

VERPLEEGKUNDIGEN OPLEIDEN VOOR DE PSYCHIATRIE

G.J.C. aan de Stegge¹

Gepubliceerd in: MgV 56 (2001) p. 691-708. Uitgever: Trimbos-Instituut Utrecht.

Gedurende de hele twintigste eeuw hebben twee opvattingen over het opleiden van verplegenden voor de psychiatrie naast of zelfs tegenover elkaar gestaan; het beleid van de overheid, de beroepsverenigingen en de zorginstellingen gaf nu eens steun aan de ene, dan weer aan de andere. De afzonderlijk opleiding voor psychiatrisch verplegenden was uit nood geboren: doordat de krankzinnigenzorg in de negentiende eeuw niet werd erkend als gezondheidszorg, zag ze zich gedwongen om voortaan een eigen opleiding te ontwikkelen. Vanaf de jaren dertig van de twintigste eeuw wekte die eigen opleiding, die steeds meer een eigen profiel had gekregen, de belangstelling van de algemene gezondheidszorg. Toen was het op haar beurt de psychiatrie die niet van één integrale opleiding wilde weten. In de jaren zeventig, tachtig en negentig werd de 'B-opleiding' verder gemoderniseerd en geperfectioneerd tot een echte beroepsopleiding in psychiatrische verpleegkunde. Wat haar in de jaren 1975-1986 onderscheidde van de A-opleiding was dat ze grote nadruk legde op sociale en psychische aspecten van ziek en gezond zijn. Aan het eind van de twintigste eeuw is de psychiatrie weer terug bij af. Het nieuwe stelsel voor verpleegkundig onderwijs dat aan het begin van de 21e eeuw gestalte heeft gekregen wordt gekenmerkt door één integrale opleiding

Welke mensen zijn geschikt om als betaalde arbeidskracht dagelijks een groot aantal uren door te brengen met psychiatrisch patiënten? Moeten dergelijke mensen worden opgeleid? Moeten ze "verpleegkundig" worden opgeleid? En, zo ja, moeten zij dezelfde opleiding krijgen als verpleegkundigen die werken in een gewoon algemeen ziekenhuis? Kunnen deze twee groepen uit efficiencyoverwegingen dan samen worden opgeleid of heeft de sector psychiatrie een eigen, specifieke opleiding nodig? In dat laatste geval: "wat" moeten de verpleegkundigen dan leren, "waar" moeten ze dat leren en "van wie"?

Over deze vragen is in Nederland gedurende de gehele twintigste eeuw, maar vooral na de Wet tot Bescherming van het Verpleegstersdiploma van 1921, intensief gediscussieerd. Tot 1960 werd deze discussie volstrekt gedomineerd door (georganiseerde) psychiaters die een verbetering van hun patiëntenzorg nastreefden door de opleiding aan verplegenden in eigen hand en up to date te houden.

Vanaf de late jaren vijftig werden de verpleegkundigen zelf, in toenemende mate in georganiseerd verband, hun belangrijkste discussiepartners. Na 1970, enkele jaren nadat ook de psychiatrie middels invoering van de AWBZ ingelijfd was bij Volksgezondheid, verkreeg de overheid een beslissende

¹ C. aan de Stegge is psychiatrisch verpleegkundige en doctorandus in de wijsbegeerte. Zij werkt thans aan haar promotieonderzoek over de inhoudelijke veranderingen in de Nederlandse B-opleiding tussen 1892 en 1997, alsmede de veranderingen in het verpleegkundig werk in die periode. Mevrouw Aan de Stegge werkt parttime als beleidsmedewerker verpleegkundig onderzoek en ontwikkeling bij Adhesie. Daarnaast heeft zij een dienstverband bij de Universiteit Maastricht als Assistent in Opleiding.

invloed op de discussie, vooral ten gevolge van inspanningen het onderwijs in Nederland te stroomlijnen.

In dit artikel geef ik een overzicht van de belangrijkste argumenten uit het debat over de meest adequate opleiding aan verpleegkundigen in de psychiatrie. Of en zo ja hoeveel “praktische werkervaring” leerlingen in het omgaan met psychiatrisch patiënten al tijdens hun verpleegopleiding moeten opdoen, blijkt het belangrijkste punt waarover men onderling van mening verschilde.

De opleiding in krankzinnigenverpleging: een omstreden start

Aan het eind van de negentiende eeuw keken Nederlandse psychiaters met afgunst toe (Boschma, 1997), hoe de algemene ziekenhuizen zich langzamerhand ontteden van hun imago van armen- en sterfhuis. De krankzinnigengestichten waarin zij zelf werkten, waren daar nog lang niet in geslaagd. Nederland telde toen slechts dertien krankzinnigengestichten en deze waren altijd overbevolkt. Rijkere patiënten en hun familieleden meden de gestichten; ze wendden zich liever tot particuliere verplegingsadressen of weken uit naar het buitenland. In gestichten verbleven daardoor voornamelijk armen. Er waren te weinig artsen, die bovendien nauwelijks beschikten over werkzame therapieën. De opgenomen patiënten waren overgelaten aan de zorg van ongeschoolde, ongemotiveerde oppassers die in het gesticht werkzaam waren, veelal bij gebrek aan een betere baan. Over de oorsprong van het afwijkende gedrag van de patiënten wisten ze vrijwel niets. Hun reactie op het vreemde gedrag van patiënten werd niet geleid door theoretisch begrip; het was afhankelijk van hun persoonlijkheid en stemming en pakte niet zelden gewelddadig uit: in veel rapporten uit het eind van de negentiende eeuw werd melding gemaakt van het frequent voorkomen van fysieke mishandeling.

Volgens psychiaters moesten de krankzinnigengestichten gemodelleerd worden naar het voorbeeld van de “algemene” ziekenhuizen, met eenzelfde cultuur van orde, rust (liefst “bed”rust), hygiëne en beschaafde omgangsvormen. Bovendien hoopten zij, een vergelijkbaar slag personeel aan te trekken als de algemene ziekenhuizen: ook onder psychiaters ging de voorkeur uit naar vrouwelijke verpleegsters van hogere komaf.

De Nederlandsche Vereniging voor Psychiatrie en Neurologie (NVPN) stelde met dit doel voor ogen in 1889 een commissie in, die een jaar later rapporteerde dat een specifieke opleiding voor het verplegen ook in krankzinnigengestichten noodzakelijk was. Kennisoverdracht over de aard van psychiatrische ziekten zou het personeel namelijk begrip voor het gedrag van de patiënten bij kunnen brengen, en dat zou leiden tot zachtzinniger bejegening. Ook de persoonlijkheid van de verplegenden was in dit kader van groot belang: ze mochten niet ongevoelig zijn, maar ook niet overgevoelig. ‘...Waar het hart niet gevoelt, neemt het oog niet juist waar, waar het hart teveel spreekt is het oog blind’, zo schreef Van Deventer, de eerste Nederlandse psychiater die in 1893 een cursus in krankzinnigenverpleging op papier zette. Onmisbare karaktereigenschappen waren volgens hem: plichtsbef, waarheidszin, geduld en zorg. Minimale selectiecriteria voor kandidaten voor de verpleegopleiding luiden volgens de NVPN-commissie van Van Deventer: een bewijs van goed zedelijk gedrag, een bewijs van goede gezondheid (inclusief een injectie tegen pokken), een leeftijd van tenminste 22 jaar op het moment van examinering, plus op dat moment ten minste twee jaren werkervaring in een ziekeninrichting waarvan minstens één jaar in een krankzinnigengesticht.

Om daadwerkelijk personeel uit de hogere klassen aan te trekken zou de opleiding tot 'krankzinnigenverplegende' onder het grote publiek net zoveel status moeten genieten als de opleiding tot 'algemeen verpleegster'. De vroegste exameneisen van de NVPN-commissie werden dan ook afgeleid van de eisen die het Witte Kruis stelde voor algemene verpleegsters: krankzinnigenverplegende moesten beschikken over kennis van anatomie en fysiologie, van gezondheidsleer en van ziekenverpleging, 47 in het bijzonder verpleging en verzorging van krankzinnigen. De duur van de opleiding werd aanvankelijk vastgesteld op twee jaar, doch werd al het eerste jaar uitgebreid naar drie jaar. De eerste diploma's in de krankzinnigenverpleging werden op 5 november 1892 uitgereikt in Meerenberg te Santpoort, de instelling waar Van Deventer de scepter zwaaide.

In datzelfde jaar was de zogeheten Nationale Bond voor Ziekenverpleging (NBZ) opgericht, een Bond met een naam die de suggestie wekte dat een vakbond van verplegenden werd gerepresenteerd. Feitelijk betrof het echter een samenwerkingsverband tussen (algemene) ziekenhuisdirecties, artsen en (vooral algemene) verplegenden. Deze NBZ hanteerde vanaf januari 1896 één landelijke examenregeling met als doel, uniformiteit te brengen in de verschillende opleidingen voor verpleegster. Werkervaring met "krankzinnige" patiënten telde in deze regeling echter niet.

Door deze harde opstelling van de NBZ zag de krankzinnigenzorg zich gedwongen de in eigen gelederen reeds ontwikkelde verpleegopleiding te handhaven en zelfs uit te bouwen. Al spoedig stond de NVPN hierin echter niet meer alleen: de katholieke en protestante krankzinnigengestichten begonnen ieder een eigen opleiding voor verplegenden in de psychiatrie. Ook anderen waren echter ontevreden over de examenregeling van de NBZ; in mei 1900 werd Nosokómos opgericht, een echte vakbond, die strakker dan de NBZ vasthield aan de belangen van louter de verplegenden. Ook deze bond Nosokómos gaf diploma's uit, alsook een aantekening in krankzinnigenverpleging. Deze konden behalen wanneer men als A-gediplomeerde 2 jaar werkervaring had in een krankzinnigengesticht.

De eerste dertig jaren van de twintigste eeuw: ijveren voor een waardevast verpleegstersdiploma

Zo bestonden aan het begin van de twintigste eeuw vele verpleegdiploma's naast elkaar: in algemene verpleging, in krankzinnigenverpleging en van beide ook nog meerdere varianten. De kwaliteit van deze diploma's stond niet vast; zij waren niet aan elkaar gelijkgeschakeld middels een vaststaand curriculum of een helder omschreven procedure van examinering. In het eerste decennium van de twintigste eeuw, al vanaf 1907, ontstond vanuit diverse vakbonden van verplegenden dan ook een krachtige lobby voor Staatsingrijpen in dit warrige geheel van particuliere opleidingen. De Bonden wilden langs de weg van Wetgeving bereiken dat de waarde van een behaald verpleegdiploma voor de burgerij voortaan helder zou zijn en dat bovendien mensen die zich valselijk uitgaven voor verpleger of verpleegster gestraft konden worden. Dergelijke maatregelen zouden de status van een opgeleid verplegende verhogen en dientengevolge kunnen leiden tot groter animo voor het beroep. De bonden stuurden brieven met deze strekking naar de minister van Binnenlandse Zaken. Op verzoek van deze minister stelde de Centrale Gezondheidsraad een Commissie in, die in 1910 een voorzichtig advies uitbracht.

Een Wet tot Bescherming van de Ziekenverpleging vond de Commissie niet nodig. Wel zou de overheid erop moeten toezien, dat de diverse verpleegopleidingen eenzelfde niveau van vooropleiding vereisten: alle aspirant-verplegenden zouden voortaan Lager Onderwijs 'met vrucht' moeten hebben doorlopen, anders verloren de ziekenhuizen teveel tijd aan het simpelweg herhalen van algemene ontwikkeling. Ten tweede zou de overheid criteria moeten opstellen voor de theoretische en praktische scholing van verplegenden. En tot slot zou de overheid alleen subsidie moeten geven aan op basis van die criteria erkende opleidingsinrichtingen.

Het kostte nog elf jaar pressie en discussie alvorens de rijksoverheid iets deed: in het "Staatsblad" van 2 mei 1921 (nr 702) publiceerde ze de "Wet op de Bescherming van het Verpleegstersdiploma". Wegens geldgebrek werd deze Wet echter pas van kracht op 1 januari 1924. Vanaf die datum was, om in de psychiatrie te mogen werken als 'krankzinnigen-verpleegster', het diploma krankzinnigenverpleging vereist. Dit diploma kon alleen behaald worden in twee Rijks Inrichtingen, bij de NVPN, en bij bepaalde katholieke en protestante instellingen. De overheid erkende nu dus wettelijk vier verschillende opleidingen in de krankzinnigenverpleging, alle vier gebaseerd op een periode van drie jaar praktijkervaring in de psychiatrie. Alle erkende particuliere opleidingen (zowel in de algemene als in de krankzinnigenverpleging) moesten bij hun examens voortaan "rijksgecommitteerden" toelaten; dezen zouden toezien op het niveau van het examen. Ook werd 'een der inspecteurs in het bijzonder belast met het toezicht op de uitvoering van de Wet'. Omdat de krankzinnigenzorg onder een ander Ministerie ressorteerde dan de algemene gezondheidszorg, kende ze ook een eigen Inspectie, (zie De Goei, in dit nummer). Vanaf januari 1924 legden beide inspecties een 'staatsregister' aan, waarin voor elke gediplomeerde verpleegkundige werd vastgelegd waar deze was opgeleid, waar deze examen had gedaan, wanneer en over welke eventuele extra diploma's of 'aantekeningen' deze beschikte. Algemeen verpleegkundigen konden namelijk verkort de B-opleiding volgen en (zij het iets minder eenvoudig) vice versa. Instellingen en particulieren mochten gegevens opvragen, wanneer zij zeker wilden weten of ze te maken hadden met een gediplomeerde kracht.

De invoering van de Wet op de Bescherming van het Verpleegstersdiploma duidde dus op een nieuwe ontwikkeling: vanaf 1924 trachtte de rijksoverheid, in het publieke belang, enige greep te krijgen op particuliere instellingen die zich bezighielden met het opleiden en examineren van verplegenden. De Wet bood voorts titelbescherming. Wie zonder opleiding de titel verpleegster voerde of het daarbij behorende insigne droeg, kon worden bestraft 'met hechtenis van ten hoogste 14 dagen of met geldboete van ten hoogste honderd gulden'(artikel 10). De Wet bood echter, tot grote teleurstelling van de vakbonden van verplegenden, geen beroepsbescherming zoals artsen genoten: ze verbood namelijk niemand om ongediplomeerd werkzaam te zijn in de verpleging.

Bijna zes jaar later, namelijk in de "Staatscourant" van 17 december 1929, werd vastgelegd aan welke exacte eisen particuliere opleidingsinstellingen voor verplegenden moesten voldoen om in aanmerking te komen voor erkenning. Ze moesten zowel theoretische kennis overdragen als de mogelijkheid bieden tot praktische oefening in de vaardigheden die behoren tot het verplegende werk. Dit betekende, dat voortaan alleen zorginstellingen (van een zodanige omvang, zodat zoveel mogelijk ziektebeelden voorhanden konden zijn) als opleidingsinstelling konden worden erkend. Het gevolg was, dat de vakbonden van verplegenden hun invloed op de opleidingen goeddeels verloren; een opleidingsinstelling viel nu immers samen met een zorginstelling. Voor de op religieuze grondslag

gebaseerde instellingen was dit geen bezwaar: de katholieke en christelijke zorginstellingen hadden hun verpleegopleiding immers van meet af aan al in de zorginstellingen van eigen gezindte georganiseerd. Neutrale psychiatrische zorginstellingen die verplegenden wilden opleiden waren voortaan gedwongen tot hechte samenwerking met de NVPN.

Niet alleen locatie en zeggenschap over de opleiding echter waren nu bepaald, ook toelatingsniveau en het curriculum werd voorgeschreven. Alle verplegenden in spé moesten voortaan de Lagere School met vrucht hebben afgerond. Tijdens de verpleegopleiding zelf moesten de algemeen verplegenden 35 ziektebeelden leren kennen, zowel theoretisch als uit eigen praktische werkervaring. Psychiatrisch verplegenden hoefden drie ziektebeelden minder te kennen, maar daar stond weer 49 tegenover dat zij thuis moesten zijn in de Krankzinnigenwet. De praktische oefening (ofwel werkervaring) moest worden ‘voorgedaan’ en getoetst door artsen en/of gediplomeerd verplegenden. De rijksgecommitteerden bij de examens in de krankzinnigenverpleging zouden psychiaters moeten zijn. In een ‘praktijk- en rapportenboekje’ kon vervolgens worden ‘afgetekend’ welke ‘handgrepen’ de verplegende zich eigen had gemaakt. In de algemene verpleegkunde waren die ‘handgrepen’ vooral vaardigheden in het praktisch, lichamenlijk verzorgen van de patiënt; in de krankzinnigenverpleging moest men een aantal van die technische vaardigheden ook beheersen, maar kwam het daarnaast vooral aan op het nauwkeurig observeren van de lichamenlijke toestand van patiënten, van hun bewustzijnsniveau, stemming en dergelijke – en het overdragen van deze observaties aan anderen. Deze regeling voor de Wet op de Bescherming van het Verpleegstersdiploma bleef maar liefst bijna veertig jaar van kracht. Pas in 1966 werd een nieuwe ‘Regeling opleiding verplegenden A’ van kracht (“Staatscourant”, 14 oktober 1966). Kandidaten voor de algemene ziekenverpleging (opgeleid onder verantwoordelijkheid van een particuliere zorginstelling) moesten vanaf 1966 ten minste beschikken over een “mulo” 4-diploma. In zijn Memorie van Toelichting bij de ‘Regeling opleiding verplegenden A’ (1966) schreef de minister dat het in zijn bedoeling lag om ‘...binnen afzienbare tijd ook het gedeelte, betrekking hebbend op de opleiding tot het B diploma, aan te passen.’ Dat gebeurde pas in 1970: op 31 juli van dat jaar werden in een Ministeriële Beschikking de meest urgent geachte wijzigingen in de B-opleiding gepubliceerd. Van 1966 tot medio 1970 werd van aspirant-verplegenden in de psychiatrie dus “wettelijk” een lagere vooropleiding geëist dan van hun collega’s in de algemene verpleging. In de praktijk was dat vroeger overigens tamelijk gebruikelijk geweest: de directies van psychiatrische inrichtingen vreesden dat ze, als ze even hoge eisen stelden als algemene ziekenhuizen, geen personeel zouden kunnen krijgen.

De periode tussen 1929 en 1960: psychiaters beschermen de eigen aparte verpleegopleiding

Tussen 1929 en 1966 was er dus helemaal niets veranderd aan de wettelijke opleidingseisen voor verplegenden. Rustig waren die kleine veertig jaren echter niet: de gezondheidszorg ondervond de gevolgen van de economische recessie, de bezetting, het Ziekenfondsbesluit dat in die jaren van kracht werd (waardoor ziekenhuisverpleging gefinancierd werd), de wederopbouw, de economische groei die ruimte schiep voor het vergoeden van opname in een psychiatrisch ziekenhuis (krachtens de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, de AWBZ van 1968), en een turbulente periode van democratisering en secularisatie, waardoor in veel confessionele instellingen plotseling ‘leken’ hun intrede konden doen in de verpleging.

Ook in die periode is in Nederland dus vaak over de inhoud van de verpleegopleidingen gesproken: de rijksgecommitteerden bespraken elk jaar hun bevindingen bij de examens, de beide Inspecties vergaderden met de directies van instellingen op hun gebied enzovoorts. Dit waren momenten waarop men uiteraard ook sprak over de (gewenste) kwaliteit van verplegenden. Daarnaast kende Nederland periodes met ernstige personeelstekorten. Dergelijke tekorten leidden tot felle concurrentie tussen zorginstellingen om personeel. Aangezien de personeelswerving van zorginstellingen grotendeels verliep via de interne (verpleeg)opleidingen voor dat personeel, betrof de concurrentie dus ook die opleidingen.

Diverse malen is, de ene keer omwille van werving, een andere keer om meer inhoudelijke redenen, gepoogd de B-opleiding bij de A-opleiding in te lijven. Een eerste poging hiertoe kwam van algemene verpleegkundigen, die aansluiting wilden vinden bij internationale ontwikkelingen op hun 50 vakgebied. In 1932 al, pleitte de Nationale Bond voor Verplegenden in Nederland voor het oprichten van één, integrale, viereneenhalf jaar durende opleiding. De Bond was daartoe geïnspireerd door de International Council of Nurses, waarbij op dat moment dertig landen waren aangesloten. In 1930 had deze raad, bijeen in Genève, verklaard:

‘De ziekenverpleging omvat niet slechts (de verpleging van) lichamelijk zieken, doch ook (de verpleging van) zieken van geest; zoowel de verpleging aan het ziekbed als het voorkomen van ziekte; de openbare en de particuliere gezondheidszorg als ook de zorg voor den enkeling.’

Op basis van deze tekst concludeerde de Nationale Bond voor Ziekenverpleging in 1932 plompverloren dat de ICN het Nederlandse diploma voor de psychiatrische verpleegkunde niet kon erkennen als een ‘apart doch wel volwaardig verpleegstersdiploma’ en dat integratie van de A en de B-opleiding dus noodzakelijk was. Een groot voordeel van integratie was volgens de Bond, dat ‘...zij (de verpleegkundigen van de Bond, CadS) de noodzakelijkheid van enige instructie en praktische ervaring in de verpleging van geesteszieken volkomen onderschrijven, daar hen uit ervaring bekend is hoe dikwijls lichamelijk zieken ook geesteszieken zijn.’² Volgens woordvoerders van de Bond wilde deze integratie niet zeggen dat ook de A-opleiding zou moeten verdwijnen; ze beklemtoonden in hun publicatie slechts dat nu ‘de B-opleiding verdwijnt’.

Met deze publicatie riep de Bond natuurlijk de toorn van de B-opleiders over zich af. Zo schreef de secretaris van de examencommissie van de NVPN, de psychiater Borgerhoff-Mulder, een vlammend protest tegen dit voornemen. Volgens hem getuigde het voorstel om te volstaan met een eenjarige stage in de psychiatrie van minachting voor dit vakgebied en voor de driejarige B-opleiding die in Nederland aan verplegenden werd aangeboden. Het voorstel van de International Council of Nurses – waarbinnen volgens Borgerhoff-Mulder alleen verpleegkundigen vanuit de algemene gezondheidszorg vertegenwoordigd waren zou bovendien getuigen van grove onwetendheid: de NVPN had ‘de B-opleiding’ zorgvuldig beschreven in een 52 pagina’s tellende brochure. Die kon men bij hem bestellen. Wilde men echter persé volharden in het onzalige plan A en B te integreren, dan zou men de leerling-

² Nationale Bond voor Ziekenverpleging, Rapport van de Commissie tot het samenstellen van een Plan van opleiding tot Verpleegster, 1932, pag.1.

verpleegkundigen van beide richtingen beter na het tweede jaar van hun opleiding gedurende minimaal anderhalf jaar stage kunnen laten lopen in het andere veld. Na afsluiting van hun opleiding zouden ze dan op één diploma de aantekening kunnen ontvangen voor twee vakgebieden. Volgens Borgerhoff-Mulder zou dat stukken raadzamer zijn dan een 'eenheidsdiploma', mede omdat het voor bepaalde functies wel aanbevelenswaardig zou zijn, over die twee diploma's te beschikken.

Het plan van de Nationale Bond voor Ziekenverpleging werd niet uitgevoerd. Het streven naar integratie van de B- in de A-opleiding echter bleef, ook na de Bezetting. In 1946 stelde de zogenaamde 'Ziekenhuiscommissie' voor om één opleiding en één diploma in te stellen: daarmee zou men kunnen voorkomen dat in de algemene verpleging het technische aspect teveel zou overheersen. De Nederlandse psychiaters werden opnieuw woedend over het voorstel. De Vereniging van Gestichtsartsen kon zich de bezorgdheid onder de ziekenhuisartsen best voorstellen, maar verklaarde zich uitdrukkelijk tegen het invoeren van een 'eenheidsdiploma'. Wanneer ook in de A-opleiding aandacht zou worden besteed aan 'psychische aspecten', zo vreesde ze allereerst, zou de B-opleiding haar aantrekkingskracht op jonge mensen volledig verliezen. De kennisoverdracht omtrent 'het psychische' was immers juist het sterkste punt van de B-opleiding! Nu al trok de algemene gezondheidszorg veel meer verplegenden "in spé" dan de psychiatrie, zo rekende de Vereniging voor, en vervuilden veel meer gediplomeerde verplegenden de psychiatrie ten gunste van de algemene gezondheidszorg dan omgekeerd. Welke personeelsleden zou de psychiatrie nog aantrekken wanneer ook de A-opleiding psychologie zou gaan doceren? En andersom: een 'eenheidsopleiding' zou tot gevolg hebben dat aspirant psychiatrisch verplegenden evenveel somatische kennis en vaardigheden moesten aanleren als een algemeen verpleegster. Ook daar konden de gestichtsartsen de noodzaak absoluut niet van inzien:

'In de psychiatrische inrichtingen is de grote meerderheid der patiënten lichamelijk volkomen valide, doch geestelijk en maatschappelijk ontspoord. [...] Niet zozeer een 'moederlijke verzorging', maar een 'kameraadschappelijke samenwerking' kenmerkt hier den arbeid.'

Een derde argument: wanneer een eenheidsopleiding tot stand zou worden gebracht zouden de psychiatrische inrichtingen een verplichte, zes maanden durende stage moeten aanbieden aan A-verplegenden in opleiding. De psychiaters vreesden dat een lange stoet voor de psychiatrie ongemotiveerde A-verpleegsters in opleiding door de inrichtingen zou gaan trekken. Zij wilden het vooral hun chronisch psychiatrisch patiënten niet aandoen steeds opnieuw te moeten kennismaken met deze krachten. De 'gestichtsartsen' herhaalden daarom als slotconclusie het standpunt van Borgerhoff-Mulder, dat het beschikken over zowel een A- als een B-diploma voor bepaalde leidinggevende functies en voor de wijkverpleging wenselijk kon zijn. Ze herhaalden dus zijn voorstel, maar versterkten het ook nog een beetje: ze eisten ook voor de psychiatrie minstens "twee" jaar praktijkstage.

Een soortgelijke reactie als die van de Vereniging van Gestichtsartsen gaf Dr. J.M.M.Koenen, Inspecteur voor de Geestelijke Volksgezondheid bij brief van 6 maart 1948, nadat de Hoofdinspecteur voor de Volksgezondheid geheel op eigen initiatief en zonder enig vooroverleg met zijn collega, had voorgesteld om een eenheidsopleiding in te richten. In dit laatste voorstel was de psychiatrie-stage binnen de A-opleiding teruggebracht tot niet meer dan drie maanden. Namens alle directies van

psychiatrische inrichtingen tekende Inspecteur Koenen daar fel protest tegen aan: 'Ik zie in uw voorstel een zeer ernstige bedreiging voor de waardering van het diploma ziekenverpleging B.' (ARA, 2.15.40, inv. nr. 817).

1960-1986: inhoudelijke ontwikkeling van het vak psychiatrische verpleegkunde

Zowel na als voor de oorlog wisten de psychiaters te voorkomen dat hun 'eigen' opleiding op zou gaan in een integrale opleiding. Dat was echter niet het enige wat ze deden: in de loop der jaren pasten zij de B-opleiding steeds opnieuw weer aan, aan de eisen van hun eigen tijd. In de jaren dertig, bijvoorbeeld, werd in de toonaangevende leerboeken meer plaats ingeruimd voor kennis over 'zenuwlijden'. Dit was een gevolg van het van kracht worden, in december 1929, van de wettelijke opleidingseisen: 'neurasthenie' was een van de 32 ziektebeelden waarmee leerling-verplegenden in de psychiatrie bekend moesten zijn. Anderzijds was het wellicht ook een gevolg van de nieuwe Gemeentewet van mei 1929: die bepaalde dat in principe ook armlastige zenuwlijders vrijwillig mochten worden opgenomen. Ten gevolge daarvan leefde onder psychiaters de verwachting dat er steeds meer 'open afdelingen' bij zouden komen. En in dat geval zou bijna elke leerling met vrijwillig opgenomen "neurasthene" patiënten in aanraking kunnen komen en moest iedereen dus meer weten van psychologie. Daarnaast kregen leerlingen in de dertiger jaren een belangrijker taak als begeleiders van arbeidstherapie. Van de B-opleiding werd dus verwacht dat ze de leerlingen uitgebreider zouden doceren over activering.

Gezien dit type wijzigingen stelde de Nederlandse psychoanalyticus August Stärcke al in 1936 voor 52 om de B-opleiding drastisch te veranderen door de kennisoverdracht aangaande somatiek geheel te schrappen ten gunste van kennisoverdracht in psychologie en sociologie. Stärcke kreeg de Nederlandse Vereniging Psychiatrie (NVP) alsmede de aan haar gelieerde zorg- en opleidingsinstellingen aan zijn zijde, doch niet de confessionele opleidingsinstellingen. Deze waren beducht voor de 'zedenedervende invloed' van denkbeelden uit de psychoanalyse en wilden wel enige psychologie doceren, doch zulks niet als zelfstandig vak. De eventueel noodzakelijke psychologie mocht geen eigen leven gaan leiden. Omdat elke opleidingsinstelling moest voldoen aan het wettelijk vastgestelde curriculum (regeling 1929) had men een overleg ingesteld om het curriculum onderling af te stemmen. En zodoende haalde Stärckes voorstel het niet. (Het is mij overigens nu nog niet duidelijk of er tussen de zorginstellingen van uiteenlopende beschouwingwijze in de "praktijk" van het onderwijs veel verschil bestond. Immers: men kan curricula hebben wat men wil; de ene docent is de andere niet.) Al met al: theoretische en praktische vereisten voor de B-opleiding werden door psychiaters jarenlang geduldig aan de eisen van hun eigen tijd aangepast, maar zij gebruikten tot ver in de jaren zestig steeds dezelfde (bewerkte) handboeken, geschreven door bekende psychiaters.

Rond 1960 maakt dit 'geleidelijk aanpassen' plaats voor de opmaat tot een werkelijk diepgaande verandering. De eerste hindernis werd genomen door de psychiaters. Zij bouwden voort op een aantal opmerkelijke ontwikkelingen aan de kant van de overheid: in was door de minister van Binnenlandse Zaken de Voorlopige Raad voor Ziekenverpleging geïnstalleerd, die vooral onder invloed van personeelstekorten op een zich wijzigende arbeidsmarkt (omstreden) rapporten uitbracht over noodzakelijke wijzigingen in de verpleegopleidingen, inclusief die tot B-verpleegster en in 1951 nam Staatssecretaris Muntendam het opmerkelijke initiatief een Commissie te installeren die 'de noodzakelijke persoonlijkheidsvorming van de verpleegster' moest bestuderen. De Vereniging voor Psychiatrie en Neurologie nam in 1957 het initiatief om, gezamenlijk met de Vereniging van R.K.

Gestichtsartsen en de Vereniging tot Christelijke Verpleging van Geestes- en Zenuwzieken, het probleem van de B-opleiding in een Commissie te bespreken. Deze Commissie wordt samengesteld uit afgevaardigden van de examencommissies van vermelde verenigingen. De Commissie Westerhuis, genoemd naar de voorzitter, destijds directeur van Groot Graffel te Warnsveld, boog zich over de volgende vraag: “Aan welke eisen moet in de tegenwoordige psychiatrische situatie de B-opleiding voldoen? Welke eisen moeten gesteld worden aan de bevoegde B-verpleegsters en hoe is dit te bereiken?” Men sprak daarover het volgende af: “De verpleegster moet een hulp zijn voor patiënt en arts. Daartoe moet zij kunnen observeren, rapporteren, verzorgen en afstand nemen ten opzichte van de patiënt om niet slechts op deze te reageren, maar deze werkelijk te helpen.” De Commissie Westerhuis bracht haar eerste rapport uit aan Hoofdinspecteur Piebenga, in 1958. Op instigatie van Zr. Meyboom³, voorlichtster van de Nationale Federatie voor Geestelijke Volksgezondheid, werd het Rapport echter ook besproken in kringen van leidinggevend verplegenden uit psychiatrische instellingen. Een van dezen, broeder Sergius, oftewel Pie Stevens van de St. Willibrord Stichting te Heiloo, stelde aan de hand van dit rapport bij zichzelf vast: ‘Wat is het toch eigenlijk vreemd dat er niks over ons vak in staat. “Hoezo”, zeiden ze. Nou, wij verplegen psychiatrische patiënten. Als je over somatische verpleging spreekt, dan moet je toch eigenlijk ook spreken over psychische verpleging.’⁴ De Inspecteur voor de Geestelijke Volksgezondheid nam deze term van Stevens over als ‘psychiatrisch verplegen’. Vanaf dat moment ging het begrip psychiatrisch verplegen leven. Door de broeders van Heiloo en nog een aantal andere vooraanstaande mensen uit de psychiatrische verpleegkunde, o.a. Zr. Servatius Bellemakers uit Noordwijkerhout, werden speciale zaterdagsbijeenkomsten belegd voor een stuurgroep van leidinggevende verplegenden in de psychiatrie. Informeel heette deze de ‘bond van zaterdagsvliegers’, oftewel een informele club van leidinggevende B-verpleegkundigen. Zij bood verplegenden in de psychiatrie eindelijk de mogelijkheid om zélf te gaan schrijven ten behoeve van de opleiding aan nieuwkomers in hun vak. Dit leidde aanvankelijk tot ‘de stencils van de broeders van Heiloo’, maar later ook tot een boek. ‘Psychiatrische verpleegkunde’, van de hand van de verpleegkundigen Piet Rooijackers en Cick Nieland in 1968 benoemd tot Inspecteur Verpleging ten behoeve van de Geestelijke Gezondheidszorg in 1968.

In overleg met deze Stuurgroep van leidinggevende verpleegkundigen diende de Commissie Westerhuis in 1965 een nieuw Rapport in bij de Hoofdinspectie, met een plan voor een integrale verpleegopleiding op zowel MBO- als HBO-niveau. Nu de Mammoetwet in aantocht was, koos de psychiatrie (als eerste gezondheidszorgsector) eieren voor z’n geld: het verpleegonderwijs moest aansluiting gaan vinden bij de nieuwe indeling van het secundair en tertiair onderwijs. De zorginstellingen waren bang anders de boot op de arbeidsmarkt te zullen missen. De belangrijkste argumenten waren nu: qua leeftijd en vooropleidingsniveau van de leerlingen een betere aansluiting te vinden tussen secundair en tertiair onderwijs en het doen stoppen van verpleegkundigen met ‘diploma’s stapelen’ zonder dat dit enig civiel effect voor hen sorteerde. Opvallend genoeg bleven deze psychiaters ervoor pleiten dat alle verplegenden in opleiding een praktijkstage van twee jaar zouden moeten lopen in de algemene gezondheidszorg en in de psychiatrie, alvorens aanspraak te

³ P. Koopman, De opleiding tot psychiatrisch verplegende in ontwikkeling, scriptie KHSV 1968-1970, Nijmegen, 1970, pag. 16

⁴ Interview met broeder P. Stevens, 11-9-1999

kunnen maken op een diploma. Voor het brede publiek zorgde een vooraanstaand verpleegkundige, broeder Andreas van den Hurk uit Voorburg te Vught, voor een ‘vertaling’ van dit belangwekkende rapport in de vorm van een boekje in de AO-reeks: “Bewaken wordt begeleid, moderne psychiatrische verpleging”.⁵

In 1968 werden zowel de Mammoetwet als de AWBZ van kracht. De psychiatrie werd onderdeel van Volksgezondheid en kreeg meer geld te besteden. Psychiaters en verpleegkundigen hadden zich gezamenlijk al over nieuwe wegen gebogen. De overheid reageerde, door vanaf 1970 de modernisering van verpleegopleidingen met concreet beleid te ondersteunen. Zij voerde daarbij een tweesporenbeleid. Het ene spoor was, te komen tot een verbetering van de inservice-opleidingen, waaronder de B-opleiding. Het andere spoor was, te stimuleren tot dagonderwijs. Een verwarrende periode brak aan.

Vanaf 31 juli 1970 werd wettelijk van aspirant-verplegenden in de psychiatrie geëist dat ze minstens over een MULO-4 diploma beschikten, zoals de A-verplegenden al vanaf 1966. Het “Praktijken Rapportenboekje” uit 1929 werd vervangen door een “Overzicht Praktische Opleidingsboekje” (OPO). Bovendien moesten de kandidaten tijdens hun opleiding voortaan een verpleegkundig verslag schrijven. Kennelijk hechtte ook de overheid dus steeds meer belang aan de schrijfvaardigheden en dus aan de mening van de B-verpleegkundigen. In de “Memorie van Toelichting” motiveerde de Minister de wijzigingen als volgt:

‘De ontwikkeling van de inzichten in de psychiatrische behandeling en – verpleegkunde in de laatste decennia heeft ertoe geleid, dat de psychiatrische inrichting met het oog op hoge eisen van onderzoek en behandeling en in verband met de in betekenis toenemende gerichte psychiatrische (re)validatie over bekwame verpleegkundigen moet kunnen beschikken. Hiernaast breidt zich de sociaal psychiatrische zorg steeds verder uit. Uit deze motivatie vloeit voort dat op korte termijn een aanpassing noodzakelijk is geworden van de regeling diploma B voor ziekenverpleging van 2/6 december 1929 en in het bijzonder van het bij die beschikking gevoegde praktijk – en rapportenboekje, dat niet meer aan de huidige eisen op het gebied van de psychiatrische verpleegkunde is aangepast.’

De overheid liet geen gras groeien over deze constatering: op 1 augustus 1970 werd een ‘Vaste Commissie Verpleging’ bij de Centrale Raad voor de Volksgezondheid geïnstalleerd, met de opdracht de inservice-opleidingen te moderniseren. In 1971 erkende de overheid bovendien de eerste opleiding tot sociaal psychiatrisch verpleegkundige.⁶

De nieuwe opleidingsregeling voor B-verpleegkundigen werd op 1 augustus 1975 van kracht. Zij bood spectaculaire veranderingen ten opzichte van de oude B-opleiding, zowel formeel als inhoudelijk. Volgens de tekst van de regeling waren de veranderingen noodzakelijk geworden door de vele veranderingen in behandelmethodes, waardoor de taak en functie van de verpleegkundigen was

⁵ Hurk van den, W. A., Bewaken wordt begeleid, moderne psychiatrische verpleging, AO-reeks, boekje 1111, IVIO Amsterdam, 1965

⁶ Palm, A.F.B.L., De opleiding tot sociaal-psychiatrisch verpleegkundige 1970-1995, afstudeerscriptie Verplegingswetenschap Universiteit Maastricht, maart 1997, pag. 11.

uitgebreid en verdiept. Men kon niet langer volstaan met lessen in psychopathologie, anatomie en somatische verpleegkunde. Verpleegkundigen in de psychiatrie moesten voortaan niet meer beschermen of lichamelijk verzorgen, maar begeleiden en revalideren. Daarom zou de nadruk moeten liggen op het aanleren van zelfwerkzaamheid, van sociale vaardigheden en gespreksvoering. De theorie ging in totaal minstens 1060 lesuren omvatten, waarvan 50% besteed moest worden aan 'psychische vakken', 19% aan 'algemeen vormende vakken' en de overige 31% aan 'somatische vakken'. De B-opleiding veranderde dus van een medische in een sociaal-agogische opleiding.

Het praktische deel zou op de theorie moeten aansluiten, met twintig klinische lessen, twintig patiëntenbesprekingen, 135 verpleegtechnische handelingen (waarvan meer dan de helft psychiatrisch en dus meer observerend van aard) en het schrijven van werkstukken ter verwerking van observaties en het overdragen daarvan. Bovendien zouden de verpleegkundigen vier 'praktijkleerperiodes' moeten meemaken in de onderscheiden sectoren van de psychiatrie, zodat ze in aanraking zouden komen met alle facetten van het werk. Tot slot zou er op iedere 25 leerlingen één praktijkverpleegkundige (een gediplomeerd docent of erkend stagebegeleider) moeten worden aangesteld om de leerlingen in het verwerken van hun praktische werkervaringen te begeleiden. Ten overstaan van zo'n begeleider moesten leerlingen onder woorden kunnen brengen wat ze meemaakten in het werk. 'Praktijkleren' was het devies; vandaar dat ook het eindexamen – dat overigens nog altijd werd voorafgegaan door theoretische examens – voortaan de vorm had van een gesprek over casuïstiek.

Wat het dagonderwijs betreft: in 1971 was het Rapport van de Commissie van Nordheim verschenen. Deze Commissie was voortgekomen uit een tweetal conferenties over de verpleegopleidingen in Kerk & Wereld en genoemd naar haar voorzitter Joukje van Nordheim, hoofd opleidingen van Ziekenhuis Zuidwal te Den Haag. Zij werd later benoemd tot inspecteur verpleging voor de algemene gezondheidszorg. In het Rapport drong men aan op integraal dagonderwijs voor verpleegkundigen op zowel middelbaar als hoger niveau. Dankzij de Mammoetwet, die voortgezet dagonderwijs financierde, was het immers voor het eerst mogelijk om een verpleegkundige opleiding op te zetten die niet afhankelijk was van de zorginstellingen. Tot dan toe hadden de werkgevers het verpleegkundig betaald én bepaald. De Commissie Von Nordheim wilde 'het in opleiding zijn losmaken van het werkkraakt zijn, waardoor optimalisering van de opleidingssituatie mogelijk werd'.⁷ Ook stelde ze wetenschappelijk onderwijs in de verpleegkunde in het vooruitzicht! De Commissie Von Nordheim bood dus een nieuw geluid: waar men in de algemene gezondheidszorg bij het aandringen op één integrale opleiding in de verpleegkunde meestal had bedoeld de kennis over het psychische in de inservice-opleiding tot algemeen verpleegkundige op te slokken, repte dit Rapport van een werkelijke integratie in een school, onafhankelijk van de ziekenhuizen. De praktijkstages zouden voorts evenredig over de diverse zorgsectoren worden verdeeld. De Commissie ondervond dan ook brede instemming met haar ideeën, onder vooraanstaande verpleegkundigen, maar ook bij de overheid. De HBOV en de MBOV gingen halverwege de jaren zeventig beide vlot van start; begin jaren tachtig volgde de afstudeerrichting Verplegingswetenschap.

⁷ Commissie von Nordheim, publikatie over de Nota uitgebracht door de Commissie Von Nordheim, met als doel het stimuleren van discussie in bredere kring, 1971, pag. 4

Deze nieuwe opleidingen en de ideeën die daarbinnen werden verspreid, hadden een enorm en wellicht niet overal verwacht of bedoeld effect. Toen in 1984 de arbeidstijden van B-leerlingen moesten worden aangepast aan de pas ingevoerde 36-urige werkweek, greep men deze gelegenheid aan om alweer de hele structuur en inhoud van de B-opleiding onder de loep te nemen. Zowel de theorie (nu 1320 uur) als de praktijk werden tot in detail voorgeschreven. De indeling verried de grotere invloed van internationaal gedachtegoed, waarvoor –zoals al langer bekend- de Nederlandse B-opleiding niet relevant was. Voor het eerst werden nu centrale (en voor de psychiatrie volstrekt nieuwe) concepten voor de verpleegopleiding vastgesteld: persoon, omgeving, gezondheid en verplegen. De traditionele vakken werden losgelaten. Voortaan werden vijf ‘leergebieden’ onderscheiden: “verpleegkunde” (290 uur), “gezondheidsleer” (anatomie, neuro-anatomie, voedingsleer, psychologie, sociologie, antropologie, filosofie, recht en wet, organisatie van de gezondheidszorg, gezondheidsvoorlichting & opvoeding, psychosociale en lichamelijke hygiëne, andragogie, geschiedenis van de verpleging en de geneeskunde: in totaal 480 uur), “ziekteleer” (245 uur), “methoden & technieken” (alle praktische vaardigheden: 245 uur) en “keuze-uren” (zestig uur). Voor het zogenaamde ‘praktijkleren’ werden nu 1011 uren uitgetrokken, te besteden in of als direct vervolg op klinische situaties in reflectie op het eigen leerproces. Men onderscheidde nu klinisch relevante gesprekken en besprekingen, het praktisch oefenen van vaardigheden (men hoefde deze niet langer af te laten tekenen), en een keur aan voortgangs- en evaluatiegesprekken (per praktijkleerperiode van een klein jaar minimaal dertig keer) over het eigen leerproces. ‘Praktijkleerperiode’, ‘praktijkleerplan’, ‘praktijkwerkplan’ en ‘praktijkopleidingsboek’ werden vertrouwde termen. Verpleegkundigen uit de praktijk die leerlingen op de afdeling moesten begeleiden en beoordelen, zogenaamde ‘werkbegeleiders’, moesten hun beoordelingen goed kunnen beargumenteren. Ter bescherming van de leerling moest het hoofd van een afdeling namelijk, gebaseerd op informatie van deze werkbegeleider, een schriftelijk oordeel vellen over de praktijkprestaties. Aan het eind van de opleiding moest de leerling zelf een scriptie schrijven. De opleiding had vijf grote eindtermen geformuleerd en thema’s uitgewerkt waarover de leerling kennis moest kunnen reproduceren. Al deze thema’s hadden te maken met de omgang tussen verpleegkundigen en psychiatrisch patiënten. Hoe goedbedoeld ook, deze wijziging van de B-opleiding bleek een laatste wanhoopspoging vanuit de psychiatrie, de ten dode opgeschreven B-opleiding aan te passen aan de moderne tijd.

Het Den Treek-overleg, een groep vooraanstaande verpleegkundigen, had de overheid namelijk met succes bewerkt. Het idee te breken met inservice onderwijs en algemeen over te gaan op dagonderwijs, werd in zodanige zin overgenomen door het Kabinet, dat men dit plan liet onderzoeken op financiële haalbaarheid. Het onderzoeksinstituut achtte dit niet haalbaar. In 1992 viel bij de overheid echter wel het besluit – genomen door de toenmalige Minister van Onderwijs en staatsecretaris Simons voor Volksgezondheid gezamenlijk – om een nieuw, samenhangend opleidingsstelsel voor ‘generiek inzetbare verpleegkundigen’ te ontwerpen. In dit stelsel zouden de oude inservice-opleidingen komen te vervallen, maar wel die structuur van leren (praktisch werken tijdens de opleiding) alsmede dagonderwijs een plaats houden. Het eindrapport van de ruim gefinancierde onderwijsexperimenten op weg naar dit stelsel verscheen in 1996: ‘Gekwalificeerd voor de toekomst’. Het effect van de invoering van dit plan was de opheffing van de specifiek op de psychiatrie gerichte opleiding voor verpleegkundigen in augustus 1997. De laatste ‘psychiatrisch verpleegkundigen’ studeerden af in 2000. Deze titel is nu niet langer te verkrijgen. Verpleegkunde wordt in Nederland, evenals in vele andere Europese landen, vandaag de dag beschouwd als één ondeelbaar domein van kennis en

vaardigheden. Iedereen met een verzorgend of verpleegkundig diploma wordt na drie of vier jaar opleiding in beginsel in staat geacht patiënten met uiteenlopende soorten ‘gezondheidsproblemen’, ook psychiatrisch patiënten, te kunnen verplegen. Men hoeft daarvoor niet langer een aantal jaren ervaring op te bouwen met concrete patiënten. ‘Transfervaardigheden’ om kennis die in een andere situatie is opgedaan in een nieuwe situatie toe te passen worden nu belangrijker geacht. In de GGZ betwijfelen echter vele verpleegkundigen, of de soms nog zeer jonge afgestudeerde verpleegkundigen van nu na maximaal één jaar stage lopen in de psychiatrie, werkelijk in staat zijn om hun tijd met psychiatrisch patiënten zinvol en aangenaam door te brengen. Steeds opnieuw worden –door zeer goed georganiseerde en ervaren psychiatrisch verpleegkundigen- dan ook pogingen ondernomen om differentiaties te ontwikkelen waarmee de beginnende verpleegkundigen van nu zowel theoretisch als praktisch beter toegerust de praktijk van de psychiatrie kunnen betreden.

C . aan de Stegge

Gepubliceerd in: MgV 56 (2001), p. 691-708. Uitgeverij: Trimbos Instituut Utrecht i.s.m. Bohn Stafleu Van Loghum te Houten. ISSN 0024-8576.

Literatuurlijst:

1. Beumer, Mr. F.J.A., Psychiatrie en Inspectie, in ‘Van Oppertoezicht naar Staatstoezicht’, p. 46 Nederlandse Staatscourant, vrijdag 14 oktober 1966, nr. 200, pag. 5
2. H.W. Borgerhoff Mulder, Is een gemeenschappelijk diploma wenschelijk en uitvoerbaar?, ara, archief 2.15.40, inv. nr. 760 3.
3. Borgerhoff Mulder, H.W., a.w., p. 5
4. Borgerhoff Mulder, H.W., Brief van de Examencommissie van de NVPN uit mei 1932 aan directies van inrichtingen voor geesteszieken waar de opleiding geschiedt volgens de voorschriften van de NVPN, ‘ara’ 2.15.40, 754, pag. 4
5. Ingekomen rapport van de Commissie de Nederlandse Vereniging van gestichtsartsen inzake de opleiding en de positie van verplegenden in de gestichten en psychiatrische inrichtingen, 1946-1948, ‘ara’ 2.15.40, nr. 767, pag. 1
6. Interview P. Stevens, 14 september 1999 Bovendien waren sinds 1960 (in Nijmegen) ‘voortgezette kaderopleidingen’ in de verpleging opgericht; deze vielen onder de verantwoordelijkheid van het Ministerie van Onderwijs. Nederlandse Staatscourant, vrijdag 31 juli 1970, nr. 145, pag. 4