraak met de regioziekenhuizen de campagne 'Kies Met Zorg' opgezet om toekomstige schoolverlaters naar de gezondheidszorg te trekken. Dit initiatief mondt in 1990 uit in de oprichting van het Servicecentrum Arbeidsmarkt Gezondheidsregio West-Brabant (SAGWB). Dit centrum is bedoeld om de knelpunten op de arbeidsmarkt op te lossen. Koert wordt bestuurslid van dit centrum. In 1989 wordt in samenspraak met opleidingsschool De Borg een videofilm gemaakt die een goed beeld geeft van het vak van verpleegkundige.

Gelukkig heeft het Huis de beschikking over ruime personeelshuisvesting. De flat de Boei biedt aan 120 personeelsleden interne woonmogelijkheden. Ook wordt georga-

niseerde kinderopvang hierbij als een nuttig instrument gezien. Na onderzoek wordt mede op initiatief van de afdeling personeelszaken voor kinderopvang een samenwerkingsverband aan te gaan met de Klokkenberg, het Ignatius Ziekenhuis en Hop Mar Janneke (een professionele organisatie die zich bezighoudt met bedrijfsgerichte kinderopvang). Het Bredase project is gericht op gastouders en is daarmee het eerste bedrijfsgerichte gastouderproject van Nederland.

Ik ben in het Laurens Ziekenhuis geboren en op mijn zestiende als jongste bediende op de administratie van het Diaconessenhuis gaan werken. Hoewel ik een diacones kende die wel eens bij mijn ouders op bezoek kwam, ben ik door het arbeidsbureau doorverwezen.

Vervolgens heb ik een gesprek gehad met economisch directeur Chardon. Voor hem was netjes schrijven het belangrijkste. Er was net een krantenartikel verschenen waar mijn vader een rol in speelde. Hij was politieman en gaf verkeersles op school. Dat was een verhaal waar ik trots op was en dat heb ik overgeschreven en opgestuurd. Mijn handschrift kon er blijkbaar mee door, want ik werd aangenomen.

Binnen de administratie ben ik doorgeschoven naar de salarisadministratie. Salarisstrookjes intikken en helpen bij het geld in de salarizakjes stoppen. Ik ging ook geld halen op mijn fiets, soms wel meer dan f100.000 per keer. Alles werd precies geteld en als er bij wijze van spreken twee cent verschil zat aan het begin en het einde van de loonzakjes, gingen alle loonzakjes weer open. Het moest tot op de cent nauwkeurig kloppen. Vanaf begin jaren zestig was er al een uniforme salarisregeling die ook gold voor de diaconessen. Voor die tijd kregen ze alleen maar zakgeld. Toen er een functie van secretaresse op het directiesecretariaat vrijkwam, vroeg zr. Smit mij of ik bij haar kwam werken. In die tijd had men nog nooit van personeelszaken gehoord. De drie directieleden waren eigenlijk ook de personeelsmensen. Zij namen het personeel binnen hun vakgebied zelf aan. Pas in 1970 werd Karel Varossieau als personeelsfunctionaris aangetrokken.

Toen de personele taken bij de directie weggingen ben ik zelf met dat werk meegegaan naar de personeelsdienst. De afdeling personeelszaken bestond op dat moment slechts uit twee personen. Varossieau adviseerde mij om een HBO personeelsopleiding te gaan doen. Ik maakte een eerste opzet voor een personeelssalarisadministratie met afzonderlijke kaarten per persoon. We hadden toen 800/900 personeelsleden en het was dus echt pionierswerk. Ik was zo goed als klaar met mijn opleiding toen de functie van hoofd P&O vacant kwam. Ik heb me meteen gemeld bij de directie en werd in 1975 benoemd. Om aan personeel te komen maakten we in de jaren zestig via wervingsfolders al veel reclame op de scholen. Om bij ons als verpleegster aan de slag te kunnen moest je toen protestant zijn. Zoveel potentieel was er niet in Breda, dat zat bijvoorbeeld wel in de provincie Zeeland, de regio Klundert, Sprang Capelle en Woudrichem. We schreven de scholen aan in die gemeenten. Dan werd zo'n hele klas met kinderen door het ziekenhuis geleid en werden de kinderen een hele dag gefêteerd. De kinderen kwamen

uit een cultuur waarin het normaal was dat de meiden allemaal iets in de zorg gingen doen; zo'n beetje het enige beroep wat er voor meisjes was. Vanouds hadden wij goede contacten met de directeurs van die scholen.

Toen zr. Smit in 1966 aankondigde dat ze ging trouwen was ik wel verbaasd. Dat beeld van een zuivere diacones was zo sterk dat je nooit aan zoiets als trouwen dacht. Maar de diaconessen stonden maatschappelijk gewoon in het leven. Zij hadden wel een belofte gedaan, maar je kon uit de Kring stappen en je eigen keuzes maken.

Het proces van arbeidstijdverkorting betekende meer personeel, maar dat was in die tijd een groot probleem. Dus gingen we op zoek naar gediplomeerden. Zo hebben we tien Joegoslavische verpleegsters naar Nederland gehaald. Het is wel moeizaam geweest, multomapjes gemaakt met foto's van instrumenten en mondkapjes en daarnaast de Nederlandse benaming. En dan de puzzel om het goed te leren uitspreken. Afgezien van de opstartproblemen wat taal betreft, ging het overigens redelijk. Er zijn er twee in Nederland blijven wonen.

We bekeken ook of je kinderopvang kon uitbesteden in je eigen gebouw. Marjan Smit was bezig met het ontwikkelen van een gastouderbureau. Dat fenomeen was nieuw voor mij, maar paste goed bij onze organisatie. In het ziekenhuis waren de wisselende diensten altijd een probleem voor de kinderopvang. In het meest extreme geval zou de opvang op elk uur van de dag moeten kunnen en toen zijn we met Hop Marjanneke gestart om dat te organiseren. Daarmee liepen we echt voorop.

Bij de fusie met het Laurens hebben we ons wel even achter onze oren gekrabbd. Het werd een hele grote organisatie. Het belangrijkste was een adequaat sociaal plan. Vanuit de intentie wat een medewerker wil weten ben ik dat sociaal plan gaan schrijven, waarbij de artikelen uit de cao sociale begeleiding in de kantlijn werden vermeld. Het geheel was met name vanuit de proceskant ingestoken. De vakbond ging met dat sociaal plan akkoord. Wat ik verder van het grootste belang vond is dat we medewerkers zo vroeg mogelijk in het fusieproces konden zeggen waar ze in 1992 terecht kwamen. Dat gaf veel rust in de organisatie. Mijn grootste compliment kreeg ik op de dag dat prinses Margriet het nieuwe ziekenhuis officieel opende. Ik reed het parkeerterrein op en op een heel groot laken dat aan het gebouw was bevestigd stond: 'dit is een fusie zonder ruzie'. Dat gaf veel voldoening. De functiewaardering gezondheidszorg (FWG) voor 2000 medewerkers was een enorme kluit. Ik heb zelf mede aan de start gestaan van het landelijk functiewaarderingssysteem in de gezondheidszorg. We hebben de hele functiewaardering intern afgewikkeld. Ik geloof dat we bij al die functies binnen de Baronie een of twee medewerkers hebben gehad die zijn doorgegaan naar de landelijke bezwarencommissie. De rest hebben we naar tevredenheid kunnen afwickelen.

In 1987 hebben we een campagne opgezet gericht op schoolverlaters: 'Kies Met Zorg'. Dat idee kwam vanuit de stichting arbeidsvoorziening gezondheidszorg West-Brabant, waar ik bestuurslid van was. We hadden het idee om gezamenlijk voor zo'n vijftig instellingen op te treden bij het werven van personeel. Iedereen vond de plannen geweldig, maar men had er geen budget voor over. Toen zijn we naar uitzendorganisaties geweest

en gevraagd als we collectief bij jullie onze uitzendkrachten inlenen hoeveel korting krijgen we dan. Ook bij de kranten bedongen we een mantelcontract. Dat betekende uiteindelijk dat we behoorlijk wat korting kregen. Dat kortingsgeld werd afgezonderd in een gezamenlijk potje. Uit dat potje konden we toen de grote advertenciacampagnes betalen. Dat is een tijdje goed gegaan. Je moet overigens niet beginnen met werven als de kinderen zestien zijn, maar beginnen als ze acht of tien zijn. Wij zijn begonnen met de poppendokter als middel om basisschoolkinderen met de gezondheidszorg kennis te laten maken. Bij de Borg, de centrale opleidingsschool, stond de ambulance voor de deur en waren er medewerkers die zich als dokter hadden aangekleed. De uitgenodigde kinderen moesten langs de echte poppendokter uit Amsterdam. Hij stelde een diagnose bijvoorbeeld een gebroken been van de beer. Het kind werd met het speelgoeddier doorgestuurd naar het volgend klaslokaal. Daar ging de berenpoot in het gips en mochten de kinderen zelf de chirurg zijn. Dat was een geweldige happening. Er werd door de gezamenlijke zorginstellingen reclame gemaakt bij de basisscholen in heel West-Brabant. Het leuke was dat deze campagne (via de opbrengsten van de mantelcontracten) buiten het reguliere budget van instellingen gefinancierd kon worden. Jammer genoeg is het weer ter ziele gegaan toen het idee een beetje was weggezakt en sommige instellingen de korting zelf wilden behouden.

Ik kijk met veel voldoening terug op nogal wat unieke acties die we hebben georganiseerd. Maar op de succesvolle afloop van het fusieproces ben ik vanuit mijn functie van hoofd P&O toch wel het meest trots.

Interview mevr. E. Koert, 02-07-2012.

In 1991 werkt de Baronie nauw samen met de AVRO en de Nationale Ziekenhuisraad. Deze laatste twee organisaties presenteren in september een 'imagodag' op televisie met als thema 'Wie Zorgt Die Leeft'. De Baronie profileert zich die dag als hotel. De patiënten worden verwend door leerlingen van de Van Cooth Scholengemeenschap. Met deze actie krijgt de Baronie ruime publiciteit.

De Bedrijfscommissie keurt het nieuwe reglement van de ondernemingsraad goed en na verkiezingen gaat één nieuwe ondernemingsraad van start. Eind 1987 zijn alle functies vergeven.

Uitgangspunt in de Baronie is het streven naar patiëntgericht handelen. Het is een proces waarin leidinggevenden en medewerkers anders moeten gaan denken en doen. De afdelingshoofden worden door de integratie verantwoordelijk voor een afdeling van zestig tot zeventig bedden. Dat zijn niet alleen twee keer zoveel bedden, ook het aantal teamleiders en medewerkers aan wie ze leidinggeven wordt daarmee automatisch groter. In samenspraak met de Hogeschool West-Brabant wordt daarom in 1992 voor alle afdelingshoofden en teamleiders inclusief de specialisten, die de leiding over een afdeling hebben, een in-company training op maat ontwikkeld. Deze cursus, de zo-

genaamde 'Kopcursus', is bedoeld om alle leidinggevenden beter in staat te stellen zich aan de veranderde situatie van de fusie aan te passen. Eind 1992 beginnen de veertien afdelingshoofden van de klinische zorg aan de cursus en twee jaar later hebben alle betrokkenen de cursus afgerond.

De aandacht voor arbeidsomstandigheden krijgt in 1994 voor het eerst een meer gestructureerde aanpak, niet in het minst door de aansluiting per 1 januari 1994 van de Baronie bij de Arbodienst West-Brabant. Deze dienst ondersteunt de Baronie onder meer met begeleiding van ziekteverzuim, bij het in kaart brengen van de arbeidsomstandigheden en bij het opstellen van de zogenaamde 'risico-inventarisatie'.

Om de herkenbaarheid van de medewerkers te vergroten wordt in 1996 een uniforme kleding ingevoerd voor de verschillende groepen medewerkers. Daarbij is specifiek gekeken naar de functionaliteit. Zo stapte de kinderafdeling af van witte kleding en gaat werken met aansprekende vrolijke kleuren. Medewerkers van de huishoudelijke- en voedingsdienst krijgen kleding die afwijkt van de kleding van de verpleegkundigen. De afspraken worden vastgelegd in een kledingreglement. Ook krijgen alle medewerkers voor de herkenbaarheid een naamplaatje.

Het was gebruikelijk dat verpleegkundigen van de Baronie verloskundigen en huisartsen hielpen als hun cliënten poliklinisch in het ziekenhuis kwamen om te bevallen. Vanaf februari 1996 komt daar verandering in: de kraamverzorgenden van de Kruisvereniging Breda nemen de assistentie bij bevallingen voor hun rekening. Deze regeling is gericht op kwaliteitsverbetering; kraamverzorgenden en verloskundigen zijn goed op elkaar ingespeeld doordat ze samen ook thuisbevallingen doen. En als de kraamvrouw na enkele uren naar huis mag, gaat de kraamverzorgende mee om moeder en kind te verzorgen.

In 1996 bestaat de Baronie 10 jaar. Op 2 juni 1996 is het 10 jaar geleden dat de statuten passeerden en het ontstaan van de Baronie een feit was. Vanaf nu is 2 juni steeds 'Baroniedag'.

Vanaf 1977 is de verpleegkundige opleiding van de regionale ziekenhuizen losgekoppeld van de individuele huizen en wordt gebundeld in de gezamenlijke school de Borg. In augustus 1997 wordt een wijziging van het onderwijsstelsel in de gezondheidszorg van kracht voor zowel de verpleegkundige als verzorgende beroepen. Er ontstaat een verpleegkundige opleiding op Mbo- en op Hbo-niveau ressorterend onder het ministerie van Onderwijs en Wetenschappen. De verpleegkundigen worden breed opgeleid voor alle zorgsituaties, dus niet meer specifiek voor de algemene ziekenhuizen. De invoering van de 36-urige werkweek met ingang van 1 oktober 1997 levert voor het personeel een verhoging van de werkdruk op. De financiële middelen ontbreken

om de vrijgekomen uren volledig te bezetten, terwijl de productie wel hetzelfde moet blijven. Een verzoek van de directie om de invoering te verschuiven naar 1 januari 1998 wordt door de ondernemingsraad afgewezen. De bezuinigingsmaatregelen die getroffen moeten worden, leiden per 1 januari 1998 tot de sluiting van drie units in de weekends.

Na de invoering van de structuurwijziging waarin met drie clusters wordt gewerkt, is sprake van een meer gespreide verpleegkundige beroepsgroep. Als instrument om de vakinhoudelijke ontwikkelingen uit te werken, wordt in 1998 gestart met de voorbereidingen voor een Verpleegkundige Advies Raad (VAR). Landelijk functioneert in ongeveer zestig ziekenhuizen al zo'n Raad.

Vanuit het regionaal overleg wordt in 1998 de verwachting signaleerd dat nieuw op te leiden jongeren vooral ook onder de allochtone bevolking gezocht moeten worden. Daarom wordt in de Baronie het 'Kleurrijk Personeelsbeleid' op touw gezet. Deze campagne blijkt zijn vruchten af te werpen: in de Baronie bieden zich vooral voor de verzorgende functies steeds meer allochtone jongeren aan. Het aantal allochtone medewerkers stijgt dat jaar van vijftig naar ruim zeventig.

154 Tot 1999 is er sprake van één CAO voor de totale intramurale gezondheidszorg. Met ingang van 1 april wordt de eerste CAO voor ziekenhuizen afgesloten, die op zich nog niet zoveel afwijkt van de voorgaande CAO. Toekomstige CAO's richten zich - om een betere positie op de arbeidsmarkt te bereiken - nog meer op de invulling van de arbeidsvoorwaarden op instellingsniveau en leeftijdsbewust personeelsbeleid.

De vier Bredase Rotaryclubs stellen zich in 1999 voor een jaar garant voor de financiering van mammacareverpleegkundigen in twee Bredase ziekenhuizen, waaronder de Baronie. Een mammacareverpleegkundige begeleidt vrouwen met borstkanker. De gedachte hierbij is dat als in een dringende behoefte wordt voorzien, de ziekenhuizen dit initiatief wel overnemen en dat gebeurt ook.

De Baronie als medische instelling

In het eerste jaar wordt de verplegingsdienst omgedoopt in Klinische Zorg. Er verschijnt een nota 'Visie op Verplegen' en verpleegkundig dossier en opnamebeleid worden geüniformeerd.

In het kader van het streven naar maatschapvorming vindt per 1 januari 1987 als eerste de associatie van de beide maatschappen chirurgie plaats. De andere maatschappen volgen in de jaren daarna. Dat verloopt echter niet zonder problemen, omdat specialisten binnen een discipline elkaar een aantal malen niet kunnen vinden door een duidelijk andere werkwijze, een slecht communicatief vermogen of een te grote individuele inslag van een specialist. Aan deze situatie komt pas een einde door vertrek dan wel pensionering van de betrokken specialist.

Een betrekkelijk nieuw fenomeen in de gespecialiseerde gezondheidszorg is de diabetesverpleegkundige, die sinds 1987 in De Baronie werkzaam is. In de praktijk blijkt dat de patiënt met diabetes mellitus (verhoogde bloedglucosewaarden) een speciale behandeling nodig heeft op medisch technisch en psychosociaal gebied. De werkzaamheden van deze verpleegkundige ontwikkelen zich langzaam naar het geven van professionele begeleiding aan diabetespatiënten die van orale therapie overgaan naar insulinentherapie.

Mijn vader wilde aanvankelijk dat ik econometrie zou gaan doen. Ik ben echter medicijnen gaan studeren in Utrecht en werd na specialisatie chirurg. Na een voorgesprek met de zittende chirurg P. van Rosevelt heb ik gesolliciteerd bij het Diaconessenhuis en ben ik ook aangenomen. Breda kende ik al via de sport uit mijn middelbare schooltijd. Er waren zeker vijf kandidaten, die werden ontvangen door een vierkoppige sollicitatiecommissie waarin o.a. dr. Buijs, de geneesheer-directeur en dr. Elshove, gynaecoloog en voorzitter van de medische staf zaten. Van Rosevelt wilde graag minder gaan werken en hij heeft met veel overredingskracht het voor elkaar gekregen dat er een nieuwe chirurg mocht komen. Van Rosevelt werkte twee maanden in de winter en vier maanden in de zomer. Hierdoor was in vervanging tijdens vakanties voorzien, dat gaf continuïteit aan de praktijk. Hij had dat goed gezien, want de zomerperiode was toen een rustige periode. Ik ben toegetreden tot de bestaande maatschap van mijn twee collega's.

Een maatschap zoals wij die hadden, dat was volledig. Je deelt de opbrengsten en de kosten en je neemt voor elkaar waar. Daarnaast was er wel een bedrag dat het ziekenhuis in rekening bracht voor gebruik polikliniek en dergelijke. Wij beschouwden het ziekenhuis als een facilitair bedrijf, met andere woorden: wij mochten in de maatschap lid worden van de medische staf en daarmee gebruikten wij het ziekenhuis. Elke maand stuurden we een grote lijst met alle verrichtingen zoals contact, polikliniek bezoek, operaties op naar het ziekenfonds en die werden dan betaald. Daarnaast had het Diaconessenhuis redelijk veel particuliere patiënten.

Het Diaconessenhuis was een sober ziekenhuis. Ze zeiden altijd gekscherend 'het is gemaakt met luciferdoosjes uit de Noordwesthoek', maar er was voldoende financiële ruimte voor de aanschaf van apparatuur. Er bleven steeds nieuwe methodieken komen. Bij mijn aantreden als chirurg hadden we vier operatiekamers plus een operatiekamer buiten de operatiegang voor 'vieze' dingen zoals abscessen. Beneden op de poli hadden we ook nog een ruimte die we incidenteel gebruikten. De inrichting van de operatiekamers was prima. We hadden al wel standaarden voor bepaalde operaties, maar de echte protocollen zoals we daar nu over praten zijn pas later gekomen. Ik was opgeleid en gepromoveerd in een academische setting en probeerde de ontwikkelingen mede door congresbezoek nauwkeurig te volgen. Als algemeen chirurg deden we in principe alle operaties.

In Breda heb ik mede de vaatchirurgie opgezet. Op een vrije middag of ochtend kon

ik in Leiden altijd bij mijn collega Terpstra binnenvallen en mee opereren. Ook heb ik zowat alle vaatcongressen gevolgd. Daarnaast deed ik veel longoperaties. Dat kwam omdat ik zo'n beetje de protégé van de longchirurg/hoogleraar in Utrecht was. Als een chirurg met 6 jaar praktijkervaring gemiddeld zo'n 10 longoperaties gedaan had, dan had ik er in die periode 100 gedaan. Dat was bovenmatig en die vaardigheid ben ik ook blijven ontwikkelen. De oncologie is eigenlijk pas echt op poten gezet door de helaas voortijdig overleden internist Boëtius. Ik denk dat we eind jaren zeventig, begin jaren tachtig in het Diaconessenhuis een absoluut voorlopende oncologielcommissie hadden. Voor bijzondere gevallen waren twee of drie hoogleraren beschikbaar, dat was toen echt exceptioneel. Boëtius gaf elk jaar een door hem geschreven dik boekwerk uit met alle speciale gevallen met literatuurverwijzingen en overzichten met patiëntgegevens. Hij was een toonaangevend arts in Nederland en een professorabel figuur. Zijn buste staat nog steeds in het gebouw aan de Langendijk.

De medewerkers op de operatiekamer moesten wel een beetje haar op hun tanden hebben. Want de specialisten waren macho mannetjes (en vrouwtjes) de een wat meer dan de ander en af en toe best lastig. De operatieassistenten waren intern opgeleid en zeer gekwalificeerd. Ik had een goede verstandhouding met de anesthesisten en dat moest ook wel. Als ik 's avonds of in het weekend moest opereren was het eerste wat ik deed de anesthesist inlichten, vaak nog eerder dan de operatiekamer. Ik heb vooral veel samengewerkt met de buitengewoon kundige anesthesist Blom. Voor het stellen van een diagnose, zoals toen ook elders gebeurde, gebruikten we een relatief simpele röntgendiagnostiek. Begin jaren tachtig kwam er echoapparatuur en eind jaren tachtig kregen we een CT en MRI scanner.

Het gezamenlijk koffiedrinken dat door Bujs was geïntroduceerd was absoluut briljant. Dit samenzijn werd benut voor de onderlinge uitwisseling van allerhande zaken met je directe collega's, maar bijvoorbeeld ook met de apotheker Bicknese en met Kammeraat, het hoofd van het laboratorium. Bovendien vergrootte het de saamhorigheid. Het was overigens niet zo vanzelfsprekend, want bij veel ziekenhuizen bestond dit niet. Bujs had het Diaconessenhuis strak georganiseerd, je ging met hem niet kuieren. En zuster Wil Deurman, diacones en besturend zuster, die kende het hele ziekenhuis. Zij was een dame met allure.

We waren met een groep hoog opgeleide jonge specialisten, die voorzagen dat een ziekenhuis een bepaalde omvang moet hebben wil je de opkomende subspecialismen kunnen blijven aanbieden. Wij waren de 'angry young men'. Voor ons was een streven naar een grotere omvang (en daardoor een breed aanbod aan medische voorzieningen) een principieel punt waar we ook de medische staf in meekregen. Maar dat stuitte natuurlijk een beetje tegen het zere been van het protestants christelijk denkend bestuur en de directie. Behoud van het eigen ziekenhuis en de eigen identiteit was voor hen een principieel uitgangspunt. Zo waren er twee principes die lijnrecht tegenover elkaar stonden en die er mede voor zorgden dat er regelmatig spanningen ontstonden tussen medische staf en bestuur/directie.

Begin 1980 werd een commissie toekomstvisie ingericht. Ik was voorzitter van die commissie. Een groter ziekenhuis kon je alleen door samenwerking/samengaan bereiken en bij gebrek aan een ander protestants ziekenhuis werden de mogelijkheden met het Laurens nader bekeken. Dat lag natuurlijk voor de hand omdat collega specialisten ook in het Laurens werkzaam waren. Stolk zat namens de directie in deze commissie en nam gezien de stellingname van bestuur en directie een uiterst terughoudende positie in. Gekscherend zei ik wel eens tegen hem dat hij alleen op de rem zat te trappen, maar dat was natuurlijk op dat moment ook zijn functie. De kogel ging door de kerk toen Reineke voorzitter werd van het bestuur van het Diaconessenhuis. Ik weet nog goed dat ik als voorzitter van de medische staf met Reineke en daarvoor ook nog met zijn voorganger Van Wouwe openhaardgesprekken heb gehad bij mij thuis met een glaasje wijn om wederzijdse standpunten uit te wisselen. Reineke was een zakenman met een heldere visie. Hij zag kansen die we moesten aangrijpen. Reineke en zijn collega voorzitter van het Laurens, Van de Ven, zijn voor mij uiteindelijk de belangrijkste mensen geweest. Toen het formele besluit was genomen werd Stolk fusiedirecteur. Bij de totstandkoming van de Baronie werden we al snel opleidingsziekenhuis. Wij stonden goed bekend en de Nederlandse Vereniging van Heelkunde wilde heel graag dat de opleiding bij ons in Breda kwam. Dat hadden we vooral te danken aan de internist van het Laurens, dr. Stijnen. Hij was voor de Baronie de grote man voor de opleidingen. Na de interne opleiding kregen we ook de chirurgische en werd ik gevraagd als opleider.

Als de hartchirurgie niet op de proppen was gekomen hadden we gewoon als de Baronie door kunnen gaan. Een samengaan van de Baronie en Ignatius werd afgedwongen om onder andere de hartchirurgie te behouden. Op dat moment was dat een zeer grote stap. Het resultaat in de vorm van het Amphia, een topklinisch opleidingsziekenhuis (voortbordurend op de opleiding van Stijnen) mag er overigens zijn. We hebben nu een top instelling met brede medische voorzieningen (inclusief hartchirurgie) voor de patiënten in de regio Breda.

De grootste technische ontwikkeling vanaf mijn opleiding was toch wel de komst van de intensive care. Daardoor zijn grote operaties mogelijk die de eerste dagen uitgebreide nazorg behoeven. Later, met CT scan en MRI scan kregen we steeds betere preoperatieve informatie. Je weet nu bijna op de centimeter nauwkeurig wat je zult vinden. Een heel enkele keer valt het wel eens anders uit, meestal niet. Opereren is in wezen altijd gebeurd met schaar, pincet en mes. De chirurgische 'trucjes' zijn gewoon hetzelfde gebleven. Alleen is er nu de laparoscopische en thoracoscopische chirurgie bijgekomen. Terugkijkend zijn de hoogtepunten toch geweest de momenten dat we echt vooruitgang boekten, zoals met de fusie van ons Huis met het Laurens tot de Baronie. Daar heb ik ook behoorlijk mijn steentje aan bij gedragen. Er moest veel gedaan worden en ik heb me altijd actief opgesteld. Daardoor zat ik altijd in commissies en stafbesturen en dat kostte natuurlijk wel een paar avonden in de week. Maar daar heb ik nooit spijt van gehad. De uiteindelijke resultaten gaven me veel voldoening. De laatste 10 jaar van mijn werkzaam leven ben ik opleider geweest. Je hebt dan altijd te maken met jonge mensen

met nieuwe ideeën, dat vond ik steeds zeer inspirerend.

Interview dr. F.J.M. van Geloven, d.d. 29-06-2012.

In het verlengde van de experimenten in de gezondheidszorg in Nederland in 1987 (zoals het ontstaan van privéklinieken) denkt men ook in de Baronie na over mogelijke activiteiten. Er wordt een brainstormcommissie geïnstalleerd die de opdracht krijgt mogelijke commerciële activiteiten te inventariseren. Zo denkt men over de inrichting (van het uit Amerika overgewaaid idee) van een eigen gezondheidsfonds, waarbij de verzekeraar (fonds) en de zorgverlener (ziekenhuis) in één hand verenigd zijn. De mededeling van de Staatsecretaris in 1987 om geen nieuwe initiatieven of experimenten meer toe te laten, haalt wat druk van de ketel. Wat wel wordt uitgewerkt is de mogelijke opening van een diagnostisch centrum in Etten-Leur. Daarvoor wordt in februari 1988 een formele aanvraag bij het Ministerie ingediend ter verkrijging van een verklaring in het kader van de Wet Ziekenhuisvoorzieningen. De lokale huisartsen, die vooraf niet zijn geïnformeerd, voelen zich gepasseerd en reageren uiterst negatief op dit voornemen. Een negatief advies van het College voor Ziekenhuisvoorzieningen en de provincie Noord-Brabant aan de minister zorgt ervoor dat dit initiatief uiteindelijk niet van de grond komt.

158 Ook na de fusie blijft het structurele contact met de huisartsen in de regio in stand. Een bij de 200 huisartsen in de regio uitgezette enquête in het kader van een imago-onderzoek mislukt overigens door een slechte communicatie. Er komt zo weinig respons dat het ingehuurd bureau er geen rapport van kan maken. Maandelijks wordt in het ziekenhuis een klinische les gegeven, waardoor niet alleen de medische ontwikkelingen kunnen worden uitgewisseld maar ook de goede onderlinge contacten kunnen worden onderhouden.

In 1988 wordt besloten te participeren in een samenwerkingsverband voor de apotheek met het St. Ignatius Ziekenhuis, de Klokenberg en het ziekenhuis te Raamsdonkveer. Vanouds participeert het St. Laurens al in dit verband. Samen met het St. Ignatius wordt een centraal pathologisch-anatomisch laboratorium opgezet met in het eigen ziekenhuis een laboratorium voor spoedeisende onderzoeken.

Het reguliere maandelijks overleg tussen de directie en het stafbestuur wordt vanaf 14 oktober 1988 opgeschort naar aanleiding van de acties over de tarieven van de Landelijke Specialistenvereniging (LSV). Alle officiële lidmaatschappen in werkgroepen, commissies en niet-patiëntgebonden activiteiten komen stil te liggen. De commissies, die direct met de patiëntenzorg te maken hebben zoals de bijeenkomsten van de oncologiecommissie vinden normaal doorgang. In 1989 worden in het verlengde van het rapport van de LSV 'de specialist van morgen', de ideeën om een aantal specialisten directer bij het management van de afdelingen te betrekken nader bestudeerd.

Als eind 1989 een landelijk akkoord wordt afgesloten, worden alle stuurgroepen en commissies weer bemand. Vooruitlopend op de landelijke onderzoeksresultaten wordt in de Baronie overgegaan tot de benoeming van een anesthesioloog, Van Gelder. Hij wordt medisch coördinator van de intensive care op de beide locaties. Voor een betere overlegstructuur binnen de medische staf en het overleg van de staf met de directie wordt in 1989 een begin gemaakt met de formering van een stafconvent, een overlegorgaan van vijftien stafleden dat gemandateerd de volledige staf vertegenwoordigt. In 1990 wordt een protocol afgesproken op welke wijze de medische staf bij de beleidsvorming in het ziekenhuis kan worden betrokken. Het regelmatig overleg van het stafbestuur met de directie en het wekelijks overleg tussen de directeur patiëntenzorg en de voorzitter van de medische staf zorgt voor een goede afstemming.

Het plan om de beide kinderafdelingen op één afdeling aan de Langendijk onder te brengen wordt in 1988 uitgevoerd. Om de gewenste voorzieningen te kunnen aanbrengen verhuist daarvoor eerst de kinderafdeling van de Langendijk in zijn geheel naar de Ulvenhoutselaan. Begin 1989 gaat de nieuwe geïntegreerde kinderafdeling aan de Langendijk van start met een dagopnamekamer, boxen en couveuses. De discipline gynaecologie/verloskunde speelt in op nieuwe ontwikkelingen op het gebied van kinderloosheidsonderzoek. Nieuwe methoden van diagnostiek en therapie worden in 1988 toegepast, zoals hormonale behandelingen en echodiagnostiek. De echografie en de daaruit voortvloeiende ontwikkelingen brengen de toepassing van reageerbuisbevruchting of in vitro fertilisatie (IVF) een beetje dichterbij. In het verlengde van de geïntegreerde kinderafdeling wordt in de loop van 1989 na verbouwing ook de geïntegreerde afdeling verloskunde (met drie verloskamers) op de derde etage van de locatie Langendijk in gebruik genomen. De kinderafdeling is nu berekend op 1200 bevallingen per jaar.

159

Ik ben geboren in Den Haag en opgegroeid in Voorburg. Vervolgens heb ik in Leiden mijn opleiding tot biochemicus en tot klinisch chemicus gevolgd. Scheikunde heb ik altijd buitengewoon boeiend gevonden omdat je daarmee het gevoel krijgt te zien hoe de wereld in elkaar zit. Met de biochemie kwam daar nog het inzicht in het leven bij. Ik was gepromoveerd maar wilde niet in het relatief kleine wereldje van de universiteit blijven. Ik heb gesolliciteerd bij het Diaconessenhuis in Breda omdat dat goed bij mijn eigen achtergrond paste en ik de sfeer daar prima vond. Ik voelde me al snel thuis en werd een echte 'Diaconijn', zoals we dat onder elkaar noemden.

Ik was de eerste klinisch chemicus van het Diaconessenhuis. Voor mij werkte mej. Meyering, apotheker, die het lab erbij deed. In het lab werkten toen tien medewerkers in een beperkte ruimte. Zij gebruikten allerlei oude technieken die niet alleen veel tijd vroegen maar ook niet altijd even goed waren. Ik heb veel samengewerkt met de hoofdanaliste, de diacones Leni Langejan. De veiligheid was niet altijd optimaal. Helemaal in het begin

was iemand alcohol aan het destilleren. Dat moet soms als je iets zuiver wilt hebben en dat ging met een open vlam. De vlam van de bunsenbrander en zo'n kolf erboven. Precies op het moment dat ik er iets van zei sloeg de vlam erin en vloog de hele zaak in de fik. Maar dat gaf niet want er lag een brandblusser bij, die ze alvast hadden klaargelegd. Dat gebeurde wel eens meer. De medewerkers waren allemaal vrouwen en ze waren zeer gemotiveerd. Uit de beginperiode herinner ik me nog een patiënt die achteraf de ziekte van Weil had. Dat was een levensbedreigende infectieziekte die in de Biesbosch nog heerste. Het bloedonderzoek voor deze patiënt vergde toen bijna een hele zaterdag van de dienstdoende analiste. Nu prik je die patiënt en binnen een halfuur tot een uur heb je alles wat je weten moet.

Ik kon het met Buijs heel goed vinden. Hij was natuurlijk een pionier, die dat hele ziekenhuis heeft opgebouwd naar wat hij dacht dat goed was. De eerste trombosedienst samen met het Groene Kruis was zijn 'kindje'. Door zijn dienstverband van ruim 31 jaar was hij zodanig met het Huis vergroeid dat het in zijn laatste jaren moeilijk was om nog een scherpe koers te varen. Wat niet wegneemt dat ik buitengewoon veel respect voor hem heb. In het begin hadden we eens in de maand een gesprek over hoe het allemaal liep en wat we gingen doen. Op een gegeven moment werd dat eens in de twee maanden en na enige tijd zei hij: 'Nou, ik vertrouw jou, ik heb je zien werken en jij krijgt mijn volle steun'. Ik kon mijn gang gaan en als er problemen waren kon ik bij hem terecht. Zo'n man vind je niet meer. Als het te druk werd en ik analisten of apparatuur nodig had, dan vroeg ik dat aan Buijs. Het was een mooie tijd want alles betaalde zichzelf terug. Een nieuwe medewerkster kon nieuwe analyses doen en verdiende haar eigen salaris terug. De automatisering maakte het mogelijk om met dezelfde mensen meer dingen te doen. We vergaderden als staf regelmatig en na afloop gingen we nogal eens naar Dennenoord aan de Duivelsbruglaan. Daar konden we dan onder het genot van een glaasje nog wat nabomen. Onderling was er een goede sfeer.

Ik was een groot voorstander van samenwerking/samengaan met het Laurens. Ik had het gevoel dat wij een kwaliteitsstap konden maken maar dat je daarvoor ook wel groter moest zijn. Ik herinner me nog dat ik afgevaardigde was van het stafbestuur naar een bespreking met de andere ziekenhuizen. Op die vergadering waren ook een bestuurslid en een lid van de directie van ons Huis aanwezig. Ik heb me verstout te zeggen dat in de staf al positief gesproken was over een eventueel samengaan met het Laurens. Nou, dat werd mij niet in dank afgenomen door de voorzitter van het bestuur J. Quarles van Ufford. Langzaamaan werd de betekenis van de identiteit minder en was die rem er niet meer. Ik zag alleen maar medische voordelen met twee ongeveer gelijkgestelde ziekenhuizen. Samen met het Laurens kreeg je een grootte die ook niet krankzinnig groot was. Als specialist wil je je vak optimaal uitoefenen, ongeacht of dat elders in de stad al dan niet gebeurt. Alle nieuwe specialisten wilden hun vak optillen en nieuwe technieken invoeren maar dat vereiste weer investeringen. Dat kon steeds moeilijker vandaar die drang om samen te gaan. Het bestuur en ook de directie was nog niet zo ver en daar moesten we op wachten. Ik zie de staf als de harde kern van het ziekenhuis. Patiënten

gaan niet naar het ziekenhuis omdat er een goede directeur zit. Ze gaan naar het ziekenhuis omdat er een goede dokter zit. De directie daarentegen was door het bestuur benoemd en voelde zich eindverantwoordelijk (met alle uitvoerende macht) voor de hele organisatie. In plaats van meer te integreren werden er meer conflicten uitgevochten en dat is natuurlijk heel vervelend. Ik heb vaak in allerlei (bemiddelings-) commissies gezeten en zelfs ben in 1989 nog een jaar interim directeur patiëntenzorg geweest. Dat kwam omdat ik in beide werelden zat. Ik was lid van de medische staf en als hoofd van het laboratorium was ik onderdeel van de organisatie. Ik was voor iedereen aanvaardbaar omdat ik een van hun was. Ik heb voortdurend in de staf uitgelegd waarom de directie zoiets doet. Dus proberen daar begrip voor te kweken en omgekeerd. Dat laatste was overigens harder nodig dan het eerste.

In 1988 deden we in het lab op basis van nieuwe ontwikkelingen een uitgebreid onderzoek naar tumormerkstoffen. Bijvoorbeeld naar het eiwit psa: prostaat specifiek antigeen. Als mannen op wat oudere leeftijd een prostaattumor hebben dan scheidt deze psa af en dat komt in het bloed. Uit bloedonderzoek kun je dan zien of er sprake is van een prostaattumor. Op basis van wetenschappelijk onderzoek richt je het laboratorium in en je zorgt ervoor dat de specialisten op de hoogte worden gebracht van nieuwe onderzoeksmogelijkheden. De research analiste, Ank de Jong, en ik hebben samen behoorlijk wat zaken uitgezocht. Ik heb ook gepubliceerd, zelfs in de grote tijdschriften als de Lancet en Clinical Chemistry. Zo was er een bepaling die ik voor Nederland uitgezocht heb: de gamma-GT bepaling in serum die een gevoelige indicator bleek voor bepaalde leveraandoeningen. Die proef heb ik in het lab opgezet en er samen met de internist naar gekeken. Daar heb ik toen over geschreven, ook in het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde (22-04-1970). Dat gaf nogal wat commotie, stukken ertegen en ervoor. Maar inmiddels gebruikt heel Nederland deze indicator en het is toch leuk dat dit in het lab van het Diaconessenhuis is uitgedokterd.

We liepen met ons lab niet voorop maar zaten in de goede middenmoot. Er kwam elk jaar wel iets nieuws, iets technisch op het gebied van analyses maken. Je maakte er kennis mee via de beroepsvereniging. Daarnaast had ik een clubje van collega's in het land. Die club bestaat trouwens nog steeds. We spraken elkaar eens in de maand, bij toerbeurt op een van de locaties van de deelnemers. Daar bespraken we alles op dit gebied, ook de ontwikkelingen in de apparatuur. Er waren ook de congressen, waar we bijgepraat werden.

Op die congressen was er meestal ook een grote tentoonstelling met alle nieuwe apparatuur. In die tijd onderhandelde ik zelf bij de aanschaf van nieuwe apparatuur. Ongeveer een keer per kwartaal kwamen de vertegenwoordigers van verschillende bedrijven langs om te vertellen over de mogelijkheden van hun apparatuur. Als er met bloedtransfusies problemen waren, werd ik er meestal bijgehaald. Dat was soms spannend. Dan had je een patiënt die bloed nodig had en was het juiste bloed niet beschikbaar. Dat gebeurde ook wel 's avonds en 's nachts. Het was niet zo dat je rond kon bellen. Je moest zo'n patiënt dan typeren; welke antistoffen tegen bloedcellen zitten er in het bloed. De

meest bekende is de anti-rhesus maar er zijn er nog veel meer zoals anti c, anti-duffy, tientallen. Er ontstonden op den duur mogelijkheden om zo'n patiënt te typeren aan de hand van een proefpaneel van 10 cellen waarvan bekend was welke antigenen erop zaten. Vervolgens kon je zien welke antistoffen die patiënt had. Daarna kon je naar de bloedbank om zoveel zakken bloed met de benodigde typering te bestellen. Later kregen we de beschikking over zakken bloed die al uitgetypeerd waren. Bloed kon je een week of drie goed houden.

De borging van de kwaliteit van het lab werd steeds belangrijker. Er was een kwaliteitsinstituut van de beroepsvereniging en die stuurde onbekende sera rond in het land. Onbekend materiaal, dat moesten wij uitzoeken. Daarna kreeg je de uitslag. Daarmee had je een objectief gegeven hoe goed jouw lab was. Wij scoorden gelukkig meestal hoog. Toen ik in 1989 interim-directeur patiëntenzaken werd, heb ik de oprichting van de Stichting Vrienden van de Baronie bewerkstelligd. Ik was zelf al lid van een aantal van die vriendenverenigingen en het leek me voor ons als ziekenhuis ook nuttig. Dat bleek ook te werken: bedrijven maakten graag een gebaar voor een stukje extra aankleding van bijvoorbeeld de kinderafdeling. Later werd ik voorzitter van de kunstcommissie voor de nieuwbouw van de Baronie. We kwamen tot de conclusie dat er toegankelijke kunst moest komen met een positieve belevingswaarde. Immers de patiënten, die er niet om hebben gevraagd en die hier in het ziekenhuis liggen dan wel op spreekuur komen, worden geconfronteerd met kunst die ze niet zelf hebben uitgezocht. We wilden origineel werk van kunstenaars en er is ook kunst speciaal voor de Baronie ontworpen. Ik heb het voorzitterschap van deze commissie heel erg leuk gevonden.

Interview dr. C. Kammeraat, 25-06-2012.

Nieuwe ontwikkelingen

De afdeling urologie begint in samenwerking met de omringende ziekenhuizen eind 1988 met het tweemaandelijks huren van een mobiele steenvergruizer. De twaalf patiënten die eind 1988 met dit apparaat worden behandeld, zijn na behandeling klachten- en steenvrij. Wat voorheen een postoperatieve verpleegtijd vergde en een herstelperiode van drie maanden kan met toepassing van de steenvergruizer teruggebracht worden tot een verpleegtijd van een à twee dagen, waarna de patiënt zijn dagelijkse activiteiten weer kan hervatten.

In 1988 wordt ook een permanente commissie decubituspreventie (voorkomen van doorliggen) ingesteld. Onder leiding van de arts microbioloog dr. A. Jansz wordt in dit jaar de infectiecommissie opnieuw samengesteld. Het doel van deze commissie is het bevorderen van een actief beleid ten aanzien van de microbiële hygiëne en van de preventie, opsporing en bestrijding van ziekenhuisinfecties. Tevens wordt een begin gemaakt van de uniforme registratie van infecties op beide locaties.

In het klinisch chemisch laboratorium onder leiding van Kammeraat worden diverse stoffen geanalyseerd, zoals eiwitten, vetten, hormonen en veel chemische stoffen voor diagnostiek. In 1988 komt er een einde aan de al twee jaar durende daling van het

totale laboratoriumwerk op de beide locaties. Het werk neemt zodanig toe dat dit niet door efficiencyverbetering is op te vangen. Een grote stap wordt gemaakt door de vervanging van de routine hematologieapparatuur. Hierdoor kan in een gesloten systeem in een keer de belangrijkste parameters van het bloed en de bijzonderheden van de witte en rode bloedcellen worden gemeten. De kans dat afwijkingen worden gemist bij de routineonderzoeken wordt door deze nieuwe apparatuur verwaarloosbaar klein. In 1989 gaat de automatisering van het laboratoriumwerk verder door de installatie van het Laboratorium Ziekenhuis Informatie Systeem (Labzis-II). Dit systeem is in 1988 ontwikkeld in het Academisch Ziekenhuis in Leiden en is het nieuwste systeem voor laboratoria. Als medio 1989 de Stichting Medische Laboratoria plotseling failliet gaat, springt het Diaconessenhuis samen met de andere ziekenhuizen in de regio bij om de Klokkenberg en het Ignatius tijdelijk te ondersteunen tot het moment dat hun eigen laboratoriumvoorzieningen op orde zijn. Sinds begin 1989 zijn door de klinisch chemici van de regio Breda plannen ontwikkeld voor de klinische chemie ten behoeve van de huisartsen. In de plannen is de oprichting voorzien van een stichting, die zowel voor de huisartsen als voor de ziekenhuizen alle verzamelactiviteiten ten behoeve van onder andere de trombosedienst, klinische chemie en bacteriologie verzorgt. Voor de onderzoeken maakt men gebruik van de bestaande capaciteit in de ziekenhuizen. Ondanks deze plannen zijn de huisartsen het gedoe in de voorgaande jaren met de SML beu. Ze richten voor de onderzoeken aan hun eigen patiënten op 17 juni 1989 een zelfstandig laboratorium op, de Stichting Huisartsen Laboratorium (SHL). Een aantal juridische procedures geëntameerd door het Algemeen Ziekenfonds zijn het gevolg, maar dat verandert aan de situatie niets meer.

De grotere mogelijkheden van Ziekenhuis de Baronie komt ook tot uiting door de aanschaf in 1989 van een computer tomograaf scan (CT-scan). Deze scan maakt door de verhoogde kwaliteit van de diagnostiek een betere behandeling mogelijk. Zo'n voorziening zou overigens bij elk van de voor de fusie zelfstandige locaties niet mogelijk geweest zijn. In 1989 wordt de totale afdeling oogheelkunde geconcentreerd op de locatie Langendijk. Door het grote aantal polikliniekbezoekers van deze afdeling is het noodzakelijk eerst het nieuwe parkeerterrein aan de west- en zuidkant van het gebouwencomplex te realiseren.

Bij de maatschap interne geneeskunde treedt in 1990 een gastro-enterologisch opgeleide internist toe, een specialist die zich heeft toegelegd op ziektes van het maag-darmkanaal. Ook wordt een MRI (Magnetic Resonance Imaging) scanner aangeschaft. Met behulp van deze geavanceerde scanner kan zonder röntgenstraling, maar met behulp van magnetische resonantie het inwendige van het lichaam zichtbaar gemaakt worden. Als de MRI in 1992 daadwerkelijk wordt geïnstalleerd kunnen al snel contracten voor medegebruik met andere ziekenhuizen worden afgesloten, waaronder met de Lievensberg in Bergen op Zoom, het Pasteur Ziekenhuis in Oosterhout en het Beatrix Ziekenhuis in Gorinchem. De MRI is bij uitstek geschikt voor het opsporen van neurologische aandoeningen, tumoren en de beoordelingen van gewrichten.

Voor de MRI en ook voor CT-scan is digitalisering voor verwerking en opslag van gegevens noodzakelijk. De bouw van een nieuwe röntgenafdeling maakt het mogelijk om met de laatste ontwikkelingen op dit gebied rekening te houden. Ook wordt voorzien in een aparte interventiekamer. De behandelingen worden daar door een radioloog gedaan meestal met kleine slangetjes die ingebracht worden. Daarbij wordt het röntgenbeeld gebruikt om de slangetjes te sturen en te manipuleren. Een bekend voorbeeld van interventie radiologie is het dotteren van de bloedvaten. Meestal kan de patiënt na dit soort behandelingen weer snel naar huis. In 1994 neemt de röntgenafdeling een Echo kleuren Doppler apparaat in gebruik, waarmee een gericht bloedvaten-onderzoek kan plaatsvinden. De apparatuur is erop gericht om patiënten zo min mogelijk aan röntgenstraling bloot te stellen: met de nieuwe filmschermcombinatie wordt een stralingsreductie van 50% bereikt.

Ook gaat in 1990 op verzoek van de huisartsen een project cardiofonie van start. De huisarts kan bij een patiënt thuis of in de praktijk een ECG maken en die ECG via de telefoonlijn versturen naar het ziekenhuis. Zo kan de cardioloog direct zijn oordeel over de gemaakte ECG aan de huisarts geven.

Binnen het Regionaal Overleg Orgaan Ziekenhuizen (ROOZ) in West-Brabant is in 1990 een beleidsplan opgesteld voor het jaar 2000. Een van de kernpunten van dit beleidsplan is om te komen tot een geriatrie afdeling in een algemeen ziekenhuis (GAAZ).

164 Overeengekomen wordt dat Ziekenhuis de Baronie als eerste een aanvraag voor zo'n GAAZ als regiovoorziening indient. Dat gebeurt uiteindelijk in 1994 en begin 1995 komt de ministeriële goedkeuring. Na de diverse bouwkundige en technische aanpassingen is de Baronie er begin 1997 klaar voor. Een gerenoveerde afdeling met een capaciteit van zestien bedden is gereed om de eerste geriatrie patiënten op te nemen. Door het landelijk tekort aan geriateren kan de vacature van klinisch geriater niet meteen ingevuld worden. Dat lukt pas op 1 februari 1998 met het aantrekken van R.A.M. de Jonckheere.

De Baronie start in 1990 met het Medisch Microbiologisch Laboratorium. Tot 1990 is de microbiologie een dependance van het Tilburgse streeklaboratorium. Nu is er een zelfstandig laboratorium in samenwerking met de ziekenhuizen Ignatius en de Klokenberg. Het beheer van dit laboratorium ligt bij de Baronie. Door de nieuwe start kunnen de twee arts microbiologen P. van Keulen en F. Willems, eerder in dienst van de SML, tevens met de leiding van het laboratorium worden belast en worden toegelaten tot de Baronie. De in totaal eenentwintig analisten komen in dienst van de Baronie en worden vervolgens op de andere locaties gedetacheerd. Het belangrijkste doel van de microbiologische werkzaamheden is het onderzoeken van infectieziekten. Daarbij wordt niet alleen de diagnose gesteld maar worden ook behandelingsadviezen verstrekt. In 1994 wordt een volledig geautomatiseerd bloedkweekanalyseapparaat in gebruik genomen.

Vanuit de kring van de huisartsen komt al langer het signaal dat er behoefte bestaat aan een apart seksuologisch spreekuur. De gynaecologenmaatschap neemt het initiatief om deze activiteit aan de Baronie te koppelen. In 1991 wordt gestart met een spreekuur seksuologie, ingevuld door twee op dit terrein gespecialiseerde klinisch psychologen, de dames drs. I. Timmerman en drs. C. Westerduin. Van dit spreekuur wordt zoveel gebruik gemaakt, dat het jaar daarop de gesprekken worden verdubbeld. Dat het hier om specifieke hulp gaat blijkt ondermeer uit het feit dat in 1994 de Baronie nog steeds het enige ziekenhuis in Zuid Nederland is dat deze dienstverlening aanbiedt.

Na een uitgebreide inspraakronde in de organisatie in 1989 en 1990 stelt het bestuur medio 1991 het definitieve reglement tot zwangerschapsonderbreking vast. In dit reglement wordt aangegeven dat bij zwangerschapsonderbreking twee lijnen, die elk in het christendom zijn gefundeerd, elkaar kruisen: de eerbied voor en de bescherming van het leven, naast de opdracht hulp te verlenen aan de in nood verkerende naaste. De Baronie hanteert hierbij een restrictief beleid, maar verbiedt het niet. In de regeling is ook een bepaling opgenomen die de individuele gewetensvrijheid van medewerkers respecteert. Met de instelling van een evaluatiecommissie die de gang van zaken blijvend evalueert, zijn goede waarborgen geschapen voor een zorgvuldige afweging.

Subspecialismen

De snelle ontwikkeling van subspecialismen in de gezondheidszorg is een belangrijke reden voor de medische staf om de fusie tussen het voormalig Laurens Ziekenhuis en het Diaconessenhuis te initiëren. Het is duidelijk dat er een grote maatschap moet komen om het brede werkveld van de algemene chirurgie te kunnen blijven uitoefenen. Naast een brede deskundigheid is elke chirurg binnen de maatschap zowel praktisch als theoretisch verantwoordelijk voor een subspecialisme. De belangrijkste subspecialismen zijn traumatologie, vaatchirurgie, gastro-enterologie, oncologie en longchirurgie. Vanaf 1990 is hier de minimaal invasieve en laparoscopische chirurgie bijgekomen. Minimale invasieve chirurgie houdt in dat de chirurg zo min mogelijk weefsel beschadigt. Bij laparoscopische chirurgie worden operaties via een kijkbuis (laparoscopie) uitgevoerd. De grote verandering is dat bij laparoscopische chirurgie de operatie gebeurt via vier sneetjes van zo'n halve tot één centimeter zonder dat de chirurg direct oogcontact heeft met de operatiewond. Dit vergt uiteraard een andere techniek omdat het operatie gebied slechts via de monitor bekeken kan worden. Voor de patiënt heeft deze aanpak veel voordelen. Het betekent minder weefseltrauma, een verblijf van drie tot vier dagen in het ziekenhuis en na twee tot drie weken weer aan de slag met minimale littekens. Vooral voor de verwijdering van de galblaas is deze methode een grote vooruitgang. In Frankrijk wordt al in 1987 voor de eerste keer zo'n operatie uitgevoerd. Omdat de operatie aanvankelijk in Nederland niet vergoed wordt, volgt Nederland pas in 1990. In de Baronie wordt in april 1991 de eerste laparoscopische galblaasope-

ratie uitgevoerd. Een jaar later staat het aantal operaties al op 33. Gemiddeld worden er jaarlijks ongeveer 160 galblaasoperaties verricht in De Baronie waarvan 80 tot 90% laparoscopisch.

In de orthopedische chirurgie ontstaan door uitbreiding van de kennis van de anatomie van het menselijk lichaam en door de technische ontwikkelingen nieuwe therapeutische mogelijkheden. Dit betreft vooral gewrichtsvervangende operaties, fractuurbehandelingen en kijkoperaties. Bijna alle gewrichten tot aan het polsgewricht toe kunnen niet alleen van binnenuit met videoapparatuur worden bekeken maar ook van binnenuit worden geopereerd (arthroscopische chirurgie).

Ook in de oogheelkunde ontstaan subspecialismen. Moesten patiënten met een netvliesloslating worden doorverwezen naar een academisch ziekenhuis, na de fusie wordt vanuit een grotere maatschap ruimte vrijgemaakt om te specialiseren, waardoor deze patiënten gewoon in Breda behandeld worden. Ook nemen twee Baronie oogartsen in 1993 deel aan het Excimer laser project van het oogziekenhuis in Rotterdam. Met deze laser wordt het hoornvlies behandeld, waardoor de mate van bijziendheid wordt verminderd of zelfs geheel kan verdwijnen.

166 Aanvankelijk werd van de anesthesioloog verwacht dat hij een veilige narcose gaf aan patiënten die een operatie ondergingen. Er ontstaat steeds meer een verschuiving van de werkzaamheden in de richting van intensieve zorg en pijnbestrijding in de postoperatieve fase. De Baronie vervult voor ingrepen in het centrale zenuwstelsel een suprarregionale functie, waardoor extra geïnvesteerd kan worden in geavanceerde apparatuur. Een van de nieuwe ontwikkelingen in 1991 is de pomp waarbij de patiënt zichzelf pijnstillende medicatie toe kan dienen, de Patiënt Gecontroleerde Analgesia (PCA) pomp. De patiënt heeft dus zijn eigen pijnstilling letterlijk en figuurlijk in de hand. In samenwerking met de huisartsen blijkt deze pomp ook in de thuissituatie zeer bruikbaar.

Een van de subspecialismen van de interne geneeskunde is de gastro-enterologie, die zich bezighoudt met de ziekten van maag, darmen, lever en alvleesklier. Houdt de gastro-enteroloog zich aanvankelijk vooral bezig met het voorschrijven van dieet- en rustkuren, door de technische ontwikkelingen beschikt hij nu over een groot aantal diagnostische en therapeutische mogelijkheden. Vooral door endoscopie (het door middel van optische instrumenten bekijken van de binnenkant van maag en darmen) is het mogelijk nauwkeuriger diagnoses te stellen. Daarnaast is het mogelijk behandelingen uit te voeren, waarvoor voorheen een operatie nodig was. Door het volgen van een speciale opleiding van drie jaar kan de aan de Baronie verbonden internist dr. M.C.M. de Rijk in 1992 als gastro-enteroloog worden geregistreerd. Daarmee komt een einde aan de doorverwijzing van patiënten met gecompliceerde maag/darmklachten naar academische ziekenhuizen. In 1994 geeft de minister formeel toestemming om een 0,5

functie eenheid interne geneeskunde om te zetten naar gastro-enterologie.

In vitro fertilisatie of reageerbuisbevruchting wordt in 1993 ook in Breda mogelijk. De eerste 'reageerbuisbaby' Louisa Brown werd in juli 1978 in Engeland geboren. Het klimaat in Nederland voor zo'n behandeling is aanvankelijk erg ongunstig. Ongeveer iedereen is tegen. Eind jaren zeventig ontstaat er onder druk van onvruchtbare echtparen een kentering bij de medische wetenschap. In 1983 wordt in het Dijkzigt Ziekenhuis de eerste Nederlandse reageerbuisbaby geboren. De gynaecologen van het Ignatius Ziekenhuis en Ziekenhuis de Baronie slaan in 1993 de handen ineen en vormen gezamenlijk het Bredase IVF team. Al in het eerste jaar kunnen 20 complete behandelingen worden gerealiseerd en in 1994 al 160 behandelingen.

Omdat reuma het leven van patiënten behoorlijk kan beïnvloeden ontwikkelt de Baronie een multidisciplinaire aanpak. In een gezamenlijk project van de Kruisvereniging Breda en de Baronie in 1993/1994 werkt een verpleegkundig reumaconsulent in het ziekenhuis. Na een positieve evaluatie wordt de projectfunctie omgezet in een reguliere functie. Het team met verschillende specialismen komt wekelijks bij elkaar om de meest adequate behandeling af te stemmen. Naast de traditionele therapieën heeft ook toepassing van chemotherapie een gunstige uitwerking op gewrichtsontstekingen. In sommige gevallen wordt de nieuwe combinatietherapie toegepast, waarbij tegelijkertijd goud- en antimalaria medicijnen gegeven worden. De gecombineerde therapie versterkt de werking van de middelen. Het effect is dus beter en de bijwerkingen zijn minder. In 1994 is in nauwe samenwerking met de afdeling nucleaire geneeskunde van het Ignatius Ziekenhuis gestart met de insputing van de radioactieve stof Yttrium. Behandeling met deze stof bij gewrichtsontstekingen heeft als grootste voordeel dat de patiënt geen operatie en dus geen anesthesie hoeft te ondergaan, waardoor de opnameduur veel korter is.

De pathologische anatomie, die wordt uitgevoerd in een samenwerkingsverband met het Ignatius Ziekenhuis, maakt in 1994 een begin met flowcytometrie. Kwaadaardige tumoren hebben de eigenschap zich uit te zaaien. Aan de hand van de preparaten van de weggehaalde tumor kan met behulp van deze nieuwe techniek een prognose worden gesteld hoe de uitzaaiingen zich ontwikkelen.

In 1995 wordt in het kader van beheersing van de kosten van de gezondheidszorg conform de landelijke afspraken een raamovereenkomst voor een nieuwe honoreringsstructuur voor de specialisten opgesteld. Bij het opstellen zijn zowel de zorgverzekeraars, de medisch specialisten als de ziekenhuisorganisatie betrokken. Via de raamovereenkomst wordt vastgelegd hoeveel patiënten er per jaar op het spreekuur mogen komen en hoeveel onderzoeken er mogen worden gedaan. Dit systeem van productieafspraken kent het ziekenhuis al langer. Nu gebeurt dat dus ook tussen de verzekeraars

en de specialisten. In navolging van het Spaarne Ziekenhuis in Heemstede voert ook de Baronie medio 1996 een podotherapeutisch spreekuur in, waarbij gekeken wordt naar de beste preventie bij diabetische voetafwijkingen. De podotherapeut onderzoekt de voeten van mensen met diabetes, voelt de vaten en slagaders en controleert of er geen wondjes zijn, die problemen kunnen veroorzaken. Met de komst van mevrouw M.H.M. Lemmen krijgt ook de plastische chirurgie in 1996 vaste voet aan de grond.

Veel energie stopt de medische staf in 1997 in het opstellen van een medisch beleidsplan. Dit plan vormt een belangrijk onderdeel van het ziekenhuisbeleidsplan dat in 1998 voor de jaren 1998–2002 vastgesteld wordt. Als speerpunten worden aangemerkt oncologische chirurgie, kindergeneeskunde, oogheekundige microchirurgie en versterking van de reumatologie en geriatrie. Daarnaast is het uitbreiden van het aantal specialistenopleidingen van belang.

Naast de maandelijkse klinische demonstratie ontvangen de huisartsen in 1997 in het verlengde van de invoering van de Kwaliteitswet het Baronienieuws. Daarmee worden zij tien keer per jaar geïnformeerd over belangrijke gebeurtenissen en ontwikkelingen van de Baronie. Ook kent de Baronie een specifiek informatiebulletin voor huisartsen, waarin alle ontwikkelingen op medisch en paramedisch gebied worden belicht en mutaties in de medische staf zijn opgenomen. Eind 1997 ontvangen de huisartsen de eerste diagnostiekwijzer. Deze wijzer beschrijft van elk poliklinisch onderzoek hoe de huisarts het kan aanvragen, waar het plaats vindt, hoe lang het duurt, of er een patiënteninformatiefolder van is en welke voorbereidingen getroffen moeten worden.

Een groep huisartsen participeert vanaf 1998 in de ziekenhuiscontactcommissie. Deze commissie streeft naar een grotere afstemming zoals met betrekking tot de wachtlijstproblematiek, procedures rond acute hulp, de rol van de huisarts bij visitaties, opnamestops en dergelijke en probeert voorstellen te formuleren om knelpunten op te lossen.

Opleidingsziekenhuis

In het overleg tussen de directie en de specialisten wordt geconcludeerd dat het een goede zaak is als de kwaliteit van de medische zorg wordt geborgd door externe visitatie van de eigen wetenschappelijke vereniging. In 1998 worden de specialismen dermatologie, interne geneeskunde en klinische chemie gevisiteerd. Voor de laatste twee geldt zowel een maatschap- als opleidingsvisitatie. In de jaren daarna volgen de overige maatschappen.

Een van de kwaliteitselementen in een ziekenhuis is de opleidingsmogelijkheid voor toekomstige medisch-specialisten. Het is vooral aan de internist dr. P.J. Stijnen te danken dat de Baronie daarin grote stappen kan zetten. Mede dankzij zijn uitstekende contacten sluit de Baronie in 1996 een contract met de Rotterdamse Huisartsenopleiding. De huisarts in opleiding (HAIO) kan nu zo'n acht maanden werken, hetzij op de interne,

hetzij op de chirurgische afdeling. Ook in 1996 krijgt het ziekenhuis na een visitatie van de Specialisten Registratie Commissie (SRC) een erkenning als opleidingsziekenhuis. Dankzij die erkenning is de Baronie bevoegd om arts-assistenten gedurende de eerste twee jaar van hun specialisatie op te leiden in de interne geneeskunde. Om met de daadwerkelijke opleiding tot internist te kunnen beginnen is tevens aansluiting bij een opleidingscluster noodzakelijk. Op 5 november 1997 kan aangesloten worden bij het opleidingscluster interne geneeskunde van het Academisch Ziekenhuis Rotterdam (AZR). Concreet houdt dit in dat pas vanaf 1999 de eerste internist intern opgeleid kan worden. Wel kan in augustus 1997 de eerste Assistent Geneeskunde In Opleiding (AGIO) aan zijn interne vooropleiding voor de specialisatie cardioloog, longarts, geriatr of reumatoloog beginnen. Medio 1998 besluit de Specialisten Registratie Commissie om de erkenning van de Baronie als opleidingsziekenhuis met vijf jaar te verlengen. Een jaar later wordt de opleiding chirurgie aangevraagd en samen met het Ignatius de opleiding voor kinderarts en gynaecoloog. Daarnaast is met de komst van een DNA-laboratorium ook in het klinisch chemisch laboratorium een klimaat voor opleiding ontstaan, zodat ook voor deze sectie een aanvraag wordt ingediend. Uit dit alles blijkt de ambitie van de Baronie om uit te groeien tot een echt opleidingsziekenhuis. In 2000 komt een samenwerking tot stand met het Academisch Ziekenhuis van de Erasmus Universiteit te Rotterdam en wordt de Baronie - weliswaar in combinatie met het Ignatius - een opleidingsziekenhuis.

In 1998 krijgt een werkgroep van de directie opdracht om na te gaan of een stroke-unit gerealiseerd kan worden. Financiële beperkingen maken realisatie voorsnog onmogelijk, maar in 2000 komt de gewenste unit - zij het in afgeslankte vorm - tot stand. Binnen zo'n CVA (Cerebro Vasculair Accident)-unit krijgen patiënten met een hersenbloeding of trombose van een specialistisch behandel- en verzorgingsteam intensieve zorg. Wetenschappelijk is aangetoond dat door deze behandeling meer kans op herstel en minder kans op blijvende invaliditeit bestaat. Door overproductie dreigt er een financieel tekort, dat niet meer door de geslonken reserves opgevangen kan worden. Om budgettaire redenen wordt het operatieprogramma aangepast en op 1 juni 1999 wordt de verpleegafdeling van de longgeneeskunde (unit 11) gesloten. Beide maatregelen blijken overigens maar een beperkt effect te resulteren.

Vrienden van de Baronie

Interim medisch-directeur Kammeraat stelt in 1989 het bestuur voor om te komen tot een stichting Vrienden van het Interconfessioneel Ziekenhuis de Baronie. Doel van de stichting is naast versteviging van de band van het ziekenhuis met de bevolking c.q. patiënten ook fondsenwerving voor speciale projecten. Het bestuur neemt zijn voorstel over en belast drie bestuursleden met de nadere uitwerking. Begin 1991 zijn de conceptstatuten klaar, die in de eerstvolgende bestuursvergadering worden vastgesteld. Het bestuur van de stichting bestaat uit vier bestuursleden, een directielid

en twee externe leden. Begin 1992 wordt de stichting 'Vrienden van het Interconfessioneel Ziekenhuis de Baronie' formeel opgericht. In de volgende jaren worden projecten gerealiseerd als een geluidsinstallatie in de verloskamers, een videocircuit tussen de couveuseafdeling en afdeling verloskunde (waardoor moeders vanuit hun bed op verloskunde kunnen zien hoe hun baby wordt verzorgd), een videoprojectiescherm voor patiëntenvoorlichtingsavonden, een bijdrage aan een oefenbad voor (reuma) patiënten, een slaap-cd en de aanleg van een bad voor psoriasispatiënten. Eind 1998 zorgen de Vrienden voor kleur op de kinderafdeling: voor elfduizend gulden mag nieuw meubilair worden uitgezocht. De meubeltjes zijn uitgevoerd in de Dick Bruna kleuren rood, geel, groen en blauw.

Regionale samenwerking

De belangrijkste focus van bestuur en directie na de totstandkoming van Ziekenhuis de Baronie is de realisering van de gebouwelijke integratie op de locatie Langendijk. Op 1 november 1993 is dit een feit en ontstaat er ruimte om meer aandacht aan regionale samenwerking te besteden. Zo vindt in 1994 een bijeenkomst plaats van de leden van bestuur en directie van het Ignatius en van de Baronie. Doel van dit gesprek is naast een nadere kennismaking het onderzoeken van (verdere)samenwerkingsmogelijkheden. Er blijken voldoende aanknopingspunten voor het vervolgoverleg. In mei 1995 spreken het Ignatius in Breda en het Pasteur Ziekenhuis in Oosterhout het voornemen uit om te komen tot een strategische alliantie op basis van gelijkwaardigheid. Daarbij wil men komen tot een tripartiete overeenkomst met de Baronie. Deze samenwerking moet leiden tot een medisch specialistische samenwerking tussen de ziekenhuizen en een geografische afstemming. De directies van de drie ziekenhuizen komen diverse malen bij elkaar, dit overleg leidt begin 1996 tot een nadere motivering voor de samenwerking en tot een intentieverklaring voor het aangaan van een (niet vrijblijvende) strategische alliantie. Vooralsnog blijft de alliantie zonder een formele juridische binding. Besturen en directies ondertekenen op 27 september 1996 de alliantie, waarmee een stap wordt gezet tot een verdere operationele samenwerking om de patiëntenzorg in de regio te verbeteren door de zorg meer op elkaar af te stemmen. Verder kunnen 24-uurs diensten gemakkelijker opgevangen worden en ontstaan meer mogelijkheden voor de ontwikkeling van subspecialisaties. In de sector van de klinische chemie is het streven erop gericht door samensmelting van de drie afzonderlijke laboratoria te komen tot één klinisch chemisch- en hematologisch laboratorium. Ondanks veel regionaal overleg is eind 1997 de constatering dat er vooral voor samenwerking van cardiologie nog steeds geen concrete resultaten zijn geboekt. Dit heeft alles te maken met de onwrikbare opstelling van de cardiologen van het Ignatius en de Klokkenberg. De bereidheid ontbreekt om daadwerkelijk met de Baronie-cardiologen samen te werken. Discussies lopen steeds vast op het feit dat samenwerking mooi is voor de gezamenlijkheid van de zorg, maar dat gezamenlijkheid slecht is voor het eigen ziekenhuis. Het resultaat is dat er niets gebeurt. Het bestuur van de Baronie heeft

geen vrede met deze situatie. Het verzoekt de minister schriftelijk, overigens tot ongenoegen van het Ignatius Ziekenhuis, bindende voorschriften uit te vaardigen om uit de impasse te komen.

Amphia Ziekenhuis

In de lente van 1998 roept de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, mevrouw dr. E. Borst-Eilers, het Ignatius Ziekenhuis en de beide andere alliantie ziekenhuizen ter verantwoording. Zij vraagt informatie over de mate waarin is voldaan aan de door haar in haar brief van 18 oktober 1996 gestelde voorwaarden voor het behoud van het thoraxcentrum in de stad Breda. De voorwaarden zijn: gestructureerde hechte samenwerking tussen de ziekenhuizen, hechte samenwerking tussen de cardiologen van de regio Breda/Oosterhout en het scheppen van een opleidingsklimaat in het Ignatius Ziekenhuis. Indien niet aan deze voorwaarden wordt voldaan, zo schrijft de minister in haar brief van 5 juni 1998, ziet zij zich genooddaakt haar beslissing om het Ignatius Ziekenhuis vergunning voor hartchirurgie te verlenen te heroverwegen. Voor de drie ziekenhuizen is deze ministeriële boodschap reden om de tot dan toe feitelijke vrijblijvende alliantie om te zetten in een Taak Commissie Alliantie, die bestaat uit een delegatie van de medische staven en directies van de drie ziekenhuizen. Deze commissie staat onder leiding van de arts dr. M.A. Dutrée, medewerker van bureau Berenschot. Al snel komt deze commissie tot de conclusie dat gestructureerde, hechte samenwerking tussen de drie ziekenhuizen het beste gewaarborgd is met een fusie, ondanks alle problemen die dat met zich meebrengt: door fusie ontstaat een grote organisatie met drie gebouwen, die alle drie nog zeker vijftien jaar mee moeten. Op 1 oktober 1998 maakt de Commissie plaats voor de Stichting Fusie Voorbereiding. Deze stichting bestaat uit een Raad van Toezicht waarin twee leden van elke Raad van Toezicht participeren; een Raad van Bestuur, waarin de directies van de drie ziekenhuizen zitten; en een Medisch College met twee vertegenwoordigers van elk van de stafbesturen. Daarnaast kent de stichting een platform ondernemingsraden dat per ziekenhuis bestaat uit twee vertegenwoordigers van elke ondernemingsraad. In januari 1999 informeert men de minister per brief over de voortgang. De belangrijkste resultaten zijn: partijen hebben de wens uitgesproken om in 2001 te fuseren, er is een stappenplan opgesteld dat de te ondernemen activiteiten beschrijft om tot een fusie te komen, per 1 januari 1999 is er een samenwerkingsverband cardiologie stadsgewest Breda/Oosterhout en per 1 januari 2000 is er een regiomaatschap, de kinderartsen en gynaecologen hebben hun gemeenschappelijke zorgvisies opgesteld. Deze zorgvisies lopen parallel met het besluit van de drie ziekenhuizen om in de Baronie een vrouw- en kindcentrum te concentreren.

Daarnaast is er een regionale opleidingscommissie met als taak kennis en kunde op het gebied van opleidingen uit te dragen en een coördinerende rol te spelen. Ook is er een regionale vacaturecommissie waarin vacatures voor specialisten en managementfuncties worden bekeken. Op 2 maart 1999 wordt het beleidskader voor de toekomst

vastgesteld. Deze gezamenlijke langetermijnvisie voorziet in een interventiecentrum waar complexe en dure multidisciplinaire diagnostiek en behandeling plaatsvinden. Dit interventiecentrum heeft in plaats van de gezamenlijke 1300 bedden slechts 800 bedden ter beschikking. Dit aantal correspondeert met de ministeriële norm van twee bedden per duizend inwoners in een regio van ongeveer 400.000 inwoners. Omdat de gebouwen van de ziekenhuizen nog relatief nieuw zijn kan zo'n interventiecentrum pas na 2010 op één locatie effectief gerealiseerd worden. Op 14 juni 1999 wordt formeel het sociaal plan voor de fusie (Ignatius – Pasteur - Baronie) getekend. Dit sociaal plan is in grote lijnen identiek aan het plan van de fusie St. Laurens en Diaconessenhuis. Alle medewerkers die op 23 april 1999 in vaste dienst zijn van een van de drie ziekenhuizen krijgen een werkgarantie. De fusiebesprekingen worden in 2000 afgerond met het formele besluit om het Pasteur Ziekenhuis te Oosterhout en de Bredase ziekenhuizen Ignatius en de Baronie per 1 januari 2001 te fuseren tot één ziekenhuis, het Amphia Ziekenhuis.

De betekenis van het Diaconessenhuis in Breda, samenvatting en conclusie

De zeer gedreven Nederlands Hervormde dominee J.W. Berkelbach van der Sprenkel stond samen met de Bredase KNO-arts dr. T. Gori aan de wieg van het Diaconessenhuis in Breda. Berkelbach was geïnspireerd geraakt door het voorbeeld van zijn Duitse collega dominee Fliedner. Het getuigde van moed en lef om in een overwegend katholiek milieu een nieuw ziekenhuis te stichten voor de protestantse bevolking in Breda en de regio West-Brabant. Zeker gezien de aanwezigheid in Breda van een reeds functionerend katholiek ziekengasthuis. De start op 1 maart 1890 was zeer bescheiden in een (verbouwd) woonhuis aan de Middellaan in het centrum van Breda. De verpleging werd verzorgd door verpleegsters, die door het Haagse Diaconessenhuis beschikbaar waren gesteld. Het Diaconessenhuis kreeg vaste voet aan de grond toen een lid van het damescomité na een geneeskundige opleiding in 1893 als besturend zuster kon worden aangesteld. Onder leiding van Moeder Koomans stond het Diaconessenhuis op eigen benen. Zij had een weinig benijdenswaardige functie omdat er nauwelijks verpleegsters beschikbaar waren. Ook landelijk was er een gebrek aan geschoold verplegend personeel. Hoewel Berkelbach al in 1892 uit Breda vertrok bleef hij wel aan de touwtjes trekken. Het feit dat de dominee (en Moeder Koomans was het met hem eens) vond dat hij vooraf in alle besluiten gekend moest worden leidde in 1893 tot het opstappen van de voorzitter en een lid van het damescomité. Pas na de bestuurscrisis in 1916 trad hij terug als adviseur (maar bleef nog wel lid van de vereniging).

Het Diaconessenhuis bleek snel in een behoefte te voorzien en was na vier jaar al te klein. Daarom verhuisde men naar een nieuwe locatie aan de Nieuwe Huizen in Breda, die voor f5000 kon worden aangekocht. Rond 1900 was het aantal verpleegdagen gestegen tot 3088, zodat opnieuw uitgekeken moest worden naar een nieuw en groter ziekenhuis. Toen men over middelen beschikte werd grond aangekocht aan de Wilhelminasingel. In 1902 werd het veertig bedden tellende nieuwe ziekenhuisgebouw naar een ontwerp van architect Bourdrez betrokken.

Het vertrek van Moeder Koomans in 1914 was het begin van een lastige periode. Het verzoek om

hulp aan de overige Diaconessenhuizen om met name een besturend zuster ter beschikking te stellen, maar dan wel op Bredase condities, leidde tot een gebrouilleerde relatie. Deze situatie zou tot 1931, toen het Huis lid werd van de Bond van Diaconessenhuizen voortduren. Het was met name aan de toenmalige voorzitter ds. F. Loeff te danken dat het Diaconessenhuis in een periode van zes jaar met vier wisselingen van besturend zuster op de ingeslagen weg voort bleef gaan. Met de benoeming in 1920 van Mevr. C. Thomee-van Lopik als besturend zuster zou er weer (gedurende een periode van elf jaar) rust komen.

Financiële zorgen voor het ziekenhuis met wisselende inkomsten en onverwachte uitgaven waren er steeds. Het Diaconessenhuis was vanaf het begin (en dat zou zeker zo'n zestig jaar blijven) volledig dan wel grotendeels afhankelijk van giften. Het Diaconessenhuis kon echter steeds terugvallen op een zelfbewuste en trouwe achterban, die zich veel moeite getroostte om het 'eigen' ziekenhuis in stand te houden. Niet in het minst werden de middelen bij elkaar gebracht door de protestantse bevolking in de Westhoek van West-Brabant. Veel later zou in het gebouw aan de Langendijk een vleugel naar de Westhoek worden genoemd als dankbetuiging voor hun jarenlange financiële ondersteuning. Ontelbaar zijn de vele acties voor de inrichting, de instandhouding van het gebouw en voor de exploitatie van het Huis. Was bij de start van het Diaconessenhuis het kunnen geven van geneeskundige zorg het belangrijkste, naarmate de tijd vorderde ontkwam men er niet aan om ook een redelijk verpleegtarief in rekening te brengen. Daarbij werd gepoogd om met de andere Bredase ziekenhuizen één lijn te trekken wat lang niet altijd lukte. Anderzijds stegen mede door het beperkte aantal diaconessen de jaarlijkse personeelskosten. Evenmin lukte het altijd gezien de slechte economische situatie om het vastgestelde verpleegtarief ook daadwerkelijk te innen. Daarom ontstonden er rondom het ziekenhuis allerlei fondsen (zoals het Halve Stuiverfonds, het Vrijbedfonds, Dr.Bossers-Rijdsdijk fonds), die het mogelijk maakten om patiënten die buiten de zorg van het armbestuur vielen gratis te kunnen verplegen. Met de opbrengsten van het ('t Sas-Vetter) Linnenfonds kon jaarlijks aan het ziekenhuis een pakket handdoeken en bedlinnen worden geschonken.

Het liefdewerk van de bestuursleden verklaarde waarschijnlijk hun soms hard lijkende houding, zeker in de beginperiode, tegenover het personeel. Het bestuur verwachtte eenzelfde opvatting van het personeel in Huis. Men besepte niet dat voor het merendeel van de personeelsleden vanaf 1893 hun werk een activiteit was die een redelijk bestaan mogelijk moest maken. Uiteraard verschoof wat redelijk geacht kon worden in de loop der jaren. Wat het louter materiële aspect betreft zorgden de verplichte cao's in de jaren zestig voor het personeel voor een duidelijke verbetering. Het maakte een einde aan de situatie dat elke verbetering van de arbeidsvoorwaarden in het licht van de diaconessengedachte eigenlijk als een gunst moest worden beschouwd.

Hoewel de in 1894 ingerichte operatiekamer volgens Gori uniek was voor de regio waren de verpleegkundige hulpmiddelen zeer beperkt. De beperkte grootte van het ziekenhuis en de financiële beperkingen beïnvloedden de grenzen van de aanschaf van medische voorzieningen. In 1924 kon dankzij de privé investeringen van de dienstdoende artsen een laboratorium worden ingericht. Een jaar later kon met de financiële hulp van een comité uit de Westhoek een röntgenapparaat worden aangeschaft. In 1927 kon wederom dankzij extra giften een diathermieapparaat worden aangeschaft. Mede dankzij de chirurgen dr. Cartier van Dissel (tevens vrouwenarts), die van 1901 tot 1932 aan het Diaconessenhuis verbonden was en dr. Van Hilten (werkzaam vanaf 1925) kreeg het

Diaconessenhuis naam en faam in Zuid Nederland. Juist daardoor waren ook andere specialisten geïnteresseerd en bereid om in het Diaconessenhuis te komen werken. Op initiatief van de arts/röntgenoloog dr. Abegg wordt in 1940 voor f15.000 nieuwe apparatuur voor röntgentherapie en diagnostiek aangeschaft. Deze investering blijkt al heel snel zijn geld op te brengen.

In 1942, midden in de Tweede Wereldoorlog, werd geconstateerd dat het gebouw aan het Wilhelminapark te klein was geworden en op geen enkele manier na veertig jaar nog voldeed aan de eisen des tijds. In afwachting van het einde van de oorlog werden er plannen gemaakt voor de nieuwbouw. Een financiële commissie bracht in 1944 binnen drie maanden een bedrag van f75.000 bijeen om de benodigde grond aan te kunnen kopen. Het zou daarna nog dertien jaar duren voordat in 1957 aan de Langendijk de eerste schop in de grond gestoken kon worden. Kon men in 1902 met een investering van f100.000 volstaan, het nieuwe Diaconessenhuis naar een ontwerp van de architect Duintjer vergde een investering van f8.000.000.

Al in 1940 verzocht besturend zuster J. Broeren aan het bestuur om een geneesheer-directeur aan te trekken. De geesten waren er echter toen nog niet rijp voor. Pas in 1950 werd de uit Utrecht afkomstige arts H. Buijs benoemd tot de eerste geneesheer-directeur van het Diaconessenhuis. De ingebruikname van het nieuwe gebouw aan de Langendijk met tweehonderd bedden was voor het bestuur aanleiding om de directie fors uit te breiden. Naast de geneesheer-directeur en de besturend zuster E. Smit werd er ook een waarnemend besturend zuster en een economisch directeur aangetrokken. Toen er in 1960 een nieuwe predikant kwam werd hij zeer tegen de zin van de zittende directieleden ook tot directielid benoemd. Het is dan ook niet verbazingwekkend dat deze vooral door de toenmalige voorzitter ds. Van Voorthuysen doorgedrukte benoeming niet heeft geleid tot een harmonieuze samenwerking in de directie. Na zeven jaar verzocht ds. De Bruin dan ook hem te ontheffen van zijn directiefunctie. Deze directiefunctie zou niet meer opnieuw worden ingevuld. Gedurende zijn dertigjarig dienstverband drukte Buijs als geneesheer-directeur een grote stempel op het Diaconessenhuis.

Het aantal Bredase diaconessen zou in de loop der jaren steeds beperkt blijven. Desondanks bood het Bredase Huis voor bepaalde diaconessen een veilige thuisbasis. Men voelde zich thuis in de liberale sfeer in Breda en wees bijvoorbeeld de beklemmende atmosfeer van het Bronovo Ziekenhuis in Den Haag af. Uiteindelijk zouden tussen 1896 en 1966 slechts 48 diaconessen in Breda worden ingezegend. De eerste besturend zuster Moeder Koomans was een Bredase diacones en dat gold ook voor de laatste besturend zuster W. Deurman.

Vanaf de Tweede Wereldoorlog begon het karakter van het Diaconessenhuis als ziekenhuis voor protestantse patiënten te veranderen. Een groeiend aantal katholieken koos er bewust voor om in het Diaconessenhuis opgenomen te worden. Na de opening van de locatie aan de Langendijk was het aantal katholieke patiënten snel in de meerderheid. Om recht te doen aan het feit dat zo'n 60% van de patiënten rooms katholiek was, werd in 1970 een katholieke pastor in dienst genomen. Vanaf de jaren zestig zou het Diaconessenhuis zich steeds meer als een wijkziekenhuis gaan ontwikkelen. De geestelijke verzorging liep met deze ontwikkeling parallel. Bij de start van het Diaconessenhuis was de geestelijke verzorging voor het grootste gedeelte gericht op de zusters zelf. Door middel van Bijbelcursussen en algemeen vormend onderwijs werden de nauwelijks opgeleide (aspirant) verpleegsters ingewijd in het diaconessenwerk. Door de veranderende positie van het christelijk ge-

loof en de kerken eind jaren zestig kwam de nadruk van de geestelijke verzorging bij het personeel meer op vorming te liggen. Langzaamaan verschoof de primaire aandacht naar de patiënt. Naast de kerkelijke vieringen werd steeds gezocht naar een efficiënte manier om met de patiënten in contact te komen. Dit zou uiteindelijk uitmonden in het bieden van een luisterend oor op het moment dat de patiënt daar zelf behoefte aan had.

De meningen tussen bestuur en directie over de gewenste bestuurlijke structuur (bestuur/directie t.o.v. Raad van Toezicht model) liepen nogal uiteen. Pas in 1969 liet het bestuur de topstructuur doorlichten. Tot aan de fusie in 1987 zou de structuur niet geheel bevredigend kunnen worden geregeld. Van invloed hierbij is ongetwijfeld geweest de principiële opvatting van het bestuur onder aanvoering van de krachtige voorzitter jhr. mr. H.P.J. Quarles van Ufford, dat het bestuur een (bijna) onvervreembare eindverantwoordelijkheid droeg voor het ziekenhuis. Overigens is het mede dankzij deze voorzitter dat het Diaconessenhuis er in het medische mijnenveld van over samenwerking en fusie rollebollende ziekenhuizen steeds redelijk op koers is gebleven en zich steeds met open vizier heeft proberen te verstaan met de andere partners in Breda.

Een fusie van het Diaconessenhuis met een ander algemeen Bredaas ziekenhuis was niet onverwacht na de ontwikkelingen inzake samenwerking in de ziekenhuiswereld in en rond Breda sinds 1969.

De samenwerking kende hoewel de bereidheid ertoe zeker bestond overigens veel ups en downs. Samenwerking om kosten te besparen of extra faciliteiten mogelijk te maken is echter wat anders dan fusie. Dat nauwe samenwerking niet gemakkelijk te verwezenlijken was bleek uit de elkaar opvolgende plannen. De medio oktober 1979 door toedoen van het bestuur van het Medisch Centrum de Klokkenberg op het laatste nippertje afgeketste samenwerking van het Diaconessenhuis met de hartkliniek van de Klokkenberg is wel het meest sprekende voorbeeld. Er zaten toen al gedurende de gehele voorbereidingstijd twee bestuursleden van het Huis in het bestuur van de Klokkenberg en er was door het Diaconessenhuis al speciale apparatuur voor hartonderzoek aangeschaft en opgesteld. Achteraf moet gesteld worden dat het onvoorstelbaar is dat een in zijn voortbestaan bedreigd medisch centrum in een stad met drie ziekenhuizen de hartchirurgie gaat ontwikkelen en na 20 jaar na een interne strijd om de macht roemloos ten onder gaat. Een vergelijkbare situatie deed zich voor bij het medisch laboratorium (SML) van Scholtis. De ontwikkelingen bij beide centra hebben de onderlinge verhoudingen gedurende al die jaren continu op scherp gezet en ongelofelijk veel negatieve energie gekost.

Naar samenwerking werd vooral gezocht om het Diaconessenhuis met de tijd mee te kunnen laten gaan door toename van het aantal (sub) specialismen en het bezit van nieuwe en kostbare apparatuur, die ten volle benut moest kunnen worden om lonend te zijn. Zelfs na de nieuwbouw en de erop aansluitende uitbreidingen uit 1959-1970 was het ziekenhuis nog maar middelgroot. In 1959 begon men aan de Langendijk met 185 ziekenhuisbedden (exclusief de 25 bedden van Aeneas). Eind 1976 was het aantal bedden in drie stappen van 210 tot 261 gegroeid en had het ziekenhuis een perspectief op uitbreiding tot 325. Dit zou aan de relatief kleine omvang ten opzichte van het grotere Ignatius niet veel veranderen. In dit licht is het niet verwonderlijk dat vooral de medische staf een fusie met het rooms-katholieke St. Laurens Ziekenhuis nastreefde. Verschillende stafleden werkten al in beide ziekenhuizen. Daar tegenover stond de visie van het bestuur en de directie, die vast wilden blijven houden aan de zelfstandigheid en de eigen identiteit. Deze twee tegengestelde principes

zorgden regelmatig voor spanningen in Huis.

De wijze van financiering van ook de particuliere ziekenhuizen door de overheid had tot grote veranderingen in het functioneren van het bestuur geleid. Eigenlijk was het bestuur sinds de bouw van het nieuwe ziekenhuis aan de Langendijk door de daarvoor benodigde miljoenenleningen al geen baas meer in eigen huis. Vooral door de overheidsmaatregelen, die de bevoegdheden van de paragouvernementele organisaties vergrootten, werd de speelruimte steeds beperkter. De lonen werden overal gelijk, de tarieven aan regels gebonden, de budgetten van hogerhand vastgesteld. Het aantal ziekenhuisbedden werd per regio bepaald. Kortom het kader waarin het bestuur zijn beslissingen nam veranderde ingrijpend en was bovendien voortdurend aan verandering onderhevig. De laatste en niet de makkelijkste stap waarmee men in het kader van de genoemde problematiek werd geconfronteerd was fusie. Bestuur en directie van de beide ziekenhuizen hadden lang moeite met het opgeven van de eigen identiteit. Het bestuur van het Diaconessenhuis was daarbij in zoverre in het voordeel dat vrijwel vanaf het begin vaststond dat het eigen ziekenhuis door de van recentere datum bestaande locatie en de ruimte voor nieuwbouw, de kern zou vormen van het nieuwe ziekenhuis. Toch zou men op organisatorisch en reglementair gebied concessies moeten doen. Ontslagen zouden nauwelijks nodig zijn. Sinds de Klokkenberg-affaire hadden er al vrij nauwe banden met het bestuur van het St. Laurens Ziekenhuis bestaan. In oktober 1984 werd ten slotte het principebesluit tot de fusie genomen. In oktober 1986 was men ook door toestemming tot (ver)nieuwbouw van overheidswege zo ver gevorderd dat het bestuur en de directie van beide ziekenhuizen geïntegreerd konden worden. In de drie maanden voorafgaande aan de fusie vergaderden formeel nog de twee

176 oude besturen met het bestuur van de nieuwe Stichting Interconfessioneel Ziekenhuis de Baronie. Per 1 januari 1987 werd de fusie geëffectueerd. Daarna begon een lastige periode. Integreren, maar vooralsnog werken op twee locaties tot het moment in november 1993 de gebouwelijke integratie een feit zou zijn. Ondanks een snelle benoeming van de hoofden van de afdelingen en een goed sociaal plan waren deze jaren met name voor de medewerkers zeer lastig. Voor de meeste medewerkers bleef de vraag in welke functie ze uiteindelijk geplaatst zouden worden in de lucht hangen. Achteraf beschouwd bleek bij de meeste medewerkers het gevoel te overheersen dat het fusieproces zorgvuldig was verlopen. Wat niet wegneemt dat in individuele gevallen medewerkers teleurgesteld waren omdat ze niet benoemd konden worden in de functie van hun voorkeur.

Vanaf de start in 1987 maakte de Baronie grote stappen. In goede harmonie tussen raad van toezicht/bestuur, directie, medische staf en personeel werd structureel gewerkt aan een kwalitatieve groei en uitbouw van de medische dienstverlening en werd de Baronie ook een opleidingsziekenhuis. Als kwaliteitszorgsysteem werd gekozen voor een aangepaste versie van het INK-model. De fusie bood nieuwe mogelijkheden. Er konden nieuwe subspecialismen worden gerealiseerd zoals de opening van een geriatrie afdeling. Door de bundeling van krachten bleek de aanschaf van nieuwe geavanceerde apparatuur (MRI, CT-scan) mogelijk.

Het zicht op een verdere integratie kwam niet helemaal uit de lucht vallen toen in 1998 de minister van VWS structurele samenwerking eiste als voorwaarde voor het behoud van de thoraxfunctie in de regio Breda. De strategische alliantie tussen Ignatius, Pasteur en de Baronie bestond al. De gedachte was om in zo'n tien jaar naar een totale eenwording te groeien. Het was immers niet meer denkbaar dat in een stad met ruim 150.000 inwoners twee middelgrote ziekenhuizen naast

elkaar bleven bestaan. Er waren voldoende redenen om op langere termijn samen te gaan zoals de landelijk gewenste reductie van bedden, het streven van de overheid naar minder ziekenhuizen, de subspecialisatie eisen en de behoefte om ook patiënten met moeilijke aandoeningen te kunnen helpen. De nieuwe fusie kwam echter te vroeg omdat zij zoveel interne ontwikkelingen doorkruiste. De ministeriële eisen zorgden voor een onverwachte stroomversnelling en maakte het onmogelijk de uitgestippelde weg voor de Baronie te vervolgen. Veertien jaar na de fusie tussen St. Laurens Ziekenhuis en Diaconessenhuis en zeven jaar na de gebouwelijke integratie van het fusieziekenhuis de Baronie kwam er een samenvoeging van de Baronie met het Ignatius en Pasteur Ziekenhuis en per 1 januari 2001 was het nieuwe Amphia Ziekenhuis een feit.

Ondanks de lange en moeilijke weg beschikt Breda nu over een opleidingsziekenhuis inclusief een niet-academisch hartchirurgisch centrum, dat als een topvoorziening gezien mag worden voor de in de regio Breda woonachtige bevolking. De door het Amphia Ziekenhuis aangekondigde concentratie van gebouwelijke voorzieningen zal er toe leiden dat na de sloop van het gebouw aan de Langendijk de fysieke restanten van het Diaconessenwerk in Breda zo'n honderddertig jaar na de start in 1890 daadwerkelijk zijn verdwenen.

177

Bijlage 1

Overzicht bestuursleden

Voorzitter

1890 - 1892	ds. J.W. Berkelbach van der Sprenkel
1892 - 1893	mevr. J.P. Gori-van Emden
1893 - 1899	mevr. A. Verschoor–Beynen
1899 - 1916	L.G.C. barones van Heeckeren van Waliën–Van Thije Hannes
1916 - 1931	ds. F.J.J. Loeff
1931 - 1933	ds. B. Ter Haar Romeny
1933 - 1939	ds. dr. H. van Oyen
1939 - 1940	E.H. baron Prisse (waarnemend voorzitter)
1940 - 1945	ds. A.P. Mijnaerends
1945 - 1946	J.C. Hardeman (waarnemend voorzitter)
1946 - 1967	ds. C.E. van Voorthuysen
1967 - 1981	jhr. mr. H.P.J. Quarles van Ufford
1981 - 1984	B. van Wouwe
1985 - 1986	H.A. Reineke

Secretaris

1890 - 1890	mr. E.R.E. Brants
1890 - 1890	H.E. Antink
1892 - 1893	mej. A. Sutherland
1893 - 1902	mej. L. Scherer
1902 - 1916	mej. Paulus
1916 - 1925	mr. dr. J.A.G. baron de Vos van Steenwijk
1925 - 1926	mej. E.B. Loder
1926 - 1930	G.H. Fraser (generaal b.d.)
1933 - 1933	ds. dr. H. van Oyen (waarnemend)
1933 - 1943	mr. J.P. van den Brink (huispenning)
1943 - 1950	B.C. Jaspers
1950 - 1955	mr. A. Bisschop Boele
1955 - 1969	dr. L.H. Louwe Kooijmans
1970 - 1974	ir. A.S. de Clerq
1974 - 1981	mr. J.O.H. Jens
1981 - 1984	H.A. Reineke
1984 - 1986	mr. E.A. Maan

Penningmeester

1890 - 1890	H.E. Antink
1892 - 1893	mej. N. Koomans
1893 - 1894	mej. J. de Lint

1895 - 1898	mej. B. Dudok van Heel
1898 - 1916	Angelin freule de Hartitzsch
1916 - 1916	mevr. C. van Bergen–de Bergh
1916 - 1920	A. Krüsemann
1921 - 1929	L.U. Stenis
1930 - 1932	G. Berghuis
1933 - 1963	H.C. van Woerden
1963 - 1964	mr. dr. ir. A.W.F. Middelberg
1964 - 1970	D.J. Brand
1970 - 1982	drs. C.C. Haspels
1982 - 1986	K. de Geus

Bestuursleden

1892 - 1896	mevr. Stutterheim–van ’t Hooft
1892 - 1894	mevr. Kuijck–Pels Rijcken
1893 - 1899	mevr. Verschoor-Beijnen
1894 - 1916	mej. M. Pels Rijcken
1896 - 1916	barones E. van Heeckeren van Walien – van Thije Hannes
1899 - 1900	mevr. Storm van ’s Gravezande – van Hoboken
1900 - 1916	mevr. Kuylman-Heijdanus
1907 - 1931	mevr. Wijnaendts – barones Quarles de Quarles
1916 - 1918	jhr. mr. A. Reigersman
1916 - 1941	mevr. C. Van Bergen-de Bergh
1916 - 1932	mevr. L. Fraser–Reijers
1916 - 1925	mr. dr. J.A.G. baron de Vos van Steenwijk
1916 - 1926	mej. E.B. Loder
1916 - 1920	A. Krüsemann
1917 - 1921	mr. F.E. Pels Rijcken
1919 - 19	ds. B. Ter Haar Romeny
1921 - 1926	ds. J.J. van de Wall
1921 - 1925	A.W. Zijlmans
1921 - 1924	D. v. Dis Dj zn.
1926 - 1940	G.H. Fraser, generaal b.d.
1925 - 1946	E. Baron Prisse
1926 - 1933	ds. B. Ter Haar Romeny
1929 - 1935	G. Berghuis

1931 - 1937 J.J. Wallien
 1932 - 1963 H.C. van Woerden
 1933 - 1937 mevr. E. Bolomey-Waldeck
 1933 - 1954 mevr. A.P. Hardeman-van der Hout
 1933 - 1941 ds. dr. H. van Oyen
 1933 - 1943 mr. J.P. van den Brink
 1937 - 1940 dr. W. van Gulden
 1938 - 1968 W.L.F. barones Prisse - jkvr. Röell
 1939 - 1962 mevr. W. H. Swellengrebel - van Rossum
 1940 - 1958 J.C. Hardeman (generaal-majoor b.d.)
 1941 - 1956 B.C. Jaspers
 1943 - 1945 mr. M. Bos
 1946 - 1967 ds. C.E. van Voorthuysen
 1947 - 1963 mr. A. Bisschop Boele
 1953 - 1954 A.P. van de Hil Jzn.
 1954 - 1955 C.A. van der Hooft
 1955 - 1969 dr. L.H. Louwe Kooijmans
 1956 - 1964 H.L. Sixma baron van Heemstra
 1957 - 1971 W.A. Schouten
 1958 - 1972 O. Dijkstra
 1962 - 1984 mevr. M. S. Overwater - den Boer
 1963 - 1981 jhr. mr. H. Ph. J. Quarles van Ufford
 1963 - 1964 mr. dr. ir. A.W.F. Middelberg
 1964 - 1970 D.J. Brand
 1965 - 1982 mevr. F. Vondeling - Jansen
 1967 - 1973 drs. J. Groen
 1967 - 1977 H.J. Kars
 1970 - 1974 ir. A.S. de Clercq
 1970 - 1982 drs. C.C. Haspels
 1971 - 1982 ir. A.J. Kooreman
 1971 - 1984 H.J. Schakel
 1973 - 1981 mr. J.O.H. Jens
 1976 - 1986 ir. C.A. Smink
 1976 - 1979 J.C. Versteeg
 1980 - 1986 H.A. Reineke
 1981 - 1984 mevr. C.E. van der Hoog - de Brauw
 1981 - 1986 B. van Wouwe
 1982 - 1986 J. Bavinck
 1982 - 1986 mr. E.A. Maan
 1982 - 1986 K. de Geus
 1984 - 1986 mevr. W. Bleeker - van Lingen

1984 - 1986 mevr. J. Kerssies - Wiechers
 1984 - 1986 drs. J.W. Schipper
Ereleden
 1931 ds. F.J.J. Loeff
 1952 mej. E.B. Loder
 1963 H.C. van Woerden
 1967 ds. C.E. van Voorthuijsen
 1978 mevr. W.L.F. Prisse - jkvr. Röell
 1982 jhr. mr. H.Ph.J. Quarles van Ufford
Leden
 1916 - 1925 mr. dr. J.A.G. baron de Vos van Steenwijk
 1916 - 1916 mr. M. Tydeman jr.
 1916 - 1931 mevr. Wijnaendts - barones Quarles de Quarles
 1916 - 1933 mr. F. Couvée
 1916 - 1952 mej. E.B. Loder
 1916 - 1918 jhr. mr. A. Reigersman
 1917 - 1953 mevr. J.M. Tydeman - Verloren van Themaat
 1917 - 1947 mr. F.E. Pels Rijcken
 1917 - 1925 A.W. Zijlmans
 1919 - 1933 ds. B. ter Haar Romeny
 1920 - 1927 ds. J.J. van der Wall
 1921 - 1934 J.S. Breure Lzn.
 1921 - 1924 D. van Dis Jzn.
 1921 - 1922 ds. A. van Kooten
 1921 - 1949 D.E. van Suylekom
 1921 - 1925 A. Krijn Timmers
 1921 - 1951 mevr. Van Rossum - van Vlissingen
 1921 - 1953 mevr. J.L. Henkes - d'Arnaud Gerkens
 1921 - 19 J. Bieze Lzn.
 1922 - 1932 mevr. C.J. Bossers - Rijdsdijk
 1925 - 1931 A.C. van Drimmelen
 1925 - 1965 E. baron Prisse
 1926 - 1962 D. Smits
 1926 - 1940 G.H. Fraser (generaal b.d.)
 1929 - 1930 ds. J.H.H. van Beem
 1929 - 19 F.J.L.H. 't Sas sr.
 1929 - 1932 G. Berghuis
 1930 - 19 D.W. van Ouwerkerk
 1931 - 1937 J.J. Wallien
 1932 - 1953 mevr. E. Bolomey - Waldeck
 1932 - 1939 mevr. dr. A.A.S. Höweler - Wieten

1932 - 19 mevr. A.P. Hardeman - van der Hout
 1932 - 1943 C. Dane Gzn.
 1932 - 1941 ds. dr. H. van Oyen
 1932 - 1963 H.C. van Woerden
 1933 - 1953 ds. B. ter Haar Romeny
 1933 - 1956 mr. J.P. van den Brink
 1934 - 1948 E. barones van Heeckeren van Waliën
 1934 - 1934 S.C.J. Heerma van Voss
 1934 - 1950 H. Knook Mzn
 1935 - 1962 mevr. C. Emmen - Aalders
 1935 - 1978 W.L.F. barones Prisse - jkvr. Röell
 1935 - 1959 jkvr. M.E. Reigersman
 1935 - 1944 mej. J.H.C. Ufkes
 1935 - 1944 ir. Chr. Hovestad
 1935 - 1955 A. Blomhert
 1936 - 1940 dr. W. Gulden
 1938 - 1962 mevr. W. Swellengrebel - van Rossum
 1940 - 1953 ds. A.P. Mijnaerends
 1940 - 1956 mevr. A.M. van Schaick - van Schaick
 1940 - 19 J.C. Hardeman
 1941 - 1963 B.C. Jaspers
 1941 - 1960 ds. P.G. Verweij
 1943 - 19 mr. W. Bos
 1944 - 19 mevr. I.H.C.A. Verpaalen - Mom
 1944 - 1971 A.P. van den Hil Jzn
 1944 - 1981 mr. F.A. Holleman
 1946 - 1956 ir. I.S. Figee
 1946 - 1967 ds. C.E. van Voorthuijsen
 1947 - 1963 mr. A. Bisschop Boele
 1950 - 1955 mevr. H.C. ter Haar - Fabius
 1950 - 1965 C.A.G. Sneep
 1950 - 1952 G.J. de Visser
 1952 - 1968 D. van der Put
 1953 - 1956 mevr. M.E.H. Bianchi - van Freyburg
 1953 - 1970 L. Hartman
 1953 - 1954 ds. W.M. Kalmijn
 1953 - 1977 dr. L.H. Louwe Kooymans
 1953 - 1954 drs. C.J. Stadig
 1953 - 1960 ds. P. de Bruijn
 1953 - 1971 P. J. de Jongh
 1953 - 1964 B. Vriens

1953 - 1963 mevr. J. van Gent - Walburg
 1953 - 19 mr. A.J. van de Hoeven
 1953 - 1962 mevr. J.C.E.J. Kolk - Tindall Hallungius
 1953 - 1954 ir. N. Soeteman
 1953 - 1960 mr. E.H. Toxopeüs
 1954 - 1986 J. Grandia
 1954 - 1960 C.A. van der Hooft
 1954 - 1985 W. J. Pars
 1954 - 1968 P.A. Ruyterbergh
 1955 - 1958 ir. C.F. Lely
 1956 - 1960 mevr. E. Remijn - Oerlemans
 1956 - 1964 H.L. Sixma baron van Heemstra
 1957 - 1971 W.A. Schouten
 1957 - 1974 ir. J. de Wilde
 1957 - 1974 J.M. baron van Tuyll van Serooskerken
 1957 - 1979 mevr. J.H. Willebrands - Bakker
 1957 - 19 ds. Hylkema
 1957 - 1958 mr. H.G. Ubbink
 1958 - 1972 O. Dijkstra
 1958 - 1960 ir. C. van Leeuwen
 1960 - 1970 W.C. van Nieuwenhuyzen
 1960 - 1971 G.Th. Barnhard
 1960 - 1963 ir. A. de Graaf
 1960 - 1966 G. Hallers
 1962 - 1984 mevr. M. S. Overwater - den Boer
 1962 - 1986 mevr. F. Vondeling - Jansen
 1963 - 1982 jhr. mr. H.Ph.J. Quarles van Ufford
 1963 - 1964 mr. dr. ir. A.W.F. Middelberg
 1964 - 1984 D.J. Brand
 1964 - 1977 kol. T. Biesma
 1964 - 19 H. v.d. Dussen
 1965 - 1965 ir. J.W. Tops
 1965 - 1977 J.E. van Boeijen
 1965 - 1973 drs. J. Groen
 1965 - 1968 drs. A.N. Versluis
 1967 - 1986 J.W. Dolman, ing.
 1967 - 1977 H.J. Kars
 1967 - 1986 ds. W. Dijkerman
 1969 - 1977 mr. F.A. Vaillant
 1969 - 1974 K. de Geus
 1969 - 1984 mevr. E.W. Swellengrebel - le Roy

	- 1986	A. Bottema	1983 - 1986	J.A.M. van Rij
	1969 - 19	mevr. J. Jonkers - Tiemensma	1984 - 1986	mevr. W. Bleeker - van Lingen
	1969 - 1978	ir. E.H. Greve	1984 - 1986	mevr. J.Kerssies - Wiechers
	1969 - 1979	J.K. Munters	1984 - 1986	drs. J.W. Schipper Besturend zuster
	1969 - 1977	H.J. ten Broek	1894 - 1914	zr. P.H. Koomans
	1969 - 1976	ir. L.W. Lievense	1914 - 1915	zr. J.L.A. Posthumus Meyes
	1970 - 1974	ir. A.S. de Clercq	1916 - 1918	zr. L. Haase-Ruempol Hamer
	1970 - 1986	drs. C.C. Haspels	1918 - 1918	zr. Bel
	1971 - 1986	ir. A.J. Kooreman	1919 - 1920	zr. S. Elias
	1971 - 1986	H.J. Schakel	1920 - 1931	zr. C. Thomee - van Lopik
	1971 - 1974	mr. W. van den Berg	1931 - 1933	zr. S.G. de Vries
	1973 - 1984	mr. J.O.H. Jens	1933 - 1951	zr. J. Broeren
	1974 - 1976	H.J. ten Broek	1951 - 1955	zr. jkvr. H.C. de Beaufort
	1975 - 1981	H. Vriens	1955 - 1966	zr. E. Smit
	1975 - 1986	ir. C.A. Smink	1966 - 1983	zr. W. Deurman Predikant
	1975 - 1986	mr. J.P. Schouten	1890 - 1892	ds. J.W. Berkelbach van der Sprenkel
	1975 - 1986	M. Radius	1916 - 1931	ds. F.J.J. Loeff
	1975 - 1985	mevr. A.A. van Lelyveld - ter Haar Romeny	1931 - 1932	ds. B. Ter Haar - Romeny
	1975 - 1985	A. Korteweg	1933 - 1939	ds. dr. H. van Oyen
	1975 - 1979	J.C. Versteeg	1940 - 1945	ds. A.P. Mijnarends
198	1975 - 1985	mevr. J.T.G. de Jongh - Hylkema	1945 - 1960	ds. C.E. van Voorthuysen
	1975 - 1986	mevr. B. Robanus Maandag - van de Starre	1960 - 1967	ds. P. de Bruyn (predikant - directeur)
	1975 - 1986	W. van der Zwan	1968 - 1971	ds. P. de Bruijn
	1975 - 1979	mevr. N.L. Couzy	1971 - 1972	ds. F.J. Jonkhof
	1975 - 19	D.H. Barèl	1971 - 1974	ds. C.Wismeyer
	1977 - 19	mr. B. Pronk	1974 - 1985	ds. A.D. Klaassen
	1977 - 1980	D.C. Langendijk	1986 - 1986	ds. J. Loosman Kapelaan/pastor
	1977 - 1986	P. Colijn	1970 - 1985	C.A.M.J. van Onzenoort
	1977 - 1981	ds. M.A. Westerbeek - van Eerten	1986 - 1986	A.W.J. Zegveld
	1977 - 1986	drs. A. de Haas	Directie	
	1977 - 1986	H.A. Reineke	1950 - 1981	dr. H. Buijs, geneesheer - directeur
	1979 - 1984	J.R. Andel	1959 - 1973	A.J. Chardon, economisch directeur
	1979 - 1986	drs. J. B. Stegeman	1960 - 1967	ds. P. de Bruijn, predikant - directeur
	1980 - 1986	K. de Geus	1973 - 1981	drs. T. Stolk, economisch directeur
	1980 - 1986	mevr. R. Mendes - Smeets	1981 - 1986	drs. T. Stolk, directeur algemene zaken
	1980 - 1986	J.C. Versteeg	1983 - 1986	dr. E.B. van Julsingha, dir. patiëntenzaken
	1981 - 1984	B. van Wouwe	1986 - 1986	H. Hoencamp, dir. medische zaken
	1981 - 1984	mevr. C.E. van der Hoog - de Brauw	1986 - 1986	mr. drs. H.S.P. Pauw, dir. algemene zaken
	1982 - 1986	J. Bavinck	1986 - 1986	drs. T. Stolk, dir. fusie en bouw
	1982 - 1986	mr. E.A. Maan		
	1983 - 1986	ir. P.G. Cazemier		

Overzicht ingezegende zusters

			werkzaam		werkzaam	
			in Huis	ingezegend	in Huis	ingezegend
	zr. Anette			1911	Paasch, Gerrie	1958 1966
	zr. Marie			1911	Palms, Nel	1948 1955
	Berg, Frans van de	1948	1955		Peer, Marie van	1930 1939
	Bos, Christien	1951	1960		Poot, Marie	1949 1955
	Boudestein, Aafke	1943	1957		Robbemonde, Jettie	1945 1946
	Broek, Cor	1951	1957		Schellingerhoud, Neeltje	1948 1955
	Brongers, Gerda	1959	1960	2011(+)	Scherer, L	1902 1902
	Buis, Hennie	1928	1939	1965(+)	Schippers, Co	1960 1966
	Coepijn, Rie	1935	1955		Slinger, Dirkje	1896 1902
	Cijsouw, Annie	1948	1955		Smit, Eef	1955 1957 1966 u
	Deurman, Wil	1959	1960		Smits, Jo	1941 1957
	Dirkse, Toos	1946	1960		Terlouw, Babs	1938 1955
	Endt, Jenny van der	1956	1960		Vanhove, Dien	1946
	Geertsma, Tine	1929	1939			
	Geleyns, Annie	1960	1966			
	Graaf, Leida de	1948	1966			
	Greft, Jannie van der	1943	1955			
	Heyboer, Katie	1961	1966			
	Hennipman, Rennie		1946			
	Kanters, Jeanette	1938	1957			
	Keyl, Bertha	1930	1957			
	Klaaeijzen, Jeanne	1929	1939			
	Klaassen, Jos	1945	1955			
	Knook, Maïke	1952	1966			
	Koomans, P.H.	1893	1896			
	Koorn, Anja	1942	1946			
			(1966 uitgetreden)			
	Korteweg, Teuni	1949	1957			
	Labeur, Bep	1921	1957			
	Langejan, Leni	1958	1966			
	Meer, Annie ter	1956	1960			
	Meere, Mieke van der	1914	1939			
	Molenaar, Bep	1945	1957			
	Nelemans, Cato	1928	1942			
	Nelemans, Rie	1947	1960			
	Nooy, Jet	1919	1939	1967(+)		

De medici en de medische staf *

Huisdokter/Algemeen medicus

1890 - 1921 dr. P.A. Bossers

19 - 1966 dr. Cannegieter

1966 - 19 J.P. Freriks

1890 - 1895 dr. A.N. Nolst Trenité / dr. W.M. Schot

Anesthesie

1962 - 1982 J. Blom

1962 - 1963 A.F. Weiland

1977 - 1986 R. van Severter

1983 - 1986 dr. R. Gaymans

Apotheek

1957 - 1966 mej. drs. C.A. Meijering

1967 - 1986 A. Bicknese

Bacterioloog

1977 - 1986 dr. A. Jansz

Chirurgie

1901 - 1932 dr. M.C. Cartier van Dissel

1920 - dr. Van Hilten

1957 - 1971 J.Veen

1962 - 19 dr. P. van Rosevelt

1971 - 1986 F.J. van IJzeren

1977 - 1986 dr. F.J.M. van Geloven

Dermatologie

1915 - 1920 dr. B.G.E.W. van Dugteren

19 - 1978 T.A.J. van Doormaal

1978 - 1986 G.P.J.M. van Overveld

Hart- en vaatziekten

1961 - 1986 D.N. van Paassen

1977 - 1986 P.D. Tan

1981 - 1982 dr. T.E.H. Hooghoudt

1982 - 1986 R. Sloos

1983 - 1986 C.J.F.M. Middelhoff

Interne geneeskunde

19 - 1936 dr. De Groot

1951 - 1976 dr. H. Buijs

1967 - 1986 Mevr. J.P.C. Peeters

1968 - 1975 C. Slooten

1976 - 1986 G. Boëtius

1976 - 1986 J.A.M. Hoskam

Keel-, neus- en oorziekten

1890 - 19 dr. Th.J.J. Gori

1956 - 1971 A.J. Burgemeestre

1957 - 1981 J. van Dam

1972 - 1986 P.H. Dijkstra

1981 - 1986 J.F. Plantenga

Kinderarts

19 - 1935 dr. J. van Lookeren Campagne

1957 - 1966 dr. J.M. Soeters

1957 - 19 Ploegmakers

1967 - 1986 Mevr. M.J. de Koningh

1977 - 1986 P.W. Hendriks

1985 - 1986 H.H.J. Jacobs

Klinische chemie

1967 - 1986 dr. C. Kammeraat

Longziekten

1956 - 19 mej. Heckman

1963 - 1966 Mej. A.T.J. Jonker

1966 - 1986 A.M. Rijken

Microbiologie

1976 - 1986 dr. A. Jansz

Mondheekunde

1977 - 19 dr. J.I.J.F. Vermeeren

Oogheelkunde

1957 - 1984 dr. A.E. Bijnen

1982 - 1986 G.A. Bakker

1982 - 1986 J.A. Rozemeyer

1985 - 1986 mevr. G. de Grip

Orthopedie

1962 - 1986 dr. Th. Smithuis

1981 - 1986 R.G. Tordoir

1985 - 1986 S.V. Sleeswijk Visser

1986 - 1986 P.P.M.J.M. Naus

Pathologie Anatomie

1967 - 1971 A.J.M. van Unnik

1973 - 1986 J.H. Peters

Psychologie

1975 - 1986 P.W.B.M. Verhoof

Radiodiagnostiek

1895 - 1946 dr. C.A. Schalijs

1940 - 1946 dr. D.B. Abegg

1957 - 1970 H. Doormaar

1965 - 1986 H.G.E. van Leersum

1980 - 1986 J. Tsoutsanis

Revalidatie

1962 - 1983 H.E. Verheus

1983 - 1986 J.G. Kuypers

Reumatologie

1969 - 19 dr. J.P. van Waasbergen

Urologie

1955 - 19 L.W. Wierdak

1960 - 1986 F.J.A. Gescher

1972 - 1986 dr. P.C.M. Mol

1986 - 1986 P.J. Posthumus

Verloskunde en vrouwenziekten

19 - 19 van Dijk

1956 - 1984 dr. H. van der Loo

1958 - 19 Bouwens

1971 - 1986 dr. J. Elshove

1980 - 1986 dr. H.K. van Weering

1984 - 1986 dr. D.A. Gietelink

Zenuwziekten

1957 - 1964 dr. A. de Ruiter

1959 - 19 dr. J.H. Bruens

1962 - 1985 P. Rookus

1975 - 1986 W. Eland

1984 - 1986 R. van Dijk

1986 - 1986 R.J.W. Winter

Verpleeghuisarts

1969 - 1986 D. van de Wetering

1983 - 1986 Mw. A.H.B.M. van den Wildenberg

*De lijst is een reconstructie. De beschikbare gegevens, zeker uit de periode 1890-1950, zijn verre van volledig.

Bijlage 2

De Baronie Voorzitter

1987 - 1988 mr. M.J.H. van de Ven

1988 - 1989 H.A. Reineke

1990 - 1991 ir. L.A.R. Sandbergen

1992 - 1994 H.A. Reineke

1994 - 1997 ir. L.A.R. Sandbergen

1998 - 2000 drs. J.W. Schipper

Secretaris

1987 - 1993 mr. E.A. Maan

1993 - 1997 drs. P. Klinkhamer

1997 - 2000 drs. J. Bavinck Penningmeester

1987 - 1990 B.M. Bunnik

1990 - 2000 G.C.J. van Loon R.A.

Leden

1987 - 1994 H.A. Reineke

1987 - 1997 drs. P. Klinkhamer

1987 - 1990 K. de Geus

1987 - 2000 drs. J. Bavinck

1987 - 1994 mevr. W. Bleeker-van Lingen

1987 - 1994 mevr. J. Kerssies-Wiechers

1987 - 1990 P.J. van der Loo

1987 - 1997 ir. L.A.R. Sandbergen

1987 - 2000 drs. J. W. Schipper

1987 - 1994 ir. C.I. Schultz

1987 - 1990 mr. M.E.H. Vorfeld

1987 - 2000 G.C.J. van Loon R.A.

1987 - 1990 B.M. Bunnik

1993 - 2000 mr. drs. E.C.M. Wagemakers

1994 - 2000 B.A. Lutken

1995 - 2000 mevr. N. Noteboom-van de Pol

1998 - 2000 drs. H.W.J.M. van der Pol

1998 - 2000 drs. I.A.M. Nolet

Directie

1987 - 1987 H. Hoencamp, dir. medische zaken

1988 - 1989 H. Hoencamp, dir. patiëntenzorg

1989 - 1989 dr. C. Kammeraat, dir. patiëntenzorg a.i.

1990 - 2000 dr. E. de Nobel, dir. patiëntenzorg

1987 - 1993 mr. drs. H.S.P. Pauw, dir. algemene zaken

1987 - 1993 drs. T. Stolk, dir. fusie en bouw

1994 - 1994 drs. T. Stolk, directieadviseur,
lid directieteam

1994 - 1994 drs. H.C.M. Tijmens, hoofd economisch
administratieve dienst, lid directieteam

1994 - 1994 mevrouw G.Th.J.M. de Bruyn - Goumans,
directieassistente, lid directieteam

1995 - 2000 ir. D.N. van Hoytema,
directeur algemene zaken

De medische staf van de Baronie

Anesthesiologie

1987 - 1996 T.A.W. Bakx

1987 - 2000 M.J.P.G. van Eerd

1987 - 2000 G. van Gelder

1987 - 2000 R. van Seventer

1987 - 2000 dr. R. Gaymans, pijnbestrijding

1987 - 199 A.F. Weiland

1997 - 2000 M.A.J. Voets

1998 - 2000 S.F. de Boer

Cardiologie

1987 - 2000 C.J.F.M. Middelhoff

1987 - 1992 D.N. van Paassen

1993 - 2000 dr. S. Strikwerda

1987 - 2000 R. Sloos

1987 - 1999 P.D. Tan

Chirurgie

1987 - 2000 dr. F.J.M. van Geloven

1987 - 2000 G.A.M. Kokke

1987 - 19 A.B. Kunst

1992 - 2000 P.M. Raams

1987 - 2000 W.J. van Remortel

1987 - 1997 F.J. van IJzeren

1997 - 2000 R.M.P.H. Crolla

1999 - 2000 dr. G.H. Ho

1999 - 2000 G.P. van der Schelling

Dermatologie

1987 - 2000 G.P.J.M. van Overveld

Gynaecologie

1987 - 2000 L.W.A.R. Berger

1987 - 1999 dr. J. Elshove

1987 - 2000 dr. H.W.H. Feijen

1987 - 2000 dr. D.A. Gietelink

1992 - 2000 mevr. D.J.C. Smalbraak

1987 - 2000 dr. H.K. van Weering

1998 - 2000 dr. H.J. Vonsée

1999 - 2000 dr. R. Heydanus

1999 - 2000 mevr. dr. M.J. ten Kate-Booij

Interne geneeskunde

1987 - 2000 mevr. A.M. van Gent

1987 - 1994 B.J.V. Horák

1987 - 2000 J.A.M. Hoskam

1994 - 2000 O.J.L. Loosveld

1987 - 1990 T.M.J. Ottenhoff

1987 - 1990 mevr. J.P.C. Peeters

1990 - 2000 dr. M.C.M. Rijk, gastro enteroloog

1987 - 2000 dr. P.J. Stijnen

1990 - 2000 G.P. Verburg

Kaakchirurgie

1987 - 1998 W.F.J. Besling

1990 - 2000 dr. J.I.J.F. Vermeeren

Keel-, neus- en oorheeskunde

1987 - 2000 P.E. Briët

1987 - 2000 P.H. Dijkstra

1987 - 2000 dr. J.F. Plantenga

Kindergeneeskunde

1987 - 2000 P.W. Hendriks

1987 - 2000 H.H.J. Jacobs

1987 - 19 mevr. M.J. de Koningh

1987 - 2000 A.J.C.M. van der Velden

1999 - 2000 mevr. I. Rayen

1999 - 2000 mevr. A.B.C. Roeleveld-Versteegh

1999 - 2000 mevr. E.J.M. Veldkamp

1999 - 2000 mevr. dr. A.A.P.H. Vaessen-Verberne

Klinische chemie

1987 - 1998 dr. C. Kammeraat

1987 - 2000 H.P. de Vries

1998 - 2000 mevr. dr. C.M. Cobbaert

Klinische farmacie

1987 - 2000 J.H.M. van den Bergh

1987 - 1998 A. Bicknese

1998 - 2000 mevr. M.F.G. Winters

Klinische geriatrie

1998 - 2000 R.A.M. De Jonckheere

1999 - 2000 mevr. C.J.G van Engen

Klinische psychologie

1987 - 2000 mevr. H.J. van Spaendock - Kerssemakers

1987 - 2000 P.W.B.M. Verhoof

1997 - 2000 mevr. Y.C.J. de Reyer

Longgeneeskunde

1987 - 2000 T.A. Bantje

1987 - 2000 H.N.A. Belderbos

1989 - 2000 A.M. Janssens

1987 - 1988 A.M. Rijken

1987 - 1998 F.J.M. Schoe

1998 - 2000 R.S. Djamin

1998 - 2000 N.C. van Walree

Medische microbiologie

1987 - 1990 dr. A. Jansz

1990 - 2000 P.H.J. van Keulen

1990 - 1994 dr. F.Th.C. Willems

1995 - 2000 dr. J.A.J. Kluytmans

Neurologie

1987 - 2000 C.T.E. Beljaars

1987 - 1989 dr. J.H. Bruens

1987 - 2000 R. van Dijn

1992 - 2000 H.B.C. Verbiest

1987 - 1992 L.G.M.H. Flamand

1990 - 2000 D. Wijnalda, neurochirurg

Oogheelkunde

1987 - 2000 G.A. Bakker

1987 - 2000 mevr. G. de Grip

1987 - 2000 H.A.L.F. Hoogstede

1988 - 2000 S.H. Oei

1987 - 1988 A.L.A. van Poppel

1987 - 2000 K. Ramrattan

1987 - 19 J.A. Rozemeyer

Orthopedie

1989 - 2000 C.W. Jolles

1987 - 2000 P.P.M.J.M. Naus

1987 - 1990 dr. Th. Smithuis

1987 - 2000 R.G. Tordoir

Pathologische anatomie

1987 - 2000 mr. J.H. Peters

1987 - 1996 C.A. Pompe

1994 - 2000 J. Los

1994 - 2000 M.W. Snieders

Plastische chirurgie

1987 - 1994 P.J. Bosch

1995 - 2000 mevr. M.H.M. Lemmen

Psychiatrie

1987 - 2000 C.T.E. Beljaars

1987 - 2000 W. Eland

1987 - 1996 R.J.W. Winter

1996 - 2000 G.G. Hulsebos

Radiologie

1987 - 1994 A.B.M. van den Bergh

1987 - 2000 K. Borsje

1987 - 1989 H. Goedhart

1987 - 2000 A.W.M. Hoek

1990 - 1996 W.H. Leers, radiotherapie

1987 - 1996 dr. H.G.E van Leersum

1987 - 2000 P.H. Poortmans, radiotherapie

1987 - 2000 P.A.M. Raaijmakers

1992 - 2000 E. Sanders

1989 - 2000 M.F.A.M. Sturm

1987 - 2000 T. Tsoutsanis

1996 - 2000 L.D. Vos

1998 - 2000 H.C.C.M. Brands

1998 - 2000 J.L. Turkenburg

1999 - 2000 M.M. Krouwels

Reumatologie

1987 - 2000 B.K. Oh

Revalidatie

1990 - 2000 mevr. J.W. van Dorp

1987 - 2000 J.G. Kuypers

Seksuologie

1992 - 1996 mevr. I. Timmerman

1992 - 2000 mevr. C. Westerduin

1996 - 2000 mevr. A. van Beelen

Urologie

1987 - 1989 F.J.A. Gescher

1987 - 2000 H. Jansen

1987 - 1990 dr. P.C.M. Mol

1987 - 2000 P.J. Posthumus

Verpleeghuisarts

1987 - 1994 D. van de Wetering
1987 - 19.. mevr. A.J.W.M. Drijvers
1994 - 2000 V.G.G. Vanneste

Diensten

1987 - 2000 A.H.W.M. Jongmans, hoofd klinische zorg
1987 - 2000 mevr. E.J. Koert,
hoofd personeelszaken en onderwijs
1987 - 2000 M.J.M. van den Oord,
hoofd poliklinische zorg
1987 - 1991 drs. A.R.M. van Riel,
hoofd economisch administratieve dienst
1991 - 2000 drs. H.C.M. Tijmensen,
hoofd economisch administratieve dienst
1987 - 2000 A.M.A.M. Vollaers, hoofd civiele dienst
1998 - 2000 J.C. Boon, hoofd service en planning

*deze lijst loopt tot het jaar 2000, omdat in dat jaar
Ziekenhuis De Baronie opging in het Amphia Zieken-
huis

Bijlage 3

Het aantal patiënten nam elk jaar met af en toe een dip gestaag toe, zoals blijkt uit onderstaande tabel over de jaren 1890-1942

Jaar	Patiënten	Verpleegdagen	Operaties	Bevallingen	Diploma A	Kraamverpleegster
1890	30	941	12			
1891	34	667				
1892	57	1246	9			
1893	39	627	10			
1894	44	704	14			
1895	71	1465	14			
1896	118	1973	25			
1897	109	2289	42			
1898	156	2889	39			
1899	162	3085	50			
1900	150	2923	47			
1901	179	3246	72			
1902	169	3004	61			
1903	278	4822	101			
1904	285	4947	60			
1905	336	6032	165			
1906	337	6083	80			
1907	322	5620	71			
1908	456	7162	94			
1909	355	5408	117			
1910	324	4955	113			
1911	459	7128	153			
1912	245	?	102			
1913	234	?	118			
1914	261	10.398	233			
1915	264	11.914	192			
1916	195	7636	112			
1917	806	14.679	160		1	
1918	752	14.787	206			
1919	279	8115	195			
1920	304	9325	180			
1921	278	9312	131		1	
1922	289	7942	187			
1923	334	9807	184			

Jaar	Patiënten	Verpleegdagen	Operaties	Bevallingen	Diploma A	Kraamverpleegster
1924	374	9144	193			
1925	469	12.848	231		4	
1926	506	14.254	217	24	2	
1927	552	15.753	211	21		
1928	574	14.675	233	25	3	
1929	585	16.098	197	17	2	1
1930	606	15.913	230	34		
1931	724	20.783	261	42	6	
1932	812	20.156	277	39	5	
1933	708	18.265	298	41	4	
1934	880	19.879	343	51		
1935	799	17.479	339	45	3	3
1936	898	18.780	407	31	2	
1937	995	20.126	417	47	3	4
1938	962	20.060	389	56		
1939	1216	22.441	524	47	5	
1940	1299	25.396	510	64		
1941	1256	24.672	?	?	3	3
1942	1588	30.616	?	?	7	3
206 1943	1707	33.236	?	?	-	3
1944	1627	29.466	?	?	4	-
1945					6	4
1946					6	3
1947					5	3
1948					7	2
1949					9	1
1950						3

Archivalia en literatuur

Archief Diaconessenhuis

Gemeentearchief Breda, drs. H. Huijgens - van Kollenburg, inventaris van het archief van de Vereniging tot stichting en instandhouding van een diaconessenhuis te Breda, 1890 - 1987(1992); Gemeentearchief Breda, inventarissen nr.5 Breda 1994. Het archief is na de fusie van het Diaconessenhuis met het St. Laurens Ziekenhuis in het Stadsarchief Breda gedeponeerd.

Archief Stichting Interconfessioneel Ziekenhuis De Baronie Het archief van deze stichting is niet geïnventariseerd en is na de fusie van de Baronie met het Ignatius Ziekenhuis in beheer gekomen van het Amphia Ziekenhuis. Historische foto's: archief Diaconessenhuis

Literatuur

Avendonk, W. van en Dirven, G., *De Klokenberg 1943-1983* (Breda,1983)

Bosman, E., *Er is veel om dankbaar voor te zijn. De Diaconessen van Ziekenhuis Bronovo: 140 jaar in dienst van zieke mensen* (Den Haag, BNO,2005)

Brekemans, F. en Schouten, P., *Van singel naar gracht. Het Ignatius Ziekenhuis te Breda van 1922 tot 1992* (Breda, 1992)

Brouwers, J., *St. Laurens, Van Gesticht tot ziekenhuis* (Breda, St.Laurensfonds, 2008) *Het Diaconessenhuis te Haarlem 1874-1949*. Gedenkboek ter gelegenheid van het vijfenzeventig jarig bestaan (Haarlem, 1949)

Dirven, H., Lucia, *Een eeuw gezondheidszorg in Princenhage* (Breda/Princenhage, 1994)

Duijghuisen, M.J.M., *Geschiedenis van Breda, III Hoofdpijnen en accenten 1795-1960* (Breda, Gianotten, 1990)

Eerenbeemt, H.F.J.M. van den, *Aspecten van het sociale leven in Breda na 1850* (Tilburg, Stichting Zuidelijk Historisch Contact, 1965)

Eerenbeemt, H.F.J.M. van den, *Arts en sociaal besef in Nederland in historisch perspectief* (Tilburg, uitgeverij H. Gianotten, 1969)

Fuchs, J.M., *Verzorgen en verplegen. Luthers Diaconiehuis Amsterdam 1772-1967* (Amsterdam, 1967)

Hallema, A., *De geschiedenis van het Bredase Diaconessenhuis 1890-1950* (Breda, 1950)

Huige, J., *Chris Mol, Van Brabantse dorpsdokter tot nationaal gezondheids pionier* (Tilburg, Stichting Zuidelijk Historisch Contact, 2004)

Lepper, J.L.M. de, *Anderhalve eeuw katholieke ziekenverpleging in Breda. Jaarboek De Oranjeboom, deel XXV* (Breda, Broese, 1972)

Lieburg, M.J. van, *A.N. Nolst Trenité en zijn "Handboek der ziekenverpleging"* (1894) (Amsterdam, 1983) Lieburg, M.J. van, *Bronovo 1865-1890. Van 's-Gravenhaagsche Diakonessen-Inrichting tot ziekenhuis Bronovo* (Kampen, uitgeverij J.H.Kok, 1990)

Lieburg, M.J. van, *Het Diaconessenhuis Leiden. Vol. I. De jaren 1897-1940 en vol. II. De jaren 1940-1997* (Rotterdam, Erasmus Publishing, 1997)

Lieburg, M.J. van, *Met het beste wat men heeft en kent. De geschiedenis van het Diaconessenhuis Utrecht* (Kampen, uitgeverij Kok, 2000)

Otten, G., *Het Wilhelminapark te Breda en zijn omgeving. Van onroerendgoedoperatie tot beschermd stadsgezicht. Jaarboek De Oranjeboom, deel LIX* (Tilburg, H.Gianotten, 2006)

Meiden, A. v.d., *Soortelijk Gewicht 65* (Breda, 1965)

Muntjewerff-van den Hul, V., *Van oude mannen, vrouwen en regenten* (Oosterhout, Signifikant, 2002)

Spapens, W.M.M., *Bredase Kerken door de eeuwen heen* (Breda, uitgeverij Van Ierland, 2008)

Tammeling, B., *100 jaar Diaconessenhuis Groningen* (Groningen, 1987)

Wijnen-Sponselee, M.Th., *Het Wit-Gele Kruis in Noord-Brabant 1916-1974* (Tilburg, Stichting Zuidelijk Historisch Contact, 1997)

Wolf, H.J., *Het kasteel van Breda en de Koninklijke Militaire Academie. Geschiedkundig overzicht* (Breda, KMA, 1969)

Register van Personen

Colofon

Uitgave: de vereniging tot steun aan Protestants-Christelijke Instellingen Breda i.s.m.

uitgeverij Hollaers van Elkerzee b.v.

Auteur: drs. Piet C.M. Dekkers

Redactie: drs. Annelette Hamming

Fotoredactie en -bewerking: Jos van Loon

Ontwerp en vormgeving: Studio Bakers, Breda

Drukwerk: drukkerij Damen, Werkendam

ISBN