

Modern migratiebeleid in de zorg: een bijdrage in voorkomen arbeidsmarkttekort

Marrit van Baalen en Piet de Bekker

De zorgsector staat aan de vooravond van één van de grootste uitdagingen van deze tijd: voorzien in voldoende en gekwalificeerd zorgpersoneel om aan de toenemende zorgvraag te kunnen voldoen. Steeds vaker krijgen zorginstellingen hun vacatures niet ingevuld en zijn er zorginstellingen die werven in het buitenland. Zo ook het UMCG dat afgelopen zomer veertien operatiekamerassistenten uit India haalde. Er is veel kritiek op dit soort initiatieven. Toch zijn er veel kansen om de (tijdelijke) inzet van personeel uit het buitenland zorgvuldig te laten plaatsvinden (voor zowel de kandidaten en het land van herkomst als voor de zorginstellingen in Nederland). Daarbij is zorgvuldige sturing en meer kennis over de mogelijkheden en onmogelijkheden noodzakelijk.

Inleiding

Het beleid van de Nederlandse overheid ten aanzien van arbeidsmigratie in de zorg is gedurende de laatste decennia terughoudend geweest, zeker in vergelijking met andere West-Europese landen. De kabinetsreactie (brief aan Eerste en Tweede Kamer, 11 maart 2009) op het Groenboek Gezondheidswerkers¹ stelt onomwonden "Het kabinet zal voorts benadrukken dat het werven van zorgpersoneel van buiten de Unie een sluitpost dient te zijn van het arbeidsmarktbeleid. Actieve werving vanuit ontwikkelingslanden met een tekort aan gezondheidswerkers dient vermeden te worden". Het lange termijn arbeidsmarktadvies van het ZorgInnovatiePlatform (ZIP) van november jl. is minder stellig maar blijft aarzelend. "Ook al zal het in de toekomst niet gaan om grote aantallen werknemers, de commissie meent dat deze mogelijkheid [van het tijdelijk inzetten van personeel uit het buitenland, red.] niet uitgesloten moet worden. Het gaat dan om een vraaggestuurd immigratiebeleid met oog voor de maatschappelijke consequenties van het land van herkomst. Het is echter zaak om in eerste instantie de vijver met potentiële werknemers in Nederland te vergroten." (ZIP, november 2009, p.46). Wij constateren dat veel meer zorgorganisaties succesvol gebruik kunnen maken van personeel uit het buitenland mits de overheid en de zorgsector zelf meer prioriteit geven aan het structureel opbouwen en inbedden van de inzet van internationaal zorgpersoneel. Zelfs bij beperkte aantallen kan de impact groot zijn voor tekorten op specifieke gebieden.

De uitdaging

De arbeidsmarktbrief 2009 laat zien dat de zorgsector al jaren de belangrijkste banenmotor in Nederland is. In de periode 1995-2008 nam de werkgelegenheid in de zorg met ruim 50 procent toe, een groei van bijna 400.000 werknemers. De komende jaren zal de zorgvraag echter blijven stijgen als gevolg van de vergrijzing en de intensiteit van behandelingen. Daarnaast neemt over enkele jaren de uitstroom van ouderen uit de zorg sterk toe door de vergrijzing van het zorgpersoneel. De zorg zal dus een groot beroep blijven doen op de arbeidsmarkt, terwijl het beschikbare personeel nauwelijks groeit.

Het advies van het ZorgInnovatiePlatform berekent dat bij ongewijzigd beleid de zorg tot 2025 een extra beroep op de arbeidsmarkt zal doen van 470.000 werknemers, terwijl de beroepsbevolking in Nederland in die periode slechts stijgt met 20.000.

Bron: ZorgInnovatiePlatform (2009) Zorg voor mensen, mensen voor zorg.

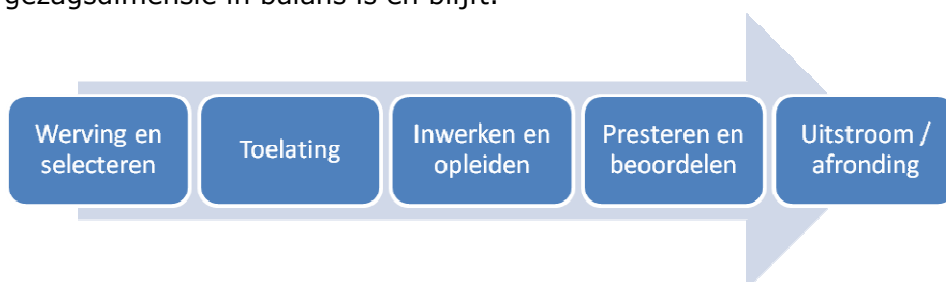
In opdracht van het ZIP heeft organisatieadviesbureau Berenschot in 2009 onderzocht hoe immigratie van zorgpersoneel² kan bijdragen aan de inzet van meer menskracht in de zorg.

¹ COM(2008) 725, via http://ec.europa.eu/health/ph_systems/docs/workforce_gp_nl.pdf.

² Immigratie van zorgpersoneel (mei 2009), Berenschot.

Arbeidsmigratie is wat de onderzoekers betreft in potentie een krachtig en potentieel succesvol instrument dat in de toekomst een relevante bijdrage kan leveren aan het oplossen van specifieke tekorten op de Nederlandse arbeidsmarkt in de zorg. Dit kan zelfs zonder dat een mogelijke braindrain de braingain overtreft.

Het succesvol functioneren van arbeidsmigranten in de zorg is in veel opzichten vergelijkbaar met de situatie van 'gewone' werknemers en 'gewone' specifiek arbeidsmigranten. Ook voor de arbeidsmigranten in de zorg geldt namelijk dat er sprake is van een ruil-, samenwerkings- en gezagsdimensie. De HR-keten beschrijft de keten van samenhangende activiteiten die zorgvuldig moeten worden uitgevoerd om er voor te zorgen dat deze ruil-, samenwerkings- en gezagsdimensie in balans is en blijft.



Figuur 1: HR-keten

Natuurlijk zijn er belemmerende factoren zoals de taalbarrière en de kwaliteit van het geworven personeel, maar door een zorgvuldige inzet van maatregelen kan de samenhang in de HR-keten bij de inzet van immigranten in de zorg worden verbeterd: van werving en selectie van kandidaten, toelating, inwerken en opleiden tot uitdiensttreding of remigratie naar het land van herkomst.

Door in de gehele keten specifiek rekening te houden met het risico op braindrain hoeft er geen sprake te zijn van braindrain, maar kan dit zelfs worden omgedraaid in braingain. Bijvoorbeeld door te investeren in lokale opleidingen, retour uitwisseling van personeel (tijdelijk Nederlands personeel naar land van herkomst) en door te zorgen voor een zorgvuldige afronding, bijvoorbeeld pensioen en ondersteuning bij terugkeer naar land van herkomst.

Een interessant initiatief dat in nauwe samenwerking met het Ministerie van Gezondheid in Ghana wordt uitgevoerd, is het MIDA Ghana Gezondheidsproject. Ghanese die een gespecialiseerde opleiding volgen komen tijdelijk naar Nederland om ervaring op te doen en netwerken met Nederlandse collega's op te bouwen. Deze geordende 'circulaire migratie' is een nieuwe vorm van ontwikkelingssamenwerking en komt zowel de Ghanese gezondheidssector als de bilaterale relatie en vertrouwensband tussen Nederland en Ghana ten goede. Bovendien levert dit het zo dringend gewenste extra zorgpersoneel.
Bron: Internationale Organisatie voor Migratie (www.iom-nederland.nl)

Concreet: het succes van arbeidsmigratie in de zorg is afhankelijk van samenhangend beleid in alle fases van de HR-keten, waarbij er bij deze specifieke groep arbeidsmigranten aandacht moet zijn voor het zorgvuldig werven en selecteren, alsmede uitstromen en afronden van de inzet in de Nederlandse zorg.

Modern migratiebeleid óók voor de zorgsector

Het migratiebeleid van Nederland is de afgelopen jaren gemoderniseerd. In mei 2006 kwam het kabinet met een nota, waarin de doelstellingen voor een modern immigratiebeleid werden beschreven³. Kort gezegd betreft het moderne immigratiebeleid de verheldering, vergemakkelijking en versnelling van procedures. Het belangrijkste doel van het moderne immigratiebeleid is echter een koerswijziging: van een aanbodgestuurd, naar een vraaggestuurd immigratiebeleid. Al naar gelang de doelgroep is het toelatingsbeleid

³ Kamerstukken II 2005/06, 30 573, nr. 1.

uitnodigend of restrictief. Dit betekent dat het niet gemakkelijker wordt om tot Nederland te worden toegelaten, behalve voor groepen migranten waarvoor het kabinet dat wenselijk vindt. Maar de toelatingsprocedures moeten voor alle migranten snel, doeltreffend en beheersbaar zijn. Het beleidskader is inmiddels verder uitgewerkt in een blauwdruk⁴ en is uitgewerkt in concrete maatregelen.

Het gemoderniseerde Europese en Nederlandse migratiebeleid richt zich met name op het hoog opgeleide segment van de arbeidsmarkt. Uit de 'Monitor Kennismigranten 2008' van het IND blijkt dat het aantal kennismigranten dat in Nederland wil werken groot is. In 2009 werden 5.060 verblijfsvergunningen afgegeven en in topjaar 2008 maar liefst 6.650. Het aantal voor de sector gezondheids- en welzijnszorg bleef echter steken op enkele tientallen per jaar. Dit kan veranderen!

Maatregelen die effect zullen sorteren in de zorg

Er zijn veel maatregelen denkbaar om arbeidsmigratie in de zorg te stimuleren zonder dat dit hoeft te leiden tot braindrain. Vaak gaat het om verspreiden van kennis of een beter gebruik van bestaande mogelijkheden. Ook kunnen verschillende actoren een rol spelen. De in onze ogen vier belangrijkste maatregelen zijn:

1. Het opzetten van een centraal kennis- en dienstverleningscentrum dat in opdracht van zorginstellingen de immigratie van zorgpersoneel faciliteert van werving en toelating tot inzet en huisvesting.
2. Gerichte en gecoördineerde werving in specifieke doelgroepplanden en contacten met overheden en instellingen in het buitenland.
3. Het immigratiebeleid voor kennismigranten anders dan alleen voor hoogopgeleiden ook op andere groepen in de zorg toepassen (waardoor er één procedure overblijft voor tewerkstelling én immigratie).
4. Gebruik van het assessment-instrument bij selectie door zorginstellingen zelf om de match van de immigranten met een automatische een BIG-registratie (van binnen de EU) te borgen.
5. Verbeteren van de aansluiting op de werkvloer door middel van training en opleiding van zowel het management, collega's als de arbeidsmigranten zelf.

Wanneer deze maatregelen gezamenlijk en structureel worden opgepakt, kunnen veel meer zorgorganisaties succesvol gebruik maken van (tijdelijke) inzet van personeel uit het buitenland. Als deze arbeidsmigratie zorgvuldig wordt begeleid, profiteren kandidaten, zorginstellingen en het land van herkomst hiervan. Zelfs bij beperkte aantallen zal deze arbeidsmigratie voor specifieke beroepsgroepen als OK- en IC-personeel grote impact hebben.

Tot slot

Het is vreemd dat de zorg zo anders behandeld wordt waar het arbeidsmigratie betreft. De overheid, branche- en zorgorganisaties, bemiddelingsbureaus en opleidingsinstituten hebben ieder een eigen rol en verantwoordelijkheid om immigratie van zorgpersoneel te faciliteren of te realiseren. Door per specifieke doelgroep een gespecialiseerde HR-keten op te zetten kan voor groepen – waarvoor bijvoorbeeld grote tekorten bestaan of worden verwacht, zoals OK-assistenten en IC-verpleegkundigen – een serieuze oplossing worden gevonden voor plaatselijke tekorten. De in dit artikel geschetste maatregelen leveren een relevante en noodzakelijk aanvulling op het huidige beleid,

Marrit van Baalen is arts en bedrijfskundige, werkzaam bij Berenschot en hoofdauteur van het rapport. **Piet de Bekker** was werkzaam bij Berenschot en is nu als bestuurslid verbonden aan de Stichting de Zorgambassade. Bij vragen of opmerkingen naar aanleiding van dit artikel kunt u contact opnemen met Marrit van Baalen (mnb@berenschot.com / 06-12793548).

⁴ Zie de brief van de Staatssecretaris van Justitie aan de Tweede Kamer van 27 juni 2008, 5547979/08/DVB.