Zorgelijke drempels

De noodzaak van innovatie in de zorgsector en kansen voor migrantenvrouwen

FORUM
INSTITUUT VOOR MULTICULTURELE VRAAGSTUKKEN

Zorgelijke drempels

De noodzaak van innovatie in de zorgsector

en kansen voor migrantenvrouwen

FORUM – Instituut voor Multiculturele Vraagstukken

April 2012

Zorgelijke drempels

Met deze inventarisatie verkent FORUM de kansen voor migrantenvrouwen om een baan in de zorg te vinden. Ook gaat het rapport in op de zorgvragen van oudere migranten en hun toegang tot de zorg. Ten slotte is er aandacht voor de behoefte − op korte en langere termijn − aan personeel in de zorg, voor diversiteitsbeleid in de sector en de instapmogelijkheden voor migrantenvrouwen.

In deze notitie wordt consequent de term ‘migranten’ gehanteerd, omdat de term ‘allochtonen’ in de ogen van migranten besmet is en een stigmatiserend beeld van de groep oproept.

Voorwoord

Zorginstellingen doen er goed aan mee te groeien met de steeds veranderende samenleving. Niet alleen in hun aanbod, maar ook in hun personeelsbeleid. Met personeel dat een afspiegeling vormt van de Nederlandse samenleving. Daarvoor is het nú de juiste tijd, want de zorgsector heeft dringend behoefte aan nieuwe medewerkers. Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport wil bijdragen door de zorgsector op weg te helpen bij het invullen van 12.000 vacatures binnen twee jaar. Hier ligt een grote uitdaging voor de zorginstellingen; het geeft ze namelijk tegelijkertijd de gelegenheid om hun personeelsbeleid diverser in te richten.

Met het rapport *Zorgelijke drempels* wil FORUM, Instituut voor Multiculturele Vraagstukken, de zorgsector helpen vraag en aanbod op elkaar aan te laten sluiten. In gesprekken van FORUM met zorginstellingen kwam naar voren dat de match tussen zorginstellingen en migranten als toekomstige werknemers niet soepel, of zelfs helemaal niet goed verloopt. Voor FORUM waren de signalen van de werkgevers reden om de vrouwen zelf over de mismatch aan het woord te laten. FORUM heeft in zeven steden met ruim 250 migrantenvrouwen en -jongeren (in groepen) over dit onderwerp gesproken. In die groepsgesprekken is een groot aantal thema's aan de orde gekomen. Welke ervaringen hebben de vrouwen en jongeren zelf met de zorg? Wat weten ze over de opleiding en de beroepsmogelijkheden binnen de zorg? Hoe is het gesteld met de cultuuraspecten van werken in de zorg en met de kennis over de zware aspecten van het beroep?

De vrouwen spraken over hun wens om economisch zelfstandig te worden, over hun motivatie in de zorg te gaan werken, maar ook over de obstakels die ze ervaren bij het vinden van een baan. Deze uitkomsten hebben mede input geleverd voor het adviesrapport *Zorgelijke drempels.*

Het adviesrapport is op drie aspecten toegespitst. Migrantenvrouwen komen aan het woord over werken in de zorg. Er is aandacht voor de positie van oudere migranten en hun perspectief op zorg. En ten slotte wordt de behoefte aan werknemers in de zorg geïnventariseerd.

De uitkomst zal velen verrassen. FORUM als kennisinstituut hoopt dat door de verzamelde kennis en inzichten allianties ontstaan voor krachtige, op emancipatie gerichte maatregelen. Door de juiste innovatieve maatregelen te nemen, kunnen drempels in de zorgsector worden verlaagd. De migrantenvrouwen willen graag aan de slag, en hopelijk zal de zorgsector de deuren voor hen openen. Economische zelfstandigheid van vrouwen draagt bij aan maatschappelijke stijging – zowel voor henzelf als voor hun kinderen.

Zeki Arslan
Programmanager Onderwijs, Arbeidsmarkt en Maatschappelijke Ondersteuning
FORUM, Instituut voor Multiculturele Vraagstukken

Inhoudsopgave

Inleiding	Het hoe en waarom van deze inventarisatie
Deel I	Migrantenvrouwen aan het woord
Deel II	Oudere migranten en hun zorgperspectief
Deel III	De behoefte aan werknemers in de zorg
Tot slot	Conclusies en aanbevelingen

Inleiding

Het hoe en waarom van deze inventarisatie

Werken in de zorg – veel migrantenvrouwen zien het als een uitdaging, als een mooie kans om mee te doen in het arbeidsproces. In dit rapport betitelen ze het zelf als werk dat zeer goed past bij hun achtergrond, hun kwaliteiten en mogelijkheden. Tegelijkertijd zien we in de zorgsector, waar toch altijd al genoeg te doen is, de werkgelegenheid nog verder groeien. Door de vergrijzing doen immers steeds meer mensen een beroep op zorg. Onder de senioren zijn ook steeds meer migranten te vinden. Voor hen wordt de zorg toegankelijker als er goede voeling is met hun taalproblemen, gewoonten en achtergronden. Bij zorgwerkers uit migrantengroepen, dus.
Wie dit alles combineert, vraagt zich af wat migrantenvrouwen nog tegen zou houden om massaal in de zorg aan de slag te gaan. In gesprekken van FORUM met zorginstellingen bleek echter dat de match tussen deze instellingen en migrantenvrouwen (als potentiële werknemers) niet soepel of zelfs helemaal niet goed verloopt. Werkgevers in de zorg geven aan dat veel meisjes en vrouwen uit migrantengroepen uiteindelijk niet willen, bezwaren hebben tegen onregelmatige werktijden, geen mannen willen wassen – en dat er een moeilijke aansluiting is bij teams in hun organisaties.

Voor FORUM waren deze signalen de aanleiding om migrantenvrouwen zelf aan het woord te laten: wat zijn hún opvattingen over het werken in de zorg? In de negen gesprekken, gevoerd in zeven verschillende steden, is een groot aantal thema's aan de orde geweest. Bijvoorbeeld: welke ervaringen hebben de vrouwen zelf met de zorg? Wat weten ze over de opleiding en het beroep? Hoe het zit met 'cultuuraspecten' zoals het wassen van mannen, de invloed van de familie, het omgaan met werktijden en met de zware kanten van het beroep? De vrouwen vertelden over de wens om economische zelfstandigheid op te bouwen en over hun motivatie om in de zorg te gaan werken. Maar ook over welke obstakels ze tegenkomen bij het zoeken naar een baan. Een gerubriceerde weergave van de gesprekken vindt u in deel I van dit rapport.

Hoe is de situatie van oudere migranten en hoe staat het met hun perspectief op zorg? Deze kwestie wordt uitgewerkt in deel II. Senioren met een migratieachtergrond zijn een sterk groeiende groep, met specifieke problemen en wensen. De bestaande zorgvoorzieningen lijken slechts beperkt een antwoord te hebben op de behoeften van deze groep. Migrantenvrouwen in de zorg zouden hier maatwerk kunnen bieden, maar het gevoel van urgentie voor zo'n win-winconstructie ontbreekt. Vernieuwingen in het zorglandschap zullen echter mogelijkheden bieden om alsnog aan te sluiten bij de zorgbehoefte van oudere migranten.

Hoe het nu precies zit met de behoefte aan werknemers in de zorg – daarover gaat het in deel III van dit rapport. Welke ontwikkelingen zijn er op korte, middellange en lange termijn te verwachten? Deze inventarisatie geschiedt op basis van bestaande studies en onderzoeken. Ingezoomd wordt op de afspraken die eind 2011 tussen het ministerie van VWS en werkgevers in de zorg zijn gemaakt: de komende twee jaar moeten liefst 12.000 werknemers *extra* instromen.

'Zorgelijke drempels' schetst de kansen voor migrantenvrouwen om in de zorg aan de slag te komen. En het biedt werkgevers en ondernemers in de zorg aanknopingspunten om een grote en

enthousiaste groep uitzicht op een loopbaan te geven. Het rapport sluit af met een reeks conclusies en aanbevelingen, die praktische oplossingen aanreikt voor een gedegen aanpak.

Deel I

Migrantenvrouwen aan het woord

De negen gesprekken met migrantenvrouwen over werken in de zorg hadden een open structuur. De gespreksleider zorgde ervoor dat steeds een aantal vooraf bepaalde items aan de orde kwam, maar de vrouwen kregen ook volop de ruimte om hun eigen ideeën en meningen te ventileren. FORUM koos er bewust voor om de vrouwen zoveel mogelijk zelf aan het woord te laten en hún opvattingen centraal te stellen. Voor de meeste vrouwen was het de eerste keer dat ze openhartig spraken over werken in de zorg, de consequenties voor de thuissituatie, de eigen kansen. Maar ook de zware kanten van het werk kwamen aan de orde.
De gesprekken zijn na afloop ten behoeve van dit rapport gerubriceerd. De indeling maakt in dit hoofdstuk een ordening mogelijk van de verhalen van de vrouwen, hun ambities, de twijfels en onzekerheden over het werken in de zorg. Zoals al aangegeven is er een *kwalitatieve* beschrijving gemaakt. Het is niet mogelijk om op basis van deze inventarisatie een uitspraak te doen over het *aantal* vrouwen dat werkelijk in de zorg aan de slag wil. Ook is niet vast te stellen hoeveel van hen na een opleiding, via stages en sollicitaties ook inderdaad in de zorg gaan werken.

Wel ontstaat door de openhartige weergave een beeld van de kansen op een succesvolle match. Kansen voor migrantenvrouwen én voor werkgevers in de zorg.

De ervaringen met zorg

Voor ongeveer de helft van de vrouwen die aan de gesprekken deelnamen, geldt dat zij zelf iemand hebben verzorgd. Veel van de vrouwen deden dat als mantelzorger voor ouders en grootouders. In veel families verwachten de ouders dat de kinderen voor hen zorgen wanneer ze behoeftig worden. In de praktijk gebeurt dat ook vaak.

Het FORUM-rapport 'Zorgt u ook voor iemand?' (2011, p. 45) gaat in op de achtergronden van mantelzorgers uit migrantengroepen. Deze zijn betrekkelijk jong, in vergelijking met autochtone mantelzorgers. Ook degenen die zij verzorgen zijn naar verhouding veel jonger dan de autochtone hulpbehoevenden. Deels heeft dit ermee te maken dat zorgende migranten vaker voor een kind en/of partner zorgen, deels komt het ook door de slechtere gezondheidssituatie van migrantensenioren; zij krijgen al op vroegere leeftijd ouderdomsklachten.

In de helft van de gevallen woont de verzorgde bij de mantelzorger in huis. Als de hulpbehoevende zelfstandig woont, is dit meestal dicht in de buurt. In diverse gezinnen is sprake van complexe zorgsituaties met meer dan één zorgbehoevende. De hulpbehoevenden zijn over het algemeen laag opgeleid en opvallend weinig mobiel. Veel migrantenmantelzorgers zijn, mede door de taalproblemen van hun ouders, al op jonge leeftijd begonnen met zorgen. Eenmaal in hun zorgende rol beland, blijven zij zich ontfermen over familieleden die op een of andere wijze steun of zorg nodig

hebben. Vaak offeren zij hun eigen leven op aan de zorg voor anderen. Het zorgen en geven wordt hun tweede natuur. Dit zorgen valt hen zwaar, maar het geeft ook veel voldoening.

Uit het rapport 'Zorgt u ook voor iemand?' wordt duidelijk dat mantelzorg bij migranten sterk ingeburgerd is. En dat het mantelzorgen zo vanzelfsprekend is dat het meestal niet zo genoemd wordt. Er bestaat eigenlijk geen naam voor, het is onderdeel van het leven.

Thuis of tehuis?

Eén van de gesprekken voor het rapport 'Zorgelijke drempels' vond plaats in samenwerking met een Turkse thuiszorginstelling. Vrijwel alle cliënten van deze organisatie zijn van Turkse origine. Opvallend is dat veel mantelzorgers, met het talent en de kwaliteiten om in de thuiszorg te werken, als vrijwilliger aan de instelling verbonden zijn. Hierdoor wordt de overgang van mantelzorg naar professionele zorg verkleind en werken deze beter samen. Ook ontstaat zo voor vrijwilligers een laagdrempelige toegang tot beroepen in de zorg.

Uit de gesprekken die wij voerden, blijkt dat een aantal vrouwen het een erezaak vindt om zelf voor de ouders te zorgen. "Als mijn ouders in een verpleeghuis willen, dan zal ik mij erbij neerleggen dat ze daar naartoe gaan. Maar als ze thuisblijven, dan zal ik voor ze zorgen." Een andere vrouw gaf aan dat de verzorging van haar vader thuis niet meer mogelijk was. Ondanks haar eigen voornemen om voor hem te zorgen en ondanks een emotioneel familieberaad, is hij uiteindelijk naar een verpleeghuis gegaan.

Hoewel die vrouwen dus een verplichting jegens hun eigen ouders voelen, stellen zij aan hun kinderen andere eisen. "Ik zou als ik behoeftig was niet willen dat mijn kinderen met mij belast zijn. Laten ze op bezoek komen en vertellen over hun leven, wat ze meemaken. Als ik verzorgd moet worden, dan wil ik professioneel verzorgd worden."

Vertrouwen en respect

Bij vrijwel alle gesprekken waren vrouwen aanwezig met ervaring als schoonmaakster bij zorginstellingen. Een vrouw die woningen voor gehandicapten schoonmaakt: "Ik moest erg aan de bewoners wennen. Ik kon de eerste dagen niet eten. Later ben ik er wel aan gewend. Ik at met ze mee en zette hun eten klaar. Maar wat de verzorgers deden, daar heb ik veel respect voor, de professionaliteit om met die bewoners te werken."

Veel schoonmaaksters zeiden in de gesprekken nu in de verzorging te willen gaan werken. Ze zien het als een loopbaanstap om Helpende te worden. "Waarom ben ik wel goed genoeg om toiletten schoon te maken, maar mag ik geen mensen verzorgen of wassen? Ik wil dat werk graag doen, dan kan ik echt iets voor iemand betekenen."

Vooral jongere gespreksdeelnemers gaven aan dat ze 'kijkstages' hebben doorlopen in een zorginstelling. Verschillende jongeren vertelden ook dat zij vakantiewerk in de instelling hebben gedaan. Over het algemeen levert deze betrokkenheid een flinke impuls op om voor een beroep in de zorg te kiezen.

Van de vrouwen die aan de gesprekken meededen, spraken velen hun respect en waardering uit jegens de verzorgenden in verpleeg- en verzorgingshuizen. Hoewel het voor velen een grote

emotionele stap betekent om een familielid ‘over te dragen’ aan een instelling, is er vertrouwen in de professionele zorg die er geboden wordt.

Informatie over opleiding en beroep

Uit vrijwel alle gesprekken bleek dat er geen goed beeld bestaat van de beroepen in de zorg en de opleidingen die hiervoor kwalificeren. De informatiegraad is laag, zowel voor vrouwen die als zij-instromer een zorgbaan ambiëren als voor meisjes die een passende mbo-opleiding in de zorg zoeken.

Bij de meeste vrouwen die als zij-instromer in de zorg willen werken, overheerst de ambitie om in een goed beroep aan het werk te gaan. Economische zelfstandigheid, onafhankelijk zijn – het wordt als een groot goed gezien. Er is een grote bereidheid om daarin veel te investeren. Tegelijkertijd is er terughoudendheid om zomaar in een onduidelijke toekomst te stappen. Vooral alleenstaande vrouwen met opgroeiende kinderen voorzien een forse ingreep in hun dagelijkse bestaan. Ze verwachten een grote investering te moeten doen, zowel voor de opvang en zorg voor de kinderen als wat de eigen inspanningen in een opleiding en op het werk betreft. Deze vrouwen geven aan dat ze erg graag vooruit willen, maar niet bereid zijn een vrijblijvend traject te volgen. De investering moet resultaat opleveren in de vorm van een diploma en/of werk. Kortom: men wil vooraf graag weten waar men aan toe is. Maar hoe kom je daarachter?

Er is nagegaan of de vrouwen een bekende hebben die in de zorg werkt en daarover zou kunnen vertellen. Dit blijkt maar in een klein aantal gevallen zo te zijn. Vaak gaat het dan om een buurvrouw of een kennis, soms is er een familielid in de verpleging of verzorging. Van de vrouwen die inderdaad iemand kennen in de zorg, heeft echter niemand met die persoon over het werken in de zorg gesproken. Niet over het werk zelf, maar ook niet over opleiding, werktijden, werksfeer of vacatures. Blijkbaar wordt deze vorm van netwerken en informeel informatie inwinnen niet gebruikt. Overigens is er een contrast met autochtone gezinnen, waar bijna altijd wel een familielid of kennis in de zorg zal werken en men ook openlijk over het werk praat. Bij migrantenvrouwen is bovendien de groep ‘bekenden uit de zorg’ per saldo veel kleiner.

Het nodige inzicht ontbreekt

Hoe proberen de vrouwen dan wel de nodige informatie te verkrijgen? Bij een inventarisatie kwamen aan de orde: zoeken op internet, advies inwinnen bij het UWV Werkbedrijf en reageren op sollicitaties.

De algemene klacht over de informatie op internet, is dat die alleen gaat over jongeren die vanuit voortgezet onderwijs een beroepsrichting kiezen op een mbo. Voor de meeste zij-instromers is die weg moeilijk, omdat hun vooropleiding vaak onvoldoende is en gedateerd. Bovendien biedt internet geen of onvoldoende informatie over het perspectief op werk, de moeilijkheidsgraad van de opleiding en de inhoud van het beroep. Terwijl vrouwen bijvoorbeeld juist een beeld willen krijgen van hoe hun dagschema eruit zou zien, zowel op het werk als thuis (ervoor en erná). De afweging of de investering in tijd en verandering in de gezinssituatie de moeite waard is, kunnen zij zo niet maken. Verder zijn doorverwijzingen naar adviseurs of steunpunten in de zorg via internet moeilijk te traceren.

Het UWV Werkbedrijf en gemeentelijke uitkeringsinstanties zijn vooral bezig met het verstrekken van uitkeringen en het stellen van (vaak belemmerende) voorwaarden om weer aan het werk te raken. 'Solliciteren' is het sleutelwoord. De kans op het vinden van een baan zonder kwalificatie is tijdens de crisistijd nihil. Maar uitkeringsinstanties hebben ook geen budget voor een opleiding. Wat je echter minimaal mag verwachten, is een adequate voorlichting en informatieverstrekking. Vrijwel alle vrouwen in een uitkeringssituatie toonden zich zeer negatief over de werkloketten: waar het gaat om informatie en inzicht verkrijgen én wat de kansen op werk betreft.

De laatste mogelijkheid voor vrouwen om informatie te krijgen die hen verder op weg helpt naar een baan in de zorg, is domweg solliciteren naar functies. Zonder kwalificatie is dat echter een kansloze missie, want dan blijf je doorgaans in de kennismakingsronde steken. Voor vacatures worden duidelijke opleidingseisen gesteld en iedereen die daar niet aan voldoet, valt af. Werkgevers willen gekwalificeerde medewerkers; als die kwalificatie er (nog) niet is, hebben ze geen belangstelling. Kortom: dit kanaal levert de vrouwen geen nieuwe informatie op, of een beter perspectief op werk.

De invloed van 'cultuuraspecten'

Hoe kijken migrantenvrouwen aan tegen een zorgonderdeel als het wassen van mannen? En welke invloed heeft de nabije omgeving op hun opvattingen over werken in de zorg? Ook deze 'cultuuraspecten' kwamen volop aan de orde. In dit rapport verstaan we onder 'cultuur': het patroon van waarden, doeleinden, normen, verwachtingen en de duiding van gewoonten door anderen. Een duidelijk onderscheid is gemaakt met religie, voor de meeste deelneemsters het islamitische geloof. Bij ieder geloof geldt een 'leer' die gevolgd moet worden, er horen rituelen en doctrines bij die geloofsgenoten hanteren. Eenvoudig gezegd: *cultuur* geeft de normen en waarden aan die (in dit geval) vrouwen zelf bezigen, terwijl *geloof* daarentegen staat voor opgelegde regels vanuit de interpretatie van de Heilige Schrift. Normen en waarden vanuit het geloof opgelegd zijn doorgaans strikter dan de meer praktische principes die in het dagelijks leven worden gehanteerd.

Het wassen van mannen

Een cruciale vraag in alle gesprekken was "Zijn jullie bereid om mannen te wassen?" Het antwoord raakt meerdere aspecten die voor het werken in de zorg van belang zijn. Op de eerste plaats: is er de bereidheid om ook het minder leuke werk aan te pakken? Daarnaast: is hier sprake van een cultureel aspect, van onderlinge afspraken in de familie of van een geloofsinterpretatie?

Het overgrote deel van de vrouwen, zo blijkt uit de gesprekken, accepteert dat het wassen van mannen onderdeel is van het werken in de zorg. Geredeneerd wordt dat er geen probleem is als iemand hulp nodig heeft. Een deelneemster: "Ik wil heel graag werken in de zorg en heb met dat wassen echt geen probleem."

Een reactie die op veel instemming kon rekenen was: 'Als je voor het werken in de zorg kiest, dan kies je ook voor het wassen van mensen. Ook vanuit het islamitische geloof is dat geen belemmering. Wanneer het nodig is, moet je iemand helpen.'

De vraag of men bereid is mannen te wassen, werd door een deel van de vrouwen met 'nee' beantwoord. De redenen die zij opgaven, zijn voor het grootste deel persoonlijk. Bijvoorbeeld: "Ik

heb er moeite mee, het past mij niet. Als een familielid ziek is, kan ik er ook niet tegen." Anderen meenden dat het wassen van anderen altijd moeilijk is, ook wanneer het om vrouwen gaat. Een enkele maal werd gerefereerd aan: "Dat mag ik niet van mijn man", of "Het mag niet van het geloof".

Meiden meer terughoudend

Bij een aantal gesprekken waren jongere meiden aanwezig. Hier was de terughoudendheid groter. Een van de deelneemsters verwoordde het zo: "Als jong meisje denk je dat het eng is en een taboe. Ik ben op dat gebied beschermd opgevoed. Later ben ik in de zorg gaan werken en dan wen je er aan en is het gewoon een taak." Zeer opvallend was dat enkele meisjes het diploma Helpende hadden behaald. Hoe hadden zij dan het wassen er tijdens het examen vanaf gebracht? luidde de vraag. Het bleek dat ze dit onderdeel met een pop hadden mogen uitvoeren. Deze meisjes kozen daarna een vervolgopleiding voor een niet-verplegend beroep. Maar het is de vraag of zij terecht een diploma hebben gekregen: het wassen is immers een integraal onderdeel van het beroep.

In een later deel van de gesprekken is het wassen van mannen opnieuw aan de orde gesteld. Er werd naar voren gebracht dat vaders en opa's ook zorg nodig hebben. Dat zij, bij ziekte of ouderdom, thuis ook geholpen moeten worden en dat de familie die hulp dan óók gewoon biedt. Veel van de vrouwen bleken ervaring te hebben met behoeftige grootouders en ouders. Ze vonden het begrijpelijk dat deze mensen ook moeten kunnen rekenen op verplegenden uit migrantengroepen. Na de gesprekken was een deel van de vrouwen die zich aanvankelijk afwijzend toonden, positiever over het wassen van mannen als onderdeel van een zorgberoep.

Invloed van de omgeving

Over de invloed van de omgeving (familie, gemeenschap) op de opvattingen over zorgwerk, waren de reacties vrij eenduidig. "Ik woon hier al mijn hele leven. Mijn familie heeft geen invloed op welk werk ik wil doen." En: "Met mijn man praat ik wel over het werk dat ik doe, en zo nodig zoeken we samen een oplossing." En ook: "Sociale controle en taboes zijn nu doorbroken. Onze ouders hebben daar de ruimte voor gemaakt. Wij moeten die nu zelf invullen."

Op verschillende manieren kwam in de gesprekken aan de orde hoe een persoonlijke keuze of afweging gemaakt wordt. Eén van de vrouwen: "Mijn moeder is Nederlandse, maar zij wil ook niet door een man gewassen worden. Dat is niets religieus of cultureels, maar gewoon een individuele wens." Of: "Toen ik in het ziekenhuis werd opgenomen, heb ik aangegeven dat ik alleen door vrouwen geholpen wilde worden en ook geen man op mijn kamer wilde. Daar werd gewoon rekening mee gehouden." Andere vrouwen geven juist de voorkeur aan hulp door een mannelijke zorgverlener. Turkse vrouwen met ervaring in de thuiszorg geven aan dat veel Turkse mannen liever door een (onbekende) Nederlandse of Nederlander geholpen worden dan door een bekende uit de Turkse gemeenschap. Dit heeft met schaamte en sociale controle te maken.

'Allochtonenspelletje'

De gesprekken over culturele aspecten leidde regelmatig tot felle discussies. In meerdere opzichten wordt het omgaan met de afkomst als een ongemakkelijke vanzelfsprekendheid gezien. Vrouwen hebben in de eigen leef- en werkomgeving goede oplossingen gevonden voor het omgaan met de eigen cultuur, de zelfgemaakte afspraken en codes. Veel vrouwen dragen een hoofddoek en weten

dat die niet overal geaccepteerd wordt. Er is wel veel frustratie over de gemiste kansen en de ongelijke behandeling, bijvoorbeeld bij sollicitaties.

Eén van de vrouwen verwoordt de positie van migrantenvrouwen als volgt: “Steeds weer komt het allochtonenspelletje terug. We zijn nog zó met onze identiteit bezig en met wat we wel en niet willen en mogen. Het wordt door de buitenwereld aangedikt en daarom wordt het een thema. Dan moeten we een standpunt innemen en moeten we ons verdedigen, zowel naar Nederlandse mensen als naar de eigen gemeenschap. Wanneer je dat allemaal weglaat, er overheen stapt, dan is werken in de zorg een persoonlijke keuze. En ik wil graag werken in de zorg!”

Belang van het gezin

De gezinssituatie is belangrijk voor de keuzes die vrouwen in hun leven maken. Een greep uit de vele opmerkingen hierover in de gesprekken. “Mijn moeder heeft ook altijd gewerkt. Ze is echt een rolmodel voor mij.” “Mijn moeder zei altijd tegen mij: zorg dat je een diploma haalt. Een diploma is je eerste man.” “Mijn moeder zegt: je moet het helemaal niet doen zoals wij het hebben gedaan. Haal je diploma en studeer door!” “Mijn man zegt iedere dag tegen de kinderen dat ze hun opleiding moeten volgen en een diploma halen. Ze vinden het vreselijk. Maar het blijft wel hangen. Bij ieder rapport kijken we kritisch of het nog wel goed gaat.” “Ik volg een mbo-opleiding in de zorg. Mijn ouders zien soms dat ik het moeilijk heb, maar dan stimuleren ze me toch om door te gaan. Ze hebben me helemaal vrij gelaten om een studie te kiezen.”

Vaak komt het onderscheid tussen meisjes en jongens aan de orde. Meiden doen het beter dan jongens. Meisjes lijken zich dankzij de sociale controle te hebben opgewerkt − door de beschermde omgeving thuis is naar school gaan en daar uitblinken voor hen een kans om onafhankelijkheid en perspectief te ontwikkelen − en ze presteren goed. Dat meisjes het goed doen op school, daar zijn vrouwen echt trots op. Een van de vrouwen zegt: “Mijn zus heeft een opleiding voor huidtherapeute gedaan. Ze mag nu stage lopen in Tsjechië. Mijn broertje vindt dat maar niks. Maar mijn moeder zei toen: ‘Jij zit de hele dag op de bank te niksen. Zij heeft een opleiding en kans op een mooie baan. Jongens hebben niets meer in te brengen’.”

Overigens hebben veel migrantenouders nauwelijks een beeld van kansrijke beroepen en studierichtingen. De kans op werk heeft vrijwel geen invloed op de studiekeuze van jongeren. Behalve een gebrek aan inzicht in beroepsperspectieven speelt bij de jongeren ook de afweging: wat lijkt me leuk? Zo kiezen velen voor economie en handel, terwijl daar weinig werk in te vinden is.

Uitkering en re-integratie

Bij een aantal gesprekken waren overwegend vrouwen in een uitkeringssituatie aanwezig. De aanloop naar de nieuwe Wet Werken naar Vermogen laat zich duidelijk gelden. Gemeentelijke uitkeringsinstanties dwingen vrouwen om actief naar werk te zoeken. Er wordt inzet geëist. De vrouwen zijn zich zeer bewust van het veranderde klimaat. Er is een grote bereidheid om aan het werk te gaan; het blijkt echter heel moeilijk om een baan te vinden. In de grote steden doet de crisis zich extra hard voelen, en werkgevers maken hiervan gebruik door hogere eisen te stellen. In het algemeen betreffen die de kwalificatie voor het beroep − en dat is een *bottleneck* voor

migrantenvrouwen. Zij willen dolgraag een diploma halen, maar kunnen de opleidingskosten niet opbrengen. Gemeenten hebben krappere re-integratiebudgetten, waardoor een vergoeding van die kosten niet mogelijk is. Re-integratietrajecten zijn nu eigenlijk niet meer dan sollicitatiemiddagen. Vrouwen worden achter de computer gezet en moeten dan solliciteren. Het maakt niet uit waarop, als er maar sollicitaties verzonden worden. Ondersteuning en coaching lijken nauwelijks aanwezig. Hooguit vindt een check plaats op de inhoud van het CV. De fraai vormgegeven brochures van de re-integratiebureaus, met innovatieve programma's, blijken in de praktijk geen concrete uitwerking te krijgen.

Het effect van deze situatie: vrouwen worden van het ene 're-integratietraject' naar het andere verwezen. Heeft het ene traject van een halfjaar geen effect gehad, dan is na enkele maanden een start in een volgend traject noodzakelijk.

Een tegenprestatie?

Veel vrouwen verwoorden de werkwijze van de gemeentelijke uitkeringsinstantie als volgt. 'De uitkeringsinstantie is echt een belemmering om verder te komen. Alles wat helpt om op een goede manier aan het werk te komen, met name een opleiding, wordt afgewezen. We worden allemaal als 'niet-willers' gezien. En dat klopt helemaal niet. Ik wil dolgraag aan het werk'. In één van de steden is een project gestart voor een eenjarige opleiding tot Gezinscoach, mét werkgarantie. Van de uitkeringsinstantie kregen de vrouwen echter te horen dat ze geen vrijstelling van de sollicitatieplicht krijgen. 'Een opleiding volgen doe je maar in je eigen tijd', zei de ambtenaar, terwijl de financiën al helemaal geregeld waren.

In een aantal steden stimuleert de gemeente nadrukkelijk het werken als vrijwilliger in de zorg – vooral bij vrouwen met een uitkering. Diverse gespreksdeelneemsters gaven aan al meerdere jaren als vrijwilliger op een afdeling mee te draaien en ook verzorgende taken op zich te nemen. De vrijwillige inzet van vrouwen kan een mooie opstap zijn naar een opleiding en betaald werk. Wanneer vrouwen dat vanuit een uitkeringssituatie doen, mag je van de instelling echter een tegenprestatie verwachten op het vlak van coaching en loopbaanperspectief. Eén van de deelnemers: "Maar toen er een BBL-opleiding (Beroeps Begeleidende Leerweg) binnen de instelling was, kreeg ik niet de kans me aan te melden. De groep zat ineens vol met allerlei andere mensen. Vooral Nederlandse deelnemers. Sommigen waren nog maar heel kort bij de instelling. Ik ben daar vreselijk kwaad over. Wanneer ben ík nu eens aan de beurt?" In de praktijk blijkt het bijna onmogelijk om vanuit vrijwilligerswerk naar een opleiding en een baan te komen. Het aantal BBL-instroomtrajecten bij instellingen in de zorg is nog zeer beperkt – één van de bottlenecks voor migrantenvrouwen.

Uit de gesprekken met vrouwen in een uitkeringssituatie spreekt een grote frustratie. Wat ze ook doen, vragen of bepleiten – de toegang tot de zorg komt niet tot stand. Er is in de gesprekken geen enkel voorbeeld genoemd van een goed functionerende overbrugging van uitkering naar leren en werken in de zorg.

Kiezen voor de zorg

Om succesvol als professional in de zorg te kunnen werken, moet je de juiste beroepshouding ontwikkelen. Werken in de zorg is kiezen voor een bijzonder beroep, waarin alles draait om het verzorgen van mensen vanuit een professionele houding. Hiervoor zijn natuurlijk kennis en vaardigheden nodig. Daarnaast is er een zekere attitude nodig die iemand in staat stellen het werk te verrichten. Deze beroepshouding maakt de zorgverlener, in meerdere of mindere mate, zélf tot een zorginstrument. Hij gééft niet alleen zorg, hij ís zelf zorg, door zijn houding. En daarmee krijgt zijn optreden een morele lading. Het is niet alleen van belang wát de zorgverlener doet, maar ook hóe hij het doet. Preciezer gezegd: hoe hij als persoon betrokken is bij de zorg die hij verleent. Hoe hij aansluit op de positie van de zorgvrager in het zorgproces, op diens vragen en onzekerheid, op diens angst en hoop of soms onbegrijpelijke onverschilligheid. Het gaat om de kernkwaliteiten betrokkenheid, empathie, assertiviteit, representativiteit en integriteit.

Van medewerkers in de zorg wordt verwacht dat ze het leuk vinden om met mensen om te gaan. Maar in het bijzonder moet je het leuk vinden om met mensen te werken die van jou afhankelijk zijn. Je moet aanleg hebben voor dienstbaarheid. En omdat er meestal in teamverband gewerkt wordt, moet je gemakkelijk kunnen communiceren en feedback kunnen geven én nemen. Ook belangrijk is de bereidheid om op onregelmatige tijden te werken. Voor kandidaten geldt bovendien dat ze in de gelegenheid moeten zijn om te leren: een opleiding op niveau 2 neemt bijvoorbeeld twee jaar in beslag.

Zoeken naar balans

In de gesprekken zijn aspecten van de beroepshouding veelvuldig aan de orde geweest. Een van de deelneemsters, werkzaam in de zorg, verwoordde het als volgt: “Om in de zorg te werken moet het ook in jezelf zitten. Je moet de basiscompetentie hebben om met mensen om te gaan. Net zoals je van kinderen moet houden om als onderwijzer te kunnen werken. Als je die basishouding niet hebt, is werken in de zorg zwaar en niet leuk. Je moet voor jezelf een balans vinden tussen het mooie van het werk – de voldoening, de leerervaring – én de zware kanten.” Een andere reactie: “Je moet het ín je hebben, je moet zelf zorgzaam zijn. Als je dat niet hebt, is het geen goed beroep voor je.”

Van de andere kant moet je ook voldoende afstand houden tot het werk. Een aantal vrouwen gaf echter aan dat dit soms moeilijk is. Gebeurtenissen en beelden worden mee naar huis genomen en kunnen belastend zijn. “Ik heb jaren in de zorg gewerkt. Wat er met ouderen gebeurt, of wanneer er iemand doodgaat, dat neem ik mee naar huis. Ik ben daarom gestopt met dat werk.” Een andere vrouw vertelt: ‘’In het begin was ik erg betrokken bij alle mensen die ik verzorgde. Ik ben wel wat harder geworden, ik leerde ermee omgaan. Toen ik voor het eerst iemand meemaakte die overleden was, had ik het erg moeilijk. Nu kan ik daar gemakkelijker overheen stappen. Je moet zoeken naar het evenwicht tussen een goede omgang met mensen, het plezier dat je daaruit put, zorgvuldig zijn en ook als professional blijven functioneren.”

Waardering als drijfveer

De status van het zorgberoep is voor vrouwen die (nog) niet in de zorg actief zijn een aandachtspunt. Een uitkering hebben wordt als zeer onwenselijk gezien en levert geen status op. Wel verschillen de meningen over wat vervolgens hoger moet worden aangeslagen: een gekwalificeerd beroep in de

zorg, of werken als schoonmaakster. De beeldvorming over zorgberoepen is bij veel meisjes niet positief. “Mijn dochter van 18 heeft gekozen voor een administratieve opleiding. Zorg ziet zij als minder. Haar vriendinnen denken er net zo over, ook als ze minder verdienen of geen werk hebben. Ze schamen zich voor het verzorgen van ouderen.” Maar gelukkig zijn er ook andere opvattingen: “Mijn dochters werken alle twee in de zorg en ze doen dat met veel plezier. Ik ben trots op hen. Vroeger was er schaamte over verzorgende beroepen, maar dat is nu niet meer’.

Vrouwen realiseren zich dat werken in de zorg een mooi beroep is, maar dat het je wel moet liggen. Als negatief wordt ervaren dat de beloning niet hoog is. Zeker in de opleidingsperiode zijn de inkomsten laag en de inspanningen groot. Het werk wordt over het algemeen als fysiek zwaar ervaren. Een aantal vrouwen zegt die fysieke inspanning niet aan te kunnen. Anderen zien het zware werk meer als een uitdaging. In alle gesprekken komt de waardering van de kant van patiënten aan de orde. Die is een belangrijke drijfveer voor vrouwen om juist wél voor de zorg te kiezen.

Pesten en discriminatie

Het komt voor: pestgedrag en discriminatie door collega’s. In meerdere gesprekken zijn incidenten benoemd. Wanneer migrantenvrouwen stage lopen of als vrijwilliger actief zijn, kan het bestaande personeel zich superieur opstellen. Er zijn collega’s die niet zitten te wachten op vrouwen van een andere afkomst, of op vrouwen die een hoofddoek dragen. Stemmingmakerij, incidenten die over de rug van een patiënt worden uitgevochten, leidinggevenden die verzuimen na te gaan wat er werkelijk speelt… het zijn voorbeelden van onwenselijke werksituaties. Opvallend is dat incidenten opgelost worden als de betrokken migrantenvrouw een vertrouwenspersoon heeft – formeel of informeel – die voor haar opkomt. Soms blijkt het nodig de hogere leiding in te schakelen om structureel ongewenst gedrag van zittend personeel tegen te gaan. Was die ondersteuning van een vertrouwenspersoon er niet geweest, dan zouden de betrokken vrouwen aan het kortste eind getrokken hebben.

Opleidingen – verwachting en praktijk

Bij alle gesprekken waren ook mbo-studenten aanwezig. Velen hebben de ambitie om een diploma te behalen. Wat echter opvalt, is dat een groot deel van de studenten ten minste één keer van opleiding wisselt. Navraag leerde steevast dat de verwachtingen van (vooral de eerst gevolgde) opleiding en van beroepen niet overeenkwamen met de reële mogelijkheden. Welke opleidingen er zijn, welke opleidingen geschikt zijn voor wie, welke beroepen binnen handbereik liggen… over die kennis blijken beginnende mbo-studenten niet te beschikken. Door het wisselen van opleiding treedt studievertraging op. En voor de scholen is er een kostenpost, omdat studenten dan weer heringedeeld moeten worden en langer op school zitten. Mogelijk is dit een algemeen probleem, dus ook voor niet-migrantenstudenten, maar bij de toeleiding naar zorgberoepen is er kennelijk een grote behoefte aan voorlichting en informatie.

Voor zij-instromers is het volgen van een opleiding cruciaal om een loopbaan in de zorg op te bouwen. En uiteraard is ook de keuze voor de *juiste* opleiding belangrijk. Onder migrantenvrouwen is de kennis van opleidingen en beroepen echter niet groot. Daarnaast hebben zij-instromers sterke behoefte aan planning van de loopbaan. Het mag geen vrijblijvend traject zijn en moet, als het normaal verloopt, ook uitmonden in een betaalde baan.

Het overgrote deel van de vrouwen die aan de gesprekken deelnamen, is ingeburgerd en spreekt vloeiend Nederlands. Er wordt terdege beseft dat een goede beheersing van het Nederlands essentieel is voor het volgen van een opleiding. Administratieve taken, zorgplannen lezen, rapportages maken en informatie overdragen aan collega's en artsen zijn van cruciaal belang. Overigens: dat veel vrouwen een aanzienlijk hoger niveau hebben dan voor het inburgeringsdiploma nodig is, wil niet per se zeggen dat hun niveau voldoet voor een opleiding in de zorg.

Kosten een obstakel?

Het blijkt voor migrantenvrouwen moeilijk om een opleiding te betalen. De jaarlijkse kosten van ruim € 1.000 plus studiemateriaal zijn simpelweg te hoog voor een vrouwen met een laag inkomen. Voor werkgevers hoeven deze kosten geen groot obstakel te zijn; ze kunnen rekenen op bijdragen via de belastingdienst en het Stagefonds. Maar: de werkgever moet de betrokkene dan wel in dienst nemen. Het ligt voor de hand hier met een leer/werk-traject (BBL) aan de slag te gaan. Het aantal BBL-trajecten op niveau 2 is echter nog beperkt en er is onvoldoende capaciteit om de grote groep vrouwen met ambities op te vangen. Daar komt bij dat er een goede startanalyse noodzakelijk is. Een check op basisniveau, nodig om de opleiding te volgen, maar ook een check op de consequenties van werken in de zorg: onregelmatige diensten, de organisatie van de thuissituatie, het wassen van mannen en aspecten die bij de beroepshouding horen. Zo'n check betekent zekerheid − voor de betrokken vrouw, de werkgever en de opleiding.

Solliciteren: te eenzijdig en weinig doorzichtig

Eerder is al aangegeven dat migrantenvrouwen open sollicitaties doen en ook gericht solliciteren naar functies in de zorg. Dit leidt vrijwel altijd tot een afwijzing en daardoor geen beter inzicht of betere kansen. In de gesprekken hoorden we verschillende voorbeelden van zeer gemotiveerde vrouwen die wel een mbo-opleiding op niveau 3 of 4 hebben afgerond, zij het niet voor de zorg. Zij maken eveneens weinig kans (ondanks dat er verkorte trajecten voor deze groep bestaan), ook niet voor functies op niveau 2. Wel is een aantal van hen opgeroepen voor een sollicitatiegesprek.

Een sollicitatie is in beginsel een tweezijdig proces, ze is zowel voor de werkgever als de werkzoekende van belang. In de praktijk komt daar echter weinig van terecht. Wat in de sollicitatiegesprekken nog het vaakst lijkt te gebeuren, is dat wordt nagegaan – bijvoorbeeld in groepsgesprekken met meerdere kandidaten tegelijk − of er voldoende afstemming is op het vlak van teamwork en beroepshouding. Wanneer vrouwen worden afgewezen begrijpen ze vaak niet waaróm, want er volgt doorgaans geen toelichting of opgaaf van redenen. Soms ook wordt een bekende tot de volgende ronde toegelaten die minder gekwalificeerd is maar beter aan het (subjectieve) verwachtingspatroon beantwoordt. De conclusie lijkt gerechtvaardigd dat als iemand geen opleiding in de zorg heeft doorlopen of op een andere manier heeft kunnen wennen, de aansluiting op de sfeer en cultuur van een afdeling erg moeilijk is. Het geen grip kunnen krijgen op de situatie en de afwegingen, leidt tot veel frustratie bij vrouwen. Ook wordt voor hen het beeld bevestigd dat de zorg niet echt om hen zit te springen.

Veel vrouwen gaven aan dat ze voortdurend worden afgewezen omdat ze een niet-Nederlandse naam hebben, hoewel ze geboren en getogen zijn in Nederland en de Nederlandse nationaliteit hebben. Er waren zelfs enkele gevallen dat vrouwen een kwalificatie voor een zorgberoep hadden

maar toch na het eerste gesprek niet meer opgeroepen werden. Terwijl er een enorm tekort is en werkgevers zelf zeggen dat ze méér migranten in hun personeelsbestand willen.

Onregelmatige diensten en kinderopvang

Op onregelmatige tijden werken, avond- en nachtdiensten draaien, geeft vooral voor vrouwen met kinderen problemen. Een deel van de vrouwen stapt daar overheen. “Ik heb altijd gewerkt, ook toen mijn kinderen nog klein waren. Ik moest een groot deel van mijn salaris aan kinderopvang besteden, maar ik heb dat toch gedaan. Toen mijn jongste kind 4 jaar werd en naar school ging, had ik in ieder geval een baan.”
Andere vrouwen geven aan dat zolang de kinderen klein zijn, het niet mogelijk is om in avond- en nachtdiensten te werken. Zeker als vrouwen alleenstaand zijn, is het managen van de gezinssituatie en de opvoeding van kinderen niet anders te organiseren. “Ik kan nu pas werken, nu mijn kinderen op school zitten. Ik heb nu meer vrijheid en zou wel een paar uur na schooltijd kunnen werken, maar geen avonden of nachten.” In een aantal gevallen wordt gesproken over de man die een fulltime baan heeft en een vast contract. Vrouwen willen dan het ritme in het gezin niet doorbreken.

Dat de kinderopvang duurder wordt en peuterspeelzalen wegvallen, zijn voor veel van de vrouwen zorgpunten. “Mijn vriendinnen werken en mijn moeder kan mijn zoon niet zo lang opvangen. Veel scholen hebben wel voor-, tussen- en naschoolse opvang, maar ik hoor daar wisselende verhalen over.” Sommige moeders lijken wat te piekeren over hun zorgzaamheid: “Toen ik in de zorg werkte, bracht ik mijn dochter ’s ochtends om 7.00 uur naar de kinderopvang en haalde haar vaak om 19.00 uur weer op. Als ik haar weer ophaalde was ik een veel betere moeder, ik was zo blij haar weer te zien.” Overigens klinken er wat de opvang betreft ook constructieve en creatieve geluiden: “Officiële kinderopvang is duur. Maar het is ook mogelijk via informele weg je kind te laten opvangen, of via gastouders.” En: “Er zijn altijd wel mensen die op de kinderen willen passen, ooms, tantes, schoonzus, of de buurvrouw die zo wat bijverdient.”

Geen probleem van maken

Voor vrouwen die gedurende meerdere jaren de zorg voor het gezin hebben vervuld, is de overgang naar leren en werken groot. Het vergt veel organisatietalent als je een belangrijk deel van de dag niet thuis kunt zijn en opgroeiende kinderen hebt, die veel aandacht behoeven.

Vanuit de gesprekken komen echter ook andere opvattingen naar voren. Zoals: “We moeten ook aan onszelf denken. Ik wil ook verder met mijn leven en niet alleen thuis zitten. Er zijn altijd oplossingen te vinden en die mannen kunnen ook wel voor zichzelf zorgen.” En: “Ik heb vier kinderen. Wanneer ik aan de slag ga, komt er vanzelf een oplossing. Ik ga daar nu geen probleem van maken.” Of: “Wanneer je in de zorg wilt werken, krijg je economische onafhankelijkheid. Je bent volwaardig onderdeel van de maatschappij. Maar ook belangrijk is dat je een voorbeeld voor je kinderen bent. Je kunt ook in de zorg beginnen en de werkuren uitbreiden, opklimmen. Dan moet je daar wel de consequenties uit trekken en aan de slag gaan.”

Vrouwennetwerken: een actieve rol

FORUM heeft voor het organiseren van de gesprekken gebruikgemaakt van organisaties van migrantenvrouwen in verschillende steden. Bestuursleden van deze organisaties geven aan graag een actieve rol te vervullen in de afstemming van werving, trajecten en overleg met overheid en werkgevers om de toeleiding naar de zorg te verbeteren.

Deel II

Oudere migranten en hun zorgperspectief

Groei en gezondheid van seniorenmigranten

De vergrijzing onder migranten neemt veel sneller toe dan de vergrijzing onder de autochtone bevolking. Onderstaande tabel geeft de groei weer in absolute omvang en naar percentages van ouderen boven de 65 jaar.[1]

	2009	2020	2025
Totale bevolking 65+	2.461.589	3.280.997	3.615.781
Geïndexeerd %	***100***	***133***	***147***
Niet-westerse migranten 65+	66.404	131.107	174.847
Geïndexeerd %	***100***	***197***	***263***
Aandeel niet-westerse migranten 65+ van het totaal in Nederland	2,7%	4,0%	4,8%
Aandeel niet-westerse migranten 65+ van het totaal in de vier grote steden	9,9%	12,9%	14,6%

Het aandeel oudere migranten in het totale aantal ouderen is in relatieve zin nog beperkt. Wel is de komende jaren sprake van een enorme groei van het *aantal* personen, zeker in de grote steden: tussen 2009 en 2025 wordt ruim een verdubbeling van het aantal migrantensenioren verwacht. Met de vergrijzing komen ook onder hén steeds vaker chronische gezondheidsproblemen en lichamelijke beperkingen voor – en in bepaalde migrantengroepen méér dan bij andere en bij autochtonen.

Integratie en gezondheid

Turkse en Marokkaanse ouderen zijn om meerdere redenen kwetsbaarder dan bijvoorbeeld Surinaamse en Antilliaanse ouderen. De sociaaleconomische positie van Turkse en Marokkaanse ouderen is zwak, hun beheersing van het Nederlands is slecht − zeker onder de vrouwen − en zij ervaren meer lichamelijke beperkingen en hebben vaker chronische gezondheidsproblemen dan autochtone ouderen. Het beeld is echter verre van eenduidig: er zijn grote verschillen tussen de diverse etnische groepen en tussen de seksen. Diabetes is in alle genoemde groepen van niet-westerse migranten een probleem, maar komt vooral veel voor bij Surinaamse (en met name Hindoestaanse) ouderen. Hart- en vaatziekten en COPD komen vooral voor bij Turken.

Hoe gezondheidsproblemen zich in de toekomst zullen ontwikkelen, is niet duidelijk. De toenemende integratie kan de gezondheid schaden: het overnemen van een westers leefpatroon kan ertoe leiden dat ziekten zoals kanker en hart- en vaataandoeningen straks vaker voorkomen onder migrantengroepen. Maar uit sommige gegevens blijkt integratie juist ook een beschermende factor te zijn, mogelijk omdat die gepaard gaat met een hoger opleidingsniveau. Overigens blijken ook psychische problemen, met name depressies, veel vaker voor te komen bij Turkse maar ook Marokkaanse ouderen. Deels is dit te verklaren

[1] Gegevens in dit hoofdstuk zijn ontleend aan het essay van mw. dr. M. Foets c.s. over 'Diversiteit thuiszorg aan allochtonen' van de vakgroep Sociaal Medische Wetenschappen, Erasmus Universiteit: www.tzt2020.nl (2009)

uit het groter aantal chronische gezondheidsproblemen en fysieke beperkingen. Toch doen alle vier genoemde groepen tot nu toe nauwelijks een beroep op de thuiszorg.

Beleving van ouderenzorg en dementie bij migranten[2]

Van oudsher ziet men in vrijwel alle migrantenculturen de zorg voor ouders als een morele plicht, een soort wederkerige dienst. Kinderen zijn hun ouders dankbaarheid verschuldigd – en volgens het traditionele patroon is het dan ook vanzelfsprekend dat kinderen de verzorging van hun zorgbehoevende ouders op zich nemen. Echter, door het westerse leven waarin de kinderen zich meer en meer hebben kunnen emanciperen, worden zij steeds minder afhankelijk van hun ouders. De rollen zijn zelfs eerder omgedraaid. Doordat de kinderen het Nederlands beter beheersen, zijn de ouders van hen afhankelijk voor de contacten met de buitenwereld. Ouderen beseffen dat de omstandigheden veranderd zijn: kinderen werken, hebben een druk sociaal leven buiten de familie, wonen niet altijd in de buurt, hechten steeds meer waarde aan privacy.

Net als autochtone ouderen willen migrantensenioren zo lang mogelijk zelfstandig blijven wonen. Redenen om niet naar een verzorgingshuis te willen: verlies van zelfstandigheid, dreigende vereenzaming en de te kleine kamers (waardoor het onmogelijk is om veel bezoek te ontvangen). Veel oudere migranten hebben het idee dat Nederlanders hun ouderen 'opbergen' in verzorgingshuizen en niet meer voor hen willen zorgen. Dit negatieve beeld vindt onder meer zijn oorsprong in de intramurale verzorging in het land van herkomst. Daar wonen ouderen alleen in een tehuis als ze heel arm zijn en geen familie hebben die voor hen zorgt. De opname in een verzorgings- of verpleeghuis ervaart men daardoor als een schande.

Dement of vergeetachtig?

Veel autochtonen hebben in hun familie of omgeving te maken (gehad) met ouderen die aan dementie lijden. Hierdoor heeft een groot deel van de Nederlandse bevolking een algemeen beeld bij dementie. Voor oudere migranten geldt dat niet. Over het algemeen kent men de term niet eens. Dementie is een term die in veel migrantengroepen onbekend en onbemind is. Er heerst nog teveel taboe op het ziektebeeld. Men spreekt er niet gemakkelijk over. Een term die men líever gebruikt voor het fenomeen 'dementie' is vergeetachtigheid – vergeetachtigheid is een onvermijdelijk bijverschijnsel van ouderdom, waar men machteloos tegenover staat.

De kennis van extramurale voorzieningen varieert tussen de verschillende migrantengroepen. Voorzieningen als maaltijdverstrekking, alarmering en wijkzorg voor ouderen zijn bij Turkse en Marokkaanse ouderen over het algemeen onbekend. In mindere mate geldt dit ook voor de thuiszorg. Surinaamse en Antilliaanse ouderen zijn doorgaans beter op de hoogte van het aanbod.

Thuiszorg en informele zorg – ervaringen 'met' en 'van'[3]

De thuiszorg wordt nog beperkt benut door migrantengroepen. We noemen hier een aantal redenen.

[2] 'Dementie; ook onder allochtone ouderen', Stichting ZET Tilburg, 2008 (auteur: N. Baas)

[3] Mw. dr. M Foets c.s. over 'Diversiteit thuiszorg aan allochtonen', vakgroep Sociaal Medische Wetenschappen, Erasmus Universiteit: www.tzt2020.nl (2009)

- *Onbekendheid met de regelingen*
  Veel regelingen rondom de thuiszorg zijn niet goed bekend bij sommige migrantenouderen. Vooral Turkse ouderen geven dit ook als reden op waarom ze geen gebruik van de thuiszorg maken. Van de mensen die de informele zorg verlenen, zegt ook ruim twee derde niet bekend te zijn met de regelingen en mogelijkheden van thuiszorg. Thuiszorg is over het algemeen geen zorgvorm die bekend is in het land van herkomst.
- *Problemen met toegankelijkheid*
  Oudere migranten lopen aan tegen moeilijke (indicatie)procedures, waarbij de communicatie vaak een probleem is. Ook zijn hun verwachtingen van de zorg soms (te) hoog. Daarnaast zijn er soms financiële aspecten die de thuiszorg voor hen minder bereikbaar maken; veel migranten hebben een relatief zwakke sociaaleconomische positie, waardoor men moeite heeft met de eigen geldbijdrage die gevraagd wordt voor de thuiszorg.
- *Aard en ernst van de hulpbehoefte*
  Professionele thuiszorg wordt eerder geaccepteerd wanneer er meer technisch-verpleegkundige handelingen nodig zijn die de familie zelf niet kan uitvoeren. Ook al wordt het geven van zorg gezien als familieplicht: nood breekt wet als het gaat om ernstige lichamelijke beperkingen die professionele behandeling behoeven.
- *Culturele verschillen*
  Er bestaat onder migranten een grote voorkeur om een ziek familielid (vaak vader of moeder) door de eigen familie te laten verzorgen. Zorg wordt beschouwd als een familieplicht. Dit wordt wel als de belangrijkste belemmering gezien voor het accepteren van externe zorg. Die voorkeur lijkt bij Marokkaanse en Turkse ouderen sterker dan bij Surinaamse en Antilliaanse ouderen.
- *Botsing van waarden en normen*
  Migrantenouderen zijn vaak meer traditioneel ingesteld en verwachten dat hun kinderen de zorg op zich zullen nemen. Steeds meer migrantenvrouwen echter studeren en gaan daarna buitenshuis werken. De tijd om te zorgen ontbreekt dan vaak. Ook speelt een rol dat kinderen niet altijd meer inwonen bij de ouders, of verder weg wonen dan vroeger gebruikelijk was. Ten slotte zijn de kinderen er niet op bedacht dat ouderen door de kwaliteit van de Nederlandse gezondheidszorg veel langer leven dan in het land van herkomst gewoon is.

Uit onderzoek blijkt dat de communicatieproblemen versterkt worden doordat 71% van de Turkse ouderen taalproblemen ervaart en 28% zich gediscrimineerd voelt. Driekwart van de Turkse ouderen geeft aan de thuiszorg te duur te vinden, tegenover 44% bij Marokkanen en andere migrantengroepen en 38% bij de Surinaamse en Antilliaanse ouderen.

Communicatieproblemen spelen bij thuiszorg voor de zorgvragers een minder grote rol dan voor de zorgverleners. Wel ligt op mantelzorgers vaak een extra druk doordat zij ook als intermediair (moeten) optreden tussen ouders en hulpverleners. Het tolken en zorgen voor de administratieve afhandeling van de zorgaanvragen zijn hier de belangrijkste neventaken. Daarnaast moeten de (vrouwelijke) mantelzorgers vaak het vele ziekenbezoek ontvangen. Ziekenbezoek is iets dat sterk wordt gestimuleerd vanuit de islam.

Waar zorgverleners taal- en communicatieproblemen als belangrijkste barrière zien om adequate zorg te kunnen verlenen, vinden de zorgvragers culturele opvattingen inzake de zorg als familieplicht juist belangrijker. Zorgverleners lopen tegen het gegeven aan dat de ziekte en het verloop hiervan moeilijk bespreekbaar zijn met de naaste familie. Men wil niet dat de patiënt slecht nieuws te horen krijgt. Juist door die slechte bespreekbaarheid van de ziekte en van het mogelijke ziekteverloop, geeft 70 procent van de huisartsen aan het lastig te vinden om de zorgbehoeften van Turkse en Marokkaanse (vaak terminale) patiënten vast te stellen. Evenals de zorgvragers geven de zorgverleners aan dat ook onbekendheid met het zorgaanbod een belangrijke barrière is voor een beroep op thuiszorg.

Weinig instroom uit doelgroepen

Oudere migranten die wél gebruikmaken van de thuiszorg, ervaren de kwaliteit na verloop van tijd als positief. Toch zijn er ook knelpunten, en zorgverleners geven zelf aan dat er in hun ogen nog te weinig aandacht is voor (inhoudelijk) specifiek op deze groep gerichte zorg. Bij zorgverleners bestaat een geringe kennis over zorgbehoeften en wensen van migranten waar het mantelzorg en thuiszorg betreft. Zorgverleners geven ook aan dat onvoldoende gebruik wordt gemaakt van beschikbaar materiaal zoals tolken, video's en informatiefolders. Als één van de belangrijkste knelpunten noemen experts in het werkveld van de thuiszorg dat de instroom van medewerkers uit de doelgroepen te weinig aandacht krijgt. Naast onbekendheid met thuiszorginstellingen, bestaat bij oudere migranten (van de eerste generatie) ook vaak een gebrek aan kennis over ziekte en gezondheid. Dit is mede te wijten aan een lagere scholingsgraad. Zorgmedewerkers uit de eigen groep kunnen dan uitkomst bieden.

Beleid voor oudere migranten

Hoe staat het met (specifiek) beleid voor ouderen uit migrantengroepen? In 2009 is dat onderzocht in de gemeenten Breda, Deventer, Utrecht en Zaanstad[4]. Een van de conclusies was dat alle onderzochte gemeenten erkennen dat migrantenouderen een specifieke problematiek kennen. Vrijwel alle partijen noemen dezelfde problemen: gezondheid, sociaal isolement, armoede en gebrek aan kennis van de Nederlandse taal en wet- en regelgeving. Niet zo zeer de aard van de problemen, maar de hulpvraag en benaderingswijze verschilt van die bij autochtonen.

Dit vormt dan ook meteen het grootste probleem voor gemeenten en uitvoerende partijen. De uitvoerders weten vaak niet hoe de doelgroep het best kan worden benaderd en welke aanpak effect heeft. De gemeenten weten problemen wel te benoemen, maar ze hebben geen of beperkt zicht op de omvang ervan. Gemeenten lijken daarmee onvoldoende doordrongen van het feit dat het om een groeiende groep gaat, die in de toekomst extra aandacht behoeft.

In geen van de onderzochte gemeenten bestaat specifiek beleid voor ouderen uit migrantengroepen. Het doelgroepenbeleid heeft in deze gemeenten plaatsgemaakt voor een integraal beleid op de negen prestatievelden van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (Wmo). Alle gemeenten onderschrijven echter dat veel van de migrantenouderen tot de groep kwetsbare burgers behoren

[4] 'Beleid voor allochtone ouderen, onderzoek naar diversiteit en ouderenbeleid in vier gemeenten', Regioplan in opdracht van FORUM (2009)

die ondersteuning behoeft. In die zin is er binnen gemeenten draagvlak voor gericht beleid voor deze doelgroep. Aan de andere kant erkennen gemeenten ook dat binnen het beleid de prioriteit vaak ergens anders ligt.

Vernieuwingen en ondernemerschap in de zorg thuis[5]

Als er één terrein is waarop ouderen (bedoeld worden hier álle ouderen: migranten en autochtonen) hun invloed en neiging tot zelfmanagement doen gelden, dan is dat op het gebied van wonen en zorg. Aankomende zorgvragers zijn bang voor verlies aan zelfstandigheid en willen op hun 'oude dag' graag allemaal hun eigen levenssfeer continueren. Ze leggen zich niet zomaar neer bij het bestaande aanbod en zoeken (of ontwikkelen) in uiteenlopende verbanden nieuwe combinaties van wonen, zorg en welzijn. Het duale stelsel van thuis- en tehuiszorg lijkt zijn langste tijd gehad te hebben; op het grensvlak tussen die twee ontwikkelt zich een kleurrijk palet aan nieuwe woonzorgarrangementen. Woonzorgzones, woongroepen van gelijkgestemden, arrangementen gebaseerd op onderlinge hulp en zorg of begeleid wonen, levensloopbestendig wonen, koppeling van huur- en zorgcontracten, zorghotels, vergrijzen in het groen, seniorcity's, zorgboerderijen, herbergen en zelfs 'hangplekken': het is slechts een greep uit de veelheid van initiatieven die op het gebied van wonen en zorg ontplooid worden. Het zijn vaak gemeenschappen van gelijkgestemden (familie/drie-generatie verbanden, vrienden, leefstijlgenoten en lotgenoten) of doelgroepgerichte woonvormen voor dementerenden, verslaafden, gehandicapten.

Nieuwbouw of opplussen

Ook migrantensenioren treffen steeds vaker eigen voorzieningen voor hun oude dag. Hoewel de nieuwe woonzorgverbanden qua schaal verschillen (stad, dorp, servicecomplex, duo-trio-quattrowoningen) lijkt kleinschaligheid toch de rode draad. Trendwatcher Adjied Bakas spreekt over herleving van het 'nestgevoel': de 'tribalisering' als tegenwicht tegen de globalisering. We zien ook dat de overheid flink inzet op het kleinschalig wonen in de wijk (actieplan krachtwijken, actieplan wonen met zorg en welzijn, stimuleringsregeling kleinschalig wonen en de beleidsregel zorginfrastructuur).

Nederland stevent af op een groot tekort aan seniorenwoningen. Er moet dus nieuw gebouwd worden, of bestaande eengezinswoningen moeten worden opgeplust tot seniorenwoningen. Belangrijk zijn de mogelijkheden die de technologie te bieden heeft: de woningautomatisering of wel domotica, e-zorg, elektronische bewakingsapparatuur, valdetectors en bewegingsvolgsystemen. Er is een concept voor de bejaardenwoning van de toekomst, de denkende woning (*smart-home*) en het idee van de 'overdekte computer' als woning. Geen wonder dat in de context van al deze dynamiek op de markt van wonen en zorg woon-zorgserviceverleners hun entree hebben gemaakt. Ook signaleren we de inzet van vrijwilligers als pleitbezorgers voor aangepaste woningen voor ouderen.

Hulp voor mantelzorg

De verzorgingsstaat verandert ingrijpend door de actuele politiek-economische ontwikkelingen. De Wmo lijkt een belangrijk instrument te worden om de verzorgingsstaat een facelift te geven. De

[5] Gegevens ontleend aan 'Trendoverzicht t.b.v. Toekomst Zorg Thuis', STOOM (2009)

overheid koerst af op een herverdeling van verantwoordelijkheden − met een groter accent op eigen zelfredzaamheid en regie, onderlinge steun, gemeenschapszin en burgerinzet.

Mantelzorg heeft inmiddels een herkenbare plaats in politiek, beleid, onderzoek, praktijk, media en het dagelijks spraakgebruik. Maar het fenomeen zal zich niet zonder hulp van buitenaf, spontaan, in een rechte lijn doorontwikkelen. Er zijn maatregelen nodig om de kracht van het informele circuit op peil te houden. Er is voldoende professionele zorg nodig en een goede relatie tussen formele en informele zorg, maar ook: ontlasting via respijtzorg; delen van mantelzorg ('vele handen maken licht werk'); matchen van vraag en aanbod; ondersteuning met (informatie over) hulpmiddelen, lotgenotencontact of mantelzorgmakelaars; het belonen van mantelzorg – financieel, of met scholingsmogelijkheden voor doorgroei tot professional.

Nieuwe volksziekte

Ondanks de ontwikkeling van nieuwe vormen van saamhorigheid en sociaal engagement lijkt er een een nieuwe volksziekte te ontstaan: eenzaamheid. Niet een laag inkomen of ouderdom zijn de grote boosdoeners achter deze maatschappelijke kwaal, maar gebrekkige gezondheid en psychisch onwelbevinden. Aldus het Sociaal en Cultureel Planbureau (CPB), dat ook vaststelde dat eenzaamheid niet aan leeftijd gebonden is. Het zoeken naar structurele oplossingen voor dit probleem hoort hoog genoteerd te staan op de toekomstagenda van de zorg thuis.

Innovatieve aanpak vereist

De toenemende diversiteit aan 'thuis'-situaties en daaromheen te creëren voorzieningen, prikkelen aan de aanbodzijde tot ondernemerschap. Er is een groeiende belangstelling voor onderzoek naar nieuwe wensen en behoeften op het gebied van wonen-zorg-welzijn, en naar criteria voor doelgroepsegmentatie: wat bindt bepaalde (groepen van) mensen met elkaar? Belanghebbende partijen als gemeenten, instellingen voor zorg en welzijn en woningbouwcorporaties bundelen de krachten in gezamenlijke projecten en netwerkverbanden. Hierin worden schotten tussen sectoren doorbroken en nieuwe verbindingen gezocht.

Ontwikkelingen die de zorg thuis verbeteren, zijn zeker voor migrantenouderen van groot belang. Komende jaren is er onvoldoende overheidsgeld om aan de groeiende zorgvraag te voldoen. In de zorg zijn daarom andere arrangementen nodig en is een nieuwe innovatieve aanpak vereist.

Beschouwen we de hiervoor geschetste ontwikkelingen, dan wordt vanuit het oogpunt van migranten zichtbaar dat:

- er een moeizame verhouding is tussen migrantenouderen en de bestaande zorginstellingen;
- migrantenouderen specifieke zorgvragen hebben die specifieke behandeling vereist;
- veel van de bestaande instellingen niet in staat zijn goed op deze doelgroep aan te sluiten;
- migrantenvrouwen veel belemmeringen ondervinden om bij een zorginstelling aan het werk te gaan.

Oplossingen op maat

Het ligt voor de hand dat zich nieuwe oplossingen-op-maat voor en door migranten aandienen. De afgelopen jaren zijn er veel migranten-thuiszorgbureaus ontstaan. Een deel van deze bureaus ervaart

knelpunten die samenhangen met de stormachtige aanwas van cliënten en administratieve c.q. bedrijfsmatige eisen. Desondanks ontwikkelt zich bij die bureaus een heel andere aanpak, die veel beter aansluit op de wensen van oudere migranten. Opvallende aspecten zijn dat er een harmonische samenhang bestaat tussen mantelzorgers van migrantenouderen en professionele hulpverleners, en dat taal- en communicatieproblemen zijn opgelost. Verder is voor migrantenvrouwen de drempel laag om bij zo'n thuiszorgbureau te gaan werken. Ten slotte worden door deze bureaus nieuwe diensten aangeboden op het vlak van ontmoeting, sociale contacten, eenzaamheidsbestrijding en burenhulp. Een aantal zorginstellingen heeft de kracht van de migranten-thuiszorgbureaus onderkend en deze tot onderdeel van de eigen organisatie gemaakt. Zo is de doelgroep geïncorporeerd, zijn migrantenmedewerkers in de organisatie opgenomen en wordt de nieuwe werkstijl voor de doelgroep overgenomen.

Ook op het vlak van wonen en zorg voor migranten kunnen nieuwe kleinschalige initiatieven ontstaan. Het ondernemerschap zit veel migranten in het bloed. Voor investeringen en planologische aansluiting zijn coalities denkbaar met bestaande zorgvoorzieningen en gemeenten.

Deel III

De behoefte aan werknemers in de zorg

Arbeidsmarktbrief: vertrouwen in professionals

In oktober 2011 publiceerden de minister en staatssecretaris van Volksgezondheid Welzijn en Sport (VWS) de 'Arbeidsmarktbrief voor de zorg: Vertrouwen in Professionals'. De brief geeft invulling aan de afspraak in het Regeer- en Gedoogakkoord om jaarlijks € 852 miljoen in de ouderenzorg te investeren. Een belangrijk element in de brief is een plan van aanpak voor de werving van 12.000 nieuwe werknemers.

De brief signaleert een aantal trends in de zorg. De sector heeft vanaf het jaar 2000 veel nieuwe medewerkers geworven en weten te behouden, ook in de jaren van krapte op de arbeidsmarkt. Van de ruim 500.000 banen die er in Nederland sinds 2000 bijgekomen zijn, is driekwart in de zorg gerealiseerd. Tegelijkertijd wordt vastgesteld dat bij ongewijzigd beleid over 15 tot 20 jaar meer dan 400.000 extra medewerkers in de zorg nodig zijn. Het zou betekenen dat in 2030 een aanzienlijk deel van de schoolverlaters zou moeten kiezen voor de zorg. Het kabinet ziet dit als een onhaalbare situatie. Het beleid moet er daarom ook toe leiden dat die 400.000 extra medewerkers niet allemaal nodig zijn. Een aantal maatregelen is daartoe gericht op het verhogen van de productiviteit van het zorgsysteem, innovatie en E- health, het versterken van zorg en ondersteuning in de buurt en vernieuwingen in de langdurige zorg.

Convenant: 12.000 zorgers extra

Een essentieel beleidsonderdeel, zoals gezegd, is de werving van 12.000 extra mensen die in de zorg aan de slag kunnen. Van het totale budget van € 852 miljoen per jaar wordt in 2012 en 2013 jaarlijks € 636 miljoen voor dit doel uitgetrokken. De verantwoordelijkheid voor het realiseren van de doelstelling is geregeld in een convenant[6] van het ministerie met zorgverzekeraars, werkgevers en beroepsverenigingen in de zorg. Zorgkantoren spelen een belangrijke rol. Zij letten, binnen de kaders van de reguliere zorginkoop, op het doelmatig aanwenden van middelen. Het geld voor de 12.000 extra zorgers komt via een verhoging van de tarieven van zorgzwaartepakketten bij de zorginstellingen terecht. De zorgkantoren kunnen ook ingrijpen als zorgaanbieders zich aantoonbaar niet inspannen voor het realiseren van de doelstellingen.

De doelstellingen van het convenant luiden als volgt.

- Het bevorderen van de kwaliteit van de langdurige zorg door extra medewerkers op te leiden en aan te nemen en de huidige medewerkers op te leiden tot een hoger kwalificatieniveau.
- Het realiseren van het (opleiden en) aannemen van 12.000 extra medewerkers.

[6] Convenant Investeringen Langdurige Zorg 2011- 2015

- Ten aanzien van het aannemen van 12.000 extra medewerkers is de ambitie dat deze per 31 december 2013 zijn aangenomen of in opleiding zijn. Met 31 december 2013 als peildatum, zal begin 2014 een meting hieromtrent plaatsvinden.

Personeel: vraag en aanbod op de lange termijn

In 2010 is een analyse[7] gemaakt van de vraag naar personeel in de zorg op de lange termijn, tot 2030. In de studie wordt uitgegaan van ramingen en inschattingen − en die geven enige onzekerheden. Uit de studie blijkt dat het beslag van de zorgsector op de arbeidsmarkt hoe dan ook groeit. Het arbeidsaanbod stabiliseert rond 2012, wat betekent dat de totale beroepsbevolking gelijk blijft. Vanaf 2019 zal de beroepsbevolking gaan krimpen. In alle gevallen zal het aandeel benodigde werkenden in de sector Zorg en Welzijn verder toenemen. In geval van een laag groeiscenario met 17% (540.000 extra banen), bij een hoog groeiscenario tot 23% (750.000 extra banen) van de beroepsbevolking in 2030. De prognoses van OAZ/Prismant zijn hiermee nog aanzienlijk hoger dan waar de regering van uitgaat. De groei van het aantal banen wordt gerelateerd aan peildatum 2007. Bij deze scenario's is nog geen rekening gehouden met de extra vervanging van personeel in de zorg wegens ouderdom.

Nog lang een forse kloof

De studie geeft aan dat er ook andere maatregelen en voorwaarden nodig zijn om de groeiende behoefte aan zorg op te vangen. We noemen de belangrijkste.

- Onder de beroepsbevolking is meer belangstelling nodig voor zorg- en welzijnsberoepen.
- Het is niet alleen noodzakelijk om schoolverlaters te interesseren, er zullen ook mensen van beroep moeten veranderen en inactieven (zij-instromers) betrokken moeten worden.
- De zorgsector moet met goed human-resourcesbeleid blijven aansluiten bij veranderende opvattingen van toekomstige werknemers.
- Arbeidsbesparing blijft belangrijk: het inzetten van minder professionals voor zorgtaken.
- Functiedifferentiatie van beroepen wordt noodzakelijk om werklozen in te kunnen zetten.

De studie uit 2010 besluit met de opmerking dat aanvankelijk rekening gehouden werd met een hoogconjunctuur en dat het daardoor heel moeilijk zou worden om voldoende geschikt personeel voor de zorg te vinden. In 2010 kwamen er echter signalen dat de komende jaren met een langdurige en hardnekkige werkloosheid rekening gehouden moet worden. Bij een hoge werkloosheid is het waarschijnlijk eenvoudiger om kandidaten voor de zorg te vinden. Desondanks blijft er voor de langere termijn een forse kloof tussen zorgvraag en arbeidsaanbod bestaan.

Onbenut potentieel

De potentiële beroepsbevolking van migrantenvrouwen omvat ongeveer 627.000 personen.[8] Het onbenutte potentieel van deze groep, het deel dat dus direct beschikbaar is, telt 88.000 vrouwen. Deze aantallen zeggen niet veel over leeftijd en opleidingsniveau. Maar de omvang is zó groot dat

[7] 'Langetermijnvraag en het aanbod van personeel in de zorg', OAZ/Prismant (2010)
[8] 'Arbeidsmarktpositie van niet-westerse allochtonen − De stand van zaken', Research voor Beleid (2011); cijfers over de beroepsbevolking uit 2009

een substantieel deel van de 88.000 vrouwen in beginsel in aanmerking komt om tot de 12.000 extra medewerkers te behoren die de zorg komende twee jaar nodig heeft.

Er zijn geen recente gegevens van het aantal migrantenvrouwen dat werkzaam is in de zorg. De laatst bekende telling is van het CBS, uit 2008.[9] De cijfers zijn onnauwkeurig. Gepeild is het totaal aantal werknemers in de 'Gezondheids- en Welzijnszorg'. Er is geen differentiatie naar werksoorten in de zorg, naar functieniveaus of naar soort contract van de betrokken werknemers. Van de totale groep van 978.300 werknemers in de sectoren Zorg en Welzijn was op dat moment 7,9% afkomstig uit migrantengroepen (Turkije, Marokko, Suriname, Antillen, overige niet-westerse landen). Het ontbreken van recente en meer gedetailleerde gegevens maakt het ontwikkelen van beleid voor deze doelgroepen moeilijk.

Barometer Zorg: instroom mbo en stageplaatsen

Kenniscentrum Calibris – verantwoordelijk voor de erkenning van leerbedrijven en voor het onderhoud van de kwalificatiestructuur voor de sectoren Zorg, Welzijn en Sport – voert regelmatig een Barometer Zorg[10] uit in het middelbaar beroepsonderwijs (mbo). Zo ook in het najaar van 2011. Dit meetinstrument geeft aan dat er door de vergrijzing steeds meer zorgbehoevende ouderen komen, en dat er tegelijkertijd meer werknemers de zorg vanwege hun leeftijd zullen verlaten. Vooral de ouderenzorg krijgt hiermee te maken. Vandaar dat het kabinet hier de komende jaren 12.000 extra banen wil realiseren. De vraag is alleen: hoe komen we aan dat extra personeel? Via het mbo alleen is dit niet mogelijk. De instroom in de opleiding Verzorgende is in 2011 weer gedaald ten opzichte van het jaar daarvoor. Het is zaak deze ontwikkeling proberen te beïnvloeden. Migranten, jongeren, vrouwen en potentiële herintreders moeten enthousiast gemaakt worden voor een opleiding en baan in de (ouderen)zorg. Daarnaast zijn maatregelen nodig om het zittende personeel te behouden en het niet-werkende deel van de beroepsbevolking te activeren.

Instroom neemt af

Het aandeel mbo-studenten dat kiest voor een opleiding in zorg en welzijn bleef in 2010 redelijk constant, maar hun aantal gaat naar verwachting in de komende jaren achteruit. De instroom in de opleiding Verzorgende laat de afgelopen tijd al een dalende lijn zien; de instroom van nieuwe studenten nam in 2010 met ongeveer 2% af.

In sommige delen van Nederland is nu al sprake van een duidelijke teruggang in het aantal studenten dat jaarlijks instroomt in het vmbo. Dit komt niet alleen doordat de bevolking krimpt, maar ook door een verschuiving naar het hoger algemeen voortgezet onderwijs (havo). De (ouderen)zorg zal zich in de komende jaren nadrukkelijk als aantrekkelijke werkgever moeten profileren om de daling van de instroom in de zorgopleidingen te stoppen. Een op de drie mbo-studenten wil op dit moment graag in de ouderenzorg werken.

[9] Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS Statline)
[10] De tekst in dit hoofdstuk is ontleend aan de 'Calibris BPV, Barometer Zorg, najaar 2011'

Gebrekkig stage-aanbod

De monitor 2010 van de Organisaties Beroepsonderwijs geeft aan dat ruim tweederde van de jongeren tevreden is over hun stageplek in de ouderenzorg. Toch zullen zorginstellingen extra hun best moeten doen om hun opleidingstaak naar behoren uit te voeren. De instellingen dienen stagiaires een goede begeleiding te geven, die past bij de fase van de opleiding en de competenties van studenten.

Het bieden van voldoende stageplaatsen voor studenten van niveau 2 (en 3) is een belangrijke voorwaarde om de 12.000 extra banen in de ouderenzorg te kunnen realiseren. Nog steeds vormt vooral het stage-aanbod voor niveau 2-studenten een groot knelpunt. Slechts een vijfde van alle locaties van Regionale Opleidingscentra (ROC's) zegt géén problemen te ondervinden bij het vinden van passende stageplaatsen. Van de overige ROC's geeft een aantal aan dat ze soms studenten moeten weigeren wegens onvoldoende stage-aanbod. Behalve op niveau 2 zijn er ook regio's waar stageplaatsen voor verpleegkundigen niveau 4 moeilijk te vinden zijn. Bij niveau 2 gaat het vooral om het ontbréken van stageplaatsen, terwijl op niveau 4 studenten vaak in een niet-passende stage terechtkomen.

Stages: de knelpunten

Calibris houdt bij welke knelpunten rond stages er voor de verschillende opleidingen bestaan. De laatste meting geeft aan dat in bijna alle regio's het vinden van een (geschikte) stageplaats een probleem is. We geven hier een aantal opvallende bevindingen.

- Stages voor Helpende 2 (HP2) zijn in bijna alle regio's niet of zeer moeilijk te vinden. In het kader van onze verkenning over drempels: een heel groot deel van de migrantenvrouwen is juist aangewezen op deze opleiding, als start voor een loopbaan in de zorg. Zorginstellingen leken tot eind 2011 echter niet te investeren in nieuwe medewerkers op dit niveau.
- In alle regio's is er een grote kans op stageplaatsen voor studenten Verzorgende 3 (VZ3).
- De stagemogelijkheden voor Verpleegkundige niveau 4 (VP4) zijn beperkt. Mogelijk is dit een gevolg van herijking van het functiegebouw in verpleging en verzorgingsinstellingen. VP4-functies vervallen namelijk in een aantal instellingen; er komt een belangrijker rol voor enkele Verplegenden op niveau 5 (hbo), terwijl tegelijkertijd meer Verzorgenden 3 worden aangetrokken.
- Stageplaatsen voor medewerkers Maatschappelijke Zorg 3 (MZ3) en Persoonlijk Begeleider Gehandicaptenzorg niveau 4 (MHZ-GHZ) zijn in vrijwel het hele land goed beschikbaar.
- Stages voor Persoonlijk Begeleider Specifieke Doelgroepen niveau 4 (MZ4-VW) zijn in een groot deel van het land goed te vinden. In enkele regio's is er een overaanbod.

De kans op werk

Voor 2012 verwacht het Centraal Planbureau (CPB) voor de zorg een verdere toename van de werkgelegenheid van gemiddeld 3%. Als we uitgaan van alleen het verpleegkundig, verzorgend en opvoedkundig personeel (in 2008 650.000 werkzame personen) bij onveranderd beleid, betekent dit een toename van het benodigde personeel met bijna 80.000 personen in de komende vier jaar. Voor het totale personeel, dat wil zeggen inclusief de niet-patiëntgebonden functies, komt dat neer op een toename van 140.000 personen.

Dat het kabinet meer geld voor banen in de ouderenzorg uittrekt, heeft positieve gevolgen voor de werkgelegenheid in met name de V&V-branche (Verpleging en verzorging). Daar staat tegenover dat door bezuinigingen op de geestelijke gezondheidszorg duizenden werknemers in 2013 hun baan verliezen, zo heeft GGZ Nederland berekend. Instellingen denken hierdoor ook directe zorgverleners te moeten ontslaan. Om iets te kunnen zeggen over de kans op werk voor mbo-studenten binnen de zorgsector, hebben we het aantal studenten dat nu in opleiding is vergeleken met het aantal dat de komende vier jaar (tot 2016) voor de arbeidsmarkt nodig is. Uit die vergelijking blijkt dat de werkgelegenheid voor niveau 3 en 4 goed is. Dat is op dit moment (nog) níet het geval voor niveau 2. Hier zijn momenteel veel meer studenten in opleiding dan er beroepskrachten gevraagd worden. De kans op werk is daar dus klein. Bij het stimuleren van de werkgelegenheid in de ouderenzorg zal men echter niet om deze doelgroep heen kunnen. Het personeel voor deze banen ligt namelijk niet voor het oprapen. Vooral de thuiszorg en de verpleeg- en verzorgingshuizen hebben werk op dit niveau.

De arbeidsmarkt verkend in de regio's

De arbeidsmarkt in de zorg is sterk regionaal georiënteerd. In alle zorgregio's van Nederland zijn 16 regionale arbeidsmarktorganisaties zorg en welzijn actief. RegioPlus is het landelijke knooppunt voor deze 16 organisaties. Opgericht door regionale werkgevers in zorg en welzijn, ondersteunen die 16 de aangesloten instellingen bij de gezamenlijke aanpak van personeelsvraagstukken. Dit doen zij onder meer door regionaal arbeidsmarktonderzoek uit te voeren: regionale verkenningen die inzicht in de huidige en toekomstige arbeidsmarkt bieden en aanknopingspunten voor versterking. Ook stimuleren de arbeidsmarktorganisaties regionale samenwerking. Verder vormen zij op regionaal niveau een platform voor discussie en kennisuitwisseling en reiken zij instrumenten en diensten aan die de ontwikkeling van strategisch HRM-beleid bevorderen − bij individuele werkgevers én regiobreed. Alle regionale organisaties hebben een website voor vacatures in de zorg.

Een belangrijk instrument voor werkgevers zijn arbeidsmarktverkenningen. In veel gevallen wordt aan de arbeidsmarktanalyse ook een prognose gekoppeld van overschotten en tekorten in de verschillende functiegroepen. Veel onderzoeken vinden jaarlijks plaats − en opvallend zijn de verschuivingen in de behoefte aan nieuwe medewerkers. Het hiervoor door Calibris geschetste beeld wordt op hoofdlijnen bevestigd. Verschillende regio's geven echter wel aan dat er ook op de korte termijn een grote behoefte aan Helpenden Zorg en Welzijn op niveau 2 bestaat, terwijl Calibris vaststelt dat er onvoldoende stageplaatsen zijn.

Dreigende tekorten oplossen

In één van de arbeidsmarktonderzoeken[11], in de regio's Rijnstreek en Rijnmond, wordt de problematiek beschreven zoals zorginstellingen die ervaren met betrekking tot Helpenden op niveau 2. Instellingen blijken zorgen te hebben over zowel kennis als houding van BOL-leerlingen (Beroeps Ondersteunende Leerweg) op niveau 2. De verkenning geeft aan dat het belang van niveau 2 op de arbeidsmarkt zal groeien vanwege functiedifferentiatie (door Wmo en zorgzwaartebekostiging gedreven). Daarnaast kan niveau 2 als springplank dienen voor niveau 3, waarmee dan een deel van de op dat niveau dreigende tekorten is op te lossen.

[11] 'Zorg op maat door Arbeid op maat; ontwikkelingen in de arbeidsmarkt in de regio's Rijnstreek en Rijnmond' (2011)

In dezelfde regio's wordt een aantal maatregelen voorgesteld die werkgevers kunnen hanteren om knelpunten in de personeelsvoorziening op te lossen:

- *Flexibel inzetten van personeel*. Met nieuwe werknemers afspreken dat zij ook op andere afdelingen of locaties kunnen worden ingezet, en méér oproepkrachten inzetten uit een flexpool.
- *Rendement van werving en selectie vergroten* door goede maar niet te plaatsen kandidaten naar collega's door te verwijzen; opleidingen collegiaal en regionaal afstemmen.
- *Investeren in het behoud van personeel* door werknemers meer regie te geven over de eigen werktijd. Bijvoorbeeld door jongeren in de gelegenheid te stellen een volledig inkomen te genereren. Door ouders met jonge kinderen 'moedercontracten' aan te bieden om werk en zorgtaken beter te kunnen combineren. En door ouderen langer gezond en inzetbaar te houden.
- *Mogelijkheden van functiedifferentiatie onderzoeken*: meer taken overlaten aan Helpende niveau 2 bij een tekort aan Verzorgenden op niveau 3.
- *Imagocampagnes voeren*: door voorlichting te geven, meer snuffelstages en maatschappelijke stages te realiseren, gastlessen en contacten te organiseren tussen ervaren medewerkers in de zorg en scholieren.
- *Het studie- en opleidingseffect vergroten* door leerlingen c.q. medewerkers intensiever te begeleiden, doorstroming van studenten niveau 2 naar niveau 3 te bevorderen, het aantal BBL-plaatsen en BOL-opleidingen uit te breiden.
- *Andere doelgroepen stimuleren om in de zorg te gaan werken*, zoals herintreders en zij-instromers.

Algemeen belang en personeelsbeleid – een spanningsveld

In het convenant Investeringen Langdurige Zorg 2011-2015 is de verantwoordelijkheid voor het arbeidsmarktbeleid bij werkgevers in de zorgsectoren gelegd. Werkgevers ontvangen bij de inkoop van zorg een opslag die zij kunnen besteden aan zowel bij- en nascholing van zittende medewerkers als aan de instroom van nieuwe medewerkers. In het convenant is een aantal 'checks en balances' opgenomen, en er wordt gesproken van *high trust, high penalty*. Daarmee wordt bedoeld dat er stevige consequenties zijn voor de instellingen als ze niet voldoen aan vooraf vastgestelde uitkomsten.
In deze constructie kan een spanningsveld ontstaan tussen:

- arbeidsmarktbeleid dat noodzakelijk is vanuit maatschappelijk belang, en
- het strategisch personeelsbeleid van zorginstellingen.

<u>Arbeidsmarktbeleid: maatschappelijk belang</u>

Arbeidsmarktbeleid dat uitgaat van een maatschappelijk belang voor de zorg, moet gericht zijn op een forse vergroting van het aantal werkenden in de zorg. Over twee tot vijf jaar ontstaat een tekort aan gekwalificeerde medewerkers. Een tekort dat daarna jaarlijks verder oploopt. Deze ontwikkeling is maatschappelijk onaanvaardbaar. Meer toestroom ontstaat door meer leerlingen vanuit het voortgezet onderwijs te interesseren voor een opleiding in de zorg. Tevens zouden inactieven naar een beroep in de zorg kunnen worden geleid. Het gaat dan vooral om zij-instromers: mensen die nog

geen opleiding in de zorg hebben gevolgd, maar er wel geschikt voor zijn. Het is van groot belang om vooral de groep werkzoekenden met een uitkering te interesseren voor de kansrijke zorgsector. Als het lukt om uitkeringsgerechtigden met een zwakke arbeidsmarktpositie een perspectiefvolle loopbaan in de zorg te bieden, zijn er veel maatschappelijke voordelen: de uitkeringsafhankelijkheid van deze groep houdt op, de medewerksters verwerven economische zelfstandigheid én er is een oplossing voor het capaciteitsprobleem in de zorgsector.

Arbeidsmarktbeleid zou ook gericht moeten zijn op een evenwichtige deelname van alle bevolkingsgroepen in de zorg. De gesprekken met migrantenvrouwen en recente informatie van het CBS[12] geven aan dat blijvend sprake is van een ongelijke behandeling op de arbeidsmarkt. Dit geldt ook voor de zorgsector. Het is maatschappelijk van belang om deze ongelijke behandeling te doorbreken en de arbeidsparticipatie van migranten te vergroten.

Personeelsbeleid: belang van de instelling

Zorginstellingen voeren een *strategisch personeelsbeleid* gericht op de personeelsvoorziening in hun eigen organisatie. Daarbij spelen directe 'particuliere' instellingseisen een rol, zoals onbezette vacatures, onderbezetting op afdelingen, flexibele inzet van personeel. Een ander aspect dat meespeelt is bijvoorbeeld de mate waarin stagiaires en leerlingen binnen de instelling kunnen worden opgevangen en begeleid. Ook is het belangrijk dat de sfeer en het teamwork op een afdeling met nieuwe medewerkers niet doorbroken wordt. De verhoudingen tussen medewerkers in een zorginstelling kunnen ertoe leiden dat nieuwe migrantenmedewerkers als onwenselijk of niet-passend worden ervaren. Met meer budget, zoals nu verkregen via het convenant, is het voor een zorginstelling mogelijk eventuele knelpunten op te lossen − bijvoorbeeld door meer coaching te geven of het (midden)management te scholen. Desondanks kan het (opgetelde) vermogen van zorginstellingen in een regio om nieuwe medewerkers op te nemen, onvoldoende zijn om de opgelegde taakstelling van 12.000 extra werkkrachten in de zorg te halen.

Het convenant is op 1 januari 2012 in werking getreden. Het is te vroeg om te kunnen beoordelen of er voldoende effecten worden bereikt. Maar het is in elk geval zaak om de discrepantie tussen het algemeen belang en het personeelsbeleid van instellingen zo klein mogelijk te houden. Monitoring van de uitvoering van het convenant op deze punten is noodzakelijk.

[12] 'Werkloosheid allochtonen in 2011 iets opgelopen' (3 februari 2012), Centraal Bureau voor de Statistiek

Tot slot

Conclusies en aanbevelingen

Conclusies

A. Ambitie en potentieel

- De migrantenvrouwen uit de inventarisatie zijn zeer ambitieus en willen graag werken in de zorg. Veel van de vrouwen overwegen serieus om als zij-instromer een loopbaan in de zorg te starten.
- De omvang van het onbenutte potentieel aan migrantenvrouwen van ongeveer 88.000 personen, rechtvaardigt de veronderstelling dat dit substantieel kan bijdragen aan een oplossing van de personeelstekorten in de zorgsector.

B. Ervaring en (gebrek aan) informatie

- Veel vrouwen uit de gesprekken hebben niet-professionele ervaring in het zorgen voor iemand – en deels ook in zorggerelateerde beroepen. De ervaringen die zij met mantelzorg, schoonmaak, tijdelijke functies et cetera hebben opgedaan motiveren vrouwen om in de zorg te willen gaan werken.
- Vrouwen die er bewust voor kiezen ervaring op te doen in de zorg, met name via vrijwilligerswerk, worden ingezet als assistent op afdelingen; zij krijgen daardoor geen betere loopbaankansen.
- Waar de motivatie en ambitie groot zijn, schiet de informatie c.q. de geïnformeerdheid over beroepen en kwalificerende opleidingen helaas tekort. Het zicht op beroepen en opleidingen is niet alleen gebrekkig bij zij-instromers, maar ook bij vmbo- en mbo-scholieren. Opvallend veel meisjes zijn van opleiding geswitcht omdat de realiteit niet overeenkwam met hun verwachtingen. Een deel heeft de opleiding in de zorg wel afgemaakt, maar is vervolgens in een andere richting dóór gaan leren.
- Het ontwikkelen van een beroepshouding die past bij functies in de zorg, gebeurt doorgaans tijdens de opleiding en stage of bij het opdoen van werkervaring. Voor zij-instromers is het lastig zich te profileren in de zorg, omdat de oriëntatiemogelijkheden en informatie ontbreken.

C. Kansen en belemmeringen

- Tijdens de gesprekken zijn geen overheersende cultuurinvloeden geconstateerd, anders dan bijvoorbeeld bij Nederlandse gezinnen, die het werken in de zorg voor migrantenvrouwen belemmeren. De bereidheid om mannen te wassen is een persoonlijke afweging van vrouwen: eventuele bezwaren worden afgewogen tegen de kans op werk. Voor meisjes zijn de beschermde opvoeding en het taboe op de omgang met mannen te overwinnen aspecten. Zij kunnen leren professioneel om te gaan met zorgtaken zoals het wassen.

- De familie en omgeving hebben voor volwassen vrouwen geen grote invloed op de keuze voor een beroep in de zorg. Op de studiekeuze van meisjes hebben ouders en familie wel invloed. Een probleem hierbij is dat de beeldvorming over de zorg gebrekkig is.
- Onregelmatige diensten zijn voor veel vrouwen met jonge kinderen een probleem. De duurdere kinderopvang zorgt voor een extra drempel om een loopbaan in de zorg te ontwikkelen.

D. Opleiding en perspectief op werk

- Het blijkt voor migrantenvrouwen en -meisjes moeilijk om informatie over de zorgsector in te winnen. Er zijn geen vanzelfsprekende aanspreekpunten en daardoor ontstaat een hoge drempel. Voor zover er informatie te vinden is, bijvoorbeeld op internet, is die vooral afgestemd op jongeren. Een antwoord op belangrijke vragen waar zij-instromers mee zitten ontbreekt, zoals: welke consequenties heeft het volgen van een opleiding qua kosten en werkzekerheid? Deze informatie hebben zij-instromers nodig om hun privé-situatie te reorganiseren bij een loopbaan in de zorg.
- Voor migrantenvrouwen als zij-instromer is het belangrijk vast te stellen of ze voldoende basiscompetenties hebben om de opleiding succesvol af te ronden. Vooral het niveau van Nederlandse taal en rekenen blijkt in opleidingen een struikelblok te zijn.
- De wijze waarop migrantenvrouwen naar werk zoeken, is te bestempelen als niet-adequaat. Er wordt gesolliciteerd op functies waarvoor een kwalificatie nodig is (die zij niet hebben), waarna een afwijzing volgt. Bij sollicitaties komt van de kant van werkgevers geen verdere informatie over werk- en opleidingsmogelijkheden. Wervingskanalen van werkgevers zijn, op hun beurt, niet toegerust op deze nieuwe groep ambitieuze kandidaten.
- Migrantenvrouwen die aan de gesprekken deelnamen en lid zijn van een vrouwenorganisatie, geven aan dat zij gestructureerd overleg met werkgevers of de gemeente willen voeren om de afstemming tussen vraag en aanbod te verbeteren.

E. Vergrijzing, thuiszorg en vernieuwing

- Het aantal migrantenouderen In Nederland verdubbelt de komende tien jaar. In de vier grote steden neemt het aandeel migrantenouderen toe van 10% tot 15% van het totale aantal ouderen.
- Migrantenouderen hebben meer chronische gezondheidsproblemen dan autochtone ouderen; het gaat met name om diabetes, hart- en vaatziekten, COPD en psychische klachten zoals depressie.
- De beleving van zorg en dementie onder oudere migranten verschilt van die onder Nederlandse ouderen. Dementie is een onbenoemde ziekte, er heerst een taboe op.
- Migrantenouderen zijn slecht geïnformeerd over de thuiszorg. Deze wordt daardoor als ontoegankelijk ervaren, sluit niet aan bij hun verwachtingen. Waarden en normen botsen vaak bij de start van thuiszorg; na verloop van tijd neemt de tevredenheid toe. Er zijn veel communicatieproblemen bij de zorg thuis. Migranten-thuiszorgbureaus spelen in op de ontevredenheid en onbekendheid.
- Gemeenten zien oudere migranten als ‘kwetsbare ouderen’. Gemeenten stellen vast dat niet zozeer de aard van hun problemen verschilt met die bij autochtonen, maar wel de hulpvraag en gewenste wijze van benaderen. Nergens bestaat nog specifiek beleid voor groepen migrantensenioren.

- Er zijn veel vernieuwingen op het gebied van de zorg thuis te verwachten. Met name op het vlak van arrangementen van wonen en zorg en in de ontwikkeling van e-health. Deze vernieuwingstrend biedt ook veel kansen voor het oplossen van knelpunten en maatwerk voor zorg aan oudere migranten.

F. Strategisch arbeidsmarktbeleid en algemeen belang

- Cijfers over migranten werkzaam in de zorgsector, zijn niet in alle regio's voorhanden. Vanaf 2008 wordt niet meer gespecificeerd naar bevolkingsgroepen. Gegevens over medewerkers naar afkomst per functieniveau ontbreken geheel.
- Er is geen goede aansluiting tussen onderwijs en arbeidsmarkt in de zorgsector. Het meest sprekend zijn de problemen voor studenten op een mbo-opleiding om een stage op niveau 2 te vinden. Het overgrote deel van migrantenvrouwen is, gezien de vooropleiding, op dit niveau aangewezen. Vanuit niveau 2 is doorstroming mogelijk naar niveau 3, waar nu al grote personeelstekorten zijn. Op middellange termijn zal ook op niveau 2 een tekort aan beroepskrachten ontstaan. Het gebrek aan stagemogelijkheden leidt ertoe dat mbo-studenten, jong en oud, een andere beroepsrichting of ander werk kiezen, waardoor de personele problemen in de zorg alleen maar toenemen.
- De zorgsector is op werkgeversniveau nog steeds sterk gefragmenteerd, ook al zijn er werkgeversverenigingen op regionaal niveau. Een gevolg daarvan is dat een kwantitatieve planning voor de regio doorgaans ontbreekt – en als die er wél is, vindt er geen gestructureerde uitvoering plaats. Het risico op tekorten in de personeelsvoorziening op middellange termijn is daardoor reëel.
- Binnen zorginstellingen is een pakket aan HRM-maatregelen noodzakelijk om te kunnen blijven aansluiten bij veranderende opvattingen van toekomstige werknemers. Functiedifferentiatie is noodzakelijk om de toeleiding van werkzoekenden naar beroepen in de zorg mogelijk te maken.
- De status van zorgberoepen is onder jongeren niet hoog. De beeldvorming spoort niet met de realiteit van het werk, maar het ontbreekt aan georganiseerd tegenwicht. Binnen migrantengroepen kennen mensen weinig anderen die in de zorg werken en als 'rolmodel' kunnen dienen. Informatievoorziening en communicatie tussen de sector en deze gemeenschappen ontbreken.
- Voor de jaren 2012 en 2013 zijn werkgevers in de zorg aan zet. Wellicht weten zij een trendbreuk te realiseren en voor een betere informatievoorziening en communicatie met migrantenvrouwen te zorgen − naast het in dienst nemen van 12.000 extra werknemers.
- Voor de middellange termijn moet het algemeen belang van een strategisch arbeidsmarktbeleid centraal staan. Door de omvangrijke tekorten aan zorgmedewerkers in de komende decennia overstijgt dit belang dat van het personeelsbeleid op korte termijn.

Aanbevelingen

Onze aanbevelingen richten zich op verbetering en vernieuwing langs drie sporen. Allereerst gaat het om een intensivering van het diversiteitsbeleid binnen de bestaande zorginstellingen. Uit dit rapport mag duidelijk worden dat veranderingen in de zorgsector traag en moeizaam verlopen. Tot nu toe ontbreken de bereidheid en het gevoel van urgentie om de zorgsector voor migrantenvrouwen én

migrantenouderen toegankelijker te maken. (Zie de aanbevelingen over strategisch arbeidsmarktbeleid onder A).
Het tweede spoor behelst de ontwikkeling van nieuwe zorgarrangementen, waarbij niet primair wordt uitgegaan van de bestaande instituties. Nieuwe vormen van zorg thuis zijn noodzakelijk, niet in het minst om de zorg beter aan te sluiten op de behoeften van migrantenouderen. Tegelijkertijd bieden die nieuwe arrangementen werkgelegenheid voor migrantenvrouwen. (Zie de aanbevelingen over vernieuwing van de zorg thuis onder B).
De derde benadering omvat aanbevelingen voor een betere voorlichting over werken in de zorg en meer aandacht voor de toeleiding en opleiding van migrantenvrouwen (als zij-instromers) en migrantenmeisjes – via het middelbaar en beroepsonderwijs. (Zie de aanbevelingen over informatievoorziening en opleidingen onder C).

A. Naar een sterk strategisch arbeidsmarkbeleid

- Neem als zorgsector duidelijk stelling over de noodzaak en het belang van diversiteit in zorgorganisaties. Ook oudere migranten moeten zich thuis voelen bij de traditionele zorginstellingen, zoals migrantenvrouwen een warm welkom als werknemer verdienen. Voer op beide fronten de noodzakelijke verbeteringen door.
- Breng per regio nauwkeurig in kaart hoeveel zorgpersoneel er nodig is op de middellange en lange termijn. Een gedegen analyse biedt de basis voor een gestructureerd plan van aanpak, gericht op:
  - invulling van de opleidingsbehoefte per jaar voor herintreders, zij-instromers en doorgroeiers;
  - een juiste verdeling van opleidingsplaatsen per zorginstelling;
  - afstemming met lokale overheden over de toeleiding van inactieven;
  - het adequaat voorzien in kwalitatieve behoeften bij de diverse doelgroepen, voor verschillende functies en vanwege specifieke eisen;
  - inschatting van de noodzaak van functiedifferentiatie in zorginstellingen om op termijn naar voldoende capaciteit te groeien;
  - positionering van migrantenvrouwen in de zorgsector en inzicht in de gevolgen voor toeleiding en opleiding.
- Betrek migrantenvrouwen bij het ontwikkelen en effectueren van trajecten voor kandidaten in de zorg. Die betrokkenheid is noodzakelijk: bij het organiseren van voorlichting en informatieverschaffing, doorverwijzing en imagocampagnes.
- Stel een landelijke adviesraad in als denktank met een aanjaagfunctie, en benoem ambassadeurs voor de zorgsector die werkgevers en potentiële werknemers aanspreken – letterlijk en figuurlijk.

B. Naar passende thuiszorg voor oudere migranten

- Ontwikkel woon-zorgarrangementen die aansluiten bij de specifieke behoeften van migrantenouderen. Denk daarbij aan combinaties van vernieuwende zorg thuis, seniorenhuisvesting, afstemming op de mantelzorginzet binnen families, en ruimte voor het informele netwerk van vrienden en bekenden die oudere migranten ondersteunen.

- Moedig ondernemerschap in migrantenkringen aan voor het ontwikkelen van die nieuwe vormen van zorg.
- Vorm coalities tussen zorginvesteerders, woningcorporaties en (nieuwe) zorgaanbieders om vernieuwing te realiseren.
- Honoreer creatieve werkgelegenheidsinitiatieven die zich richten op migrantenvrouwen en meisjes als werknemer voor de zorg – waar mogelijk gekoppeld aan nieuwe zorgvoorzieningen voor migrantenouderen.

C. Naar een betere informatie, toeleiding en (zij-)instroom

- Stel een samenhangend programma op van voorlichting en informatie (voor het primair en voortgezet onderwijs) over beroepen in de zorg en kwalificerende opleidingen voor deze beroepen. Maak een parallel programma voor zij-instromers. Dergelijke programma's verbeteren de beeldvorming van werken in de zorg en versterken de status ervan. Belangrijk is ook de inzet van rolmodellen uit de verschillende migrantengroepen.
- Creëer een checkpoint voor scholieren, studenten en zij-instromers om hun kansen en geschiktheid voor beroepen in de zorg vast te stellen. Ga na of via zo'n checkpoint ook de exclusiviteit en status van zorgopleidingen te vergroten zijn. Bovendien kan het checkpoint als tussenstation voorkómen dat (vooraf niet goed geïnformeerde) studenten tijdens de opleiding van richting wisselen.
- Bied als zorginstelling bij alle stages, vrijwilligerswerk en werkervaringstrajecten een stevige coaching. Coaching bevordert een goede afstemming tussen nieuwe kandidaten, zittende collega's en de organisatie. Voor scholieren, studenten en zij-instromers is coaching een essentieel vangnet bij wrijvingen op de werkplek.
- Ontwikkel een 'opstap'-opleiding, waar zij-instromers voor zover nodig en wenselijk taal- en rekenvaardigheden kunnen opdoen, naast een oriëntatie op beroepen in de zorg.
- Breid het aantal trajecten in de Beroeps Begeleidende Leerweg (BBL) fors uit. Voor zij-instromers vormen deze trajecten de meest voor de hand liggende weg om in de zorg aan de slag te gaan. Het aantal BBL-trajecten op niveau 2 is momenteel te beperkt om een goede instroom en doorstroming naar niveau 3 te realiseren.

Bijlage

Geraadpleegde groepen van migrantenvrouwen

Datum	Locatie	Stad	Aantal deelnemers
14-04-2011	HiTB	Amsterdam	80
17-11-2011	Charlois Welzijn	Rotterdam	16
21-11-2011	Buurtcentrum Draaikolk	Almere	14
23-11-2011	HiTB	Amsterdam	13
24-11-2011	De Symphonie	Arnhem	25
07-12-2011	Lale Thuiszorg	Almelo	25
08-12-2011	Wijksteunpunt Livio Pathmos	Enschede	26
13-12-2011	KiX ROC van Amsterdam	Amsterdam	17
16-12-2011	Indigo Wereld	Eindhoven	24

Colofon

Uitgave
FORUM
Instituut voor Multiculturele Vraagstukken
Postbus 201
3500 AE Utrecht
www.forum.nl
(Bij overname graag een bronvermelding)

Projectleiding
Zeki Arslan
Yasmin Seddiki

Tekst
4Society
Gerrit van Ginkel

Tekstredactie
Frans van der Heijden

FORUM
INSTITUUT VOOR
MULTICULTURELE
VRAAGSTUKKEN

FORUM is een onafhankelijk kennisinstituut op het terrein van multiculturele vraagstukken vanuit het perspectief van de democratische rechtstaat, sociale cohesie en gedeeld burgerschap. FORUM vergaart kennis op het brede terrein van integratie, stelt deze beschikbaar en zet kennis om in praktisch toepasbare methoden en producten.