

Lessen voor arbeidsmigratie in de Nederlandse zorg: een interview- en literatuurstudie

Lisa Isbouts
Marianne de Visser
Godfried Engbersen
Roel Jennissen
Arthur van Riel
Gijsbert Werner

WRR

De serie 'Working Papers' omvat studies die in het kader van de werkzaamheden van de WRR tot stand zijn gekomen. De verantwoordelijkheid voor de inhoud en de ingenomen standpunten berust bij de auteurs. Een overzicht van alle Working Papers is te vinden op www.wrr.nl.

Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid

Buitenhof 34
Postbus 20004
2500 EA Den Haag
070-356 46 00
info@wrr.nl
wrr.nl

Vormgeving: OSAGE
Working Paper nummer: 58
E-ISBN: 978-90-832908-8-1

© Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid, Den Haag 2024.

De inhoud van deze publicatie mag (gedeeltelijk) worden gebruikt en overgenomen voor niet-commerciële doeleinden. De inhoud mag daarbij niet veranderen. Citaten moeten altijd aangegeven zijn.

Lessen voor arbeidsmigratie in de Nederlandse zorg: een interview- en literatuurstudie

Lisa Isbouts
Marianne de Visser
Godfried Engbersen
Roel Jennissen
Arthur van Riel
Gijsbert Werner

WRR

Inhoudsopgave

	Ten geleide	5
1	Introductie en aanpak	6
2	Determinanten van succesvolle arbeidsmigratie	8
2.1	Culturele sensitiviteit en uitsluiting	8
2.2	Werkdruk	10
2.3	Huisvesting	11
2.4	Regelgeving	12
2.5	Andere aangedragen inzichten	14
3	Ethische overwegingen rondom arbeidsmigratie in de zorg	17
3.1	Lokaal niveau	17
3.2	Mondiaal niveau	18
4	Conclusies en denkrichtingen voor beleid	22
	Literatuur	26
	Lijst van Gesproken personen	29
	Bijlage	30

Ten geleide

Het WRR Working Paper *Lessen voor arbeidsmigratie in de Nederlandse zorg: een interview- en literatuurstudie* is geschreven door Lisa Isbouts, Marianne de Visser, Godfried Engbersen, Roel Jennissen, Arthur van Riel en Gijsbert Werner (projectcoördinator). Ernst Hirsch Ballin heeft advies en inzichten met hen gedeeld, waarvoor de auteurs zeer erkentelijk zijn.

Aan de hand van een literatuuranalyse en interviews trekken de auteurs lessen voor een effectieve wijze om personeel uit het buitenland in te zetten in de Nederlandse zorg. Ook bespreken zij lokale en mondiale ethische overwegingen die samenhangen met arbeidsmigratie in de zorg.

Het onderzoek is uitgevoerd in de periode van augustus 2022 tot oktober 2023. Inzichten uit het onderzoek zijn besproken tijdens de discussiebijeenkomst Migratie als oplossing voor tekorten op de arbeidsmarkt? die de WRR en het UWV organiseerden op 6 juni 2023.

De serie ‘Working Papers’ omvat studies die in het kader van de werkzaamheden van de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (WRR) tot stand zijn gekomen. De verantwoordelijkheid voor de inhoud berust bij de auteurs.

Prof. mr. J.E.J. (Corien) Prins Brom
Voorzitter WRR

Prof. dr. F.W.A. (Frans)
Secretaris WRR

1 Introductie en aanpak

De vraag naar personeel in de zorg neemt toe, en zal dit ook in de toekomst blijven doen doordat de zorgvraag steeds groter wordt.¹ Om tegemoet te komen aan de stijgende vraag naar zorgpersoneel, is een aantal opties voorhanden, waaronder het verhogen van de (zij)instroom van personeel, het verlagen van de uitstroom van personeel en het aantrekken van personeel uit het buitenland (arbeidsmigratie).² Omdat al deze opties tezamen niet voldoende zijn om aan de volledige vraag naar zorgpersoneel te voldoen, is het zaak deze allemaal zo optimaal mogelijk in te zetten. Dit Working Paper gaat over overwegingen die in ogenschouw genomen moeten worden bij de inzet van arbeidsmigranten in de Nederlandse zorg.

In het verleden zijn er diverse initiatieven geweest om arbeidsmigranten in te zetten om de personele knelpunten in de zorg tegen te gaan. Ook recentelijk worden hiervoor in toenemende mate initiatieven ontplooid.^{3,4,5,6} In dit Working Paper pleiten we niet voor óf tegen een grotere inzet van personeel uit het buitenland in de Nederlandse zorg, maar trekken we enkele lessen uit de ervaring met de eerdere initiatieven. Zou er in de toekomst immers voor gekozen worden om personeelsproblemen in de zorg ten dele aan te pakken door personeel van buiten Nederland in te zetten, dan is het belangrijk om van die eerdere initiatieven te leren.

Met dit Working Paper willen we eraan bijdragen dat een eventuele inzet van arbeidsmigratie in de zorg zo goed en effectief mogelijk verloopt. Welke knelpunten hebben zich de afgelopen jaren bijvoorbeeld voorgedaan bij de inzet van arbeidsmigranten in de Nederlandse zorg? Waar mogelijk doen we suggesties om die knelpunten aan te pakken. Daarnaast bespreken we een aantal ethische overwegingen rondom arbeidsmigratie op lokaal en globaal niveau. In dit Working Paper bieden we echter geen volledig overzicht van alle voors en tegens van deze arbeidsmigranten in de zorg. Bij de uiteindelijke politieke en maatschappelijke weging zijn meer overwegingen relevant. Denk bijvoorbeeld aan de economische en maatschappelijke langetermijneffecten van arbeidsmigratie⁷ of aan de beschikbaarheid van huisvesting.

1 WRR 2021.
2 WRR 2021.
3 Van Elst 2022.
4 Van Elst 2023.
5 Zuil 2021.
6 NOS 2022.
7 CPB 2024.

Dit Working Paper is een vervolgstudie op het in 2021 verschenen rapport *Kiezen voor houdbare zorg. Mensen, middelen en maatschappelijk draagvlak* van de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (WRR). Daarnaast putten we uit inzichten uit het eerdere WRR-rapport *Samenleven in Verscheidenheid. Beleid voor de migratiesamenleving*.⁸ In het rapport over de houdbaarheid van de zorg wees de raad op de toenemende druk op de personele houdbaarheid in de Nederlandse zorg. Daardoor zou rond het midden van deze eeuw één op de drie werkenden mogelijk in de zorg moeten werken om in de Nederlandse zorgvraag te kunnen voorzien. Zonder te claimen dat de inzet van zorgpersoneel uit het buitenland het vraagstuk van personele houdbaarheid (volledig) kan oplossen, opperde de WRR in dat rapport om een bredere politieke discussie te voeren over arbeidsmigratie in onze zorg. Om dat productief te kunnen doen, is het nuttig om terug te kijken naar wat te leren valt van eerdere pogingen.

Dit Working Paper is gebaseerd op inzichten uit literatuuronderzoek en op een reeks gesprekken die we hebben gevoerd met mensen die betrokken waren bij arbeidsmigratie in de Nederlandse zorg, zoals arbeidsmigranten, verpleegkundigen, belangenorganisaties, bestuurders en HR-professionals van zorginstellingen en recruiteringsbureaus. In de bijlagen staan een lijst met gesprekspartners en een lijst met de interviewvragen die we bij de gevoerde gesprekken als richtlijn hebben gebruikt. Alle gesprekspartners waren de afgelopen tien jaar betrokken bij huidige of recente initiatieven om arbeidsmigranten in te zetten in de Nederlandse zorg. Het gaat daarbij om verschillende deelgebieden binnen die zorg, zoals de ouderenzorg, ziekenhuizen en thuiszorg. In totaal hebben we voor deze studie met elf personen gesproken.

2 Determinanten van succesvolle arbeidsmigratie

In dit hoofdstuk behandelen we de belangrijkste factoren die in het verleden het succes van arbeidsmigratie in de zorg in Nederland hebben bepaald, of het gebrek daaraan. Dat doen we op basis van de interviews die we voor deze studie hebben verricht, en het literatuuronderzoek. De factoren die we hebben geïdentificeerd, zijn: cultuursensitiviteit, werkdruk, huisvesting, regelgeving en een restcategorie van ‘overige inzichten’ van de geïnterviewden. Deze komen hier achtereenvolgens aan de orde.

2.1 Culturele sensitiviteit en uitsluiting

In alle interviews noemen de gesprekspartners het thema ‘cultuur en integratie’ als een belangrijke factor voor de succesvolle inzet van arbeidsmigranten in de zorg, of voor het uitblijven van dat succes. Deze factor speelt zowel bij de arbeidsmigranten als bij het bestaande personeel een rol. Bij eerdere initiatieven om arbeidsmigranten in te zetten, zijn culturele factoren – naast taalvaardigheid – een groot struikelblok gebleken waardoor de arbeidsmigranten soms uiteindelijk niet naar Nederland kwamen of voortijdig zijn teruggekeerd.

Het struikelblok komt daarbij van twee kanten. Enerzijds werd onderschat wat de impact is van een andere cultuur op de gebruiken van de arbeidsmigrant, op diens omgang met de omgeving en op de integratie in de samenleving. Dat betekent dat arbeidsmigranten het vaak moeilijk vinden zich aan te passen aan de culturele verwachtingen van Nederlanders en van de Nederlandse zorg, zo blijkt uit de afgenomen interviews.

Anderzijds is er een probleem met betrekking tot de mate waarin Nederlands zorgpersoneel open staat voor mensen die vanuit het buitenland worden aangetrokken voor een functie in de zorg. Ook het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP) signaleert dit probleem in zijn rapport *Open armen en dichte deuren*.⁹ Daarin beschrijft het planbureau dat arbeidsmigranten in geen van de zorginstututen die voor de studie zijn geïnterviewd, (initieel) als hulp, verademing of verlichting worden beschouwd. De noodzaak om arbeidsmigranten aan te trekken wordt op de werkvloer niet gevoeld. Een open houding voor nieuwe of andere inzichten lijkt te ontbreken en er is slechts een beperkt vermogen om hier creatief en flexibel mee om te gaan, zo constateerde het SCP.

De Adviesraad Migratie (ACVZ)¹⁰ omschrijft de situatie in cijfers. Op 1 april 2022 had 25,5 procent van de inwoners van Nederland een migratieachtergrond.¹¹ Dit weerspiegelt zich in de beroepsbevolking, van wie 25,2 procent een migratieachtergrond heeft. In de sector ‘zorg & welzijn’ echter blijft het aandeel personeel met een migratieachtergrond achter. In de ziekenhuizen is dat aandeel 14,6 procent, in de geestelijke gezondheidszorg 16,3 procent, bij huisartsen en gezondheidscentra 15,8 procent, gehandicaptenzorg 12,2 procent, jeugdzorg 20,7 procent, verpleging en verzorging 17,6 procent, en thuiszorg 19,3 procent.¹²

Niet alleen is het aandeel personeel met een migratieachtergrond in de Nederlandse zorg relatief laag, ook is hier relatief weinig personeel werkzaam dat in het buitenland is opgeleid. Voor verpleegkundigen in Nederland geldt bijvoorbeeld dat 0,5 procent in het buitenland is opgeleid. Dit is een stuk minder dan in landen als Duitsland (7,9 procent), België (3,5 procent) en het Verenigd Koninkrijk (15,0 procent); het OECD-gemiddelde is 7,4 procent.^{13,14} Het aandeel zorgpersoneel met een migratieachtergrond in Nederland is een factor zeven tot dertig keer minder dan in demografisch en economisch gezien vergelijkbare omringende landen.

Nederland heeft dus een beperkte traditie van werken met zorgpersoneel uit het buitenland of met een migratieachtergrond. In de interviews speculeren sommige gesprekspartners dat dit mogelijk komt omdat de vergrijzing in andere landen al verder is gevorderd dan in Nederland^{15,16} waardoor de noodzaak tot arbeidsmigratie zich daar al eerder heeft aangediend. Een andere verklarende factor kan het koloniale verleden zijn van een land als het Verenigd Koninkrijk, waardoor mensen vanuit bijvoorbeeld de Gemeenebest makkelijker integreren in de samenleving en zorgsector.

10 ACVZ 2022.

11 Hoeveel mensen met een migratieachtergrond wonen in Nederland? (cbs.nl).

12 StatLine – Werknemers met een baan in de zorg en welzijn; persoonskenmerken, regio (cbs.nl).

13 OECD 2019.

14 ACVZ 2021a.

15 Population age structure by major age groups, 2009 and 2019. Eurostat. https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/images/1/1d/Population_age_structure_by_major_age_groups%2C_2009_and_2019_%28%25_of_the_total_population%29.pn.

16 Van der Gaag en Van Nimwegen 2017.

Bovenstaande statistieken roepen de vraag op of er een causaal verband bestaat tussen het geringe aantal mensen met een migratieachtergrond of met een ander opleidingsland en een gebrek aan culturele sensitiviteit bij het huidige zorgpersoneel in Nederland. Uit eerder onderzoek van de Adviesraad Migratie in 2021 kwam naar voren dat asielmigranten en mensen met een migratieachtergrond (ook als ze in Nederland zijn geboren) in de zorgsector regelmatig te maken hebben met vooroordelen en discriminatie.¹⁷ Dit beeld komt ook naar voren in diverse andere studies.^{18,19} Als er een causaal verband zou zijn, is echter niet duidelijk waarom uitsluiting en discriminatie in de zorg een grotere rol spelen dan in andere sectoren, waar het aandeel personeel met een migratieachtergrond gemiddeld wel representatief is voor de bevolking als geheel.

2.2 Werkdruk

In zijn rapport *Het betere werk* beschrijft de WRR dat publieke professionals zoals verpleegkundigen weinig grip hebben op hun werk.²⁰ Onze gesprekspartners noemen werkdruk ook als een belemmering voor het slagen van de arbeidsmigratie. Zij signaleren daarbij twee subthema's die aanleiding geven tot zorg: druk op het inwerken (paragraaf 2.2.1) en zorgen over versnippering (paragraaf 2.2.2).

2.2.1 Druk op het inwerken

In veel interviews wordt druk op het goed kunnen inwerken van arbeidsmigranten genoemd als barrière voor een succesvolle integratie van arbeidsmigranten in de zorg. Het lukt veel verpleegkundigen op dit moment al niet om de stagiairs uit de reguliere Nederlandse opleidingen voldoende te begeleiden. Bovendien begeleiden zij nu meer stagiairs dan eerder vanwege de werkdruk en de toegenomen aantallen stagiairs.²¹ De verpleegkundigen vragen zich af hoe ze daarnaast ook arbeidsmigranten moeten inwerken, ook omdat zij verwachten dat dit meer tijd en inzet zal vragen vanwege cultuur- en taalgebonden factoren (zie factor 'culturele sensitiviteit').

17 ACVZ 2021B.

18 Van den Muijsenbergh en Busari 2020.

19 Nhass en Poerwoatmodjo 2021.

20 WRR 2020.

21 Nieuwe voorzitter overlegorgaan onderwijs Corine Latour: 'Studenten moeten leiderschap meekrijgen' – *Nursing*, 2022.

2.2.2 Zorgen over versnippering

Een aantal gesprekspartners hebben als zorg dat arbeidsmigratie een verdere versnippering van taken in de hand werkt. Het beeld dat zij daarbij schetsen, is dat in het verleden één verpleegkundige verantwoordelijk was voor alle taken met betrekking tot een patiënt, terwijl ander (vaak lager geschoold) personeel nu veel taken overneemt. Dit zorgt ervoor dat er meer mensen aan het bed van de patiënt staan om deze te verzorgen, om materialen aan te vullen op de kamer, om eten te brengen en om medische controles te doen. Hoewel deze versnippering ervoor zorgt dat het hoger opgeleide personeel efficiënter wordt ingezet om alleen de handelingen uit te voeren waartoe zij bevoegd zijn, kan deze ontwikkeling ook leiden tot minder werkplezier, een minder holistische blik op de patiënt en meer ‘logistische onrust’.

De zorg bij veel geïnterviewden is dat arbeidsmigranten in het land van herkomst een hogere functiegraad hebben dan die waarin zij in Nederland kunnen of mogen werken (onderbenutting). Zijn zij echter aantoonbaar bekwaam, dan kunnen zij – al dan niet onder supervisie – extra taken verrichten die normaal gesproken niet bij hun formele functie passen. Dit kan tot onduidelijkheid leiden over waar welke verantwoordelijkheden liggen. Of het kan leiden tot devaluatie van de functie op het niveau waar deze taken eigenlijk uitgevoerd horen te worden, omdat arbeidsmigratie er in dit scenario toe kan leiden dat die taken worden uitgevoerd door personeel dat formeel in een lagere functie is ingeschaald. Deze versnippering kan verder in de hand worden gewerkt door arbeidsmigranten die nog niet volledig geregistreerd zijn volgens de wet BIG²² en bijvoorbeeld als verzorgende werken in plaats van als verpleegkundige.

2.3 Huisvesting

Alle geïnterviewden ervaren huisvesting als een belemmering voor de arbeidsmigratie. Dit is bovendien een politiek gevoelig onderwerp, zeker in het licht van de bredere zorgen over woningnood in de samenleving. Grote rekruterende organisaties hebben vaak een apart huisvestingsbureau of eigen vastgoed. Ook verpleegkundigen noemen misstanden zoals zeer kleine of onwenselijke woonomstandigheden, iets wat ook in rapportages van het Aanjaagteam Bescherming Arbeidsmigranten (2020) en de Nederlandse Arbeidsinspectie (2022) naar voren komt.²³ Daarnaast komt het voor dat een rekruterende organisatie woonruimte aanbiedt die niet meer beschikbaar is zodra het contract afloopt. Deze afhankelijkheid als het gaat om huisvesting, komt niet ten goede aan het welzijn van de arbeidsmigrant. Tegelijkertijd is het zo dat de overheid momenteel kan weigeren om een Gecombineerde Vergunning

voor Verblijf en Arbeid (GVVA) af te geven als de werkgever de arbeidsmigrant geen passende huisvesting biedt²⁴ De brancheorganisatie Algemene Bond Uitzendondernemingen (ABU) draagt alle aangesloten uitzendbureaus in dit kader daarom op om per 1 april 2023 werkcontracten te scheiden van huurcontracten zodat arbeidsmigranten die hun werk verliezen nog minimaal een maand hun woonruimte kunnen gebruiken.²⁵ Niet alle uitzendbureaus zijn echter aangesloten bij brancheorganisaties, en daarvoor bestaat ook geen wettelijke plicht.

2.4 Regelgeving

De regelgeving waaraan een arbeidsmigrant dient te voldoen voordat deze daadwerkelijk in de beoogde functie in Nederland kan komen werken, bestaat uit twee delen, namelijk: 1) (diploma)erkenning en BIG-registratie (paragraaf 2.4.1)²⁶, en 2) de benodigde visa en verblijfsvergunningen (paragraaf 2.4.2).

2.4.1 (Diploma)erkenning en BIG-registratie

Alle geïnterviewden, met uitzondering van één rekruterende organisatie, noemen de regelgeving rond de arbeidsmigratie in de zorg in Nederland onnodig ingewikkeld en traag. Zo kan iemand pas bij binnenkomst starten met de benodigde processen, zoals de BIG-registratie, en duurt het vervolgens minimaal een half jaar voordat het proces is afgerond.²⁷ Het is voor arbeidsmigranten niet altijd duidelijk wat voor een soort documenten zij in moeten leveren voor bijvoorbeeld een BIG-registratie. Een verpleegkundige oppert dat het nuttig zou zijn om per land bijvoorbeeld de vereisten op de website van het BIG-register kenbaar te maken. Ook komt het voor dat een BIG-registratie achteraf wordt ingetrokken omdat de verpleegkundige in zijn of haar opleiding in het buitenland niet de ervaring heeft opgedaan die vereist is voor de Nederlandse kwalificatie van 'algemeen verpleegkundige'. Een voorbeeld is een kinderverpleegkundige die in het land van herkomst vroeg in haar opleiding de keuze voor deze gespecialiseerde richting heeft gemaakt, maar in Nederland alsnog stage moet lopen in de volwassenenzorg en de psychiatrie voordat zij op de kinderafdeling aan de slag mag.

24 <https://wetten.overheid.nl/BWBR0046054/2022-01-01#BijlageI>.

25 <https://www.nrc.nl/nieuws/2023/02/21/uitzendbureaus-gaan-werk-en-huur-scheiden-a4157742?t=1677011885>.

26 In het BIG-register staat op grond van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG) geregistreerd welke personen tot (welk) medisch handelen bevoegd zijn.

27 In de tussenliggende tijd kan wel al binnen de zorg in een beroep gewerkt worden waarvoor geen BIG-registratie vereist is zoals verzorgende of zorgondersteuner.

2.4.2 Visa en verblijfsvergunningen

Een Gecombineerde Vergunning voor Verblijf en Arbeid (GVVA) kan momenteel voor maximaal drie jaar worden verleend.²⁸ Gaat het echter om een aanvraag voor een volledige arbeidsmarkttoets (wat voor verpleegkundigen en verzorgenden geldt), dan geldt een duur van maximaal twee jaar. Na deze twee jaar moet opnieuw worden beoordeeld of er binnen de Europese Unie (EU) voldoende aanbod is van verplegend en verzorgend personeel, zelfs al is bekend dat dit niet of nauwelijks het geval is. Na een periode van vijf jaar aan eengesloten in Nederland te hebben gewerkt, hoeft er geen GVVA meer aangevraagd te worden en kan een arbeidsmigrant aanspraak maken op een verblijf voor onbepaalde tijd.²⁹ Zou de arbeidsmigrant vóór die vijf jaar van werkgever wisselen, dan moet hij of zij opnieuw aan de arbeidsmarkt worden getoetst.³⁰ In april 2022 is een herziening van de regel aangevraagd die de mobiliteit van arbeidsmigranten tussen verschillende werkgevers in de EU tracht te verbeteren.³¹ In bijvoorbeeld het Verenigd Koninkrijk (VK) zijn vergelijkbare procedures (Skilled Worker route: Health and Care Worker Visa) sneller en bieden ze meer zekerheid voor de arbeidsmigrant.³² Een ander voorbeeld is Duitsland. Doordat de erkenning van buitenlandse diploma's in Duitsland is versoepeld en de overheid er op basis van reeds opgedane ervaring sneller een visum kan afgeven, kunnen arbeidsmigranten ook gemakkelijker hun gezin over laten komen voor de duur van hun contract.^{33,34} Dit zorgt voor tienduizenden extra arbeidskrachten in de zorg.³⁵ Sommige geïnterviewden geven aan dat Nederland door dergelijke verschillen soms moeite heeft om arbeidsmigranten van buiten de EU aan te trekken. De soepelere en snellere regels maken dat landen als Duitsland en het VK aantrekkelijker zijn dan Nederland.

28 wetten.nl - Regeling - Regeling uitvoering Wet arbeid vreemdelingen 2022 - BWBR0046054 (overheid.nl).

29 Zwaan et al. 2020.

30 wetten.nl - Regeling - Regeling uitvoering Wet arbeid vreemdelingen 2022 - BWBR0046054 (overheid.nl) Artikel 4, tweede lid sub b Wav.

31 Voorstel voor een Richtlijn van het Europees Parlement en de Raad betreffende één enkele aanvraagprocedure voor een gecombineerde vergunning voor onderdanen van derde landen om te verblijven en te werken op het grondgebied van een lidstaat, alsmede inzake een gemeenschappelijk pakket rechten voor werknemers uit derde landen die legaal in een lidstaat verblijven (herschikking), com(2022) 655 final. Voorgestelde artikel 11, paras. 2 en 4.

32 Health and Care visa guidance (accessible version) - GOV.UK (www.gov.uk).

33 The new Skilled Immigration Act (make-it-in-germany.com).

34 <https://www.wrr.nl/binaries/wrr/documenten/verslag/2023/07/10/discussiebijeenkomst-migratie-als-oplossing-voor-tekorten-op-de-arbeidsmarkt/verslag+Discussiebijeenkomst+Migratie+als+oplossing+voor+tekorten+op+de+arbeidsmarkt+dd+6juni2023.pdf>.

35 <https://www.wrr.nl/binaries/wrr/documenten/verslag/2023/07/10/discussiebijeenkomst-migratie-als-oplossing-voor-tekorten-op-de-arbeidsmarkt/verslag+Discussiebijeenkomst+Migratie+als+oplossing+voor+tekorten+op+de+arbeidsmarkt+dd+6juni2023.pdf>.

2.5 **Andere aangedragen inzichten**

In de interviews deden de gesprekspartners regelmatig suggesties voor en boden ze inzichten in zaken die in de zorgsector zouden kunnen of moeten veranderen vóórdat de optie van arbeidsmigratie ter tafel moet komen – of die aanvullend daaraan moeten veranderen. Denk bijvoorbeeld aan een andere organisatie van ons zorgstelsel (zie paragraaf 2.5.1), manieren om beter om te gaan met de hoge werkdruk (paragraaf 2.5.2), het beperken van de hoge uitstroom van verpleegkundigen (paragraaf 2.5.3) en het behoud van verpleegkundigen in opleiding (paragraaf 2.5.4). Op dat gebied zien de gesprekspartners nog kansen, die volgens hen eerst gerealiseerd moeten worden voordat arbeidsmigratie kan worden overwogen. Daarnaast suggereerden zij om eerst draagvlak te creëren voor arbeidsmigratie als één van de manieren om de personeelsproblemen in de zorg aan te pakken. Een aantal van de geïnterviewden ziet echter de noodzaak om arbeidsmigranten zo snel mogelijk aan te trekken, omdat zij geen andere optie meer hebben voor hun personeelsproblemen. Dit speelt in het bijzonder buiten de Randstad, waar de uitstroom door vergrijzing en het vertrek van jonge mensen groot is. Daar is al ingezet op andere oplossingen om personeel te behouden. Oplossingen die weliswaar succesvol zijn maar niet afdoende, waardoor ook arbeidsmigratie daar als optie eerder in beeld komt. Hieronder bespreken wij de verschillende suggesties en inzichten van de gesprekspartners als alternatief voor arbeidsmigratie, of complementair daaraan.

2.5.1 **Organisatie zorgstelsel**

Sommige geïnterviewden noemen de organisatie van het Nederlandse zorgstelsel als factor die beïnvloed kan worden om het zorgpersoneel beter in te kunnen zetten. Zij stellen dat het zorgstelsel weinig ruimte toestaat voor verandering, en zelfs dat het tekort aan zorgpersoneel voor een veel groter deel opgelost zou kunnen worden door het systeem te hervormen dan door te kiezen voor migratie als oplossingsrichting.³⁶ Nederlandse bestuurders en politici zouden in vergelijking met hun collega's in landen als Frankrijk en Denemarken minder open staan voor nieuwe visies en methodes om de personeelsproblemen in de zorg aan te pakken.

2.5.2 Ontwikkelingsperspectieven

Om de ervaren werkdruk te illustreren, noemen de geïnterviewden regelmatig het gebrek aan ontwikkelingsperspectief voor het huidige personeel. Zij geven aan dat de huidige generatie net afgestudeerde verpleegkundigen vaak snel doorstroomt naar een nieuwe functie, soms zelfs voor ze volledig zijn ingewerkt, omdat zij geen ontwikkelingsperspectief zien. Dit lijkt te wijten aan een gebrek aan ruimte om cursussen en opleidingen te volgen of onderzoek te doen. Het ‘binden en boeien’ van deze nieuwe generatie verpleegkundigen blijkt moeilijk omdat zij tijdens hun opleiding geschoold zijn in innovatie, ontwikkeling en leiderschap en de wens hebben om hiermee in de praktijk aan de slag te gaan. Dat is echter moeilijk omdat ‘gewerkt’ moet worden en alle diensten ingevuld moeten zijn.

Met hun onderzoeksbevindingen onderschrijven Esther Bakker en haar collega's deze observaties.³⁷ Opvallend is dat de bestuurslagen in het ziekenhuis persoonlijke ontwikkeling stimuleren, maar dat de tussenlaag van teamleiders daarbij een praktische belemmering opwerpt. Zij moeten namelijk de dagelijkse roosters vullen waarbij patiëntenzorg de prioriteit heeft. Bakker en collega's noemen ook dat verpleegkundigen er in het verleden meer bereid toe waren zich in de eigen tijd verder te ontwikkelen, en dat deze bereidheid afgenomen lijkt te zijn. Daarom gaan de verpleegkundigen op zoek naar een andere baan. Het heeft de voorkeur van veel geïnterviewden om dit thema eerst of in ieder geval zichtbaarder aan te pakken, voordat er aan arbeidsmigratie gedacht wordt.

2.5.3 Uitstroom

Een ander punt van zorg is de hoge uitstroom van verpleegkundigen. Aanleiding tot die zorg is het hoge aantal oudere verpleegkundigen dat aan het uitstromen is, en de hierboven besproken hoge *turnover*. De Commissie Werken in de Zorg heeft geconstateerd dat 43 procent van de nieuwe zorgmedewerkers binnen twee jaar de zorg weer verlaat, terwijl van de totale uitstroom uit de zorg 40 procent voor een baan buiten de sector ‘zorg & welzijn’ kiest. Hierdoor ligt de uitstroom voor nieuwe zorgmedewerkers hoger dan voor de totale groep zorgmedewerkers.³⁸ Als redenen hiervoor worden genoemd het (start)salaris, werktijden, werkdruk, loopbaanperspectief, het ontbreken van een leercultuur en een gebrek aan goede communicatie of gehoord worden door de leidinggevende.^{39,40} Een aantal geïnterviewden geeft aan het lastig te vinden dat deze redenen geen aanleiding geven tot actie, of dat die actie in ieder geval

37 Bakker et al. 2021.

38 Wapenaar 2020.

39 WRR 2021.

40 Regioplus 2021.

niet (voldoende) merkbaar is op de werkvloer. Zonder dat actie op deze gebieden merkbaar is, ervaart het zorgpersoneel het als emotioneel en praktisch moeilijk om arbeidsmigranten in te moeten werken.

2.5.4 Investeren in behoud van verpleegkundigen in opleiding

Een laatste inzicht dat de gesprekspartners delen, is dat het mogelijk gunstiger is om te investeren in het behoud van studenten verpleegkunde gedurende de opleiding en erna dan om te kiezen voor arbeidsmigratie. Want ook onder studenten verpleegkunde is de uitstroom erg hoog. Zou 10 procent van de mbo- en hbo-studenten extra kunnen worden behouden, dan levert dit nagenoeg 2.000 extra verpleegkundigen op.⁴¹ Uitstroom van studenten en net afgestudeerden blijkt vaak te berusten op een onjuist beeld dat zij hebben van het werk, onvoldoende begeleiding en zware fysieke en mentale belasting.^{42,43}

41 Zorggids Nederland 2021.

42 Kox et al. 2020.

43 Bakker et al. 2019.

3 Ethische overwegingen rondom arbeidsmigratie in de zorg

In het gesprek over de ethiek van arbeidsmigratie zijn verschillende niveaus te onderscheiden. Ten eerste het in Nederland meest zichtbare niveau: lokale ethiek rondom de werk- en leefomstandigheden (paragraaf 3.1). Daarbij gaat het primair om bescherming van de arbeidsmigrant, die zich immers in een relatief kwetsbare positie kan bevinden. Ten tweede het mondiale of transnationale niveau (paragraaf 3.2), dat minder zichtbaar is. Hierbij gaat het om de impact van arbeidsmigratie op de herkomstlanden. Een veel genoemd onderwerp hierbij is het ‘triple win’-concept, dat zowel de arbeidsmigrant als het ontvangende én het zendende land baat hebben bij arbeidsmigratie. In deze paragraaf bespreken we verschillende belangrijke ethische aspecten op deze twee niveaus.

3.1 Lokaal niveau

Op lokaal, Nederlands niveau is het van belang zicht te houden op de afspraken over werkomstandigheden en goed werkgeverschap, om uitbuiting van arbeidsmigranten tegen te gaan. Er is momenteel onvoldoende toezicht op de kwaliteit van de werk- en leefomstandigheden van arbeidsmigranten in de zorg, ook doordat rekruterende organisaties geen keurmerk hebben zoals in het Verenigd Koninkrijk (Ethical recruiters list)^{44,45} Zo voldoet momenteel 41 procent van de rekruterende organisaties die door de Arbeidsinspectie gecontroleerd worden, niet aan de opgestelde regelgeving. Hierbij moet aangetekend worden dat de Arbeidsinspectie slechts 1 procent van alle uitzendbureaus controleert (gemeten over alle sectoren).⁴⁶ De voorwaarden waaraan rekruterende organisaties in de zorg moeten voldoen, komen uitgebreid aan de orde in een rapport van de Adviesraad Migratie *Zorgvuldig Arbeidsmigratiebeleid* uit 2022.⁴⁷ Ook is er in 2022 een wetvoorstel ingediend om certificering van uitzendbureaus verplicht te stellen.⁴⁸ Deze stap komt overeen met de doelstellingen in het VN-migratiepact, waarin staat dat rekruterende organisaties gereguleerd en gecontroleerd moeten worden. De wet tot verplichte certificering

44 Application process for the Ethical Recruiters List | NHS Employers .

45 Code of practice for the international recruitment of health and social care personnel in England – gov.uk (www.gov.uk).

46 ACVZ 2022.

47 ACVZ 2022.

48 ACVZ 2022.

is aangenomen en zal in 2025 in werking treden. Wat echter niet uit het oog verloren moet worden, is dat er in de herkomstlanden ook vaak gebruik wordt gemaakt van rekruteringsbureaus en dat deze niet zijn onderworpen aan zulke vormen van monitoring en certificering.

Een ander onderdeel van de ethische overwegingen op lokaal niveau is of het een arbeidsmigrant al dan niet is toegestaan om zijn of haar gezin te laten overkomen, en of het al dan niet verplicht is om na afloop van een arbeidscontract terug te keren naar het land van herkomst ('circulaire migratie'). Uit data van het CBS blijkt dat bijna driekwart van de arbeidsmigranten (alle sectoren, niet beperkt tot de zorgsector) afkomstig uit EU-/EFTA-landen binnen tien jaar weer uit Nederland is vertrokken.⁴⁹ Voor arbeidsmigranten van buiten de EU-/EFTA-landen geldt vrijwel hetzelfde patroon en is na tien jaar 58,6 procent niet meer in Nederland woonachtig.⁵⁰ Dit zou kunnen impliceren dat arbeidsmigratie veelal al een circulair karakter heeft, hoewel niet bekend is in hoeverre deze getallen representatief zijn voor de zorgsector.

3.2 Mondiaal niveau

Op mondiaal of transnationaal niveau kan vanuit verschillende invalshoeken naar arbeidsmigratie gekeken worden. Een belangrijk concept is het idee van 'circulaire migratie', waarbij (arbeids)migranten na verloop van tijd terugkeren naar hun herkomstland. Enerzijds draagt het idee van circulariteit bij aan draagvlak in het ontvangende land, omdat er geen permanente druk te verwachten is op zaken als huisvesting. Maar, vanuit een mondiaal perspectief belangrijker, circulariteit zou ervoor moeten zorgen dat geen schade wordt toegebracht aan de herkomstlanden, omdat er geen (permanente) braindrain plaatsvindt van minder welvarende landen naar het Westen. Wellicht zouden arbeidsmigranten zelfs nuttige ervaring en kennis mee terug naar huis kunnen nemen. Zo zouden alle betrokkenen baat hebben bij arbeidsmigratie, en zou het idee van 'triple win' bereikt worden.^{51, 52}

49 Werk en gezin belangrijkste migratiemotieven voor immigranten | CBS
 50 Hoeveel immigranten komen naar Nederland? | CBS
 51 Van de Pas en Hinlopen 2020.
 52 GIZ 2021.

De geïnterviewden noemen verschillende aspecten als het gaat om circulaire arbeidsmigratie. Deze variëren van het vrije verkeer van personen⁵³ en individuele rechten, het financieel ondersteunen van landen door ‘remittances’ (geld dat arbeidsmigranten terugsturen naar het herkomstland), tot solidariteit en verantwoordelijkheid voor ‘global health’.⁵⁴

3.2.1 Overopleiden en ‘zorgwoestijnen’

In sommige landen is het aantal opleidingsplekken en -instituten voor zorgprofessionals toegenomen, met als doel deze zorgprofessionals uit te zenden voor arbeidsmigratie. In die landen worden dus meer zorgprofessionals opgeleid dan nodig zijn, het zogeheten ‘overopleiden’. Overopleiden van verpleegkundigen gebeurt in landen als de Filipijnen, India en Indonesië. Het betekent echter niet automatisch dat er in het betreffende land een goede gezondheidszorg is, of dat daar geen gebrek aan zorgpersoneel is. Dit blijkt onder andere uit de Universal Health Coverage (UHC) Index van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO): een index die op basis van veertien factoren de kwaliteit van en toegang tot de gezondheidszorg in een land in kaart brengt. Zo hebben de Filipijnen, India en Indonesië – alle drie belangrijke herkomstlanden van zorggerelateerde arbeidsmigratie naar het Westen – respectievelijk een UHC-index van 55, 61 en 59 (ter vergelijking: de UHC-index van Nederland is 86).

Landen die een UHC hebben van minder dan 50, krijgen van de WHO prioriteit als het gaat om ondersteuning bij het ontwikkelen van het personeels- en gezondheidssysteem. Daarbij ontmoedigt de WHO actieve werving van zorgpersoneel uit deze landen, die op de zogeheten Health Workforce and Safeguard list staan.^{55,56,57} Wanneer op een grotere schaal ingezet zou worden op arbeidsmigratie voor de Nederlandse zorg, zijn landen als de Filipijnen, India en Indonesië waarschijnlijk belangrijke herkomstlanden, omdat in andere Westerse en EU-landen vergelijkbare personele tekorten in de zorg spelen als in Nederland.⁵⁸ Tegelijkertijd laat de UHC-index zien dat juist deze beoogde herkomstlanden maar net boven de afkapwaarde zitten waaronder rekrutering volgens de VN ontmoedigd zou moeten worden.

53 In de EU bestaat het recht van vrij verkeer en verblijf van personen ingevoerd in 1992 bij het Verdrag van Maastricht. Er zijn echter ook voor arbeidsmigranten afkomstig van binnen de EU nog steeds barrières als de BIG-registratie. Voor migranten van buiten de EU geldt het recht van vrij verkeer en verblijf niet, daarnaast zullen ook zij moeten voldoen aan de vereisten vanuit de Wet BIG.

54 Van de Pas en Hinlopen 2020.

55 WHO 2020.

56 WHO 2010.

57 WHO 2021.

58 WRR 2021.

Daarbij is het belangrijk om te bedenken dat de UHC-index een nationaal gemiddelde is voor de kwaliteit van en toegang tot zorg. Hierdoor komt niet goed in beeld dat in delen van de landen waaruit Westerse landen (potentieel) zorgpersoneel werven, de regionale of lokale UHC-index lager kan zijn dan dat landelijk gemiddelde. Die variatie uit zich bijvoorbeeld in het verschijnsel van ‘zorgwoestijnen’: gebieden waar slechte werkomstandigheden en onderbetaling ervoor zorgen dat zorgverleners wegtrekken. Hierdoor is de zorg in de stedelijke gebieden adequaat, maar in deze zorgwoestijnen ondermaats. Dit heeft gevolgen voor de beschikbaarheid van zorgpersoneel voor ethische arbeidsmigratie naar het Westen. Overigens komen zorgwoestijnen niet alleen buiten de EU voor, maar ook erbinen, zoals in delen van Roemenië.^{59,60}

Om het concept van overopleiden goed te kunnen waarderen, is het dan ook belangrijk om de verschillende componenten in ogenschouw te nemen die nodig zijn voor goede zorg: infrastructuur, overheidsinvesteringen en banen en beschikbaar personeel.^{61,62} De infrastructuur (capaciteit) van een gezondheidszorgsysteem wordt vaak weergegeven in het aantal bedden, maar om een gezondheidssysteem goed te laten functioneren moet het aantal bedden in evenwicht zijn met het aantal zorgprofessionals dat wordt opgeleid om deze bedden van zorg te voorzien.

Verder is het van belang dat overheden zorgen voor goed betaalde banen en werkomstandigheden door voldoende middelen voor zorg beschikbaar te stellen. Dit bepaalt hoe hoog de ‘economische vraag’ is naar zorg en zorgbanen. Vanuit deze invalshoek kan het zo zijn dat er genoeg mensen worden opgeleid en dat er ook genoeg bedden zijn, maar dat een tekort aan financiële middelen leidt tot te weinig vacatures: de medisch gezien noodzakelijke vraag naar zorgprofessionals om de gezondheidszorg op een afdoende niveau te krijgen is dan hoger dan de economische vraag.

Veel rekruteringsorganisaties voeren het overopleiden van of het overschot aan zorgprofessionals en de daaruit volgende werkloosheid in de zendende landen aan als goede reden om personeel uit deze landen te werven. Zij verwijzen daarbij eigenlijk naar de lage economische vraag naar zorgprofessionals. Niet alleen vertegenwoordigt dit niet vanzelfsprekend de noodzakelijke vraag, ook zorgt werving voor een prikkel voor de zendende landen om nog meer zorgprofessionals op te leiden. Hierdoor investeren zij in nieuwe opleidingsinstituten, terwijl

59 Zerbib 2021.

60 WEMOS 2020.

61 Castro-Palaganas et al. 2017.

62 Walton-Roberts 2015.

er eigenlijk investeringen nodig zijn in bijvoorbeeld infrastructuur of goede banen. Niet alleen neemt het aantal opleidingsinstituten in bijvoorbeeld de Filipijnen toe, daarnaast neemt het percentage studenten af dat hun studie tot verpleegkundige succesvol afrondt.⁶³ Ook is in 2020 in de Filipijnen naar aanleiding van de COVID-19-pandemie een plafond ingesteld voor het aantal zorgprofessionals dat kan emigreren, zodat in er in het land zelf genoeg zorgprofessionals aanwezig waren om de pandemie aan te pakken. Sindsdien is dit plafond vanwege de aanhoudende vraag uit het buitenland al tweemaal omhoog bijgesteld⁶⁴ en worden op dit moment per jaar driemaal zoveel verpleegkundigen uitgezonden dan er afstuderen.⁶⁵

3.2.2 'Remittances'

Zorgprofessionals die werkzaam zijn in het buitenland, sturen vaak geld naar het thuisland, in de vorm van 'remittances'. Meer dan buitenlandse investeringen of ontwikkelingshulp zijn deze 'remittances' een stabiele vorm van inkomsten, die bovendien rechtstreeks bij de mensen terecht komt.⁶⁶ In een onderzoek omschrijft de World Bank Group migratie als een van de meest effectieve manieren om armoede te bestrijden op lokaal niveau. Niettemin kunnen 'remittances' niet alle negatieve impact door het verlies van deze hoogopgeleide mensen compenseren.⁶⁷

63 Brush en Sochalski 2007.

64 <https://mb.com.ph/2021/12/10/iatf-raises-to-7000-healthcare-workers-annual-deployment-cap/>.

65 Brush en Sochalski 2007.

66 Carling 2020.

67 <https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/29806/9781464812811.pdf>.

4 Conclusies en denkrichtingen voor beleid

In dit Working Paper pleiten we niet voor of tegen een grotere inzet op personeel uit het buitenland in de Nederlandse zorg. Wel blijven de toenemende druk op de personele houdbaarheid en het oplopende personeelstekort de komende decennia de realiteit voor de zorgsector doordat de beroepsbevolking in omvang stagneert en de zorgvraag stijgt.⁶⁸ Dat betekent dat de politieke en maatschappelijke discussie over arbeidsmigratie in de zorg naar verwachting aan de orde blijft, en waarschijnlijk alleen maar zal toenemen. Kiest de overheid ervoor het probleem op te lossen door in de toekomst (mede) personeel uit het buitenland in te zetten in de zorg, dan is het zaak om dat zo efficiënt en effectief mogelijk te doen, en daarbij rekening te houden met ethische overwegingen. Daarbij valt te leren van eerdere ervaringen met arbeidsmigratie. Op basis van een literatuuranalyse en interviews presenteren we in dit Working Paper een aantal overwegingen en lessen die het verdienen in die discussie een plaats te krijgen.

Zo komt uit de interviews en de literatuurstudie naar voren dat, naast taalvaardigheid, culturele sensitiviteit van beide kanten essentieel is voor het slagen van arbeidsmigratie. Binnen de Nederlandse zorg lijkt de animo om arbeidsmigranten te ontvangen echter beperkt. Dat speelt in het bijzonder ‘op de werkvloer’, terwijl op bestuurlijk niveau wel een hogere urgentie wordt gevoeld. Zo zien zorgmedewerkers veelal noch de noodzaak, noch het nut van arbeidsmigratie in. Ook blijkt uit de interviews dat de gesprekspartners bezorgd zijn over het gebrek aan tijd dat het zorgpersoneel heeft om de huidige stagiairs in te werken, en de extra druk die toekomstige arbeidsmigranten daarop zouden kunnen leggen. Het huidige personeel op de werkvloer ervaart verder weinig ruimte voor persoonlijke ontwikkeling, wat onder andere bijdraagt aan de hoge uitstroom. Zij zouden liever zien dat er eerst (zichtbaarder) wordt gewerkt aan mogelijkheden om het personeel te behouden, alvorens actief wordt ingezet op arbeidsmigratie voor de zorg. Ook dient er volgens hen voor gewaakt te worden dat het actief aantrekken van arbeidsmigranten niet tot een verdere versnippering leidt van taken van het zorgpersoneel, wat ten koste gaat van het werkplezier. Andere gesprekspartners, met name buiten de Randstad, zien wel een urgente noodzaak voor inzet van personeel uit het buitenland omdat de personeelsproblemen daar zo groot zijn.

Dit alles maakt dat een eventuele inzet van arbeidsmigratie in de Nederlandse zorg gepaard gaat met een dilemma. Om die inzet tot een succes te maken is bestaand zorgpersoneel namelijk cruciaal. Tegelijkertijd is juist dat bestaande personeel sceptisch over arbeidsmigratie als oplossing voor het personeelstekort. Ook zorgt de al hoge druk op het personeel – die arbeidsmigranten geacht worden te verlichten – dat het bestaande personeel weinig mentale ruimte ervaart om de arbeidsmigranten te begeleiden en in te werken. Dit kip-eiprobleem is niet makkelijk te doorbreken. Daarbij helpt het mogelijk niet dat in de Nederlandse zorg het aandeel personeel met een migratieachtergrond en personeel uit het buitenland in internationaal opzicht al uitzonderlijk laag is. Daardoor hebben Nederlandse zorgmedewerkers mogelijk maar beperkt succeservaringen met personeel uit het buitenland, wat de scepsis tegenover arbeidsmigratie kan vergroten.

Verder vereist een succesvolle inzet van arbeidsmigratie in Nederland dat de trage en soms ingewikkelde regelgeving vereenvoudigd wordt.⁶⁹ Een andere barrière, waarvan eventuele oplossingsrichtingen zich uiteraard buiten de zorg bevinden, is het gebrek aan huisvesting. Het waarborgen van ethisch werkgeverschap, ten slotte, kan worden verbeterd door nationale regulering, certificering en monitoring. Hierbij speelt de capaciteit van de Arbeidsinspectie een rol.

Om arbeidsmigratie – als deze wenselijk wordt geacht – daadwerkelijk circulair te laten zijn, is diepgaand onderzoek gewenst naar de motivaties en het gedrag van het migrerende zorgpersoneel. Ook verdient ethisch rekruteren meer aandacht, zowel op het lokale, Nederlandse, niveau als op het mondiale niveau. Op dat laatste niveau is het van belang in het oog te houden dat grote potentiële herkomstlanden als India, Indonesië en de Filipijnen op een internationale ranking als de Universal Health Coverage (UHC) Index van de WHO maar nauwelijks hoger scoren dan het gewenste minimum, en dat er binnen die landen een grote variatie in de zorg bestaat waardoor de ranking voor het hele land niet zal gelden voor specifieke gebieden daarbinnen (de zogeheten zorgwoestijnen).

Dit alles maakt dat het aanbod van zorgpersoneel uit het buitenland mogelijk beperkter is dan soms wordt gehoopt. Want waar deze grote potentiële herkomstlanden nauwelijks boven het WHO-minimum scoren, scoren andere zich ontwikkelende economieën over het algemeen nog aanzienlijk lager. Parallel daaraan is er vanuit andere Westerse landen weinig aanbod aan zorgpersoneel

69

Op Prinsjesdag 2023 werd aangekondigd dat het ministerie van Volksgezondheid voornemens is de BIG-procedure voor buitenlands personeel te versoepelen op het gebied van het aantonen van taalvaardigheden. <https://www.zorgvisie.nl/vws-schroeft-subsidies-voor-preventie-terug-in-be-groting-2024/>.

te verwachten omdat ook deze landen met vergrijzing kampen. Eerder is te verwachten dat zij met Nederland om zorgpersoneel gaan concurreren.

Daarnaast is meer aandacht nodig voor de economische prikkel die uitgaat van (grootschalige) rekrutering door de Westerse landen: deze kan leiden tot het overopleiden van personeel in de herkomstlanden. Tegenover deze bezwaren staat dat het sturen van 'remittances' naar de herkomstlanden een effectieve vorm van lokale armoedebestrijding is. Het is verder van belang aandacht te hebben voor de behoeften van de lokale gemeenschap als het gaat om de vaardigheden waarover arbeidsmigranten bij terugkeer beschikken.

Door de stijgende vraag naar personeel voor de zorg, zal arbeidsmigratie de komende decennia naar verwachting een steeds grotere rol gaan spelen in het Nederlandse zorglandschap. Naarmate de personele houdbaarheid meer in het gedrang komt, zal de druk op de inzet van arbeidsmigratie immers toenemen. Ongeacht hoe dit op nationaal niveau gereguleerd gaat worden, is het van belang dat de overheid zorgt voor lokaal ethisch werkgeverschap door rekruteringsorganisaties te certificeren en te controleren.

Ook lijkt het wenselijk om regelgeving te versimpelen en te versnellen. Omringende landen, zoals Duitsland en het Verenigd Koninkrijk, kunnen daarbij tot voorbeeld dienen. Voor arbeidsmigranten in de zorg zijn deze landen aantrekkelijker dan Nederland doordat visa daar sneller worden verwerkt en diploma's sneller worden getoetst, en doordat zij soepeler zijn wanneer een arbeidsmigrant zijn of haar gezinsleden wil meenemen. In dit kader is een maatschappelijk en politiek debat nodig over de vraag of de arbeidsmigranten na afloop van hun contract verplicht terug moeten keren naar hun herkomstland. In dit debat moeten individuele rechten worden afgewogen tegen de behoeften van de herkomstlanden en de maatschappelijke druk in het ontvangende land.

Verder lijkt Nederland maar beperkt te participeren in programma's als de Skills Mobility Partnerships van de EU.⁷⁰ Het kan wenselijk zijn om samenwerkingsverbanden te verkennen, zogenoemde migratiecorridors, die zouden kunnen helpen om daadwerkelijk circulaire arbeidsmigratie te bewerkstelligen en tegemoet te komen aan de obstakels die de werkgevende en rekruterende organisaties ervaren.^{71,72} Hierbij hoort ook dat de zorgwoestijnen in de betreffende

70 <https://www.oecd.org/migration/mig/2022-March-Joint-EMN-OECD-Inform-Skills-Mobility-Partnerships.pdf>.

71 <https://www2.oecd.org/migration/mig/Engaging-with-Employers-in-Skills-Mobility-Partnerships.pdf>.

72 Zie over het concept van migratiecorridors: Bakewell et al. 2016; Carling 2010.

landen in kaart worden gebracht. Een monitoringssysteem om te onderzoeken of de migratieovereenkomst op de lange termijn voor alle partijen gunstig is, is daarbij zeer wenselijk.

Tot slot valt op termijn te overwegen om met het oog op de toekomst te rekruteren uit gebieden met een demografie die het grootste potentieel biedt. Denk aan landen zoals India en mogelijk landen uit Afrika, uiteraard met inachtneming van de WHO safeguard list. Om dit in de juiste banen te leiden, valt te overwegen een ethisch kader te ontwikkelen waaraan rekruterende organisaties en de overheid zich kunnen staven.

Literatuur

- Adviescommissie voor Vreemdelingenzaken (ACVZ). (2021a). *Migratie en de zorgsector. Cijfers over de arbeidsmarkt in de zorgsector en de arbeidsdeelname van migranten*.
- Adviescommissie voor Vreemdelingenzaken (ACVZ). (2021b). *Van asielzoeker naar zorgverlener. Arbeidsdeelname van asielmigranten in de zorgsector*.
- Adviesraad Migratie (ACVZ). (2022). *Zorgvuldig arbeidsmigratiebeleid. Hoe de langdurige zorg profijt kan hebben van vakmigranten*.
- Bakewell, O., Engbersen, G., Horst, C. & Fonseca, L. (Eds.). (2016). *Beyond networks: Feedback in international migration*. Palgrave Macmillan.
- Bakker, E.J.M., Verhaegh, K.J., Kox, J.H.A.M., Van der Beek, A.J., Boot, C.R.L., Roelofs, P.D.D.M., & Francke, A.L. (2019). Late dropout from nursing education: An interview study of nursing students' experiences and reasons. *Nurse Educ Pract.*, 39, 17–25.
- Bakker, E.J.M., Roelofs, P.D.D.M., Kox, J.H.A.M., Miedema, H.S., Francke, A.L., Van der Beek, A.J., & Boot, C.R.L. (2021). Psychosocial work characteristics associated with distress and intention to leave nursing education among students; A one-year follow-up study. *Nurse Educ Today*, 101. 104853.
- Brush, B. L., & Sochalski, J. (2007). International Nurse Migration: Lessons From the Philippines. *Policy, Politics, & Nursing Practice*, 8(1), 37–46.
- Carling, Jørgen. (2010). *Migration corridors: conceptual and methodological issues*. THEMIS project paper. Oslo: Peace Research Institute Oslo (PRIO).
- Carling, Jørgen. (2020). *Remittances: eight analytical perspectives*. Oslo: Peace Research Institute Oslo (PRIO). <https://jorgencarling.files.wordpress.com/2020/06/carling-2020-remittances-eight-analytical-perspectives.pdf>.
- Castro-Palaganas, E., Spitzer, D.L., Kabamalan, M.M., Sanchez, M.C., Caricativo, R., Runnels, V., Labonté, R., Murphy, G.T., & Bourgeault, I.L. (2017). An examination of the causes, consequences, and policy responses to the migration of highly trained health personnel from the Philippines: the high cost of living/leaving-a mixed method study. *Hum Resour Health*, 15(1), 25.
- Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS). (2020). *Werken gezin belangrijkste migratiemotieven voor immigranten*. <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2020/30/werk-en-gezin-belangrijkste-migratiemotieven-voor-immigranten>.
- Centraal Planbureau (CPB). (2024). *Krappe arbeidsmarkt vraagt om keuzes*. <https://www.cpb.nl/sites/default/files/omnidownload/CPB-Beschouwing-Centraal-Economisch-Plan-2024.pdf>.

- Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ). (2021). *Triple Win Programme – Recruiting nurses from abroad sustainably*. https://www.giz.de/en/downloads/Factsheet_TripleWin_2021_en_.pdf.
- Kox, J.H.A.M., Groenewoud, J.H., Bakker, E.J.M., Bierma-Zeinstra, S.M.A., Runhaar, J., Miedema, H.S., & Roelofs, P.D.D.M. (2020). Reasons why Dutch novice nurses leave nursing: A qualitative approach. *Nurse Educ Pract.* 47. 102848.
- Nhass, Hanan, & Poerwoatmodjo, Joey. (2021). *Wanneer de patiënt niet op z'n best is. Een kwalitatieve verkenning naar ervaringen van zorgmedewerkers met discriminatie en vooroordelen geuit door patiënten/cliënten*. Kennisplatform Integratie & Samenleving.
- NOS. (2022, 6 februari). Zorginstellingen zoeken buiten de EU naar personeel om de tekorten op te lossen. <https://nos.nl/nieuwsuur/artikel/2416058-zorginstellingen-zoeken-buiten-de-eu-naar-personeel-om-de-tekorten-op-te-lossen>.
- Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). (2019). *Recent Trends in International Migration of Doctors, Nurses and Medical Students*. <https://doi.org/10.1787/5571ef48-en>.
- RegioPlus. (2021). *Factsheet Resultaten doorlopend uitstroononderzoek 2021*. <https://regioplus.nl/wp-content/uploads/2021/10/RegioPlus-Factsheet-Uitstroononderzoek-2021.pdf>.
- Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP). (2021). *Open armen en dichte deuren*.
- Van de Pas, R., & Hinlopen, C. (2020). *Global Skills Partnerships on Migration*. https://www.wemos.org/wp-content/uploads/2023/02/Global-Skills-Partnerships-on-Migration_Friedrich-Ebert-Stiftung_2020.pdf/.
- Van den Muijsenbergh, M., & Busari, J. (2020, 2 december). Is er een 'witte blik' in de gezondheidszorg? *Sociale Vraagstukken*. <https://www.socialevraagstukken.nl/de-witte-blik-domineert-in-de-gezondheidszorg/>.
- Van der Gaag, N., & Van Nimwegen, N. (2017). Koplopers en volgers in vergrijzing. *DEMOS*, 33(9). <https://nidi.nl/demos/koplopers-en-volgers-in-vergrijzing/>.
- Van Elst, L. (2022, 14 juni). Nut en noodzaak van een internationaal personeelsbestand. *Zorgvisie*. <https://www.zorgvisie.nl/nut-en-noodzaak-van-een-internationaal-personeelsbestand/>.
- Van Elst, L. (2023, 3 januari). Rol voor buitenlandse zorgprofessionals de rode loper uit. *Zorgvisie*. <https://www.zorgvisie.nl/rol-voor-buitenlandse-zorgprofessionals-de-rode-loper-uit/>.
- Walton-Roberts, M. (2015). International migration of health professionals and the marketization and privatization of health education in India: from push-pull to global political economy. *Soc Sci Med.* 124, 374–82.

- Wapenaar, J. (2020, 10 januari). Bijna helft nieuwe zorgmedewerkers binnen 2 jaar weg en niet vanwege salaris. *Nursing.nl*. <https://www.nursing.nl/werk/de-verpleegkundige/bijna-helft-nieuwe-zorgmedewerkers-binnen-2-jaar-weg-en-niet-vanwege-salaris/>.
- WEMOS. (2020). *Universal health coverage and health worker maldistribution in the European Union: what roles and responsibilities for health managers?* EHMA Annual Conference 2020.
- Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (WRR). (2020). *Het betere werk. De nieuwe maatschappelijke opdracht*.
- Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (WRR). (2020). *Samenleven in verscheidenheid. Beleid voor de migratiesamenleving*.
- Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (WRR). (2021). *Kiezen voor houdbare zorg. Mensen, middelen en maatschappelijk draagvlak*.
- World Health Organization (WHO). (2010). *User's Guide to the WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel*.
- World Health Organization (WHO). (2020). *Health Workforce Support and Safeguards List*.
- World Health Organization (WHO). (2021). *WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel. National Reporting Instrument*.
- Zerbib, J.-P. (2021). 'Medical deserts – A growing problem across Europe. *European Public Health Alliance*'. <https://epha.org/medical-deserts-a-growing-problem-across-europe/>.
- Zorggids Nederland. (2021). CBS onderzoekt: forse stijging instroom hbo-verpleegkunde studenten. <https://www.zorggidsnederland.nl/artikel/CBS-onderzoekt-forse-stijging-instroom-hbo-verpleegkunde-studenten/>.
- Zuil, W. (2021, 12 november). Indonesische werkstudenten aan de slag bij Woonzorg Flevoland. *Zorgvisie*. <https://www.zorgvisie.nl/indonesische-werkstudenten-aan-de-slag-bij-woonzorg-flevoland/>.
- Zwaan, K., Terlouw, A., Strik, T., Oosterom-Staples, H., De Lange, T., De Hart, B., & Fernhout, R. (2020). *Nederlands migratierecht*. Boom Juridische uitgevers.

Lijst van Gesproken personen

Voor deze studie spraken we met onderstaande personen. Daarbij is weergegeven bij welke organisatie zij ten tijde van het gesprek werkten.

- C. (Carlotta) Airoidi**, Voormalig verpleegkundige RadboudUMC
- G. (Guus) Bannenberg**, Bestuurder Gehandicaptenzorg Tragel
- J. (Jos) de Blok**, Directeur Thuiszorg organisatie Buurtzorg
- B. (Bianca) Buurman**, Voorzitter Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland
- F. (Frank) van Gool**, Directeur Rekruteringsbureau OTTO Work Force
- I. (Ivon) Hogendoorn**, Voorzitter Verpleegkundige adviesraad, IC-verpleegkundige, Universitair Medisch Centrum Utrecht
- Y. (Yvonne) Janmaat**, Anesthesiemedewerker Universitair Medisch Centrum Utrecht
- M. (Monique) Kremer**, Voorzitter Adviesraad Migratie
- B. (Ben) Polak**, Hoofd Recruitment Ziekenhuis Zuyderland
- J. (Jeroen) Reunis**, Algemeen directeur Rekruteringsbureau Avant Talent Group
- I. (Ilse) van Steen**, Recruitement adviseur Ziekenhuis RadboudUMC
- J. (Jessica) Vogel**, Lid Raad van Bestuur Ouderenzorg organisatie Oktober

Bijlage

Interviewvragen

De onderstaande vragen zijn een leidraad geweest bij de gevoerde gesprekken, maar niet alle vragen zijn in alle gesprekken aan bod gekomen.

A. Demografie:

1. Hoeveel arbeidsmigranten heeft u in dienst (gehad)?
2. Wat hadden zij aan voorbereiding gehad voor zij bij u in dienst traden en/of kregen zij scholing van u?
3. Uit welke landen waren zij afkomstig?
4. Op welke manier heeft u hen geworven?
5. Wat voor een opleiding hadden zij eerder genoten/hoe heeft u hierop geselecteerd?

B. Ervaringen:

6. Wat zijn jullie ervaringen tot op heden m.b.t.:
 - a. Kwaliteit van werk
 - b. Ervaringen/reacties werkvloer, zowel collega's als patiënten?
 - c. Logistieke en praktische barrières (bijv. administratie, etc.).
 - d. Indien gepast, iemand met ervaring op gebied bestuur/beleid: tegen welke barrières m.b.t. financiële en regelgeving bent u aangelopen?
 - e. Persoonlijk leven/sociaal netwerk
 - f. Waarom werkt het? Of: Hoe zou het wel kunnen werken?
 - g. Tips, do's en don'ts

C. Beleid en toekomstverwachtingen:

7. Wat verwacht u dat de behoefte naar de toekomst zal zijn vanuit uw sector/organisatie? Zo concreet mogelijk in aantallen?
8. Hoe kijkt u aan tegen het aantrekken van arbeidsmigranten uit landen waar de kwaliteitsnormen anders zijn dan in Nederland?
9. Heeft u gedachten over of een programma voor de terugkeer van de arbeidsmigranten naar hun thuisland (ter voorkoming van een braindrain)?
10. Voor mensen met inzicht in arbeidsmarkt buitenland: waarom zijn de percentages arbeidsmigranten in omringende/OECD-landen zoveel hoger? Waar komt dit verschil uws inziens vandaan?

Lessen voor arbeidsmigratie in de Nederlandse zorg: een interview- en literatuurstudie

WRR

WETENSCHAPPELIJKE RAAD VOOR HET REGERINGSBELEID