



Universiteit
Leiden
The Netherlands

'Zorgwekkend tekort' Een analyse van het beleidsproces rondom het verpleegsterstekort in de jaren '60 en '70

Hoezen, Merel

Citation

Hoezen, M. (2023). *'Zorgwekkend tekort': Een analyse van het beleidsproces rondom het verpleegsterstekort in de jaren '60 en '70*.

Version: Not Applicable (or Unknown)

License: [License to inclusion and publication of a Bachelor or Master thesis in the Leiden University Student Repository](#)

Downloaded from: <https://hdl.handle.net/1887/3593876>

Note: To cite this publication please use the final published version (if applicable).

'Zorgwekkend tekort'

Een analyse van het beleidsproces rondom het verpleegsterstekort in de jaren '60 en '70

Merel Antje Jacoba Hoezen

2023423

Leiden University

MA Cities, Migration and Global Interdependence

Governance of Migration and Diversity

Professor Marlou Schrover

20 ECTS

23-02-2023



**Universiteit
Leiden**

I. Introductie	4
1.1 Historiografie	4
1.2 Theorie	8
1.3 Methodologie en bronnen	10
1.4 Structuur	13
II. Context: Verpleegsterstekort en Nederland in de jaren zestig en zeventig	14
2.1 Groeiend aantal patiënten	14
2.2 Waarom een groeiend verpleegsterstekort?	15
2.3 Gevolgen van verpleegsterstekort	19
2.4 Conclusie	20
III. Oplossingen: de uitstroom verminderen	21
3.1 Opleiding	21
3.1.1 Nieuwe onderwijsvormen in Amsterdam, Eindhoven en Utrecht	23
3.1.2 Hogere Beroepsopleiding Verpleegkunde	25
3.1.3 Conclusie	27
3.2 Nieuwe Functies	28
3.2.1 Verpleegsters & Verzorgsters	28
3.2.2 Vrijwilligsters: inspiratie uit Amerika en Engeland	28
3.2.3 Parttime-functies	30
3.2.4 Conclusie	32
3.3 Technologische vernieuwingen en arbeidsbesparende middelen	32
3.4 Onregelmatige werktijden en salariering	35
3.5 Huisvesting	36
3.6 Conclusie	37
IV. Oplossingen: de Nederlandse vijver vergroten	39
4.1 Dienstplicht	39
4.2 Gehuwde vrouwen	40
4.3 Broeders en verplegers: de man als verpleger	43
4.4 Conclusie	45
V. De internationale vijver vergroten: migrantverpleegsters	47
5.1 Filipijnse verpleegsters	47
5.2 Indonesische verpleegsters	50
5.3 Joegoslavische verpleegsters	51
5.4 Keniaanse en Zuid-Afrikaanse verpleegsters	52
5.5 Engelse verpleegsters	53
5.6 Kanttekening en conclusie	54
Conclusie	57
Primaire Bronnen	60

Nationaal Archief Den Haag	60
Het Utrecht's Archief	60
Atria Kennisinstituut voor Emancipatie en Vrouwengeschiedenis	60
Stadsarchief Amsterdam	60
Kamerstukken	60
Kranten	61
Bibliografie	62
Internet Bronnen	66

I. Introductie

Sinds het begin van de twintigste eeuw kampen zorginstellingen wereldwijd met een tekort aan verpleegkundigen. Er waren twee decennia in de twintigste eeuw waarin dit tekort een nieuw hoogtepunt bereikte: de jaren zestig en zeventig. Deze decennia waren daarnaast bijzonder vanwege de grote veranderingen die de maatschappij, de zorg en het verpleegkundige beroep doormaakten. Het was aan de overheid, de beleidsmakers en het zorgmanagement om met deze veranderingen mee te bewegen en tegelijkertijd het verpleegsterstekort op te lossen. In deze scriptie worden de maatregelen van deze actoren geanalyseerd en worden deze vragen gesteld: Hoe is in de jaren zestig en zeventig het verpleegsterstekort opgelost en waarom hebben bepaalde oplossingen meer prioriteit gekregen boven andere?

Door middel van een analyse van documenten uit de jaren zestig en zeventig wordt bekeken wat destijds de meest effectieve oplossing was voor dit tekort. Tot op heden wordt onderzoek gedaan naar het oplossen van personeelstekorten in de zorg.¹ Echter, geen van deze onderzoeken naar personeelstekorten in de zorg is vanuit een historisch perspectief geschreven. Dit onderzoek draagt bij aan de actuele vraag hoe het personeelstekort in de zorg kan worden opgelost door aan te tonen dat we lessen uit het verleden kunnen trekken en ons buiten de huidige tijdsgeest kunnen laten inspireren om creatieve, nieuwe oplossingen te vinden. Dit onderzoek is ook binnen de geschiedschrijving van belang, doordat het een duidelijk overzicht geeft van de aanpak van personeelstekorten in de jaren zestig en zeventig, niet alleen in zorginstellingen, maar ook binnen de politiek.

1.1 Historiografie

Er is weinig literatuur beschikbaar over verpleegsterstekorten in Nederland gedurende de tweede helft van de twintigste eeuw. Er bestaat wel literatuur die de tekorten vermeldt, maar de overgrote meerderheid richt zich op één oplossing, namelijk: migrantverpleegsters. Belangrijke auteurs zijn Judith Roosblad en Annemarie Cottaar. Cottaar sprak voor haar boek *Zusters uit Suriname: Naoorlogse belevenissen in de Nederlandse verpleging* met Surinaamse vrouwen die na de Tweede Wereldoorlog in Nederland als verpleegsters (destijds nog zusters genaamd) te werk gingen.² In 2005 deed Judith Roosblad een actueel onderzoek naar het inhuren van migrantverpleegsters als oplossing voor het verpleegsterstekort in Nederland, zowel in het heden als in de toekomst, waarbij ze ook de oorzaken van verpleegsterstekort benoemde, waaronder de groeiende concurrentie op de arbeidsmarkt en de groeiende zorgvraag.³

¹ S. van den Bosch en M. Giesen, *Aan het werk voor een betere arbeidsmarkt in de zorg! Rapport over het terugbrengen van de tekorten aan verpleegkundigen en verzorgenden* (zp 2017); Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN), *Personeelstekorten in de zorg: oplossingen van de werkvloer* (zp 2017); J. Roosblad, *Vissen in een vreemde vijver: het werven van verpleegkundigen en verzorgenden in het buitenland. Ervaringen met en toekomstverwachtingen over arbeidsmigratie in de zorgsector*, (werkdocument, Universiteit van Amsterdam 2005).

² A. Cottaar, *Zusters uit Suriname: naoorlogse belevenissen in de Nederlandse verpleging* (Amsterdam 2003).

³ Roosblad, *Vissen in een vreemde vijver*.

Binnen de buitenlandse literatuur is ook onderzoek gedaan naar migrantverpleegsters.⁴ Een deel van de auteurs heeft de ervaringen van migrantverpleegsters in het land van aankomst onderzocht.⁵ In het artikel *'I'm not your typical nurse': Caribbean nurses in Britain and Canada* schrijft K. Flynn over de ervaringen van zwarte verpleegsters die halverwege de jaren zestig naar Groot-Brittannië en Canada zijn geïmmigreerd.⁶ Andere auteurs benadrukken de politieke kant van het inhuren van migrantverpleegsters en de internationale contacten die daarvoor nodig waren.⁷ Zo schrijft M. Jeon over hoe politieke agenda's en maatschappelijke omstandigheden zorgden voor de migratie van Zuid-Koreaanse verpleegsters naar West-Duitsland in de jaren zestig en zeventig.⁸ Bij deze onderzoeken wordt de nadruk gelegd op de politieke en maatschappelijke oorzaken en gevolgen van deze migratie. Er wordt niet ingegaan op het effect van deze migratie op de migrantverpleegsters of de gezondheidszorg in Zuid-Korea en West-Duitsland.

Binnen het Nederlandse historische debat over de zorg wordt het verpleegsterstekort een enkele keer kort vermeld en wordt er meer aandacht besteed aan de modernisering en interne ontwikkeling van het verpleegkundige beroep, waaronder de veranderende opleidingen, specialisaties en arbeidsdeling en beroepsorganisaties.⁹ Het overgrote deel van de literatuur over verpleegsters en het verpleegstersberoep in de jaren zestig tot en met tachtig bestaat uit overzichtswerken die een periode van 50 tot 150 jaar beschrijven¹⁰ of gedenkboeken, die

⁴ L. Ali, *West Indian nurses and the National Health Service in Britain, 1950-1968* (ongepubliceerde scriptie, University of New York 2001); G. Lazaridis, 'Les Infirmières Exclusives and Migrant Quasi-Nurses in Greece', *The European Journal of Women's Studies* 14 (2007) 227-245; L. Ryan, 'Migrant Women, Social Networks and Motherhood: The Experiences of Irish Nurses in Britain', *Sociology* 41:2 (2007) 295-312; K. Flynn, 'Race, the State and Caribbean Immigrant Nurses, 1950-1962' in: G. Feldberg e.a. eds., *Women, Health and Nation: Canada and the United States since 1945* (Quebec 2003) 247-263.

⁵ G. Likupe, 'Experiences of African nurses and the perception of their managers in the NHS', *Journal of Nursing Management* 23 (2015) 231-241.

⁶ K. Flynn, "'I'm Not Your Typical Nurse": Caribbean Nurses in Britain and Canada', *The UKAHN Bulletin* 9:1 (2021), <https://bulletin.ukahn.org/im-not-your-typical-nurse-caribbean-nurses-in-britain-and-canada/> (geraadpleegd 25 December 2022).

⁷ R.E. Ball, 'Divergent development, racialised rights: globalised labour markets and the trade of nurses—The case of the Philippines', *Women's Studies International Forum* 27 (2004) 119-133; M. Jeon, 'Why and how did "voluntary" mass immigration of South Korean nurses and miners to West Germany occur in the 1960s and 1970s?', *Asian Journal of Political Science* 29 (2021) 301-315; T. Dysart en D. Wright, 'Come By Chance: Newfoundland and Global Medical Migration, 1950-1976', *Journal of Imperial and Commonwealth History* 49 (2021) 994-1020.

⁸ Jeon, 'immigration of South Korean nurses'.

⁹ R. Goelabdien, *Van roeping tot beroep: Verpleging en verzorging in historisch perspectief* (Utrecht 1995); A. van de Pasch e.a. eds., *Honderd jaar verplegen: Een bijsluiter over gisteren met een opening naar morgen* (Lochem 1990); F. Boersma, *De patiënt heeft altijd gelijk: honderd jaar geneeskundige vereniging tot bevordering van het Ziekenhuiswezen* (Den Haag 2000).

¹⁰ M.J. van Lieburg, *Vijf eeuwen geneeskunde en gezondheidszorg in Rotterdam 1465-1965. De voorgeschiedenis van het Erasmus MC* (zp 2019); C. aan de Stegge, e.a., *Handen uit de mouwen: 150 jaar verpleegkundig uniform in Nederland* (Amersfoort 2014); Goelabdien, *van roeping tot beroep*; Pasch e.a., *Honderd jaar verplegen*.

beperkte informatie bevatten en voor een groot deel bestaan uit afbeeldingen.¹¹ Hoewel de meeste van deze werken het verpleegsterstekort wel vermelden, blijven ze oppervlakkig, waardoor de informatie hierover beperkt blijft. Overigens is het niet alleen binnen de Nederlandse literatuur dat er veel van dit soort algemene overzichtswerken en gedenkboeken bestaan over de geschiedenis van de verpleging. Ook in de Engelstalige literatuur zijn er werken die grotere periodes dekken aan verplegings- en gezondheidszorggeschiedenis.¹² Zo bespreekt het werk *Mending Bodies, Saving Souls: A History of Hospitals* van Guenter Risse bijvoorbeeld een periode van bijna tweeduizend jaar aan ontwikkelingen, van de Oudgriekse Asklepieion, tot de strijd tegen aids binnen het San Francisco General Hospital.¹³

In de recentere sociologische literatuur bestaat er meer onderzoek naar het personeelstekort onder de hedendaagse verpleegkundigen en verzorgsters, waarbij de aandacht uitgaat naar de effecten die dit heeft gehad op maatschappelijk en internationaal niveau. Evenals binnen de historische literatuur, is binnen de sociologie hoofdzakelijk onderzoek gedaan naar migrantverpleegsters.¹⁴ In de vroege jaren 2000 is het sociologisch onderzoek naar migrantverpleegkundigen gestart, nadat Arlie Hochschild de theorie van de *global care chain* had geïntroduceerd. Dit is een overkoepelende term voor de migratie van vrouwen, vaak moeders, die hun familie achterlieten en migreerden naar een ander land om daar voor de kinderen van anderen te zorgen. Vervolgens huurden de migranten andere vrouwen in om voor hun eigen kinderen te zorgen.¹⁵ We kunnen de *global care chain* theorie ook verbinden aan het ‘*brain-drain, brain-gain*’-debat. Deze theorie betreft opgeleiden en ervaren arbeiders die migreren naar het buitenland om daar de personeelstekorten op te vullen (*brain-gain*) en daardoor een gat achter te laten in het land waar ze vandaan komen (*brain-drain*).¹⁶ In deze onderzoeken zijn vaak zowel artsen als verpleegkundigen betrokken en is de nadruk gelegd op de consequenties van migratie op het land van vertrek. De dominante gedachte is dat bij deze situatie alleen het land van aankomst voordeel heeft en het land van herkomst verliest. Er wordt minder aandacht besteed aan het personeelstekort en de gevolgen van het inhuren van migrantverpleegkundigen in het land van

¹¹ Boersma, *De patiënt heeft altijd gelijk*.

¹² R. Dingwall, A. Rafferty en C. Webster, *An Introduction to the Social History of Nursing* (London 1988).

¹³ G. Risse, *Mending Bodies, Saving Souls: A History of Hospitals* (New York 1999).

¹⁴ E. Tungohan, ‘Global care chains and the spectral histories of care migration’, *International Journal of Care and Caring* 3:2 (2019) 229–45; A. Amelina en H. Lutz, ‘Care An intersectional analysis of transnational care work and transnational families’ in: Idem, *Gender and Migration Transnational and Intersectional Prospects* (New York 2018) 59-83.

¹⁵ P. Nadasen, ‘Rethinking Care: Arlie Hochschild and the Global Care Chain’, *Women’s Studies Quarterly* 45:3 (2017) 124-128, aldaar 124.

¹⁶ H. De Haas, ‘Paradoxes of migration and development’ in: T. Bastia en R. Skeldon eds., *Routledge Handbook of Migration and Development* (London 2019) 17-32, aldaar 26.

aankomst.¹⁷ Ook wordt in deze onderzoeken veel gekeken naar de ervaringen van de migrantverpleegkundigen zelf.¹⁸ Een artikel uit 2015 onderzocht bijvoorbeeld hoe Afrikaanse zorgmedewerkers hun werk in het buitenland hadden ervaren en hoe de migratie gevolgen had voor hun carrière.¹⁹ De onderzoekers concludeerden dat de effecten van verpleegkundigenmigratie uit Afrika niet altijd positief zijn, omdat het enerzijds zorgprofessionals wegneemt uit Afrikaanse landen, terwijl Afrikaanse vrouwen anderzijds om diverse redenen niet volledig deel uitmaken van de arbeidsmarkt in het land van bestemming.²⁰

Wanneer we willen kijken naar onderzoek dat specifiek is gericht op de tekorten van verpleegkundigen, komen we snel terecht op onderzoeken vanuit vakbonden of andere zorgspecialisten.²¹ Dit zijn zeer uitgebreide en recente rapporten geschreven op basis van informatie vanuit verschillende zorginstellingen en leden van de beroepsvereniging Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN). Hoewel het belangrijk is om te weten dat deze onderzoeken bestaan en er vooral vanuit deze hoek onderzoek naar is gedaan, is de inhoud van deze rapporten voor dit onderzoek niet relevant omdat het zich richt op een recenter tijdvak.

Uit alle bovengenoemde literatuur kunnen we concluderen dat de tekorten in de zorg over het algemeen in beperkte mate is onderzocht en dat het merendeel van het bestaande onderzoek door zorgspecialisten en sociologen is geschreven. Binnen het nationale en internationale historische debat bestaat een gebrek aan onderzoek naar de tekorten in de gezondheidszorg, evenals de gevolgen en oplossingen. Met deze scriptie wil ik een bijdrage aan het historisch debat leveren door een lange periode te bestuderen en het probleem vanuit verschillende invalshoeken te benaderen. In dit onderzoek wordt geanalyseerd hoe verschillende zorginstellingen en overheidsinstanties proberen het tekort aan te pakken en waarom sommige oplossingen meer prioriteit krijgen dan andere. Hierdoor wordt een scala aan oplossingen die in de jaren zestig en zeventig zijn voorgesteld, ingevoerd en wel of niet succesvol zijn gebleken, meegenomen in het onderzoek. Bovendien draag ik met dit historisch onderzoek bij aan de literatuur over verpleging en gezondheidszorg in het algemeen, doordat het laat zien hoe in het verleden werd omgegaan met problemen die nog steeds relevant zijn.

¹⁷ A. A. Khaliq, R. W. Broyles en A. K. Mwachofi, 'Global Nurse Migration: Its Impact on Developing Countries and Prospects for the Future', *World Health & Population* 10:3 (2008) 55-73; G. I. Serour, 'Healthcare Workers and the Brain Drain', *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 106 (2009) 175-178; Y. A. Misau, N. Al-Sadat en A. B. Gerei, 'Brain-drain and Health Care Delivery in Developing Countries', *Journal of Public Health in Africa* 1:1 (2010); A. Quamruzzaman, 'Exploring the Impact of Medical Brain Drain on Child Health in 188 Countries over 2000-2015', *Societies* 10:4 (2020) 73.

¹⁸ A. de Veer, D. den Ouden en A. Francke, 'Experiences of Foreign European Nurses in The Netherlands', *Health Policy* 68 (2004) 55-61; T. Carieta en N. Lightman, "'Island Girls": Caribbean Women Care Workers in Canada', *Canadian Ethnic Studies* 54 (2022) 29-58; Ryan, 'Migrant Women, Social Networks'.

¹⁹ S. Wojczewski, e.a., 'African Female Physicians and Nurses in the Global Care Chain: Qualitative Explorations from Five Destination Countries', *PLoS One* 10:6 (2015).

²⁰ Ibidem, 16.

²¹ V&VN, *Personeelstekorten in de zorg*; J. Peeters e.a., *Ziekteverzuim van verpleegkundig en verzorgend personeel in verpleeg- en verzorgingshuizen: een inventarisatie van oorzaken en beïnvloedende factoren* (Utrecht 2008); Bosch, *Aan het werk*.

1.2 Theorie

In deze scriptie wordt gekeken naar het beleid en het beleidsproces rondom het tekort aan verpleegsters. Om de beleidsvorming te begrijpen, wordt niet alleen de oplossing bekeken, maar nemen we ook de weg ernaartoe, het proces, mee. Het proces van beleidsontwikkeling bestaat uit vijf fases: de vaststelling van het probleem, de formulering van beleid, besluitvorming, implementatie en evaluatie.²² In deze scriptie wordt de eerste fase onderzocht door te kijken naar de oorzaken en gevolgen van het verpleegsterstekort. Daarnaast wordt de fase van formulering bekeken, waarin wordt aangegeven wat het doel van het beleid is en wat de mogelijke acties zijn die ervoor kunnen zorgen dat dit doel wordt bereikt.²³ Deze fase wordt onderzocht aan de hand van een analyse van rapporten van verschillende werkgroepen die opgesteld zijn door de overheid in samenwerking met belangenorganisaties en zorginstellingen. In deze rapporten wordt verslag gedaan van onderzoek naar onderwerpen als de inschakeling van de gehuwde vrouw in de zorg en de herziening van de verpleegstersopleiding.²⁴ De fase van besluitvorming wordt bestudeerd aan de hand van de reactie van de overheid en zorginstellingen op deze rapporten. De fasen van implementatie en evaluatie worden, waar mogelijk, onderzocht aan de hand van mediaberichten en interviews met zorgpersoneel.

Het beleidsproces dat in deze scriptie wordt onderzocht betreft personeelsmanagement en het is dan ook belangrijk om aandacht te schenken aan de theorie rondom *Human Resource planning* (hr-planning). Hr-planning wordt door D. Bulla en P. Scott gedefinieerd als een proces 'for ensuring that the human resource requirements of the organization are identified and plans are made for satisfying those requirements.'²⁵ Het doel van hr-planning is om het gat tussen vraag en aanbod te identificeren. Dit wordt gedaan door de personeelsvraag van een organisatie of bedrijfstak te voorspellen en het interne en externe aanbod aan personeel in kaart te brengen.²⁶ Deze identificatie verduidelijkt wat er moet gebeuren om vraag en aanbod op gelijke voet te krijgen, zodat er geen sprake is van overschot of tekort aan personeel.²⁷ We spreken in dit

²² W. Jann en K. Wegrich, 'Theories of the Policy Cycle', in: F. Fischer ed., *Handbook of Public Policy Analysis: Theory, Politics, and Method* (Abingdon 2006) 43-62, aldaar 43.

²³ Ibidem, 48-49.

²⁴ Nationaal Archief (NA), Inventaris van het archief van het Directoraat-Generaal Volksgezondheid van het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur en haar taakvoorgangers, (1913) 1946-1982 (1989) (2.15.65), [hierna afgekort als: Directoraat-Generaal Volksgezondheid 2.15.65], inv. nr. 2265, 'Verpleegsters over haar beroep' (december 1959); NA, Directoraat-Generaal Volksgezondheid 2.15.65, inv. nr. 2267, 'Rapport uitgebracht door de Werkgroep Verpleegsterstekort', 13-06-1962; NA, Inventaris van het archief van de Centrale Raad van de Volksgezondheid, (1955) 1958-1982 (1983), (2.27.16) [hierna afgekort als: Centrale Raad 2.27.16], inv. nr. 564, Centrale raad voor de volksgezondheid, advies inzake het inschakelen van parttime hulpkrachten in en buiten inrichtingen van gezondheidszorg.

²⁵ J. O. Samwel, 'Human Resource Planning as an Important Practice to Anticipate Future Human Resource Requirements of the Organization — Literature review', *International Journal of Research in Business Studies and Management* 5:3 (2018) 24-30, aldaar 25.

²⁶ Ibidem, 25.

²⁷ M. A. Lopes, A. S. Almeida, en B. Almada-Lobo, 'Handling healthcare workforce planning with care: where do we stand?', *Human Resources for Health* 13 (2015) 1-19, aldaar 1.

onderzoek echter niet alleen van algemeen personeelsmanagement, maar van personeelsmanagement in de gezondheidszorg. Dit onderscheid is belangrijk voor hr-planning in de gezondheidszorg, omdat extra factoren van belang zijn, zoals beperkte toegestane competitie en overheidsbemoediging. Ook de vraag speelt in de zorg een grote rol, omdat de zorgvraag bepaalt wat het zorgaanbod moet zijn.²⁸

De oplossing van het verpleegsterstekort moet volgens deze route redelijk simpel zijn. Als duidelijk is wat de vraag is en waar het aanbod ligt, kan het gat beleidsmatig gedicht worden. Afhankelijk van de uitkomsten kunnen we vervolgens spreken van een succesvol of falend beleid.²⁹ Echter, dit is alleen van toepassing op een eenvoudig probleem waarvan belanghebbenden het over het algemeen eens zijn over de kern en de juiste oplossing van het probleem.³⁰ Het verpleegsterstekort is een probleem waar veel actoren en factoren bij betrokken zijn, wat het ingewikkeld maakt om het op te lossen. Een dergelijk probleem, ook wel een *wicked problem* genoemd, is een probleem waar geen juiste of onjuiste oplossing voor bestaat, aangezien de visies van de betrokken actoren nooit volledig overeen zullen komen.³¹ Het verpleegsterstekort kan om deze reden niet worden opgelost, maar enkel worden vermindert of verergerd.

De actoren en factoren zijn dus van groot belang voor dit onderzoek, omdat ze veel invloed hebben op het verpleegsterstekort en de maatregelen ertegen. Deze actoren en factoren kunnen we identificeren op basis van de besproken literatuur. Hieruit blijkt dat de belangrijkste actoren in dit onderzoek de Nederlandse overheid en specifiek het Ministerie van Volksgezondheid zijn, de Nederlandse zorginstellingen, de media en belangenorganisaties die opkomen voor de verpleegsters. De belangrijkste factoren in dit onderzoek zijn allereerst de werving van personeel in het buitenland. Ten tweede zijn er ook de veranderende maatschappelijke genderrollen en de verwachtingen en normen die de samenleving heeft ten aanzien van het gedrag van mannen en vrouwen. Vervolgens wordt de derde factor omschreven als de arbeidsdeling van de verpleging. De veranderende verpleegstersopleiding en de technologische veranderingen binnen de maatschappij en de gezondheidszorg vormen eveneens twee factoren. De zesde factor betreft de mogelijkheden binnen het carrièrepad van verpleegsters en de groeiende concurrentie op de arbeidsmarkt. De zevende en laatste factor, de werving van mannen, wordt in de literatuur niet expliciet vermeld, maar eerder beschouwd als een vanzelfsprekende ontwikkeling met de tijd.³²

²⁸ Ibidem, 4.

²⁹ S. Castles, 'The Factors that Make and Unmake Migration Policies', *The International Migration Review* 38 (2004) 852–884, aldaar 854.

³⁰ J. Raadschelders, J. Larrison en A. Thapar, 'Refugee Migration as a Wicked Problem: American Controlling, Palliative, and Governance Policies in Global Context', *World Affairs* 182 (2019) 228–255, aldaar 230.

³¹ H. Rittel en M. Webber, 'Dilemmas in einer allgemeinen Theorie der Planung' in: M. Webber, *Thinking Design* (Berlijn, Boston 2013) 20–38, aldaar 10-11; Raadschelders e.a., 'Refugee Migration as a Wicked Problem', 230.

³² Goelabdien, *van roeping tot beroep*; Pasch e.a., *Honderd jaar verplegen*

Mijn hypothese is dat het samenspel van actoren en factoren een belangrijke rol speelde bij de oplossing van het verpleegsterstekort in de jaren zestig en zeventig. Daarnaast draagt dit samenspel bij aan het begrijpen en verklaren van de veranderingen in het beleid rondom het verpleegsterstekort in die periode.

1.3 Methodologie en bronnen

Het onderzoek is gebaseerd op verschillende soorten primaire bronnen. De basis van deze bronnen bestaat uit documenten afkomstig uit het archief van het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur dat bewaard wordt in het Nationaal Archief in Den Haag.³³ In het begin van de jaren zestig was er door dit Ministerie een werkgroep ingesteld die onderzoek deed naar het verpleegsterstekort in de zorg. Er is gebruikgemaakt van notulen van vergaderingen, correspondentie tussen de werkgroep en de Minister en het uiteindelijke rapport van deze werkgroep, samen met een adviesrapport van een soortgelijke commissie dat onderzoek deed naar parttime hulpkrachten en een verpleegsterstevredenheidsonderzoek opgesteld door het Economisch-Sociologisch Instituut te Tilburg.³⁴ Het rapport van de werkgroep personeelstekort en het tevredenheidsonderzoek zijn beide uitgebreide rapporten, bestaand uit veertig pagina's exclusief bijlagen, en het adviesrapport van de commissie parttime hulpkrachten is een compacter rapport van ongeveer dertig pagina's. De notulen van de vergaderingen van de werkgroep verpleegsterstekort en de werkgroep parttime hulpkrachten bestaan uit zeer inhoudelijke discussies tussen de leden en bevatten ongeveer tien tot twintig pagina's per vergadering.

Het archief van de Nederlandse Maatschappij van Verpleegkundigen, bewaard bij Atria, bevat voornamelijk korte documenten en knipsels uit kranten en vrouwen- en vaktijdschriften.³⁵ Ook is Atria in het bezit van een documentatiemap, die bestaat uit knipsels van artikelen uit kranten, dagbladen en tijdschriften. Ook bevat deze map een onderzoeksrapport van ongeveer zestig pagina's (exclusief bijlagen), opgesteld door de vakgroep arbeids- en organisatiepsychologie van de Universiteit van Amsterdam, die onderzoek heeft gedaan naar de positie van en omgang tussen vrouwelijke en mannelijke verplegers in zorginstellingen.³⁶ Aanvullend op deze bronnen is in dit onderzoek gebruikgemaakt van krantenartikelen uit de online

³³ NA, Directoraat-Generaal Volksgezondheid 2.15.65.

³⁴ NA, Directoraat-Generaal Volksgezondheid 2.15.65, inv. nr. 2265, 'Verpleegsters over haar beroep' (december 1959); NA, Directoraat-Generaal Volksgezondheid 2.15.65, inv. nr. 2267, 'Rapport uitgebracht door de Werkgroep Verpleegsterstekort', 13-06-1962; NA, Centrale Raad 2.27.16, inv. nr. 564, Centrale raad voor de volksgezondheid, advies inzake het inschakelen van parttime hulpkrachten in en buiten inrichtingen van gezondheidszorg.

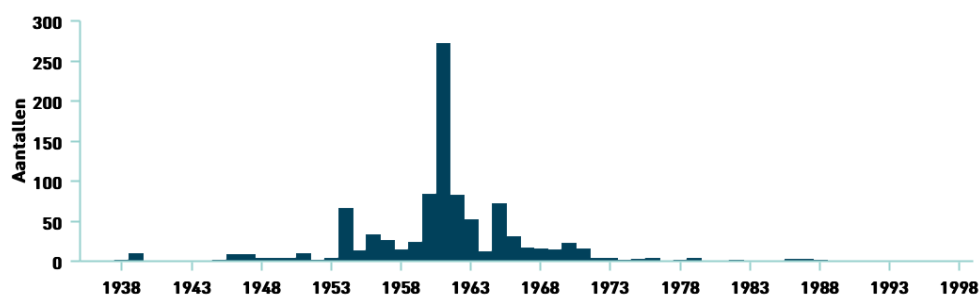
³⁵ Atria Kennisinstituut voor Emancipatie en Vrouwengeschiedenis (Atria), Archief Nederlandse Maatschappij voor Verpleegkunde 1904, 1919-1990 [hierna afgekort als: NMV].

³⁶ Atria, Documentatiemap Verplegend Personeel, Vakgroep Arbeids- en Organiseatiepsychologie, *Mannen en vrouwen in de verpleging* (Universiteit van Amsterdam 29-04-1985).

database Delpher en documenten van het Academisch Ziekenhuis Utrecht uit het Utrechts archief.³⁷

Dit onderzoek is gericht op de periode 1960 tot en met 1979. Deze periode is gekozen om meerdere redenen, allereerst omdat dat dit een periode was waarin de aanloop naar de piek van verpleegsterstekort evenals de piek zelf zichtbaar en voelbaar waren in de gezondheidszorg en in de maatschappij. Hierdoor werd het verpleegsterstekort oplossen een acute vraag die hoger op de politieke agenda stond, waardoor er in deze periode meer aandacht aan werd geschonken en er ook meer onderzoek naar werd gedaan dan in de periodes ervoor en erna. De grafiek hieronder laat bijvoorbeeld duidelijk zien dat er in kranten in de jaren zestig en zeventig meer werd geschreven over verpleegsterstekort dan in de jaren ervoor en erna. Daarnaast is er voor deze periode gekozen omdat er in de jaren zestig en vooral in de jaren zeventig grote ontwikkelingen op medisch gebied plaatsvonden, wat ervoor zorgde dat de gezondheidszorg gespecialiseerder werd en het verpleegstersberoep en de verpleegstersopleiding opnieuw werd bekeken en gedefinieerd.

Grafiek van het aantal zoekresultaten op ‘verpleegsterstekort OR verpleegkundigetekort’ op Delpher



Afbeelding 1: Delpher, <https://www.delpher.nl/nl/kranten/ngram?query=verpleegsterstekort+OR+verpleegkundigetekort&coll=ddd> (geraadpleegd 28-12-22).

In deze scriptie worden meerdere voorbeelden aangehaald om de uitwerking van de oplossingsgerichte ideeën te analyseren. In eerste instantie was het doel om hierbij één of twee ziekenhuizen als voorbeeld te nemen en te kijken hoe zij verschillende oplossingen implementeerden en wat de gevolgen ervan waren voor dat ziekenhuis. Daarentegen waren veel maatregelen in de jaren zestig en zeventig ziekenhuis-specifiek, wat betekende dat het ziekenhuismanagement besloot een maatregel wel of niet toe te passen omdat die wel of niet geschikt was voor dat specifieke ziekenhuis. Daarnaast is vrijwel geen bronmateriaal gevonden van de uitwerking van nationaal ingevoerde maatregelen, wat in tegenstelling tot de ziekenhuis-specifieke maatregelen wél concretere en goed vergelijkbare voorbeelden op had kunnen leveren. Daarom wordt in dit onderzoek gekeken naar verschillende maatregelen in verschillende ziekenhuizen en zijn de conclusies over deze maatregelen in dit onderzoek dus ziekenhuis- en

³⁷ Het Utrechts Archief (UA), Academisch Ziekenhuis Utrecht (toegang 1124) [hierna afgekort als: AZU 1124].

situatie-specifiek. Om duidelijkheid en eenheid in de scriptie te behouden, is wel besloten de voorbeelden zo veel mogelijk te beperken tot de regio Amsterdam en Utrecht. Ook is dit onderzoek beperkt tot grotere intramurale zorginstellingen met meerdere verpleegafdelingen. Verzorgingstehuizen, evenals extramuraal zorg, zijn niet meegenomen in dit onderzoek. Als voorbeeld is voornamelijk gekeken naar diaconessenhuizen, academische ziekenhuizen en gasthuizen.

In het onderzoek naar de effectiviteit van oplossingen voor het verpleegsterstekort, is niet voldoende resultaat gevonden omtrent de desbetreffende maatregelen. Door dit struikelblok is het dus ingewikkeld en soms simpelweg niet mogelijk om te achterhalen of bepaalde specifieke maatregelen wel of niet het gewenste effect hadden. Dit heeft twee redenen. De eerste reden heeft te maken met de documentatie en archivering van maatregelen in en door zorginstellingen. Uit de hoeveelheid archiefmateriaal wordt duidelijk dat (het bewaren van) de documentatie van kwesties rondom personeelssterkte niet een prioriteit was voor de meeste zorginstellingen, maar dat deze prioriteit vooral lag bij de patiëntenzorg. Dit heeft als gevolg dat er weinig is gedocumenteerd over de effectiviteit van bepaalde maatregelen, evenals de meningen of gevoelens die de medewerkers erover hadden. De tweede reden heeft te maken met de onderbreking van het proces van beleidsontwikkeling binnen overheidsinstanties. Zoals eerder vermeld, is de laatste fase van dit proces de evaluatie. Dit is een essentieel onderdeel van het proces, omdat het weergeeft of een maatregel wel of niet succesvol was. Binnen het bronmateriaal dat voor deze scriptie is onderzocht, ontbreekt deze evaluatiefase vrijwel volledig. Dit is bijvoorbeeld te zien bij het onderzoeksrapport dat voortkwam uit de werkgroep verpleegsterstekort, die was aangesteld door de Minister van Volksgezondheid. Het hele proces van de reden van samenstelling van de werkgroep tot en met het rapport zelf is gedocumenteerd. Verder is niet terug te lezen wat er precies met dit rapport is gedaan, welke maatregelen aan de hand van dit rapport zijn ontwikkeld en wat de eventuele uitkomst was van de aanbevolen maatregelen. Het ontbreken van de evaluatiefase en soms ook implementatiefase van het beleidsproces, zorgen voor onduidelijkheid rondom de effectiviteit en gevolgen van de maatregelen. Om deze reden worden de conclusies over de effectiviteit van maatregelen onder andere gebaseerd op de context van de oplossing, dus wat zich vooraf afspeelde, evenals de reacties vanuit de maatschappij en media.

Verder wordt er binnen dit onderzoek, wanneer wordt gerefereerd naar verpleegkundigen uit de jaren zestig en zeventig, gebruikgemaakt van de termen 'verpleegsters' en een 'verpleegsterstekort'. De reden hiervoor is dat dit de dominerende terminologie was in de jaren zestig en zeventig en de term 'verpleegkundige' pas later in de jaren zeventig en tachtig de standaard gebruikte term werd. Wanneer er wordt geschreven over verpleegsters en een verpleegsterstekort wordt hiermee hetzelfde bedoeld als verpleegkundigen en een tekort aan verpleegkundigen.

1.4 Structuur

In hoofdstuk 2 wordt ingegaan op de culturele en maatschappelijke context van Nederland in de jaren zestig en zeventig en wat het verpleegsterstekort precies inhield. In het derde hoofdstuk worden de maatregelen besproken die zijn genomen om de uitstroom van verpleegsters te verminderen en het personeel te behouden. Het vierde hoofdstuk onderzoekt de maatregelen die gericht zijn op het vergroten van de vijver waarin werd gevist naar verpleegsters en dan vooral op het aantrekken van de Nederlandse verpleegsters en verplegers. Het laatste hoofdstuk verdiept zich in de werving van verpleegsters uit het buitenland.

II. Context: Verpleegsterstekort en Nederland in de jaren zestig en zeventig

De jaren zestig en zeventig werden gekenmerkt door veranderingen op economisch, sociaal en politiek gebied. Deze veranderingen hadden veel invloed op de gezondheidszorg, het aantal verpleegsters en het groeiende aantal patiënten. Dit hoofdstuk onderzoekt hoe het aantal patiënten en verpleegsters werd beïnvloed door de verschillende veranderingen in de jaren zestig en zeventig.

2.1 Groeiend aantal patiënten

De veranderingen binnen de gezondheidszorg in de jaren zestig en zeventig worden door historicus C. van der Kooij opgesomd als een 'vermaatschappelijking van de zorg'. Dit betekent dat 'steeds meer elementen van zorg uit de privésfeer in de openbare sfeer terecht kwamen, terwijl omgekeerd ook vanuit de openbare sfeer steeds meer bemoeienis ontstond met zorg in de privésfeer.'³⁸ Deze vermaatschappelijking had te maken met twee grote vernieuwingen.

De eerste vernieuwing werd veroorzaakt door technologische vernieuwingen die na de Tweede Wereldoorlog ruimte hadden gegeven voor verdere specialisatie binnen de zorg. De complexiteit van de zorg nam toe en patiënten werden vaker behandeld voor ziektes of kwalen die eerder onbehandelbaar werden geacht. Uit de bronnen blijkt dat dit ook betekende dat de patiënten die werden opgenomen betere en intensievere zorg nodig hadden, omdat hun ziektes en kwalen steeds gecompliceerder werden.³⁹

De tweede vernieuwing was de collectivisering van de zorg en de introductie van de verzorgingsstaat. Hoewel de sociale wetgeving in Nederland al wel bestond, groeide in de jaren zestig het sociale vangnet enorm, gestimuleerd door de economische groei. Dit gaf de staat meer financiële ruimte om te investeren in de sociale wetgeving.⁴⁰ Het doel van de nieuwe sociale wetgeving in de jaren zestig en zeventig was om verzekeringen en voorzieningen te bieden aan alle staatsburgers die in armoede of op de armoedegrens leefden en hen te verheffen naar de middenklasse, door hen de voorzieningen zoals onderwijs en zorg op een middenklasseniveau te bieden.⁴¹ Door middel van deze betere sociale wetgeving en sociale verzekeringen werd de zorg steeds meer uit particuliere handen genomen en kon iedereen die voorheen door het financiële

³⁸ C. H. van der Kooij, '1890-1990: De vermaatschappelijking van de zorg', in A. van de Pasch e.a. eds., *Honderd jaar verplegen: Een bijsluiter over gisteren met een opening naar morgen* (Lochem 1990) 13-66 aldaar 13.

³⁹ NA, Directoraat-Generaal Volksgezondheid 2.15.65, inv. nr. 2265, brief aan de Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid van de voorzitter voor de Federatie van Nederlandse Verenigingen die de belangen van de verpleging en de verplegende behartigen [hierna afgekort als: Federatie] (17-06-1961) 2-3; Goelabdien, *Van roeping tot beroep*, 22.

⁴⁰ L. Lucassen, 'Staatsvorming, democratisering en sociale zorg: sociaal-politieke ontwikkelingen' in: K. Davids en M. 't Hart eds., *De wereld en Nederland: Een sociale en economische geschiedenis van de laatste duizend jaar* (Amsterdam 2011) 231-276, aldaar 273.

⁴¹ Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid, *De verzorgingsstaat herwogen: over verzorgen, verzekeren, verheffen en verbinden*, (Den Haag, Amsterdam 2006) 33.

obstakel wegbleef uit het ziekenhuis, naar het ziekenhuis gaan om daar de behandelingen te krijgen die ze nodig hadden.⁴² De zorg werd dus toegankelijker voor een breder publiek.⁴³

Tegelijkertijd was er ook meer bemoeienis met zorg in de privésfeer. Dit had onder andere te maken met ontwikkelingen in de ouderenzorg. In de jaren zeventig werd er gepoogd ouderen zo lang mogelijk zelfstandig te laten wonen. Dit werd gestimuleerd door de inschakeling van wat tegenwoordig de 'wijkverpleging' wordt genoemd. Dit was in de zeventiger jaren een nieuw type bejaardenverzorgster die niet alleen de ouderen thuis verzorgde 'maar ook geestelijke, sociaal-culturele en huishoudelijke taken moest kunnen verrichten.'⁴⁴

De economische groei in Nederland had ook grote invloed op het groeiende aantal patiënten. Het Nederlands economische beleid van 'geleide loonpolitiek' zorgde ervoor dat de lonen van Nederlandse arbeiders laag werd gehouden, terwijl de economie verder bleef groeien. Hierdoor werden de loonkosten van werkgevers minder en verminderde de werkloosheid.⁴⁵ Halverwege de jaren zestig werd de geleide loonpolitiek beëindigd als gevolg van nationale stakingsacties en arbeidskrapte. Hierdoor verhoogden werkgevers de lonen, wat leidde tot een loonexplosie.⁴⁶ Dit zorgde ervoor dat mensen meer geld te besteden hadden, waardoor hun inkomen minder invloed kreeg op het besluit om naar het ziekenhuis te gaan en goede zorg te ontvangen.

De economische groei zorgde ook voor grote interne veranderingen in het ziekenhuis. Langzamerhand verdwenen geestelijken uit het bestuur en werden economen in de ziekenhuisdirectie geïntroduceerd. Het ziekenhuis werd een commercieel bedrijf. 'De bloemen- en fruitstal, de kappers- en schoonheidssalon, televisiekamer en restaurant kregen een vaste plaats.'⁴⁷ Verder ontstond er meer aandacht voor beleid en organisatie door de inschakeling van verschillende beleidsorganen en beleids- en managementteams.

2.2 Waarom een groeiend verpleegsterstekort?

Op het eerste gezicht lijkt 'verpleegsterstekort' een duidelijke uitdrukking te zijn met een simpele omschrijving, namelijk een tekort aan verpleegsters. Desalniettemin bestaan er verschillende meningen en opvattingen over wanneer sprake is van verpleegsterstekort. Voor dit onderzoek

⁴² NA Directoraat-Generaal Volksgezondheid 2.15.65, inv. nr. 2265, brief aan de Minister van Volksgezondheid van de voorzitter voor de Federatie (17-06-1961) 2-3.

⁴³ Goelabdien, *Van roeping tot beroep*, 19.

⁴⁴ Ibidem, 35.

⁴⁵ J. Touwen, 'Expansie, stagnatie en globalisering: economische ontwikkelingen' in: K. Davids en M. 't Hart eds., *De wereld en Nederland: een sociale en economische geschiedenis van de laatste duizend jaar* (Amsterdam 2011) 185-230, aldaar 216; J. L. van Zanden, 'Geleide loonpolitiek en de internationale concurrentiepositie van Nederland, 1948-1962', *Maandschrift Economie* 52 (1988) 464-477, aldaar 477.

⁴⁶ Touwen, 'Expansie, stagnatie', 216; A. Knotter, 'Geen makke schapen', *Tijdschrift voor Sociale en Economische Geschiedenis* 18:2 (2021) 73-108, aldaar 106.

⁴⁷ W. J. de Gooijer, *Ziekenhuismanagement als afstemmings- en structureringsprobleem: Historie en Perspectief* (rede in Erasmus Universiteit Rotterdam, 15 april 1988) 11.

worden de definities van het Ziekenhuiswezen en van de Nederlandse Maatschappij der Verpleegkundigen gehanteerd.

Verpleegsterstekort kan vanuit twee hoeken worden bekeken: vanuit het perspectief van een zorginstelling en vanuit het perspectief van de maatschappij als geheel. Vanuit het perspectief van een zorginstelling is sprake van een verpleegsterstekort wanneer het 'nodige aantal verplegend personeel in verhouding tot het aantal beschikbare bedden' ontbreekt.⁴⁸ Dit zou betekenen dat er niet genoeg verpleegsters in dienst zijn of kunnen zijn om de capaciteit van een ziekenhuisafdeling optimaal te benutten.⁴⁹ In de meeste zorginstellingen wordt er optimaal gebruikgemaakt van de capaciteit wanneer ongeveer 85% van de bedden bezet is.⁵⁰ De overige 15% van de bedden wordt zoveel mogelijk vrij gehouden om onvoorziene situaties, zoals een ongeluk waar veel mensen bij zijn betrokken of een virusuitbraak, op te kunnen vangen. Vanuit het perspectief van de gehele maatschappij is er sprake van een verpleegsterstekort 'indien de instellingen van openbare gezondheidszorg (ziekeninrichtingen, wijkcentra e.d.) niet over voldoende verpleegsters beschikken om hun taak naar behoren te vervullen en hun werkzaamheden ten volle te ontplooiën'.⁵¹ Verpleegsters moeten dit kunnen doen onder normale werkomstandigheden en dus zonder een te hoge werkdruk.

In de jaren zestig en zeventig was volgens beide definities sprake van een groot verpleegsterstekort. Dit kwam doordat er meer vraag naar verpleegsters was door het groeiende aantal patiënten, maar ook omdat de uitstroom van verpleegsters groter was dan de instroom. In 1965 had een ziekenhuis in één jaar '83 nieuwe personeelsleden op de verpleegafdelingen en in diezelfde periode vertrokken er 74 op een totaal van 161.⁵² Dit werd voornamelijk veroorzaakt doordat de wereld van de gezondheidszorg gedomineerd werd (en nog steeds wordt) door vrouwen. Dit betekende dat de ontwikkelingen in de jaren zestig en zeventig, decennia waarin de positie van de vrouw in de maatschappij aanzienlijk veranderde, van grote invloed was op de gezondheidszorg. Deze ontwikkelingen worden hieronder besproken.

Één van deze ontwikkelingen was de economische bloei in Nederland in deze decennia en de daaruit voortkomende ontwikkeling van de consumptiemaatschappij.⁵³ Winkelgemak en huishoudelijke apparaten zoals de wasmachine en stofzuiger zorgden ervoor dat het huishouden

⁴⁸ Atria, NMV, inv. nr. 15, Dienstplicht conceptrapport, 5.

⁴⁹ NA, Directoraat-Generaal Volksgezondheid 2.15.65, inv. Nr. 2268, brief van het bestuur van Stichting Het Nederlandse Ziekenhuiswezen aan de Secretaris van de Werkgroep Verpleegsterstekort (15-01-1962) 1.

⁵⁰ UA, AZU 1124, inv. Nr. 408, Kwartaaloverzicht patiëntenbezetting stichting Academisch Ziekenhuis Utrecht, 1; UA, AZU 1124, inv. Nr. 408, enige informatie over het aantal verpleegdagen, Bijlage V.

⁵¹ NA, Directoraat-Generaal Volksgezondheid 2.15.65, inv. nr. 2268, brief van het bestuur van Stichting Het Nederlandse Ziekenhuiswezen aan de Secretaris van de Werkgroep-Verpleegsterstekort (15-01-1962) 1.

⁵² Atria, NMV, inv. nr. 2, conclusies van enquête over personeelsbezetting, 5.

⁵³ S. Stuurman, 'Terugblik op een Ancien Régime: Nederland in de twintigste eeuw' in: C. van Eijl en L. Heerma van Voss eds., *Sociaal Nederland: contouren van de twintigste eeuw* (Amsterdam 2001) 201-216, aldaar 208.

niet langer een dagtaak was. Huisvrouwen kregen hierdoor de mogelijkheid om ervoor te kiezen ook buitenshuis te werken, als vrijwilliger of betaald.⁵⁴

In dezelfde periode werd het onderwijssysteem uitgebreid. Dit was een gevolg van de dominante aanwezigheid in de maatschappij van de nieuwe generatie jongeren, geboren in de naoorlogse babyboom.⁵⁵ In 1969 werd de leerplicht verlengd naar negen jaar en in 1975 werd dit verder verlengd tot tien jaar. Tot ze 17 jaar oud waren, werden leerlingen verplicht minimaal twee dagen in de week op school te zitten.⁵⁶ De Mammoetwet van 1968 maakte het bovendien makkelijker om door te stromen van mavo naar havo of mbo.⁵⁷ Deze wetwijzigingen zorgden ervoor dat jongens en meisjes langer op school zaten en meer kansen kregen om te studeren. Met deze mogelijkheden kozen steeds meer meisjes ervoor om te gaan studeren. In het begin van de jaren zeventig was bijvoorbeeld nog maar 20% van de studenten aan de universiteit vrouw. Aan het einde van de jaren zeventig was dit aantal gestegen tot ruim 25% en was binnen de hbo-studies bijna de helft van de studenten vrouw.⁵⁸ Steeds meer vrouwen kozen ervoor om langer te studeren, waardoor ook studies als geneeskunde aantrekkelijker werden voor vrouwen die in de zorg wilden werken.

In de jaren zestig en zeventig veranderde ook de maatschappelijke houding tegenover werkende vrouwen. Nederland heeft gedurende de twintigste eeuw nog lang vastgehouden aan het ideaal van een burgerlijk en traditioneel gezin, waarbij alleen de man buiten het huis werkt.⁵⁹ Tot aan de jaren zeventig bleef dit de overheersende norm en werd er niet alleen neergekeken op werkende (ongehuwde) vrouwen, maar werden vrouwen ook door middel van wetten van de werkvloer gehouden.⁶⁰ Vrouwen mochten tot halverwege de jaren zeventig nog worden ontslagen wanneer zij zwanger werden. Volgens een artikel in het *Algemeen Dagblad* in 1973 gebeurde dit in de realiteit nog met regelmaat.⁶¹ Desalniettemin zien we in dezelfde periode ook andere ontwikkelingen. In 1974 werd een wetsvoorstel ingediend waarin stond dat arbeiders gelijk loon moesten ontvangen voor gelijk werk. Dit betekende dat vrouwen niet langer structureel minder

⁵⁴ H. K. Makkink, Drijvende en sturende krachten achter de ontwikkeling van consumentenartefacten: Structureren en modelvorming aan de hand van de ontwikkeling van elektrische huishoudelijke apparaten (doctoraalscriptie, TU Delft 2003) 75.

⁵⁵ H. Righart, *De wereldwijde jaren zestig: Groot-Brittannië, Nederland, de Verenigde Staten* (Utrecht 2004) 36, 46.

⁵⁶ R. Van Gaalen e.a., 'Perspectief op veranderende levenslopen: leven, leren en werken naar geboortegeneratie', *Centraal Bureau voor de Statistiek*, (zp 2013) 10.

⁵⁷ Ibidem.

⁵⁸ T. Traag, Opleiding en werk: twee generaties vrouwen vergeleken: In het Onderwijs, Centraal Bureau voor de Statistiek <https://www.cbs.nl/nl-nl/longread/statistische-trends/2020/opleiding-en-werk-twee-generaties-vrouwen-vergeleken/2-in-het-onderwijs> (geraadpleegd 20-11-2022).

⁵⁹ H. A. Pott-Buter, *Facts and Fairy Tales about Female Labor, Family and Fertility: A Seven-Country Comparison, 1850-1990* (Amsterdam 1993) 249.

⁶⁰ Ibidem, 248, 372.

⁶¹ L. Sinner, 'Voor zwangere vrouwen is Nederland net een Arabisch land', *Algemeen Dagblad* (29-05-1973).

werden betaald dan mannen voor gelijk werk.⁶² Deze emanciperende veranderingen in de jaren zeventig kwamen niet uit het niets, maar waren het gevolg van de in de jaren zestig opkomende tweede feministische golf. Deze golf werd gekenmerkt door de acties van de in 1968 opgerichte Man-Vrouw-Maatschappij (MVM) en de in 1969 opgerichte actiegroep Dolle Mina.⁶³

Vrouwen hadden door deze ontwikkelingen en een groeiend arbeiderstekort de keuze om andere richtingen op te gaan dan de door vrouwen gedomineerde takken zoals onderwijs of gezondheidszorg. Andere beroepen, in bijvoorbeeld winkels of kantoren, werden aantrekkelijker door de goede salariering en werktijden, waardoor het verpleegstersberoep een achterstand opliep in de arbeidsvoorwaarden en materiële voorzieningen.⁶⁴ Daar worden bijvoorbeeld de dienstkleding, salariering en onregelmatige werktijden onder verstaan.⁶⁵ Over deze zaken was veel onvrede en ze waren lange tijd onderwerp van interne discussies. Het uniform werd in het begin van de jaren zestig alleen vergoed voor leerling-verpleegsters.⁶⁶ In 1985 werd in Leiden de vergoeding voor het verpleegstersuniform gebaseerd op welk uniform de verpleegsters besloten te dragen. Verpleegsters dienden zelf voor hun uniform te betalen als zij ervoor kozen een broek te dragen, maar bij een jurk als dienstkleding werd het uniform vergoed door het ziekenhuis.⁶⁷ Daarnaast werden de onregelmatige diensten volgens veel verpleegsters niet goed genoeg beloond in de vorm van salariering en in de vorm van waardering vanuit de artsen.⁶⁸ Volgens een predikant in de *Trouw* deinsden sommige vrouwen zelfs terug van het verpleegstersberoep omdat de vereiste onregelmatige diensten zorgden voor een bepaalde mate van sociale isolatie, wat er ook voor zorgde dat 'in verhouding tot andere vrouwelijke beroepen, veel verpleegsters ongehuwd blijven.'⁶⁹

Tegelijkertijd waren er ontwikkelingen die vrouwen meer aan het huis bonden, zoals het verdwenen vrouwenoverschot en de daling van de huwelijksleeftijd. Het was in de jaren zestig en zeventig de norm dat vrouwen, wanneer zij gingen trouwen of zwanger raakten, hun beroep verlieten. Doordat steeds meer vrouwen gingen trouwen en jonger trouwden, daalde de

⁶² H. Lavell, *Gelijke beloning van vrouwen en mannen... en ambtenaren? (1974/1975)* https://www.ru.nl/cpg/onderzoek/lopend-onderzoek/columns/gelijke-beloning-vrouwen-mannen-ambtenaren-1974/#_ftn3 (Consulted 23-06-2022).

⁶³ P. de Vries, *De tweede feministische golf*, Atria <https://atria.nl/nieuws-publicaties/feminisme/feminisme-20e-eeuw/de-tweede-feministische-golf/> (consulted 23-06-2022).

⁶⁴ NA Directoraat-Generaal Volksgezondheid 2.15.65, inv. nr. 2265, brief aan de Minister van Volksgezondheid van de voorzitter voor de Federatie (17-06-1961) 2-3.

⁶⁵ Ibidem, 4.

⁶⁶ Ibidem, 2-4.

⁶⁷ Atria, Documentatiemap Verplegend Personeel, 'Broek en jasjes verpleegsters zijn veel te duur', *de Volkskrant* (06-02-1985).

⁶⁸ UA, Gemeentebestuur van Utrecht 1813-1969, deel 3: stukken over afzonderlijke onderwerpen met classificatienummers (1007-3) [hierna afgekort als: Gemeentebestuur van Utrecht 1007-3], inv. nr. 25749, 'Vraagstuk dat al jaren om oplossing schreeuwt', *Trouw* (20-06-1961).

⁶⁹ Ibidem.

arbeidsparticipatie van vrouwen.⁷⁰ De vrouwen die waren ingewerkt en ervaring op hadden gedaan, vertrokken vaak binnen korte tijd en werden vervangen door onervaren leerling-verplegers die nog veel van het vak moesten leren.⁷¹

2.3 Gevolgen van verpleegsterstekort

Wat verpleegsterstekort in de zorg gevaarlijk maakt is dat, evenals bij andere beroepen, een tekort aan werknemers niet betekent dat de vraag om het werk afneemt. Zoals eerder in dit hoofdstuk al is vermeld, nam de vraag om zorg in de jaren zestig en zeventig juist toe. In deze periode is weinig onderzoek gedaan naar de gevolgen van verpleegsterstekort. Om toch een duidelijk beeld te geven van de potentiële effecten van een verpleegsterstekort, is in dit onderdeel ook gebruikgemaakt van recenter onderzoek.

Een vanzelfsprekend en belangrijk gevolg van verpleegsterstekort is dat de verpleegsters meer werkdruk ervaren. Met de medewerking van 17.000 leden deed de beroepsvereniging V&VN in 2017 onderzoek naar de gevolgen van een tekort aan verpleegkundigen. Uit dit onderzoek blijkt dat 62% van de leden extra diensten draaide als gevolg van personeelstekort. 76% van de leden gaf aan dat het personeelstekort 'invloed heeft op hun gezondheid en privéleven' en 48% gaf aan 'dat de veiligheid van patiënten, cliënten en bewoners verslechtert'.⁷² In de jaren zestig en zeventig werd ook duidelijk dat de verpleegsters een te hoge werkdruk ervoeren. Een 19-jarige verpleegster gaf in 1966 aan dat ze de werktijden bezwaarlijk vond en een 23-jarige verpleegster zei in hetzelfde interview dat ze zonder hulp 'een zaal [moest] schoonmaken. Twee patiënten gingen naar huis, ik had er 'n zware operatiepatiënt bij en alles moest worden klaargemaakt voor drie nieuwe patiënten'.⁷³

Ook wordt bij een tekort met regelmaat meer verantwoordelijkheid toevertrouwd aan onervaren leerling-verplegenden, wat niet enkel lastig is voor de leerling, maar ook voor een patiënt vervelend en zelfs gevaarlijk kan zijn.⁷⁴ Leerling-verpleegsters kregen in de jaren zestig en zeventig tijdens de opleiding te horen dat ze bepaalde handelingen absoluut niet mochten uitvoeren, 'maar als de leerling dan de volgende dag op de afdeling komt moet hij of zij die "verboden" handeling in de praktijk wel degelijk toepassen'.⁷⁵

⁷⁰ NA, Directoraat-Generaal Volksgezondheid 2.15.65, inv. nr. 2267, rapport uitgebracht door de werkgroep verpleegsterstekort (13-06-1962), 6-7; UA, Gemeentebestuur van Utrecht 1007-3, inv. nr. 25749, 'Vraagstuk dat al jaren om oplossing schreeuwt: Wat is de oorzaak van Verpleegsterstekort? Mensenlevens in de waagschaal', *Trouw* (20-06-1961).

⁷¹ Atria, NMV, inv. nr. 2, conclusies van enquête over personeelsbezetting, 5.

⁷² V&VN, *Personeelstekorten in de zorg*, 4.

⁷³ Atria, NMV, inv. nr. 2, 'Tekort aan verpleegsters? Teveel aan tucht!', *AVENUE* (januari 1966) 2.

⁷⁴ NA, Directoraat-Generaal Volksgezondheid 2.15.65, inv. nr. 2265, brief aan de Minister van Volksgezondheid van de voorzitter voor de Federatie (17-06-1961) 1-2.

⁷⁵ Atria, Documentatiemap Verplegend Personeel, R. Van Dijk, 'Het verborgen leed van de leerling-verpleegkundigen', *Parool* (06-09-1975).

Het tekort heeft ook invloed op de patiënten en de zorginstellingen. Een verpleegsterstekort kan als gevolg hebben dat patiënten op lange wachtlijsten voor behandeling belanden en zelfs dat ze worden verplaatst naar een zorginstelling die verder weg is van hun thuis.⁷⁶ Een drastischer gevolg voor de zorginstellingen en patiënten is om een aantal bedden en uiteindelijk een hele afdeling te sluiten. In dit geval worden ook andere afdelingen en zorginstellingen buiten de desbetreffende zorginstelling betrokken bij het tekort, omdat zij de geblokkeerde patiëntenstroom moeten opvangen. Vooral in crisissituaties is dit een fenomeen dat vaker voorkomt. Dit laat zien dat, hoewel ziekenhuizen rekening houden met crisissituaties in hun capaciteitsmanagement, er weinig rekbaarheid zit in het systeem wanneer er sprake is van een verpleegsterstekort.⁷⁷ Een afdeling sluiten kan ingrijpende effecten hebben voor de patiënten. De opname van patiënten kan worden uitgesteld of het kan voorkomen dat patiënten ‘in het geheel niet voor opname in aanmerking komen.’⁷⁸ In dit geval kunnen patiënten hun vaak noodzakelijke behandelingen niet meer krijgen, wat kan resulteren in levensbedreigende situaties.

2.4 Conclusie

Uit dit hoofdstuk komt nog een extra factor naar voren als toevoeging op de zeven factoren die vermeld zijn in de inleiding, namelijk de economische veranderingen in de jaren zestig en zeventig, die van grote invloed waren op de gezondheidszorg en het verpleegsterstekort. Daarnaast heeft dit hoofdstuk de maatschappelijke veranderingen in de jaren zestig en zeventig gelinkt aan de Nederlandse gezondheidszorg en een overzicht gecreëerd dat nog niet in de huidige historische literatuur bestaat. Door betere sociale wetgeving en hogere lonen waren meer mensen financieel in staat om zorg te ontvangen. Daarnaast zorgden technologische vernieuwingen voor meer specialisatie en complexere zorg. Tegelijkertijd bleven vrouwen langer doorstuderen, gingen op andere plekken werk zoeken en werden steeds vroeger moeder. In de jaren zestig en zeventig was door deze ontwikkelingen sprake van een verpleegsterstekort. De gevolgen die dit had op de werknemers en de mogelijke gevolgen voor patiënten laten zien dat dit tekort een acute oplossing vereiste.

⁷⁶ NA, Directoraat-Generaal Volksgezondheid 2.15.65, inv. nr. 2265, brief aan de Minister van Volksgezondheid van de voorzitter voor de Federatie (17-06-1961) 1-2.

⁷⁷ NA, Directoraat-Generaal Volksgezondheid 2.15.65, inv. nr. 2267, rapport uitgebracht door de werkgroep verpleegsterstekort (13-06-1962) 4-5.

⁷⁸ Ibidem.

III. Oplossingen: de uitstroom verminderen

De eerste oplossingen waar in dit onderzoek aandacht aan wordt besteed, zijn de vermindering van de uitstroom en het efficiënter inzetten van het bestaande personeel. De vermindering van de uitstroom was een belangrijke strategie in de jaren zestig en zeventig om twee redenen. De eerste is dat, zonder vermindering van de uitstroom, iedere poging om de instroom te vergroten teniet wordt gedaan. De tweede is vooral tijdgebonden en heeft te maken met de uitstroom van verpleegsters in de jaren voor de onderzochte periode. Uit een onderzoek gepubliceerd in 1956 is duidelijk dat meer dan de helft van de Nederlandse verpleegsters binnen nul tot vijf jaar haar dienstverband eindigde.⁷⁹ Van deze vrouwen beëindigde 32% hun dienstverband vanwege huwelijksplannen. Daarnaast stopten vrouwen met werken als verpleegster omdat het werk hen niet beviel (12%) of in verband met ouderdom (2%). Andere reden voor vertrek waren dat de vrouwen doorstroomden naar een andere verplegende functie (12%), of dat ze studeerden voor hun wijkdiploma (8%), tijdelijk in het buitenland verbleven (7%), emigreerden (5%), dat de verpleegster ongeschikt werd geacht voor het werk (11%) en overige redenen (11%).⁸⁰

Gedurende de jaren zestig en zeventig heeft het Ministerie van Volksgezondheid verschillende werkgroepen aangesteld om onderzoek te doen naar het verpleegsterstekort. Deze werkgroepen onderzochten maatregelen, zoals verbeteringen binnen de opleiding en het beroep, om de efficiëntie en tevredenheid van verpleegsters te verhogen en zo vrouwen te motiveren om te blijven.⁸¹ In dit hoofdstuk wordt aan de hand van deze rapporten uiteengezet wat de aanbevolen maatregelen waren en waarom ervoor is gekozen bepaalde maatregelen prioriteit te geven boven anderen.

3.1 Opleiding

Het werd vanaf het begin van de jaren zestig duidelijk dat er wijzigingen moesten worden doorgevoerd in de opleiding van de verpleegsters. Dit had vooral te maken met de professionalisering van de zorg, die tijdens de Tweede Wereldoorlog ontstond. Verpleging was niet langer een roeping, maar werd een beroep. Welke veranderingen nodig waren werd duidelijk door een in 1959 gepubliceerd tevredenheidsonderzoek. Dit onderzoek werd door het Economisch-Sociologisch Instituut in Tilburg uitgevoerd in opdracht van de Katholieke Verplegingsraad, als onderdeel van een groter onderzoek naar het verpleegsterstekort. Voor het

⁷⁹ NA, Directoraat-Generaal Volksgezondheid 2.15.65, inv. nr. 2265, Rapport over enige aspecten van het Verpleegsterstekort in Nederland (september 1956) 15.

⁸⁰ Ibidem, 12-13.

⁸¹ NA, Directoraat-Generaal Volksgezondheid 2.15.65, inv. nr. 2267, rapport uitgebracht door de werkgroep verpleegsterstekort (13-06-1962); NA, Directoraat-Generaal Volksgezondheid 2.15.65, inv. nr. 2265, Rapport inzake het tekort aan verplegenden uitgebracht door het economisch-sociologisch instituut te Tilburg (september 1956); NA Directoraat-Generaal Volksgezondheid 2.15.65, inv. nr. 2265, Rapport over enige aspecten van het Verpleegsterstekort in Nederland (september 1956).

onderzoek werden 221 vrouwen uit achttien verschillende zorginstellingen geïnterviewd.⁸² Een van de gebreken die dit onderzoek constateerde was de voorbereiding van de leerling-verpleegsters op het beroep. Leerlingen leerden het beroep door te werken. Ze werden in ziekenhuizen aangenomen en aan het werk gezet op afdelingen; hiernaast ontvingen zij ook de theorielessen van hun hoofdzuster, die waren samengesteld door het ziekenhuis en de desbetreffende afdeling.⁸³ Er was dus geen concreet curriculum en 65% van de deelnemers aan het onderzoek had geen introductieperiode doorlopen.⁸⁴ In het rapport werd het volgende geconstateerd:

Meer dan de helft van de verpleegsters, die in dit ziekenhuis geen prae-klinische periode hadden meegemaakt, was van mening dat zij bij de entree onvoldoende hulp hadden ondervonden om wat wegwijs en vertrouwd te worden in de nieuwe omgeving en eventueel in het nieuwe werk.⁸⁵

Een kranteninterview met leerling-verplegenden maakte ook duidelijk waarom het dienstverband van veel verpleegsters zo kort was en waarom 18 tot 46% van de verpleegsters haar eerste jaar in dienstverband niet afmaakte.⁸⁶ Een van deze redenen was dat de leerling-verpleegsters al vanaf het begin van hun opleiding veel teleurstellingen moesten verwerken zonder de nodige begeleiding.⁸⁷ Deze teleurstellingen gingen voornamelijk om de fysieke en psychische zwaarte van het werk, de hoeveelheid huishoudelijke taken en de werktijden.⁸⁸ Volgens een leerling-verplegende had dit gevolgen op de motivatie van de leerlingen:

Jongens stappen dan vaak meteen op, meisjes zeggen wat vaker “nou ja, dan maar zonder idealen, dan nog maar drie jaar bedden opmaken, potten legen en flesjes met medicijnen uitdelen en zodra ik dan dat diploma heb stap ik er mooi uit”. Da’s dus een kwestie van een stuk zekerheid meenemen je huwelijk in.⁸⁹

⁸² NA, Directoraat-Generaal Volksgezondheid 2.15.65, inv. nr. 2265, ‘Verpleegsters over haar beroep’ (december 1959) 3.

⁸³ Ibidem, 16.

⁸⁴ Ibidem, 17.

⁸⁵ Ibidem.

⁸⁶ NA, Directoraat-Generaal Volksgezondheid 2.15.65, inv. nr. 2265, Rapport over enige aspecten van het Verpleegsterstekort in Nederland (september 1956) 11.

⁸⁷ Atria, Documentatiemap Verplegend Personeel, R. Van Dijk, ‘Het verborgen leed van de leerling-verpleegkundigen’, *Parool* (06-09-1975).

⁸⁸ NA, Directoraat-Generaal Volksgezondheid 2.15.65, inv. nr. 2265, ‘Verpleegsters over haar beroep’ (december 1959) 17.

⁸⁹ Atria, Documentatiemap Verplegend Personeel, R. Van Dijk, ‘Het verborgen leed van de leerling-verpleegkundigen’, *Parool* (06-09-1975).

Vooral voor de psychische kant was volgens de leerling-verplegenden weinig voorbereiding. De geïnterviewde leerlingen wisten bijvoorbeeld niet hoe ze een patiënt moesten begeleiden die onrustig was voor een operatie en ze hadden behoefte aan meer informatie over hoe ze om moesten gaan met depressieve of alcoholistische patiënten.⁹⁰

3.1.1 Nieuwe onderwijsvormen in Amsterdam, Eindhoven en Utrecht

De Vrije Universiteit (VU) was een van de eerste zorginstellingen die grote veranderingen in de verpleegstersopleiding doorvoerde door de oprichting van hun Verpleegstersschool in 1961. Deze opleiding duurde drie en een half jaar en week af van de standaardopleiding. Er was voor de Verpleegstersschool namelijk besloten om leerling-verpleegsters niet meer op te leiden in het ziekenhuis, maar om theorie en praktijk van elkaar te scheiden. Op deze manier kregen de leerlingen eerst het theoretisch onderwijs en gingen ze daarna in de praktijk aan het werk.⁹¹ De eerste drie maanden van de opleiding, ook bekend als de prae-klinische studieperiode, bestonden volledig uit theorie, of 'schooltijd', waarna de verpleegsters in hun eerste praktijkperiode mochten helpen met 'eenvoudige bedverpleging'.⁹² In de tweede studieperiode kregen de leerling-verpleegsters onderwijs in alles wat te maken had met langdurig ziek zijn, waarna ze in een tehuis of kliniek met langdurig of chronisch zieke patiënten mochten werken.⁹³ Via deze onderwijsvorm werden de leerling-verpleegsters eerst onderwezen op een bepaald onderwerp, voor ze ermee aan de slag gingen. Een belangrijk doel van deze opleidingsmethode was dat bij de verpleegsters die via deze methode werden opgeleid, een behoefte zou ontstaan om hun kennis bij te blijven werken, ook na hun studie. Dit was, met het oog op de snelle veranderingen binnen het medische beroep, volgens de VU essentieel om goede patiëntenzorg te garanderen.⁹⁴ De leerlingen kregen ook betere begeleiding van hun onderwijzers bij hun praktijkstages. Dit werd volgens de VU waarschijnlijk erg gewaardeerd, zelfs als de leerling-verpleegsters zich al goed voorbereid voelden na hun theorielessen: 'Vooral in het begin is het "ruggesteuntje" van je lerares je vast welkom, ondanks het feit, dat je je theorie zo goed dacht te kennen!'⁹⁵

Wanneer we deze nieuwe onderwijsmethode vergelijken met de bovengenoemde waarnemingen van leerling-verpleegsters en wat zij beschouwden als punten van verbetering,

⁹⁰ Atria, Documentatiemap Verplegend Personeel, R. Van Dijk, 'Het verborgen leed van de leerling-verpleegkundigen', *Parool* (06-09-1975).

⁹¹ N. Wiegman, De Verpleegstersschool van de Vrije Universiteit: een gedurfd initiatief (1961), Geheugen van de VU, <https://www.geheugenvandevu.nl/blog/de-verpleegstersschool-van-de-vrije-universiteit-een-gedurfd-initiatief-1961> (geraadpleegd 30-01-2023).

⁹² Stadsarchief Amsterdam (SA), Inventaris van het Archief van de Vrije Universiteit; College van Directeuren (31240) [hierna afgekort als College van Directeuren 31240], inv. nr. 972, brochure over de Verpleegstersschool, juli 1961, 9.

⁹³ Ibidem.

⁹⁴ SA, College van Directeuren 31240, inv. nr. 1044, plan voor de Verpleegstersschool, 1.

⁹⁵ SA, College van Directeuren 31240, inv. nr. 972, brochure over de Verpleegstersschool, juli 1961, 7.

kunnen we zien dat die goed op elkaar aansluiten. Een van de grootste struikelblokken van de verpleegsters was de onvoldoende voorbereiding voordat ze op een afdeling gingen werken. Door dit onderwijsmodel van de Verpleegstersschool werd dit probleem opgelost. Deze onderwijsvorm haalde dus een grote ontevredenheid van leerlingen over de verpleegstersopleiding weg. Verbeteringen in zorginstellingen doorvoeren op basis van de klachten van verpleegsters is een zeer effectieve methode omdat het de verpleegsters gehoord laat voelen, maar ook omdat de leerlingen die de onderwijsvorm hebben doorlopen het beste weten waar ruimte voor verbetering is. Dat de onderwijsmethode van de Verpleegstersschool effectief was, is te zien aan de toepassing ervan in andere ziekenhuizen in de opvolgende jaren. In Eindhoven was bijvoorbeeld de eerste lichting dagschoolstudenten in 1975 na hun driejarige middelbare beroepsopleiding klaar om aan het werk te gaan in de ziekenhuizen. In het argument voor deze scheiding van theorie en praktijk en de woorden over de beroepsverantwoordelijkheid is de klacht over de fysieke en psychische zwaarte terug te zien. De directeur-geneesheer van het diaconessenhuis in Eindhoven schreef het volgende:

Degene die hulp vraagt en die hulp geeft moeten op dezelfde lijn gaan zitten. Dat vraagt van de verplegenden dat zij zich met meer aspecten van de gezondheidszorg moeten gaan bezighouden. De mensen die nu in de ziekenhuizen worden opgeleid zijn leerling en werknemer tegelijk. Zij dragen als leerling reeds beroepsverantwoordelijkheid. En dat is niet goed. Daarom is het noodzakelijk de opleiding van de verpleegkundigen te wijzigen.⁹⁶

In 1972 kwam de opleidingscommissie van het Academisch Ziekenhuis in Utrecht eveneens tot de conclusie dat de verhouding theorie-praktijk moest worden gewijzigd. 'De leerling heeft soms de theorie die betrekking heeft op de afdeling, waar ze gaat werken, nog niet gehad, wanneer zij daar geplaatst wordt'.⁹⁷ Van de drie onderzochte onderwijsinstellingen was Utrecht, voor zover bekend, de enige die naast het veranderen van de onderwijsvorm ook veel inhoudelijke veranderingen had doorgevoerd. Volgens het Academisch Ziekenhuis in Utrecht moest er een vast curriculum komen, waarin de volgorde en de inhoud van het theoretisch onderwijs en de praktijkstages werden vastgelegd. Om de connectie tussen theorie en praktijk te behouden, bleef de afdeling op de hoogte van wat de leerling-verplegenden leerden in hun theorie-opleiding en bleef het opleidingsinstituut de theorie aanpassen aan de vernieuwingen op de afdeling en in het ziekenhuis.⁹⁸ Dat het beleid werd gemaakt aan de hand van de klachten van leerling-verplegenden, blijkt uit een besluit van de Utrechtse opleidingscommissie. Hierin staat dat leerlingen betere voorbereiding moesten ontvangen over wat hen op de afdeling te wachten stond en wat ze gedurende hun tijd op de afdeling zouden leren. Om dit te verbeteren werden een opleidingsplan en een introductieprogramma ingevoerd. In het opleidingsplan werd aangeduid

⁹⁶ Atria, Documentatiemap Verplegend Personeel, 'Dagschool vervangt interne opleiding: Verpleegster-nieuwe-stijl binnenkort aan het werk', *Haagsche Courant* (15-02-1975) 2.

⁹⁷ UA, AZU 1124, inv. nr. 410, Ontwikkelingen in de verpleegkundige opleidingen (02-01-1974) 4.

⁹⁸ *Ibidem*, 6.

wat de algemene leerdoelen waren en wat leerlingen konden verwachten.⁹⁹ Het introductieprogramma was een afdelingsspecifiek programma dat iedere leerling en nieuwe werknemer moest doorlopen voor zij op die afdeling kwamen te werken. Hierbij werd benadrukt dat de introductie 'niet [mag] afhangen van een wel of niet gelukkig tijdstip, waarop de leerling entree maakt.'¹⁰⁰ Door dit besluit moesten nieuwe werknemers die vanwege drukte waren aangenomen dezelfde introductie ontvangen als leerlingen die op een rustigere periode werden aangenomen. Het lesrooster werd bovendien inhoudelijk aangevuld om de leerling-verplegenden beter voor te bereiden op hun werkzaamheden op de afdelingen. Het lesrooster werd onder andere aangevuld met onderwijs in gesprekstechnieken, stervensbegeleiding, leidinggeven en begeleiden en de organisatie van een ziekenhuis en afdeling.¹⁰¹

3.1.2 Hogere Beroepsopleiding Verpleegkunde

Halverwege de jaren zestig werd binnen het Ministerie van Volksgezondheid de vraag gesteld of het verpleegkundige beroep genoeg perspectief bood aan havo- en vwo-leerlingen. De veranderingen binnen het onderwijssysteem hadden als gevolg dat steeds meer meisjes de richtingen havo en vwo kozen, waardoor ook steeds meer vrouwen studeerden aan het hoger beroepsonderwijs (hbo) en het wetenschappelijk onderwijs (wo).¹⁰² De noodzaak om de verpleegstersopleiding opnieuw in te richten, groeide eveneens door de wetenschappelijke ontwikkelingen die meer specialisatie creëerden binnen de gezondheidszorg. Van de verpleegsters werd steeds meer deskundigheid vereist, waardoor ook de vraag naar specialisatie binnen het verpleegstersberoep en de opleiding groeide.¹⁰³ Naar aanleiding hiervan werd onderzoek gedaan naar de oprichting van een hbo-opleiding voor verpleegsters.¹⁰⁴

Het onderzoeksrapport werd opgesteld door de Commissie Hogere Beroepsopleiding Verpleging. Deze commissie werd in 1966 op verzoek van meerdere belangenorganisaties aangesteld door de directeur-generaal van Volksgezondheid dokter Roelof Kruisinga en bestond uit drie werkgroepen waarin verpleegsters zelf, docenten, geneesheer-directeuren en overheidspersoneel werden gerepresenteerd. De commissie schreef in het uiteindelijke onderzoeksrapport dat het doel van de nieuwe hbo-opleiding was om leerlingen 'op te leiden voor het bezetten van functies die uitzicht bieden op leiding geven op hoger niveau, ook in de gespecialiseerde sectoren van de gezondheidszorg' en de verwachting was 'dat deze opleiding er toe zal bijdragen dat er een verbreding van de stroom gegadigden zal komen en dat met name ook een groter aantal mannelijke leerlingen dan thans het geval is een carrière in de

⁹⁹ UA, AZU 1124, inv. nr. 410, Ontwikkelingen in de verpleegkundige opleidingen (02-01-1974) 10.

¹⁰⁰ Ibidem, 9.

¹⁰¹ Ibidem, 12.

¹⁰² Traag, twee generaties vrouwen vergeleken.

¹⁰³ NA, Directoraat-Generaal Volksgezondheid 2.15.65, inv. nr. 2045, Hogere Beroepsopleiding Verplegenden: Eindrapport van de Commissie (September 1968) 34, 37, 39.

¹⁰⁴ Ibidem, 5.

gezondheidszorg zal gaan kiezen.¹⁰⁵ Specifiek zou de hbo-opleiding leerlingen opleiden voor functies als hoofdverpleegster, gespecialiseerd verpleegster of eerste verpleegster. Ook niet-medische functies werden echter in acht genomen bij het opstellen van de hbo-opleiding, namelijk beleid-adviserende functies voor de overheid op het gebied van verpleging, evenals functies binnen de opleiding zelf.¹⁰⁶ Ongeacht deze focus op leidinggevende functies, werd de prioriteit binnen de opleiding nog altijd gelegd op het verplegen van de patiënt.¹⁰⁷ Met de herziening van de opleiding werd een praktijkbegeleider of supervisor aangesteld, zodat de leerling-verpleegsters meer steun kregen in hun praktijkstages.¹⁰⁸ Dit was niet alleen goed voor de verpleegsters, maar zou ook betere zorg en patiëntveiligheid garanderen, omdat hierdoor meer toezicht werd gehouden op de leerlingen en hun handelingen.

Om de kwaliteit van de hbo-opleiding beter te garanderen werden strenge eisen gesteld. Door nieuwe toelatingseisen aan de vooropleiding te stellen, werden alleen de leerlingen die het havo, gymnasium of ulo succesvol hadden afgerond, aangenomen voor de opleiding.¹⁰⁹ Daarnaast werden nieuwe eisen gesteld aan de hbo-opleiding zelf. Deze eisen waren onder andere de aanstelling van vakdocenten ‘die “vast” aan de opleidingen verbonden dienen te zijn’, een samenwerking met meerdere specialismen binnen de zorginstellingen en de aanstelling van supervisors die praktijkbegeleiding konden bieden aan de leerling-verpleegsters.¹¹⁰ De hbo-opleiding zou uiteindelijk bestaan uit een basisopleiding van vier jaar, waarna leerlingen de mogelijkheid hadden zich één of twee jaar te specialiseren.¹¹¹ Een andere ontwikkeling was de invoering van een onderwijsvorm naar het voorbeeld van de Amsterdamse Verpleegstersschool, waarbij binnen de vierjarige opleiding ‘de theorie in een cursusperiode speciaal [zal] worden gericht op de daarna komende praktijkperiode’.¹¹² Deze eisen en verbeteringen binnen de opleiding werden ingevoerd om de kwaliteit van de opleiding te verhogen en te waarborgen, in de hoop dat meisjes ‘met een hogere algemene ontwikkeling [...] dan thans het geval is’ zich hierdoor aangetrokken voelden tot de opleiding.¹¹³

¹⁰⁵ NA, Directoraat-Generaal Volksgezondheid 2.15.65, inv. nr. 2045, HBO Verplegenden Rapportage van Werkgroep II: “Nieuwe ingang tot de opleiding voor de verpleging” (21-02-1968) 2.

¹⁰⁶ NA, Directoraat-Generaal Volksgezondheid 2.15.65, inv. nr. 2045, HBO Verplegenden Rapportage van Werkgroep III: “Verpleegkundige functies waarvoor een H.B.O. wenselijk zou kunnen zijn” (januari 1968) 7-10.

¹⁰⁷ NA, Directoraat-Generaal Volksgezondheid 2.15.65, inv. nr. 2045, HBO Verplegenden Rapportage van Werkgroep II: “Nieuwe ingang tot de opleiding voor de verpleging” (21-02-1968), 11.

¹⁰⁸ Ibidem, 15.

¹⁰⁹ Ibidem, 6-7.

¹¹⁰ Ibidem, 13.

¹¹¹ Ibidem, 14.

¹¹² Ibidem, 15.

¹¹³ NA, Directoraat-Generaal Volksgezondheid 2.15.65, inv. nr. 2265, brief aan de Minister van Volksgezondheid van de voorzitter voor de Federatie (17-06-1961) 5.

Ook werd de mogelijkheid van een universitaire verpleegstersopleiding in het onderzoek aangekaart. Uit de bronnen blijkt echter dat dit geen prioriteit had, gezien het onderwerp slechts kort werd besproken en de commissie er niet inhoudelijk op in ging.¹¹⁴

3.1.3 Conclusie

De nieuwe onderwijsmethode, het curriculum en de inhoudelijke veranderingen hadden als gevolg dat verpleegsters beter voorbereid en met meer kennis in de zorginstellingen gingen werken. Bij hun stages werden de verpleegsters niet meer in het diepe gegooid. Er is geen direct bewijs dat de tevredenheidsonderzoeken zijn meegenomen in het beleidsproces van de drie onderzochte zorginstellingen en de hbo-opleiding. Wel is er een duidelijke overlap te zien tussen de klachten en de daaropvolgende veranderingen. Deze overlap duidt erop dat het beleid zeer waarschijnlijk ontwikkeld is aan de hand van de klachten.

Uit de bronnen blijkt dat veranderingen binnen de opleiding invloed hadden op het aantrekken en behouden van leerling-verpleegsters. Dit is terug te zien in de toepassing van inhoudelijke verbeteringen op gebieden waar tot dan toe veel ontevredenheid heerste en die volgens sommige leerlingen de belangrijkste reden voor uitstroom waren. Dit betreft onder andere het gebrek aan begeleiding en aan voorbereiding op psychologische zwaarte. Daarnaast is de effectiviteit van de nieuwe onderwijsmethode van de verpleegstersschool aangetoond, doordat deze met succes is toegepast in andere zorginstellingen, waaronder Eindhoven en Utrecht. Het feit dat alle onderzochte zorginstellingen na een decennium van overweging deze methode uiteindelijk hebben overgenomen of een vergelijkbare methode hebben toegepast, geeft aan dat zij overtuigd waren van de positieve resultaten ervan. Een kanttekening is dat er tot nog toe geen concreet bewijs is van de effectiviteit van deze doorgevoerde veranderingen en hoe deze invloed hadden op de tevredenheid van de leerlingen.

Met deze nieuwe ontwikkelingen werden de misstanden verbeterd en werd daarmee de uitstroom van leerlingen en beginnende verpleegsters verminderd. Uit deze waarnemingen kunnen we afleiden dat meer leerlingen gemotiveerd waren om na de opleiding als verpleegster of verpleger te blijven werken, waardoor het personeelstekort, weliswaar op langere termijn, verminderde.

¹¹⁴ NA, Directoraat-Generaal Volksgezondheid 2.15.65, inv. nr. 2045, HBO Verplegenden Rapportage van Werkgroep II: "Nieuwe ingang tot de opleiding voor de verpleging" (21-02-1968), 9-10.

3.2 Nieuwe Functies

3.2.1 Verpleegsters & Verzorgsters

Het ontstaan van de opleiding voor ziekenverzorgster in de jaren vijftig, naast de bestaande verpleegstersopleiding, zorgde voor een arbeidsdeling van de verpleging. In 1965 werd het beroep van verzorgsters wettelijk erkend met de Wet op de Ziekenverzorging.¹¹⁵ Met deze arbeidsdeling werd beoogd om meer mensen de kans te bieden om in de zorgsector te werken, zelfs als ze niet in staat waren de verpleegstersopleiding te volgen. Zo werd het beroep toegankelijker voor een breder publiek en kon de werkdruk van verpleegsters worden verlaagd. Dit werd in de rijksbegroting voor de Eerste Kamer van 1963 als volgt omschreven:

Dat de gevolgen van het tekort aan verpleegsters zeker kunnen worden verzwakt door het verrichten van eenvoudige werkzaamheden in de ziekenhuizen op te dragen aan eenvoudiger opgeleide krachten, zoals de ziekenverzorgsters, wier werkterrein zich niet uitsluitend zal beperken tot de verzorging van langdurige zieken in verpleegtehuizen.¹¹⁶

Deze ziekenverzorgsters werden in de verpleegtehuizen en ziekenhuizen ingezet om de verzorgende taken van de verpleegsters zo veel mogelijk over te nemen. Het ging dan over taken als het linnengoed verschonen, patiënten wegen en helpen met wassen en omkleden.¹¹⁷ Deze scheiding van verpleegsters en verzorgsters gaf verpleegsters dus meer ruimte om de medische en medisch-technische taken uit te voeren, terwijl de verzorgsters de meer praktische verzorgende taken op zich namen.

3.2.2 Vrijwilligsters: inspiratie uit Amerika en Engeland

In 1959 kwam uit het onderzoek naar beroepstevredenheid naar voren dat meer dan de helft van de deelnemende verpleegsters vonden dat zij 'teveel werkzaamheden moeten verrichten, die niets met de verpleging hebben te maken.'¹¹⁸ Enkele jaren later, in 1962, nam de Minister van Volksgezondheid met ziekenhuizen contact op met de vraag of een groep zorgdeskundigen regelmatig bij elkaar kon komen om alle problemen en eventuele oplossingen op dit gebied te bespreken.¹¹⁹ De nieuwe commissie, bestaande uit mannelijke en vrouwelijke vertegenwoordigers

¹¹⁵ Goelabdien, *Van roeping tot beroep*, 22.

¹¹⁶ Kamerstuk Eerste Kamer, 26ste Vergadering Deel III zitting 1962-1963 (12-03-1963) 3228-3229.

¹¹⁷ NA, Directoraat-Generaal Volksgezondheid 2.15.65, inv. nr. 2278, Analyse van functies van ziekenverzorgster, verpleegkundige en hoofdverpleegkundige via stafbureau onderzoek en planning van Ministerie van Sociale Zaken en Volksgezondheid (27-11-1969) 1-2.

¹¹⁸ NA, Directoraat-Generaal Volksgezondheid 2.15.65, inv. nr. 2265, 'Verpleegsters over haar beroep' (december 1959) 25.

¹¹⁹ NA, Centrale Raad 2.27.16, inv. nr. 564, Concept-praeadvies van de commissie Parttime Hulpkrachten in Inrichtingen (1970) 1.

vanuit meerdere sectoren binnen de gezondheidszorg, publiceerde enkele rapporten waarin zij de zorginstellingen adviseerden over de nuttigste en efficiëntste inzet van hulpkrachten.¹²⁰

Een van de meest besproken ideeën was om meer vrijwilligers op de verpleegafdelingen in te zetten. Dit idee was geïnspireerd door het succes uit Amerika, waar de voorzitter van de Centrale Raad voor de Volksgezondheid in 1967 een verslag van had gedaan.¹²¹ Na zijn bezoek aan een ziekenhuis in de Verenigde Staten schreef hij:

Onder het talrijke personeel van het ziekenhuis bevindt zich een groot aantal personen, die op geheel vrijwillige basis [...] hun diensten aanbieden. [...] Dit systeem van “volunteers” — overigens in zeer veel Amerikaanse ziekenhuizen voorkomend — heeft in dit ziekenhuis een zeer grote omvang aangenomen, getuige het feit dat momenteel omstreeks 500 volunteers aldaar werkzaam zijn. Hun leeftijd varieert van 16 tot 80 jaar, hun werktijden van 2 tot 40 uur per week. Deze vrijwilligers zijn vogels van diverse pluimage: studenten, artsen, research-werkers, zakenmensen, huisvrouwen en gepensioneerden.¹²²

Deze vrijwilligers verrichtten huishoudelijke taken, administratieve taken en overige diensten zoals het verzorgen van de bibliotheek.¹²³ Nederland was niet geheel onbekend met het inzetten van vrijwilligers in de gezondheidszorg, maar de verhoudingen waren heel anders. Terwijl de Unie van Vrijwilligsters (UVV) in 1968 1500 vrijwilligers leverde voor de gezondheidszorg in heel Nederland, had in Amerika één ziekenhuis al 500 vrijwilligers.¹²⁴ Het was dan ook de UVV die de commissie adviseerde om het Amerikaanse vrijwilligerssysteem achterwege te laten, wegens de grote verschillen tussen de twee landen. Volgens hen was het verstandig in Nederland vrijwilligers tijdelijk in te schakelen om ‘bepaalde leemten in de verzorgende sektor op te vullen’, maar dit enkel te doen om ‘hulp voor de patiënt, doch niet aan de patiënt’ te leveren.¹²⁵

De commissie besloot wat dichterbij te zoeken naar inspiratie voor het vrijwilligerssysteem en haalde inspiratie uit de Engelse National Health Service (NHS), waar de aanwezigheid van vrijwilligers na een succesvolle proef in 1962 actief werden gesteund door de overheid.¹²⁶ Hier kregen nieuw aangestelde functionarissen in sommige ziekenhuizen de taak ‘het werven van

¹²⁰ NA, Centrale Raad 2.27.16, inv. nr. 564, Advies inzake het inschakelen van parttime krachten in en buiten inrichtingen van gezondheidszorg (10-04-1972); NA, Centrale Raad 2.27.16, inv. nr. 564, Concept-praeadvies van de commissie Parttime Hulpkrachten in Inrichtingen (1970).

¹²¹ NA, Centrale Raad 2.27.16, inv. nr. 564, Advies inzake het inschakelen van parttime krachten in en buiten inrichtingen van gezondheidszorg (10-04-1972) 5.

¹²² NA, Centrale Raad 2.27.16, inv. nr. 564, brief van de staatssecretaris van volksgezondheid aan de directie gezondheidszorg over parttime hulpkrachten en vrijwilligers in zorginstellingen (11-03-1969) 1.

¹²³ Ibidem.

¹²⁴ NA, Centrale Raad 2.27.16, inv. nr. 564, Concept-praeadvies van de commissie Parttime Hulpkrachten in Inrichtingen (1970) 10.

¹²⁵ Ibidem, 11 -12.

¹²⁶ NA, Centrale Raad 2.27.16, inv. nr. 564, Advies inzake het inschakelen van parttime krachten in en buiten inrichtingen van gezondheidszorg (10-04-1972) 9.

vrijwillige krachten en het coördineren van de door hen te verrichten werkzaamheden'.¹²⁷ Geïnspireerd door dit Engelse systeem, adviseerde de commissie aan zorginstellingen een coördinator in te stellen voor de vrijwilligers, zodat er altijd een 'regelmaat en een continuïteit in de arbeid' van de vrijwilligers zou bestaan.¹²⁸ Echter, de commissie leek ook tot de conclusie te komen dat de vrijwilligers slechts een tijdelijke en beperkte oplossing voor het tekort boden. De commissie concludeerde dat, terwijl er altijd mensen zijn die zich zouden aanmelden als vrijwilliger, dit voor velen economisch niet haalbaar was. Daarnaast voelden veel vrijwilligers zich aangetrokken tot het menselijk aspect van het vrijwilligerswerk, waardoor bijvoorbeeld huishoudelijke taken minder aantrekkelijk waren voor hen.¹²⁹ Vrijwilligers aannemen gold dus enkel als tijdelijke oplossing en de commissie vond het derhalve verstandig te kijken naar alternatieve opties.¹³⁰

3.2.3 Parttime-functies

'In 1967 meldden zich 500 gehuwde vrouwen voor parttime werk als bejaardenhelpster. In 1968 was het aantal 950. In 1969 hebben zich tussen 1 januari en 1 oktober 9000 gehuwde vrouwen aangemeld.'¹³¹ Dit waren de woorden van dokter P.C.J. van Loon, de directeur-generaal van het Ministerie van Volksgezondheid, tijdens een voordracht in 1969. Het was in Nederland rond 1970 een relatief nieuw fenomeen voor vrouwen, en voornamelijk gehuwde vrouwen, om parttime te werken. De parttime werkende vrouwen in de bejaardenzorg waren tot dan toe uitzonderlijk, maar wel succesvol. Hierdoor werd dit fenomeen beschouwd als dé potentiële oplossing voor het verpleegsterstekort. De gehuwde vrouw was immers de grootste groep 'sluimerend arbeidspotentieel' die niet werd ingezet.¹³² In dezelfde periode werd het duidelijk dat niet alleen vanuit de zorg maar ook vanuit de samenleving een behoefte voor parttime werk was ontstaan. Deze behoefte bestond vooral onder de gehuwde vrouwen, gepensioneerde ouderen, werkstudenten, jongeren en gehandicapten.¹³³ Volgens Van Loon was deze behoefte en belangstelling er dus wel, maar was er nog niet voldoende mogelijkheid voor.¹³⁴ Het moest om deze reden makkelijker gemaakt worden om in het ziekenhuis te komen werken, ook zonder verpleegstersopleiding, en volgens Van Loon moesten de taken van zorgmedewerkers duidelijker

¹²⁷ Ibidem.

¹²⁸ Ibidem, 12.

¹²⁹ NA, Centrale Raad 2.27.16, inv. nr. 564, Concept-praeadvies van de commissie Parttime Hulpkrachten in Inrichtingen (1970) 12,14.

¹³⁰ Ibidem, 14-15.

¹³¹ NA, Centrale Raad 2.27.16, inv. nr. 564, P.C.J. van Loon, Boerhaave-cursus voordracht in het kader van "arts en verpleegkundige in het ziekenhuis", (14 en 15 november 1969) 9.

¹³² NA, Centrale Raad 2.27.16, inv. nr. 564, Advies inzake het inschakelen van parttime krachten in en buiten inrichtingen van gezondheidszorg (10-04-1972) 4.

¹³³ Ibidem, 17, 20.

¹³⁴ L. Hieselaar, 'Topman Gezondheidszorg: Verpleegster doet veel onnodig werk', *De Tijd: Dagblad voor Nederland* (15-11-1969) 19.

gescheiden worden.¹³⁵ De nadruk lag daarom op de invoering van nieuwe parttime-functies die de niet-medische taken van verpleegsters konden overnemen.¹³⁶ Dit zorgde er uiteindelijk voor dat de verpleging meer tijd en ruimte kreeg voor de medisch-technische en verzorgende taken.¹³⁷ Een goed voorbeeld hiervan zijn de hoofdverpleegsters uit deze tijd. Zij hadden vroeger een alsmaar groeiende hoeveelheid administratieve taken die hen weghielden van het bed en van leerling-verpleegsters.¹³⁸ Een van de eerste nieuwe functies werd hierdoor een administratieve hulpkracht die het administratief werk van de hoofdverpleegster kon overnemen.¹³⁹ Een andere nieuwe parttime-functie was de voedingsdienst die dagelijks overdag aanwezig was op de afdeling. Daarnaast kon huishoudelijk, keuken- en linnenpersoneel op parttime basis werken en konden hulpkrachten werkzaamheden als receptiedienst, hulp in poliklinieken en de verzorging van de crèche, bibliotheek en het rijdende winkeltje op zich nemen.¹⁴⁰ Verder benadrukte de commissie dat het essentieel was dat er in de maatschappij en in de meeste huishoudens een ‘attitudebeïnvloeding’ plaatsvond, die het acceptabel maakte voor een gehuwde vrouw om buiten het huis te werken en dit ook te doen op onregelmatige tijden en in het weekend.¹⁴¹

Op de vacatures¹⁴² voor deze parttime-functies werd enthousiast gereageerd. 150 huisvrouwen reageerden bijvoorbeeld op een advertentie voor voedingsassistent in het Eudokiaziekenhuis te Rotterdam. De vacature vroeg om vrouwen die drie halve dagen in de week konden werken. De werkzaamheden werden als volgt beschreven:

de voedingsassistentes vragen wat de patiënten willen eten, ze geven dat door aan de Centrale Keuken (365 warme maaltijden per dag), ze zorgen dat de afdelingskeuken opgeruimd en schoon blijft en houden de voorraden in de afdelingskeuken bij.¹⁴³

¹³⁵ Ibidem.

¹³⁶ NA, Centrale Raad 2.27.16, inv. nr. 564, P.C.J. van Loon, Boerhaave-cursus voordracht in het kader van “arts en verpleegkundige in het ziekenhuis” (14 en 15 november 1969) 9.

¹³⁷ NA, Centrale Raad 2.27.16, inv. nr. 564, Concept-praeadvies van de commissie Parttime Hulpkrachten in Inrichtingen (1970) 12-13.

¹³⁸ NA, Centrale Raad 2.27.16, inv. nr. 564, P.C.J. van Loon, Boerhaave-cursus voordracht in het kader van “arts en verpleegkundige in het ziekenhuis” (14 en 15 november 1969) 11.

¹³⁹ Atria, NMV, inv. nr. 2, Rapport van de commissie verplegend personeel, Centraal Bureau voor de openbare gezondheidszorg Amsterdam (21-06-1957) 12.

NA, Centrale Raad 2.27.16, inv. nr. 564, Concept-praeadvies van de commissie Parttime Hulpkrachten in Inrichtingen, 1970, 10; NA, Centrale Raad 2.27.16, inv. nr. 564, Bijlagen van het adviesrapport van de commissie parttime hulpkrachten, Bijlage III.

¹⁴¹ NA, Centrale Raad 2.27.16, inv. nr. 564, Concept-praeadvies van de commissie Parttime Hulpkrachten in Inrichtingen (1970) 15.

¹⁴² ‘Protestants ziekenhuis Drachten vraagt een assistente in de afdelingskeuken’, *Leeuwarder Courant* (16-02-1980) 12; ‘Keukenzuster’, *Leidsch Dagblad* (16-02-1978) 10.

¹⁴³ ‘Patiënten in Eudokia eten direct à la carte’, *Het Vrije Volk* (03-11-1981) 3.

Volgens twee huisvrouwen met kinderen thuis was dit een 'ideale' baan en konden ze zonder vooropleiding of ervaring na een opleiding van een half jaar al te werk in het ziekenhuis.

3.2.4 Conclusie

De creatie van nieuwe functies werd in eerste instantie vooral gedaan om het tekort in de zorg op te lossen,¹⁴⁴ maar achteraf bleek het vooral nuttig om de druk op het huidig verplegend personeel te verlagen. Een goed voorbeeld is het inzetten van vrijwilligers, waarvan het doel was dat zij konden helpen met de patiëntenzorg. De UVV maakte daarentegen duidelijk dat zij als extra hulp moesten worden ingezet, niet als vervanging van verpleegsters. Het doel van de arbeidsdeling en de creatie van parttime-functies was om de werkdruk van verpleegsters te verlagen door niet-verplegende taken over te nemen. Uit de bronnen blijkt dat zorginstellingen veel investeerden in het efficiënter inzetten van hun huidige verpleegsters, door hen enkel nog de taken te laten uitvoeren waar zij ook voor waren opgeleid.

In het bronmateriaal wordt er ook op gewezen dat zorginstellingen zich meer openstelden voor personeel met verschillende achtergronden. Door de erkenning van ziekenverzorgsters en de inzet van parttime hulpkrachten hadden ook vrouwen en mannen zonder verpleegkundige of doktersopleiding de mogelijkheid om in de zorg te werken. Dit geeft ook een noodzaak weer, omdat het aantoont dat zorginstellingen bereid waren mensen van alle maatschappelijke groepen aan te nemen, zelfs als zij geen medische kennis of vooropleiding hadden. Deze nieuwe functies waren zeer succesvol. Dit is vooral af te leiden uit het feit dat in de zorginstellingen van tegenwoordig alle bovengenoemde functies nog steeds bestaan. Zij vormen een essentieel onderdeel van de gezondheidszorg van vandaag.

3.3 Technologische vernieuwingen en arbeidsbesparende middelen

Het verpleegstersberoep stelde veel fysieke eisen aan de verpleegsters. In het tevredenheidsonderzoek van 1959 gaf 82% van de ondervraagde verpleegsters aan het werk 'vermoeiend' te vinden en ongeveer een derde vond het een 'lichamelijk zwaar' beroep.¹⁴⁵ Een van de oplossingen die hiervoor in de jaren zestig was bedacht, was om de ziekenhuisbedden allemaal te voorzien van wieltjes. Hierdoor hoefden de verpleegsters de patiënt niet meer op een brancard met wieltjes te tillen als ze deze naar een andere afdeling of operatiekamer moesten verplaatsen.¹⁴⁶ Ook werden de afdelingen voorzien van 'stalen verpleegsters'; dit waren nieuwe elektrische tilliften, waarmee de verpleegsters patiënten zoals verkeersslachtoffers, beademde patiënten of patiënten met een dwarslaesie konden verplaatsen zonder te veel kracht te

¹⁴⁴ NA, Centrale Raad 2.27.16, inv. nr. 564, brief van de staatssecretaris van volksgezondheid aan de directie gezondheidszorg over parttime hulpkrachten en vrijwilligers in zorginstellingen (11-03-1969) 2.

¹⁴⁵ NA, Directoraat-Generaal Volksgezondheid 2.15.65, inv. nr. 2265, 'Verpleegsters over haar beroep' (december 1959) 24.

¹⁴⁶ Atria, Documentatiemap Verplegend Personeel, F. Bosman, 'Pas in de jaren zestig kreeg 't bed wieltjes', *Parool* (20-09-1986).

vereisen.¹⁴⁷ Zo'n 'stalen verpleegster' nam het werk van drie verpleegsters over, die hierdoor hun tijd aan andere werkzaamheden konden besteden. Deze vernieuwing zorgde niet alleen voor een vermindering van inspanning van de verpleegsters, maar er werd ook tijd en arbeidskracht mee bespaard en de efficiëntie werd verhoogd.

Een andere arbeidsbesparende vernieuwing was de introductie van wegwerpmateriaal. De verpleegsters in het ziekenhuis van de VU Amsterdam kregen in 1963 bijvoorbeeld papieren kapjes. Deze kapjes waren destijds onderdeel van hun uniform; in plaats van dat zij deze aan het einde van de dag in een glazen linnenkast moesten opbergen en regelmatig moesten wassen, konden zij deze papieren kapjes na één keer dragen weggooiden.¹⁴⁸ In 1967 werd het materiaal dat gebruikt werd bij de patiënt, vervangen door wegwerpmateriaal. De afdeling kregen 'wegwerp-injectiespuit[en]' en wegwerpthermometers¹⁴⁹, evenals 'voorverpakte verbandstoffen voor éénmalig gebruik, textielvervangingsmiddelen voor éénmalig gebruik (lakens, slopen enz.). Er is ook een steriele set voor bevallingen, waarin alle textielvervangende materialen en verbandstoffen zijn opgenomen die voor een bevalling nodig zijn.'¹⁵⁰ Hierdoor was het niet meer nodig voor de verpleegsters om de gebruikte materialen te wassen, op te vouwen en te steriliseren.¹⁵¹

Halverwege de jaren zestig werd ook de computer een belangrijke toevoeging in het ziekenhuis. De functie van de computer was onder andere om de administratieve last van de verpleegsters te verminderen. Door deze nieuwe technologie werden de patiëntdossiers niet langer handmatig aangemaakt door de verpleegsters, maar werden de gegevens van patiënten bij inschrijving 'in het computersysteem opgenomen' en werden hierbij ook de allergieën en andere belangrijke medische informatie opgeslagen. Dit was vooral nuttig wanneer een patiënt allergisch was voor een specifiek medicijn, want 'indien een paar dagen later het geneesmiddel voor die patiënt wordt besteld, zal de computer, na consultatie van de gegevens van de betreffende patiënt, de boodschap "patiënt allergisch" afdrucken.'¹⁵² De computers werden ook aangesloten op machines die de temperatuur, bloedanalyse en bloeddruk van de patiënten konden opslaan. Hierdoor hoefden de verpleegsters niet meer handmatig de ziektekaarten van de patiënten dagelijks bij te werken, maar werden de patiëntgegevens tijdens hun verblijf digitaal opgeslagen.¹⁵³ Naast de patiëntgegevens, werden de computers gebruikt voor personeel-gerelateerde administratie. Als voorbeeld werd met het aannemen van meer parttime personeel

¹⁴⁷ 'Ziekenzalen krijgen minder bedden', *De Waarheid* (29-09-1967) 5.

¹⁴⁸ A. van Wel, 'Doeken, mutsen, boeken van afwasbaar papier: Het wachten is op massale productie', *de Volkskrant* (07-02-1963) 19.

¹⁴⁹ 'Het ziekenhuis van de toekomst staat te kijk op Medica '68', *Algemeen Dagblad* (06-10-1969) 4.

¹⁵⁰ 'Ziekenzalen krijgen minder bedden', *De Waarheid* (29-09-1967) 5.

¹⁵¹ Atria, Documentatiemap Verplegend Personeel, F. Bosman, 'Pas in de jaren zestig kreeg 't bed wieltjes', *Parool* (20-09-1986).

¹⁵² X. Freeman, 'Computer onmisbaar in de ziekenhuizen', *De Tijd: Dagblad voor Nederland* (17-09-1966) 7.

¹⁵³ 'Mechanische verpleeghulp', *Nieuwe Winterswijkse Courant* (31-07-1963) 5.

verwacht dat de werkroosters voortaan met de computer werden gemaakt.¹⁵⁴ Computers konden de beschikbaarheid van al het verplegend personeel namelijk soepeler verwerken.

In de jaren zeventig werd ook nieuwe technologie ontwikkeld die de verpleging hielp in hun werk. Verpleegsters konden bijvoorbeeld door een patiënt worden gebeld via een nieuw intercomsysteem. Op deze manier wist de verpleging dat de patiënt hen nodig had zonder direct aan het patiëntenbed te staan.¹⁵⁵ Eind jaren zeventig verschenen in veel ziekenhuizen in

Zuster Pan van der Eijsden op een step in Hilversum, 1978



Foto 1, 'Verpleegster en postbode steppen er al op los', Limburgs Dagblad (Hilversum 05-08-1978) Delpher (geraadpleegd 19-12-2022).

Nederland ook (elektronische) steps (zie afbeelding). Met deze steps konden verpleegsters zich moeiteloos en snel door het ziekenhuis verplaatsen. Dit was eerder al in het Verenigd Koninkrijk getest nadat verpleegsters hadden geklaagd moe te worden van het vele lopen door de gangen.¹⁵⁶ In Nederland was de step een opvolger van de eerder geteste vouwfiets als

¹⁵⁴ NA, Centrale Raad 2.27.16, inv. nr. 564, Bijlagen van het adviesrapport van de commissie parttime hulpkrachten, Bijlage III.

¹⁵⁵ 'Het ziekenhuis van de toekomst staat te kijk op Medica '68', *Algemeen Dagblad* (06-10-1969) 4.

¹⁵⁶ 'De mechanische verpleegster en dokter robot', *Trouw* (06-03-1963) 21.

vervoersmiddel in het ziekenhuis, die toch onhandig bleek te zijn ‘omdat men veel op- en af moest stappen.’¹⁵⁷

3.4 Onregelmatige werktijden en salariëring

Al vanaf het einde van de jaren veertig ontstond binnen de maatschappij en de overheid een discussie over de salariëring van verplegend personeel. Regelmatig was er door verschillende verenigingen, waaronder de Nederlandse Vereniging van Gestichtsartsen, beroep gedaan op de Minister van Volksgezondheid om het salaris van verpleegsters te verbeteren.¹⁵⁸ Echter, op het verzoek om hoger salaris werd gereageerd dat het verplegend werk niet draaide om het salaris. Lange tijd werd de verpleging immers gezien als een roeping en onderdeel van het liefdadigheidswerk dat vrouwen werden geacht te verrichten. In 1961 ontving de werkgroep Verpleegsterstekort een brief die zeer waarschijnlijk afkomstig was van dokter J.J. Brutel de la Rivière, een belangrijke arts en oud-voorzitter van de Centrale Gezondheidsraad. In deze brief schreef hij over de salariëring van de verpleegsters, die volgens hem al jarenlang te laag was, en ging hij in tegen het argument dat het salaris niet belangrijk was voor verpleegsters:

Steeds werd gezegd: “het gaat niet om het salaris”. Toch is dit mijne inziens slechts ten dele waar, ook wanneer inderdaad uit verschillende onderzoeken blijkt, dat de “aanwezige” verplegenden [...] slechts zelden primair over het salaris klagen. [...] Dit is begrijpelijk, zij immers zijn degenen, die ondanks het lage salaris toch in de verpleging zijn gegaan. Daartegenover staat, dat van het salaris als zodanig geen “trek of werfkracht” uitging. Velen zullen juist niet in de verpleging zijn gegaan vanwege dit te lage salaris.¹⁵⁹

Hij beargumenteerde verder dat het onterecht was dat verpleegsters een lager salaris kregen dan andere beroepsgroepen die minder ongemakken vanuit hun werk ervoeren en geen onregelmatige diensten werkten, zoals kantoor- en winkelmedewerksters.¹⁶⁰ Volgens hem was het daarom niet verbazingwekkend dat steeds meer vrouwen andere richtingen kozen die minder van hen vroegen en beter betaald waren. Hoe de werkgroep reageerde op de brief en of er wijzigingen in het salaris zijn doorgevoerd, is niet duidelijk.

De kwestie van onregelmatige werktijden was ingewikkeld en is dit vandaag de dag nog steeds. Dit heeft te maken met dat er geen oplossing bestaat die zou betekenen dat verpleegsters niet langer avond- of nachtdiensten hoeven te werken, omdat er altijd minimaal twee verpleegsters op een afdeling aanwezig moeten zijn. Dit geldt zelfs voor afdelingen waar patiënten liggen die geen tot weinig continue zorg nodig hebben. Om verpleegsters te compenseren voor

¹⁵⁷ ‘KRO-actie wil autopod als vervoermiddel’, *Leeuwarder Courant* (01-08-1978) 2.

¹⁵⁸ NA, Directoraat-Generaal Volksgezondheid 2.15.65, inv. nr. 2268, P.J. Piebenga, ‘Nota “Verplegendentekort” ten behoeve van de leden en adviserende leden van de Werkgroep Verplegendentekort’ (18-10-1961) 1.

¹⁵⁹ Ibidem, 1-2.

¹⁶⁰ Ibidem.

deze onregelmatige werktijden werd in 1961 een voorstel naar de Minister van Volksgezondheid gestuurd namens de vakvereniging van de verpleegsters. Hierin werd verzocht verpleegsters een 'onregelmatigheidstoelage' te geven, een extra bedrag dat de verpleegster bij haar salaris kreeg als compensatie voor de onregelmatige diensten die zij werkte.¹⁶¹ Volgens de vereniging zou deze financiële compensatie de ontevredenheid over de onregelmatige diensten die vooral bij gehuwde vrouwen heerste wegnemen of in ieder geval verminderen.¹⁶²

3.5 Huisvesting

In 1975 werd in Utrecht vanuit het Academisch Ziekenhuis een voorstel gedaan om huisvesting voor leerling-verpleegsters te creëren. Huisvesting werd al langere tijd aangeboden aan gediplomeerd personeel, maar was nog niet beschikbaar voor leerlingen. Het voorstel werd opgezet om twee redenen. De eerste reden was dat veel leerlingen van buiten Utrecht kwamen en moeite hadden om een eigen kamer in de stad te vinden vanwege de schaarste van deze kamers en gebrek aan ervaring.¹⁶³ De tweede reden was dat de leerlingen, wier leeftijd varieerde van 16 tot 21 jaar, veelal te jong werden geacht om de verantwoordelijkheid van zelfstandig wonen te dragen.¹⁶⁴

Tevens is gebleken dat zij in deze prille zelfstandigheid nog erg kwetsbaar (kunnen) zijn voor eenzaamheid c.q. verdriet en bedreiging die uit werkomgeving of maatschappij op hen afkomen. Vandaar dat het nodig is dat een bepaalde hoeveelheid woonruimte beschikbaar is, waarin – aan hen die dit wensen – een zekere mate van begeleiding door een metrixteam – geëquipeerd met adequate ruimten – geboden kan worden.¹⁶⁵

Hoewel deze huisvesting voor leerling-verpleegsters hen de extra begeleiding bood die zij eerder hadden aangegeven te missen, had deze maatregel verder geen ingrijpend effect op de werving of het behoud van personeel. Huisvesting voor verpleegsters bestond immers al decennialang. Wel werd door de werkgroep die onderzoek deed naar personeelstekort aanbevolen naast goede huisvesting ook meer nadruk te leggen op vervoer.¹⁶⁶ Dit zou leerling-

¹⁶¹ NA, Directoraat-Generaal Volksgezondheid 2.15.65, inv. nr. 2265, W.S. Wörchner, A. Somers, brief aan de Minister van Volksgezondheid over het verpleegsterstekort (17-06-1961) 4-5.

¹⁶² Ibidem.

¹⁶³ UA, AZU 1124, inv. nr. 613, Rapport inzake de studie: toekomstige huisvesting voor leerlingpersoneel Academisch Ziekenhuis Utrecht (11-07-1975) 3.

¹⁶⁴ UA, AZU 1124, inv. nr. 613, Rapport inzake de studie: toekomstige huisvesting voor leerlingpersoneel Academisch Ziekenhuis Utrecht (11-07-1975) 3; UA, AZU 1124, inv. nr. 613, P.J. de Lint en D.N. Chr. van Wijk, brief aan de Staatssecretaris van Onderwijs en Wetenschappen over de financiering van de huisvesting voor leerling personeel (29-06-1976) 2.

¹⁶⁵ UA, AZU 1124, inv. nr. 613, Rapport inzake de studie: toekomstige huisvesting voor leerlingpersoneel Academisch Ziekenhuis Utrecht (11-07-1975) 3.

¹⁶⁶ NA, Directoraat-Generaal Volksgezondheid 2.15.65, inv. nr. 2268, kort verslag van de bespreking in de sub-commissie van de werkgroep verpleegsterstekort (30-05-1962) 2.

verpleegsters de mogelijkheid geven om thuis te blijven wonen tijdens hun opleiding en zou gediplomeerde verpleegsters de mogelijkheid geven verder van hun werk te wonen. Op deze manier werd werken in zorginstellingen toegankelijker gemaakt.

3.6 Conclusie

In dit hoofdstuk zijn verschillende maatregelen besproken die de uitstroom van verpleegsters hebben verminderd en de efficiëntie van het werk hebben verbeterd. Uit de bronnen blijkt dat deze maatregelen aanvankelijk niet tot stand zijn gekomen met als doel de uitstroom van verpleegsters te verminderen. De bronnen over de opleiding, de vorming van nieuwe functies en beter vervoer tonen aan dat zorginstellingen en het Ministerie van Volksgezondheid de vermindering van de uitstroom meer beschouwden als bijzaak en de werving van nieuw personeel beschouwden als hoofdzaak. Dit is logisch, gezien het tekort al bestond en het niet mogelijk was dit tekort op te lossen door enkel het personeel te behouden. Daarnaast was de verbetering van de opleiding vooral een gevolg van de specialisatie, wat een kwaliteitsverbetering van de zorg en de opleiding vereiste. Hetzelfde gold voor de introductie van wegwerpmaterialen, die onder andere waren ontwikkeld voor aan hygiëne gerelateerde redenen. De bronnen laten echter ook zien dat veel van de bovengenoemde maatregelen zijn ontwikkeld aan de hand van klachten van de verpleegsters. Dit toont aan dat meer tevredenheid en het behoud van personeel ook een doel was van de zorginstellingen. Deze strategie was zeer effectief. De verbeteringen leidden ertoe dat de werkdruk op de verpleegsters werd verminderd, waardoor minder werknemers zich genoodzaakt voelden het beroep te verlaten. Dat deze strategie succesvol was is logisch, gezien het de medewerkers zelf zijn die weten waar gebreken zijn en wat hen hindert in hun werk. Daarnaast maakt de tevredenheid van medewerkers het beroep ook aantrekkelijker voor nieuwe werknemers.

Wat de bronnen uit dit hoofdstuk verder aantonen, is de belangrijke rol die efficiëntie speelt in dit verhaal. Personeel zo efficiënt mogelijk inzetten met behulp van nieuwe technologie en nieuwe ondersteunende functies, betekende dat verpleegsters meer patiënten konden verplegen dan voorheen. Hierdoor groeide de capaciteit van een ziekenhuis met hetzelfde verplegend personeel dat zij eerder al hadden. De introductie van deze nieuwe functies en technologieën zijn in eerdere onderzoeken beschreven als een gevolg van de professionalisering van de zorg.¹⁶⁷ Dit hoofdstuk levert een bijdrage aan deze literatuur omdat het een nieuwe verklaring voor deze nieuwe functies geeft, door ze te linken aan het beleid rondom het verpleegsterstekort.

Een belangrijke kanttekening bij dit hoofdstuk is dat niet zeker kan worden gesteld welke adviezen en initiatieven het meeste effect hadden op de efficiëntieverhoging en de vermindering van de uitstroom. De reden hiervoor is dat er niet genoeg metingen bestaan van de tevredenheid en efficiëntie van de verpleegsters voor en na de implementatie van nieuwe maatregelen. Daarnaast zijn veel van de onderzochte maatregelen in dezelfde periode ontwikkeld en is het niet

¹⁶⁷ Goelabdien, *Van roeping tot beroep*, 22.

duidelijk te zeggen welke verbetering meer of minder effect had op de vermindering van de uitstroom.

IV. Oplossingen: de Nederlandse vijver vergroten

In dit hoofdstuk wordt gekeken naar hoe in de jaren zestig en zeventig meer mensen uit de Nederlandse samenleving zijn geworven voor het verplegend beroep als oplossing voor het verpleegsterstekort. Dit levert een belangrijke bijdrage aan de huidige literatuur over het verpleegsterstekort, waar tot dusverre vooral aandacht is geschonken aan hoe er in het buitenland werd gezocht naar oplossingen.

4.1 Dienstplicht

In 1969 schreef dokter J.H. Baaij, de directeur van het Centraal Ziekenhuis in Alkmaar, een artikel in *De Vakbeweging* waarin hij stelde dat dienstplicht in de gezondheidszorg voor meisjes ‘onontkoombaar’ zou zijn. Hij verklaarde stellig dat, als dienstplicht in de zorg niet zou worden ingeschakeld, ‘de zaak in ziekenhuizen [dan] volledig vast[loopt].’¹⁶⁸ Het idee van Baaij was dat meisjes zouden werken in de ‘dienstverlenende sector [zoals] bejaardentehuizen, verpleegtehuizen, ziekenhuizen en misschien openbare nutsbedrijven.’¹⁶⁹ De dienstplichtige meisjes zouden werkzaamheden verrichten waar geen of weinig medische kennis voor nodig was.¹⁷⁰ Na een korte opleiding konden zij huishoudelijke taken vervullen of werkzaam zijn in de keukens of wasserij van een ziekenhuis.¹⁷¹ Patiënten verzorgen mochten zij niet doen.

Zijn hoop voor het instellen van dienstplicht voor meisjes was dat ze door hun tijd in de zorg ‘nog meer door het beroep van de geneeskunde zouden worden geboeid en dóór zouden willen studeren, zelfs al zouden zij trouwen.’¹⁷² Ook stelde hij voor mannelijke dienstplichtigen die waren vrijgesteld voor militaire dienstplicht in te zetten in de dienstverlening.¹⁷³ Het voorstel van Baaij veroorzaakte veel discussie binnen de gezondheidszorg over dienstplicht voor meisjes en of dit wel of niet een goed idee zou zijn. Hoewel er veel positieve reacties waren op dit idee, is het opvallend dat deze reacties allemaal ingaan op de voordelen voor de ontwikkeling van jonge meisjes en dat het wel zo eerlijk zou zijn tegenover jongens om dienstplicht in te voeren voor meisjes.¹⁷⁴ Echter, wanneer we de bronnen van het gezondheidszorgperspectief bekijken, komen steeds meer struikelblokken tevoorschijn. Allereerst waren meerdere mensen het erover eens dat

¹⁶⁸ Atria, NMV, inv. nr. 15, ‘Ziekenhuisdirecteur Dr. Baaij: Dienstplicht voor meisjes is onontkoombaar’, *De Vakbeweging* (12-09-1969).

¹⁶⁹ Ibidem.

¹⁷⁰ Atria, NMV, inv. nr. 15, Dienstplicht conceptrapport (1969) 1.

¹⁷¹ Atria, NMV, inv. nr. 15, ‘Ziekenhuisdirecteur Dr. Baaij: Dienstplicht voor meisjes is onontkoombaar’, *De Vakbeweging* (12-09-1969).

¹⁷² Atria, NMV, inv. nr. 2, Dr. M. Plooi, ‘Lezers aan het woord: Meisjes knappen het op’, *Hervormd Nederland* (oktober 1965).

¹⁷³ Atria, NMV, inv. nr. 15, ‘Ziekenhuisdirecteur Dr. Baaij: Dienstplicht voor meisjes is onontkoombaar’, *De Vakbeweging* (12-09-1969).

¹⁷⁴ H. Teutscher, ‘Zij net zo goed als de Jongens’, *Hervormd Nederland* (14-01-1961); T. de Boer, ‘Dienstplicht voor meisjes: Ik ben helemaal niet tegen’, *Hervormd Nederland* (zj).

werken in de zorg onder dwang een negatief effect zou hebben op zowel het ziekenhuis en de patiënt als op de dienstplichtige zelf. Werken onder dwang zou, volgens een Amsterdamse verpleegster, ‘de sfeer in de ziekenhuizen niet ten goede komen’.¹⁷⁵ Een andere verpleegster voegde daaraan toe dat de patiënten slachtoffer zouden worden van dienstplichtigen. ‘En zou de liefde voor deze vakken op deze wijze toenemen? Ik betwijfel het.’¹⁷⁶ Een even belangrijke reden om dienstplicht niet in te voeren was dat er te veel kosten bij kwamen kijken en het daadwerkelijke probleem er niet per se mee werd opgelost. Baaij constateerde immers dat er een gebrek was aan gekwalificeerd personeel, een probleem dat met het inhuren van dienstplichtige meisjes niet zou veranderen.¹⁷⁷

4.2 Gehuwde vrouwen

Toen in de jaren zestig werd nagedacht over de oplossing van het personeelstekort binnen de verpleging was er één voor de hand liggende oplossing die zorgde voor een dilemma, namelijk de inschakeling van de gehuwde vrouw als verpleegster. Deze oplossing zorgde voor een dilemma omdat ze in strijd stond met wat door velen werd beschouwd als de Nederlandse waarden. Het grootste bezwaar hiertegen was dat de onregelmatige werktijden van verpleegsters moeilijk te combineren waren met de eisen en taken van een getrouwde vrouw en moeder in het huishouden.¹⁷⁸ Volgens Hilda Verwey-Jonker, een sociologe en politica van de Sociaal-Democratische Arbeiderspartij (SDAP), leefden Nederlanders ook nog veelal in de waan van het vrouwenoverschot dat in de eerste helft van de twintigste eeuw ruim had bestaan, maar waar volgens Verwey-Jonker in de jaren zestig geen sprake meer van was. Verwey-Jonker constateerde dat veel beroepen, waaronder de verpleging, afhankelijk waren van ‘vrouwenarbeid’ en dat er zonder de inschakeling van de gehuwde vrouw een onontkoombare schaarste van personeel zou ontstaan binnen deze beroepen.¹⁷⁹ Zo duiden steeds meer mensen in de jaren zestig aan dat de inschakeling van de gehuwde vrouw onvermijdelijk werd. Een van deze mensen was de directeur van het Nationaal Ziekenhuis Instituut, dokter P.A. de Groot. In een interview met *Het Vaderland* zei hij het volgende:

Schakel de gehuwde vrouw in, zegt hij, “In Nederland heerst nog veelal de traditionele gezinsopvatting: vader doet het werk buitenshuis, moeder beperkt zich tot het

¹⁷⁵ Atria, NMV, inv. nr. 15, ‘Nationale vrouwenraad: Dienstplicht meisjes niet algemeen toegejuicht’, *Parool* (16-11-1961).

¹⁷⁶ Atria, NMV, inv. nr. 15, T. de Boer, ‘Daar verwacht ik niets van’, datum en krant onbekend.

¹⁷⁷ Atria, NMV, inv. nr. 15, ‘Ziekenhuisdirecteur Dr. Baaij: Dienstplicht voor meisjes is onontkoombaar’, *De Vakbeweging* (12-09-1969).

¹⁷⁸ NA, Directoraat-Generaal Volksgezondheid 2.15.65, inv. nr. 2267, rapport uitgebracht door de werkgroep verpleegsterstekort (13-06-1962) 22.

¹⁷⁹ ‘Vrouwentekort in bepaalde sectoren sociale leven: Aantrekken buitenlandse krachten mogelijk, aldus mevr. Verweij-Jonker’, *Gelders Dagblad* (25-04-1960) 8.

huishouden. Maar de gehuwde vrouw is niet te weren uit de maatschappij, waarom zou je haar dan wel uit het ziekenhuis weren”.¹⁸⁰

In 1962 concludeerde de werkgroep verpleegsterstekort ook dat het onvermijdelijk zou zijn om gehuwde verpleegsters in te schakelen in de gezondheidszorg. Deze goudmijn van vrouwelijke werknemers had immers de potentie het tekort op te lossen.¹⁸¹ Volgens de werkgroep waren er drie groepen gehuwde verpleegsters: de verpleegsters die na hun huwelijk in dienst bleven, vrouwen met jonge kinderen, en vrouwen met oudere kinderen. Voor de groep vrouwen met jonge kinderen zou volgens de werkgroep moeten worden overwogen ‘crèches voor jonge kinderen aan het ziekenhuis te verbinden’, om zo de ‘eisen van gezin en werkkring met elkaar in evenwicht te brengen’.¹⁸²

Het was vooral de laatste groep gehuwde vrouwen waar men hoge verwachtingen van had. Veel van deze vrouwen met oudere kinderen hadden voor hun huwelijk al de opleiding tot verpleegster gevolgd en waren na hun huwelijk gestopt met werken. Nu hun kinderen ouder waren en zij meer tijd vrij hadden, konden zij in het ziekenhuis aan het werk als verpleegsters mét ervaring.¹⁸³ Vanaf eind jaren zestig vond de ommekeer plaats en hadden steeds meer gehuwde vrouwen een parttime baan in de zorg. Zij werkten vooral in ondersteunende functies, zoals bejaardenhelpster.¹⁸⁴ Niet veel later werden ook gehuwde oud-verpleegsters aangenomen. Hoewel zij in verplegende functies waren aangenomen, werden ook zij in eerste instantie ingezet als ondersteunend personeel dat diende als toevoeging aan de gewone bezetting. Het voordeel hiervan was dat dit ervaren verpleegsters waren die eventueel de taken van een gediplomeerde verpleegster bij uitval of ziekte ook over konden nemen.¹⁸⁵ Het werd wel duidelijk dat door de snelle wetenschappelijke ontwikkeling, de vele veranderingen in de verpleegstersopleiding en de veranderende taken van de verpleegsters in de jaren zestig, veel van deze oud-verpleegsters een opfris- of bijscholingscursus nodig hadden. Sommige oud-verpleegsters waren vanwege hun gebrek aan moderne kennis huiverig om opnieuw als verpleegster aan het werk te gaan.¹⁸⁶ De opfriscursus bereidde de oud-verpleegsters daarom voor op alle nieuwe taken van de verpleegster en liet hen kennismaken met de vernieuwde apparatuur. De vrouwen volgden

¹⁸⁰ Atria, NMV, inv. nr. 15, ‘Carriere-planning voor verpleegsters’, *Het Vaderland* (29-11-1969) 4-5.

¹⁸¹ Atria, Documentatiemap Verplegend Personeel, ‘Oud-verpleegkundigen weer in schoolbanken’, *NRC Handelsblad* (11-05-1976).

¹⁸² NA, Directoraat-Generaal Volksgezondheid 2.15.65, inv. nr. 2267, rapport uitgebracht door de werkgroep verpleegsterstekort (13-06-1962) 22.

¹⁸³ Ibidem.

¹⁸⁴ NA, Centrale Raad 2.27.16, inv. nr. 564, P.C.J. van Loon, Boerhaave-cursus voordracht in het kader van “arts en verpleegkundige in het ziekenhuis” (14 en 15 november 1969) 9.

¹⁸⁵ Atria, NMV, inv. nr. 15, ‘Carriere-planning voor verpleegsters’, *Vaderland* (29-11-1969) 4-5.

¹⁸⁶ Atria, Documentatiemap Verplegend Personeel, ‘Tekort aan verpleegkundigen wordt duidelijk’, *Telegraaf* (16-11-1985).

gedurende twee en een halve maand, waarvan twee halve dagen per week, deze opfriscursus. Pas daarna mochten zij opnieuw aan de slag in het ziekenhuis.¹⁸⁷

Ze moeten worden voorbereid op veel meer en moeilijker technische behandelingen, op patiëntengroepen van zes per kamer in plaats van dertig per zaal, op nieuwe rapportagemethoden en op teambespreking. [...] Dweilen hoeft ze niet meer of minder dan vroeger.¹⁸⁸

De vrouwen kregen opnieuw les over de faciliteiten van een ziekenhuisafdeling en speciale chirurgische en interne zorg, maar ook over algemene medische onderwerpen zoals anatomie en fysiologie.¹⁸⁹ Daarnaast moesten de oud-verpleegsters leren bloedprikken, een taak die voorheen enkel aan de arts werd overgelaten, maar nu ook een van de taken van de verpleegster was geworden.¹⁹⁰

In 1977 ging in ziekenhuizen in Den Haag en Utrecht een proefproject met gehuwde oud-verpleegsters van start. In het Academisch Ziekenhuis te Utrecht poogden ze van de oud-verpleegsters een vaste pool te creëren van 'bijspringverpleegkundigen'¹⁹¹ die op parttime basis werkten en telefonisch opgeroepen konden worden.¹⁹² In een evaluatie gaven de oud-verpleegsters aan dat deze manier van parttime werken voor hen fijn was 'omdat zij bij ziekte van kinderen of gezinsvakantie een oproep niet behoeven te beantwoorden.'¹⁹³ Wel waarschuwde de projectcommissie dat de verpleegsters frequenter ingezet moesten worden en niet enkel bij noodsituaties, om zo meer regelmaat in werkgelegenheid te bieden.¹⁹⁴ In totaal hadden in Utrecht 54 vrouwen zich aangemeld voor de cursus in 1977 en zijn 42 vrouwen daarna als verpleegster gaan werken in het ziekenhuis.¹⁹⁵ Ook in Den Haag bleek de opfriscursus succesvol en in 1970 waren 80 vrouwen met een gemiddelde leeftijd van 42 na de opfriscursus als verpleegster aan het

¹⁸⁷ Atria, Documentatiemap Verplegend Personeel, 'Bijscholingscursus voor ex-verpleegsters', *Trouw* (09-07-1977) 3.

¹⁸⁸ Atria, Documentatiemap Verplegend Personeel, 'Oud-verpleegkundigen weer in schoolbanken', *NRC Handelsblad* (11-05-1976).

¹⁸⁹ UA, AZU 1124, inv. nr. 410, Commissie Bijscholing Verplegingsdienst, rapport over bijspringverpleegkundigen in het Academisch Ziekenhuis Utrecht (25-05-1977) Bijlage II.

¹⁹⁰ Atria, Documentatiemap Verplegend Personeel, 'Oud-verpleegkundigen weer in schoolbanken', *NRC Handelsblad* (11-05-1976).

¹⁹¹ UA, AZU 1124, inv. nr. 410, Commissie Bijscholing Verplegingsdienst, rapport over bijspringverpleegkundigen in het Academisch Ziekenhuis Utrecht (25-05-1977) 2.

¹⁹² Atria, NMV, inv. nr. 15, 'Carriere-planning voor verpleegsters', *Vaderland* (29-11-1969) 4-5.

¹⁹³ UA, AZU 1124, inv. nr. 410, Commissie Bijscholing Verplegingsdienst, rapport over bijspringverpleegkundigen in het Academisch Ziekenhuis Utrecht (25-05-1977) 4.

¹⁹⁴ Ibidem.

¹⁹⁵ Ibidem, 5.

werk gegaan met contracten vanaf twintig uur per week.¹⁹⁶ Na deze succesvolle experimenten werden in 1978 in Rotterdam en Amsterdam gelijksoortige opfriscursussen georganiseerd.¹⁹⁷ Deze bijspringverpleegsters waren een effectieve manier om het acute verpleegsterstekort aan te pakken. Omdat zij de basis al kenden, hoefden zij enkel een verkorte versie van de opleiding bij te wonen. Hun leeftijd en het feit dat de meeste vrouwen al kinderen hadden gehad, garandeerde ook een kleiner uitstroompercentage, omdat de grootste drijfveer achter het vertrek van de verpleegsters, namelijk het huwelijk, bij hen geen rol meer speelde. Dit maakte het inhuren van gehuwde oud-verpleegsters een van de meest effectieve kortetermijnoplossingen voor het verpleegsterstekort.

In de jaren zeventig werd het ook mogelijk voor vrouwen om te blijven werken nadat zij zwanger raakten. In 1973 hadden al een aantal vrouwen zelf gekozen om door te werken tijdens hun zwangerschap. Wanneer aan hen werd gevraagd waarom zij tijdens hun zwangerschap werkten, gaven zij aan dat dit met een ruimer schort om en met de steun van collega's goed realiseerbaar was.¹⁹⁸ Daaraan voegde een van de verpleegsters toe dat ze vond dat, nu de vrouwen de mogelijkheid hadden zelf te kiezen om wel of niet zwanger te worden, het logisch was om door te werken. 'Waarom zou je stoppen, je bent toch niet ziek.'¹⁹⁹

4.3 Broeders en verplegers: de man als verpleger

In de jaren zestig en zeventig was er geen sprake meer van een vrouwenoverschot, waardoor zorgmanagers genoodzaakt waren om naar een andere groep in de samenleving te kijken om de vacatures te vullen, namelijk mannen.²⁰⁰ Mannen waren niet volledig onbekend met het verplegend beroep, maar ze waren ook zeker niet in grote aantallen aanwezig. Zo waren in 1960 902 mannen in Nederland verpleger, een magere 3,4% van het totaal aantal verplegenden.²⁰¹ Pas halverwege de jaren zeventig groeide de aanwezigheid van mannen in de verpleging. Dit is te verklaren door de opvattingen over de rollen van mannen en vrouwen in de Nederlandse samenleving in die periode. In de jaren zestig waarschuwden overheidsmedewerkers dat er een 'attitudebeïnvloeding' plaats moest vinden voordat zorginstellingen begonnen met mannen voor de verpleging te werven. Het zou volgens hen eerst acceptabel moeten worden voor een man om

¹⁹⁶ Atria, Documentatiemap Verplegend Personeel, 'Verpleegkundigen krijgen bijscholing', *Het Vaderland* (07-03-1978); Atria, Documentatiemap Verplegend Personeel, 'Oud-Verpleegkundigen weer aan de slag', krant onbekend (16-02-1978).

¹⁹⁷ Atria, Documentatiemap Verplegend Personeel, 'Veel animo voor opfris-cursus verpleegkundigen', *Trouw* (24-02-1978).

¹⁹⁸ T. Detiger, 'Een vrouw in verwachting werkt door', *De Telegraaf* (14-03-1973) 17.

¹⁹⁹ Ibidem.

²⁰⁰ NA, Directoraat-Generaal Volksgezondheid 2.15.65, inv. nr. 2265, J. Meulblok, reactie van hoofdafdeling gezondheidszorg op een brief van de Federatie van Verenigingen, die de verpleging bevorderen (16-08-1966) 2.

²⁰¹ Atria, NMV, inv. nr. 16, Nederlands Katoeninstituut, Oriënterend onderzoek naar de verpleegsterskleding in Nederland (december 1963) 5.

werk te doen dat voorheen voornamelijk door vrouwen werd gedaan.²⁰² In de jaren zeventig vonden drie aan elkaar verbonden veranderingen plaats die de plotse toestroom van mannen in de verpleging konden verklaren. Deze veranderingen waren de technologische vernieuwing binnen de zorg, de specialisering en de professionalisering van het verpleegkundige beroep.²⁰³ De introductie van technologische vernieuwingen binnen de zorg was de eerste grote verandering die het beroep aantrekkelijker maakte voor mannen. Door de grotere aanwezigheid van het stereotyperend mannelijk technische element tegenover het nog altijd dominerende zorgende element, tevens een stereotyperend vrouwelijk element, werd het beroep toegankelijker en sociaal acceptabel voor mannen.²⁰⁴ Als gevolg van de technologische vernieuwingen in de zorg, kon het verplegend personeel tijdens en na hun opleiding tussen steeds meer specialisaties kiezen. Door deze specialisatie ontstond er ook meer professionalisering:

Samen met het gestegen aantal richtingen waarin een verpleegkundige zich kan specialiseren na het behalen van het diploma, zorgde deze opsplitsing in niveau voor een sterkere hiërarchisering in het beroep. Tevens gaf de toename van cure functies een statusverhoging (professionalisering).²⁰⁵

Een goede aanduiding voor de professionalisering van het verplegend beroep is de veranderende terminologie. Tot en met de jaren zestig werd er naar het verplegend personeel gerefereerd als verplegers of verpleegsters. Halverwege de jaren zeventig veranderde dit naar verpleegkundige. Uit deze nieuwe officiële term kan worden afgeleid dat het beroep niet langer werd beschouwd als een verzorgende bezigheid of roeping, maar een professioneel beroep met wetenschappelijke wortels.²⁰⁶ Door deze professionalisering verschoof het verplegend beroep van een beroep dat voornamelijk met vrouwen werd geassocieerd, naar een beroep dat ook openstond voor mannen.²⁰⁷ In 1972 was het aantal mannen in de verpleging dan ook gestegen naar 12% en in 1980 was 21% van alle verpleegkundigen man.²⁰⁸

De meerderheid van de verpleegsters heette de mannen welkom op de afdeling als verpleger. Sommige verpleegsters gaven zelfs aan dat de mannen het gespreksniveau in de

²⁰² NA, Centrale Raad 2.27.16, inv. nr. 564, werknota voor de vergadering van de commissie parttime hulpkrachten in inrichtingen van de centrale raad voor de volksgezondheid (28-10-1969) 9.

²⁰³ J. Mijs, 'Bedden genoeg, maar waar zijn de verpleegsters?', *Algemeen Handelsblad* (01-05-1970).

²⁰⁴ Ibidem.

²⁰⁵ Atria, Documentatiemap Verplegend Personeel, Vrouwen uit de verpleging? Leesmap met artikelen over vrouwen in de verpleging, 'Bureaucratisering in de gezondheidszorg' (1982) 6.

²⁰⁶ De betekenis van kunde zoals het in de van Dale staat: 'kennis in een vak van wetenschap; = bekwaamheid', van Dale, betekenis 'Kunde', <https://www.vandale.nl/gratis-woordenboek/Nederlands/betekenis/kunde#.Y5NCeS-iEgp> (geraadpleegd 30-01-2023).

²⁰⁷ Atria, Documentatiemap Verplegend Personeel, Vrouwen uit de verpleging? Leesmap met artikelen over vrouwen in de verpleging, 'Bureaucratisering in de gezondheidszorg' (1982) 6.

²⁰⁸ 'Steeds meer mannen in gezondheidszorg', *Nederlands Dagblad* (10-12-1984) 5.

koffiekamers verhoogden. Uit een onderzoek naar de samenwerking tussen mannen en vrouwen op de afdeling, blijkt dat een meerderheid van 70% van de vrouwen positief was over hun mannelijke collega's.²⁰⁹ In ditzelfde onderzoek gaven de geïnterviewden aan dat, hoewel de mannen en vrouwen zoveel mogelijk probeerden dezelfde taken te doen, sommigen ook van mening waren dat mannen vaker dan vrouwen taken als tilwerk en aansluiting van technische apparatuur op zich namen, en vrouwen vaker dan mannen taken als schoonmaken, uiterlijke verzorging van de patiënt en het verzorgen van bloemen op zich namen.²¹⁰

Desondanks beschouwden niet alle verpleegsters de toestroom van de man in de verpleging als een positieve ontwikkeling. Met de komst van de mannen verschenen bijvoorbeeld steeds meer krantenartikelen over hoe mannen de 'beste banen' in de verpleging zouden krijgen. Een verpleegster van een Rotterdams ziekenhuis schreef dat er een man van buitenaf werd aangesteld als afdelingshoofd '[z]onder dat daar intern een vacature voor geworden was. "Kennelijk liever een vreemde man van buiten, dan een vrouw uit eigen huis."' ²¹¹ Volgens de verpleegster was de man zelfs nog in opleiding, terwijl er meerdere gediplomeerde verpleegsters rondliepen met de ambitie om de positie van afdelingshoofd te vullen. Een ander artikel constateerde dat mannen in het begin van de jaren tachtig meer dan de helft van de hogere functies in de verpleging innamen.²¹²

4.4 Conclusie

Het beroep openstellen voor een groter publiek was wellicht een van de effectiefste maatregelen om het verpleegsterstekort op te lossen. Doordat het beroep toegankelijker werd voor gehuwd en mannelijk personeel, werd de vijver waarin werd gevist naar personeel meer dan verdubbeld. Dit betekende niet dat het personeelsbestand ook meteen verdubbelde, maar het was wel erg gegroeid, zoals te zien is in de cijfers van mannelijke verplegers. Dit laat zien dat de inschakeling van mannen en gehuwde vrouwen een essentiële maatregel was.

De bronnen uit dit hoofdstuk tonen aan dat een nieuwe maatschappelijke doelgroep werven voor het verplegend beroep een langetermijnmaatregel was die de tekorten niet per direct kon oplossen. Uit de bronnen blijkt ook dat vooral door de zorginstellingen zelf werd geïnvesteerd in de maatregelen. Hieruit kunnen we concluderen dat de zorginstellingen duurzame maatregelen belangrijk vonden. De maatregelen waren daarnaast gedeeltelijk het gevolg van maatschappelijke veranderingen, wat de minimale betrokkenheid van de overheid verklaart. Die werd zo gunstig beoordeeld door de nog traditionele Nederlandse samenleving.

²⁰⁹ Atria, Documentatiemap Verplegend Personeel, Vakgroep Arbeids- en Organisationspsychologie, *Mannen en vrouwen in de verpleging* (Universiteit van Amsterdam 29-04-1985) 1.

²¹⁰ Ibidem, 27.

²¹¹ Atria, Documentatiemap Verplegend Personeel, 'Mannen krijgen, ook in de verpleging, de beste banen: Vrouwen stoten niet door naar leidinggevende functies', *Opzij* (Juli / Augustus 1982).

²¹² Atria, Documentatiemap Verplegend Personeel, 'Meer mannen in verpleging', *NRC Handelsblad* (08-03-1984).

Hoewel het goed is om het beroep open te stellen voor meer mensen, heeft dit hoofdstuk ook laten zien dat zorgmedewerkers het erover eens zijn dat het verplegend beroep niet geschikt is voor verplicht werk in de vorm van dienstplicht. Dit geldt overigens wellicht voor de hele gezondheidszorg, waarin een bepaalde toewijding wordt verwacht die de werknemer motiveert om met zorg en aandacht het werk uit te voeren. Het verpleegstersberoep blijft immers nog altijd een roeping.

V. De internationale vijver vergroten: migrantverpleegsters

Er was in de jaren zestig en zeventig een te grote vraag naar verplegend personeel om te vullen met enkel Nederlands aanbod. Veel ziekenhuizen kozen er daarom voor buiten de Nederlandse grenzen te kijken.

5.1 Filipijnse verpleegsters

Nederland rekruteerde in de jaren zestig en zeventig buitenlandse arbeiders voor alle sectoren door middel van wervingsovereenkomsten. Dit waren overeenkomsten die door de Nederlandse overheid werden gesloten met een overheid van een ander land. In de overeenkomsten kon het land van herkomst opkomen voor de belangen van hun emigranten en stond vast hoeveel arbeidsmigranten werden voorzien van werk en een onderkomen gedurende hun tijd in Nederland.²¹³ Deze Nederlandse wervingspolitiek was opgesteld als een middel om de arbeidsmigratie te reguleren, al was het nog wel mogelijk voor bedrijven om hun eigen werknemers te kiezen.²¹⁴ Vanaf de jaren zestig groeide de arbeidsmigratie vanuit de Filipijnen naar Nederland sterk. Dit was uitzonderlijk, omdat Nederland geen wervingsovereenkomst met de Filipijnen had afgesloten.²¹⁵ De toenemende arbeidsmigratie vanuit de Filipijnen was voornamelijk te wijten aan het bezoek van de toenmalige kroonprinses Beatrix, waarbij de Filipijnse regering haar enthousiast maakte voor de werving van Filipijnse arbeiders. Als gevolg hiervan suggereerde de kroonprinses om ondanks het gebrek aan een wervingscontract toch Filipijnse migranten te werven.²¹⁶ De algemene arbeidsmigratie nam hierdoor toe, maar dit was niet de directe reden voor de werving van verpleegsters uit de Filipijnen. Een Filipijnse vrouw die in 1968 was geworven als verpleegster zei in een interview dat de zorginstellingen in Nederland vanuit eigen initiatief in de Filipijnen waren gaan werven, nadat zij daar vanuit Duitse zorginstellingen verhalen van hadden gehoord.²¹⁷

In het begin van de jaren zestig waren de eerste experimenten met verpleegsters uit de Filipijnen niet succesvol. Het Wilhelmina Gasthuis in Amsterdam had in 1962 geschoolde verpleegsters uit de Filipijnen geworven. Zij achtten echter de werkzaamheden, voornamelijk bestaand uit de verzorging van de patiënt en schoonmaaktaken, in het gasthuis onder hun kunnen en te min voor hun beroep als verpleegster.²¹⁸

Vanaf het einde van de jaren zestig werd er opnieuw geworven vanuit de Filipijnen. Deze verpleegsters kregen bij aankomst in Nederland een contract van een periode van drie jaar. In

²¹³ T. de Lange, Staat, markt en migrant. De regulering van arbeidsmigratie naar Nederland 1945-2006 (Proefschrift Rechtsgeleerdheid Radboud Universiteit Nijmegen 2007) 13 & 24.

²¹⁴ Ibidem, 95.

²¹⁵ Ibidem, 360.

²¹⁶ O. van den Muijzenberg, *Four centuries of Dutch-Philippine economic relations, 1600-2000* (Manila 2000) 18.

²¹⁷ Lange, Staat, markt en migrant, 379.

²¹⁸ Muijzenberg, *Four centuries*, 18.

deze periode kregen ze les over de Nederlandse gezondheidszorg en taal. De gediplomeerde Filipijnen kregen op de werkvloer ongeveer dezelfde status als die van de Nederlandse leerling-verpleegsters. Na deze periode konden de zorginstelling en de verpleegster ervoor kiezen dit contract te verlengen of te laten aflopen. In Amsterdam was het Onze Lieve Vrouwen Gasthuis (OLVG-Amsterdam) vanaf 1967 begonnen met Filipijnse vrouwen te werven. In 1972 werd gerapporteerd welke verpleegsters die van 1967 tot 1970 waren geworven wel of niet waren gebleven en wat de ervaringen met en van de verpleegsters waren.²¹⁹ Van de 123 Filipijnse verpleegsters, hadden 38 vrouwen besloten na de eerste drie jaar te vertrekken. De redenen voor vertrek zijn niet altijd bekend en verschilden per verpleegster. Van de eerste groep verpleegsters, aangenomen in augustus 1967, hadden zes vrouwen besloten na de eerste drie jaar terug te gaan naar de Filipijnen; drie vrouwen besloten na vijf jaar terug te keren. Uit dezelfde groep hadden twee vrouwen besloten na drie jaar naar Amerika te vertrekken, hadden drie vrouwen ervoor gekozen na drie jaar naar Canada te migreren en vertrokken vier vrouwen na vijf jaar naar Canada.²²⁰ Wat opvalt is dat de vrouwen die na hun driejarige dienstverband naar een ander land emigreerden, eigenlijk altijd naar Canada of Amerika vertrokken. Daarnaast was het aantal vrouwen dat besloot verder te emigreren groot. Dit suggereert dat sommige Filipijnse verpleegsters Nederland zagen als een tussenbestemming. Dat niet Nederland maar Canada als eindbestemming werd beschouwd, had waarschijnlijk te maken met de taalbarrière. Engels is immers een van de officiële talen in zowel de Filipijnen als Canada. Na hun driejarig contract te voltooien hadden de verpleegsters de keuze om hun Nederlandse talenkennis te verbeteren en in Nederland te blijven werken, of om met de ervaring die ze in Nederland hadden opgedaan te solliciteren voor functies in Engelstalige landen. Of de voorkeur uitging naar de aanpassing aan weer een nieuw land of de Nederlandse taal beter te leren kennen, was afhankelijk van de verpleegster.

Van de vrouwen die terug naar de Filipijnen vertrokken, zaten er ook vrouwen bij die teruggingen om daar te trouwen.²²¹ Waar en wanneer zij hun partner hadden ontmoet is onduidelijk. Dat het aantal vrouwen dat in verband met huwelijk of zwangerschap vertrok in de minderheid was, had een duidelijke reden. Om de Filipijnse verpleegsters te werven hadden de zorginstellingen toestemming nodig van het Ministerie van Sociale Zaken en Volksgezondheid. Het Ministerie gaf deze toestemming onder acht voorwaarden. Deze voorwaarden hadden betrekking tot de arbeidsovereenkomst en aansprakelijkheid van de zorginstelling, maar ook stelden ze de eis dat 'de betrokken vrouwelijke arbeidskrachten ongehuwd, dan wel gescheiden

²¹⁹ NA, Inventaris van het archief van het Ministerie van Justitie: Beleidsarchief Immigratie- en Naturalisatiedienst (IND), 1956-1985 (2.09.5027) [hierna afgekort als: IND 2.09.5027], inv. nr. 1034, C.W.J. van Alphen, 'Overzicht 1e Groep Philippijnse verpleegkrachten', 16-10-1972; NA, IND 2.09.5027, inv. nr. 1034, overzicht van 1e, 2e, 3e en 4e groep Filipijnse verpleegsters, 28-08-1972, 1-4.

²²⁰ NA, IND 2.09.5027, inv. nr. 1034, C.W.J. van Alphen, 'Overzicht 1e Groep Philippijnse verpleegkrachten', 16-10-1972 redenen voor bijtekenen of verlaten van Filipijnen, 2-3.

²²¹ NA, IND 2.09.5027, inv. nr. 1034, opmerkingen over Filipijnse verpleegsters (21-03-1972) 4-5.

zonder kinderen [moesten] zijn en tot de leeftijdsgroep van 18 t/m 45 jaar behoren.’²²² Dit had als gevolg dat van de vrouwen die wél trouwden tijdens of vlak na hun dienstverband in het OLVG-Amsterdam, allen, op één vrouw na, trouwden met een Nederlandse man.²²³

Tabel 1: Contractafspraken van Filipijnse verpleegsters in het OLVG-Amsterdam per augustus 1972²²⁴

Groepen	Minimaal 5 jaar in dienstverband	Na ±3 jaar vertrek	Na ±3 jaar in opleiding en in dienst	Gehuwd in Nederland (binnen ±3 jaar)	Onduidelijk	Totaal
1. Augustus 1967	15	16	2	6	-	39
2. December 1969	16	11	-	2	-	29
3. Juni 1970	18	6	6	-	3	33
4. September 1970	14	5	1	1	1	22
Totaal	63	38	9	9	4	123

Van de 123 Filipijnse verpleegsters bleven er 63 minimaal vijf jaar in dienst bij het OLVG-Amsterdam. Na vijf jaar dienstverband stopt de documentatie, waardoor niet duidelijk is of deze verpleegsters na vijf jaar nog zijn gebleven of terug naar huis zijn gegaan. De reacties van het OLVG-Amsterdam op de Filipijnse verpleegsters waren over het algemeen positief. In het verslag van 1972 werd in korte zinnen per verpleegster samengevat wat de reden voor vertrek of verlenging van contract was. Daaruit bleken de opmerkingen ‘doet ’t goed’ en ‘is erg goed’ het functioneren van de meeste verpleegsters samen te vatten.²²⁵ Daarnaast werden een aantal vrouwen als ‘ijverig’, ‘nauwkeurig’, of ‘rustig’ omschreven en waren de werkgevers over het algemeen positief over de verpleegsters.²²⁶ Enkele voorbeelden van het positieve commentaar zijn: ‘Heeft ’t best naar haar zin en wij met haar. Is humoristisch en verstaat Nederlandse humor’; ‘mag eigenlijk van thuis niet bijtekenen maar doet ’t toch maar. Is erg goed en punctueel op de intensive care afdeling.’; ‘Heeft zo haar eigen mening over ons Nederlanders. Critisch ingesteld, ik

²²² NA, IND 2.09.5027, inv. nr. 1034, brief van directeur-generaal voor arbeidsvoorziening van Ministerie van Volksgezondheid aan directeur van Gewestelijk Arbeidsbureau te Zutphen over Filipijnse O.K.-verpleegsters (27-12-1971) 1.

²²³ NA, IND 2.09.5027, inv. nr. 1034, opmerkingen over Filipijnse verpleegsters (21-03-1972) 4-5.

²²⁴ NA, IND 2.09.5027, inv. nr. 1034, overzicht van 1e, 2e, 3e en 4e groep Filipijnse verpleegsters (28-08-1972) 1-4.

²²⁵ NA, IND 2.09.5027, inv. nr. 1034, opmerkingen over Filipijnse verpleegsters (21-03-1972) 4, 12-13.

²²⁶ Ibidem, 12-13.

mag dat wel. Werkt punctueel, is lief voor de patiënten, verder wat gesloten' en 'is erg goed, wordt om gevochten.'²²⁷

De meerderheid van de minder positieve reacties had te maken met de houding of het functioneren van sommige verpleegsters. Van één vrouw werd bijvoorbeeld aangegeven dat ze zich te makkelijk liet beïnvloeden en een andere vrouw was volgens de werkgever te trots, waardoor ze 'geen opmerking [kan] verdragen'.²²⁸ Verder werd er maar bij enkele vrouwen een opmerking gemaakt over hun beheersing van de Nederlandse taal. Over één vrouw werd bijvoorbeeld gezegd dat ze goed werkte, maar dat haar 'woordenkeus nog beperkt [is]', wat moeilijkheden gaf bij telefonisch contact. Een andere vrouw kreeg het commentaar: 'Heeft 't verstaan van het Nederlands wel te pakken maar spreken en schrijven kan beter. Dit geldt in feite overigens voor de hele groep.'²²⁹ Deze laatste opmerking maakt duidelijk dat ondanks dat maar bij twee vrouwen een expliciete opmerking werd gemaakt over haar Nederlandse taalbeheersing, het de andere vrouwen niet vlekkeloos afging. Het ontbreken van opmerkingen over taalproblemen bij buitenlandse werknemers is verklaarbaar doordat de Nederlandse taal niet wijdverspreid is en werkgevers er waarschijnlijk rekening mee hielden dat buitenlandse werknemers gedurende de eerste drie jaar moeite hadden met de taal.

Het OLVG-Amsterdam besloot de werving van Filipijnse verpleegsters voort te zetten na het 'gunstige resultaat' dat de eerste groep Filipijnse verpleegsters in 1967 naar eigen zeggen had opgeleverd.²³⁰ Begin jaren zeventig volgden andere zorginstellingen het voorbeeld van het OLVG-Amsterdam met het aannemen van Filipijnse verpleegsters om hun tekorten te vullen. De Rooms-Katholieke Mariastichting te Haarlem besloot in 1971 25 Filipijnse verpleegsters te werven, nadat zij hun ziekenhuis met tachtig bedden hadden besloten uit te breiden.²³¹ In hetzelfde jaar besloten de Lutherse Diaconessen Inrichting en het Juliana Ziekenhuis in Amsterdam gezamenlijk 25 verpleegsters aan te nemen nadat bekend werd dat 25 van hun verpleegsters zouden vertrekken.²³²

5.2 Indonesische verpleegsters

Eind jaren zestig wierf Nederland ook Indonesische verpleegsters. Zij werkten hoofdzakelijk in psychiatrische instellingen zoals het psychiatrisch ziekenhuis Sancta Maria in Noordwijk. Het was binnen deze specialiteit nog moeilijker dan bij andere specialisaties en zorginstellingen om de

²²⁷ Ibidem.

²²⁸ Ibidem, 12.

²²⁹ Ibidem, 13.

²³⁰ NA, IND 2.09.5027, inv. nr. 1034, brief van directeur generaal voor arbeidsvoorziening van het Onze Lieve Vrouwe Gasthuis Amsterdam aan de Minister van justitie (02-10-1969) 1.

²³¹ NA, IND 2.09.5027, inv. nr. 1034, J.S. Snellen van Vollenhoven, brief van r.k. ziekenhuis Mariastichting aan het Ministerie van Justitie over het aannemen van buitenlandse verpleegsters (25-01-1971).

²³² NA, IND 2.09.5027, inv. nr. 1034, E. Boxma, brief van Lutherse Diaconessen inrichting Amsterdam aan het Ministerie van Justitie over het aannemen van buitenlandse verpleegsters (29-04-1971).

vacatures op te vullen met Nederlands personeel.²³³ Daarom had het ziekenhuis in Noordwijk in 1967 dertien Chinees-Indonesische leerling-verpleegsters aangenomen. Uiteindelijk heeft de meerderheid van deze verpleegsters de opleiding niet afgerond en zijn een aantal van hen in de administratieve sector gaan werken. Een werknemer van het Ministerie van Volksgezondheid omschreef de situatie als een mislukt experiment: 'Het belang voor Nederland, dat met de komst van deze leerling-verpleegsters was gediend, werd derhalve tenietgedaan en het tekort was er weer.'²³⁴

In 1968 besloot stichting Samivoz²³⁵ toch veertig verpleegsters uit Indonesië te werven om de gaten binnen de psychiatrische zorg te vullen.²³⁶ Hoewel het Indonesische verpleegstersdiploma volgens het Ministerie van Volksgezondheid niet gelijkstond aan het Nederlandse diploma en ze dus alleen als leerling-verpleegsters mochten werken, hadden de Indonesische verpleegsters wel het voordeel dat zij de Nederlandse taal al beheersten.²³⁷ Hoeveel van deze verpleegsters uiteindelijk de opleiding hebben afgemaakt en werkzaam zijn gebleven bij stichting Samivoz is helaas niet bekend. Wel werd in een correspondentie uit 1971 tussen het Ministerie van Justitie en het Wilhelmina Ziekenhuis in Nijmegen geschreven dat de 'opgedane ervaringen' met de Indonesische leerling-verpleegsters 'in het algemeen gunstig [kunnen] worden geacht'.²³⁸ Er is verder geen ander experiment met Indonesische verpleegsters in deze periode bekend. Dit suggereert dat dit statement zeer waarschijnlijk refereert naar het Nijmeegse experiment.

5.3 Joegoslavische verpleegsters

In 1966 nam een Joegoslavische arts contact op met het Wilhelmina Gasthuis in Amsterdam, waar hij gedurende zijn opleiding stage had gelopen. Hij verzocht een samenwerking tussen het Wilhelmina Gasthuis en een opleidingsschool voor verpleegsters in Joegoslavië, waarbij de afgestuurde verpleegsters de mogelijkheid kregen 'een stage van ongeveer een half jaar te lopen op de afdeling Anesthesiologie'.²³⁹ De geneesheer-directeur van het Wilhelmina Gasthuis schreef:

²³³ NA, IND 2.09.5027, inv. nr. 1251, J. Moor, verzoek vanuit Samivoz om toelating van 40 Indonesische verpleegsters (27-08-1969) 1.

²³⁴ Ibidem, 2.

²³⁵ Samivoz staat voor samenwerkende internaten voor zwakzinnigen.

²³⁶ NA, IND 2.09.5027, inv. nr. 1251, J. Moor, verzoek vanuit Samivoz om toelating van 40 Indonesische verpleegsters (27-08-1969) 2; NA, IND 2.09.5027, inv. nr. 1251, brief aan de Minister van justitie over tewerkstelling leerling-verplegenden van Indonesische nationaliteit bij stichting samivoz(17-01-1969).

²³⁷ NA, IND 2.09.5027, inv. nr. 1251, brief aan de Minister van justitie over tewerkstelling leerling-verplegenden van Indonesische nationaliteit bij stichting samivoz (17-01-1969); NA, IND 2.09.5027, inv. nr. 1251, A.C.J.A. Nollen, brief van stichting samivoz aan het Ministerie van Justitie (20-11-1968).

²³⁸ NA, IND 2.09.5027, inv. nr. 1517, brief van hoofdafdeling vreemdelingenzaken van justitie over Keniase verpleegsters in de Diakonessen inrichting Wilhelmina Ziekenhuis Nijmegen (08-06-1971).

²³⁹ NA, IND 2.09.5027, inv. nr. 1176, M. v.d. Valk, brief van het Academisch Ziekenhuis Amsterdam aan de directeur van het gewestelijk Arbeidsbureau over het aannemen van Joegoslavische verpleegsters (16-11-1966).

Aangezien het Wilhelmina Gasthuis nog steeds te kampen heeft met een tekort aan gediplomeerde verplegenden, is het onderhavige voorstel dezerzijds met enthousiasme ontvangen.²⁴⁰

In 1967 begonnen de eerste tien Joegoslavische verpleegsters aan hun stages van zes maanden. Ondanks dat niet bekend is hoe deze werving verder is afgelopen, is er wel nog correspondentie gevonden uit 1970 over de komst van elf verpleegsters voor zes maanden en correspondentie uit 1969 over de goedkeuring van de werving van acht extra Joegoslavische verpleegsters ter opvulling van de tekorten.²⁴¹ In 1970 sloot Nederland met Joegoslavië een wervingsovereenkomst af. Dit werd deels gemotiveerd door het overschot van vrouwelijke arbeidskracht in Joegoslavië. Van 1970 tot 1975 heeft Nederland ongeveer 4000 Joegoslavische vrouwen geworven, waarvan 9%, dus ongeveer 360 vrouwen, in de verpleging gingen werken.²⁴² De Joegoslavische arbeidsters gingen dus meer in andere sectoren werken dan in de gezondheidszorg. Daarnaast duidt het bronmateriaal vooral aan dat de Joegoslavische verpleegsters enkel voor stages van zes maanden naar Nederland kwamen. Dit maakt het twijfelachtig of de stage van de Joegoslavische verpleegsters voornamelijk voordelig was voor de Nederlandse gezondheidszorg of juist meer voor de verpleegsters zelf.

5.4 Keniaanse en Zuid-Afrikaanse verpleegsters

In 1971 schreef de directeur-generaal voor arbeidsvoorziening van het Ministerie van Sociale Zaken en Volksgezondheid een brief aan de Minister van Justitie over de eventuele toelating van Keniaanse verpleegsters. Het Wilhelmina Ziekenhuis in Nijmegen had vanuit Kenia het verzoek ontvangen een aantal Keniaanse verpleegsters toe te laten tot de verpleegstersopleiding bij het desbetreffende ziekenhuis.²⁴³ In de brief was het plan als volgt opgesteld:

De meisjes zouden eerst een cursus Nederlands volgen en daarna de verpleegsters opleiding. Na behalen van het diploma zullen zij terugkeren naar eigen land. Met de gehele opleiding zal ongeveer 5 jaar gemoeid zijn.²⁴⁴

²⁴⁰ Ibidem.

²⁴¹ NA, IND 2.09.5027, inv. nr. 1176, brief van de directeur-generaal voor de arbeidsvoorziening over vervanging Joegoslavische verpleegsters in het Academisch Ziekenhuis Amsterdam (04-12-1969).

²⁴² M. Chotkowski, 'Baby's kunnen we niet huisvesten, moeder en kind willen we niet scheiden. De rekrutering door Nederland van vrouwelijke arbeidskrachten uit Joegoslavië, 1966- 1979', *Tijdschrift voor Sociale Geschiedenis* 26:1 (2000) 76-100, aldaar 8-9.

²⁴³ NA, IND 2.09.5027, inv. nr. 1517, P.M. Felix, brief van de directeur-generaal voor de arbeidsvoorziening aan de hoofdafdeling vreemdelingenzaken en grensbewaking (27-04-1971).

²⁴⁴ Ibidem.

De brief bevat aantekeningen die vermoedelijk zijn gemaakt door de zender of ontvanger. Deze aantekeningen suggereren dat deze persoon knelpunten zag in dit idee. Van bovenstaande tekst is de zin dat de meisjes naar huis vertrekken na het behalen van het diploma onderstreept. Ook staat er boven aan het document met de hand bijgeschreven 'ik vind 5 jaar wel erg lang' en 'de vraag is of ze terug gaan.'²⁴⁵ Het jaartal waarin dit rapport is geschreven, namelijk 1971, verklaart deze aantekeningen. In de jaren zestig was het verpleegsterstekort het grootst en in de loop der jaren nam het aantal leerling-verpleegsters na verbeteringen in de opleiding steeds meer toe. In de jaren zeventig was het aantal gediplomeerde verpleegsters om deze reden zeer waarschijnlijk kleiner dan de alsmaar groeiende toestroom van leerling-verpleegsters. Dit blijkt ook uit andere documenten waarin staat aangegeven dat er een specifieke vraag is naar gediplomeerde verpleegsters.²⁴⁶ Het was voor Nederlandse zorginstellingen dus ongunstig om vijf jaar te investeren in de opleiding van Keniaanse verpleegsters, die vervolgens niet in deze zorginstellingen zouden werken. Nederland had waarschijnlijk al genoeg leerling-verpleegsters, terwijl er wel een acuut tekort aan gediplomeerde verpleegsters was. In de correspondentie over deze kwestie maakte de Minister van Justitie bezwaar tegen de toelating. De Minister legde uit dat, hoewel er al positieve ervaring was opgedaan met verpleegsters uit Indonesië, het geen goed idee zou zijn om 'in Nederlandse ziekenhuizen en andere verpleeginrichtingen een mêlé van nationaliteiten samen te brengen'.²⁴⁷ Hierbij verwees hij naar een kwestie over Zuid-Koreaanse verpleegsters, die hij eerder met de correspondentent zou hebben besproken.²⁴⁸ Verder werd niets geschreven over de aantekeningen in de brief.

Eind jaren zeventig nam het Academisch Ziekenhuis in Utrecht initiatief in de actieve werving van ervaren verpleegsters uit Zuid-Afrika. Een Afrikaanse krant schreef dat twee artsen uit Johannesburg vertelden dat een kleine groep ervaren verpleegsters mee was gegaan naar Utrecht met het idee daar tijdelijk te blijven, maar dat zij na een korte periode weer naar huis waren gegaan.²⁴⁹ Het is verder onduidelijk of deze wervingsacties succesvol waren.

5.5 Engelse verpleegsters

In 1975 plaatste het Academisch Ziekenhuis in Utrecht een advertentie in de Engelse krant *The Times*, waarin zij verpleegsters opriepen om voor minimaal een halfjaar op de afdeling neurologie

²⁴⁵ NA, IND 2.09.5027, inv. nr. 1517, P.M. Felix, brief van de directeur-generaal voor de arbeidsvoorziening aan de hoofdafdeling vreemdelingenzaken en grensbewaking (27-04-1971).

²⁴⁶ NA, IND 2.09.5027, inv. nr. 1176, M. v.d. Valk, brief van het Academisch Ziekenhuis Amsterdam aan de directeur van het gewestelijk Arbeidsbureau over het aannemen van Joegoslavische verpleegsters (16-11-1966).

²⁴⁷ NA, IND 2.09.5027, inv. nr. 1517, brief van hoofdafdeling vreemdelingenzaken van justitie over Keniaanse verpleegsters in de Diakonessen inrichting Wilhelmina Ziekenhuis Nijmegen (08-06-1971).

²⁴⁸ Ibidem.

²⁴⁹ NA, Inventaris van het archief van de Directie voor de Emigratie van het Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, (1933) 1945 - 1994 (2.15.68) [hierna afgekort als Directie voor de Emigratie 2.15.68], inv. nr. 2655, D. Van Graan, 'Dokters met Leë hande terug', *Beeld* (11-04-1978).

te komen werken.²⁵⁰ De Engelse verpleegsters die via deze weg waren aangenomen, kregen eerst een maand een introductieperiode, waarin de verpleegsters onder andere 'hospital Dutch' en de

Wervingsadvertentie voor ervaren verpleegsters in Zuid-Afrikaanse krant


<p>Academic Hospital Utrecht</p> <p>The Cardiac and Vascular Surgery Clinic of this hospital is looking for:</p> <p>1. Intensive care nurses for post-operative care of cardiac and vascular patients. Experience in this field or in a coronary care unit is required.</p> <p>2. Theatre staff for cardiac surgery. Theatre experience and a theatre sister's certificate are required.</p> <p>We offer: Salary of Dfl. 1742.- (R 625) to Dfl. 2543.- (R 910) gross per month depending on qualifications and experience; • Good vacation and health insurance benefits; • A contract of 12 to 18 months (this may be extended); • Payment of part or whole of your travel costs depending on length of contract.</p> <p>The clinic is under the leadership of a South African surgeon and anaesthetist.</p> <p>If you are interested, write (in English) to: Hoofd, Afdeling Personeelszaken, Academisch Ziekenhuis Utrecht, Catharijnesingel 101, UTRECHT, The Netherlands.</p>  <p>Academisch Ziekenhuis Utrecht</p>	<p>Akademiese Hospitaal Utrecht</p> <p>In die kliniek vir hart- en vasculêre chirurgie ontstaan vakatures sodra daar in Augustus met hartchirurgie 'n begin gemaak word.</p> <p>1. Intensiewe bewakingseenheid Die taak van die verpleegkundiges is die verpleging van pasiënte wie opehart operasies ondergaan het. Ervaring van verpleging van of kroonslagaaer pasiënte of opehart pasiënte is 'n vereiste.</p> <p>2. Opgeleide operasiekamer verpleegkundiges Ervaring met hartchirurgie is aan te bevele maar slegs 'n sertifikaat van opleiding as teater verpleegkundige is 'n vereiste.</p> <p>Die vakatures sluit in: • Afhangende van opleiding en ervaring is die salaris Dfl. 1742.- (R 625) tot Dfl. 2543.- (R 910) per maand bruto; • Vakansie en gesondheidsversekering voordele; • Die kontrak is bindend vir 12-18 maande maar mag verleng word. • Afhanklik van die duur van die kontrak word 'n gedeelte of selfs die hele reis onkoste vergoed.</p> <p>Die hartchirurgie in die kliniek staan onder leiding van 'n chirurg en narkotiseur uit Suid-Afrika.</p> <p>As u belangstel skryf (Afrikaans/Engels/Nederlands) aan: Het hoofd van de Afdeling personeelszaken, Academisch Ziekenhuis Utrecht, Catharijnesingel 101, UTRECHT, Nederland</p>
--	---

Foto 2, Wervingsadvertentie Zuid-Afrika, NA, Directie voor de Emigratie 2.15.68, inv. nr. 2655, 13-03-1978.

organisatie van de Nederlandse gezondheidszorg leerden kennen. Hierna konden zij op de afdeling werken. Ondanks dat verder weinig informatie bekend is over deze wervingsactie, was het academisch ziekenhuis zeer positief over de Engelse verpleegsters en werden zij omschreven als 'van hoge kwaliteit'.²⁵¹

5.6 Kanttekening en conclusie

Buitenlandse verpleegsters aannemen was voor ziekenhuizen als het OLVG-Amsterdam een goede oplossing om het verpleegsterstekort op te vangen. Desalniettemin was het geen

²⁵⁰ Atria, Documentatiemap Verplegend Personeel, 'Ziekenhuis Utrecht werft verpleegsters in Engeland', *Het Vrije Volk* (06-09-1975).

²⁵¹ UA, AZU 1124, inv. nr. 410, brief van het bestuur van het Academisch Ziekenhuis Utrecht over de Engelse Verpleegsters in dienst (24-05-1976).

goedkope operatie. In het contract dat alle buitenlandse verpleegsters moesten ondertekenen, stond dat hun werkgever verantwoordelijk was voor hun vervoerskosten. Wanneer ze tijdens hun vakantie terug reisden naar hun land van herkomst om familie te zien, was dat dus ook op kosten van de werkgever.²⁵² Daarnaast waren kosten voor een talencursus, evenals de kosten van onderkomen tijdens hun verblijf in Nederland eveneens de verantwoordelijkheid van de werkgever.²⁵³ Dit stond ook aangegeven in de voorwaarden die zorginstellingen door het Ministerie van Volksgezondheid toegestuurd kregen voordat zij toestemming kregen om verpleegsters uit het buitenland te werven. Hierin werd ook vermeld dat de werkgever verantwoordelijk was voor eventuele medische kosten van de buitenlandse verpleegsters tijdens hun dienstverband bij de Nederlandse zorginstelling in kwestie.²⁵⁴ Het is onduidelijk wat de concrete financiële gevolgen waren van de werving van buitenlandse verpleegsters. De bronnen tonen wel duidelijk aan dat het de Nederlandse zorginstelling was die financieel verantwoordelijk droeg voor de buitenlandse werknemers en dat deze financiële verantwoordelijkheid zeker niet van kleine omvang was.

De werving van buitenlandse verpleegster was over het algemeen gunstig voor de Nederlandse zorginstellingen. De gevolgen van deze wervingsacties hadden echter niet altijd hetzelfde gunstige effect op de landen waarin werd geworven. Een goed voorbeeld hiervan zijn de Filipijnen. In de jaren zestig en zeventig waren de Filipijnen wereldwijd de grootste leverancier van migrantverpleegsters.²⁵⁵ Een Filipijns onderzoek stelde dat in het begin van de jaren zeventig 13.500 verpleegsters waren geëmigreerd vanuit de Filipijnen. Dit vertegenwoordigde ongeveer 88% van de werkende verpleegsters in de Filipijnen.²⁵⁶ Een mogelijk gevolg van deze verpleegstermigratie was dus dat er een tekort aan opgeleid zorgpersoneel ontstond.²⁵⁷ In dat geval is er sprake van een *brain-drain*.²⁵⁸ Dat dit is ontstaan als gevolg van de wervingsacties zou echter een onjuiste conclusie zijn. De emigratie van Filipijnse verpleegsters was immers een geïnstitutionaliseerd systeem waar de Filipijnse overheid zelf veel in investeerde. Het voorstel van prinses Beatrix na haar staatsbezoek om Filipijnse verpleegsters te werven, was waarschijnlijk het resultaat van suggesties van de Filipijnse overheid. Dat de verpleegstersemigratie geïnstitutionaliseerd is, is ook terug te zien in dat de Filipijnen tot op de dag van vandaag nog de grootste leverancier zijn van verpleegkundigen.

²⁵² NA, IND 2.09.5027, inv. nr. 1034, 'Contract of Employment' (1972) 2.

²⁵³ Ibidem, 3.

²⁵⁴ NA, IND 2.09.5027, inv. nr. 1176, brief van de Minister van Justitie over zuidslavische werkneemsters voor de Ichus-kliniek (25-06-1968).

²⁵⁵ Ball, 'Divergent development', 122.

²⁵⁶ A. Mejía, H. Pizurki en E. Royston, World Health Organization, *Physician and Nurse Migration: Analysis and Policy Implications: Report of a WHO Study*. World Health Organization (Genève 1979) 370.

²⁵⁷ Tungohan, 'Global care chains', 230.

²⁵⁸ Zie pagina 8 van deze scriptie voor verdere informatie over de *brain-drain*.

De bronnen van dit hoofdstuk tonen aan dat de Nederlandse overheid zeer betrokken was bij het werven van migrantverpleegsters. Dit is onder andere te verklaren doordat het een internationale maatregel was, waarbij betrokkenheid van de overheid vereist was. Uit de gegevens in de bronnen kunnen we ook opmaken dat zorginstellingen met acute tekorten, zoals psychiatrische inrichtingen, initiatief namen met de werving van buitenlandse verpleegsters. Deze zorginstellingen gaven prioriteit aan deze maatregel om op korte termijn het gat in de vacatures op te vullen, aangezien het werven en inhuren van buitenlandse verpleegsters een snelle en doeltreffende oplossing was voor het verpleegsterstekort. Uit de bronnen blijkt ook dat het dienstverband van buitenlandse verpleegsters in vrijwel alle gevallen tijdelijk was. Hoewel het wel doeltreffend was, was het niet op de lange termijn effectief. Deze investering in de werving van buitenlandse verpleegsters bevestigt ook hoe acuut en bijna hopeloos de situatie in sommige zorginstellingen was.

De meeste buitenlandse verpleegsters waren gediplomeerd en hadden ervaring. Het enige gebrek was over het algemeen de taal. Daarom is het opvallend dat er niet meer bronmateriaal is gevonden voor de werving van Indonesische of Surinaamse verpleegsters. Dat de werving van Surinaamse verpleegsters er wel was, blijkt uit het onderzoek van Annemarie Cottaar²⁵⁹, maar daar is verder geen duidelijk bewijs voor gevonden. Het is ook onduidelijk waarom sommige zorginstellingen de voorkeur gaven aan bijvoorbeeld Engelse of Filipijnse verpleegsters boven Surinaamse en Indonesische verpleegsters. Vanuit de overheid is een mogelijke verklaring dat de Nederlandse overheid wilde voorkomen dat gediplomeerde verpleegsters uit voormalige koloniën werven een neokolonialistisch beeld oproep.

²⁵⁹ Zie pagina 6 van deze scriptie voor verdere informatie over dit onderzoek.

Conclusie

De jaren zestig en zeventig waren turbulente jaren in de gezondheidszorg. Door ontwikkelingen als verbeterende technologie en specialisatie ontstond er een grotere vraag naar verpleegsters. In deze scriptie is onderzocht hoe verschillende instanties hebben geprobeerd het verpleegsterstekort op te lossen en waarom bepaalde oplossingen prioriteit kregen boven andere oplossingen. Uit het onderzoek blijkt dat de betrokken actoren door zowel korte- als langetermijnmaatregelen toe te passen, gericht op de vergroting van de instroom en efficiëntie en de vermindering van de uitstroom van verpleegsters, het verpleegsterstekort sterk hebben weten te verminderen. Het onderzoek toont tevens aan dat de prioritering van bepaalde maatregelen boven andere vooral werd bepaald door de beschikbare middelen en belangen van de betrokken actoren.

Dit onderzoek heeft een aantal bevindingen opgeleverd, wat leidt tot de volgende conclusies. Allereerst is tijdens het schrijven van het onderzoek een derde categorie maatregelen ontdekt, naast de vermindering van de uitstroom en de vergroting van de instroom, namelijk het efficiënter inzetten van het bestaande personeel. Uit de bronnen blijkt dat dit een belangrijke categorie was, omdat zorginstellingen hierdoor met hetzelfde aantal verpleegsters meer bedden konden draaien.

De tweede bevinding is dat een combinatie van instroom-vergrotenende en uitstroom-verminderende langetermijnmaatregelen de effectiefste oplossingen waren voor het verpleegsterstekort. Dit betreft voornamelijk de verbeteringen binnen de opleiding en de toelating en werving van mannen en gehuwde vrouwen binnen het verplegend beroep. Elk van deze maatregelen is in het begin van de jaren zestig in gang gezet en is tot in de late jaren zeventig doorontwikkeld. Dit is echter niet de enige reden dat dit langetermijnmaatregelen genoemd kunnen worden. Deze maatregelen hebben de instroom van verpleegsters permanent vergroot en de uitstroom verkleint. De verbetering van de opleiding in combinatie met het behoud van getrouwd personeel zorgde er ook voor dat de investering van zorginstellingen in de opleiding en inwerking van verpleegsters beter werd gereciprocereerd door langer werkende vrouwen. Zoals uit het onderzoek is gebleken, leverden deze langtermijnmaatregelen ook de grootste cijfers op, zoals het percentage mannelijke verplegers dat binnen twintig jaar groeide van 3,4% naar 21%. Dit was niet enkel het gevolg van de maatregelen, maar van de veranderende genderrollen, die in de onderzochte periode meer ruimte boden om mannen te werven voor een stereotypisch vrouwenberoep.

Desondanks werd er door de actoren, waaronder de zorginstellingen en het Ministerie van Volksgezondheid, voornamelijk geïnvesteerd in instroom-vergrotenende kortetermijnmaatregelen. Dit is dan ook de derde bevinding. Deze kortetermijnmaatregelen waren de inschakeling van vrijwilligsters en de werving van buitenlandse verpleegsters. Uit de bronnen is gebleken dat de meeste zorginstellingen besloten in het buitenland te werven nadat zij te horen kregen dat een groot aantal medewerkers zou vertrekken. Door de bovengenoemde kortetermijnmaatregelen in te schakelen, hadden de zorginstellingen meer tijd om te investeren in langdurige oplossingen voor het probleem, zoals Nederlandse verpleegsters opleiden. Uit het onderzoek blijkt dat deze korte-

termijnmaatregelen dus nuttig waren, omdat ze snel en tijdelijk konden worden ingezet om acute tekorten op te lossen. Deze sterke nadruk op de kortetermijnmaatregelen is te verklaren door de aard van de gezondheidszorg. Zoals in het tweede hoofdstuk duidelijk werd, bestaat er binnen de gezondheidszorg niet de optie om minder patiënten op te nemen bij een verpleegsterstekort. Een vermindering in aanbod betekent niet een vermindering in vraag. Om geen ernstige situaties te creëren, vereist de gezondheidszorg bij een acuut verpleegsterstekort een acute oplossing. Dit verklaart waarom de kortetermijnmaatregelen prioriteit kregen.

Uit dit onderzoek is ook gebleken dat bepaalde maatregelen nadelige effecten hadden. Een voorbeeld hiervan was een gevolg van het toelaten van meer mannen in een vrouwenberoep. Hierdoor bekleedden meer mannen de hogere posities, wat het carrièrepad van vrouwelijke verpleegsters negatief beïnvloedde. De werving van buitenlandse verpleegsters had ook nadelen, waaronder de gevolgen die de werving had op het land van herkomst. Dit is met name belangrijk omdat het een beroepssector betreft waarin ethiek een grote rol speelt. Het wekt de vraag op of het ethisch verantwoord is om het verpleegsterstekort op te lossen door verpleegsters uit het buitenland te werven.

De hypothese die bij dit onderzoek is gesteld, is dat het samenspel van actoren en factoren een bijdrage levert aan het begrijpen en verklaren van de veranderingen in het beleid rondom het verpleegsterstekort in de jaren zestig en zeventig. Uit het onderzoek is gebleken dat de prioriteiten en middelen van de actoren van invloed waren op hun beslissingen. De prioriteit van zorginstellingen was enerzijds om een duurzame en rendabele oplossing te vinden voor de tekorten en anderzijds om de acute tekorten zo snel mogelijk op te lossen. Dit verklaart hun investering in lange- en kortetermijnmaatregelen. De politieke actoren moesten met de opstelling van hun maatregelen rekening houden met de publieke opinie en de Tweede Kamer. Dit verklaart hun terughoudendheid bij maatregelen die betrekking hadden op maatschappelijke vraagstukken zoals het werven van mannen en gehuwde vrouwen. Dit laat ook zien hoe de factoren zoals veranderende genderrollen van wisselende invloed waren op de betrokkenheid en de beslissingen van de actoren. De hypothese is hierdoor bevestigd.

Er is geen bewijs gevonden dat het verpleegsterstekort in de jaren zestig en zeventig is opgelost. Het onderzoek toont op basis van mediaraapportage en documentatie van andere actoren, waaronder het Ministerie van Volksgezondheid, echter wel aan dat het verpleegsterstekort begint te verdwijnen na de jaren zeventig. Op basis van dit onderzoek kan derhalve geconcludeerd worden dat lange- en kortetermijnmaatregelen door zorginstellingen en de overheid, gesteund door maatschappelijke veranderingen, hebben geleid tot een vermindering van het verpleegsterstekort in de jaren zestig en zeventig door een vergroting van de instroom en beperking van de uitstroom van verpleegsters.

Dit onderzoek biedt inzicht in de reactie in de jaren zestig en zeventig op het verpleegsterstekort. Doordat een groter tijdvak is onderzocht, is het mogelijk de balans tussen lange- en kortetermijnoplossingen zichtbaar te maken. In combinatie met de interdisciplinaire benadering van het onderwerp heeft dit geresulteerd in een onderzoek dat een unieke bijdrage levert aan de historische literatuur en het actuele debat over het verpleegsterstekort. Voor verder onderzoek is het interessant om te bestuderen waarom mannen en vrouwen door de jaren heen

voor het verplegend beroep hebben gekozen en waarom ze dit beroep eventueel hebben verlaten. De bevindingen uit dit onderzoek zijn nog steeds relevant voor de huidige gezondheidszorg en bieden inzicht in de manier waarop ook in de toekomst het tekort aan verpleegkundigen kan worden opgelost.

Primaire Bronnen

Nationaal Archief Den Haag

Nationaal Archief Den Haag (NA), Inventaris van het archief van het Directoraat-Generaal Volksgezondheid van het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur en haar taakvoorgangers, (1913) 1946-1982 (1989).

Nationaal Archief Den Haag (NA), Inventaris van het archief van de Centrale Raad van de Volksgezondheid, (1955) 1958-1982 (1983).

Nationaal Archief Den Haag (NA), Inventaris van het archief van het Ministerie van Justitie: Beleidsarchief Immigratie- en Naturalisatiedienst (IND), 1956-1985.

Nationaal Archief Den Haag (NA), Inventaris van het archief van de Directie voor de Emigratie van het Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, (1933) 1945 - 1994.

Het Utrecht's Archief

Het Utrecht's Archief (UA), Gemeentebestuur van Utrecht 1813-1969, deel 3: stukken over afzonderlijke onderwerpen met classificatienummers.

Het Utrecht's Archief (UA), Toegang 1124 Academisch Ziekenhuis Utrecht, bestuur.

Atria Kennisinstituut voor Emancipatie en Vrouwengeschiedenis

Atria Kennisinstituut voor Emancipatie en Vrouwengeschiedenis (Atria), Documentatiemap Verplegend Personeel.

Atria Kennisinstituut voor Emancipatie en Vrouwengeschiedenis (Atria), Archief Nederlandse Maatschappij voor Verpleegkunde (NMV) 1904, 1919-1990.

Stadsarchief Amsterdam

Stadsarchief Amsterdam (SA), Inventaris van het Archief van de Vrije Universiteit; College van Directeuren.

Kamerstukken

Kamerstuk Eerste Kamer, 26ste Vergadering Deel III zitting 1962-1963, 12-03-1963, 3229-3230.

Kranten

Algemeen Dagblad, 29-05-1973.
Algemeen Dagblad, 06-10-1969.
Algemeen Handelsblad, 01-05-1970.
Beeld, 11-04-1978.
De Tijd: Dagblad voor Nederland, 15-11-1969.
De Tijd: Dagblad voor Nederland, 17-09-1966.
De Vakbeweging, 12-09-1969.
De Waarheid, 29-09-1967.
Gelders Dagblad, 25-04-1960.
Haagsche Courant, 15-02-1975.
Hervormd Nederland, 14-01-1961.
Leeuwarder Courant, 16-02-1980.
Leeuwarder Courant, 01-08-1978.
Leidsch Dagblad, 16-02-1978.
Limburgs Dagblad, 05-08-1978.
Nederlands Dagblad, 10-12-1984.
Nieuwe Winterswijkse Courant, 31-07-1963.
NRC Handelsblad, 11-05-1976.
Opzij, juli / augustus 1982.
Parool, 06-09-1975.
Parool 20-09-1986.
Telegraaf, De, 14-03-1973.
Telegraaf, De, 16-11-1985.
Trouw, 06-03-1963.
Trouw, 09-07-1977.
Trouw, 24-02-1978.
Vaderland, Het, 07-03-1978.
Vaderland, Het, 29-11-1969.
de Volkskrant, 07-02-1963.
de Volkskrant, 06-02-1985.
Vrije Volk, Het, 03-11-1981.
Vrije Volk, Het, 06-09-1975.

Bibliografie

Ali, L. *West Indian nurses and the National Health Service in Britain, 1950-1968* (ongepubliceerde scriptie, University of New York 2001).

Amelina, A. en Lutz, H., 'Care An intersectional analysis of transnational care work and transnational families' in: Idem, *Gender and Migration Transnational and Intersectional Prospects* (New York 2018) 59-83.

Ball, R.E., 'Divergent development, racialised rights: globalised labour markets and the trade of nurses—The case of the Philippines', *Women's Studies International Forum* 27 (2004) 119–133.

Boersma, F., *De patiënt heeft altijd gelijk: Honderd jaar Geneeskundige Vereniging tot Bevordering van het Ziekenhuiswezen* (Den Haag 2000).

Bosch, S. van den, Giesen, M., *Aan het werk voor een betere arbeidsmarkt in de zorg! Rapport over het terugbrengen van de tekorten aan verpleegkundigen en verzorgenden* (zp 2017).

Carieta, T. en Lightman, N., "'Island Girls": Caribbean Women Care Workers in Canada', *Canadian Ethnic Studies* 54 (2022) 29–58.

Castles, S., 'The Factors that Make and Unmake Migration Policies', *The International Migration Review* 38 (2004) 852–884.

Chotkowski, M., 'Baby's kunnen we niet huisvesten, moeder en kind willen we niet scheiden. De rekrutering door Nederland van vrouwelijke arbeidskrachten uit Joegoslavië, 1966- 1979', *Tijdschrift voor Sociale Geschiedenis* 26:1 (2000) 76-100.

Cottaar, A., *Zusters uit Suriname : naoorlogse belevenissen in de Nederlandse verpleging* (Amsterdam 2003).

Dingwall, R., Rafferty, A.M. en Webster, C., *An Introduction to the Social History of Nursing* (London 1988).

Dysart, T. en Wright, D., 'Come By Chance: Newfoundland and Global Medical Migration, 1950-1976', *Journal of imperial and Commonwealth History* 49 (2021) 994–1020.

Flynn, K., 'Race, the State and Caribbean Immigrant Nurses, 1950-1962' in: G. Feldberg e.a. eds., *Women, Health and Nation: Canada and the United States since 1945* (Quebec 2003) 247-263.

Gaalen, R. van, e.a., 'Perspectief op veranderende levenslopen: leven, leren en werken naar geboortegeneratie', *Centraal Bureau voor de Statistiek* (zp 2013).

Goelabdien, R., *Van roeping tot beroep: Verpleging en verzorging in historisch perspectief* (Utrecht 1995).

Gooijer, W.J. de, *Ziekenhuismanagement als afstemmings- en structureringsprobleem: Historie en Perspectief* (rede in Erasmus Universiteit Rotterdam, 15 april 1988).

Haas, H. de, 'Paradoxes of migration and development' in: T. Bastia en R. Skeldon eds., *Routledge Handbook of Migration and Development* (London 2019) 17-32.

Jann, W. en Wegrich, K., 'Theories of the Policy Cycle' in: F. Fischer ed., *Handbook of Public Policy Analysis: Theory, Politics, and Method* (Abingdon 2006) 43-62.

Jeon, M., 'Why and how did "voluntary" mass immigration of South Korean nurses and miners to West Germany occur in the 1960s and 1970s?', *Asian Journal of Political Science* 29 (2021) 301-315.

Khaliq, A.A., Broyles, R.W. en Mwachofi, A.K., 'Global Nurse Migration: Its Impact on Developing Countries and Prospects for the Future', *World Health & Population* 10:3 (2008) 55-73.

Knotter, A., 'Geen makke schapen', *Tijdschrift voor Sociale en Economische Geschiedenis* 18:2 (2021) 73-108.

Kooij, C.H. van der, '1890-1990: De vermaatschappelijking van de zorg', in A. van de Pasch e.a. eds., *Honderd jaar verplegen: Een bijsluiter over gisteren met een opening naar morgen* (Lochem 1990) 13-66.

Lange, T. de, Staat, markt en migrant. De regulering van arbeidsmigratie naar Nederland 1945-2006 (Proefschrift Rechtsgeleerdheid Radboud Universiteit Nijmegen 2007).

Lazaridis, G., 'Les Infirmières Exclusives and Migrant Quasi-Nurses in Greece', *The European Journal of Women's Studies* 14 (2007) 227-245.

Lieburg, M.J. van, *Vijf eeuwen geneeskunde en gezondheidszorg in Rotterdam 1465-1965. De voorgeschiedenis van het Erasmus MC* (zp 2019).

Likupe, G., 'Experiences of African nurses and the perception of their managers in the NHS', *Journal of Nursing Management* 23 (2015) 231-241.

Lopes, M.A., Almeida, A.S. en Almada-Lobo, B., 'Handling healthcare workforce planning with care: where do we stand?', *Human Resources for Health* 13 (2015) 1-19.

Lucassen, L., 'Staatsvorming, democratisering en sociale zorg: sociaal-politieke ontwikkelingen' in: K. Davids en M. 't Hart eds., *De wereld en Nederland: Een sociale en economische geschiedenis van de laatste duizend jaar* (Amsterdam 2011) 231-276.

Makkink, H.K., *Drijvende en sturende krachten achter de ontwikkeling van consumentenartefacten: Structurering en modelvorming aan de hand van de ontwikkeling van elektrische huishoudelijke apparaten* (doctoraalscriptie, TU Delft 2003).

Mejía, A, Pizurki H., Royston, E., World Health Organization, *Physician and Nurse Migration: Analysis and Policy Implications: Report of a WHO Study*. World Health Organization (WHO Genève 1979).

Misau, Y.A., Al-Sadat, N. en Gerei, A.B., 'Brain-drain and Health Care Delivery in Developing Countries', *Journal of Public Health in Africa* 1:1 (2010).

Muijzenberg, O. van den, *Four centuries of Dutch-Philippine economic relations, 1600-2000* (Manila 2000).

Nadasen, P., 'Rethinking Care: Arlie Hochschild and the Global Care Chain', *Women's Studies Quarterly* 45:3 (2017) 124-128.

Pasch, A. van de, e.a. eds., *Honderd jaar verplegen: Een bijsluiter over gisteren met een opening naar morgen* (Lochem 1990).

Peeters, J., et al., *Ziekteverzuim van verpleegkundig en verzorgend personeel in verpleeg- en verzorgingshuizen: een inventarisatie van oorzaken en beïnvloedende factoren* (Utrecht 2008).

Pott-Buter, H.A., *Facts and Fairy Tales about Female Labor, Family and Fertility: A Seven-Country Comparison, 1850-1990* (Amsterdam 1993).

Quamruzzaman, A., 'Exploring the Impact of Medical Brain Drain on Child Health in 188 Countries over 2000-2015', *Societies* 10:4 (2020) 73.

Raadschelders, J., Larrison, J. en Thapar, A., 'Refugee Migration as a Wicked Problem: American Controlling, Palliative, and Governance Policies in Global Context', *World Affairs* 182 (2019) 228–255.

Righart, H., *De wereldwijde jaren zestig: Groot-Brittannië, Nederland, de Verenigde Staten* (Utrecht 2004).

Risse, G., *Mending Bodies, Saving Souls: A History of Hospitals* (New York 1999).

Rittel, H. en Webber, M., 'Dilemmas in einer allgemeinen Theorie der Planung' in: M. Webber, *Thinking Design* (Berlijn, Boston 2013) 20–38.

Roosblad, J., Vissen in een vreemde vijver: het werven van verpleegkundigen en verzorgenden in het buitenland. Ervaringen met en toekomstverwachtingen over arbeidsmigratie in de zorgsector, (werkdokument, Universiteit van Amsterdam 2005).

Ryan, L., 'Migrant Women, Social Networks and Motherhood: The Experiences of Irish Nurses in Britain', *Sociology* 41:2 (2007) 295–312.

Samwel, J.O., 'Human Resource Planning as an Important Practice to Anticipate Future Human Resource Requirements of the Organization — Literature review', *International Journal of Research in Business Studies and Management* 5:3 (2018) 24-30.

Serour, G. I., 'Healthcare Workers and the Brain Drain', *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 106 (2009) 175-178.

Stegge, C. aan de, e.a., *Handen uit de mouwen: 150 jaar verpleegkundig uniform in Nederland* (Amersfoort 2014).

Stuurman, S., 'Terugblik op een Ancien Régime: Nederland in de twintigste eeuw' in: C. van Eijl en L. Heerma van Voss eds., *Sociaal Nederland: contouren van de twintigste eeuw* (Amsterdam 2001) 201-216.

Touwen, J., 'Expansie, stagnatie en globalisering: economische ontwikkelingen' in: K. Davids en M. 't Hart eds., *De wereld en Nederland: een sociale en economische geschiedenis van de laatste duizend jaar* (Amsterdam 2011) 185-230.

Tungohan, E., 'Global care chains and the spectral histories of care migration', *International Journal of Care and Caring* 3:2 (2019) 229–245.

Veer, A. de, Ouden, D. den en Francke, A., 'Experiences of Foreign European Nurses in The Netherlands', *Health Policy* 68 (2004) 55–61.

Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN), *Personeelstekorten in de zorg: oplossingen van de werkvloer* (zp 2017).

Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid, *De verzorgingsstaat herwogen: over verzorgen, verzekeren, verheffen en verbinden*, (Den Haag, Amsterdam 2006).

Wojczewski, S., e.a., 'African Female Physicians and Nurses in the Global Care Chain: Qualitative Explorations from Five Destination Countries', *PLoS One* 10:6 (2015).

Zanden, J.L. van, 'Geleide loonpolitiek en de internationale concurrentiepositie van Nederland, 1948-1962', *Maandschrift Economie* 52 (1988) 464–477.

Internet Bronnen

van Dale, betekenis 'Kunde', <https://www.vandale.nl/gratis-woordenboek/Nederlands/betekenis/kunde#.Y5NCeS-iEgp> (geraadpleegd 30-01-2023).

Delpher, <https://www.delpher.nl/nl/kranten/ngram?query=verpleegsterstekort+OR+verpleegkundigetekort&coll=ddd> (geraadpleegd 28-12-22).

Flynn, K., "'I'm Not Your Typical Nurse": Caribbean Nurses in Britain and Canada', *The UKAHN Bulletin* 9:1 (2021), <https://bulletin.ukahn.org/im-not-your-typical-nurse-caribbean-nurses-in-britain-and-canada/> (geraadpleegd 25 December 2022).

Lavell, H., *Gelijke beloning van vrouwen en mannen... en ambtenaren? (1974/1975)* https://www.ru.nl/cpg/onderzoek/lopend-onderzoek/columns/gelijke-beloning-vrouwen-mannen-ambtenaren-1974/#_ftn3 (geraadpleegd 23-06-2022).

Traag, T., Opleiding en werk: twee generaties vrouwen vergeleken: In het Onderwijs, Centraal Bureau voor Statistiek <https://www.cbs.nl/nl-nl/longread/statistische-trends/2020/opleiding-en-werk-twee-generaties-vrouwen-vergeleken/2-in-het-onderwijs> (geraadpleegd 20-11-2022).

Vries, P. de, De tweede feministische golf, Atria <https://atria.nl/nieuws-publicaties/feminisme/feminisme-20e-eeuw/de-tweede-feministische-golf/> (geraadpleegd 23-06-2022).

Wiegman, N., De Verpleegstersschool van de Vrije Universiteit: een gedurfd initiatief (1961), Geheugen van de VU, <https://www.geheugenvandevu.nl/blog/de-verpleegstersschool-van-de-vrije-universiteit-een-gedurfd-initiatief-1961> (geraadpleegd 30-01-2023).