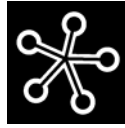


University of Amsterdam



**AMSTERDAM INSTITUTE FOR
ADVANCED LABOUR STUDIES**

**VISSEN IN EEN VREEMDE VIJVER:
HET WERVEN VAN VERPLEEGKUNDIGEN EN
VERZORGENDEN IN HET BUITENLAND**

*Ervaringen met en toekomstverwachtingen over arbeidsmigratie
in de zorgsector*

**Judith M. Roosblad, Amsterdam Institute for Advanced labour Studies,
Universiteit van Amsterdam**

Working Paper Number 05/35

Acknowledgements

Dit onderzoek is gefinancierd door ABVAKABO FNV en het Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid.

Information for library

Roosblad, J. (2005), Vissen in een vreemde vijver: het werven van verpleegkundigen en verzorgenden in het buitenland. Ervaringen met en toekomstverwachtingen over arbeidsmigratie in de zorgsector. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam, AIAS working paper 2005-35.

May 2005

Information may be quoted provided the source is stated accurately and clearly.
Reproduction for own/internal use is permitted.

© Judith M. Roosblad, 2005

This paper can be downloaded: www.uva-aias.net/files/aias/reports/WP35.pdf

ENGLISH ABSTRACT

This study examines the consequences of labour migration for labour relations in the healthcare sector in terms of equal treatment of employees. The report analyses the share of migrant nurses in the Dutch healthcare service, the experiences of employers and works councils with the recruitment of migrant nurses, the experiences of migrant nurses with working in the Netherlands and the experiences of Dutch nurses with their migrant colleagues. The main research questions are: What are the effects of the recruitment of migrant nurses on the employment in the Dutch healthcare sector? What are the consequences of labour migration for labour relations in the healthcare sector with regard to worker participation and equal treatment of employees? To what extent can labour migration in the healthcare sector be compared to labour migration in other sectors, such as construction and the meat industry?

NEDERLANDS ABSTRACT

Met dit onderzoek wordt beoogd in kaart te brengen wat de gevolgen zijn van arbeidsmigratie voor de arbeidsverhoudingen in de zorgsector in het licht van medezeggenschap en gelijke behandeling van werknemers. Dit gebeurt door een analyse te maken van het aandeel buitenlandse verpleegkundigen en verzorgenden in de Nederlandse gezondheidszorg en de knelpunten die deze werknemers ervaren bij het werken in Nederland; een analyse te maken van de ervaringen van werkgevers met werving in het buitenland; inzicht te geven in de toekomstige behoefte aan het aantrekken van personeel uit het buitenland en het inzichtelijk maken van het draagvlak hiervoor binnen het management en de ondernemingsraden. De hoofdvragen van het onderzoek zijn: Wat is de betekenis van de inzet van buitenlandse verpleegkundigen en verzorgenden voor de werkgelegenheid in de Nederlandse zorg? Wat zijn de gevolgen van de komst van arbeidsmigranten voor arbeidsverhoudingen in de zorgsector als het gaat om medezeggenschap en gelijke behandeling van werknemers? In hoeverre kan immigratie in de zorg worden vergeleken met de toelating van arbeidsmigranten in andere sectoren, zoals de bouw en de vleessector?

TEN GELEIDE

Voor u ligt het onderzoeksrapport *Vissen in een vreemde vijver: het werven van verpleegkundigen en verzorgenden in het buitenland. Ervaringen met en toekomstverwachtingen over arbeidsmigratie in de zorgsector*. Dit onderzoek is onder meer voortgevloeid uit een internationaal onderzoek dat de mondiale koepel van vakbonden in de publieke sector Public Service International in 2003 en 2004 heeft gehouden naar de impact van arbeidsmigratie in de Zorgsector. Mede gefinancierd door het Ministerie van Sociale Zaken en werkgelegenheid is met dit onderzoek een verdiepingsslag gemaakt in de Nederlandse situatie.

Op het moment dat het rapport wordt gepresenteerd, is er relatieve rust op het gebied van migratie in de zorg. Toenemende internationalisering, een Europa zonder grenzen en gelijktijdig een weer groeiend tekort op de arbeidsmarkt liggen in het verschiep. Daarbij valt eenvoudig te voorspellen dat de zorgsector door vergrijzing meer mensen nodig zal hebben. Dit alles leidt naar verwachting binnen enkele jaren weer tot spanningen op die arbeidsmarkt. Verpleegkundigen en verzorgenden uit het buitenland vormen niet de oplossing voor dit probleem. Die zal primair binnen Nederland gevonden moeten worden. Dat neemt echter niet weg dat als Europa zonder grenzen ook voor werknemers realiteit wordt, verpleegkundigen van elders naar Nederland zullen gaan komen.

Grenzen vallen weg en werknemers zullen minder aan hun geboorteland gebonden zijn. Gekoppeld aan veranderende wet- en regelgeving betekent dit dat er in toenemende mate een risico op ongewenste verschijnselen als culturele problemen, concurrentievervalsing en zelfs uitbuiting kan optreden. Dit onderzoek brengt ervaringen met migratie in de Nederlandse Zorg tot nu toe in kaart. Mede door dit rapport is ABVAKABO FNV in staat de in de toekomst groeiende migratie in goede banen te leiden en buitenlandse verpleegkundigen en verzorgenden hun beroep op gelijke en gelijkwaardige wijze als hun Nederlandse collega's te laten uitoefenen.

Op diverse manieren bereidt ABVAKABO FNV zich voor op migratieontwikkelingen. Zo is er inmiddels een samenwerking met de Poolse vakbondscollega's gestart. ABVAKABO FNV is er klaar voor. Wij bevelen u lezing en gebruik van dit rapport dan ook van harte aan!

Jenneke van Pijpen,

Vice-voorzitter ABVAKABO FNV.

VOORWOORD

Dit rapport is een verslag van de ervaringen van zorginstellingen, ondernemingsraden en zorgpersoneel met het aantrekken van personeel uit het buitenland en de ervaringen van buitenlands zorgpersoneel met het werken in Nederland. Hoewel de werving van verpleegkundigen en verzorgenden in het buitenland ten tijde van het onderzoek nagenoeg stil lag, bleek de welwillendheid om mee te werken aan het onderzoek erg groot te zijn. Ik wil alle personen die bereid waren mij te woord te staan bedanken voor hun medewerking en het enthousiasme waarmee zij dit gedaan hebben.

Verscheidene mensen hebben bijgedragen aan de voortgang van het onderzoek. Marco Borsboom is vanuit de ABVAKABO FNV verantwoordelijk geweest voor de coördinatie van het project. Daarnaast heeft dr. Kim van Eyck van Public Service International voortgangsrapportages verstrekt van onderzoek naar arbeidsmigratie in de zorgsector in andere landen. Verder is het hoofdstuk over de ervaringen van buitenlandse verpleegkundigen en verzorgenden tot stand gekomen met medewerking van drs. Laura van Brummelen.

Het onderzoek werd begeleid door een begeleidingscommissie die commentaar gaf op eerdere versies van het rapport en adviezen over de voortgang. De begeleidingscommissie bestond uit:

| | |
|----------------------|---|
| Mw. J. van Pijpen | ABVAKABO FNV |
| M. Borsboom | ABVAKABO FNV |
| P. Soedarso | AMC |
| Dr. J. Doomernik | IMES (Instituut voor Migratie- en Etnische Studies), Universiteit van Amsterdam |
| Mw. A. van der Weele | Florence |

Ik dank hen voor hun waardevolle commentaren en opmerkingen.

Amsterdam, mei 2005

Judith Roosblad

INHOUDSOPGAVE

| | |
|---|-----------|
| ENGLISH ABSTRACT | 5 |
| NEDERLANDS ABSTRACT | 5 |
| I INLEIDING | 15 |
| 1.1 Inleiding | 15 |
| 1.2 De vraagstelling van het onderzoek | 17 |
| 1.3 Onderzoeksmethode | 18 |
| 1.3.1 Deelonderzoek naar arbeidsmigratie in de zorg | 18 |
| 1.3.2 Deelonderzoek naar ervaringen werkgevers en ondernemingsraden | 18 |
| 1.3.3 Deelonderzoek naar ervaringen buitenlandse verpleegkundigen | 21 |
| 1.3.4 Deelonderzoek naar 'regulier zorgpersoneel' | 22 |
| 1.3.5 Deelonderzoek naar de vergelijking van sectoren | 23 |
| 1.4 Opzet van het onderzoek | 24 |
| 2 ARBEIDSMIGRATIE IN DE ZORGSECTOR | 25 |
| 2.1 De werkgelegenheid in de zorgsector | 25 |
| 2.2 Oorzaken van personeelstekorten | 25 |
| 2.3 Aantallen buitenlandse verpleegkundigen en verzorgenden | 26 |
| 2.4 Wettelijke bepalingen rond arbeidsmigratie | 30 |
| 2.5 Wet- en regelgeving in de zorg | 31 |
| 2.6 Achtergronden van het CAZ | 33 |
| 2.7 Ethische aspecten van arbeidsmigratie in de zorg | 35 |
| 2.8 Genderaspecten van arbeidsmigratie | 36 |
| 3 ERVARINGEN VAN WERKGEVERS MET WERVING IN HET BUITENLAND | 39 |
| 3.1 Motieven voor werving van buitenlandse verpleegkundigen | 39 |
| 3.2 Keuze van het wervingsland | 40 |
| 3.3 Praktijk van de werving | 42 |
| 3.4 Ervaringen met bemiddelingsbureaus | 44 |
| 3.5 Ervaringen van zorginstellingen met buitenlandse werknemers op de werkvloer | 45 |
| 3.6 Criteria voor 'succesvolle wervingstrajecten' | 47 |

| | |
|---|-----------|
| 4 OVERWEGINGEN VAN DE ONDERNEMINGSRAAD | 49 |
| 5 ERVARINGEN VAN BUITENLANDSE VERPLEEGKUNDIGEN EN VERZORGENDEN | 51 |
| 5.1 Inleiding | 51 |
| 5.2 Wie zijn de respondenten? | 52 |
| 5.3 Werving van buitenlands zorgpersoneel | 54 |
| 5.4 Verwachte kosten van de migratie | 54 |
| 5.5 Integratie en acceptatie in de organisatie en Nederland | 55 |
| 5.6 Verlenging contract | 56 |
| 5.7 Relatie met vakbonden en ondernemingsraden | 57 |
| 5.8 Samenvatting | 57 |
| 6 ERVARINGEN VAN REGULIER PERSONEEL | 59 |
| 6.1 Inleiding | 59 |
| 6.2 Voorbereiding op de komst van buitenlandse collega's | 59 |
| 6.3 Draagvlak | 60 |
| 6.4 Taal en communicatie | 62 |
| 6.5 Waardering voor de buitenlandse collega's | 63 |
| 7 DE ZORGSECTOR IN SECTORAAL VERGELIJKEND PERSPECTIEF | 67 |
| 7.1 Inleiding | 67 |
| 7.2 Juridische constructies volgens welke Poolse arbeidskrachten worden ingezet in de bouw en vleessector | 67 |
| 7.3 De vleessector | 68 |
| 7.4 De bouwsector | 69 |
| 7.5 De zorgsector | 70 |
| 7.6 De drie sectoren vergeleken | 71 |
| 8 VERWACHTINGEN OVER TOEKOMSTIGE MIGRATIE | 73 |
| 8.1 Inleiding | 73 |
| 8.2 Voorwaarden voor toekomstige arbeidsmigratie | 73 |

| | |
|--|------------|
| 9 CONCLUSIE | 77 |
| 9.1 Inleiding | 77 |
| 9.2 Impact op de werkgelegenheid | 77 |
| 9.3 Ervaringen van buitenlands zorgpersoneel | 79 |
| 9.4 De zorgsector in sectoraal vergelijkend perspectief | 79 |
| 9.5 Arbeidsmigratie in de zorgsector in het licht van (mede)zeggenschap en gelijke behandeling | 80 |
| 9.6 Tot besluit | 82 |
| AANBEVELINGEN | 83 |
| SAMENVATTING | 87 |
| BIJLAGE 1: VRAGENLIJST MANAGERS ZORGINSTELLINGEN | 91 |
| BIJLAGE 2: VRAGENLIJST ONDERNEMINGSRADEN | 95 |
| BIJLAGE 3: VRAGENLIJST BUITENLANDSE VERPLEEGKUNDIGEN EN VERZORGENDEN | 97 |
| LITERATUUR EN BRONNEN | 103 |

I INLEIDING

I.1 INLEIDING

In de afgelopen decennia heeft internationale arbeidsmigratie in de zorgsector wereldwijd een enorme vlucht genomen. Mede ingegeven door factoren als tekorten op de arbeidsmarkt en vergrijzing van de populatie gaan Noordwest-Europese landen en landen als de Verenigde Staten van Amerika, Canada en Australië ertoe over om zorgpersoneel van elders te rekruteren. Factoren als slechte arbeidsvoorwaarden en -omstandigheden, onvoldoende investering in de zorg en overschotten aan personeel in het herkomstland zijn mede debet aan het wegtrekken van zorgpersoneel uit de bronlanden. Tegelijkertijd is er een groeiende erkenning van Europese landen dat de instroom van immigranten noodzakelijk is voor de beroepsbevolking van deze staten. De demografische veranderingen in de Europese Unie (EU), zoals de vergrijzing en lage geboortecijfers, hebben ervoor gezorgd dat het debat over arbeidsmigratie op de Europese agenda staat. Zo zouden landen als Duitsland, Griekenland en Italië zonder immigratie geconfronteerd worden met een krimp van de beroepsbevolking en te kampen hebben met een krappe arbeidsmarkt.¹

Ook in de Nederlandse zorgsector is in de afgelopen vijf jaar de werving van verpleegkundigen en verzorgenden in het buitenland toegenomen. Deze verpleegkundigen en verzorgenden zijn deels afkomstig uit de 'oude' EU-lidstaten, zoals België en Duitsland, deels afkomstig uit nieuwe EU-lidstaten zoals Polen en deels uit landen buiten de EU, zoals de Filippijnen, Indonesië en Zuid-Afrika.

Voor verpleegkundigen met niet-Nederlandse kwalificaties heeft het werken in Nederland implicaties. Bij (potentiële) tewerkstelling lopen zij tegen een aantal barrières op. Zo moeten de in het buitenland behaalde diploma's worden erkend en worden beoordeeld op gelijkwaardigheid met Nederlandse diploma's. Tevens hebben zij een verblijfs- en tewerkstellingsvergunning nodig. Verder moeten verpleegkundigen en verzorgenden over voldoende beheersing van de Nederlandse taal beschikken, zowel schriftelijk als mondeling. Daarenboven krijgen zij te maken met het Nederlandse belasting- en sociale premiestelsel, waardoor het soms pas achteraf geheel duidelijk is wat de verdiende inkomsten zijn.

Ook zorginstellingen kenmerken de regels en procedures om als buitenlandse verpleegkundige of verzorgende in Nederland te kunnen werken als problematisch. Zo brengt het veel bureaucratische rompslomp met zich mee. Tevens ervaren zij verschillen in cultuur en het ontbreken van kennis over de Nederlandse gezondheidszorg bij buitenlands zorgpersoneel als knelpunt. Zorginstellingen hebben bovendien te maken met het belang van voldoende draagvlak voor werving in het buitenland bij het reeds in dienst zijnde personeel. Voor deze werknemers (en hun organisaties) is het onder

andere van belang dat buitenlandse verpleegkundigen onder dezelfde voorwaarden worden aangesteld mede om concurrentievervalsing tegen te gaan.

De werving van personeel in het buitenland heeft dientengevolge implicaties voor werknemersorganisaties. Hoewel de vakbonden enerzijds het recht van mensen om in vrijheid te kunnen bewegen erkennen, dringen zij anderzijds aan op investeringen in prioriteit genietend arbeidspotentieel op de Nederlandse arbeidsmarkt. Voorts is er ook een zwaarwegend internationaal aspect: door het wegtrekken van vaak hoogopgeleid zorgpersoneel uit landen met een minder goed ontwikkelde gezondheidszorg ontstaat er niet alleen een 'brain drain' in deze landen maar ook een 'care drain'. Herkomstlanden zijn niet in staat hun gezondheidszorg op peil te brengen en te houden, wat een nog grotere sociale ongelijkheid tussen westerse en niet-westerse landen met zich meebrengt.

Het bovenstaande maakt duidelijk dat het van belang is om de werving van buitenlands zorgpersoneel vanuit verschillende perspectieven te analyseren. Met dit onderzoek wordt beoogd in kaart te brengen wat de gevolgen zijn van arbeidsmigratie voor de arbeidsverhoudingen in de zorgsector in het licht van medezeggenschap en gelijke behandeling van werknemers. Dit gebeurt door een analyse te maken van het aandeel buitenlandse verpleegkundigen en verzorgenden in de Nederlandse gezondheidszorg en de knelpunten die deze werknemers ervaren bij het werken in Nederland; een analyse te maken van de ervaringen van werkgevers met werving in het buitenland; inzicht te geven in de toekomstige behoefte aan het aantrekken van personeel uit het buitenland; en het inzichtelijk maken van het draagvlak hiervoor binnen het management en de ondernemingsraden.²

Dit onderzoek maakt deel uit van een internationale studie naar arbeidsmigratie in de zorgsector, uitgevoerd door de internationale vakbond voor de publieke sector Public Service International (PSI). Dit onderzoeksproject, getiteld *Women and International Migration in the Public Health Sector*, behelst een studie naar de impact van internationale migratie op de werkgelegenheid in de gezondheidszorg in 15 landen. Dit zijn zowel bronlanden als wervingslanden, te weten: Barbados, Canada, Chili, De Filippijnen, De Nederlandse Antillen, Ecuador, Fiji, Ghana, Kenia, Polen, Schotland en Wales in Groot-Brittannië en Nederland. In de wervingslanden is een survey verricht onder 50 in het buitenland geworven verpleegkundigen en verzorgenden, in de bronlanden onder 50 potentiële

¹ Social Agenda, July, 2003, p.3-4.

² Er zijn reeds enkele studies verschenen over arbeidsmigratie in zorgsector in Nederland. Zo heeft de Organisatie voor Strategisch Arbeidsmarkt Onderzoek (OSA) onderzoek gedaan naar ervaringen van en met zorgpersoneel uit EU-lidstaten (De Veer e.a. 2002). Deze studie richt zich op de mogelijkheden van het bevorderen van arbeidsmobiliteit binnen de Europese Unie naar Nederland. Daarnaast heeft het NIZW een inventarisatie gemaakt van ervaringen van zorginstellingen met buitenlandse verpleegkundigen (Tjadens en Roerink, 2002). Overige studies zijn: De Lange en Pool (2004); Cottaar (2003); Kohlman e.a. (2003).

arbeidsmigranten. De vragen in de survey hebben betrekking op een aantal aspecten. De belangrijkste daarvan zijn motieven voor migratie, het verloop van de werving, kosten die hiermee gemoeid zijn en de ervaringen van de verpleegkundigen in de ontvangende samenleving.

I.2 DE VRAAGSTELLING VAN HET ONDERZOEK

Dit rapport beoogt antwoord te geven op de volgende hoofdvragen:

Wat is de betekenis van de inzet van buitenlandse verpleegkundigen en verzorgenden voor de werkgelegenheid in de Nederlandse zorg? Wat zijn de gevolgen van de komst van arbeidsmigranten voor arbeidsverhoudingen in de zorgsector als het gaat om medezeggenschap en gelijke behandeling van werknemers? In hoeverre kan immigratie in de zorg worden vergeleken met de toelating van arbeidsmigranten in andere sectoren?

Deze hoofdvragen zijn onder te verdelen in de volgende deelvragen:

1. Wat is het aandeel van buitenlandse verpleegkundigen en verzorgenden in de zorgsector?
2. Wat zijn de redenen van zorginstellingen om buitenlandse werknemers aan te trekken? In hoeverre denken zorginstellingen in de toekomst gebruik te maken van rekrutering in het buitenland?
3. Wat zijn de ervaringen van zorginstellingen met buitenlandse verpleegkundigen?
4. Hoe gaan ondernemingsraden met wervingsaspiraties van hun zorginstellingen om?
5. Wat zijn de ervaringen van buitenlandse verpleegkundigen in de Nederlandse zorg?
6. Wat zijn de ervaringen van autochtone collega's met buitenlandse verpleegkundigen?
7. Op welke punten verschilt arbeidsmigratie in de zorg met arbeidsmigratie in andere sectoren?
8. Wat kunnen ondernemingsraden, vakbonden en zorginstellingen doen om knelpunten voor buitenlandse verpleegkundigen weg te nemen en wat voor maatregelen kunnen worden genomen om ongelijke behandeling te voorkomen of tegen te gaan?

I.3 ONDERZOEKSMETHODE

Voor de beantwoording van de vragen zijn diverse deelonderzoeken verricht en verschillende onderzoeksmethoden gebruikt. In het eerste deelonderzoek is een literatuurstudie gedaan naar (internationale) arbeidsmigratie in de gezondheidszorg. In het tweede deelonderzoek zijn vraaggelassen gehouden met managers van 20 zorginstellingen. In het derde deelonderzoek zijn vraaggelassen gehouden met ondernemingsraadsleden van 20 zorginstellingen. In het vierde deelonderzoek is een survey gehouden onder 50 buitenlandse verpleegkundigen. In het vijfde deelonderzoek zijn groepsgelassen gehouden met regulier zorgpersoneel. In het laatste deelonderzoek is een vergelijking gemaakt met arbeidsmigratie in andere sectoren, te weten de bouw en de vleessector, op basis van een literatuuranalyse.

I.3.1 DEELONDERZOEK NAAR ARBEIDSMIGRATIE IN DE ZORG

Voor dit deelonderzoek is een literatuurstudie gemaakt van arbeidsmigratie in de zorg. Tevens zijn gelassen gevoerd met twee landelijke bestuurders en een beleidsmedewerker van ABVAKABO FNV. Daarnaast zijn data verzameld over het aantal buitenlandse werknemers in de Nederlandse gezondheidszorg. Hiervoor is onder andere een interview gehouden met twee medewerkers van het BIG-register, Unit Vakbekwaamheidsverklaring.³

I.3.2 DEELONDERZOEK NAAR ERVARINGEN WERKGEVERS EN ONDERNEMINGSRADEN

Voor de beantwoording van de tweede, derde, vierde en achtste deelvraag zijn vraaggelassen gehouden met P&O managers en ondernemingsraadsleden in een twintigtal zorginstellingen, die actief in het buitenland zorgpersoneel hebben geworven. In dit onderzoek wordt met de begrippen buitenlandse verpleegkundigen en verzorgenden bedoeld op die personen die in het buitenland gerekruteerd zijn om in de Nederlandse zorg te komen werken.

De interviews zijn gehouden aan de hand van halfgestructureerde vragenlijsten. Uit onderzoek van De Veer e.a. (2002: 18) blijkt dat de personeelstekorten in de zorg niet overal even groot zijn. Deze studie richt zich met name op de zorgbranches die rond de eeuwwisseling te kampen hebben gehad met een grote vacatureproblematiek. Aanvankelijk was het op basis van deze tekorten de bedoeling om in het onderzoek de volgende instellingen te betrekken:

- tien verpleeg- en verzorgingshuizen (resp. 10.6 procent en 8.3 procent niet-ingevulde vacatures)⁴
- vijf thuiszorginstellingen (8.8 procent niet ingevulde vacatures)⁵
- vijf ziekenhuizen (2.0 procent niet ingevulde vacatures)⁶

Er bleken echter geen thuiszorginstellingen te vinden die actief in het buitenland personeel hadden geworven. Daarom zijn in plaats van de vijf thuiszorginstellingen een psychiatrisch ziekenhuis en vier extra verpleeg en verzorgingshuizen in het onderzoek betrokken.

De instellingen zijn op de volgende manier geselecteerd. Door de ABVAKABO FNV is een inventarisatie gemaakt van zorginstellingen die buitenlandse verpleegkundigen hebben geworven. Dit is gedaan op basis van informatie van sleutelfiguren in het veld en publicaties over wervingsprojecten in het buitenland in de media. Hoewel op deze manier veel instellingen gevonden zijn, bleek de lijst tijdens het onderzoek zeker niet volledig te zijn. Van deze lijst (n=26, waarvan 8 ziekenhuizen en 18 verpleeg- en verzorgingshuizen) zijn 20 instellingen benaderd, waarvan er 14 hebben meegewerkt. De overige instellingen zijn gevonden op basis van informatie van respondenten over andere instellingen die in het buitenland gerekruteerd hadden en die niet op de groslijst stonden. De instellingen zijn geconcentreerd in de Randstad, omdat daar de tekorten op de arbeidsmarkt het grootst zijn. De meeste gesprekken zijn gehouden in de periode oktober 2004 tot februari 2005.

Tabel 1.1: Onderzochte zorginstellingen naar type zorginstelling, regio, aantallen geworven arbeidsmigranten⁷ en aantallen wervingsronden in de afgelopen 5 jaar.

| Type instelling | Regio | Herkomstland arbeidsmigranten | Totaal aantal gerekruteerde arbeids- migranten | Aantal wervings- ronden |
|-----------------|-----------|----------------------------------|--|-------------------------------|
| Ziekenhuis | Den Haag | Finland, Duitsland | 8 | 2 |
| Ziekenhuis | Den Haag | Indonesië, Duitsland | 11 | 2 |
| Ziekenhuis | Amsterdam | Zuid-Afrika, Australië | 17 | 2 |

³ BIG-register: Register Beroepsbeoefenaren in de Gezondheidszorg. Meer over dit register: zie paragraaf 2.3 en 2.5.

⁴ Veer, e.a.(2002, 18).

⁵ Idem

⁶ Idem.

⁷ Het gaat hier om actief in het buitenland geworven arbeidsmigranten. Dit hoeft niet het totaal aantal buitenlandse verpleegkundigen of verzorgenden in een instelling te zijn.

| | | | | |
|---------------------------------|------------|------------------------|----|---|
| Ziekenhuis | Amsterdam | Indonesië | 15 | 3 |
| Ziekenhuis | Brabant | Oost-Europa | 14 | 1 |
| Ziekenhuis | Amersfoort | Indonesië | 11 | 1 |
| Verpleeg- en Verzorgingshuis | Den Haag | Filippijnen, Duitsland | 16 | 2 |
| Verpleeg- en Verzorgingshuis | Den Haag | Polen | 8 | 1 |
| Verpleeg- en Verzorgingshuis | Den Haag | Polen | 11 | 2 |
| Verpleeg- en Verzorgingshuis | Den Haag | Polen | 3 | 1 |
| Verpleeg- en Verzorgingshuis | Den Haag | Polen | 8 | 1 |
| Verpleeg- en Verzorgingshuis | Den Haag | Filippijnen | 18 | 1 |
| Verpleeg- en Verzorgingshuis | Amsterdam | Litouwen | 9 | 1 |
| Verpleeg- en Verzorgingshuis | Amsterdam | Indonesië | 12 | 2 |
| Verpleeg- en Verzorgingshuis | Amsterdam | Indonesië | 3 | 1 |
| Verpleeg- en Verzorgingshuis | Amsterdam | Indonesië | 1 | 1 |
| Verpleeg- en Verzorgingshuis | Den Haag | Polen | 6 | 1 |
| Verpleeg- en Verzorgingshuis | Amsterdam | Indonesië | 20 | 5 |
| Verpleeg- en Verzorgingshuis | Amsterdam | Indonesië | 8 | 3 |
| Verpleeg- en Verzorgingshuis | Amsterdam | Indonesië | 8 | 3 |

1.3.3 DEELONDERZOEK NAAR ERVARINGEN BUITENLANDSE VERPLEEGKUNDIGEN

Ter beantwoording van de vijfde deelvraag zijn interviews gehouden met 50 buitenlandse verpleegkundigen en verzorgenden, geworven uit de nieuwe lidstaten van de EU en uit niet-EU landen. Het onderzoek richt zich juist op deze categorie buitenlandse verpleegkundigen en verzorgenden omdat met de uitbreiding van de EU het in de toekomst makkelijker en daardoor wellicht aantrekkelijker wordt voor werknemers uit nieuwe lidstaten zich te vestigen in Nederland. Anderzijds wordt het voor werkgevers ook makkelijker om werknemers uit deze landen te werven.⁸ Bovendien heeft werving in deze landen de discussie over de ethische kant van arbeidsmigratie doen opwaaien. Het (vermeende) risico van brain drain is in de nieuwe lidstaten en landen buiten de EU het grootst. Een laatste reden is dat de Organisatie voor Strategisch Arbeidsmarktonderzoek (OSA) reeds onderzoek heeft verricht naar de werving en ervaringen van zorgpersoneel uit oude EU-lidstaten (De Veer e.a., 2002).

Dit deelonderzoek is tevens gebruikt als de Nederlandse input voor het PSI onderzoeksproject Women and International Migration. De methode die gehanteerd is is de volgende. De vragenlijst die voor het PSI-onderzoek is opgesteld is vertaald in het Nederlands en aangevuld met enige in de Nederlandse casus relevante vragen. De interviews zijn face-to-face in het Nederlands afgenomen. Uit eerder onderzoek⁹ blijkt dat verpleegkundigen en verzorgenden over voldoende mondelinge beheersing van de Nederlandse taal beschikken om vragen in het Nederlands te beantwoorden. Een voldoende beheersing van de Nederlandse taal is immers ook een vereiste om aangenomen te worden. Vervolgens is een inventarisatie gemaakt van zorginstellingen die buitenlandse verpleegkundigen en verzorgenden in dienst hebben. Uit deze instellingen is -onafhankelijk van de selectie voor de te interviewen werkgevers - getracht een zodanige selectie te maken, dat er een optimale spreiding was naar regio, herkomstland van het zorgpersoneel en type zorginstelling. Binnen deze instellingen zijn buitenlandse verpleegkundigen en verzorgenden benaderd om mee te werken aan het onderzoek. De interviews zijn afgenomen door kaderleden van ABVAKABO FNV die zelf werkzaam zijn in de zorgsector. Deze kaderleden hebben een interviewtraining gevolgd. De gesprekken zijn gehouden in de periode maart 2004 tot mei 2004.

⁸ Dit zal echter tot 2006 niet gelden, omdat er een overgangsregeling is getroffen voor het vrije verkeer van werknemers uit de nieuwe EU-lidstaten.

⁹ Van Eyck (2004).

Tabel 1.2: Geïnterviewde buitenlandse werknemers per land van herkomst, soort instelling en regio

| Herkomstland | Soort instelling | Regio |
|---------------------|---|--|
| Indonesië | Ziekenhuis | Amersfoort/ Den Haag |
| Polen | Verpleeg- en verzorgingshuis/ Ziekenhuis | Venlo/ Den Haag/ Amsterdam/ Rotterdam |
| Litouwen | Verpleeg- en verzorgingshuis | Amsterdam/ Eindhoven |
| Filippijnen | Verpleeg- en verzorgingshuis/ Ziekenhuis | Den Haag |
| Overig | Verpleeg- en verzorgingshuis/ Ziekenhuis | Amsterdam/ Den Haag |

1.3.4 DEELONDERZOEK NAAR 'REGULIER ZORGPERSONEEL'

Om enig inzicht te krijgen in de ervaringen en meningen van het 'reguliere personeel' over het werken met collega's die geworven zijn in het buitenland zijn er (groeps)gesprekken gehouden met autochtone en allochtone verpleegkundigen en verzorgenden van diverse instellingen. In totaal is er gesproken met 19 respondenten, van wie acht werkzaam in een ziekenhuis en elf werkzaam in een verpleeg- en verzorgingshuis. Van de 19 respondenten zijn 15 in dienst van de zorginstellingen waarvan ook de managers en ondernemingsraadsleden zijn geïnterviewd. De volgende gesprekken zijn gehouden: een gesprek in een psychiatrisch ziekenhuis (n=2) met een autochtone en allochtone verpleegkundige over hun ervaring met Indonesische verpleegkundigen; een groepsgesprek in een verpleeg- en verzorgingshuis (n=7) met 2 allochtone en 5 autochtone medewerkers over hun ervaring met Indonesische collega's; een groepsgesprek met allochtone verpleegkundigen en verzorgenden uit diverse instellingen (n=6) van wie 2 werkzaam in een ziekenhuis en 4 in een verpleeg- en verzorgingshuis over hun ervaringen met diverse groepen waaronder Oost-Europese, Filippijnse, Indonesische en Duitse verpleegkundigen en verzorgenden; een gesprek met twee autochtone verpleegkundigen in een ziekenhuis (n=2) over hun ervaring met Australische verpleegkundigen; een gesprek met twee autochtone verpleegkundigen in een ziekenhuis (n=2) over hun ervaring met Oost-Europese verpleegkundigen; en een gesprek met twee autochtone verzorgenden in een verpleeg- en verzorgingshuis (n=2) over hun ervaring met Oost-Europese verpleegkundigen.

Tabel 1.3: Geïnterviewd zorgpersoneel naar type instelling, functie en herkomstland van buitenlandse collega's.

| Aantal respondenten | Type instelling | Functie respondenten | Herkomst buitenlandse collega's |
|------------------------------|---------------------------------------|---|---|
| Gesprek 1: n=2 ¹⁰ | Ziekenhuis | Verpleegkundigen | Indonesië |
| Gesprek 2: n=7 | Verpleeg- en verzorgingshuis (V en V) | 2 praktijkopleiders, 2 leerling verzorgenden 3 verzorgenden | Indonesië |
| Gesprek 3: n=6 | Gemengd ziekenhuis en V en V | 2 verpleegkundigen 4 verzorgenden | Diversen: Oost-Europa, Filippijnen, Indonesië, Duitsland |
| Gesprek 4: n=2 | Ziekenhuis | 2 verpleegkundigen | Australië |
| Gesprek 5: n=2 | Ziekenhuis | 2 verpleegkundigen | Oost-Europa |
| Gesprek 6: n=2 | V en V | 2 verzorgenden | Oost-Europa |

De groepsgesprekken hadden een open karakter, waarbij steeds een aantal thema's aan de orde kwam. Deze thema's waren: meningen over het werven van personeel in het buitenland, de voorbereiding op de komst van buitenlandse collega's, draagvlak binnen de organisatie, waardering voor buitenlandse collega's en positieve en negatieve aspecten van het werken met buitenlandse collega's.

1.3.5 DEELONDERZOEK NAAR DE VERGELIJING VAN SECTOREN

Voor het laatste deelonderzoek is op basis van een literatuurstudie een vergelijking gemaakt met twee andere sectoren, te weten de bouw en de vleessector. Aanvankelijk was het de bedoeling de ICT-sector in plaats van de vleessector in de vergelijking te betrekken. Deze sector was interessant, omdat op deze manier een aantal additionele variabelen in de vergelijking betrokken kon worden, zoals opleidingsniveau, organisatiegraad en bronland. Door de ICT te kiezen had de zorgsector vergeleken kunnen worden met een sector waar de arbeidsmigratie bestaat uit hoogopgeleide werknemers (ICT) en een waar arbeidsmigratie een aangelegenheid van laaggeschoold personeel is (bouw). Tevens had de vergelijking gemaakt kunnen worden met een sector met een zwakke vertegenwoordiging van werknemersorganisaties (ICT) en een sterker georganiseerde sector (bouw). Bovendien had zodoende een sector met migratie uit diverse bronlanden (ICT) in de

¹⁰ n= aantal respondenten.

analyse betrokken worden tegenover een sector met voornamelijk Oost-Europese migratie (bouw). Net als in de zorg heeft arbeidsmigratie in de ICT-sector veel media aandacht gekregen. In de periode van de ongebreidelde groei in deze sector in de jaren negentig, laaide een discussie op over maatregelen om de Nederlandse kenniseconomie op peil te houden. De werkgeversorganisatie VNO-NCW riep op tot een minder stringent toelatingsbeleid en een versoepeling van de procedures voor de tewerkstelling en verblijf van een beperkt aantal specifieke doelgroepen.¹¹ Volgens het VNO-NCW liep Nederland als kenniseconomie schade op, omdat het niet geliefd zou zijn bij buitenlandse ICT'ers door de lange toelatingsprocedures. Dit zou ertoe leiden dat buitenlandse ICT-specialisten er minder snel voor kiezen om in Nederland te werken.¹² Ondanks het politieke debat over arbeidsmigratie in de ICT en de standpuntbepalingen van sociale partners over de toegang van buitenlandse werknemers in de ICT sector,¹³ is nagenoeg geen onderzoek gedaan naar de mate waarin arbeidsmigranten in deze sector zijn ingezet en de impact van arbeidsmigratie op de Nederlandse kenniseconomie. Over de bouw en de vleessector bleek wel voldoende literatuur beschikbaar te zijn op basis waarvan een vergelijkende analyse gemaakt kon worden.¹⁴

I.4 OPZET VAN HET ONDERZOEK

In het volgende hoofdstuk wordt een overzicht gegeven van achtergronden van werving van buitenlandse verpleegkundigen en verzorgenden en de wet- en regelgeving inzake de tewerkstelling van arbeidsmigranten. In hoofdstuk 3 wordt ingegaan op de ervaringen van werkgevers met het werven van zorgpersoneel in het buitenland. Daarna worden in hoofdstuk 4 de overwegingen van ondernemingsraden belicht. Vervolgens wordt in hoofdstuk 5 nagegaan wat de ervaringen van buitenlandse verpleegkundigen en verzorgenden in de Nederlandse zorg zijn. In hoofdstuk 6 komen ervaringen van regulier personeel met buitenlandse collega's aan bod. Verder wordt in hoofdstuk 7 een sectorale vergelijking gemaakt met de bouw en de vleessector. In hoofdstuk 8 wordt nagegaan wat de verwachtingen van werkgevers en ondernemingsraden zijn ten aanzien arbeidsmigratie in de nabije toekomst. Tot slot wordt in het concluderende hoofdstuk getracht een antwoord te geven op de in hoofdstuk I geformuleerde vraagstelling.

¹¹ Brief Regelgeving van toelating buitenlandse werknemers in verband met de ontwikkeling van de kenniseconomie. Brief van VNO-NCW aan de ministers van Economische Zaken, Buitenlandse Zaken, Justitie en Sociale Zaken en Werkgelegenheid.

¹² Trouw (24-4-200) Nederland laat toptalent schieten. Touwtrekken aan de grens: procedures staan werving van buitenlands personeel in de weg. In: Forum, opinieblad van VNO-NCW (31-10-2001); Uitverkiezing bij de grens?: op zoek naar een breed immigratiebeleid. In: Forum, opinieblad van VNO-NCW (02-08-2001);

¹³ VNO-NCW (2001) *Toegang buitenlandse werknemers in Nederland*. VNO-NCW; Bluijminck (2001).

¹⁴ De belangrijkste studies zijn Blomsma (2003) en Ter Beek e.a. (2005).

2 ARBEIDSMIGRATIE IN DE ZORGSECTOR

2.1 DE WERKGELEGENHEID IN DE ZORGSECTOR

De toename van arbeidsmigratie in de zorg in de afgelopen vijf jaar is ingegeven door de stijging van de personeelstekorten in deze sector. Door de opbloei van de Nederlandse economie in het afgelopen decennium is ook de werkgelegenheid in de gezondheidssector gegroeid. De groei van de Nederlandse economie is inmiddels omgeslagen in een lichte krimp. De omvang van de werkgelegenheid volgt deze ontwikkeling: de groei is bijna verdwenen, het aantal openstaande vacatures neemt sterk af en het onbenutte arbeidsaanbod neemt toe. De werkgelegenheid in de sector zorg en welzijn wijkt echter af van het algemene beeld. In 2002 groeide de werkgelegenheid daar nog met 4 à 5 procent en voor de jaren 2003 en 2004 werd nog een lichte groei verwacht. Door de ruimere algemene arbeidsmarkt is het voor de zorgsector iets gemakkelijker geworden om de nieuwe banen te vullen: het aantal vacatures is in 2002 gedaald en het aantal moeilijk vervulbare vacatures gehalveerd.¹⁵ Desalniettemin heeft de zorg te maken met personeelstekorten. Naar verwachting zal de werkgelegenheid in de zorgsector op de korte termijn, in de periode 2003-2007, groeien met een gemiddelde van 2,7 procent. Op de lange termijn zal de arbeidsmarkt in de zorg krap blijven (Sectorfondsen Zorg en Welzijn, 2004). De tekorten zijn niet in alle zorgbranches even groot. Met name de zorgverlening aan ouderen, zoals de thuiszorg en de verpleeg- en verzorgingshuizen, kampen met problemen (De Veer e.a., 2002: 17).

2.2 OORZAKEN VAN PERSONEELSTEKORTEN

Er is een aantal redenen aan te wijzen voor deze tekorten. Ten eerste heeft de Nederlandse samenleving te maken met een vergrijzende bevolking. Deze demografische ontwikkeling heeft een enorme impact op het stelsel van gezondheidszorg. Naar schatting zal het percentage ouderen (mensen van 65 jaar en ouder) in Nederland stijgen van 14 procent in 2003 tot 23 procent in 2040. Dit zal van invloed zijn op de betaalbaarheid van het sociale ziektekostenstelsel. Anno 2003 zijn er per 100 personen tussen de 15 en 65 22 ouderen. In 2040 zullen er tegenover iedere 100 personen in de beroepsbevolking 43 ouderen staan. Daarbij komt dat de voortschrijdende technologie ervoor zal zorgen dat deze ouderen ook nog eens langer zullen leven en meer eisen aan de gezondheidszorg zullen stellen. De consequenties hiervan voor de gezondheidszorg zijn dat een

steeds groter wordende groep ouderen aanspraak zal maken op zorgfaciliteiten en dat een steeds kleiner wordende groep mensen hiervan de kosten moet dragen. Het betekent ook dat de overheid en zorginstellingen maatregelen moeten treffen om te zorgen dat er voldoende personeel is om deze groter wordende vraag naar zorg - zowel in kwalitatieve als kwantitatieve zin - te blijven leveren (Sectorfondsen Zorg en Welzijn, 2004).

Ten tweede is er niet genoeg reguliere instroom: De instroom van studenten in de verpleegkundige en verzorgende opleidingen is niet groot genoeg. Daarbij komt dat de zorgsector concurrentie heeft gekregen van andere sectoren en is voor veel vrouwen de zorg niet meer de enige optie. Dit heeft erin geresulteerd dat slechts de helft van de afgestudeerden in de zorg ook daadwerkelijk in deze sector gaat werken. Bovendien kiezen ook herintreedsters lang niet altijd voor een terugkeer in de zorg. Ten derde heeft de sector problemen met het behoud van personeel. Er is een hoge uitstroom van personeel uit de sector die wordt veroorzaakt door het fysiek zware werk (met name in de verzorgende beroepen) en de hoge werkdruk. Ten vierde is er een hoog verzuim, mede veroorzaakt door voornoemde arbeidsomstandigheden. Ten vijfde heeft de sector een imago probleem: de promotiekansen zijn klein en de werkdruk hoog.¹⁶

2.3 AANTALLEN BUITENLANDSE VERPLEEGKUNDIGEN EN VERZORGENDEN

Een manier om de tekorten op te vullen is het werven van verpleegkundigen en verzorgenden in het buitenland. Het exacte aantal buitenlandse verpleegkundigen en verzorgenden dat in de Nederlandse zorgsector werkzaam is, is moeilijk te achterhalen. In diverse publicaties worden variërende getallen genoemd die verschillen al naar gelang hoe de doelgroep gedefinieerd wordt, het moment waarop gemeten wordt en de bronnen die gebruikt worden. Bovendien is door tijdelijke tewerkstelling het verloop onder de arbeidsmigranten groot. Uit kamerstukken blijkt dat er in de periode juli 2000 tot juli 2004 in totaal 638 tewerkstellingsvergunningen zijn verstrekt voor buitenlands zorgpersoneel in het kader van het Convenant Arbeidsmarktbeleid Zorgsector (meer over dit convenant volgt in paragraaf 2.5).¹⁷ Tjadens en Roerink (2002) schatten dat in 2002 100 tot 150 verpleegkundigen van buiten de Europees Economische Ruimte (EER)¹⁸ in Nederland werkzaam zijn. De Veer e.a. (2002: 49) concluderen dat in 2002 naar schatting 1000 verpleegkundigen in Nederland werkzaam zijn die

¹⁵ Bron: www.azwinfo.nl, d.d. 17/11/03.

¹⁶ Sectorfondsen Zorg en Welzijn, (2001).

¹⁷ Bron: Tweede Kamer, vergaderjaar 2003-2004, 0304tkkvr2062.

¹⁸ De volgende landen zijn lid van de EU: Zweden, Finland, Denemarken, Duitsland, Nederland, België, Luxemburg, het Verenigd Koninkrijk, Ierland, Frankrijk, Oostenrijk, Portugal, Spanje, Italië en Griekenland. Op 1 mei 2004 zijn tien nieuwe landen toegetreten, te weten: Cyprus, Estland, Hongarije, Letland, Litouwen, Malta, Polen, Slovenië, Slowakije en Tsjechië. Tezamen met Noorwegen, IJsland en Liechtenstein vormen de EU-lidstaten de Europese Economische Ruimte (EER).

opgeleid zijn in een EU-(kandidaat) lidstaat. Hiervan zijn de meeste afkomstig uit België, Duitsland en het Verenigd Koninkrijk.

Een andere bron om uit af te leiden hoeveel buitenlandse verpleegkundigen er werkzaam zijn in de Nederlandse gezondheidszorg is het register Beroepsbeoefenaren in de Gezondheidszorg (BIG-register). Wie in de Nederlandse zorg als verpleegkundige wil werken dient in dit register ingeschreven te staan. Inschrijving in dit register wil echter nog niet zeggen dat deze persoon daadwerkelijk als verpleegkundige werkzaam is. Zo is een deel van de personen die geregistreerd staan niet (meer) werkzaam in het beroep. Een andere beperking van deze bron is dat het geen inzicht geeft in het aantal buitenlandse werknemers dat als verzorgende werkt.

Uit het BIG-register blijkt dat in 2003 het aantal verpleegkundigen met een in het buitenland behaald diploma dat is ingeschreven in het BIG-register 387 is. Hiervan zijn 221 afkomstig uit een EER-land of Zwitserland en 166 afkomstig uit landen buiten de EER. In 2004 is dit aantal gedaald naar 221, waarvan 143 afkomstig binnen de EER en Zwitserland en 78 van buiten de EER.

Tabel 2.1: Aantal ingeschreven verpleegkundigen met een diploma uit een EER land of Zwitserland, in 2003 en 2004. Dit zijn zowel 'aangewezen' diploma's als vakbekwaamheidverklaringen met en zonder voorwaarden.¹⁹

| Nationaliteit | 2003 | 2004 |
|---------------------|------------|------------|
| Totaal | 221 | 143 |
| Waarvan: | | |
| België | 86 | 55 |
| Duitsland | 83 | 55 |
| Verenigd Koninkrijk | 17 | 7 |

Bron: BIG-register, Unit Vakbekwaamheidsverklaring. Peildatum: 8-1-2004 voor 2003 en 11-1-2005 voor 2004.

¹⁹ Beroepsbeoefenaren in het bezit van een diploma vermeld in de 'Regeling aanwijzing buitenlandse diploma's gezondheidszorg', hebben een zogenaamd 'aangewezen' diploma. Zij hebben dezelfde rechten op inschrijving in het BIG-register als iemand die een overeenkomstig Nederlands diploma heeft. Personen die niet in het bezit zijn van een 'aangewezen diploma, kunnen een verklaring van vakbekwaamheid ontvangen, dat hen het recht geeft om (in sommige gevallen onder bepaalde voorwaarden) in te kunnen worden geschreven in het BIG-register. Zie: www.bigregister.nl.

Tabel 2.2: Aantal ingeschreven verpleegkundigen met een diploma uit een niet EER land, in 2003 en 2004. Dit zijn zowel 'aangewezen' diploma's als vakbekwaamheidsverklaringen met en zonder voorwaarden.

| Nationaliteit | 2003 | 2004 |
|-------------------------------|------------|-----------|
| Totaal | 166 | 78 |
| Waarvan: | | |
| Nederlandse Antillen en Aruba | 29 | 16 |
| Suriname | 26 | 11 |
| Filippijnen | 26 | 7 |
| Indonesië | 22 | 21 |
| Australië | 12 | 3 |
| Zuid-Afrika | 8 | 5 |

Bron: BIG-register, Unit Vakbekwaamheidsverklaring. Peildatum: 8-1-2004 voor 2003 en 1-1-2005 voor 2004..

Een laatste bron op basis waarvan schattingen kunnen worden gemaakt over het aandeel buitenlands zorgpersoneel is het aantal tewerkstellingsvergunningen dat jaarlijks afgegeven wordt voor zorgpersoneel uit het buitenland. Een beperking van deze bron is dat het geen overzicht geeft van de aantallen werknemers uit EU-lidstaten, omdat hiervoor het vrije verkeer van werknemers geldt. Daarnaast is het mogelijk dat er voor dezelfde persoon in verschillende jaren een tewerkstellingsvergunning is afgegeven, waardoor het aantal tewerkstellingsvergunningen niet hoeft te corresponderen met het aantal personen. Een voordeel is dat het niet alleen een inzicht geeft in de aantallen verpleegkundigen, maar ook in de aantallen verzorgenden van buiten de EU. Het aantal afgegeven tewerkstellingsvergunningen in de periode 2000-2003 is 1333, waarvan 561 voor verpleegkundigen en 772 voor verzorgenden. De belangrijkste bronlanden voor de arbeidsmigranten die op het niveau van verpleegkundigen in de Nederlandse gezondheidszorg werken zijn Indonesië, de Filippijnen, Zuid-Afrika en Suriname. Op het niveau van verzorgenden zijn met name Polen, Indonesië en in mindere mate de Filippijnen en Litouwen belangrijke wervingslanden.

Tabel 2.3: afgegeven tewerkstellingsvergunning per herkomstland in de periode 2000-2003

| Activiteit | Nationaliteit | 2003 | 2002 | 2001 | 2000 |
|---|----------------|------------|------------|------------|------------|
| Eindtotaal verpleegkundigen/verzorgenden | | 276 | 489 | 350 | 218 |
| Totaal (Algemene) verpleegkundigen | | 40 | 184 | 145 | 151 |
| | FILIPPIJNSE | 11 | 39 | 40 | 31 |
| | INDONESISCHE | 22 | 84 | 56 | 51 |
| | SURINAAMSE | 2 | 4 | 8 | 16 |
| | ZUIDAFRIKAANSE | | 19 | 32 | 45 |
| | POOLSE | | 19 | | |
| | OVERIG | 4 | 19 | 9 | 8 |
| Totaal Psychiatrische verpleegkundigen | | | 8 | 6 | 2 |
| Totaal verpleging zwakzinnige zorg | | | | 9 | 13 |
| | SURINAAMSE | | | 9 | 13 |
| Totaal Verzorgenden | | 236 | 295 | 190 | 52 |
| | FILIPPIJNSE | 12 | 16 | 17 | |
| | INDONESISCHE | 57 | 112 | 79 | 21 |
| | POOLSE | 68 | 47 | | 2 |
| | LITOUWSE | | 9 | | |
| | SURINAAMSE | 2 | 3 | 17 | 2 |
| | AMERIKAANSE | 21 | | 11 | |
| | OVERIG | 74 | 108 | 66 | 21 |

Bron: Centrum voor Werk en Inkomen

Zoals reeds vermeld is het verloop onder buitenlands zorgpersoneel groot. Echter zelfs als er vanuit wordt gegaan dat het merendeel van de buitenlandse verpleegkundigen en verzorgenden op dit moment nog steeds in Nederland verblijft, is op basis van deze gegevens hun aantal naar schatting hooguit 2000. Daar in 2004 het totaal aantal verpleegkundigen en verzorgenden 398.600 bedraagt (152.900 verpleegkundigen op kwalificatieniveau 4 en 5, en 245.700 verzorgenden op kwalificatieniveau 1,2 en 3),²⁰ betekent dit dat het aandeel van buitenlands zorgpersoneel in het totale bestand van verpleegkundigen en verzorgenden maximaal 0,5 procent is. Dit is een zeer laag percentage in vergelijking met landen als het Verenigd Koninkrijk, de Verenigde Staten van Amerika en Australië. In het Verenigd Koninkrijk is het aantal nieuw geregistreerde verpleegkundigen uit het buitenland in het afgelopen decennium verviervoudigd. In het begin van de jaren negentig was één op de tien nieuw geregistreerde verpleegkundigen afkomstig uit het buitenland. In 2001/2002 was dit percentage gestegen naar meer dan de helft van de nieuw geregistreerde verpleegkundigen (Buchan, 2002). Dit is een direct gevolg van het Britse overheidsbeleid dat er op gericht is de werving van buitenlandse verpleegkundigen te bevorderen om zo de arbeidstekorten onder gekwalificeerde verpleegkundigen tegen te gaan (Gerrish en Griffith, 2004:586). Naar schatting is ruim 8 procent van

²⁰ Cijfers uit Van der Windt en Talma (2005: 99).

het totaal aantal Britse verpleegkundige afkomstig uit het buitenland (Buchan, 2003). De belangrijkste bronlanden in het Verenigd Koninkrijk zijn de Filippijnen, Australië en Zuid-Afrika. In de Verenigde Staten heeft 6 procent van de verpleegkundigen een buitenlands diploma en in Australië is 26 procent van de verpleegkundigen afkomstig uit het buitenland. Dit percentage is mede zo hoog omdat Australië ook een grote emigratie van zorgpersoneel naar landen als het Verenigd Koninkrijk, Canada en de Verenigde Staten kent (Bach, 2003; Hawthorne, 2002).

2.4 WETTELIJKE BEPALINGEN ROND ARBEIDSMIGRATIE

Het aantrekken van personeel uit het buitenland is aan wet- en regelgeving gebonden. Belangrijk in het arbeidsmigratiebeleid is de Wet Arbeid Vreemdelingen (WAV). De WAV regelt de toelating van arbeidsmigranten van buiten de EER. De WAV heeft vijf doelstellingen: (1) de restrictieve toelating van arbeidsmigranten, (2) de verbetering van de allocatie op de arbeidsmarkt, (3) de bestrijding van illegale tewerkstelling en (4) het laten van een zo groot mogelijke vrijheid van arbeidskeuze aan eenmaal duurzaam tot Nederland toegelaten vreemdelingen en (5) het beschermen van de rechtspositie van de toegelaten arbeidsmigrant. Tussen deze vijf doelstellingen bestaat een inherente spanning. Het voeren van een restrictief toelatingsbeleid kan de andere doelstellingen van de WAV namelijk overschaduwen (De Lange e.a., 2003).

De WAV verplicht werkgevers eerst binnen het eigen land te werven en vervolgens binnen de EER. Vreemdelingen van buiten de EER mogen pas worden toegelaten tot de arbeidsmarkt als er geen ander arbeidsaanbod in Nederland of de EER aanwezig is of op redelijke termijn kan worden opgeleid.

Voor de tewerkstelling van een werknemer van buiten de EU moet een werkgever een tewerkstellingsvergunning aanvragen bij het Centrum voor Werk en Inkomen (CWI). De afgifte van een werkvergunning valt onder de politieke verantwoordelijkheid van het Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid (SZW). Een werkgever kan alleen een tewerkstellingsvergunning aanvragen als de vacature tenminste vijf weken bij het CWI is aangemeld en de werkgever zich voldoende heeft ingespannen om iemand aan te trekken uit Nederland of de Europese Economische Ruimte. De werkgever is verplicht om de buitenlandse werknemer volgens het CAO-loon te betalen. Daarnaast moet de werkgever meewerken aan het om of bijscholen van 'reguliere werkzoekenden, die op dat moment nog niet voor de functie in aanmerking komen. Volgens de WAV (artikel 11) wordt een tewerkstellingsvergunning doorgaans voor maximaal drie jaar verleend.

Wil een buitenlandse werknemer voor langer dan drie maanden in Nederland werken, moet hij/zij tevens een verblijfsvergunning hebben. De afgifte van deze vergunning valt onder de

verantwoordelijkheid van het Ministerie van Justitie. De Immigratie en Naturalisatiedienst (IND) en de Vreemdelingendienst zijn belast met de uitvoering. Heeft een buitenlandse werknemer tenminste drie jaar onafgebroken een werk- en verblijfvergunning gehad, dan heeft deze vrije toegang tot de Nederlandse arbeidsmarkt (De Lange e.a., 2003; Bluminck, 2001).

2.5 WET- EN REGELGEVING IN DE ZORG

Als een zorginstelling een buitenlandse werknemer in dienst wil nemen moet dus aan een aantal voorwaarden voldaan worden. Om te beginnen moet de werkgever een tewerkstellingsvergunning verkrijgen. Daarnaast moet de buitenlandse werknemer een verblijfsvergunning hebben en eventueel een visum om in Nederland te kunnen werken. Voor een periode langer dan drie maanden is een machtiging tot voorlopig verblijf (mvv) vereist. In het geval dat de werknemer in de functie van verpleegkundige in dienst treedt (niveau 4 of 5) is een registratie in het kader van de Wet Beroepsbeoefenaren in de Gezondheidszorg (Wet BIG) verplicht. Om in dit BIG-register ingeschreven te kunnen worden is het vereist dat het diploma van verpleegkundige behaald in het land van herkomst gelijk is gesteld aan de in Nederland vereiste kwalificaties. In de Wet BIG is een lijst opgenomen van in Nederland erkende buitenlandse diploma's.²¹ Hierop staan de diploma's voor verpleegkundigen behaald in een land binnen de EER van vóór 1 mei 2004. Tevens staat er een aantal diploma's uit landen van buiten de EER op, zoals Indonesië, Iran en de Filipijnen. Buitenlandse diploma's die niet op deze lijst voorkomen moeten ter beoordeling worden aangeboden bij het Ministerie van VWS.²²

Naast de wet- en regelgeving zoals vastgelegd in de WAV is arbeidsmigratie in de zorg nog eens ingeperkt door additionele regelgeving. Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft met de sociale partners in de zorgsector en Arbeidsvoorziening Nederland speciale afspraken gemaakt over de werving van verpleegkundigen en verzorgenden in het buitenland. Deze afspraken, opgenomen in het Convenant Arbeidsmarktbeleid Zorgsector (CAZ) met een looptijd van 1 juli 2000 tot 1 juli 2004, hebben een aantal additionele beperkende bepalingen. Deze zijn er in feite op gericht om het werven van arbeidsmigranten zo onaantrekkelijk mogelijk te maken voor zorginstellingen alsmede zeker te stellen dat het om tijdelijke tewerkstelling gaat. Zo bepaalt het CAZ dat anders dan de ruimte die de WAV biedt om voor maximaal drie jaar een werkvergunning te verschaffen, werkgevers in de zorgsector slechts de mogelijkheid krijgen om voor maximaal twee jaar een tewerkstellingsvergunning aan te vragen. Uit rechtsspraak is overigens gebleken dat de

²¹ Voor lijst aangewezen diploma's: zie www.bigregister.nl.

²² Bron: BIG Jaarverslag 2003, De Lange en Pool (2004).

werkgevers, als zij gemotiveerd kunnen aangeven dat zij structurele vacatures niet vervuld kunnen krijgen met prioriteitgenietend aanbod, via de WAV een tewerkstellingsvergunning voor drie jaar kunnen krijgen en dat deze mogelijkheid niet in een convenant of in beleid teniet kan worden gedaan.²³

Bovendien wordt de tewerkstellingsvergunning voor buitenlandse verpleegkundigen geworven in het kader van het CAZ verleend voor slechts één jaar, met mogelijke verlenging van maximaal nog één jaar. Hierdoor moeten de werkgevers in principe elk jaar opnieuw nagaan of er binnen Nederland of de EER personeel te vinden is, alvorens zij kunnen overgaan tot het aannemen van personen buiten de EER of de verlenging van het contract van een reeds in het buitenland geworven persoon. Om te voorkomen dat buitenlandse verpleegkundigen vrije toegang tot de Nederlandse arbeidsmarkt kunnen opbouwen, doordat zij drie jaar lang onafgebroken een werk- en verblijfsvergunning hebben gehad, verleent het Centrum voor Werk en Inkomen (CWI) geen tewerkstellingsvergunningen aan buitenlandse verpleegkundigen die reeds in Nederland werken. Daarbij is in het CAZ een rotatiesysteem ingevoerd. Voordat een buitenlandse verpleegkundige in aanmerking komt voor een tweede termijn van weer maximaal twee jaar arbeid in Nederland, moet de werknemer één jaar buiten Nederland verblijven. Het is de bedoeling dat na de periode van twee jaar de arbeidsmigrant vervangen wordt door een werknemer uit het prioriteitgenietend aanbod. In het convenant is ook een rol aan ondernemingsraden toebedeeld: de ondernemingsraad moet een advies in de zin van artikel 25 van de Wet op de ondernemingsraden uitbrengen, alvorens de werkgever kan overgaan tot het aanvragen de tewerkstellingsvergunning. Dit advies behoort bij de aanvraag voor de vergunning te worden gevoegd. Daarnaast is in het CAZ een quotum afgesproken voor het aantal te werven buitenlandse verpleegkundigen. Dit quotum is gerelateerd aan een percentage van het personeelsbestand van verpleegkundigen en verzorgenden van een zorginstelling (gerekend naar full time eenheden). De percentages nemen gedurende de looptijd van het convenant af, zodat de werkgevers aan het eind van de convenantperiode nagenoeg geen beroep meer kunnen doen op buitenlands zorgpersoneel.²⁴ Tevens regelt het CAZ dat werkgevers in beginsel uitsluitend buitenlandse verpleegkundigen en verzorgenden mogen werven in landen waar geen tekort is aan verpleegkundigen. Verder zijn er in het CAZ voorwaarden gesteld die uitbuiting en concurrentievervalsing tegen moeten gaan. Zo dient buitenlands zorgpersoneel onder de CAO

²³ De Haarlemse voorzieningenrechter oordeelde in maart 2003 dat het CAZ de mogelijkheid die de Wav biedt om voor maximaal drie jaar een werkvergunning te verschaffen niet opzij kan zetten (De Lange e.a., 2003: 25). Daarnaast wezen Groenendijk e.a. (2001) en Kloosterman (2003) al eerder op de verslechtering van de positie van zowel werkgevers als werknemers die het convenant in dit opzicht met zich meebrengt.

De WAV is sinds 1 mei 2004 gewijzigd, waardoor convenanten, zoals het CAZ, nu een wettelijke status hebben en hiermee de afdwingbaarheid van de gemaakte afspraken is vergroot. Bron: Brief van 8 juli 2004, kenmerk VWS0400975, van de Minister van VWS, de heer Hoogervorst aan de Voorzitter van de Tweede Kamer.

²⁴ De percentages zijn als volgt:
jaar 1 (1 juli 2000 tot 1 juli 2001): 3%;
jaar 2 (1 juli 2001 tot 1 juli 2002): 2,5%;
jaar 3 (1 juli 2002 tot 1 juli 2003): 2%;
jaar 4 (1 juli 2003 tot 1 juli 2004): 1,5%.

die in de desbetreffende instelling van toepassing is, te worden aangesteld. De werkgevers zijn verplicht huisvesting, begeleiding en opleiding te verzorgen. Ook moeten de verpleegkundigen vóór hun komst naar Nederland de Nederlandse taal leren. Doordat de buitenlandse verpleegkundigen maar voor maximaal twee jaar aangetrokken kunnen worden, is deze optie, gezien de hoge kosten die de bepalingen met zich meebrengen, geen aantrekkelijke oplossing voor personeelstekorten.

2.6 ACHTERGRONDEN VAN HET CAZ

De vraag is waarom het CAZ tot stand is gekomen en wat de overwegingen van de deelnemende partijen in dit convenant zijn geweest. In internationaal vergelijkend perspectief zijn de beperkingen ten aanzien van arbeidsmigratie in de Nederlandse zorgsector uitzonderlijk. In landen als Noorwegen, Duitsland en het Verenigd Koninkrijk is weliswaar apart beleid voor de toelating van verpleegkundigen geformuleerd, echter dit heeft veelal betrekking op kwaliteitseisen. In het Verenigd Koninkrijk zijn de maatregelen zelfs gericht op het stimuleren van de toelating van buitenlandse verpleegkundigen, door niet alleen op termijn permanent verblijf mogelijk te maken, maar ook door het niet verplicht stellen van een arbeidsmarkttoets voor deze beroepsgroep (De Lange e.a. 2003: 98 e.v.). Uit onderzoek van De Lange en Pool (2004) blijkt dat het ministerie van SZW en Arbeidsvoorziening Nederland eind 1999 uit angst voor een grote toestroom van arbeidsmigranten zoals in de jaren zestig, via het afgeven van tijdelijke tewerkstellingsvergunningen onder stringente voorwaarden een structurele toelating van grote aantallen vreemdelingen wilde voorkomen. Daarbij strookte arbeidsmigratie ook niet met het beleid om meer werkzoekenden in Nederland via wervingscampagnes en opleidingen voor de sector te werven. De plannen van werkgevers om het probleem van leegstaande operatiekamers en dreigende sluiting van ziekenhuisafdelingen op te lossen door het halen van verpleegkundigen uit het buitenland, deed in 2000 tevens de politieke discussie over arbeidsmigratie in deze sector oplaaien. Berichten in de media over mislukte wervingsprojecten van zorginstellingen in Zuid-Afrika, deden de politiek haar bezorgdheid uitspreken over uitbuitingspraktijken, brain drain en ronselpraktijken. Bovendien vreesden politici een overstrooming van de Nederlandse arbeidsmarkt. Vooral nadat minister-president Kok eind december 2000 op werkbezoek in Polen, waarbij de arbeidstekorten in Nederland ter sprake kwamen, 40.000 werkloze verpleegkundigen van de Poolse regering aangeboden kreeg.

De publieke opinie en de opstelling van het ministerie van SZW hadden invloed op de stellingname van werkgevers- en werknemersorganisaties inzake arbeidsmigratie. De Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) benadrukte dat zij werving van buitenlandse verpleegkundigen zo netjes mogelijk wilden regelen (De Lange en Pool 2004: 135). ABVAKABO FNV vond arbeidsmigratie weliswaar niet de juiste oplossing voor de problemen in de zorg, maar vond het tevens niet

verantwoord dat er lange wachtlijsten in de zorg ontstonden als gevolg van leegstaande operatiekamers. De vakbonden zaten met hun visie op arbeidsmigratie vrijwel op een lijn met het ministerie van SZW. Afspraken over de kwantiteit, kwaliteit en vooral de tijdelijkheid van zorgpersoneel van buiten de EU moesten enerzijds de werkgevers in de gelegenheid stellen om op korte termijn hun personeelstekorten aan te vullen, en anderzijds de vakbonden de garantie geven dat arbeidsmigratie uitsluitend als een soort 'noodventiel' werd gebruikt voor het tijdelijk werven van specialistische verpleegkundigen.²⁵ De landelijke bestuurder Ziekenhuizen van ABVAKABO FNV zegt over het convenant:

“Het CAZ was bedoeld als noodventiel voor gespecialiseerde verpleegkundigen, zoals ok-verpleegkundigen, radiologen en dergelijke.²⁶ Het doel was tweeledig: op korte termijn een oplossing te bieden voor die specialismen binnen de verpleging die met grote tekorten kampten. Op lange termijn de werkgevers te bewegen om meer in prioriteit genietend arbeidspotentieel te investeren. Dus het percentage buitenlandse verpleegkundigen dat maximaal geworven kon worden, werd laag gehouden. Tegelijkertijd werd er gezegd tegen de werkgevers: jullie moeten je huiswerk doen en zorgen dat er voldoende geïnvesteerd wordt om tekorten met mensen op de eigen arbeidsmarkt op te vangen. Vandaar dat het percentage ook afliep, omdat het onder die voorwaarden ieder jaar minder nodig zou zijn om arbeidskrachten van buiten te halen.”

Het CAZ heeft niet alleen betrekking op verpleegkundigen op kwalificatieniveau 4 en 5, maar ook op ziekenverzorgend personeel dat op kwalificatieniveau 3 werkzaam is in verpleeg- en verzorgingshuizen. Toch hebben de landelijke bestuurders Verpleeg- en Verzorgingshuizen van de werkgevers- en werknemersorganisaties zich minder druk gemaakt om arbeidsmigratie en is vanuit deze subsector nauwelijks aangedrongen op maatregelen om immigratie te beteugelen. Volgens de landelijke bestuurder Verpleeg- en Verzorgingshuizen van ABVAKABO FNV komt dit omdat men niet verwachtte dat er grote aantallen arbeidsmigranten in de Nederlandse verpleeg- en verzorgingshuizen zouden komen werken. Hiervoor geeft hij een aantal redenen:

“Arbeidsmigratie verloopt in ziekenhuizen anders dan in verpleeg- en verzorgingshuizen. Mensen van buiten migreren omdat ze zich verder willen ontwikkelen. In de ziekenhuizen kunnen verpleegkundigen zich verder ontwikkelen en nieuwe technieken leren. In verpleeg- en verzorgingshuizen zijn deze mogelijkheden er veel minder. Hier gaat het veel meer om 'care' dan om 'cure'. Daarbij is de taalbarrière erg groot. Taal is toch heel belangrijk, juist in verpleeg- en verzorgingshuizen. Ook past arbeidsmigratie niet in de cultuur van verpleeg- en verzorgingsinstellingen. Mensen in instellingen buiten de Randstad zijn niet gewend om met

²⁵ Uit: Interview landelijke bestuurder Ziekenhuizen ABVAKABO FNV.

²⁶ Overigens is het aandeel algemene verpleegkundigen onder de arbeidsmigranten veel groter dan het aantal gespecialiseerde verpleegkundigen.

mensen van een andere kleur of een andere cultuur te werken. De zorginstellingen in de randstad natuurlijk wel, maar dat is maar 30 procent a 40 procent van het totale beddenbestand.

Om deze redenen is in de verpleeg- en verzorgingsinstellingen werving van buiten Europa nauwelijks tot stand gekomen. Er is wel een aantal instellingen dat op meer ideologische gronden in het buitenland projecten is aangegaan. En er zijn wat individuele instellingen die op de een of andere manier zelf al contacten in het buitenland hadden. Maar grote aantallen zijn er niet in deze sector terug te vinden en dat hadden we van tevoren ook zo ingeschat.”

2.7 ETHISCHE ASPECTEN VAN ARBEIDSMIGRATIE IN DE ZORG

Dat het werven van buitenlands zorgpersoneel in Nederland niet op grote schaal voorkomt hangt dus voor een groot deel samen met de beperkende maatregelen die zijn opgesteld in Nederland ten aanzien van arbeidsmigratie in het algemeen en tegen migratie in de zorg in het bijzonder. Deze regelgeving is er vooral op gericht om de interne arbeidsmarkt te beschermen. Daarnaast speelt ook het ethische aspect een rol. Een veel gebruikt argument tegen arbeidsmigratie van hoger opgeleid personeel is het brain drain effect: rijke ontwikkelde landen halen hoog opgeleid kader uit ontwikkelingslanden weg die hierdoor zelf moeite hebben met het opbouwen van het land. Het werven van goed gekwalificeerde verpleegkundigen in het buitenland ondermijnt de kwaliteit van de gezondheidszorg in ontwikkelingslanden. De (soms) massale uittocht van goed opgeleide verpleegkundigen uit arme ontwikkelingslanden kan in meerdere opzichten een verlies voor deze landen betekenen. Ten eerste is er een direct verlies van investeringen in de zorg, omdat zij duur opgeleide arbeidskrachten kwijt raken. Ten tweede kunnen zij hierdoor te kampen krijgen met arbeidstekorten. Een derde gevolg kan zijn dat deze landen niet meer in staat zijn hun gezondheidszorg op peil te houden, wat weer directe consequenties heeft voor de gezondheid van de bevolking in deze arme landen (Van Eijck 2004: 14; De Lange e.a. 2003).

Voorstanders van arbeidsmigratie betogen dat de zogenaamde brain drain juist voordelige effecten heeft. Zo zijn er landen die emigratie juist stimuleren omdat de praktijkervaringen opgedaan in het buitenland goed van pas kunnen komen bij terugkeer. Daarnaast is emigratie ook een bron van inkomsten. Emigranten kunnen in het buitenland vaak meer verdienen dan in het herkomstland en sturen veelal gelden naar achtergebleven familieleden. In die zin is migratie als het ware een exportproduct. Verder stellen zij dat migratie ervoor zorgt dat ontwikkelingslanden meer in hun onderwijs investeren. Het opleidingsniveau wordt verhoogd om het zodoende - met het oog op emigratie - te laten voldoen aan internationale normen (De Lange e.a., 2003).

De Lange e.a. (2003: 189) stellen dat het debat over brain drain zich kenmerkt door een gebrek aan relevante en betrouwbare gegevens. In absolute aantallen is de grootste stroom van hoogopgeleide migranten afkomstig uit Azië, maar ten opzichte van het totale reservoir is de brain drain voor de meeste Aziatische landen relatief klein (met uitzondering van Iran en Taiwan). Sommige landen in het Caribisch gebied, Centraal Amerika en Afrika daarentegen zien meer dan 30 procent van het totaal aantal hoogopgeleiden vertrekken naar Noord-Amerika en West-Europa. In het algemeen zijn hoogopgeleiden mobieler dan lager opgeleiden. De effecten van brain drain verschillen dus per land en daarbinnen per sector, al naar gelang het percentage emigrerende hoogopgeleide personen op het totaal aantal hoger opgeleiden in een land, de arbeidsmarktsituatie in een land en de economische ontwikkelingen in een land. De Lange e.a. (2003: 189) concluderen dat emigratie van hoogopgeleiden drie belangrijke positieve terugkoppelingseffecten heeft: remigratie, het overdragen van kennis en technologie (netwerkeffecten) en het overmaken van gelden. Deze effecten wegen volgens hen vaak op tegen eventuele initiële negatieve effecten op ontwikkelingslanden.

2.8 GENDERASPECTEN VAN ARBEIDSMIGRATIE

Arbeidsmigratie van verpleegkundigen in de zorg maakt goed inzichtelijk dat het aandeel van vrouwen in migratie van geschoolde werknemers toeneemt. Tot begin jaren negentig werd de rol van vrouwen in internationale migratie nauwelijks onderkend (Hawthorne, 2001: 213). Hun economische en sociale bijdrage in het migratieproces werd vaak onderbelicht omdat er van uit werd gegaan dat vrouwen voornamelijk migreerden in het kader van gezinshereniging en in die zin als aanhangsel van mannelijke migranten werden gezien. De afgelopen decennia heeft er echter een verschuiving plaatsgevonden in de motieven voor migratie. Doordat vrouwen wereldwijd betere toegang hebben tot onderwijs, arbeid en anticonceptie is niet alleen hun participatie op de arbeidsmarkt verhoogd, maar is ook hun arbeidsmobiliteit buiten de landsgrenzen toegenomen. In Azië bijvoorbeeld, was in 1976 slechts 15 procent van de werknemers die hun land verlieten om elders te werken vrouw. Begin jaren negentig echter was hun aandeel gestegen naar meer dan de helft van de tijdelijke emigranten uit dit werelddeel - met als koplopers migranten uit de Filippijnen, Indonesië, Sri Lanka en Thailand. In de Filippijnen was het aandeel vrouwelijke emigranten in 1987 zelfs 83 procent. Ondanks het hardnekkige imago dat vrouwen wegtrekken als ongeschoolde arbeidsters of als volgmigranten, hebben vrouwen een steeds groter wordend aandeel in zelfstandige migratie van (hoog)geschoolde werknemers. Met name hun aandeel in typisch feminiene beroepen, zoals verpleegkundige, onderwijzeres en secretaresse is groot. Daarbij wordt in landen als de Filippijnen en Indonesië emigratie van verpleegkundigen duidelijk als een 'export product' beschouwd. Er wordt een surplus aan hooggekwalificeerde verpleegkundigen opgeleid, waar geen

werk voor is op de interne arbeidsmarkt. Het doel is er zodoende voor te zorgen dat door het sturen van geld naar familieleden buitenlandse deviezen in de Filippijnse en Indonesische economie blijven stromen. Ook ligt de nadruk in het overheidsbeleid van deze landen op het opleiden van een surplus aan hooggeschoolde verpleegkundigen en niet op het verbeteren van de kwaliteit van de gezondheidszorg in het thuisland (Hawthorne, 2001: 214; Van Eijck, 2004; Bach, 2003).

Er is een groeiende erkenning dat gender van invloed is op de ervaringen van migranten in de ontvangende samenleving. Vrouwen lopen groter risico op fysiek, seksueel of verbaal geweld dan mannen (Bach 2003: 2). Aan de andere kant zorgt een stijgend aandeel van vrouwen in arbeidsmigratie er ook voor dat vrouwen in toenemende mate op zelfstandige titel een verblijf- en werkvergunning kunnen verkrijgen en zodoende een minder afhankelijke status van een partner (of ouder) hebben, dan als zij als volmigrant tot de ontvangende samenleving zouden zijn toegelaten.

3 ERVARINGEN VAN WERKGEVERS MET WERVING IN HET BUITENLAND

Vanaf eind jaren negentig starten zorginstellingen (wederom)²⁷ met het werven van zorgpersoneel in het buitenland. Wat zijn de motieven van instellingen om hiertoe over te gaan? Hoe wordt de keuze van het wervingsland gemaakt? Tegen welke knelpunten lopen zorginstellingen op als zij werknemers van buiten de landsgrenzen halen? Op deze vragen wordt in het navolgende hoofdstuk een antwoord gegeven.

3.1 MOTIEVEN VOOR WERVING VAN BUITENLANDSE VERPLEEGKUNDIGEN

De belangrijkste motivering van werkgevers in de zorg om personeel in het buitenland te werven is de grote tekorten op de arbeidsmarkt en het grote aantal langdurig onvervulbare vacatures. Zoals de personeelsmanager van een middelgroot ziekenhuis dit verwoordt:

“In die periode [1998] hadden we hier in deze organisatie soms wel 40, 50 tot 60 verpleegkundigen nodig. Die waren in Nederland gewoon niet te vinden. Het was in de periode van de piek van de economie. Dus iedereen die wat meer wilde verdienen, die verliet de zorg. We hadden al van alles gedaan om meer verpleegkundigen te krijgen. Maar ze waren gewoon niet meer te vinden.”

Alle werkgevers geven aan dat werven in het buitenland pas een optie wordt, nadat eerst alternatieve manieren zijn geprobeerd om aan personeel te komen, zoals werken met uitzendkrachten, het trachten te werven van herintreders of het aantrekken van personeel uit andere regio's.

Een manager van een verpleeghuis hierover:

“We zitten hier [in de randstad] natuurlijk ook op een kluitje. Iedereen viste in dezelfde vijver. En die was uitgeput. We hebben ook in andere regio's in Nederland geworven. Maar op een gegeven moment is het makkelijker om mensen uit Indonesië of Polen te bewegen hierheen te komen, dan om iemand uit Friesland naar Den Haag te laten verhuizen.”

²⁷ Er zijn in de periode na de Tweede Wereldoorlog eerder wervingsacties van zorginstellingen in het buitenland geweest, bijvoorbeeld werving van verpleegkundigen in Suriname in het begin van de jaren zestig (Cottaar 2003).

Naast werving met de primaire doelstelling om de tekorten binnen de eigen organisatie op te vullen zijn er ook enkele projecten met een wat meer ideologische en tweeledige doelstelling. Hierbij is de opzet dat 'het mes aan twee kanten snijdt': buitenlandse verpleegkundigen worden naar Nederland gehaald met als doel hier een (vervolg)opleiding te volgen en ervaring op te doen in de Nederlandse gezondheidszorg, die zij vervolgens in het land van herkomst kunnen inzetten. Als 'return of investment' werken zij een periode in de Nederlandse instelling, waardoor deze zijn arbeidstekort op kan vullen. Een voorbeeld van een wervingsproject met deze tweeledige doelstelling is het International Healthcare Training Program (IHTP). Het IHTP is een samenwerkingsprogramma tussen de Indonesische en Nederlandse overheid dat begin jaren negentig in het leven is geroepen op initiatief van de ministeries van volksgezondheid van Nederland en Indonesië. Het idee was om Indonesische verpleegkundigen in Nederland op te leiden en ervaringen op te laten doen om vervolgens in Indonesië met name de ouderenzorg op een hoger plan te krijgen. Deze plannen zijn vastgelegd in een Memorandum of Understanding (MOU) tussen de Nederlandse en Indonesische overheid. In het kader van dit IHTP zijn vanaf de jaren negentig Indonesische verpleegkundigen geworven om voornamelijk in verpleeg- en verzorgingshuizen een opleiding te volgen en werkervaring op te doen. Daarnaast zijn er ook enkele projecten geweest in (algemene) ziekenhuizen en psychiatrische instellingen.

Kostenbesparing wordt door geen van de zorginstellingen als motief genoemd voor het werven van personeel in het buitenland. De meeste zorginstellingen geven aan dat werven in het buitenland juist een zeer kostbare aangelegenheid is. Hierbij wordt niet alleen gewezen op de kosten die men kwijt is aan bemiddeling, reiskosten, huisvesting, (taal)cursussen, en werk- en verblijfvergunning, maar ook op de tijd die men besteedt aan inwerking, begeleiding en bureaucratische procedures. Vooral zorginstellingen die minder succesvolle ervaringen hebben geven aan dat werving in het buitenland meer kost dan dat het opbrengt.

3.2 KEUZE VAN HET WERVINGSLAND

Bij de keuze van de werkgever voor het wervingsland blijken vier aspecten van doorslaggevend belang te zijn: het (min of meer willekeurige) aanbod van bemiddelingsbureaus of persoonlijke banden van de werkgever met het wervingsland; de arbeidsmarktsituatie in het potentiële bronland; erkenning van diploma's; en culturele overeenkomsten of kennis van de Nederlandse taal. Uit de

interviews met managers blijkt dat deze aspecten met name bij een eerste wervingspoging ook vaak in deze volgorde geprioriteerd worden.

Vrijwel alle managers geven aan dat de keuze van het wervingsland in eerste instantie (bij een eerste werving) een vrij toevallige is, die voor een groot deel afhangt van aanbiedingen van bemiddelingsbureaus of persoonlijke contacten van managers of leden van de raad van bestuur met het bronland. Ten tweede speelt de arbeidsmarktsituatie in de mogelijke bronlanden een rol: werkgevers benadrukken dat zij niet willen werven in landen waar zelf een tekort is aan verpleegkundig personeel. Dit heeft een praktische reden: als er geen overschotten zijn, is het vaak ook minder makkelijk om mensen te werven. Er zit ook een ideologisch aspect aan: werkgevers willen niet de kwaliteit van de gezondheidszorg in het wervingsland ondermijnen. Bovendien is door overheden van een aantal landen, zoals Suriname en Zuid-Afrika, een dringend beroep gedaan op de Nederlandse overheid om een verbod in te stellen op het werven in die landen. Ten derde is het met name voor ziekenhuizen van belang dat de werving geschiedt in landen waarvan de opleiding tot verpleegkundige in Nederland erkend wordt en BIG-geregistreerd kan worden. Hierdoor valt voor deze instellingen het werven in een groot aantal (Oost-Europese) landen, zoals Polen, af. Ten vierde gaat de voorkeur uit naar landen die qua cultuur en taal overeenkomen met Nederland. Wervingslanden worden geschikter geacht naarmate de cultuur in dat land en ook de taal die men spreekt meer op de Nederlandse situatie aansluit. Veel genoemde cultuuraspecten zijn de manier waarop de gezondheidszorg is ingericht, de organisatiecultuur in de zorg en de manier van omgaan met patiënten. Veel zorginstellingen spreken een voorkeur uit voor landen die in cultureel opzicht dichtbij Nederland staan. Hoe deze nabijheid gedefinieerd wordt verschilt echter. Een derde deel van de instellingen legt nadruk op fysieke nabijheid: Europa is letterlijk minder ver weg dan Azië of Afrika. Bovendien worden deze landen meer gepercipieerd als Westers en daarom in cultureel opzicht nabijer gezien dan landen in Azië of Afrika. Daarbij komt dat men het idee heeft dat voor mensen uit deze landen het Nederlands ook makkelijker onder de knie te krijgen is. De Nederlandse taal is echter voor andere instellingen (20 procent) een reden om een voorkeur te hebben voor landen als Suriname of Zuid-Afrika.²⁸ Diezelfde culturele nabijheid is voor een kwart van de instellingen juist reden om niet in Europese landen te werven, maar over te gaan op werving in landen als Indonesië (en als het mogelijk was geweest Suriname). Door koloniale banden hebben Indonesiërs kennis van de Nederlandse cultuur en soms ook taal. Als bijkomend voordeel wordt genoemd dat een deel van de gezondheidszorg in Indonesië op Nederlandse leest is geschoeid.

²⁸ Deze werkgevers geven overigens aan dat hoewel ze hier de voorkeur voor hebben het CAZ dit niet toelaat.

3.3 PRAKTIJK VAN DE WERVING

Het aantal per instelling geworven immigranten varieert tussen de vijf en de vijftien personen per wervingstraject. Het gaat dus om relatief kleine aantallen buitenlandse verpleegkundigen. De redenen voor deze kleine groepen zijn van praktische aard. Ten eerste heeft het veelal met wet- en regelgeving te maken: het CAZ bepaalt dat het aantal in het buitenland geworven buitenlandse werknemers slechts een bepaald percentage van het totale personeelsbestand mag zijn. Een tweede overweging is vaak de capaciteit die een instelling heeft voor de begeleiding van de geworven arbeidsmigranten. Omdat het inwerken van buitenlandse verpleegkundige een intensieve begeleiding vergt moet hier ook de nodige ruimte voor zijn. Ook de overweging dat men niet te veel buitenlandse verpleegkundigen of verzorgenden op een afdeling wil plaatsen speelt een rol.

Er zijn verschillende manieren waarop het wervingsproces kan verlopen. In het onderstaande wordt de meest gangbare wijze beschreven. Vrijwel alle zorginstellingen (85 procent) besteden (een deel van) de werving uit aan een wervingsbureau. De voorselectie van geschikte kandidaten gebeurt door dit bemiddelingsbureau. Zij kennen de arbeidsmarkt ter plaatse en beschikken over de benodigde contacten om geschikte kandidaten te vinden. Daarna gaan zorginstellingen veelal zelf hieruit weer een selectie maken (in sommige gevallen wordt ook definitieve selectie aan de bemiddelaar overgelaten). In de meeste gevallen hebben de verpleegkundigen een taal cursus Nederlands van drie maanden in het land van herkomst gevolgd. De selectie door de zorginstellingen is veelal in het Nederlands, waardoor er direct beoordeeld kan worden of de kandidaten een voldoende basiskennis hebben van het Nederlands, aangezien dit ook een van de selectiecriteria is. De managers geven aan dat mede door de beperkte beheersing van de Nederlandse taal het bij de selectie vaak problematisch is om de kwaliteiten en werkervaringen van een buitenlandse verpleegkundige goed op waarde te schatten. Het bemiddelingsbureau zorgt voor de initiële taal cursus van drie maanden. Tevens regelt het ook een groot deel van de procedurele kant van de zaak, zoals hulp bij het aanvragen van de werk- en verblijfsvergunningen en een machtiging voor voorlopig verblijf (mvv). Afhankelijk van het bemiddelingsbureau betaalt de verpleegkundige (een deel van) de kosten van de taal cursus. Van tevoren worden afspraken gemaakt over de financiële afdracht van de zorginstellingen aan het wervingsbureau en over de inschaling van de verpleegkundigen in de CAO.

Hoewel de gezondheidsinstellingen alle met dezelfde problemen kampen als het gaat om het vervullen van vacatures, wordt er opvallend weinig samengewerkt tussen instellingen bij het werven van personeel in het buitenland. In slechts een enkele geval wordt door instellingen gezamenlijk een wervingstraject aangegaan. Hierbij gaat echter het initiatief uit van een bemiddelingsbureau die voor meerdere instellingen tegelijk de werving doet. Het komt herhaaldelijk voor dat zelfs zorginstellingen die onder eenzelfde koepelorganisatie vallen niet gezamenlijk de werving ter hand nemen. Bovendien wordt ook weinig informatie uitgewisseld tussen instellingen over ervaringen met werven in het buitenland. De helft van de instellingen ervaart de geringe samenwerking tussen instellingen als een probleem. Zij menen dat een betere samenwerking de kosten zouden kunnen drukken. Door een betere uitwisseling van ervaringen zou ook de slagingskans van een wervingstraject vergroten. Tevens stellen zij dat er een centrale rol zou moeten zijn voor de regionale koepelorganen in de zorg. Daarnaast zou ook het ministerie van VWS een actievere rol moeten spelen in arbeidsmigratie. Het ministerie zou bijvoorbeeld moeten toezien op de kwaliteit van de bemiddelingsbureaus. Een manager van een ziekenhuis zegt hier het volgende over:

“Ziekenhuizen zijn eerder concurrenten van elkaar dan dat ze met elkaar samenwerken. De instellingen beconcurreren elkaar. Dat zie je op allerlei terreinen. Iedere instelling wil alles [alle specialisaties] in huis hebben. En dat terwijl we hier allemaal op een kluitje zitten. Er wordt in het algemeen te weinig gezamenlijk opgetrokken. Daar zou veel winst te halen zijn. Het zou in ieder geval in overhead kunnen schelen als we gezamenlijk in de werving optrokken. [...] We leren ook niet van elkaar. De enige manier waarop we dat doen, is als er verhalen in de publiciteit komen. Dit zijn meestal verhalen over mislukte projecten, zoals het verhaal van de Zuid-Afrikaanse verpleegkundigen in het VU ziekenhuis. De reden dat het [arbeidsmigratie] in Engeland wel op grotere schaal gebeurt, is dat daar de NHS (National Health Service) een centrale rol speelt in de werving. Het ministerie van VWS zou ook een actievere rol moeten spelen in de werving. Niet alleen zeggen dat het mogelijk is, maar ook meer faciliterend optreden.”

Iets minder dan de helft van de instellingen ziet geen voordelen bij samenwerking. Zij stellen dat dit alleen maar toch nog meer bureaucratie zou leiden, omdat er dan nog een vergadercircuit aan de besluitvorming zou worden toegevoegd. Daarnaast geven zij aan dat door de nieuw ingevoerde marktwerking de concurrentie tussen zorginstellingen vergroot is. Dit staat samenwerking in de weg. Een van de sceptici over samenwerking, een manager van een verpleeg- en verzorgingshuis, illustreert dit als volgt:

“Er is in een grote stad een zekere mate van concurrentie. ... Je trekt wel samen op, maar ook toch niet meer dan dat. En dat is natuurlijk ook de lijn die de overheid nu inzet. Je moet als instelling je eigen broek

ophouden. Je wordt ook geacht een soort maatschappelijke ondernemer te zijn. Daarbij speelt voor ons ook nog wel heel sterk mee dat we zelfstandig gewoon veel meer slagkracht kunnen ontwikkelen. We gaan zelf lekker aan de slag. We steken onze nek uit en we doen het gewoon. En dan kun je ook veel slagvaardiger werken, dan met al die verbanden die vaak heel veel vergaderen betekenen en vaak toch maar weinig output opleveren.[...] We willen ons feitelijk onderscheiden en we willen dat we er als verpleeg- en verzorgingshuis toch positief uitspringen.”

3.4 ERVARINGEN MET BEMIDDELINGSBUREAUS

Bemiddelingsbureaus spelen een cruciale rol, omdat de instellingen vaak niet over de juiste kennis en middelen beschikken om werknemers in het buitenland te werven. Zij hebben niet het inzicht in de lokale arbeidsmarkt, zij kennen de wet- en regelgeving in het land niet, spreken de taal niet en beschikken niet over de middelen om een goede voorselectie te maken. Dit maakt de afhankelijkheid van de bemiddelaar groot. Daarnaast speelt een goed bemiddelingsbureau een belangrijke rol in het uit handen nemen van bureaucratische procedures zowel in het bronland als in Nederland. De samenwerking met een goede intermediair verhoogt de kans op een succesvolle wervingsactie. De onderzochte zorginstellingen hebben gemengde ervaringen met wervingsbureaus. Ruim de helft (60 procent) van de werkgevers is zeer tevreden over het door hen in armen genomen intermediair. Dit is met name zo als de bemiddeling heeft geleid tot een geringe uitval van buitenlandse verpleegkundigen en de buitenlandse medewerkers na een jaar kwalitatief redelijk tot goed zelfstandig inzetbaar zijn. Er is een aantal knelpunten waarop werkgevers stuiten bij ‘slechte bemiddelingsbureaus’. Zij vinden dat dit soort wervingsbureaus te commercieel zijn ingesteld. Ze willen alleen maar vlug geld verdienen en leveren geen kwaliteit. Daarbij hebben zij noch oog voor het belang van de instelling noch voor de arbeidsmigrant. Of zoals een manager van een verpleeg- en verzorgingshuis het verwoordt: *“Het riekt een beetje naar mensenhandel”*. Voor de meeste instellingen moet er naast een commercieel doel – namelijk het opvullen van arbeidstekorten – ook een ideële kant zitten aan arbeidsmigratie. Verder kan onduidelijkheid over gemaakte afspraken tussen het bemiddelingsbureau en de buitenlandse verpleegkundigen voor problemen zorgen. Een illustratie hiervan is de ervaring van een manager van een koepelorganisatie van verpleeg- en verzorgingshuizen:

“ Wij hadden met het bemiddelingsbureau afgesproken dat wij de mensen de eerste weken intern zouden huisvesten. Dat zou kosteloos zijn. Daarna zouden ze andere huisvesting krijgen, waarvoor wel gewoon zelf betaald zou moeten worden. Het wervingsbureau heeft dat verkeerd gecommuniceerd en heeft gezegd dat wij de huisvesting zouden betalen. Dat gaf achteraf natuurlijk een enorm gedoe.”

Het is voor de instellingen moeilijk na te gaan of een bemiddelaar bonafide is. Daarbij wisselen instellingen onderling nauwelijks informatie uit. Zo kan het voorkomen dat een bemiddelaar waarmee de ene instelling zeer slechte ervaringen heeft gewoon weer zijn diensten aanbiedt bij de volgende instelling. Opvallend is dat met alle strenge maatregelen met betrekking tot de regulering van arbeidsmigratie in de zorg er geen enkele regelgeving is voor de wervingsbureaus en niemand toezicht houdt op de praktijk van de bemiddeling. Dit leidt niet alleen tot kwetsbaarheid van de werkgever, maar ook tot kwetsbaarheid van de migrant die afhankelijk van de bemiddeling is.

3.5 ERVARINGEN VAN ZORGINSTELLINGEN MET BUITENLANDSE WERKNEMERS OP DE WERKVLOER

Bij de tewerkstelling van buitenlandse werknemers gaan de meeste zorginstellingen uit van een inwerkingsperiode van een jaar. Het inwerkprogramma bestaat uit een opleidingsdeel, waarin taalcurricula en scholing toegesneden op vakinhoudelijke kennis en informatie over de Nederlandse visie op gezondheidszorg aan de orde komen. Tevens starten zorginstellingen met een beperkt pakket van taken en verantwoordelijkheden dat gedurende het eerste jaar geleidelijk wordt uitgebreid tot het niveau van zelfstandig verpleegkundige of verzorgende. Veel instellingen verzorgen ook een oriëntatie op de Nederlandse samenleving voor hun buitenlandse werknemers. Dit houdt veelal in het bezichtigen van enkele attracties, het wegwijs maken in het doen van boodschappen, het vinden van de benodigde instanties en dergelijke. Daarnaast besteedt 65 procent van de instellingen aandacht aan het creëren van draagvlak onder het personeel. Dit gebeurt door het verstrekken van informatie in informatiebulletins of het houden van informatiebijeenkomsten over het hoe en waarom van werving in het buitenland.

De pluspunten die werkgevers benoemen bij het werken met arbeidsmigranten zijn de waarborging van continuïteit in de organisatie: instellingen hebben bij een succesvolle werving twee jaar goede arbeidskrachten tot hun beschikking en zijn minder aangewezen op wisselende uitzendkrachten. Daarnaast wordt met name in de verpleeg- en verzorgingshuizen gewezen op het feit dat de migranten verpleeg-technisch een hoger niveau hebben dan de Nederlandse ziekenverzoekers, daar de geworven immigranten als verpleegkundigen zijn opgeleid. Tot slot stellen enkele managers van verpleeg- en verzorgingshuizen dat zij de omgangsvormen van migranten met ouderen en hun visie op ouderenzorg als een verrijking ervaren.

Door alle werkgevers wordt een aantal knelpunten genoemd bij het in dienst hebben van buitenlandse verpleegkundigen en verzorgenden. Ten eerste is de beperkte beheersing van de Nederlandse taal (zeker in het eerste half jaar) een probleem. Hierbij gaat het om zowel de mondelinge als de schriftelijke beheersing van het Nederlands. Daar communicatie in de zorg van wezenlijk belang is, zien de ondervraagden dit als een belangrijk knelpunt.

Een tweede probleem is het verschil in cultuur. Hierbij gaat het in de eerste plaats om de organisatiecultuur binnen de instelling. In Nederlandse zorginstellingen wordt van verpleegkundigen en verzorgenden verwacht dat zij een assertieve houding hebben ten opzichte van de behandelende arts en in hoge mate zelfstandig kunnen werken. In veel bronlanden – dit geldt met name voor landen buiten de EU en voor de Oost-Europese landen - is de gezondheidszorg veel hiërarchischer ingericht, waarbij de arts de lijnen uitzet en de verpleegkundige slechts opdrachten uitvoert. Dit heeft tot gevolg dat verpleegkundigen en verzorgenden uit deze landen een tamelijk afwachtende houding hebben die indruist tegen de meer assertieve manier van handelen in de Nederlandse zorg. In de tweede plaats spelen meer algemene cultuurverschillen een rol. Hiervan wordt met name ten aanzien van Indonesische verpleegkundigen gewag gemaakt. Een manager van een ziekenhuis hierover:

“Indonesische verpleegkundigen antwoorden op elke vraag met ‘ja’. Dus als je vraagt of ze iets begrepen hebben en weten wat ze moeten doen, dan zeggen ze ja. Vervolgens doen ze dan heel wat anders. [...] In hun cultuur blijkt het erg onbeleefd te zijn om nee te zeggen. Dat kan in sommige gevallen vervelende gevolgen hebben.”

Een derde knelpunt is de wet- en regelgeving en bureaucratische procedures.

Bij het aanvragen van tewerkstelling- en verblijfvergunningen stuiten werkgevers vaak op wachttijden die variëren van vier maanden tot anderhalf jaar. Bovendien is het voor instellingen niet altijd duidelijk onder welke voorwaarden de vergunningen verstrekt worden. Een manager van een verpleeg- en verzorgingshuis hierover:

“Wij zijn nu al ruim dertien maanden bezig met het regelen van een tewerkstellingsvergunning. Maar we zitten vast in een vicieuze cirkel. Het CWI zegt dat voor het krijgen van een werkvergunning het nodig is dat de buitenlandse verpleegkundige een verblijfsvergunning heeft. Maar als we die willen aanvragen bij de IND dan zegt deze instantie: sorry maar dat kan niet, om een verblijfvergunning aan te vragen heeft u een werkvergunning nodig.”

Ook bij de inschrijving in het BIG-register en het aanvragen van vakbekwaamheidsverklaring ondervinden sommige werkgevers problemen. Dit heeft veelal te maken met onduidelijkheden over de voorwaarden waaraan een verpleegkundige met een buitenlands diploma moet voldoen om in Nederland als verpleegkundige erkend te worden.

3.6 CRITERIA VOOR 'SUCCESVOLLE WERVINGSTRAJECTEN'

Uit het bovenstaande blijkt dat een aantal factoren van belang is op basis waarvan werkgevers hun wervingsactie als geslaagd omschrijven. Ten eerste levert de wervingsactie voldoende verpleegkundigen of verzorgenden op. Ten tweede is het aantal verpleegkundigen en/of verzorgenden dat gedurende de contractperiode afhaakt minimaal. Verder voldoet het grootste deel van de verpleegkundigen en verzorgenden na een jaar aan de vooropgestelde doelstellingen en kan op het niveau van zelfstandig verpleegkundige of verzorgende binnen het team meedraaien. Tevens is een belangrijk criterium dat de organisatie voor een periode van tenminste twee jaar continuïteit heeft. Een vlotte aanvraagprocedure van werk- en verblijfsvergunningen voor de verlenging van het contract in het tweede jaar is hierbij noodzakelijk. Daarnaast is het van belang dat er draagvlak is binnen de organisatie voor het werken met arbeidsmigranten en op de werkvloer een zekere mate van tevredenheid is met de buitenlandse collega's. Tot slot vinden werkgevers het belangrijk dat ook de buitenlandse verpleegkundigen en verzorgenden een positief oordeel hebben over het werken binnen de organisatie.

4 OVERWEGINGEN VAN DE ONDERNEMINGSRAAD

In het kader van het CAZ heeft de ondernemingsraad een rol in het werven van zorgpersoneel in het buitenland. De ondernemingsraad heeft adviesrecht in de zin van art. 25 van de Wet op de ondernemingsraad (WOR). De raad dient advies te geven over het voornemen van de werkgever tot het werven van zorgpersoneel in het buitenland. Bovendien moet dit advies bij de aanvraag voor een tewerkstellingsvergunning worden toegevoegd, alvorens het CWI de aanvraag in behandeling neemt. Alle OR-en van de betrokken instellingen hebben ingestemd met het aantrekken van buitenlandse verpleegkundigen. De belangrijkste reden voor het instemmen zijn de nijpende tekorten in de zorg en de daarmee gepaard gaande verhoogde werkdruk voor het personeel. Men is zogezegd 'blij dat er handen aan het bed bijkomen'. Dit geldt voor alle or-en. Er zijn echter drie soorten reacties te onderscheiden in de manier waarop OR-en hebben ingestemd: neutraal-instemmend, negatief-instemmend en positief-instemmend.

In de 'neutraal-instemmende' reactie is er in de OR nauwelijks discussie geweest over de plannen voor het werven in het buitenland. De instemming is als het ware een hamerstuk geweest. Ook komen de buitenlandse verpleegkundigen nauwelijks aan de orde in de vergaderingen van de OR nadat zij in de instelling werkzaam zijn. Arbeidsmigratie is in feite een non-issue voor deze OR-en. Deze reactie komt voor bij 20 procent van de ondernemingsraden.

In de 'negatief-instemmende' reactie (35 procent van de ondernemingsraden) wordt weliswaar ingestemd met werving in het buitenland, maar vindt men dit eigenlijk geen goede manier om vacatures te vervullen. Hoewel men onderkent dat er grote tekorten op de arbeidsmarkt zijn, is men er niet van overtuigd dat dit probleem niet op een andere manier had kunnen worden opgelost. Men is van mening dat door een meer pro-actieve aanpak in een veel eerder stadium, zoals bijvoorbeeld een actiever beleid op instroom en behoud van medewerkers, de tekorten opgevuld hadden kunnen worden. Bovendien is men zeer kritisch over de verhoging van de werkdruk die de begeleiding van buitenlandse medewerkers volgens hen met zich meebrengt. Deze OR-en zien arbeidsmigratie in principe ook niet als een goed instrument voor het opvullen van vacatures. Daarnaast speelt ook het ethische aspect een rol. Men is van oordeel dat het niet geoorloofd is om migranten weg te trekken uit landen die hun gekwalificeerde krachten zelf hard nodig hebben. Zij vinden dat de kosten die gemoeid zijn met werving in het buitenland veel beter kunnen worden geïnvesteerd in het opleiden van verpleegkundigen in Nederland en het tegengaan van de uitstroom

van verpleegkundigen uit de zorg. Daarbij voelen OR-en die negatief-instemmend reageren zich voor het blok gezet, omdat pas advies aan de OR wordt gevraagd als het management en de raad van bestuur hun goedkeuring voor het plan al hebben gegeven en de werving in feite al in gang is gezet. Zoals een OR-lid van een ziekenhuis dit verwoordt:

“Het [de plannen voor werven in het buitenland] was een rijdende trein die voor ons moeilijk te stoppen was. De projectcoördinator was al in het buitenland geweest om voorbereidend werk te doen. De raad van bestuur had het ook allemaal al goedgekeurd. OR-en worden vaak in een laat stadium bij projecten betrokken. Dat maakt het allemaal een stuk moeilijker.”

OR-en die ‘positief-instemmend’ hebben gereageerd (45 procent) zijn het met het management eens dat alle andere wegen om tot opvulling van de vacatures te komen bewandeld zijn en arbeidsmigratie de enige uitweg biedt voor het wegwerken van de personeelstekorten. Daarbij wordt de komst van verpleegkundigen uit een andere cultuur met een andere visie op gezondheidszorg en ziektebeelden een aantal maal een verrijking voor de organisatie genoemd. Hoewel deze OR-en zeer positief staan tegenover arbeidsmigratie, kijken ook zij zeer kritisch naar de opzet van de werving. Aan de instemming worden bepaalde voorwaarden verbonden, zoals het bieden van goede arbeidsvoorwaarden, het formuleren van een goed begeleidingsplan en het creëren van draagvlak voor het project binnen de organisatie.

Een OR-lid van een verpleeg- en verzorgingshuis hierover:

“We hebben gezegd dat we ze nodig hebben en dat ze welkom zijn. Maar het moet wel onder goede arbeidsvoorwaarden. En er moet een goed klimaat zijn. Er moet draagvlak voor zijn op de werkvloer. Die arbeidsvoorwaarden werden wel goed ingevoerd, maar we vonden het ook van belang dat niet alleen de nieuwe buitenlandse medewerkers moesten worden voorbereid, maar ook het zittend personeel bij het proces moest worden betrokken. Dus hebben we gezegd dat de mensen in de organisatie ook goed voorbereid moesten worden.”

5 ERVARINGEN VAN BUITENLANDSE VERPLEEGKUNDIGEN EN VERZORGENDEN

5.1 INLEIDING

Naast gesprekken met managers en ondernemingsraden van zorginstellingen is er ook een survey gehouden onder 50 buitenlandse verpleegkundigen en verzorgenden werkzaam in de Nederlandse gezondheidszorg. De vragen in de survey hebben betrekkingen op de ervaringen van deze verpleegkundigen met de kosten en baten van migratie, het werken in Nederland, en toekomstplannen. Dit deel van het onderzoek is tevens gebruikt ten behoeve van het PSI project *Women and International Migration in the Public Health Sector*, dat een onderzoek behelst naar (potentiële) arbeidsmigranten in 15 landen.

Uit het PSI onderzoek komt een aantal bevindingen naar voren. De meest favoriete bestemmingslanden zijn de USA, het Verenigd Koninkrijk en Canada. Daarnaast blijken structurele veranderingen in het gezondheidszorgsysteem in een aantal landen van invloed te zijn op de mate van arbeidsmigratie: verdergaande privatisering van en marktwerking in de zorgsector kunnen ertoe leiden dat (privé)klinieken uit het oogpunt van kostenbesparingen goedkopere arbeidskrachten trachten in te huren (Van Eyck, 2004; Bach, 2003; Scott e.a., 2000). Migratie in de zorgsector is een typische vrouwenaangelegenheid: de overgrote meerderheid van de migranten-verpleegkundigen in de zorg is vrouw. De voornaamste reden om te migreren is het niet rond kunnen komen van het salaris dat een verpleegkundige in het bronland verdient. Daarnaast worden ook de slechte arbeidsomstandigheden, de lage status van het verpleegkundige beroep en de slechte arbeidsmarktkansen in het land van herkomst genoemd. Eenmaal in het gastland wordt het buitenlandse zorgpersoneel vaak geconfronteerd met discriminatie op basis van ras of de migranten status. Tevens zit er regelmatig een discrepantie tussen de verwachte verdiensten en het bedrag dat men maandelijks in handen krijgt. Dit wordt veelal veroorzaakt door uitbuiting door commerciële wervingsbureaus. Deze intermediairs verzwijgen bijvoorbeeld extra kosten - zoals reis- of bemiddelingskosten - die zij inhouden op het salaris van de verpleegkundigen. Andere gerapporteerde uitbuitingspraktijken door commerciële wervingsbureaus zijn het niet betalen van het afgesproken salaris, het niet tewerkstellen in de overeengekomen zorginstelling, het niet (goed) verzorgen van accommodatie en het inhouden van het paspoort. In het PSI-rapport geeft tweederde van de migranten verpleegkundigen aan uiteindelijk naar het land van herkomst terug te willen keren. Dit betekent dat eenderde van plan is om in het gastland te blijven. De leeftijd van de verpleegkundigen en verzorgenden is opvallend hoog: slechts 20 procent van de respondenten is tussen de twintig en dertig jaar oud, ongeveer 40 procent is tussen de 31-40, de overige 40 procent

is zelfs in de leeftijdscategorie 41-60. Dit kan er op duiden dat vooral de oudere, wat meer ervaren werknemers uit hun land wegtrekken.

In het volgende deel wordt nagegaan in hoeverre deze bevindingen ook voor de Nederlandse casus gelden.

5.2 WIE ZIJN DE RESPONDENTEN?

Van de buitenlandse medewerkers die hebben deelgenomen aan het onderzoek blijkt 62 procent uit Oost Europa te komen en bijna 32 procent is afkomstig uit Azië. In totaal zijn de deelnemende werknemers van het veldonderzoek afkomstig uit 10 verschillende landen, namelijk Argentinië, China, De Filippijnen, Indonesië, Kaapverdië, Litouwen, Oekraïne, Polen, Tsjechië en Zuid Afrika. Van de 51 ondervraagden komen 32 personen uit Oost-Europese landen, van wie 15 personen uit Litouwen en 13 personen uit Polen. Het herkomstland van de derde grootste groep, namelijk 12 personen, is Indonesië.

Tabel 5.1: Herkomstland buitenlands zorgpersoneel

| Herkomstland | Absoluut | Percentage |
|----------------|----------|------------|
| Argentinië | 1 | 2 |
| China-Kanton | 1 | 2 |
| De Filippijnen | 3 | 6 |
| Indonesië | 12 | 24 |
| Kaapverdië | 1 | 2 |
| Litouwen | 15 | 29 |
| Oekraïne | 1 | 2 |
| Polen | 13 | 26 |
| Tsjechië | 3 | 6 |
| Zuid Afrika | 1 | 2 |
| Total | 51 | 100 |

De leeftijd van iets meer dan de helft van het buitenlandse zorgpersoneel ligt tussen de 20 en 30 jaar. De leeftijd van de tweede grote groep van 35 procent is tussen de 31 en 40 jaar. Het overige

deel van 13 procent is boven de 41 jaar, van wie 2 personen binnen de leeftijdscategorie 51 tot 60 jaar vallen.

Net als het reguliere personeel werkzaam in de Nederlandse (gezondheids)zorg, zijn ook de arbeidsmigranten voornamelijk vrouwen. Slechts een kleine minderheid van 16 procent is man. Deze mannen zijn in dit onderzoek allemaal van Indonesische afkomst en werkzaam als verpleegkundige.

Van het buitenlandse zorgpersoneel is 57 procent werkzaam in een verpleeg- of verzorgingstehuis en een tweede grote groep van 31 procent werkt in het ziekenhuis. Een enkele persoon is werkzaam in een instelling voor verstandelijke gehandicapten of als oproepkracht voor diverse instellingen. Een zeer hoog percentage (80 procent) geeft aan beneden het opleidings- en ervaringsniveau te werken.

De Nederlandse taal is een struikelblok voor veel respondenten. Een grote meerderheid geeft aan (enige) moeite met de Nederlandse taal te hebben. Van de 51 respondenten hebben er slechts 13 geen enkele moeite met het Nederlands. Dit zijn voornamelijk de Litouwse verpleegkundigen (9).

Tabel 5.2: Respondenten naar herkomstland en moeite met de Nederlandse taal

| | Moeite met Nederlandse taal | | | |
|----------------|-----------------------------|----|-----|--------|
| | Een beetje | Ja | Nee | Totaal |
| Argentinië | 1 | | | 1 |
| China-Kanton | | 1 | | 1 |
| De Filippijnen | 2 | 1 | | 3 |
| Indonesië | 6 | 6 | | 12 |
| Kaapverdië | | | 1 | 1 |
| Litouwen | 4 | 2 | 9 | 15 |
| Oekraïne | | 1 | | 1 |
| Polen | 4 | 7 | 2 | 13 |
| Tsjechië | 3 | | | 3 |
| Zuid Afrika | | | 1 | 1 |
| Totaal | 20 | 18 | 13 | 51 |

5.3 WERVING VAN BUITENLANDS ZORGPERSONEEL

Het grootste aantal geïnterviewde personen blijkt via een vriend of collega (35 procent) en het wervingsbureau (23 procent) van de vacatures in de Nederlandse gezondheidssector te hebben gehoord. Verder worden veel verschillende bronnen en combinaties van bronnen genoemd, zoals familie, vrienden, collega's, televisie, internet, de krant en de overheid.

Een grote meerderheid (78 procent) geeft aan bij de uiteindelijke migratie gebruik te hebben gemaakt van een commercieel wervingsbureau. Een kleine minderheid van 13 procent geeft aan hiervan geen gebruik te hebben gemaakt. Zij zijn in Nederland terecht gekomen door directe informatie van de Nederlandse werkgever, door hier al ter plaatse aanwezig te zijn, via een Nederlandse taal cursus, informatie of hulp van een vriend of collega, of door een combinatie van bronnen.

5.4 VERWACHTE KOSTEN VAN DE MIGRATIE

Migratie brengt in veel gevallen kosten voor de migrant met zich mee. Of deze kosten overeenkomstig de verwachtingen van de migrant zijn, hangt af van de informatie die hierover op voorhand door het wervingsbureau of de zorginstelling is verstrekt. Uit het PSI onderzoek komt naar voren dat met name commerciële wervingsbureaus vaak onduidelijke of misleidende informatie verstrekken over de te verdienen inkomsten in het ontvangende land en de vergoedingen die worden ingehouden in verband met de migratie (bijvoorbeeld reiskosten, kosten voor cursussen, en dergelijke). Hierdoor komen migranten voor onaangename verrassingen te staan, nadat zij eenmaal zijn gearriveerd in het gastland.

In Nederland lijkt dit minder aan de orde te zijn. Op de vraag of eventuele gemaakte schulden door de migratie hoger of lager zijn uitgevallen antwoordt een grote meerderheid van 77 procent geen schulden te hebben gemaakt. Voor 10 procent zijn de schulden zoals verwacht en hogere of lagere kosten hebben respectievelijk 6 procent en 4 procent van de geïnterviewden gemaakt. Een aandeel van 21 procent geeft aan bepaalde toegezegde onkostenvergoedingen, of andere gelden nooit ontvangen te hebben.

Wel blijkt het maandelijks (spaar)bedrag dat men, eenmaal werkzaam in Nederland, overhoudt voor 51 procent tegen te vallen. Voor 14 procent is het geld dat maandelijks gespaard kan worden hoger dan verwacht en 24 procent geeft aan dat het bedrag zoals verwacht is.

Tevens is nagegaan hoe de reis-, vergunning-, wervingsbureau- en woonkosten zijn ervaren. De gemaakte reiskosten zijn voor ongeveer 72 procent van de geïnterviewden zoals verwacht en voor 16 procent hoger dan verwacht. De vergunningkosten zijn voor ongeveer 60 procent zoals verwacht en voor een groep van 18 procent niet van toepassing. Dit laatste betekent waarschijnlijk dat de kosten betaald zijn door de Nederlandse zorginstelling. De wervingsbureaunkosten zijn voor bijna 70 procent zoals verwacht, of niet van toepassing. Voor 26 procent zijn deze kosten hoger uitgevallen dan verwacht. De woonkosten waren voor 35 procent van de ondervraagden hoger dan verwacht en 53 procent ervoer de hoogte van de kosten niet als een verrassing. Ook hieruit blijkt dat de kosten voor een groot deel zijn uitgevallen zoals vooraf is voorgespiegeld. Toch vallen in een kwart van de gevallen de kosten voor het wervingsbureau zelf hoger uit. Daarnaast zorgen ook de woonkosten in aanzienlijke mate voor verrassingen.

5.5 INTEGRATIE EN ACCEPTATIE IN DE ORGANISATIE EN NEDERLAND

De 'slagingskans' van een wervingsactie en de manier waarop migranten verpleegkundigen hun ervaringen in het gastland waarderen hangen samen met de vraag in hoeverre zij zich geaccepteerd voelen. Een grote meerderheid van 90 procent van het zorgpersoneel voelt zich geaccepteerd in Nederland. Op de vraag of men zich geaccepteerd voelt in de instelling antwoordt 85 procent bevestigend. Een percentage van 8 procent voelt zich buitengesloten in de Nederlandse samenleving en ongeveer 12 procent voelt zich niet geaccepteerd als personeelslid in de instelling. Meer dan 85 procent geeft aan zich gesteund te voelen op de werkvloer, ongeveer 10 procent voelt zich niet, of gedeeltelijk gesteund door collega's en leidinggevenden.

De zorginstellingen van deze respondenten hebben in veel gevallen ook enige moeite gedaan om de nieuwkomers wegwijs te maken in Nederland. Een meerderheid van 71 procent van het buitenlandse zorgpersoneel geeft aan dat de werkgever heeft gezorgd voor een culturele oriëntatie op de Nederlandse samenleving. Voor 29 procent werd geen culturele oriëntatie verzorgd. Op de vraag of de werkgever extra training met betrekking tot de huidige functie heeft bekostigd antwoordt iets meer dan de helft geen extra training gehad te hebben. Van de personen die wel een extra training hebben gehad, geeft bijna de helft aan dat deze training niet voldoende is geweest.

Werknemers zijn ook gevraagd de relatie met hun collega's en leidinggevende te beoordelen op een schaal van 1 (zeer slecht) tot 5 (uitstekend). Een klein percentage van 4 procent bestempelt de relatie met de collega's als slecht. Van de geïnterviewden geeft 33 procent aan dat de relatie 'oké' is en over een goede relatie spreekt 43 procent. Door 17 procent wordt de relatie met de collega's als uitstekend omschreven. De relatie met de leidinggevende wordt door een kleine minderheid van 7 procent (zeer) slecht genoemd. Voor 29 procent is de relatie met de leidinggevende oké en voor

39 procent goed. Een percentage van 21 procent is zeer tevreden over de relatie met de leidinggevende.

Deze percentages scheppen een vrij positief beeld van de verhoudingen op de werkvloer en de 'integratie' in de samenleving. Dit resultaat zou beïnvloed kunnen zijn door een aantal factoren. Alle respondenten zijn langer dan een half jaar in Nederland. Daar migranten met slechte ervaringen wellicht eerder terug zullen keren naar het land van herkomst, is de kans dat deze ondervertegenwoordigd zijn in de steekproef groot. Daarbij kan de wens om een beleefd antwoord te willen geven een rol hebben gespeeld.

5.6 VERLENGING CONTRACT

Meer dan de helft van de respondenten geeft aan het contract met de Nederlandse instelling zeker te willen verlengen en 26 procent geeft aan het contract misschien te willen verlengen. Tegelijkertijd geeft bijna 50 procent van de geïnterviewden aan niet voorgoed in Nederland te willen blijven, maar weer naar het herkomstland terug te willen keren. Migratie naar een ander land is voor bijna 60 procent geen optie, voor een kleine minderheid van 8 procent een serieuze optie en 22 procent geeft aan misschien naar een ander land te willen migreren.

De geïnterviewden hebben ook aangegeven welke factoren de beslissing om naar huis terug te keren zouden beïnvloeden. De meest genoemde redenen hebben te maken met persoonlijke en familieomstandigheden, zoals heimwee naar huis, problemen in het gezin, ziekte van ouders, of de eigen ouderdom. Belangrijke andere factoren die genoemd worden hebben te maken met een gebrek aan carrièremogelijkheden in Nederland, een gebrek aan erkenning van het buitenlandse diploma en het niet verlengen van het contract of verblijfvergunning. Voor een aantal personen is het noodzakelijk dat op den duur de familie kan overkomen, de partner een baan vindt in Nederland en het krijgen van een geschikte woonruimte speelt voor paar individuen een rol.

Een aantal personen geeft aan dat politieke en economische ontwikkelingen in het herkomstland de beslissing om terug te gaan zouden kunnen beïnvloeden. Ook willen enkele buitenlandse medewerkers uiteindelijk graag terug om een bijdrage aan de gezondheidszorg in het herkomstland te leveren.

5.7 RELATIE MET VAKBONDEN EN ONDERNEMINGSRADEN

Buitenlandse verpleegkundigen hebben in het algemeen nauwelijks aansluiting bij een vakbond. Een grote meerderheid (84 procent) van de geïnterviewden is geen lid van een vakbond. Van de 13 procent die wel lid is zijn de personen afkomstig uit Indonesië, Polen, Litouwen en Zuid Afrika. Wel is het fenomeen vakbeweging bij de meeste respondenten bekend en hebben zij duidelijke ideeën over wat een vakbond voor hen zou kunnen betekenen en hoe deze hen zou kunnen ondersteunen. Vakbonden zouden volgens hen een rol kunnen spelen in het organiseren van (taal)cursussen, het houden van informatieve bijeenkomsten over de vakbond en het bieden van individuele hulp bij problemen of vragen met betrekking tot de arbeidsvoorwaarden- en omstandigheden. Het vergroten van wederzijdse culturele kennis, samen met het bestrijden van wantrouwen ten aanzien van buitenlandse verpleegkundigen, het stimuleren van gelijke behandeling van buitenlandse en Nederlands zorgpersoneel en erkenning van buitenlandse diploma's worden eveneens genoemd als belangrijke taken voor een vakbond. Een aantal verpleegkundigen en verzorgenden geeft aan ontevreden te zijn met de woonruimte en vindt dat de vakbond hier een rol in zou kunnen hebben. Een vakbond zou zich hier in hun ogen harder voor moeten maken. Sommige verpleegkundigen geven tot slot aan dat er ook behoefte aan duidelijkheid is over regels met betrekking tot de vraag waartoe men wel, of niet bevoegd is in de werksituatie. Suggesties die deze werknemers doen voor een betere behartiging van hun belangen door de Nederlandse vakbonden zijn samenwerking met de vakbonden in het herkomstland van de buitenlandse zorgmedewerkers en het oprichten van een garantiefonds voor financiële bijstand in de beginperiode.

Over de ondernemingsraad is over het algemeen weinig bekend. Een kleine minderheid heeft wel eens van de ondernemingsraad gehoord, maar over het algemeen weet men niet wat het inhoudt. Op de vraag wat de ondernemingsraad kan doen voor buitenlands zorgpersoneel wordt dan ook een paar keer geantwoord dat meer informatie over de ondernemingsraad verstrekt zou kunnen worden.

5.8 SAMENVATTING

Anders dan in de overige in het PSI project deelnemende landen lijken misstanden zich in Nederland zich nauwelijks voor te doen. Het buitenlandse zorgpersoneel omschrijft de contacten met collega's en leidinggevendenden overwegend als goed. Hierin is ook nauwelijks verschil tussen de diverse herkomstlanden. Ook in financieel opzicht zijn de gemaakt kosten voor de migratie en de inkomsten

uit het salaris overwegend zoals verwacht. Dit heeft waarschijnlijk te maken met de sterke regulering van het Nederlandse zorgbestel. De zorginstellingen zijn gehouden aan de CAO-bepalingen. Daarnaast zal vermoedelijk veel aandacht besteed zijn aan het uitleggen van bruto-netto loonsverschillen.

Het niet erkennen van bepaalde diploma's uit het buitenland zorgt wel voor problemen. Met name de Oost-Europese verzorgenden geven aan dat zij vinden dat zij onder hun niveau werkzaam zijn. Zij zijn in hun land gediplomeerd verpleegkundigen, maar kunnen door het niet-erkennen van hun diploma's niet als verpleegkundigen aan de slag. De taalproblemen blijken onder alle groepen (behalve de Litouwers) groot te zijn. Een groot deel van de respondenten geeft aan daar een beetje tot veel moeite mee te hebben. Zelfs degenen die wat langer (langer dan een jaar) in Nederland zijn, houden hier problemen mee.

De meeste verpleegkundigen en verzorgenden hopen langer in Nederland te kunnen blijven. Het lijkt erop dat dat deel dat door het eerste jaar van de tewerkstelling heen komt, ook sterk gemotiveerd is om zich voor een langere periode in Nederland te vestigen. De belangrijkste redenen voor een vroegtijdig vertrek zijn heimwee en familieomstandigheden.

Vakbonden en met name ondernemingsraden blijken grote onbekenden te zijn. De meerderheid van de buitenlandse verpleegkundigen en verzorgenden weet niet wat een ondernemingsraad is, wat deze doet en is er ook nooit mee in aanraking gekomen. Hoewel het fenomeen vakbonden meer bekendheid geniet, vinden de respondenten in het algemeen ook hier geen aansluiting en weet men weinig van vakbonden in Nederland. Tegelijkertijd heeft men wel een duidelijker beeld van wat een vakbond zou kunnen betekenen.

6 ERVARINGEN VAN REGULIER PERSONEEL

6.1 INLEIDING

Om een indruk te krijgen van hoe het werken met in het buitenland geworven collega's in de praktijk verloopt zijn groeps gesprekken gehouden met 'regulier' personeel dat dagelijks op de werkvloer samenwerkt met deze nieuwe medewerkers. Onder 'regulier' personeel wordt verstaan de medewerkers die niet in het buitenland zijn gerekruteerd. Dit zijn zowel autochtone als allochtone personeelsleden. In totaal is er gesproken met 19 respondenten, van wie acht werkzaam in een ziekenhuis en elf werkzaam in een verpleeg- en verzorgingshuis. Van de 19 respondenten zijn 15 in dienst van de zorginstellingen waarvan ook de managers en ondernemingsraadsleden zijn geïnterviewd. De volgende gesprekken zijn gehouden: een gesprek in een psychiatrisch ziekenhuis (n=2) met een autochtone en allochtone verpleegkundige over hun ervaring met Indonesische verpleegkundigen; een groeps gesprek in een verpleeg- en verzorgingshuis (n=7) met 2 allochtone en 5 autochtone medewerkers over hun ervaring met Indonesische collega's; een groeps gesprek met allochtone verpleegkundigen en verzorgenden uit diverse instellingen (n=6) van wie 2 werkzaam in een ziekenhuis en 4 in een verpleeg- en verzorgingshuis over hun ervaringen met diverse groepen waaronder Oost-Europese, Filippijnse, Indonesische en Duitse verpleegkundigen en verzorgenden; een gesprek met twee autochtone verpleegkundigen in een ziekenhuis (n=2) over hun ervaring met Australische verpleegkundigen; een gesprek met twee autochtone verpleegkundigen in een ziekenhuis (n=2) over hun ervaring met Oost-Europese verpleegkundigen; en een gesprek met twee autochtone verzorgenden in een verpleeg- en verzorgingshuis (n=2) over hun ervaring met Oost-Europese verpleegkundigen.

De gesprekken hadden een open karakter. Er werd telkens een aantal thema's aan de orde gesteld, zoals de voorbereiding op de komst van buitenlandse collega's, het creëren van draagvlak en de samenwerking met buitenlandse collega's.

6.2 VOORBEREIDING OP DE KOMST VAN BUITENLANDSE COLLEGA'S

Sommige instellingen besteden niet alleen aandacht aan het voorbereiden van buitenlandse werknemers op hun komst naar Nederland, maar investeren ook in het voorbereiden van de werkvloer op het werken met buitenlandse collega's.

12 van de 19 respondenten zeggen dat de instelling de medewerkers heeft voorbereid op de komst van arbeidsmigranten. Deze voorbereiding kan uit verschillende elementen bestaan. In een deel van

de gevallen is dit besproken in afdelingsvergaderingen. In sommige gevallen is een voorlichtingsbijeenkomst georganiseerd waarbij onder andere uitleg is gegeven over de noodzaak van rekrutering in het buitenland en de achtergrond van de buitenlandse verpleegkundigen en verzorgenden. In een enkel geval is informatie in een infobulletin verzorgd.

De meeste respondenten geven aan vooraf vraagtekens te hebben gehad bij werving in het buitenland. Deze betreffen de communicatieproblemen die arbeidsmigratie met zich mee zou brengen, andere culturele normen en waarden en de verschillen in visie op medische zorg. Vooral de taal is een belangrijk bezwaarpunt. Daarnaast zijn er ook meer praktische bezwaren ten aanzien van de begeleidingscapaciteit en vragen over de arbeidsvoorwaarden waaronder de mensen in dienst zouden komen. Een deel van de respondenten (n=7) stond vooraf afwijzend tegenover buitenlandse verpleegkundigen. Zij hebben hun mening in de loop van de tijd bijgesteld en zijn op dit moment redelijk tot zeer tevreden met hun buitenlandse collega's.

6.3 DRAAGVLAK

De mate waarin instellingen geslaagd zijn in het creëren van draagvlak voor buitenlandse werknemers varieert per instelling. Het lijkt verschil te maken of respondenten al dan niet eerdere ervaringen hebben met het werken met 'werknemers uit andere culturen'. Zo heeft het in een instelling waar tot de komst van de arbeidsmigranten de samenstelling van het personeelsbestand etnisch homogeen was moeite had gekost om draagvlak te creëren voor de nieuwe werknemers. Een autochtone leidinggevende vertelt hier het volgende over:

"Het team had het eerste half jaar moeite met het dragen van een nieuwe 'vreemde' collega. We hebben veel moeten doen om draagvlak te creëren. We hebben veel aandacht besteed aan uitleg over de verschillen in cultuur. We hebben ze ook allemaal bewust op een andere afdeling geplaatst. Zij werden op die manier ondergedompeld in de Nederlandse taal, dus moesten wel Nederlands praten. Maar het was ook een manier om integratie met de rest van het team te laten plaatsvinden. Zij konden zo minder samenklitten en zo kregen ook zoveel mogelijk teams met hen te maken."

De respondenten uit instellingen met een etnisch heterogene samenstelling geven vaker aan dat het creëren van draagvlak niet zo moeizaam is verlopen, omdat men al ervaring heeft met diversiteit binnen de organisatie. Een autochtone verpleegkundige verwoordt dit als volgt:

“We hadden natuurlijk al een Iraniër en een meisje uit Afghanistan gehad. En een meisje uit weet ik veel waar en er is nu een Italiaanse arts. Er zijn zoveel gasten hier altijd. Nou ik had zoiets we zien het wel. Ik vind het altijd wel leuk. Ik wil wel eens horen hoe het daar gaat. Er heeft pas geleden een Australische jongen hier langdurig gewerkt, dus die ervaring met Australiërs die hadden we al.”

Ook volgens een Surinaamse verpleegkundige is de acceptatie van arbeidsmigranten minder problematisch als men al eerder met migranten in aanraking is gekomen. Zij zegt hierover:

“Ik werk nu al 26 jaar als verpleegkundige, eerst in Suriname en ben vervolgens naar Nederland gekomen. In de ziekenhuizen waarin ik heb gewerkt hebben we altijd artsen, verpleegkundigen en noem maar op uit alle windstreken gehad. Die paar buitenlandse verpleegkundigen erbij maakte voor ons ook niks meer uit.”

De draagvlak voor buitenlandse collega's wordt in sommige gevallen verkleind door ongenoegen over de extra voorzieningen die voor deze werknemers worden verzorgd en/of bekostigd. Deze respondenten zijn van mening dat het oneerlijk is om onkostenvergoedingen te betalen (zoals reiskosten en dergelijke) en accommodatie te verzorgen voor buitenlandse werknemers, terwijl dit niet of in veel mindere mate wordt gedaan voor regulier personeel. Een autochtone verzorgende illustreert dit als volgt:

“Wij vonden het gemeen. Voor hen werden grote kamers geregeld met een eigen huiskamer. Ik had echt zoiets van nou ja, zij krijgen wel een eigen huiskamer en wij niet. We hadden allemaal al een heel klein kamertje en zij kregen allemaal een kamer en nog een eigen huiskamer. En wij werken hier al 4 jaar. [...] Het was oneerlijk. Er waren een paar mensen van ons, die moesten verhuizen van de tuinkant naar de straatkant, omdat zij zonodig naar de tuinkant moesten [daar is het rustig]. Ja, dat wordt dan zo even verteld. Die meiden [de buitenlandse verpleegkundigen] kunnen er verder niets aan doen. Maar ja, het is natuurlijk wel zo dat als je je kamer uit moet en moet gaan verhuizen, dat je op dat moment gewoon het idee hebt dat ze gewoon worden voorgetrokken.”

Maar ook de trainingen en taalcursussen van de buitenlandse collega's zijn een punt van discussie. Sommige respondenten stellen dat als deze investeringen in groepen op de Nederlandse arbeidsmarkt zouden zijn gedaan – zoals allochtone werkzoekenden - het helemaal niet nodig was geweest om mensen van buiten de landsgrenzen te halen. Een van de Surinaamse ziekenverzoekers zegt hierover:

“We hebben bij ons Marokkaanse meiden met pit rondlopen die met een beetje training wel op het niveau van ziekenverzorgende te krijgen zijn. De taal is niet altijd even denderend, maar daar valt wat aan te doen. Maar je kunt als het ware beter uit het buitenland gehaald zijn dan hier allochtoon zijn. Er wordt dan meer aandacht aan je besteed in de zin van cursussen en trainingen. Als er net zoveel in allochtonen geïnvesteerd zou worden, zouden de tekorten kleiner zijn.”

6.4 TAAL EN COMMUNICATIE

De taal blijkt voor de reguliere collega's een struikelblok te vormen. Over de mate waarin dit een probleem is bestaan verschillende opinies. Bijna alle respondenten geven aan dat het taalprobleem met name in het eerste half jaar het grootst is. Dit is ook vaak de periode waarin de buitenlandse collega's een (additionele) taal cursus volgen.

Een ziekenverzorgenden over Indonesische collega's:

“De taal is in het begin wel een groot struikelpunt geweest. Je moest iets vier keer uitleggen voordat ze het begrepen. Uiteindelijk is het met de taal toch redelijk goed gekomen. Het scheelt ook dat ze uit Indonesië komen. Daar hebben ze toch meer kennis van Nederland dan bijvoorbeeld in een ander land.”

Een verpleegkundige over Australische collega's:

“De taal levert best nog wel eens problemen op, zeker in het begin, toen spraken ze nog geen woord Nederlands, helemaal niks. Je kan niet van iedere patiënt verwachten dat ze Engels spreken. En sommige mensen - vooral buitenlandse patiënten - hebben er problemen mee, omdat die zelf al niet goed Nederlands spreken. Dus eigenlijk zouden ze niet samen kunnen werken, altijd 1 van ons erbij voor de vertaling eventueel. [...] Maar de meeste patiënten vinden het heel leuk. Die hebben zoiets van: o ja, kan ik ook eens een keer Engels spreken.”

Een ziekenverzorgenden over Litouwse collega's:

“Ja de taal vonden we wel een groot probleem. Ik had toen gehoord dat ze in 3 maanden Nederlands moesten leren in Litouwen. En toen kwamen ze en ze spraken heel slecht Nederlands. En ik dacht: oh mijn god, als dat maar goed gaat. Maar ze hebben het heel snel opgepakt. [...] Ik denk dat ze gewoon een goede cursus Nederlands hebben gehad. Dat is gewoon het belangrijkste. [...] Taal is gewoon belangrijk.”

Het brengt ook irritatie met zich mee voor de collega's. Maar ook vooral voor de bewoners, die vinden het vaak ook vervelend [om niet goed met de verzorgende te kunnen communiceren]."

Een deel van de respondenten geeft aan dat dit taalprobleem na het eerste half jaar tot een jaar sterk vermindert.²⁹ Een ander deel maakt echter kenbaar dat zij dit zelfs na het eerste jaar een ernstig probleem blijven vinden. Met name de communicatieproblemen die hierdoor ontstaan leiden tot irritatie. Zo is het niet altijd duidelijk of er precies begrepen is wat er bedoeld wordt. Dit kan tot vervelende en in een enkel geval zelfs tot gevaarlijke situaties leiden. Een van de autochtone verpleegkundigen geeft hier een voorbeeld van:

"Het gaat mis op het moment dat de buitenlandse verpleegkundigen de patiënten niet goed kan inschatten, omdat hij of zij de patiënt niet goed begrijpt. Soms kunnen er zelfs gevaarlijke situaties ontstaan als de buitenlandse werknemer niet goed met de arts kan communiceren over de te volgen behandeling. Als de arts aan de buitenlandse verpleegkundige denkt duidelijk te hebben gemaakt wat er moet gebeuren en de verpleegkundige zegt het begrepen te hebben, maar doet vervolgens iets heel anders, dan heb je een probleem."

6.5 WAARDERING VOOR DE BUITENLANDSE COLLEGA'S

De waardering voor de buitenlandse medewerker op het persoonlijke vlak is vrij groot. Vrijwel alle respondenten geven aan dat zij het prettig zouden vinden als de collega's na het verstrekken van de termijn zouden kunnen blijven. Dit heeft ook een praktische kant. Men vindt het frustrerend dat, nadat er zoveel tijd en energie is gestoken in de buitenlandse collega, deze moet vertrekken terwijl zij/hij goed functioneert. Daarnaast wordt herhaaldelijk bewondering uitgesproken over het doorzettingsvermogen van deze medewerkers. Men heeft respect voor het feit dat de immigranten de stap zetten om naar een ander land te verhuizen, een andere taal te leren en gescheiden van hun familie te moeten leven.

Over de mate van waardering van de kennishoudelijke kwaliteiten van de nieuwe collega's is een duidelijk verschil waarneembaar tussen medewerkers in verpleeg- en verzorgingshuizen en collega-verpleegkundigen in ziekenhuizen. Zo wijzen vrijwel alle respondenten werkzaam in een ziekenhuis er op dat de nieuwe collega's in het eerste jaar geen zelfstandige diensten kunnen draaien vanwege

²⁹ Dit zal waarschijnlijk ook te maken met de uitval in de eerste periode. Van de mensen die na een jaar niet voldoen, wordt het contract niet verlengd. Tevens kan een deel al uit zichzelf weg zijn gegaan, omdat men niet kon aarden of vanwege andere problemen.

de taal en communicatieproblemen, maar ook omdat ze nog niet bevoegd zijn zelfstandig medische handelingen te verrichten.

Een autochtone verpleegkundige:

“Die mensen kon je zeker het eerste jaar, maar eigenlijk wel nog langer niet zonder begeleiding inzetten. Die mensen kwamen dan wel op de loonlijst. Dus je was je vacature kwijt en je kon geen mensen meer aannemen die wel volledig inzetbaar waren. Op een zaal sta je dan niet meer met z’n drieën, maar met z’n tweeën.”

Het probleem van de beperkte inzetbaarheid in het eerste jaar speelt ook bij de respondenten uit de verpleeg- en verzorgingshuizen. Een van de praktische knelpunten rondom de inzetbaarheid is dat de buitenlandse werknemers als verpleegkundigen zijn opgeleid en niet als verzorgenden. Zij hebben daarom weinig ervaring met zaken als ouderenzorg en het omgaan met ziektebeelden als dementie. Dit brengt met zich mee dat het een tijd duurt voordat zij volledig zelfstandige diensten kunnen draaien. Echter op dit probleem wordt door deze respondenten tijdens de gesprekken minder de nadruk gelegd dan door de respondenten werkzaam in ziekenhuizen. Vermoedelijk houdt dit onder meer verband met de waardering voor de vakinhoudelijke kennis van de buitenlandse collega’s. De respondenten in ziekenhuizen geven veelal aan dat de buitenlandse collega’s vakinhoudelijk van een gelijkwaardig dan wel een iets lager niveau zijn en geven minder vaak aan dat zij iets van hun buitenlandse collega’s kunnen leren. De waardering voor de vaardigheden is veel groter in de verpleeg- en verzorgingshuizen. In de verpleeg- en verzorgingshuizen wordt vaker benadrukt dat de buitenlandse collega’s een meerwaarde hebben, omdat zij veel verpleegtechnische kennis met zich meebrengen, die de ziekenverzorgenden vaak niet in huis hebben. Dit compenseert waarschijnlijk voor een deel het ongemak van de inwerkingsperiode.

Een ziekenverzorgende over Indonesische collega’s:

“Er valt gewoon veel van te leren, omdat ze op een hoger niveau zijn opgeleid. Ze hadden technisch veel meer vaardigheden, dus in die zin was het wel een verrijking dat ze bij ons kwamen werken.”

Een ziekenverzorgende over Litouwse collega's:

“Ik kan meer leren van hen, dan zij van ons. Zij hebben ziekenhuiservaring. [...] Er zijn toch altijd dingen die je meeneemt van je eerdere ervaring. Dat is ook wel lastig, dat zij soms dingen niet mochten doen die ze thuis al wel een miljoen keer hadden gedaan. Je merkt gewoon wel dat ze veel meer kunnen als dat ze hier mogen. Zoals bij een vrouw die een te laag bloedsuiker had. Dat was te laat opgemerkt en die was half in coma geraakt. Omdat zij in een ziekenhuis hebben gewerkt weten zij hoe je moet handelen - je moet dan glucagon spuiten om die suiker weer omhoog te krijgen. Dat hebben ze daar honderd keer gedaan en hier mag dat niet. Dan merk je gewoon ook hoe moeilijk zij dat vinden. Die frustratie merk je niet in het dagelijkse leven maar wel bij zo'n voorval.”

Daarnaast is er bij de respondenten van de verpleeg- en verzorgingshuizen een grote waardering voor de manier waarop buitenlandse collega's met ouderen omgaan. Dit wordt ook als een meerwaarde gezien voor de verzorging van de cliënten.

Een ziekenverzorgende over Indonesische collega's:

“De manier waarop ze ouderen bejegenen is soms heel anders dan die van ons. Ze hebben veel respect voor ouderen. Ze laten de mensen meer in hun waarde. Ze laten bijvoorbeeld de mensen zelf hun haren kammen en ze staan er dan geduldig naast te wachten. Ouderen waarderen dat. Wij hebben al snel de neiging om het even vlug voor zo'n mevrouw te doen. Dat scheelt enorm veel tijd.”

7 DE ZORGSECTOR IN SECTORAAL VERGELIJKEND PERSPECTIEF

7.1 INLEIDING

Om na te gaan in hoeverre er sprake is van een specifieke situatie in de zorg als het gaat om de regulering van arbeidsmigratie en in hoeverre de bevindingen in de zorg ook opgaan voor andere sectoren, wordt in dit hoofdstuk een vergelijking gemaakt met twee andere sectoren, te weten de bouwsector en de vleesverwerkende industrie. Deze vergelijking geschiedt op basis van een secundaire analyse. Hiervoor is het werk van Ter Beek e.a. (2005) gebruikt. In dit onderzoeksrapport wordt onder andere nagegaan op welke schaal Poolse arbeidskrachten in de land- en tuinbouw, de bouw en de vleessector worden ingezet. Tevens wordt gekeken onder welke juridische constructies dit gebeurt en wat de effecten zijn op de comparatieve arbeidskosten tussen enerzijds de Poolse werknemers en anderzijds de Nederlandse arbeidskrachten. Hoewel het rapport betrekking heeft op slechts een groep buitenlandse werknemers biedt het toch voldoende aanknopingspunten om een goede vergelijking te maken.

7.2 JURIDISCHE CONSTRUCTIES VOLGENS WELKE POOLSE ARBEIDSKRACHTEN WORDEN INGEZET IN DE BOUW EN VLEESSECTOR

Om inzichtelijk te maken hoe buitenlandse arbeidskrachten – en in het bijzonder Poolse werknemers – in de Nederlandse bouw en vleessector worden ingezet is het van belang te weten welke juridische constructies mogelijk zijn om deze werknemers te werk te stellen. Poolse arbeidskrachten kunnen op verschillende manieren werkzaam zijn in de bouw en vleessector. Een Poolse werknemer kan in loondienst zijn van een Nederlands bedrijf, een Nederlands uitzendbureau, een Pools uitzendbureau, een Pools bedrijf, of als zelfstandige zonder personeel.

Voor al deze constructies geldt verschillende wet- en regelgeving. De wet- en regelgeving die van toepassing is op in Nederland werkzame categorieën Poolse arbeidskrachten wordt met name bepaald door:

- De vraag of de Pool in het bezit is van een Duits paspoort.
- De vraag of sprake is van werkzaamheden in loondienst bij een Nederlands bedrijf, van loondienst bij een Pools bedrijf of van werkzaamheden als zelfstandige.

Polen die over een Duits paspoort beschikken hebben vrij toegang tot de Nederlandse arbeidsmarkt. Zij hoeven geen tewerkstellingsvergunning aan te vragen om te werken voor een Nederlandse werkgever. Op Poolse werknemers zonder Duits paspoort die in loondienst zijn van een Nederlandse werkgever is de WAV van kracht. Dit betekent dat zij over een tewerkstellingsvergunning moeten beschikken indien zij voor een Nederlandse werkgever of op basis van detachering werkzaam zijn. Wanneer een Poolse werknemer werkt voor een Poolse werkgever, die een opdracht uitvoert in Nederland, vereist de WAV wel een tewerkstellingsvergunning, maar deze hoeft niet getoetst te worden op prioriteitsgenietend aanbod. Indien een Pool als zelfstandige zonder personeel (zzp) opdrachten uitvoert in Nederland en er geen sprake is van een werkgever is er geen tewerkstellingsvergunning vereist. De zzp'er moet dan echter wel kunnen aantonen dat hij niet toch 'verkapt in loondienst' is. Poolse arbeidskrachten worden in de bouw en vleessector op verschillende manieren ingezet (Ter Beek e.a., 2005: 24).

7.3 DE VLEESSECTOR

De totale omvang van de Nederlandse vleessector kan, gemeten naar werkgelegenheid, worden geschat op 22.000 banen. Hiervan zijn er circa 11.000 te vinden in de roodvleesbranche, 5.000 in de vleeswarenbranche en nog eens circa 6.000 in de pluimveesector (Ter Beek e.a. 2005: 67). Naar schatting bestaat ongeveer 24 tot 28 procent van de werkgelegenheid in deze sector uit flexibele arbeid.

Indien wordt gekeken naar de hoofdactiviteiten in de vleessector, namelijk het slachten en uitbenen, kan worden gesteld dat het benodigde opleidingsniveau in de sector laag is. Voor het slachten geldt dat de te verrichten productiehandelingen door de toegenomen automatisering veelal relatief eenvoudig zijn. Voor het uitbenen is meer vakbekwaamheid vereist. Buitenlandse arbeidskrachten worden veelal op de laaggeschoolde werkzaamheden ingezet.

Er zijn grote verschillen in aantallen Polen per bedrijf. Grotere bedrijven lijken meer gebruik te maken van Poolse arbeidskrachten dan kleinere. Voor kleinere ondernemingen vormen factoren als de beheersing van de Nederlandse taal, hygiënevoorschriften en veiligheid (tot nog toe) grotere barrières voor de inzet van Poolse arbeidskrachten dan voor de grote ondernemingen. Voor de vleeswarenbranche als geheel wordt ingeschat dat circa 5 procent van de arbeidskrachten Pools is (Ter Beek e.a. 2005: 71). Naar schatting zijn er tussen de 2.500 en 3.600 Poolse werknemers werkzaam in de vleessector. Deze werknemers worden veelal voor een periode van zes maanden aangetrokken. De meesten van hen zijn werkzaam op basis van een tewerkstellingsvergunning (dit betreft dus Polen zonder Duits paspoort) en werken via een uitzendbureau. Dit zijn over het algemeen Nederlandse bureaus, hoewel er ook Poolse uitzendbureaus actief zijn. Een Pool die in dienst is van een Nederlands uitzendbureau, kan enigszins goedkoper zijn voor vleesbedrijven dan Nederlandse collega's, omdat Polen vaker werkzaam zijn op basis van de uitzend-CAO dan conform de vlees-CAO, waar het bruto-salaris hoger ligt (Ter Beek e.a. 2005:12).

7.4 DE BOUWSECTOR

Er werken naar schatting zo'n 200.000 werknemers in de bouw. De sector wordt gedomineerd door kleine en middelgrote bedrijven. In 1995 waren er 19.000 ondernemingen: 85 procent hiervan had minder dan 20 werknemers in dienst. Echter meer dan 40 procent van de werknemers stond op de loonlijst van ondernemingen met meer dan 50 werknemers. Het werknemersbestand in de bouw bestaat voornamelijk uit lager tot middelbaar geschoold personeel (Van der Meer en Roosblad, 2004: 28).

Een groot deel van de banen in de bouw valt onder een van de vier grote CAO's in deze sector, te weten de bouw-CAO (ongeveer 140.000 banen); de CAO uitvoerend, technisch en administratief personeel (ongeveer 50.000 banen); de CAO schilders-, afwerkings- en glazetbedrijf (ongeveer 35.000 banen); en de CAO stukadoors-, afbouw- en vloerenleggersbedrijf: (ongeveer 17.000 banen).

De bouw is een sector in ontwikkeling. Met name ontwikkelingen op het gebied van flexibilisering zijn relevant voor constructies die door Polen worden gebruikt om in de sector te werken. Door de projectmatige manier van werken in de bouw is er een grote behoefte aan een flexibel personeelsbestand. De flexibilisering in de bouw vermindert echter het zicht op de herkomst van de onderaannemers en zzp'ers die werken aan een opdracht. De sector is vrij nationaal georiënteerd: de hoofdaannemer bij opdrachten buiten de particuliere sector is vrijwel

altijd Nederlands. Door ingewikkelde wet- en regelgeving is de sector voor buitenlandse bedrijven minder toegankelijk. Het is echter goed mogelijk dat men werk aan Poolse zelfstandigen en onderaannemers uitbestedt. Deze partijen blijven echter grotendeels buiten de gangbare administraties. Door het ontbreken van gegevens is het vooralsnog onduidelijk in welke mate er verdringing optreedt door Poolse arbeidskrachten.

In de bouw zijn naar schatting relatief minder Polen actief dan in de vleessector, namelijk ongeveer tussen de 1.300 en de 2.500. Dit is circa 1 procent van het totaal aantal arbeidskrachten in de sector. Deze werknemers worden veelal voor een periode van zes maanden aangetrokken. Poolse werknemers die in de Nederlandse bouw werken, zijn voornamelijk Duitse Polen die via een uitzendbureau in Nederland werken. Hun aantal is gering, waarschijnlijk minder dan 1.500. Wel zijn er in vergelijking met de vleessector relatief meer in Polen of in Nederland geregistreerde zelfstandigen. Met name voor in Polen gevestigde zelfstandigen kunnen aanzienlijke kostenvoordelen ontstaan. De belangrijkste afzetmarkt voor de Poolse zelfstandigen zijn momenteel de particuliere opdrachtgevers die verbouwingen laten doen (Ter Beek e.a. 2005: 12, 87).

7.5 DE ZORGSECTOR

De Sector Zorg en Welzijn is een relatief grote sector in de Nederlandse economie. In 2000 waren er een miljoen mensen werknemers werkzaam in de zorg.³⁰ Dit is ongeveer 12 procent van de totale beroepsbevolking. De zorg is een sector met relatief veel middelbaar tot hoger opgeleid personeel. Het grootste deel van de personen die werkzaam zijn in de zorg werkt in een verpleegkundig of verzorgend beroep (67 procent). Daarnaast werkt ongeveer 11 procent in een medisch en 14 procent in een paramedisch en 8 procent in een assisterend beroep. In tegenstelling tot de twee andere sectoren is het merendeel van de personen die werkzaam zijn in een zorgberoep vrouw (84 procent). Dit geldt met name voor de assisterende (100 procent), de verpleegkundige/verzorgende beroepen (88 procent) en de paramedici (77 procent). Het aandeel vrouwen onder de medici is lager (37 procent) (Hingstman e.a., 2001: 57).

Arbeidsmigratie in de zorgsector onderscheidt zich van migratie in de andere twee sectoren, omdat het sterk bepaald wordt door overheidsregulering. Daar de zorg een publieke sector is heeft de overheid een grote invloed op de mate waarin en de manier waarop beroepskrachten in de gezondheidszorg worden opgeleid en ingezet. Dit betekent tevens dat de overheid veel meer speelruimte heeft om door middel van beleidsmaatregelen direct of indirect invloed uit te oefenen op migratie in deze sector. De zorgsector is ook de enige van de drie sectoren waar door de

³⁰ De sector Welzijn is hier niet in meegerekend.

overheid de sociale partners additionele afspraken gemaakt zijn om arbeidsmigratie te reguleren en binnen de perken te houden. Daarnaast gaat het in de zorg in hogere mate dan in de andere twee sectoren om beschermde beroepen. Om als verpleegkundige aan de slag te gaan is registratie in het kader van de Wet BIG verplicht. Echter voor het werken als ziekenverzorgende zijn eveneens de juiste kwalificaties vereist. Dit betekent dat opleidingskwalificaties en de erkenning van diploma's behaald in het buitenland van groot belang zijn en een barrière kunnen vormen voor buitenlandse arbeidskrachten om in de zorg aan de slag te gaan.

In de zorgsector is relatief het kleinste aantal buitenlandse arbeidskrachten werkzaam: naar schatting maximaal 2000. Dit is nog geen 0,5 procent van het totale verpleegkundigen- en verzorgendenbestand in de zorg, en een verwaarloosbaar klein percentage op het totaal aantal werkzame personen in de zorg. De buitenlandse verpleegkundigen en verzorgenden werken vrijwel allemaal in loondienst bij een Nederlandse zorginstelling.³¹ Zij worden aangesteld op een dienstverband van een jaar (met mogelijke verlenging van nog een jaar voor werknemers uit een niet-EU land en een mogelijkheid tot een vast dienstverband voor personen uit een EU-lidstaat). Daar zij werkzaam zijn op basis van de CAO in de desbetreffende subsector zijn er nauwelijks kostenvoordelen bij het tewerkstellen van deze werknemers.

7.6 DE DRIE SECTOREN VERGELEKEN

Er zijn aanzienlijke verschillen tussen arbeidsmigratie in de zorgsector enerzijds en de bouw en vleessector anderzijds als het gaat om de effecten van de regulering van de toelating van buitenlandse werknemers op de mate van arbeidsmigratie in de sector. Ten eerste verschillen de juridische constructies waaronder arbeidsmigranten in de drie sectoren worden aangenomen. In de bouw en de vleessector zijn de Poolse arbeidskrachten voornamelijk via uitzendbureaus in Nederland werkzaam. Dit heeft onder meer gevolgen voor de kosten die het inhuren van arbeidsmigranten met zich meebrengt: langs deze juridische constructie kunnen kosten bespaard worden. Hoewel het in theorie ook mogelijk is om een uitzendconstructie in de zorg toe te passen komt dit in de praktijk niet voor. In de zorginstellingen zijn de arbeidsmigranten voornamelijk in loondienst werkzaam, waardoor het werven van werknemers in het buitenland nauwelijks kostenvoordelen met zich meebrengt.

Ten tweede is er een verschil in duur van het arbeidsverband: in de zorgsector worden arbeidsmigranten in principe aangetrokken met de bedoeling om ze ten minste de maximale periode

van twee jaar in dienst te houden. De gemiddelde duur van het arbeidscontract in de andere twee sectoren ligt rond de zes maanden.

Ten derde is er een verschil in kwalificatieniveau van het personeel. In de bouw en vleessector gaat het bij arbeidsmigratie voornamelijk om on- tot laaggeschoold werk. In de gezondheidszorg gaat het om het aantrekken van middelbaar tot hooggeschoolde werknemers. Dit heeft consequenties voor de wervingsmogelijkheden. Daar het beroep van verpleegkundige beschermd is en ook voor ziekenverzorgenden strenge kwalificatievereisten gelden, is het zeer belangrijk om de juiste diploma's te hebben. Dit speelt in de bouw en vleessector nauwelijks een rol.

Ten vierde is het verschil in regelgeving tussen de zorgsector enerzijds en de bouw en vleessector anderzijds van belang. In de zorgsector zijn door de overheid en de sociale partners additionele beperkingen opgelegd ten aanzien van het werven van personeel in het buitenland. Deze beperkingen hebben een effect gehad op de aantallen buitenlandse werknemers die in deze sector geworven zijn. In de bouw en de vleessector zijn dergelijke beperkingen niet aanwezig.

Ten vijfde speelt het verschil tussen publieke en private sectoren een rol. De zorgsector is een relatief sterk gereguleerde publieke sector. Deze regulering verkleint bijvoorbeeld ook de kans op illegale tewerkstelling in de sector.

Tot slot is het taalaspect van belang. Bij de werkzaamheden waarvoor buitenlandse arbeidskrachten in de bouw en vleessector tewerkgesteld worden is een goede kennis van de Nederlandse taal relatief van minder belang dan in de gezondheidszorg. Daar zowel schriftelijke als mondelinge communicatie met collega's en cliënten zeer belangrijk is in de gezondheidszorg is het belang van een goede beheersing van de Nederlandse taal veel groter in deze sector. Dit betekent dat de kosten van het (bij)scholen van arbeidsmigranten in de Nederlandse taal hoger liggen in de zorgsector dan in de andere twee sectoren.

³¹ Er zijn enkele uitzonderingen. Zo werkt een deel van de Belgische kraamverzorgsters in Nederlandse zorginstellingen, maar in dienst van een Belgische instelling en valt derhalve onder de Belgische CAO (zie: De Veer, e.a. 2002: 65).

8 VERWACHTINGEN OVER TOEKOMSTIGE MIGRATIE

8.1 INLEIDING

Alle werkgevers benadrukken dat werving in buitenland een laatste noodgreep is. Taal is heel erg belangrijk in de zorg, daarom hebben verpleegkundigen en verzorgenden die de Nederlandse taal goed machtig zijn de voorkeur. Tevens vinden werkgevers het een pré als werknemers kennis hebben van de Nederlandse cultuur in het algemeen en met de cultuur in de Nederlandse gezondheidszorg. Daarnaast is het een kostbare aangelegenheid. Dit geldt niet alleen voor de financiële kosten van de werving, maar ook de (tijds)investeringen in het begeleiden van buitenlandse verpleegkundigen en het doorlopen van de bureaucratische procedures. Zorginstellingen zijn verdeeld over het rendement van het werven in het buitenland. Instellingen die een groot deel van hun geworven verpleegkundigen binnen het jaar zien vertrekken, oordelen negatief over de meerwaarde van actief werven in het buitenland. Instellingen waarvan het gros van de geworven buitenlandse verpleegkundigen na een jaar (redelijk) naar behoren functioneren, zijn veel positiever over arbeidsmigratie. Echter ook deze instellingen stellen dat er eigenlijk pas echt sprake is van een 'return of investment' indien een buitenlandse verpleegkundige voor een langere periode (tenminste drie jaar) aan een instelling verbonden kan blijven.

8.2 VOORWAARDEN VOOR TOEKOMSTIGE ARBEIDSMIGRATIE

Of nogmaals door zorginstellingen voor het werven van personeel in het buitenland wordt gekozen hangt af van een aantal factoren. Allereerst spelen ontwikkelingen in de werkgelegenheid in de gezondheidszorg een belangrijke rol: als de arbeidstekorten in de gezondheidszorg weer zo hoog oplopen en er geen personeel binnen Nederland te vinden is, zegt driekwart van de instellingen genoodzaakt te zijn om weer buiten de landsgrenzen te werven. Deze mening wordt gedeeld door 65 procent van de ondernemingsraden. Van der Windt en Talma (2005) hebben een verkenning gemaakt van de arbeidsmarkt van verpleegkundig, verzorgend en sociaal-pedagogisch personeel in de zorg over de periode 2004-2008. De verwachting rond de ontwikkeling van de werkgelegenheid in deze beroepen is met onzekerheid omgeven. Dit is niet alleen door de onzekerheid rond de economische ontwikkelingen, maar vooral omdat er ingrijpende veranderingen in de structuur van de zorgsector op stapel staan. Door de introductie van meer marktwerking in de zorgsector en de veranderingen in het voorzieningenpakket door de wijzigingen in de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) per juli 2006 is de toekomst voor veel zorginstellingen ongewis. Dit zal naar alle waarschijnlijkheid invloed hebben op de omvang van de behoefte aan nieuw personeel.

Desalniettemin voorzien de onderzoekers dat vanaf 2007 de behoefte aan verpleegkundig en verzorgend personeel groter zal zijn dan het aanbod. Naar verwachting zal in 2008 het tekort zijn opgelopen tot bijna 2 procent van het verpleegkundig en verzorgend personeel. Uitgesplitst naar kwalificatieniveau zijn de tekorten in 2008 het grootst op het niveau van verzorgende (kwalificatieniveau 3), te weten bijna 4 procent; gevolgd door verpleegkundigen op kwalificatieniveau 4 (bijna 2 procent) en verpleegkundigen op kwalificatieniveau 5 (minder dan 1 procent) (Van der Windt en Talma, 2005: 52). Van der Windt en Talma stellen dat om de verwachte tekorten op te kunnen vangen er op dit moment inspanningen nodig zijn. De grootste tekorten zijn te verwachten in de verpleeg- en verzorgingshuizen, de thuiszorg en de geestelijke gezondheidszorg (GGZ).

De belangrijkste oorzaak van de verwachte tekorten is het teruglopende studentenaantal in de verpleegkundige en verzorgende opleiding. Het aantal studenten dat een verpleegkundige of verzorgende opleiding volgt is in 2004 voor het eerst sinds 1997 gedaald. De instroom in de verpleegkundige en verzorgende opleiding is naar verwachting de komende jaren relatief laag vanwege het verwachte lage verloop van personeel. Hierdoor kunnen instellingen te weinig opleidingsplaatsen beschikbaar stellen. Studenten zonder een dergelijke opleidingsplaats kunnen niet de beroepsbegeleidende verpleegkundige opleiding volgen, waarbij leerlingen een aantal dagen in de praktijk werken en een aantal dagen naar school gaan. Voor studenten die de dagopleiding in de beroepsopleidende leerweg volgen geldt dit probleem niet. Zij hebben slechts een stageplek nodig, die in ruimere mate beschikbaar zijn. Door het gebrek aan opleidingsplaatsen zullen op termijn de zorginstellingen met een tekort aan personeel geconfronteerd worden. De auteurs hebben berekend dat de opleidingscapaciteit voor verpleegkundigen en verzorgenden met 10 procent moet toenemen om het personeelsbestand op peil te houden. Echter het aantal dat het VMBO-leerlingen dat de theoretische leerweg volgt (wat de toegang verstrekt tot een verpleegkundige opleiding op kwalificatieniveau 4) zal sterk dalen in de komende tien jaar. Dit betekent dat het potentiële aanbod voor de verpleegkundige opleiding op niveau 4 ook met 15 procent zal afnemen (Van der Windt en Talma, 2005: 37).

Ondernemingsraden en werkgevers die geen heil zien in werving van buitenlands zorgpersoneel zijn van mening dat arbeidsmigratie geen structurele oplossing voor de personeelstekorten is. Zij menen dat toekomstige tekorten door een pro-actief beleid zouden moeten worden aangepakt op de volgende terreinen. Ten eerste vinden ook zij dat er meer geïnvesteerd moet worden in de opleidingscapaciteit van zorginstellingen. Hiervoor zouden de instellingen meer financiële armslag moeten krijgen. Ten tweede zou er meer aandacht aan behoud en doorstroom van zittend personeel besteed moeten worden. Ten derde zou er beleid moeten zijn gericht op de verbetering van het imago van de zorg, zodat jongeren weer meer voor de zorg kiezen. Ten vierde zou er meer geïnvesteerd moeten worden in specifieke doelgroepen binnen Nederland. Er zou meer aandacht moeten worden besteed aan het laten in- en doorstromen van allochtone werknemers. Ook

werkgevers en ondernemingsraden die voorstanders zijn van migratie benadrukken overigens het belang van een pro-actief beleid. Zij geven echter aan dat ondanks al deze maatregelen arbeidsmigratie een noodzakelijke aanvulling op het personeelsbestand zal blijven.

Een tweede factor die bepalend is voor het al dan niet kiezen voor werving in het buitenland is de ervaringen die de instellingen hebben met buitenlandse verpleegkundigen of verzorgenden binnen hun organisatie. Instellingen die goede ervaringen hebben en hun wervingstraject(en) als succesvol bestempelen, zijn eerder geneigd om weer voor deze optie te kiezen. Zij hebben als het ware de draaiboeken voor een volgende wervingsactie in het buitenland al klaar liggen.

Een derde factor is de wet- en regelgeving rondom arbeidsmigratie: werkgevers zijn van mening dat indien werving in het buitenland mogelijk is, de bureaucratische procedures ook vereenvoudigd zouden moeten worden. Daarnaast zou de periode waarvoor een buitenlandse verpleegkundige maximaal kan worden aangesteld ook opgerekt moeten worden om het echt rendabel te maken. Door het aflopen van het CAZ op 1 juli 2004 zijn de beperkende maatregelen die in de zorgsector golden komen te vervallen. Dit heeft consequenties voor de procedures ten aanzien van het aanvragen van werk- en verblijfsvergunningen. Deze worden een stuk vereenvoudigd en verkort, omdat de werkgever nu niet meer voor slechts één jaar een tewerkstellingsvergunning hoeft aan te vragen en het daaropvolgende jaar weer de procedure moet doorlopen. Bovendien vervalt ook de inperking van de maximale periode van drie jaar waarvoor een tewerkstellingsvergunning verleend wordt (zoals de WAV bepaalt) tot twee jaar. Deze inperking was overigens überhaupt in strijd met de wet (De Lange e.a., 2003: 25). Doordat het CAZ niet meer van kracht is verruimen de mogelijkheden voor het langer in dienst houden van buitenlands zorgpersoneel. Dit komt voor toekomstige arbeidsmigratie zowel de rendabiliteit van werving in het buitenland voor werkgevers ten goede als de rechtspositie van buitenlandse verpleegkundigen en verzorgenden.

Van de werkgevers die – naast alternatieve manieren om personeelstekorten tegen te gaan - arbeidsmigratie zien als een goede aanvulling, zegt 33 procent zich bij voorkeur te richten op werving binnen de Europese Unie. Bij de ondernemingsraden ligt dit percentage hoger: hier is ruim de helft van de voorstanders van toekomstige arbeidsmigratie voor werving binnen Europa (54 procent). Voor de preferentie van werving binnen de EU worden twee redenen gegeven: Ten eerste verwachten de respondenten minder taal- en cultuurproblemen bij werving binnen Europa. Ten tweede verwachten zij dat werving in deze landen soepeler zal verlopen, omdat de WAV niet van toepassing is op EU-lidstaten en er dus geen verblijfs- en tewerkstellingsvergunningen hoeven te worden aangevraagd. Dit laatste punt gaat weliswaar op voor werknemers uit oude EU-lidstaten, echter voor de nieuwe lidstaten heeft de Nederlandse overheid kort voor de toetreding op 1 mei 2004 een overgangsregeling getroffen. De regering heeft op basis van het Verdrag over de

Toetreding tot de Europese Unie 2003 besloten de grens voor twee jaar gesloten te houden uit 'angst' voor een grote toestroom van werknemers uit deze landen. Volgens dit verdrag, dat de overgangsregeling voor het vrije verkeer van werknemers uit de nieuwe lidstaten regelt, kan een lidstaat tot twee jaar na de datum van toetreding nationale maatregelen treffen die de grenzen voor werknemers uit nieuwe lidstaten dicht houden. Deze maatregelen kunnen in principe met nogmaals vijf jaar verlengd worden.³² Ondanks het pleidooi van het Ministerie van VWS om de zorgsector per 1 mei 2004 van het vrije verkeer van werknemers te laten profiteren, is dit alleen mogelijk gemaakt voor ok-assistenten, radiotherapeutisch laboranten en radiodiagnostisch laboranten. Echter, omdat de diploma's uit de nieuwe lidstaten (nog) niet worden erkend, biedt deze vrijstelling vrijwel geen kans op tewerkstelling in Nederland (De Lange en Pool, 2004; De Die en Hoorenman, 2003). Voor werkgevers betekent dit dat rekrutering uit de nieuwe lidstaten qua wet- en regelgeving voorlopig vrijwel net zoveel moeite zal kosten als werving buiten de EER. Op termijn kan Nederland het vrije verkeer van werknemers uit de nieuwe lidstaten niet tegen gaan. Echter ook met vrije mobiliteit zullen er belemmeringen blijven, zoals erkenning van diploma's. Dit zal ertoe leiden dat verpleegkundigen uit deze lidstaten niet op hun eigen niveau in de Nederlandse gezondheidszorg werkzaam kunnen zijn, zolang de kwalificaties van werknemers uit deze landen niet gelijk zijn gesteld aan de Nederlandse.

³² The Treaty of Accession 2003 of the Czech Republic, Estonia, Cyprus, Latvia, Lithuania, Hungary, Malta, Poland, Slovenia and Slovakia. Signed in Athens on 16 April, 2003. <http://europa.eu.int>
http://europa.eu.int/comm/enlargement/negotiations/treaty_of_accession_2003/table_of_content_en.htm

9 CONCLUSIE

9.1 INLEIDING

In dit onderzoek is nagegaan wat de effecten van de inzet van buitenlandse verpleegkundigen en verzorgenden op de werkgelegenheid in de Nederlandse zorg zijn. Tevens is gekeken in hoeverre immigratie in de zorg kan worden vergeleken met de toelating van arbeidsmigranten in andere sectoren. Tot slot tracht het rapport te bezien wat de gevolgen zijn van de komst van arbeidsmigranten voor arbeidsverhoudingen in de zorgsector als het gaat om medezeggenschap en gelijke behandeling van werknemers.

Om deze vragen te kunnen beantwoorden is getracht inzicht te geven in het aandeel van buitenlandse verpleegkundigen en verzorgenden in de zorg en de ervaringen van werkgevers, ondernemingsraden en regulier personeel met het werven en tewerkstellen van zorgpersoneel uit het buitenland. Tevens is een analyse gemaakt van de ervaringen van buitenlandse verpleegkundigen en verzorgenden met het werken in de Nederlandse zorg. Tot slot is aan de hand van een literatuurvergelijking nagegaan in hoeverre arbeidsmigratie in de zorg afwijkt van migratie in andere sectoren, te weten de bouw en de vleessector.

9.2 IMPACT OP DE WERKGELEGENHEID

Anders dan in landen als het Verenigd Koninkrijk en de Verenigde Staten van Amerika is arbeidsmigratie in de zorg in Nederland een fenomeen dat maar op zeer geringe schaal plaatsvindt. Zo is het aandeel verpleegkundigen met een diploma behaald in het buitenland in de Verenigde Staten van Amerika 6 procent, in het Verenigd Koninkrijk ruim 8 procent en in Australië 26 procent. In Nederland ligt het percentage buitenlandse verpleegkundigen en verzorgenden veel lager: naar schatting nog geen 0,5 procent.

De geringe aantallen zijn door een aantal factoren te verklaren. Ten eerste dragen de maatregelen in het kader van het CAZ ertoe bij dat zorginstellingen niet op grote schaal arbeidsmigranten kunnen aantrekken. Zo is in het CAZ een quotum afgesproken voor het aantal te werven buitenlandse verpleegkundigen. Dit aantal mag niet groter zijn dan een bepaald percentage van het totale personeelsbestand van de zorginstelling. Bovendien wordt de tewerkstellingsvergunning voor buitenlandse verpleegkundigen geworven in het kader van het CAZ verleend voor slechts één jaar, met mogelijke verlenging van maximaal nog één jaar. Dit leidt ertoe dat werkgevers die het contract

van een reeds in het buitenland geworven verpleegkundige of verzorgende willen verlengen na een jaar opnieuw een werkvergunning moeten aanvragen.

Ten tweede stuiten werkgevers bij het aanvragen van tewerkstellings- en verblijfsvergunningen vaak op bureaucratische problemen, zoals wachttijden die variëren van vier maanden tot anderhalf jaar.

Ten derde stelt de helft van de werkgevers dat de gebrekkige samenwerking tussen instellingen ten aanzien van werving in het buitenland mede debet is aan het soms moeizame verloop van wervingstrajecten. Hoewel de zorginstellingen alle met dezelfde problemen kampen als het gaat om het vervullen van vacatures, wordt er opvallend weinig samengewerkt tussen instellingen bij het werven van personeel in het buitenland. In de enkele gevallen waarin wel gezamenlijk een wervingstraject wordt aangegaan, gaat het initiatief uit van een bemiddelingsbureau dat voor meerdere instellingen tegelijk de werving doet. Het komt herhaaldelijk voor dat zelfs zorginstellingen die onder dezelfde koepelorganisatie vallen niet gezamenlijk de werving ter hand nemen. Bovendien wordt ook weinig informatie uitgewisseld tussen instellingen over ervaringen met werven in het buitenland. Deze werkgevers menen dat meer samenwerking en een centralere rol van het ministerie van VWS en koepelorganisaties in de zorg de slagingskansen van wervingstrajecten zouden vergroten. Daarnaast menen zij dat er beter toezicht zou moeten zijn op de bemiddelingsbureaus. Deze spelen een cruciale rol in de werving, terwijl er nauwelijks controle is op de kwaliteit ervan.

Ten vierde zijn taal en cultuur een belemmerende factor. Daar taal en communicatie erg belangrijk zijn in de zorg, hebben verpleegkundigen en verzorgenden die de Nederlandse taal goed machtig zijn de voorkeur. Omdat het Nederlandse taalgebied niet erg groot is, zal dit in de praktijk grootschalige migratie bemoeilijken. Tevens vinden werkgevers het een pré als werknemers kennis hebben van de Nederlandse cultuur in het algemeen en in het bijzonder van de cultuur in de Nederlandse gezondheidszorg.

Ten vierde is mede door de maatregelen in het CAZ de opbrengst van werving niet optimaal. Zorginstellingen zijn verdeeld over het rendement van het werven in het buitenland. Instellingen die een groot deel van hun geworven verpleegkundigen binnen het jaar zien vertrekken, oordelen negatief over de meerwaarde van actief werven in het buitenland. Dit geldt voor 30 procent van de ondervraagde werkgevers. Instellingen waarvan het gros van de geworven buitenlandse verpleegkundigen na een jaar (redelijk) naar behoren functioneren (70 procent), zijn veel positiever over arbeidsmigratie. Echter ook deze instellingen stellen dat werving in het buitenland zich pas terugverdient indien een buitenlandse verpleegkundige of verzorgende voor een langere periode (tenminste drie jaar) aan een instelling verbonden kan blijven.

Desalniettemin is internationale immigratie ook in de Nederlandse zorgsector op termijn niet meer weg te denken; driekwart van de werkgevers geeft aan dat indien er zich weer een situatie van grote

arbeidstekorten voordoet, zij (naast andere wervingsbronnen) weer personeel uit het buitenland zullen aantrekken. Daarnaast is op basis van de prognoses voor de demografische ontwikkelingen op de langere termijn te verwachten dat arbeidsmigratie eerder toe dan af zal nemen.

9.3 ERVARINGEN VAN BUITENLANDS ZORGPERSONEEL

Anders dan in de overige in het PSI-project deelnemende landen lijken misstanden zich in Nederland nauwelijks voor te doen. Het buitenlandse zorgpersoneel omschrijft de contacten met collega's en leidinggevendenden overwegend als goed. Hierin is ook nauwelijks verschil tussen de diverse herkomstlanden. Ook in financieel opzicht zijn de gemaakte kosten voor de migratie en het salaris overwegend zoals verwacht. Dit heeft waarschijnlijk te maken met de sterke regulering van het Nederlandse zorgbestel en de additionele kwaliteitseisen die in het CAZ gesteld zijn. De zorginstellingen zijn gehouden aan de CAO-bepalingen. Daarnaast zal vermoedelijk veel aandacht besteed zijn aan het uitleggen van bruto-netto loonsverschillen.

Het niet erkennen van bepaalde diploma's uit het buitenland zorgt wel voor problemen. Met name de Oost-Europese verzorgenden geven aan dat zij vinden dat zij onder hun niveau werkzaam zijn. Zij zijn in hun land gediplomeerd verpleegkundigen, maar kunnen door het niet erkennen van hun diploma's niet als verpleegkundigen aan de slag.

9.4 DE ZORGSECTOR IN SECTORAAL VERGELIJKEND PERSPECTIEF

Om na te gaan in hoeverre arbeidsmigratie in de zorgsector afwijkt van arbeidsmigratie in andere sectoren is een vergelijking gemaakt met de bouw en de vleessector. Het percentage arbeidsmigranten in de zorg is veel kleiner dan in de bouw en vleessector. Hiervoor is een aantal verklaringen. Ten eerste verschillen de juridische constructies waaronder arbeidsmigranten in de drie sectoren worden aangenomen. In de bouw en de vleessector zijn de Poolse arbeidskrachten voornamelijk via uitzendbureaus in Nederland werkzaam. Doordat langs deze juridische constructie kosten kunnen worden bespaard, kunnen kostenvoordelen een belangrijke overweging zijn voor het inzetten van immigranten in de bouw en de vleessector. Hoewel het in theorie ook mogelijk is om een uitzendconstructie in de zorg toe te passen komt dit in de praktijk niet voor. In de zorginstellingen spelen dit soort kostenbesparingen nauwelijks een rol, omdat de arbeidsmigranten hier voornamelijk in loondienst werkzaam zijn en volgens de cao in de desbetreffende sector worden ingeschaald.

Ten tweede is het verschil in regelgeving tussen de zorgsector enerzijds en de bouw en vleessector anderzijds van belang. In de zorgsector zijn door de overheid en de sociale partners additionele beperkingen opgelegd ten aanzien van het werven van personeel in het buitenland. Deze beperkingen hebben een effect gehad op de aantallen buitenlandse werknemers die in deze sector geworven zijn. In de bouw en de vleessector zijn soortgelijke beperkingen niet aanwezig.

Ten derde heeft het verschil in kwalificatievereisten voor het in het buitenland aan te trekken personeel invloed op de mate waarin arbeidsmigratie als oplossing voor het vervullen van personeelstekorten wordt gebruikt. Anders dan in de bouw en vleessector gaat het bij arbeidsmigratie in de zorgsector om het aantrekken van middelbaar tot hooggeschoolde werknemers. Dit heeft consequenties voor de wervingsmogelijkheden. Daar het beroep van verpleegkundige beschermd is en ook voor ziekenverzorgenden strenge kwalificatievereisten gelden, kunnen werkgevers uitsluitend personeel met de juiste diploma's in dienst nemen. Dit speelt in de bouw en vleessector in veel mindere mate een rol.

Tot slot is het taalaspect van belang. Bij de werkzaamheden waarvoor buitenlandse arbeidskrachten in de bouw en vleessector tewerkgesteld worden is een goede kennis van de Nederlandse taal relatief van minder belang. In de gezondheidszorg is in vergelijking met de bouw en de vleessector een goede beheersing van de Nederlandse – zowel schriftelijk als mondeling – van veel groter belang. Dit betekent dat de kosten van het (bij)scholen van arbeidsmigranten in de Nederlandse taal hoger liggen in de zorgsector dan in de andere twee sectoren.

9.5 ARBEIDSMIGRATIE IN DE ZORGSECTOR IN HET LICHT VAN (MEDE)ZEGGENSCHAP EN GELIJKE BEHANDELING

Voor de beantwoording van de vraag wat de gevolgen van de komst van arbeidsmigranten zijn voor de arbeidsverhoudingen in de zorgsector als het gaat om medezeggenschap en gelijke behandeling van werknemers, is het van belang na te gaan in hoeverre de betrokken actoren zeggenschap hebben gehad over arbeidsmigratie en in hoeverre zij in staat zijn geweest om hierop invloed uit te oefenen. Tevens wordt nagegaan wat de consequenties van het gevoerde beleid zijn geweest voor de rechtspositie en de behandeling van arbeidsmigranten.

Allereerst heeft het ministerie van SZW zeggenschap over arbeidsmigratie daar dit ministerie verantwoordelijk is voor het toelatingsbeleid. De ministeries SZW en VWS hebben in aanzienlijke mate invloed uit kunnen oefenen op het aantal toegelaten buitenlandse verpleegkundigen en verzorgenden. Daarbij is door de overgangsregeling die getroffen is voor de nieuwe EU-lidstaten,

gewaarborgd dat er tenminste tot 1 mei 2006 geen grote toestroom van verpleegkundigen uit deze landen naar Nederland zal zijn.

Ook de sociale partners, en dan met name de vakbonden, hebben met het afsluiten van het convenant stevige zeggenschap over de aantallen toegelaten buitenlandse verpleegkundigen en verzorgenden. De vakbonden zaten grotendeels op dezelfde lijn als de regering als het gaat om het beperkt en tijdelijk houden van de arbeidsmigratie. Beide partijen oordelen dan ook zeer positief over de werking van het CAZ.³³

Wanneer gekeken wordt naar invloed op de besluitvorming omtrent arbeidsmigratie binnen de zorginstellingen, blijkt dat er in beperkte mate sprake is van medezeggenschap. Formeel is in het CAZ geregeld dat de ondernemingsraad adviesrecht heeft in de zin van art. 25 van de Wet op de ondernemingsraad (WOR). Bovendien moet dit advies bij de aanvraag voor een tewerkstellingsvergunning worden toegevoegd, alvorens het CWI de aanvraag in behandeling neemt. Dit advies is door de ondernemingsraden in het onderzoek ook gegeven. Zij hebben alle instemming verleend aan het werven in het buitenland. In 45 procent van de gevallen is deze instemming met een positief oordeel gepaard gegaan. Echter in 35 procent van de ondernemingsraden is dit oordeel niet van harte tot stand gekomen en wordt aangegeven dat mede door het feit dat de wervingsplannen van de werkgever zodanig ver gevorderd waren er een enorme druk gevoeld werd om met de plannen in te stemmen. Dit doet afbraak aan art. 25 lid 2 van de WOR dat bepaalt dat de werkgever de ondernemingsraad het advies op een zodanig tijdstip dient te vragen, dat het van wezenlijke invloed kan zijn op het te nemen besluit.

Wat zijn de gevolgen van het gevoerde beleid voor de gelijke behandeling van werknemers? In internationaal vergelijkend perspectief zijn de beperkingen ten aanzien van arbeidsmigratie in de Nederlandse zorgsector uitzonderlijk. In landen als Noorwegen, Duitsland en het Verenigd Koninkrijk is weliswaar apart beleid voor de toelating van verpleegkundigen geformuleerd, echter deze hebben veelal betrekking op kwaliteitseisen. In het Verenigd Koninkrijk zijn de maatregelen zelfs gericht op het versoepelen van de toelating van buitenlandse verpleegkundigen, door niet alleen op termijn permanent verblijf mogelijk te maken, maar ook door het niet verplicht stellen van een arbeidsmarkttoets voor deze beroepsgroep. Alleen in Nederland is via het beleid zoals geformuleerd in het CAZ gepoogd om arbeidsmigratie te beperken tot tijdelijke tewerkstelling. Nederland heeft als enige een rotatiesysteem ingevoerd voor verpleegkundigen die in het kader van het CAZ komen. Bovendien beperkt geen van de deze landen de toelating van verpleegkundigen met een quotum per

³³ Bron: Brief van 8 juli 2004, kenmerk VWS0400975, van de Minister van VWS, de heer Hoogervorst aan de Voorzitter van de Tweede Kamer; Interview met de landelijke bestuurder Ziekenhuizen van de ABVAKABO FNV.

zorginstelling zoals Nederland. Ook in sectoraal vergelijkend perspectief zijn deze maatregelen uitzonderlijk.

In het licht van gelijke behandeling hebben de kwalitatieve bepalingen die zijn afgesproken in het CAZ met betrekking tot de voorwaarden waaronder buitenlands zorgpersoneel tewerk gesteld kunnen worden een positief effect gehad. Mede doordat deze werknemers onder de in de instelling geldende arbeidsvoorwaarden zijn aangenomen en door de instellingen is geïnvesteerd in taal- en andere opleidingen doen zich nauwelijks wanpraktijken voor. Een kanttekening hierbij is dat een hoog percentage buitenlandse verpleegkundigen en verzorgenden door het niet erkennen van kwalificaties noodgedwongen onder het niveau werkt. De kwantitatieve bepalingen en de maatregelen om de tijdelijke tewerkstelling te garanderen daarentegen hebben een negatief effect op de bescherming van de rechtspositie van buitenlands zorgpersoneel. Het convenant brengt een verslechtering van de positie van deze werknemers met zich mee, omdat slechts tijdelijke tewerkstelling is toegestaan, terwijl de WAV permanente tewerkstelling mogelijk maakt. Deze bepalingen hebben ook een gendereffect: Daar de zorg een van de weinige sectoren is waarin vrouwen oververtegenwoordigd zijn in arbeidsmigratie, heeft de verslechtering van de rechtspositie en de kwantitatieve begrenzing van arbeidsmigratie een negatief effect op het aandeel van vrouwen in (permanente) arbeidsmigratie.

9.6 TOT BESLUIT

Hoewel het niet vooraf de opzet is geweest, kan dit onderzoeksrapport gelezen worden als een evaluatie van het CAZ. Dit convenant is tot stand gekomen uit de 'vrees' voor een grote toestroom van arbeidsmigranten in de zorgsector en uit de wens concurrentievervalsing, "brain drain" en wanpraktijken tegen te gaan. Zoals reeds opgemerkt heeft het CAZ op een aantal punten bijgedragen aan de bevordering van gelijke behandeling van werknemers.

Met de massale toestroom van buitenlands zorgpersoneel blijkt het achteraf wel mee te vallen. Dit kan deels op het conto van het CAZ worden geschoven. Het is echter de vraag of zonder het CAZ er wel sprake zou zijn geweest van een grote migratiegolf in deze sector. De WAV, de eis van diploma-erkenning en het belang van beheersing van de Nederlandse taal vormen op zich al een afscherming van de interne arbeidsmarkt in de zorg. Daarnaast zijn de maatregelen om tijdelijke tewerkstelling te garanderen zelfs in strijd met de wet. Deze maatregelen zijn ingegeven door de gedachte dat door middel van het uitoefenen van druk op de werkgevers zij worden bewogen te investeren in de interne arbeidsmarkt. Het is echter niet billijk deze verantwoordelijkheid van werkgevers af te dwingen door middel van het schenden van rechten van werknemers.

AANBEVELINGEN

CAZ

De doelstelling in het CAZ is tweeledig. Aan de ene kant is het convenant gericht op een kwantitatieve beperking van de toelating van vreemdelingen in de zorgsector. Zoals uit het rapport blijkt brengt dit schending van rechten van werknemers en ongelijke behandeling met zich mee. Aan de andere kant zijn in het convenant kwalitatieve bepalingen opgenomen die juist gelijke behandeling bevorderen en een goede voorbereiding op migratie van zowel zorginstellingen als buitenlands zorgpersoneel stimuleren. Uit de interviews met werkgevers, ondernemingsraden, buitenlandse verpleegkundigen en verzorgenden en regulier zorgpersoneel valt op te maken dat een goede voorbereiding op het gebied van de Nederlandse taal, cultuur en gezondheidszorg en het creëren van draagvlak binnen de organisatie bijdragen tot een goede inpassing van buitenlands zorgpersoneel.

Gezien de prognoses voor de werkgelegenheid in 2007 is het aan te bevelen om na te denken over het voeren van een pro-actief beleid in plaats van een reactief beleid, zoals de invoering van het CAZ in 2001. Hierbij zou de nadruk moeten liggen op kwalitatieve maatregelen om arbeidsmigratie in goede banen te leiden.

Daarnaast zou een systematische internationale vergelijking van regulering van arbeidsmigratie in de zorgsector en het benoemen van 'good practices' kunnen bijdragen aan een goede en efficiënte manier van regulering in de Nederlandse zorg.

Procedures

Een groot knelpunt voor werkgevers en buitenlands zorgpersoneel is dat de procedures voor het aanvragen van tewerkstellings- en verblijfsvergunningen erg lang zijn. Een snellere en efficiëntere afhandeling van de verzoeken is wenselijk.

Managen van migratie

Er is weinig samenwerking tussen de instellingen als het gaat om werving van buitenlands zorgpersoneel. Bovendien wordt ook weinig informatie uitgewisseld tussen instellingen over ervaringen met werven in het buitenland. De helft van de instellingen ervaart de geringe samenwerking tussen instellingen als een probleem. Zij menen dat een betere samenwerking de kosten zou kunnen drukken. Een betere uitwisseling van ervaringen zou ook de slagingskans van een wervingstraject vergroten. Het is aan te bevelen om na te denken over manieren om

samenwerking en informatie-uitwisseling tussen instellingen te bevorderen, zodat niet iedere individuele instelling het wiel opnieuw hoeft uit te vinden.

Daarnaast stelt een deel van de werkgevers dat er een centrale en actieve rol zou moeten zijn voor de regionale koepelorganen in de zorg en het ministerie van VWS. Deze zouden coördinerend en faciliterend moeten optreden.

Bemiddelaars

Bemiddelingsbureaus spelen een cruciale rol omdat de instellingen vaak niet over de juiste kennis en middelen beschikken om werknemers in het buitenland te werven. Het intermediair heeft inzicht in de lokale arbeidsmarkt, kent de wet- en regelgeving in het bronland, spreekt de taal en beschikt over de middelen om een goede voorselectie te maken. Dit maakt de afhankelijkheid van de bemiddelaar groot. Er is echter nauwelijks toezicht op de praktijk van de bemiddeling. Dit leidt niet alleen tot kwetsbaarheid van de werkgever, maar ook tot kwetsbaarheid van de migrant die afhankelijk van de bemiddeling is.

Daar bemiddelingsbureaus een belangrijke schakel zijn in het wervingsproces omdat zij vraag en aanbod bij elkaar brengen, is het van belang meer inzicht te krijgen in de praktijk van de bemiddelaars en meer toezicht te houden op de bemiddeling.

Buitenlands zorgpersoneel

Buitenlandse verpleegkundigen en verzorgenden geven aan een behoefte te hebben aan informatie over werken in de Nederlandse zorg. Hierbij gaat het bijvoorbeeld over zaken als informatie over BIG-registratie, beroepsinhoudelijke regelgeving, CAO-bepalingen en het Nederlandse sociale zekerheids- en belastingstelsel. Vanuit verschillende instanties wordt informatie verstrekt. Zo heeft het ministerie van VWS een verwijspunt ingesteld (www.verwijspunt.nl). Verder heeft Sectorfondsen Zorg en Welzijn een Handboek Buitenlandse werknemers uitgebracht. ABVAKABO FNV heeft recent een brochure uitgebracht met praktische informatie over arbeidsmigratie in de zorg voor zowel werkgevers als werknemers. Het is aan te bevelen om deze informatie actief onder buitenlandse verpleegkundigen en verzorgenden te verspreiden. Dit kan bijvoorbeeld door hen een informatiepakket te verstrekken bij de voorbereiding op hun komst naar Nederland of bij in diensttreding van de zorginstelling.

Daarnaast kwamen buitenlandse verpleegkundigen en verzorgenden tijdens het onderzoek met suggesties aan vakbonden voor een betere behartiging van hun belangen. Vakbonden zouden volgens hen een rol kunnen spelen in het organiseren van (taal)cursussen, het houden van informatiebijeenkomsten over de vakbond en het bieden van individuele hulp bij problemen of vragen met betrekking tot de arbeidsvoorwaarden- en omstandigheden. Daarnaast worden als belangrijke taken van de vakbond genoemd het stimuleren van gelijke behandeling van buitenlands en Nederlands zorgpersoneel, het bevorderen van erkenning van buitenlandse diploma's, het verhelderen van regelgeving omtrent beroepsinhoudelijke bevoegdheden van buitenlands zorgpersoneel, het samenwerken met de vakbonden in het land van herkomst en het oprichten van een garantiefonds voor financiële bijstand in de beginperiode.

Diploma-erkenning

Een ruime meerderheid van de buitenlandse verpleegkundigen en verzorgenden (80 procent) geeft aan onder het opleidings- en ervaringsniveau te werken. Dit kan kapitaalvernietiging tot gevolg hebben. Het is wenselijk na te denken over manieren om kapitaalvernietiging tegen te gaan en over mogelijkheden tot het meer en beter benutten van kwalificaties en capaciteiten van buitenlandse verpleegkundigen die niet op hun opleidings- en ervaringsniveau aan de slag kunnen. Tevens is het wenselijk na te denken over manieren om de erkenning van diploma's efficiënter te laten verlopen, bijvoorbeeld door niet het individuele diploma te erkennen, maar de desbetreffende opleiding.

SAMENVATTING

In de afgelopen decennia heeft internationale arbeidsmigratie in de zorgsector wereldwijd een enorme vlucht genomen. Mede ingegeven door factoren als tekorten op de arbeidsmarkt en vergrijzing van de bevolking gaan Noordwest-Europese landen en landen als de Verenigde Staten van Amerika, Canada en Australië ertoe over zorgpersoneel van elders te rekruteren. Factoren als slechte arbeidsvoorwaarden en -omstandigheden, onvoldoende investering in de zorg en overschotten aan personeel in het herkomstland zijn mede debet aan het wegtrekken van zorgpersoneel uit de bronlanden.

Ook in de Nederlandse zorgsector is in de afgelopen vijf jaar de werving van verpleegkundigen en verzorgenden in het buitenland toegenomen. Deze verpleegkundigen en verzorgenden zijn deels afkomstig uit de 'oude' EU-lidstaten, zoals België en Duitsland, deels uit nieuwe EU-lidstaten zoals Polen en deels uit landen buiten de EU, zoals de Filippijnen, Indonesië en Zuid-Afrika.

Personeelstekorten

De toename van arbeidsmigratie in de zorg in de afgelopen vijf jaar is ingegeven door de stijging van de personeelstekorten in deze sector. Er is een aantal redenen aan te wijzen voor deze tekorten. Ten eerste heeft de Nederlandse samenleving te maken met een vergrijzende bevolking. Deze demografische ontwikkeling heeft een enorme impact op het stelsel van gezondheidszorg. Ten tweede is er niet genoeg reguliere instroom. Daarbij komt dat de zorgsector concurrentie heeft gekregen van andere sectoren en is voor veel vrouwen de zorg niet meer de enige optie. Dit heeft erin geresulteerd dat slechts de helft van de afgestudeerden in de zorg ook daadwerkelijk in deze sector gaat werken. Bovendien kiezen ook herintreedsters lang niet altijd voor een terugkeer in de zorg. Ten derde heeft de sector problemen met het behoud van personeel. Er is een hoge uitstroom van personeel uit de sector die wordt veroorzaakt door het fysiek zware werk (met name in de verzorgende beroepen) en de hoge werkdruk. Ten vierde is er een hoog verzuim, mede veroorzaakt door voornoemde arbeidsomstandigheden. Ten vijfde heeft de sector een imago probleem: de promotiekansen zijn klein en de werkdruk hoog.

Aantal buitenlandse werknemers

Een manier om de tekorten op te vullen is het werven van verpleegkundigen en verzorgenden in het buitenland. Het exacte aantal buitenlandse verpleegkundigen en verzorgenden dat in de Nederlandse zorgsector werkzaam is, is moeilijk te achterhalen. In diverse publicaties worden uiteenlopende

getallen genoemd die verschillen al naar gelang de vraag hoe de doelgroep gedefinieerd wordt, het moment waarop gemeten wordt en de bronnen die gebruikt worden. Bovendien is door tijdelijke tewerkstelling het verloop onder de arbeidsmigranten groot. Echter zelfs als er vanuit wordt gegaan dat het merendeel van de geworven buitenlandse verpleegkundigen en verzorgenden op dit moment nog steeds in Nederland verblijft, is op basis van de beschikbare data hun aantal naar schatting hooguit 2000. In 2004 bedraagt het totaal aantal verpleegkundigen en verzorgenden 398.600 (152.900 verpleegkundigen op kwalificatieniveau 4 en 5, en 245.700 verzorgenden op kwalificatieniveau 1,2 en 3). Dit betekent dat het aandeel van buitenlands zorgpersoneel in het totale bestand van verpleegkundigen en verzorgenden maximaal 0,5 procent is.

Wet- en regelgeving

Het aantrekken van personeel uit het buitenland is aan wet- en regelgeving gebonden. Belangrijk in het arbeidsmigratiebeleid is de Wet Arbeid Vreemdelingen (WAV). De WAV regelt de toelating van arbeidsmigranten van buiten de Europees Economische Ruimte. Naast de wet- en regelgeving, zoals vastgelegd in de WAV, is arbeidsmigratie in de zorg nog eens ingeperkt door additionele regelgeving. Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft met de sociale partners in de zorgsector en Arbeidsvoorziening Nederland speciale afspraken gemaakt over de werving van verpleegkundigen en verzorgenden in het buitenland. Deze afspraken, opgenomen in het Convenant Arbeidsmarktbeleid Zorgsector (CAZ) met een looptijd van 1 juli 2000 tot 1 juli 2004, hebben een aantal additionele beperkende bepalingen. Deze zijn er in feite op gericht het werven van arbeidsmigranten zo onaantrekkelijk mogelijk te maken voor zorginstellingen alsmede zeker te stellen dat het om tijdelijke tewerkstelling gaat.

Ervaringen werkgevers

De belangrijkste motivering van werkgevers in de zorg om personeel in het buitenland te werven vormen de grote tekorten op de arbeidsmarkt en het grote aantal langdurig onvervulbare vacatures. De pluspunten die werkgevers noemen bij het werken met arbeidsmigranten zijn onder andere de waarborging van continuïteit in de organisatie. Genoemde knelpunten zijn de beperkte beheersing van de Nederlandse taal, verschil in cultuur, de beperkende wet- en regelgeving en de lange bureaucratische procedures.

Overwegingen ondernemingsraden

In het kader van het CAZ heeft de ondernemingsraad een rol in het werven van zorgpersoneel in het buitenland. De raad dient advies te geven over het voornemen van de werkgever tot het werven van zorgpersoneel in het buitenland. De ondernemingsraden van de betrokken instellingen hebben ingestemd met het aantrekken van buitenlandse verpleegkundigen. De belangrijkste reden voor het instemmen zijn de nijpende tekorten in de zorg en de daarmee gepaard gaande verhoogde werkdruk voor het personeel. Er zijn echter drie soorten reacties te onderscheiden in de manier waarop OR-en hebben ingestemd: 'neutraal-instemmend', 'negatief-instemmend' en 'positief-instemmend'.

Ervaringen buitenlands zorgpersoneel

Het buitenlandse zorgpersoneel omschrijft de contacten met collega's en leidinggevenden overwegend als goed. Dit resultaat zou beïnvloed kunnen zijn door een aantal factoren. Alle respondenten zijn langer dan een half jaar in Nederland. Daar migranten met slechte ervaringen wellicht eerder terug zullen keren naar het land van herkomst, is de kans dat deze ondervertegenwoordigd zijn in de steekproef groot. Daarbij kan de wens een beleefd antwoord te willen geven een rol hebben gespeeld.

Buitenlandse verpleegkundigen en verzorgenden geven in hoge mate aan dat zij onder hun opleidings- en ervaringsniveau werken. Zij zijn gediplomeerd verpleegkundigen, maar kunnen niet op dat niveau aan de slag omdat hun diploma's niet worden erkend.

Vergelijking met de bouw en de vleessector

Vergeleken met het aandeel buitenlandse werknemers in de bouw en de vleessector is het percentage arbeidsmigranten in de zorgsector laag. Hiervoor is een aantal verklarende factoren te noemen zoals het verschil in juridische constructies waaronder buitenlandse werknemers in de drie sectoren werkzaam zijn, het verschil in regelgeving omtrent de toelating van arbeidsmigranten, het verschil in kwalificatievereisten voor het in het buitenland aan te trekken personeel en het belang van kennis van de Nederlandse taal.

Toekomstige werving

Of nogmaals door zorginstellingen voor het werven van personeel in het buitenland wordt gekozen hangt af van een aantal factoren. Allereerst spelen ontwikkelingen in de werkgelegenheid in de gezondheidszorg een belangrijke rol; als de arbeidstekorten in de gezondheidszorg weer zo hoog oplopen en er geen personeel in Nederland te vinden is, zegt driekwart van de instellingen genoodzaakt te zijn weer buiten de landsgrenzen te werven. Deze mening wordt gedeeld door 65 procent van de ondernemingsraden.

Van de werkgevers die arbeidsmigratie zien als een goede optie, zegt 33 procent zich bij voorkeur te richten op werving binnen de Europese Unie. Bij de ondernemingsraden ligt dit percentage hoger: hier is ruim de helft van de voorstanders van toekomstige arbeidsmigratie voor werving binnen Europa (54 procent). Voor de preferentie van werving binnen de EU worden twee redenen gegeven: Ten eerste verwachten de respondenten minder taal- en cultuurproblemen bij werving binnen Europa. Ten tweede verwachten zij dat werving in deze landen soepeler zal verlopen, omdat de WAV niet van toepassing is op EU-lidstaten en er dus geen verblijfs- en tewerkstellingsvergunningen hoeven te worden aangevraagd. Dit laatste punt gaat weliswaar op voor werknemers uit oude EU-lidstaten, echter voor de nieuwe lidstaten heeft de Nederlandse overheid kort voor de toetreding op 1 mei 2004 een overgangsregeling getroffen tot 1 mei 2006. Deze maatregel kan in principe met nogmaals vijf jaar worden verlengd.

BIJLAGE I: VRAGENLIJST MANAGERS ZORGINSTELLINGEN

Gegevens over het zorginstelling

Wat voor activiteiten verricht uw zorginstelling?

Grootte van de instelling (uitgedrukt in aantal bedden/aantal locaties)?

Hoeveel personeelsleden zijn er in totaal?

Hoeveel verpleegkundigen/verzorgenden?

Gegevens over de werving

Hoeveel buitenlandse verpleegkundigen werken er in uw instelling? (mannen/vrouwen)

Hoeveel verpleegkundigen heeft u in de afgelopen 5 jaar in het buitenland geworven?

Hoelang zijn zij gemiddeld werkzaam in uw instelling?

Kunt u, voor zover mogelijk, aangeven op welk niveau deze nieuwe werknemers zijn binnengestroomd:

| Niveaus | TOTAAL | Totaal opgesplitst in; | |
|---------|--------|------------------------|---------|
| | | Mannen | Vrouwen |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Vragen over de werving:

Zijn de vakbonden betrokken bij de werving van buitenlands zorgpersoneel?

Zijn ondernemingsraden betrokken bij werving van buitenlands zorgpersoneel?

Wat zijn de motieven voor het werven in het buitenland?

Zijn er voorkeurslanden?

Tegen welke problemen/knelpunten loopt de organisatie op bij werving in het buitenland?

Is er gebruik gemaakt van een bemiddelingsbureau? Welke? Hoe is dit bevallen? Hoe is de concrete werving in zijn werk gegaan?

Bent u van plan om in de nabije toekomst weer groepen verpleegkundigen en/of verzorgenden uit het buitenland aan te trekken?

Waar hangt deze beslissing van af/ wat is van invloed op deze beslissing?

Is het wenselijk om arbeidsmigratie te bevorderen? Zo nee: waarom niet? Zo ja: op welke wijze kan dit het beste worden gedaan?

In hoeverre is migratie een oplossing voor de arbeidstekorten in de zorg?

Wat zijn de mogelijkheden om zorgpersoneel uit de nieuwe lidstaten te werven (of reeds bestaande werving te verhogen)?

Werving onder andere groepen:

Ervaart u problemen bij het werven van personeel? Zo ja, op welke gebieden en wat doet u hier tegen?

Hoeveel allochtone verpleegkundigen/verzorgende heeft u in dienst?

Zijn er binnen uw organisatie doelstellingen/beleid om een zeker percentage etnische minderheden in dienst te hebben?

Zijn er specifieke barrières bij het werven van andere groepen zoals allochtonen of vluchtelingen?

Training en introductie

Is er een introductieprogramma voor nieuw personeel? Zo ja, waar bestaat dat uit?

In hoeverre krijgen buitenlandse verpleegkundigen:

Training?

Begeleiding door mentor?

Heeft u specifieke trainingsprogramma's gericht op specifieke groepen werknemers? Zo ja, waar bestaat dit uit?

Vragen over arbeidsvoorwaarden

Onder welke CAO valt uw organisatie?

Wat is de organisatiegraad?

In welke salarisschaal worden buitenlandse verpleegkundigen/verzorgenden geplaatst?

Verschilt dit met de reguliere verpleegkundigen/verzorgenden?

Is dit in overeenkomst met het opleidingsniveau van buitenlandse verpleegkundigen/verzorgenden?

In wat voor functie zijn zij werkzaam?

BIJLAGE 2: VRAGENLIJST ONDERNEMINGSRADEN

Vragen over de werving:

Is de OR in het algemeen betrokken bij werving van nieuw personeel?

Hoe gaat dat?

Is de OR betrokken bij werving van buitenlands zorgpersoneel?

Hoe gaat dit in zijn werking?

Is het werven in het buitenland besproken in de OR? Wat zijn de overwegingen hierover geweest binnen de OR? Is er intern een debat hierover geweest?

Hoeveel vergaderingen zijn hieraan gewijd? Zijn er stukken hierover?

Zijn de vakbonden betrokken bij de werving van buitenlands zorgpersoneel?

Wat zijn de motieven van deze zorginstelling voor het werven in het buitenland?

Zijn er voorkeurslanden?

Tegen welke problemen/knelpunten loopt de organisatie op bij het werven?

Zijn er plannen om in de nabije toekomst verpleegkundigen en/of verzorgenden uit het buitenland aan te trekken? Zo ja: Hoe staat de OR hierover?

Waar hangt de beslissing van af/ wat is van invloed op de beslissing?

Is het wenselijk om arbeidsmigratie te bevorderen? Zo nee: waarom niet? Zo ja: waarom en op welke wijze kan dit het beste worden gedaan?

Relatie OR - buitenlands zorgpersoneel

Wat voor geluiden hoort de OR van de werkvloer over uit het buitenland gehaalde collega's? (positief/ negatief)?

Hoe worden buitenlandse verpleegkundigen door collega's gewaardeerd?

Zijn er weerstanden tegen het in huis halen van buitenlandse verpleegkundigen?

Wat zijn knelpunten/ wat worden als winstpunten benoemd?

Zijn buitenlandse collega's bekend met de OR? Krijgen ze een kennismaking met OR en informatie over wat de OR doet?

Krijgen alle nieuwe collega's dit? / is dit standaard beleid?

Wat kan de OR voor eenmaal aanwezige buitenlandse collega's betekenen?

Wordt er vaak een beroep op de OR gedaan? (eerst algemeen, daarna specifiek voor buitenlandse verpleegkundigen?)

Diversiteit in de organisatie?

Hoeveel allochtone verpleegkundigen/ verzorgenden zijn er in dienst?

Is er binnen uw organisatie beleid om een zeker percentage etnische minderheden in dienst te hebben?

Zijn er specifieke doelstellingen t.a.v. diversiteit in de organisatie?

Wat doet de OR om diversiteit te bewerkstelligen?

BIJLAGE 3: VRAGENLIJST BUITENLANDSE VERPLEEGKUNDIGEN EN VERZORGENDEN

Introductie:

| | |
|--|--|
| Uit welk land komt u vandaan? | Was u lid van een vakbond in uw herkomstland? Ja Nee |
| Hoe lang woont u in Nederland en hoelang bent u al werkzaam in de gezondheidszorg in Nederland? __ (maanden) | Heeft u Nederlandse taalcursussen gehad voordat u naar Nederland kwam? Ja Nee |
| In wat voor instelling was u werkzaam? Ziekenhuis Verpleeg/verzorgingshuis Uitzendbureau voor verpleegkundigen Anders, nl _____ | Zo ja, wie heeft de lessen bekostigd? De werkgever Het wervingsbureau Uzelf Anders, nl _____ |
| In welke functie was u werkzaam? Anesthesie/operatie assistent Doktersassistent Helpende Verpleegkundige Arts Anders, nl _____ | Heeft u moeite met de Nederlandse taal? Ja Nee Een beetje |

| | | | |
|----|--|---|---|
| 1a | In wat voor instelling(en) bent u werkzaam? Ziekenhuis Verpleeg/verzorgingshuis Uitzendbureau voor verpleegkundigen Anders _____ | 2 | Bent u lid van een vakbond? Ja Nee Zo ja welke? _____ |
| 1b | Weet u hoeveel buitenlandse verpleegkundigen/verzorgenden er in uw instelling werken? | | |

| | | | |
|----|--|----|--|
| | Ja, nl. _____ Weet ik niet | | |
| 3 | Hoe oud bent u? 20-30 31-40 41-50 51-60 | 4 | Geslacht Vrouw Man |
| 5 | Burgelijke staat Alleenstaand Gehuwd/Samenwonend Gescheiden | 5b | Heeft u kinderen? Ja Nee |
| 5c | Waar wonen uw partner en kinderen Nederland Land van herkomst Elders, nl. _____ | 6 | Bent u in uw gezin de hoofdkostwinner? (Verdiert u het meeste geld?) Ja Nee |
| 7 | Wat is uw huidige functie Anesthesie/operatie assistent Doktersassistent Helpende Verpleegkundige Arts Anders, nl. _____ | 8 | Hoeveel jaar heeft u een opleiding gevolgd? |
| 9 | Heeft u een studiebeurs (van de overheid) gekregen voor uw studie? Yes No | 10 | Welke diploma's heeft u behaald? (Noteer ook de officiële benaming van het diploma.) |
| 11 | Hoeveel uur werkt u per week Minder dan 20 per week 20-30 30-40 40-50 meer dan 50 | 12 | Hoeveel overuren maakt u gemiddeld per week? Minder dan 2 3-5 6-10 meer dan 10 |

| | | | |
|----|--|----|--|
| 13 | Wat is uw salaris? | 14 | Voor hoeveel patiënten bent u verantwoordelijk? Hoeveel patiënten moet u verzorgen? 1-20 21-40 41-75 76-100 101-150 151-200 meer dan 200 |
| 15 | Werkte u in de gezondheidszorg in uw land van herkomst? Ja, ____ jaar. Nee | 16 | Werkt u momenteel op een hoger of lager niveau dan in uw herkomstland? Hoger Lager Gelijk |
| 17 | Heeft u de beslissing om te migreren alleen gemaakt of gezamenlijk met uw familie? Alleen/onafhankelijk Collectief/ met hele gezin | 18 | Hoe wist u dat er mogelijkheden waren om in Nederland te werken? Door vroegere werkgever Wervingsbureau Overheidswege Vriend of collega Huidige werkgever Anders, nl. ____ |
| 19 | Heeft u gebruik gemaakt van: Een commercieel wervingsbureau Een niet-commercieel wervingbureau Ik heb geen gebruik gemaakt van een bureau | 20 | Had u collega's die al eerder gemigreerd waren? Ja Nee |
| 21 | Heeft uw werkgever of wervingsbureau de volledige reiskosten betaald? Ja Nee Nee, alleen een deel van de kosten | 22 | Heeft uw werkgever of wervingsbureau de volledige kosten voor uw visa en werken verblijfvergunning betaald? Ja Nee Nee, alleen een deel van de kosten |

| | | | |
|----|---|----|--|
| 23 | Is er in uw contract ook opgenomen dat de reiskostenkosten voor een vakantie in uw herkomstland worden vergoed? Ja Nee | 24 | Hoe vaak heeft u recht verlof op te nemen om naar uw land van herkomst te gaan? Een keer per jaar of meer Een keer per 2 jaar Een keer per 3 jaar |
| 25 | Staan er in uw contract regelingen om uw gezin naar Nederland te halen? Ja Nee | 26 | Zijn er in uw contract regelingen opgenomen voor als u eventueel voorgoed in Nederland wilt blijven? Ja Nee |
| 27 | Bouwt u pensioen op? Ja Nee | 28 | Heeft uw werkgever een ziektekostenverzekering voor u geregeld? Ja Nee |
| 29 | Is er in uw contract een proefperiode vastgelegd waarin uw salaris is gekort? Ja Nee | 30 | Heeft de werkgever extra training bekostigd voor uw huidige positie? Ja Nee |
| 31 | Was deze training voldoende om uw huidige functie uit te kunnen oefenen? Ja Nee | 32 | Heeft uw werkgever of wervingsbureau gezorgd voor culturele oriëntatie op de Nederlandse samenleving? Ja Nee |
| 33 | Voelt u zich volledig geaccepteerd als personeelslid in uw instelling? Ja Nee | 34 | Voelt u zich volledig geaccepteerd in de Nederlandse samenleving? Ja Nee |
| 35 | Als u schulden heeft gemaakt door de migratie, zijn deze hoger of lager dan u had verwacht? Hoger Lager Zoals verwacht Ik heb geen schulden gemaakt | 36 | Zijn de reiskosten die u heeft gemaakt hoger of lager dan u had verwacht? Hoger Lager Zoals verwacht |
| 37 | Waren de kosten die u kwijt was aan het wervingsbureau hoger of lager dan u had verwacht? Hoger Lager Zoals verwacht | 38 | Waren de kosten voor uw visum and werk- en verblijfvergunning hoger of lager dan u had verwacht? Hoger Lager Zoals verwacht |

| | | | |
|----|---|----|--|
| 39 | Waren uw woonkosten hoger of lager dan u had verwacht? Hoger Lager Zoals verwacht | 40 | Is uw salaris hoger of lager dan u had verwacht? Hoger Lager Zoals verwacht |
| 41 | Is het bedrag dat u maandelijks kunt sparen hoger of lager dan verwacht? Hoger Lager Zoals verwacht | 42 | Is het niveau van uw huidige positie hoger of lager dan u had verwacht? Hoger Lager Zoals verwacht |
| 43 | Zijn er onkosten of andere gelden toegezegd voordat u naar Nederland kwam die u niet heeft ontvangen? Ja Nee Er zijn mij geen gelden/onkosten toegezegd. | 44 | Zijn uw arbeidsomstandigheden beter of slechter dan u had verwacht? Beter Slechter Zoals verwacht |
| 45 | Op een schaal van 1 tot 5: hoe beoordeelt u de relatie met uw collega's? 1 zeer slecht 2 slecht 3 OK 4 goed 5 uitstekend | 46 | Op een schaal van 1 tot 5: hoe beoordeelt u de relatie met uw leidinggevende? 1 zeer slecht 2 slecht 3 OK 4 goed 5 uitstekend |
| 47 | Krijgt u op het werk genoeg steun van collega's of leidinggevenden? Ja Nee | 48 | Is er in uw organisatie een procedure om klachten op de werkvloer te registreren? Ja Nee Ik weet het niet |
| 49 | Bent u van plan het contract uit te dienen? Ja Nee Misschien | 50 | Bent u van plan om het contract te proberen te verlengen? Ja Nee Misschien |
| 51 | Bent u van plan om naar een ander land te migreren? Ja Nee Misschien | 52 | Bent u van plan om weer in uw herkomstland te gaan werken? Ja Nee Misschien |

| |
|---|
| <p>53. Welke factoren zouden de beslissing om naar huis terug te keren kunnen beïnvloeden?</p> |
| <p>54a. Wat kunnen vakbonden doen om zorgpersoneel te ondersteunen?</p> <p>54b. Wat kunnen vakbonden specifiek doen voor vrouwen in de zorg?</p> |
| <p>55a. Wat kunnen vakbonden doen om buitenlands zorgpersoneel te ondersteunen?</p> <p>55b. Wat kunnen vakbonden doen om migrantenvrouwen in de zorg te ondersteunen?</p> |
| <p>56a. Weet u dat er een ondernemingsraad is?</p> <p>56b. Wat kan de ondernemingsraad doen voor buitenlands zorgpersoneel?</p> |

LITERATUUR EN BRONNEN

- Bach, S. (2003), International migration of health workers: Labour and social issues. Geneva: International Labour Organisation WP. 209.
- Beek, H.M. ter, J.W.M. Mevissen, J. Mur & C. Pool (2005) Poolshoogte. Onderzoek naar juridische constructies en kostenvoordelen bij het inzetten van Poolse arbeidskrachten in drie sectoren. Amsterdam: Regioplan.
- BIG (2004), Beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg. Informeren, beoordelen en registreren in 2003. Den Haag: Big-register.
- Blomsma, G. (2003), Allochtonen en buitenlanders in de bouw. Amsterdam: Economisch Instituut voor de Bouwnijverheid (EIB).
- Bluiminck, F. (2001), Arbeidsmigratie. Amsterdam: FNV.
- Brief van VNO-NCW aan de ministers van Economische Zaken, Buitenlandse Zaken, Justitie en Sociale Zaken en Werkgelegenheid: 'Regelgeving van toelating buitenlandse werknemers in verband met de ontwikkeling van de kenniseconomie'. Briefnummer 02/10.267/Ni/Lok, 15 januari 2002.
- Buchan, J. (2002), International recruitment of nurses: United Kingdom case study. Queen Margaret University College, Edinburgh.
- Buchan, J. (2003), Here to stay? International nurses in the UK. Queen Margaret University College, Edinburgh.
- Cottaar, A. (2003), Zusters uit Suriname. Naoorlogse belevenissen in de Nederlandse verpleging. Amsterdam: Meulenhoff.
- Die, A.C. de & E.M. Hoorenman (2003) De wet BIG. Den Haag: SDU.
- Eyck, K. van (2004), Women and international migration in the health sector. Final report of Public Service International's Participatory Action Research 2003. Geneve: Public Service International.
- Gerrish, K. & V. Griffith (2004), Integration of overseas registered nurses: evaluation of an adaptation programme. In: Journal of Advanced Nursing 45(6), 579-586.
- Groenendijk, C.A. & R. Barzilay (2001), Verzwakking van de rechtspositie van toegelaten vreemdelingen (1999-2000). Utrecht: Forum.
- Hawthorne, L. (2001), "The Globalisation of the nursing workforce: barriers confronting overseas qualified nurses in Australia", in: Nursing Inquiry 2001; 8 (4): 213-229.
- Hawthorne, L. (2002), "Qualification recognition reform for skilled migrants in Australia: Applying competency-based assessment to overseas-qualified nurses", in: International Migration 2002; 40 (6): 55-91.

- Hingstman, L., R. Kenens, W. van der Windt, H. Talma, H.E. Meihuizen & A.M de Voogd-Hamelink (2001), Rapportage Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn 2001. Den Haag: Servicecentrum Uitgevers.
- Kloosterman, R.B. (2003), "Verschil in wet en beleid – het Nederlandse arbeidsmigratiebeleid gespiegeld aan het Duitse", Sociaal Maandblad Arbeid, 3, 103-111.
- Kohlman, C., S. Kraus & I. Orobio de Castro (2003), Vrouwen in het migratiebeleid. Den Haag: E-Quality.
- Lange, T. de & C. Pool (2004), Vreemde handen aan het bed. De werving van Poolse verpleegkundigen in Nederland. Migrantenstudies jaargang 20, volume 3, 130-144.
- Lange, T. de, S. Verbeek, R. Cholewinski en J. Doornik (2003), Arbeidsmigratie naar Nederland. Regulering en demografische en economische aspecten in internationaal vergelijk. Den Haag: Adviescommissie voor vreemdelingenzaken.
- Meer, M. van der & J. Roosblad (2004), Overcoming Marginalisation? Gender and Ethnic Segregation in the Dutch Construction, Health, IT and Printing Industries. Amsterdam: AIAS, Universiteit van Amsterdam, WP29.
- Scott, R., M. Ruef, P.J. Mendel & C.A. Caroma (2000), Institutional Change and healthcare organizations. From professional dominance to managed care. Chicago: The University of Chicago Press.
- Sectorfondsen Zorg en Welzijn (2001), Regio Marge 2001. De arbeidsmarkt van de zorg blijft een zorg.
- Sectorfondsen Zorg en Welzijn (2004), Labour Market Developments in the Dutch Hospital Sector. Utrecht: Sectorfondsen Zorg en Welzijn
- SER (2001) Arbeidsmobiliteit in de EU. Den Haag: Sociaal-Economische Raad
- Social Agenda (2003), 'Making immigration work. The EU is seeing a growing recognition of the benefits of immigration and its importance in the area of employment'. In; Social Agenda, Immigration: creating a 'win-win' situation (6), Juli 2003.
- The Treaty of Accession 2003 of the Czech Republic, Estonia, Cyprus, Latvia, Lithuania, Hungary, Malta, Poland, Slovenia and Slovakia. Signed in Athens on 16 April, 2003. <http://europa.eu.int>
http://europa.eu.int/comm/enlargement/negotiations/treaty_of_accession_2003/table_of_content_en.htm
- Tjadens, F. & H. Roerink (2002), Arbeidsmigratie door verpleegkundigen naar Nederland: Een inventarisatie van ervaringen, feiten en meningen. Utrecht: NIZW.
- Trouw (24-4-2002), Nederland laat toptalent schieten. Veer, A.J.E. de, D.J. den Ouden & A.L. Francke (2002) Grenzen geslecht? Ervaringen van en met zorgpersoneel uit EU-(kandidaat) lidstaten. Tilburg: OSA.
- VNO-NCW (2001), Toegang buitenlandse werknemers in Nederland. VNO-NCW VNO-NCW, Uitverkiezing bij de grens?: op zoek naar een breed immigratiebeleid. In: Forum, opinieblad van VNO-NCW (02-08-2001)
- VNO-NCW, Touwtrekken aan de grens: procedures staan werving van buitenlands personeel in de weg. In: Forum, opinieblad van VNO-NCW (31-10-2001).

Windt, W. van der & H. Talma (2005), De arbeidsmarkt voor verpleegkundigen, verzorgenden en sociaal-pedagogen in de zorgsector 2004-2008. Een verkenning van de arbeidsmarkt met RegioMarge. Utrecht: Prismant, publicatienummer 205.06.

Recent publications of the Amsterdam Institute for Advanced Labour Studies

WORKING PAPERS

- 04-34 “Female part-time employment in the Netherlands and Spain: an analysis of the reasons for taking a part-time job and of the major sectors in which these jobs are performed”
May 2005 Elena Sirvent Garcia del Valle
- 04-33 “Een Functie met Inhoud 2004 - Een enquête naar de taakhoud van secretaresses 2004, 2000, 1994”
April 2005 Kea Tijdens
- 04-32 “Tax evasive behavior and gender in a transition country”
November 2004 Klarita Gërkhani
- 04-31 “How many hours do you usually work? An analysis of the working hours questions in 17 large-scale surveys in 7 countries”
November 2004 Kea Tijdens
- 04-30 “Why do people work overtime hours? Paid and unpaid overtime working in the Netherlands”
August 2004 Kea Tijdens
- 04-29 “Overcoming Marginalisation? Gender and Ethnic Segregation in the Dutch Construction, Health, IT and Printing Industries”
July 2004 Marc van der Meer
- 04-28 “The Work-Family Balance in Collective agreements. More Female employees, More Provisions?”
July 2004 Killian Schreuder
- 04-27 “Female Income, the Ego Effect and the Divorce Decision: Evidence from Micro Data”
March 2004 Randy Kesselring (Professor of Economics at Arkansas State University, USA) was guest at AIAS in April and May 2003
- 04-26 “Economische effecten van Immigratie – Ontwikkeling van een Databestand en eerste analyses
Januari 2004 Joop Hartog (FEE) & Aslan Zorlu
- 04-25 “Wage Indicator” – Dataset Loonwijzer
Januari 2004 dr Kea Tijdens
- 03-24 “Codeboek DUCADAM Dataset”
December 2003 Drs Kilian Schreuder & dr Kea Tijdens
- 03-23 “Household Consumption and Savings Around the Time of Births and the Role of Education”
December 2003 Adriaan S. Kalwij
- 03-22 “A panel data analysis of the effects of wages, standard hours and unionisation on paid overtime work in Britain”
October 2003 Adriaan S. Kalwij
- 03-21 “A Two-Step First-Difference Estimator for a Panel Data Tobit Model”
December 2003 Adriaan S. Kalwij
- 03-20 “Individuals’ Unemployment Durations over the Business Cycle”
June 2003 dr Adriaan Kalwei
- 03-19 Een onderzoek naar CAO-afspraken op basis van de FNV cao-databank en de AWWN-database”
December 2003 dr Kea Tijdens & Maarten van Klaveren
- 03-18 “Permanent and Transitory Wage Inequality of British Men, 1975-2001: Year, Age and Cohort Effects”
October 2003 dr Adriaan S. Kalwij & Rob Alessie
- 03-17 “Working Women’s Choices for Domestic Help”
October 2003 dr Kea Tijdens, Tanja van der Lippe & Esther de Ruijter

- 03-16 "De invloed van de Wet arbeid en zorg op verlofregelingen in CAO's"
October 2003 Marieke van Essen
- 03-15 "Flexibility and Social Protection"
August 2003 dr Ton Wilthagen
- 03-14 "Top Incomes in the Netherlands and The United Kingdom over the Twentieth Century"September
2003 Sir dr A.B.Atkinson and dr. W. Salverda
- 03-13 "Tax Evasion in Albania: an Institutional Vacuum"
April 2003 dr Klarita Gërzhani
- 03-12 "Politico-Economic Institutions and the Informal Sector in Albania"
May 2003 dr Klarita Gërzhani
- 03-11 "Tax Evasion and the Source of Income: An experimental study in Albania and the Netherlands"
May 2003 dr Klarita Gërzhani
- 03-10 "Chances and limitations of "benchmarking" in the reform of welfare state structures - the case of
pension policy"
May 2003 dr Martin Schludi
- 03-09 "Dealing with the "flexibility-security-nexus: Institutions, strategies, opportunities and barriers"
May 2003 prof. Ton Wilthagen en dr. Frank Tros
- 03-08 "Tax Evasion in Transition: Outcome of an Institutional Clash -Testing Feige's Conjecture"
March 2003 dr Klarita Gërzhani
- 03-07 "Teleworking Policies of Organisations- The Dutch Experiencee"
February 2003 dr Kea Tijdens en Maarten van Klaveren
- 03-06 "Flexible Work- Arrangements and the Quality of Life"
February 2003 drs Cees Nierop
- 01-05 Employer's and employees' preferences for working time reduction and working time differentiation
– A study of the 36 hours working week in the Dutch banking industry"
2001 dr Kea Tijdens
- 01-04 "Pattern Persistence in European Trade Union Density"
October 2001 prof. dr Danielle Checchi, prof. dr Jelle Visser
- 01-03 "Negotiated flexibility in working time and labour market transitions – The case of the Netherlands"
2001 prof. dr Jelle Visser
- 01-02 "Substitution or Segregation: Explaining the Gender Composition in Dutch Manufacturing Industry
1899 – 1998"
June 2001 Maarten van Klaveren – STZ Advies en Onderzoek , Eindhoven, dr Kea Tijdens
- 00-01 "The first part-time economy in the world. Does it work?"
June 2000 prof. dr Jelle Visser

RESEARCH REPORTS

- 02-17 "Industrial Relations in the Transport Sector in the Netherlands"
December 2002 dr Marc van der Meer & drs Hester Benedictus
- 03-16 "Public Sector Industrial Relations in the Netherlands: framework, principles, players and Representativity"
January 2003 drs Chris Moll, dr Marc van der Meer & prof.dr Jelle Visser
- 02-15 "Employees' Preferences for more or fewer Working Hours: The Effects of Usual, Contractual and Standard Working Time, Family Phase and Household Characteristics and Job Satisfaction"
December 2002 dr Kea Tijdens
- 02-13 "Ethnic and Gender Wage Differentials – An exploration of LOONWIJZERS 2001/2002"
October 2002 dr Aslan Zorlu
- 02-12 "Emancipatie-effectrapportage belastingen en premies – een verkenning naar nieuwe mogelijkheden vanuit het belastingstelsel 2001"
August 2002 dr Kea Tijdens, dr Hettie A. Pott-Buter
- 02-11 "Competenties van Werknemers in de Informatiemaatschappij – Een survey over ICT-gebruik"
June 2002 dr Kea Tijdens & Bram Steijn
- 02-10 "Loonwijzers 2001/2002. Werk, lonen en beroepen van mannen en vrouwen in Nederland"
June 2002 Kea Tijdens, Anna Dragstra, Dirk Dragstra, Maarten van Klaveren, Paulien Osse, Cecile Wetzels, Aslan Zorlu
- 01-09 "Beloningsvergelijking tussen markt en publieke sector: methodische kanttekeningen"
November 2001 Wiemer Salverda, Cees Nierop en Peter Mühlau
- 01-08 "Werken in de Digitale Delta. Een vragenbank voor ICT-gebruik in organisaties"
June 2001 dr Kea Tijdens
- 01-07 "De vrouwenloonwijzer. Werk, lonen en beroepen van vrouwen."
June 2001 dr Kea Tijdens
- 00-06 "Wie kan en wie wil telewerken?" Een onderzoek naar de factoren die de mogelijkheid tot en de behoefte aan telewerken van werknemers beïnvloeden."
November 2000 dr Kea Tijdens, dr Cecile Wetzels en Maarten van Klaveren
- 00-05 "Flexibele regels: Een onderzoek naar de relatie tussen CAO-afspraken en het bedrijfsbeleid over flexibilisering van de arbeid."
Juni 2000 dr Kea Tijdens & dr Marc van der Meer
- 00-04 "Vraag en aanbod van huishoudelijke diensten in Nederland"
June 2000 dr Kea Tijdens
- 00-03 "Keuzemogelijkheden in CAO's"
June 2000 Caroline van den Brekel en Kea Tijdens
- 00-02 "The toelating van vluchtelingen in Nederland en hun integratie op de arbeidsmarkt."
Juni 2000 Marloes Mattheijer
- 00-01 "The trade-off between competitiveness and employment in collective bargaining: the national consultation process and four cases of enterprise bargaining in the Netherlands"
Juni 2000 Marc van der Meer (ed), Adriaan van Liempt, Kea Tijdens, Martijn van Velzen, Jelle Visser.

AIAS

AIAS is a young interdisciplinary institute, established in 1998, aiming to become the leading expert centre in the Netherlands for research on industrial relations, organisation of work, wage formation and labour market inequalities.

As a network organisation, AIAS brings together high-level expertise at the University of Amsterdam from five disciplines:

- Law
- Economics
- Sociology
- Psychology
- Health and safety studies

AIAS provides both teaching and research. On the teaching side it offers a Masters in Advanced Labour Studies/Human Resources and special courses in co-operation with other organizations such as the National Trade Union Museum and the Netherlands Institute of International Relations 'Clingendael'. The teaching is in Dutch but AIAS is currently developing a MPhil in Organisation and Management Studies and a European Scientific Master programme in Labour Studies in co-operation with sister institutes from other countries.

AIAS has an extensive research program (2000-2004) building on the research performed by its member scholars. Current research themes effectively include:

- The impact of the Euro on wage formation, social policy and industrial relations
- Transitional labour markets and the flexibility and security trade-off in social and labour market regulation
- The prospects and policies of 'overcoming marginalisation' in employment
- The cycles of policy learning and mimicking in labour market reforms in Europe
- Female agency and collective bargaining outcomes
- The projects of the **LoWER** network.



**AMSTERDAMS INSTITUUT
VOOR ARBEIDSTUDIES**
Universiteit van Amsterdam

**Plantage Muidergracht 4
1018 TV Amsterdam
the Netherlands**

tel +31 20 525 4199 fax +31 20 525 4301
aias@uva.nl www.uva-aias.net