

## PDF hosted at the Radboud Repository of the Radboud University Nijmegen

The following full text is a publisher's version.

For additional information about this publication click this link.

<http://hdl.handle.net/2066/205111>

Please be advised that this information was generated on 2021-06-14 and may be subject to change.

NIJMEGEN  
SOCIOLOGY OF LAW WORKING  
PAPERS SERIES



2019/02

## Inwonende buitenlandse zorgverleners

Opkomst en betekenis van een nieuw type zorgarrangement in de Nederlandse ouderenzorg

Anita Böcker &  
María Bruquetas Callejo

The Institute for Sociology of Law is part of the Law Faculty of the Radboud University Nijmegen. It has a long tradition of empirical research in the area of law and society. Special focuses are the legal professions, food safety regulation, migration law and anti-discrimination law. The researchers at the Institute have different disciplinary backgrounds (including law, sociology, anthropology, development studies, Middle Eastern studies) and much of their research is interdisciplinary.

The Nijmegen Sociology of Law Working Paper Series provides a vehicle for staff members, PhD students and fellows to rapidly disseminate their research results.

ISSN 2212-7844

Nijmegen Sociology of Law Working Papers Series 2019/02

Faculty of Law  
Radboud University Nijmegen  
P.O. Box 9049  
6500 KK Nijmegen  
The Netherlands

Editors	Tetty Havinga, <a href="mailto:t.havinga@jur.ru.nl">t.havinga@jur.ru.nl</a> Tamara Butter Anita Böcker
Lay-out	Babette Janssen
Cover photo	Erik van 't Hullenaar
©	2019, A. Böcker, María Bruquetas Callejo
url	<a href="http://repository.ubn.ru.nl/">http://repository.ubn.ru.nl/</a>

## Abstract

Private households in ageing societies increasingly employ live-in migrant carers (LIMC) to care for relatives in need of 24/7 care and supervision. This paper analyses the emergence and characteristics of such LIMC arrangements in the Netherlands, using data that were collected in the research project 'Emergence and Significance of Transnational Care Arrangements' (ESTRANCA).

## Key words

live-in migrant carers, long-term care, elderly care, The Netherlands

## Dankwoord

De onderzoekers danken alle personen en instanties die hun medewerking aan het onderzoek hebben verleend. Ze bedanken in het bijzonder de mantelzorgers die bereid waren hun ervaringen en meningen met de onderzoekers te delen.

Nicole Giling en Liselotte Noordhuizen leverden als student-assistenten een belangrijke bijdrage aan het onderzoek.

Franca van Hooren (Universiteit van Amsterdam) leverde zeer waardevol commentaar op een eerdere versie van dit onderzoeksverslag.

Ashley Terlouw had een belangrijk aandeel in het seminar over de resultaten van ESTRANCA dat op 22 maart 2019 aan de Radboud Universiteit werd georganiseerd.

ESTRANCA was een samenwerkingsproject met onderzoekers van de Gutenberg Universiteit Mainz. Cornelia Schweppe en Vincent Horn voerden het Duitse deel van het onderzoek uit. De samenwerking met hen was buitengewoon plezierig en inspirerend.

Voor het Nederlandse deel van het onderzoek is een subsidie verkregen van de Nederlandse Organisatie voor Wetenschappelijk Onderzoek (NWO) in het kader van het programma Open Research Area (ORA).

## INHOUD

Abstract	iii
Key words	iii
Dankwoord	iii
Lijst van afkortingen	vii
1. Inleiding	1
Onderzoeksvragen	1
Onderzoeksopzet	1
Opbouw van dit verslag	2
Terminologie	2
2. De inzet van inwonende buitenlandse zorgverleners in Nederland en Duitsland	4
3. Kenmerken van aanbieders, gebruikers en zorgverleners	8
Aanbieders	8
Zorgontvangers en zorgvraag	10
Kenmerken inwonende zorgverleners	12
Taken inwonende zorgverleners	13
Werktijd en vrije tijd	14
Rotatiesystemen	17
Tewerkstellingsvormen	17
4. Motieven en tevredenheid gebruikers	21
Motieven voor de keuze voor deze vorm van zorg	21
Tevredenheid over het zorgarrangement	23
De relaties met de inwonende zorgverleners	25
Tevredenheid over de aanbieders	27
Rechtvaardigingen voor het gebruik van inwonende zorg	29
5. Motieven en tevredenheid zorgwerkers	32
Motieven voor de keuze om inwonend zorgverlener te worden	32
Tevredenheid over het werk en de werkomstandigheden	33
Tevredenheid over de bureaus en de arbeidsvoorwaarden	34
6. Risico's en toezicht	37
Mantelzorgers over risico's en risicobeheersing	38
Aanbieders over risico's en risicobeheersing	40
Opvattingen over het toezicht op aanbieders, zorgverlening en werksituatie zorgverleners	42
Toezicht in de praktijk	44

Zorgkantoor en Sociale Verzekeringsbank	46
Inspectie SZW en Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd	47
Tot besluit	49
Literatuur	51
Bijlage 1: Organisaties die meewerkten aan het onderzoek	53
Bijlage 2: Samenvatting paneldiscussie	54



## LIJST VAN AFKORTINGEN

ABU	Algemene Bond Uitzendondernemingen
BHSB	Bundesverband häusliche SeniorenBetreuung e.V.
BIG	Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg
BSN	burgerservicenummer
CAK	Centraal Administratie Kantoor
cao	collectieve arbeidsovereenkomst
CIBG	Het CIBG is een uitvoeringsorganisatie van het Ministerie van VWS. De letters CIBG stonden oorspronkelijk voor Centraal Informatiepunt Beroepen Gezondheidszorg. Die betekenis is niet meer ladingdekkend en de afkorting wordt alleen nog als naam gevoerd.
CIZ	Centrum Indicatiestelling Zorg
DFG	Deutsche Forschungsgemeinschaft
hbo	hoger beroepsonderwijs
IND	Immigratie- en Naturalisatiedienst
IGJ	Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg (per 1 oktober 2017 gefuseerd met de Inspectie Jeugdzorg tot de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd)
mbo	middelbaar beroepsonderwijs
MOE	Midden- en Oost-Europa
ngo	niet-gouvernementele organisatie
NWO	Nederlandse Organisatie voor Wetenschappelijk Onderzoek
pgb	persoonsgebonden budget
SKIA	Stichting Keurmerk Internationale Arbeidsbemiddeling
SVB	Sociale Verzekeringsbank
SZW	Sociale Zaken en Werkgelegenheid
VHBP	Verband für häusliche Betreuung und Pflege e.V.
VWS	Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Wkkgz	Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg
Wlz	Wet langdurige zorg
Wmo	Wet maatschappelijke ondersteuning 2015
Wtza	Wet toetreding zorgaanbieders
WTZi	Wet Toelating Zorginstellingen
Zvw	Zorgverzekeringswet





## 1. INLEIDING

Migranten die als inwonend zorgverlener werkzaam zijn, vormen in landen als Italië en Spanje een onmisbare pijler van de ouderenzorg. Ook in Duitsland wordt een aanzienlijk aantal ouderen verzorgd door buitenlandse zorgverleners, voornamelijk vrouwen uit Midden- en Oost-Europa, die bij hen inwonen. In Nederland maken maar weinig ouderen gebruik van dit type zorgarrangement, maar er zijn wel enkele tientallen aanbieders actief en het lijkt aannemelijk dat de behoefte aan ‘zorgmigranten’ of ‘ouderen-au-pairs’ ook hier zal toenemen als gevolg van de hervormingen in de langdurige zorg. Het Nederlandse zorgstelsel beweegt door deze hervormingen in de richting van het Duitse stelsel, dat een groter deel van de verantwoordelijkheid voor langdurige zorg bij zorgbehoevenden en hun familieleden legt.

Dit vormde de aanleiding voor het onderzoeksproject ESTRANCA (Emergence and Significance of Transnational Care Arrangements), waarin diverse aspecten van deze vorm van zorg in Nederland en Duitsland zijn onderzocht. ESTRANCA was een samenwerking tussen onderzoekers van de Radboud Universiteit Nijmegen en de Gutenberg Universiteit Mainz, met fondsen van de Nederlandse en Duitse organisaties voor wetenschappelijk onderzoek (NWO en DFG). Het Duitse deel van het onderzoek werd uitgevoerd door Cornelia Schweppe en Vincent Horn. Het project had een looptijd van drie jaar (mei 2016 – mei 2019).

In dit verslag worden de resultaten van het Nederlandse deel van het onderzoek gepresenteerd, met hier en daar een vergelijking met de resultaten van het Duitse deelonderzoek.<sup>1</sup>

### Onderzoeksvragen

Het onderzoek moest antwoord geven op de volgende vragen:

- In welke mate en in welke vormen komt dit type zorgarrangement voor in Nederland en Duitsland?
- Welke factoren en actoren hebben een rol gespeeld bij de opkomst en ontwikkeling van dit type zorgarrangement?
- Hoe en waarom besluiten zorgbehoevende ouderen of hun mantelzorgers om gebruik te maken van inwonende buitenlandse zorgverleners?
- Hoe beoordelen de gebruikers en andere betrokkenen dit type zorgarrangement?

### Onderzoeksopzet

In het Nederlandse deelonderzoek zijn interviews gehouden met aanbieders van dit type zorgarrangement en diverse maatschappelijke organisaties en overheidsinstanties op het terrein van zorg en ouderen. We hebben in totaal 32 interviews gehouden, waaronder:

- elf interviews bij aanbieders van dit type zorgarrangement (twaalf respondenten);
- drie interviews bij Zorgkantoren (vijf respondenten bij twee Zorgkantoren);

---

1 In Engelstalige publicaties worden de resultaten van beide deelonderzoeken gepresenteerd en vergeleken: Böcker, Horn & Schweppe 2017; Horn, Schweppe, Böcker & Bruquetas Callejo 2019. Meer publicaties zijn in voorbereiding.

- vijf interviews bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg, de Inspectie SZW en het ministerie van SZW (acht respondenten);
- twee interviews bij organisaties voor cliëntondersteuning (drie respondenten);
- twee interviews met mantelzorgmakelaars en pgb-adviseurs;
- één interview bij een brancheorganisatie van thuiszorgaanbieders;
- vier interviews bij maatschappelijke organisaties (vijf respondenten).

Ook zijn de websites van aanbieders en gegevens uit het Handelsregister van de Kamer van Koophandel geanalyseerd.

Daarnaast zijn veertien case studies uitgevoerd. In deze case studies is gesproken, soms meerdere malen, met de mantelzorger die deze vorm van zorg voor zijn of haar ouder(s) of partner had geregeld, de inwonende buitenlandse zorgverlener(s) en indien mogelijk ook met de zorgontvanger zelf. We spraken met in totaal veertien gebruikers: dertien mantelzorgers en één zorgbehoevende die deze vorm van zorg voor zichzelf had geregeld. Met zeven van deze gebruikers kwamen we in contact via de betrokken aanbieder; eveneens zeven gebruikers vonden we via andere ingangen. In negen gevallen konden we daarnaast de inwonende zorgverlener(s) interviewen. We spraken in totaal met elf zorgverleners. In vijf gevallen konden we bovendien met de zorgontvangers zelf spreken of bij hen thuis observeren hoe het contact met de buitenlandse zorgverleners verliep.

Om de beeldvorming over inwonende buitenlandse zorgwerkers te onderzoeken zijn discussies op internet en in sociale media geanalyseerd. Ook zijn enkele focusgroepen met mantelzorgers die geen gebruik maken van inwonende zorg georganiseerd.

## Opbouw van dit verslag

In hoofdstuk 2 worden de omvang en kenmerken van de inzet van inwonende migrantenzorgverleners in Nederland en Duitsland met elkaar vergeleken. In hoofdstuk 3 volgt een nadere beschrijving van de kenmerken van dit type zorgarrangement in Nederland. De volgende hoofdstukken gaan over de motiven en tevredenheid van de gebruikers (hoofdstuk 4) en de buitenlandse zorgwerkers (hoofdstuk 5). Hoofdstuk 6 gaat over de risico's die aan dit type zorgarrangement verbonden kunnen zijn en over het toezicht op aanbieders, de zorgverlening en de werksituatie van de zorgwerkers. In bijlage 1 is een overzicht van de instanties en organisaties die aan het onderzoek hebben meegewerkt opgenomen. Bijlage 2 bevat een samenvatting van de paneldiscussie die plaatsvond tijdens het op 22 maart 2019 gehouden seminar over de resultaten van het onderzoek.

## Terminologie

In Nederland hebben we geen speciale term voor inwonende buitenlandse zorgverleners. In Italië, waar deze vorm van zorg wijd verbreid is, worden ze aangeduid als *badante*. In Duitsland worden inwonende buitenlandse zorgverleners als *24/7-Pflegekräfte* aangeduid, maar in het dagelijkse spraakgebruik wordt ook wel kortweg over *Polinnen* gesproken. In de internationale literatuur worden ze aangeduid als *live-in migrant carers*, afgekort tot *LIMCs* of *live-ins*. In Nederland hanteren aanbieders van deze vorm van zorg aanduidingen als 'zorg-au-pair', 'ouderen-au-pair' of 'inwonende zorghulp'. Voor au pairs bestaat echter een speciale regeling, een 'echte' au pair mag geen taken verrichten voor mensen die zorg nodig

hebben waarvoor bijzondere vaardigheden nodig zijn.<sup>2</sup> En de term zorghulp wordt in het Nederlandse opleidingsstelsel voor zorgberoepen gebruikt voor zorgwerkers met het laagste kwalificatieniveau. In dit onderzoeksverslag gebruiken we afwisselend de aanduidingen 'inwonende buitenlandse zorgverlener', 'inwonende migrantenzorgverlener' en 'inwonende migrantenzorgwerker'. In citaten en voorbeelden nemen we uiteraard de aanduidingen van respondenten over.

---

2 Voor au pairs bestaat een speciale regeling. Het moet gaan om jongeren van 18 tot 31 jaar, die naar Nederland komen om de Nederlandse cultuur en samenleving te leren kennen. In ruil voor kost en inwoning bij een gastgezin mogen ze licht huishoudelijk werk doen. Het gastgezin moet uit minimaal twee personen bestaan. De bemiddeling van au pairs mag alleen verlopen via een door de IND erkend au-pair-bureau.

## 2. DE INZET VAN INWONENDE BUITENLANDSE ZORGVERLENERS IN NEDERLAND EN DUITSLAND

In Nederland zijn inwonende migrantenzorgverleners een vrij nieuw en onbekend fenomeen. De vergelijking met buurland Duitsland is interessant omdat daar al veel meer ervaring met dit type zorgarrangement is opgedaan. De opkomst van dit type zorgarrangement begon in Duitsland al in de jaren negentig van de vorige eeuw. Sindsdien heeft het zich ontwikkeld tot een substantiële pijler van de Duitse ouderenzorg. Van de thuiswonende zorgontvangers maakt een op de negen – en van de zorgbehoevenden met de zwaarste zorgbehoefte zelfs ruim een op de vijf – gebruik van deze vorm van zorg.<sup>3</sup> De zorgverleners zijn bijna altijd vrouwen, afkomstig uit Polen en andere Midden- en Oost-Europese (MOE) landen, en veelal van middelbare leeftijd.

In de jaren negentig gingen veel Duitse vrouwen de arbeidsmarkt op, terwijl vrouwen in Polen en andere MOE-landen juist werkloos raakten. Poolse vrouwen kwamen op toeristenvisa naar Duitsland en gingen daar informeel aan de slag als inwonende zorghulpen. Ze werden geworven via informele netwerken (en soms ook via katholieke organisaties) die rotatiesystemen organiseerden waarin twee of meer familieleden, buurvrouwen of collega's bij toerbeurt in Duitsland voor een zorgbehoevende oudere kwamen zorgen.<sup>4</sup> Na de eeuwwisseling, met de naderende uitbreiding van de Europese Unie naar Midden- en Oost-Europa, begonnen ook steeds meer commerciële bemiddelaars hun diensten aan te bieden. Er zijn nu meer dan 250 aanbieders actief in Duitsland.<sup>5</sup> Ze werken in de regel samen met wervings- en uitzendbureaus in Polen en andere MOE-landen, die de zorghulpen werven en als uitzendkracht of gedetacheerde werknemer naar Duitsland zenden. De zorghulpen komen dan onder het vrij verkeer van diensten (niet onder het vrij verkeer van werknemers) naar Duitsland. Zo wordt voorkomen dat het gehele Duitse arbeidsrecht op hen van toepassing is en blijven de zorghulpen onder het sociale-zekerheidsstelsel van hun herkomstland vallen (zie ook tekstkader 7 aan het eind van dit hoofdstuk). Ondanks hun grote aantal, dekken commerciële bemiddelaars slechts een beperkt deel van de Duitse markt voor inwonende zorg. Geschat wordt dat meer dan de helft (volgens sommige schattingen zelfs 90%) van de MOE-zorghulpen in Duitsland via informele netwerken wordt geworven en zwart wordt betaald door Duitse ouderen en hun mantelzorgers.<sup>6</sup>

### *Tekstkader 1: Aanbieders in Duitsland*

In Duitsland zijn honderden aanbieders van inwonende zorg actief. Een aantal ervan is aangesloten bij brancheorganisaties. Er zijn twee van dergelijke organisaties: BHSB (Bundesverband häusliche SeniorenBetreuung e.V., opgericht in 2007, [www.bhsb.de/](http://www.bhsb.de/)) en VHBP (Verband für häusliche Betreuung und Pflege e.V., opgericht in 2014, [www.vhbp.de/](http://www.vhbp.de/)). Beide organisaties stellen zich onder meer ten doel om kwaliteitsstandaarden te ontwikkelen. De BHSB pleit voor een verplicht lidmaatschap van koe-

---

3 Zo bleek uit een representatief onderzoek onder thuiswonende zorgbehoevenden (Hielscher, Kirchen-Peters & Nock 2017). Volgens een andere schatting maken tussen de 100.000 en 300.000 oudere Duitsers gebruik van deze vorm van zorg (Arend & Klie 2017).

4 Lutz & Palenga-Möllnbeck 2010; Emunds 2016.

5 Stiftung Warentest 2017.

6 Krawietz 2014; Emunds 2016; Stiftung Warentest 2017.

pels of verenigingen om de kwaliteit van de dienstverlening door middel van zelfregulering te waarborgen. Deze organisaties zouden ook toezichtfuncties moeten uitoefenen.<sup>7</sup>

In het EuroAgencyCare project onderzochten Duitse en Poolse onderzoekers de werkwijzen van Duitse en Poolse intermediairs die – als bemiddelingsbureau, uitzendbureau of detacheringsbureau – betrokken zijn bij de plaatsing van Poolse zorgverleners bij cliënten in Duitsland.<sup>8</sup> In Duitsland onderscheidde de onderzoekers drie typen intermediairs, met verschillende ondernemings- en concurrentiestrategieën en verschillende manieren van omgaan met risico's en rechtsonzekerheid: 'pioneers', 'followers' en 'minimum effort players'. Onder de pioniers zijn de oprichters van de bovengenoemde brancheorganisaties te vinden. Zij zijn klein in aantal; de 'minimale-inspanningsspelers' vormen waarschijnlijk veruit de grootste groep intermediairs.

Naast de honderden commerciële intermediairs bieden ook enkele niet-commerciële intermediairs hun diensten aan. De zorg- en welzijnsorganisatie Caritas startte tien jaar geleden het CariFair project. Polen die via dit project als inwonend zorgverlener in Duitsland aan het werk gaan, krijgen een arbeidsovereenkomst met de cliënt of diens familie en vallen dus onder het Duitse arbeids- en socialezekerheidsrecht. Caritasmedewerkers stellen de arbeidsovereenkomsten op en blijven zowel de Duitse cliënten als de Poolse zorgwerkers begeleiden. De cliënten betalen daarvoor een vast bedrag per maand. Via dit project zijn rond de 550 Poolse zorgverleners in dienst bij ongeveer 350 Duitse cliënten. Dat het project niet meer cliënten trekt, ligt onder meer aan de kosten, die inclusief werkgeverslasten ongeveer 2.500 euro per maand bedragen, voor een zorgverlener die gemiddeld 38,5 uur per week werkt. Cliënten zijn minder positief over de kosten. De Poolse zorgverleners zijn minder positief over het netto loon dat ze na inhouding van belasting en premies uitbetaald krijgen (rond de 1.200 euro per maand; het bruto cao-loon bedraagt rond de 1.800 euro).<sup>9</sup>

In Nederland werd het aantal inwonende buitenlandse zorgverleners vijf jaar geleden geschat op enkele honderden.<sup>10</sup> Onze schatting is dat minder dan duizend oudere Nederlanders op deze wijze worden verzorgd. Net als in Duitsland zijn de inwonende zorgverleners bijna altijd vrouwen, veelal van middelbare leeftijd, en afkomstig uit Slowakije, Polen, Hongarije en andere EU-lidstaten in Midden- en Oost-Europa.

Anders dan in Duitsland is de markt voor dit type zorgarrangement in Nederland grotendeels gebaseerd op de activiteiten van commerciële aanbieders en bemiddelaars. De eerste daarvan werden kort na de toetreding van Polen en andere MOE-landen tot de Europese Unie (2004) actief. Sommige waren eerder al actief als uitzendbureaus voor flexwerkers uit MOE-landen, au-pair-bureaus of commerciële thuiszorgaanbieders. Vooral na 2010

---

7 BHSB, *Positionspapier*, 10 juli 2018, te vinden op: [www.bhsb.de](http://www.bhsb.de) (laatst geraadpleegd op 24 mei 2019).

8 *Europäisierung der pflegerischen Versorgung: die Rolle von Vermittlungs- und Entsendeagenturen für migrantische Arbeitskräfte in Deutschland und Polen (EuroAgencyCare)*, te vinden op: [www.uni-due.de](http://www.uni-due.de) (laatst geraadpleegd op 24 mei 2019).

9 Informatie afkomstig van de website van het project, <https://carifair.de/>, en uit een presentatie door een Caritasmedewerker tijdens het congres 'The Long-term care crisis: Tapping into labour resources within and across national borders', 11-12 maart 2019 in Mainz.

10 Van Grafhorst 2014; Da Roit & Van Bochove 2015.

hebben nieuwe aanbieders de markt betreden. Er zijn nu in totaal zo'n 20 bedrijven die dit type zorgarrangement aanbieden. Net als in Duitsland werken de meeste aanbieders samen met partnerbedrijven in MOE-landen, die de zorgverleners werven en die vaak ook als detacheerders fungeren. In het volgende hoofdstuk gaan we nader in op de tewerkstellingsvormen die verschillende aanbieders gebruiken.

Anders dan in Duitsland komt het in Nederland weinig voor dat ouderen of hun mantelzorgers zelf migrantenzorgwerkers werven en inhuren. We hebben herhaalde malen de websites van een uitzend- en wervingsbureau in Slowakije en een *job matching website* voor au pairs en families op zoek naar een au pair doorzocht op werkaanbiedingen voor zorgverleners in Nederland. Daarbij vonden we telkens minder dan 20 (de website van het uitzend- en wervingsbureau) of slechts een handvol (de website voor au pairs) werkaanbiedingen, die bovendien vaak door dezelfde opdrachtgevers geplaatst waren. Ook hebben we geen voorbeelden gevonden van zwarte tewerkstelling.<sup>11</sup>

Deze verschillen met Duitsland hebben te maken met verschillen in de stelsels voor langdurige zorg in beide landen. Ook de verschillende omvang van de inzet van inwonende buitenlandse zorgverleners is daarop terug te voeren.<sup>12</sup> In het Duitse stelsel wordt een groter deel van de verantwoordelijkheid, ook financieel, bij de zorgbehoevende en diens familie gelegd. De Duitse langdurige-zorgverzekering dekt slechts een beperkt deel van de kosten van zorg in natura en moedigt het gebruik en verlenen van informele zorg aan doordat zorgbehoevendenden kunnen kiezen voor een naar eigen inzicht te besteden persoonsgebonden budget. Dit *Pflegegeld* bedraagt maximaal 900 euro per maand, wat een stuk lager is dan het gemiddelde Nederlandse pgb-Wlz (3400 euro). Toch kiest een meerderheid van de Duitse zorgbehoevendenden voor *Pflegegeld*, waarbij behalve de kosten van zorg in natura ook een sterke voorkeur voor thuisverzorging en een sterke afkeer van verpleeghuiszorg een rol spelen. Het *Pflegegeld* wordt vaak gebruikt om mantelzorgers te betalen. En in een aanzienlijk aantal gevallen wordt het gebruikt om een of meer migranten zwart in te huren als inwonende verzorgers. Voor de mantelzorgers die door onze collega's in Duitsland werden geïnterviewd, vormden financiële motieven een belangrijke reden om voor deze vorm van tewerkstelling te kiezen. Inhuren via een bemiddelingsbureau of de migranten zelf wit inhuren zou veel duurder zijn.

In het Nederlandse stelsel ligt de verantwoordelijkheid voor langdurige zorg voor een groter deel bij de overheid. De hervormingen van de afgelopen jaren hebben er weliswaar toe geleid dat gebruikers van Wlz-zorg hogere eigen bijdragen betalen, maar in vergelijking met zijn Duitse tegenhanger dekt de Wlz nog steeds een groter deel van de kosten van zorg in natura. De meeste zorgbehoevendenden kiezen ook voor zorg in natura, niet voor een persoonsgebonden budget (pgb). De laatste optie werd in Nederland pas relatief laat toegevoegd aan de Awbz (de voorloper van de huidige Wlz). Momenteel kiest ongeveer 5% van de gebruikers van Wlz-zorg in de leeftijdsgroep 65 jaar en ouder voor een pgb. In vergelijking met het Duitse *Pflegegeld* is het gebruik van het Nederlandse pgb veel meer gereguleerd. De zorgbehoevende moet met elke zorgverlener een zorgovereenkomst afsluiten en bij elke overeenkomst een zorgbeschrijving maken. Deze overeenkomsten en beschrijvingen moeten worden goedgekeurd door het Zorgkantoor. Voor de zorgovereenkomsten moet (sinds april 2017) verplicht gebruik worden gemaakt van modelcontracten van de

---

11 Zie ook Da Roit & Van Bochove 2015. Zij kwamen tot dezelfde bevinding.

12 Zie over de vraag waarom migranten in Nederland nauwelijks spelen een rol in de ouderenzorg ook Van Hooren 2012.

Sociale Verzekeringsbank (SVB). Het budget wordt (sinds 2015) ook door de SVB beheerd; het wordt niet op de rekening van de zorgbehoevende gestort. De zorgbehoevende kan vanuit dit budget betalingen laten doen aan zijn zorgverleners, maar moet hierover wel verantwoording afleggen aan het Zorgkantoor.

Deze verschillen tussen de nationale zorgstelsels verklaren waarom zwarte tewerkstelling in Nederland een veel minder voor de hand liggende optie voor zorgbehoevenden is. Ze verklaren ook waarom dit type zorgarrangement in Duitsland eerder is opgekomen en veel meer voorkomt dan in Nederland. Een ander verschil met Duitsland wat hiertoe kan hebben bijgedragen, is dat in Nederland grotere weerstand tegen 'vreemde handen aan het bed' bestaat.<sup>13</sup>

### *Tekstkader 2: Wlz-zorg thuis ontvangen*

Met een Wlz-indicatie heeft iemand aanspraak op alle benodigde zorg en begeleiding in een zorginstelling. Wlz-zorg omvat onder meer verpleging en persoonlijke verzorging, medische zorg en dagbesteding. Als iemand de zorg thuis wil ontvangen, zijn er drie mogelijkheden: 1) een 'volledig pakket thuis' (vpt), waarbij een zorgaanbieder alle zorg thuis levert, net zoals iemand deze in een zorginstelling zou krijgen; 2) een 'modulair pakket thuis' (mpt), waarbij verschillende zorgaanbieders zorg thuis leveren; 3) een persoonsgebonden budget (pgb), waarbij de budgethouder zelf bepaalt welke zorgverleners hij/zij inhuurt. Een pgb kan worden besteed aan verpleging, persoonlijke verzorging, begeleiding, vervoer naar de dagbesteding, schoonmaken van de woning, logeeropvang. Een mpt kan worden gecombineerd met een pgb.

De mantelzorgers in onze case studies hadden vaak eerst de mogelijkheden van zorg in natura (middels een vpt) onderzocht, om te constateren dat 24-uurszorg of toezicht thuis daarmee niet mogelijk was. In de interviews met cliëntondersteuners werd dit bevestigd. Zij vertelden dat een vpt in de praktijk niet te realiseren is als de zorgbehoevende min of meer permanent zorg of toezicht nodig heeft. Voor zorgaanbieders kan het financieel niet uit en ze dragen liever ook niet de verantwoordelijkheid voor de zorg voor iemand die thuis woont. Mantelzorgers die vervolgens de mogelijkheden van zelf zorg inkopen met een pgb onderzochten, constateerden dat het pgb bij lange na niet toereikend was om 24-uurszorg bij reguliere thuiszorgaanbieders in te kopen. De geïnterviewde cliëntondersteuners en pgb-adviseur bevestigden dat 24-uurszorg thuis 'alleen rond te breien is' als de zorgbehoevende over een sociaal netwerk beschikt dat veel mantelzorg kan leveren. Vaak moeten ze de verwachtingen van cliënten bijstellen en hen uitleggen dat ze met een pgb geen 24-uurszorg thuis kunnen financieren.

---

13 De Lange & Pool 2004; De Lange 2007; Van Hooren 2012.



### 3. KENMERKEN VAN AANBIEDERS, GEBRUIKERS EN ZORGVERLENERS

#### Aanbieders

In juni 2015 hebben we in een vooronderzoek het internet, het Handelsregister van de Kamer van Koophandel en twee online databases met zorgaanbieders<sup>14</sup> doorzocht op aanbieders van inwonende zorg. Dat leverde toen ruim twintig bedrijven op.<sup>15</sup> Gedurende de looptijd van het onderzoek hebben we deze zoekactie nog twee keer herhaald. De laatste keer vonden we negentien aanbieders, waaronder enkele die in 2015 nog niet bestonden. Een iets groter aantal aanbieders bleek zijn activiteiten te hebben gestaakt (uitgeschreven uit het Handelsregister en/of geen werkende website meer).

In de periode maart 2016 – juli 2017 spraken we met eigenaars, managers en/of medewerkers van elf van deze aanbieders; twee ervan verkeerden ten tijde van het interview nog in de opstartfase. Bij zeven aanbieders hielden we een uitgebreid interview; met vier andere aanbieders hielden we een kort telefonisch interview. We probeerden telefonisch of via e-mail contact op te nemen met nog tien aanbieders. Vijf aanbieders wilden niet worden geïnterviewd. Met vijf andere aanbieders kregen we geen contact of ze kwamen terugbelafspraken niet na.

De bedrijfsactiviteiten waarmee de aanbieders in het Handelsregister van de Kamer van Koophandel staan ingeschreven, variëren van ‘thuiszorg’ of ‘overige gezondheidszorg-ondersteunende diensten’ tot ‘arbeidsbemiddeling’, ‘uitzendbureau’, ‘detachering’ en/of ‘payrolling’. Thuiszorg staat niet altijd als bedrijfsactiviteit geregistreerd, maar als dit wel het geval is, zijn vaak ook bemiddelende activiteiten geregistreerd. Soms zijn ook activiteiten als ‘bedrijfsopleiding en training’ geregistreerd. Bij één aanbieder staat expliciet als activiteit ‘bemiddelen in (inwonend) (medisch) personeel’ omschreven. Mogelijk kiezen sommige aanbieders ervoor om zich niet als (thuis)zorgorganisatie in te schrijven, om te voorkomen dat ze bij de Inspectie voor Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) in beeld komen. De Inspectie ontvangt sinds enkele jaren de inschrijvingen van nieuwe aanbieders die zich als zorgorganisatie bij het Handelsregister inschrijven (zie ook tekstkader 8 in hoofdstuk 6).

De meeste aanbieders begonnen hun activiteiten in de jaren 2012-2014; enkele zijn al vanaf 2005 of 2006 actief. Een aantal bedrijven kwam voort uit uitzendbureaus voor flexwerkers uit MOE-landen; de eigenaren hadden al een uitzendbureau voor flexwerkers voor andere sectoren en besloten ook zorgwerkers te gaan bemiddelen. Andere kwamen voort uit au-pair-bureaus; de eigenaren besloten ook ‘zorg-au-pairs’ of ‘ouderen-au-pairs’ te gaan plaatsen omdat cliënten daar behoefte aan bleken te hebben. Weer andere kwamen voort uit commerciële thuiszorgaanbieders. Enkele aanbieders zijn behalve in Nederland ook in België actief. Een aantal aanbieders richt zich niet alleen op particulieren, maar levert ook tijdelijk personeel aan verpleeg- en verzorgingshuizen en thuiszorgaanbieders.

De meeste aanbieders vermelden op hun website dat de zorgwerkers die zij plaatsen uit de Europese Unie afkomstig zijn. Er is dan geen tewerkstellingsvergunning vereist. De meest genoemde herkomstlanden zijn Slowakije, Hongarije en Polen. Verschillende aanbie-

---

14 [www.persaldohulp.gids.nl](http://www.persaldohulp.gids.nl) en [www.nationalehulp.gids.nl](http://www.nationalehulp.gids.nl).

15 Sommige aanbieders gebruiken verschillende handelsnamen; deze aanbieders zijn één keer meegeteld.

ders prijzen de zorgwerkers die zij plaatsen aan door te verwijzen naar de (zorg)cultuur in het betreffende land:

‘Er wordt daar nog zorg verleend zoals bij ons in de jaren ‘60 en met het hart.’

‘De meeste zorgverleners zijn afkomstig uit Slowakije, waar zorg voor elkaar diep verweven is in de cultuur.’

Eén bedrijf adverteerde op zijn website dat het Braziliaanse zorgwerkers met een EU-paspoort plaatste; een ander bedrijf adverteerde dat het Zuid-Afrikaanse zorgwerkers (voor wie een tewerkstellingsvergunning is vereist) plaatste. Beide bedrijven bleken bij een volgende doorzoeking van het Handelsregister en internet niet meer actief te zijn.

Veel aanbieders geven op hun website een indicatie van de door hen gehanteerde tarieven. Het tarief voor één inwonende verzorgende bedraagt meestal rond de 3.000 euro per maand, exclusief kost en inwoning. Lagere en hogere tarieven komen ook voor, en veel aanbieders geven aan dat het tarief afhankelijk is van de specifieke zorgvraag of Wlz-indicatie en de gewenste kwalificaties van de zorgverlener. Het tarief voor een inwonende verpleegkundige is aanzienlijk hoger dan dat voor een huishoudelijke hulp of verzorgende. Ook voor Nederlandssprekende zorgverleners worden hogere tarieven in rekening gebracht.

Bij de aanbieders die wij gesproken hebben, liep het aantal klanten uiteen van rond de tien tot rond de zestig. De meeste hadden minder dan vijftig cliënten. Bij de helft was het aantal klanten de afgelopen jaren toegenomen, bij de andere helft was het stabiel gebleven. Verschillende respondenten gaven aan dat het verloop in het cliëntenbestand soms hoog is. De meeste cliënten zijn al op leeftijd en sommige zijn al terminaal ziek als ze voor deze vorm van zorg kiezen.

Bij alle geïnterviewde aanbieders vormt de website van het bedrijf het belangrijkste wervingskanaal voor cliënten. Potentiële klanten komen al googelend op zoektermen als ‘24-uurszorg’, ‘inwonende thuiszorg’ en ‘zorg au pair’ op websites van aanbieders terecht. Verschillende aanbieders adverteren op zorgnieuwsites; één aanbieder adverteert in een landelijke krant. Sommige respondenten vertelden dat klanten in toenemende mate ook via bestaande cliënten of via doorverwijzingen door zorgmakelaars of casemanagers, transferverpleegkundigen en revalidatieartsen bij hun bedrijf terechtkomen.

In een eerder onderzoek vertelden aanbieders dat de klantenwerving niet heel soepel verliep. Ze merkten dat Nederlanders nog wat argwanend tegenover dit type zorgarrangement stonden.<sup>16</sup> Enkele van onze respondenten meenden dat de beeldvorming de laatste paar jaar positiever is geworden, ook bij reguliere thuiszorgaanbieders waardoor ze zich aanvankelijk ‘met argusogen’ bekeken voelden. Anderen vertelden dat ze wel meer verzoeken om informatie krijgen, maar dat potentiële klanten soms toch afhaken als ze horen dat het om buitenlandse zorgwerkers gaat. Enkele respondenten zeiden ook te merken dat de beeldvorming over MOE-landers tamelijk negatief is.

Voor de werving van de zorgwerkers werken de meeste aanbieders samen met een of meer wervings- of uitzendbureaus in MOE-landen, met name Slowakije, Hongarije en Polen. Een ander belangrijk wervingskanaal vormen zorgverleners die al geplaatst zijn door of al in dienst zijn bij het bedrijf. Sommige aanbieders werven ook zorgverleners via hun website.

---

16 Van Grafhorst 2014, p. 15.

Enkele aanbieders vertelden dat de werving van met name gediplomeerde zorgwerkers veel tijd kost. Niet alleen onder de klanten, ook onder de migrantenzorgwerkers is het verloop hoog. De meesten houden het werk maar een paar jaar vol, aldus een van de respondenten. Hij onderzocht de mogelijkheden om een zorghotel op te zetten, om zorgwerkers die niet meer inwonend willen werken een alternatief te bieden. Andere aanbieders verwachtten niet dat het aanbod in de MOE-landen snel zal opdrogen, maar hielden er wel rekening mee dat ze van bijvoorbeeld Polen naar Slowakije en Roemenië zouden moeten uitwijken.

### *Tekstkader 3: Beeldvorming over inwonende buitenlandse zorgverleners*

*We analyseerden 46 discussies die in de jaren 2010-2017 op internet en in sociale media werden gevoerd en waarin iets over inwonende migrantenzorgwerkers werd gezegd.*

*In de meeste discussies overtroffen de negatief geladen reacties de positieve reacties in aantal. Het inzetten van inwonende buitenlandse zorgverleners werd afgewezen omdat het tot verdringing van Nederlandse zorgwerkers zou leiden, voor gewone Nederlanders onbetaalbaar zou zijn, en op uitbuiting van de buitenlandse zorgwerkers gebaseerd zou zijn. Vaak werd ook het zorgbeleid van de overheid bekritiseerd. Door zich terug te trekken en de participatiesamenleving af te kondigen, zou de overheid de opkomst van dit soort zorgarrangementen in de hand werken. In een kleiner aantal reacties werd gesteld dat we (als individuen of als samenleving) onze zorgplichten niet zouden moeten afkopen door migrantenzorgwerkers voor onze ouderen in te huren.*

*We hielden vier focusgroepen met mantelzorgers die geen gebruik maakten van dit type zorgarrangement. De deelnemers zagen zowel praktische bezwaren (huisvesting, kosten) als risico's voor de kwaliteit en veiligheid van de zorg (taalprobleem, onvoldoende opleiding en controle van de zorgwerkers) en het bezwaar van aantasting van de privacy. Daarnaast vonden ze dit type zorgarrangement niet te verenigen met hun eigen zorgideaal, waarin een grote zorgrol voor de familie was weggelegd. In alle focusgroepen waren er echter ook deelnemers die dit type zorgarrangement positief beoordeelden, juist omdat ze het met familieachtige zorg associeerden.*

## **Zorgontvangers en zorgvraag**

De ontvangers van deze vorm van zorg zijn meest alleenwonende ouderen die als gevolg van dementie of andere aandoeningen hulp bij de algemene dagelijkse levensverrichtingen en toezicht in de nabijheid nodig hebben. Vaak kunnen zij zelf niet meer goed inschatten op welke momenten ze hulp moeten inroepen. Daarom komen ze in aanmerking voor zorg vanuit de Wlz. Ook jongere gebruikers van deze vorm van zorg hebben over het algemeen een indicatie voor Wlz-zorg. Een van de geïnterviewde aanbieders omschreef zijn cliëntenpopulatie als volgt:

*'Onze groep cliënten is zo opgebouwd, dat zijn met name ouderen, en veel mensen met beginnende dementie, en ook wat chronisch zieke mensen, dus bijvoorbeeld mensen met een dwarslaesie of met de ziekte van Parkinson. Dus mensen die wel heel graag nog thuis willen blijven wonen, en die dus met een zorg-au-pair ook thuis kunnen blijven wonen.'*

De websites van vrijwel alle aanbieders van deze vorm van zorg vermelden dat de zorg kan worden bekostigd met een pgb. De geïnterviewde aanbieders vertelden dat praktisch al hun cliënten een pgb uit de Wlz hebben. Enkele aanbieders omschreven hun doelgroep als zorgbehoevenden met bepaalde Wlz-zorgprofielen (VV4 of VV5 en hoger). De zorgontvangers in onze case studies bleken ook allemaal een pgb uit de Wlz te hebben. In de meeste gevallen hadden ze een indicatie voor intensieve begeleiding en verzorging; intensieve of gespecialiseerde verpleegkundige aandacht was meestal niet nodig.

*Tekstkader 4: Bekostiging ‘zorg-au-pairs’ uit de Wmo?*

We zijn in ons onderzoek geen gebruikers met een pgb uit de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) tegengekomen. In Amsterdam stelde gemeenteraadslid Meltem Kaya enkele jaren geleden voor om te onderzoeken of ‘zorg-au-pairs’ kunnen worden ingezet voor de ondersteuning van Amsterdamse ouderen en andere zorgbehoevenden. De nieuwe Wmo bood hier volgens Kaya mogelijkheden toe en het zou een manier zijn om kosten te besparen, eenzaamheid te bestrijden en ouderen langer thuis te laten wonen. Een persoonlijke au pair zou bij een oudere in huis kunnen wonen en maximaal dertig uur per week en acht uur per dag flexibel werk verrichten. Kaya dacht daarnaast aan ‘buurt-au-pairs’, die inwonend zouden zijn bij een van de buurtgenoten en werkzaamheden voor meerdere ouderen in de buurt zouden doen.<sup>17</sup> Kaya’s voorstel werd niet aangenomen, maar kreeg vorig jaar toch een vervolg doordat een bewoner van stadsdeel West erin slaagde om zijn voorstel voor een ‘zorg-au-pair-appartement’ te agenderen bij het Algemeen Bestuur van West. Dit voorstel hield in dat de gemeente of het stadsdeel een appartement beschikbaar zou stellen voor de huisvesting van twee of drie zorg-au-pairs die verschillende gehandicapten (pgbhouders) in de buurt van de benodigde zorg en aandacht zouden voorzien. Het voorstel is in behandeling.<sup>18</sup>

Aanbieders van deze vorm van zorg omschrijven hun cliënten als ‘early adopters’ – een aanduiding waaruit blijkt dat het vooralsnog om een kleine groep gaat. Voor oudere zorgontvangers wordt deze vorm van zorg vrijwel altijd door de kinderen georganiseerd. Deze laatsten zijn meestal hoogopgeleid; hun ouders zijn dat niet altijd en ze zijn ook niet per se bemiddeld.

‘Wij dachten in het begin dat wij alleen bij de beter bemiddelden zaten, ondanks dat het uit het pgb betaald wordt. Maar het zijn niet zozeer de beter bemiddelden, het zijn de hoger opgeleiden. Met name de oudste dochter van een gezin, dat is soms onze contactpersoon, mensen met een hogere opleiding, die zoeken naar oplossingen. Dat is eigenlijk nog steeds zo.’

In vergelijking met Duitsland is het een veel kleinere en smallere groep die gebruik maakt van inwonende zorg door migranten. Volgens de geïnterviewde aanbieders wonen de meeste gebruikers in de Randstad en het zuiden van het land. Dit gold ook voor de gebruikers in onze case studies.

---

17 *Initiatiefvoorstel van het raadslid Kaya (D66), getiteld: zorg-au-pair, ingediend op 19 augustus 2015, te vinden op: [amsterdam.nl](http://amsterdam.nl) (laatst geraadpleegd op 24 mei 2019).*

18 *Zorg au pair appartement, te vinden op: [stemvanwest.amsterdam.nl/plan/69](http://stemvanwest.amsterdam.nl/plan/69) (laatst geraadpleegd op 24 mei 2019).*

In hoofdstuk 4 gaan we nader in op de motieven en tevredenheid van de gebruikers.

### Kenmerken inwonende zorgverleners

De inwonende zorgverleners zijn voornamelijk vrouwen uit Midden- en Oost-Europa. Bij sommige aanbieders zijn alle zorgverleners uit één land, bijvoorbeeld Slowakije of Hongarije, afkomstig. Andere aanbieders plaatsen zorgverleners uit verschillende MOE-landen; het vaakst genoemd werden Slowakije, Hongarije en Polen. Eén van de geïnterviewde aanbieders plaatst ook zorgverleners uit Spanje en Griekenland. De zorgverleners zijn vrijwel altijd woonachtig in het buitenland, maar we kwamen ook voorbeelden tegen van zorgverleners die hun thuisbasis naar Nederland hadden verlegd omdat ze hier een partner of kinderen hadden. Eén aanbieder bleek ook enkele Nederlandse zorgwerkers in dienst te hebben.

De gemiddelde leeftijd van de migrantenzorgwerkers ligt een stuk hoger dan die van andere arbeidsmigranten uit Midden- en Oost-Europa. De meesten zijn ouder dan 30 en velen zijn ouder dan 45 jaar. Ze hebben thuis geen jonge kinderen meer. Dit laatste is ook een selectiecriterium voor de aanbieders in Nederland. Een mantelzorger die zelf migrantenzorgwerkers voor zijn vader had geworven, vertelde eveneens erop gelet te hebben dat de vrouwen thuis geen zorgtaken meer hadden:

‘Want anders haal je iemand weg uit een jong gezin en dat vonden we niet verantwoord. En ook, ja, je hebt dan niet iemand die helemaal vrij is.’

Volgens de aanbieders hebben de meeste van de door hen geplaatste zorgverleners een opleiding of ten minste enige ervaring in de zorg. Dit is ook waar de aanbieders op selecteren. Sommige zorgverleners hebben voordat ze in Nederland kwamen werken als inwonende zorghulp in Duitsland of Oostenrijk gewerkt. Ook gediplomeerde verpleegkundigen zijn in Nederland meestal niet BIG-geregistreerd; ze mogen dus geen verpleegkundige handelingen uitvoeren. Overigens kwamen we in onze case studies ook voorbeelden tegen van vrouwen die zonder opleiding of ervaring na een korte training als inwonende zorghulp aan de slag waren gegaan.

De inwonende zorgverleners spreken Engels of Duits; aanbieders hanteren dit ook als selectiecriterium. Zorgmigranten die hier langer of vaker hebben gewerkt, spreken daarnaast Nederlands op basisniveau. Een van de geïnterviewde aanbieders heeft een eigen taalschool in Hongarije, waar ook zorgwerkers voor de reguliere thuiszorg in Nederland worden opgeleid. Bij enkele andere aanbieders krijgen de migrantenzorgwerkers na hun komst naar Nederland een (online of schriftelijke) taal cursus aangeboden. Cliënten vragen vaak om migrantenzorgwerkers die Nederlands spreken. Daarom kunnen migrantenzorgwerkers die Nederlands spreken wat meer verdienen. De aanbieders brengen ook hogere tarieven voor deze zorgverleners in rekening.

In onze case studies spraken we met elf inwonende zorgverleners, tien vrouwen en één man. Tien van de elf waren afkomstig uit MOE-landen. De meesten waren ouder dan 40 of 50 jaar en ongehuwd of gescheiden. In hoofdstuk 5 gaan we nader in op hun achtergronden, motieven en tevredenheid.

## Taken inwonende zorgverleners

De taken van de inwonende zorgverleners bestaan meestal uit verzorging van het huishouden, hulp bij de algemene dagelijkse levensverrichtingen (adl) en toezicht en begeleiding. Een van de geïnterviewde aanbieders beschreef de werkzaamheden van een migrantenzorgwerker die bij een demente cliënt werkzaam is:

‘Een zorg-au-pair is behalve zorgverlener ook gezelschapsdame, toezichthouder [...]. Zij wonen in bij de cliënt, en zij zijn 24 uur per dag aanwezig. Dat wil niet zeggen dat zij ook 24 uur per dag werken, want zij hebben gewoon een achturige werkdag. Daarin hebben ze een aantal verzorgende handelingen en het huishouden, maar daarnaast gaan ze ook met mensen op stap, gaan ze naar buiten, lekker wandelen, een boodschapje doen, samen eten koken, dat soort dingen. En ze zijn in huis aanwezig, dus op het moment dat er 's nachts iets gebeurt dan kan die au pair even helpen.’

De werkzaamheden van de meeste inwonende zorgverleners komen overeen met die van een ‘zorghulp’ of een ‘helpende zorg en welzijn’.

### *Tekstkader 5: Zorghulpen, helpenden, verzorgenden en verpleegkundigen*

De opleiding tot verzorgende of verpleegkundige in Nederland kent vijf niveaus. Niveau 1 tot en met 4 is mbo en niveau 5 is hbo. De werkzaamheden van de meeste inwonende zorgverleners komen overeen met die van een ‘zorghulp’ (mbo niveau 1) of een ‘helpende zorg en welzijn (mbo niveau 2).

De opleiding tot zorghulp duurt één jaar; een vooropleiding is niet vereist. Zorghulpen werken onder meer in de thuiszorg en de ouderenzorg. Ze ondersteunen zorgbehoevenden in de huishoudelijke taken en voeren licht verzorgende taken uit. Ook assisteren ze cliënten bij het leren om zoveel mogelijk zelfstandig te kunnen doen.

De opleiding tot helpende duurt twee jaar; voor toelating tot de opleiding is vmbo-diploma of een afgeronde opleiding mbo niveau 1 Zorghulp vereist. Het takenpakket van helpenden is breder dan dat van zorghulpen; ze mogen onder andere cliënten persoonlijk verzorgen, ondersteunen en activiteiten voor ze organiseren.

Meestal voeren de migrantenzorgwerkers geen verplegende taken uit. Meer dan de helft van de geïnterviewde aanbieders gaf aan dat de zorgverleners die zij plaatsen geen verpleegkundige of in ieder geval geen voorbehouden of risicovolle handelingen uitvoeren. ‘Wat wij eigenlijk doen is mantelzorg, er is iemand in huis, die zorgt voor de adl, verpleegkundige handelingen doen we niet’, aldus een van deze respondenten. Andere respondenten lichtten toe dat de zorgverleners die zij plaatsen soms wel een verpleegkundige opleiding hebben, maar geen BIG-registratie.

Enkele aanbieders kunnen indien nodig wel verpleegkundigen met een BIG-registratie plaatsen, maar raden cliënten die naast verzorging en begeleiding ook verpleging nodig hebben soms toch aan om voor de verpleegkundige handelingen de reguliere thuiszorg in te schakelen. Als er maar weinig verpleegkundige handelingen nodig zijn, is dat voor de cliënt voordeliger (een inwonende zorgverlener met BIG-registratie is duurder dan een zorgverlener zonder BIG-registratie) en een inwonende verpleegkundige zou zich ook gaan vervelen. Bij aanbieders die een verpleegkundig coördinator in dienst hebben, kan deze eventueel verpleegkundige handelingen uitvoeren die slechts om de zoveel weken nodig zijn.

Verschillende respondenten merkten op dat het aanreiken of toedienen van medicijnen 'een grijs gebied' is. Volgens de wet BIG is het geen 'voorbehouden handeling' (tenzij moet worden geïnjecteerd of een infuus moet worden aangelegd), maar wel een handeling waartoe de zorgverlener bevoegd moet zijn. Een inwonende zorgwerker die werkzaam is of is opgeleid op het niveau van 'helpende' is dat niet en zou ook als de apotheek de medicijnen aanlevert in een medicijnrol (waarbij de medicatie per toedientijdstip in een zakje is verpakt), ze alleen onder toezicht van een verpleegkundige of arts mogen aanreiken. De regels in de Wet BIG gelden voor alle zorgverleners die beroepsmatig voorbehouden handelingen verrichten, maar niet voor mantelzorgers die voorbehouden handelingen uitvoeren.

'Wat wij wel doen, want dan zie je dat de familie is zó tevreden over iemand, maar die mag dus [...] die medicijnen niet geven. Dan maken wij met de familie afspraken, want als familielid mag het wél. Daar maken we afspraken over. Dat moet vastgelegd zijn.'

'Wij blijven af van spuiten en echt de complexe voorbehouden handelingen, daar blijven wij gewoon vanaf. Maar het uitreiken van medicijnen, dus van tabletten [...], dat is iets wat gewoon heel lastig te regelen is anders. Daar zou je dus de thuiszorg voor moeten inschakelen, dus de reguliere thuiszorg, ja dat is enorm belastend ook voor de cliënt. Want die moet dan ook weer aparte administratie daarvoor voeren.'

In onze case studies bleek de helft van de zorgontvangers aanvullende zorg van reguliere thuiszorgaanbieders te ontvangen. Deze kwamen bijvoorbeeld langs om injecties, zoals voor diabetes, te geven of om de zorgontvanger te douchen. Twee mantelzorgers vertelden dat ze deze laatste taak (douchen of hulp daarbij) niet door de inwonende zorgverlener lieten uitvoeren omdat hun ouder liever niet douchte of gedoucht werd. Door voor deze taak de reguliere thuiszorg in te schakelen, probeerden ze te voorkomen dat hun ouder de zorgmigrant zou afwijzen. Enkele andere mantelzorgers kochten (ook) dagbesteding of huishoudelijke hulp in. Een mantelzorger die zelf inwonende zorghulpen voor zijn vader had geworven, betaalde een geriatrisch verpleegkundige om iedere week een uur langs te komen 'om het verantwoord te houden'. De verpleegkundige keek hoe het ging en gaf advies.

Op één na alle zorgontvangers in onze case studies ontvingen ook nog mantelzorg. (De uitzondering betrof een jongere zorgontvanger, die zelf zijn zorgmix regelde). Wat de mantelzorgers konden doen en in welke mate ze de werklast van de migrantenzorgwerker konden verlichten, hing af van hun woon-, werk- en gezinssituatie. Ze namen bijvoorbeeld een deel van het huishoudelijk werk voor hun rekening, zorgden voor de boodschappen, gingen mee naar afspraken bij de huisarts of specialisten en vervingen de migrantenzorgwerker tijdens haar wekelijkse vrije dag. Daarnaast kochten ze als 'gewaarborgde hulp' de zorg in voor hun ouder(s) en hielden ze de administratie van het pgb bij. (Pgb-houders die hun verplichtingen als pgb-houder niet zelf kunnen nakomen, kunnen een gewaarborgde hulp aanstellen. Bij bepaalde zorgprofielen is een gewaarborgde hulp verplicht.)

## Werktijd en vrije tijd

Typerend voor dit type zorgarrangement is dat er geen duidelijke scheiding is tussen werk en vrije tijd, of tussen werk en privéleven. De werkplek van de migrantenzorgwerkers is immers tevens hun woonplek. Ze worden meestal betaald op basis van een 40- tot 48-urige werkweek (maar een 30-urige werkweek is bij ten minste één aanbieder ook mogelijk), terwijl ze min of meer permanent op de werkplek aanwezig zijn en in geval van nood beschikbaar zijn. Dat maakt de aantrekkingskracht van het inwonende-zorgarrangement uit,



het maakt 24-uurszorg of -toezicht betaalbaar, maar het is ook de achilleshiel van het arrangement. De arbeidstijdenwetgeving is niet op dit type zorgarrangement toegesneden. Een van de geïnterviewde aanbieders noemde de Arbeidstijdenwet 'de grootste bottleneck'. Ook andere aanbieders zeiden het lastig te vinden om aan de arbeidstijdenwetgeving te voldoen, of om te bepalen óf ze eraan voldeden:

'De Arbeidstijdenwet is natuurlijk altijd een lastig verhaal. [...] Dat is een flexibel gebeuren. Want je bent eigenlijk 's nachts ook standby. Je werkt niet 's nachts, maar als oma valt en ze breekt een been, dan ga je natuurlijk niet zeggen: om acht uur begin ik weer.'

'De zorgwerkers wonen bij iemand in, ze zijn altijd in huis aanwezig of in de buurt. De cliënt kan hen ook 's nachts wel eens nodig hebben. Zijn dat dan werkuren? Is iemand aan het werk als de cliënt hem nodig kán hebben?'

Om problemen met de arbeidstijdenwetgeving te voorkomen, werken sommige aanbieders met migrantenzorgwerkers die als zelfstandigen werken, of overwogen ze om dat te gaan doen. Aanbieders waarbij de migrantenzorgwerkers als uitzendkrachten of (al dan niet gedetacheerde) werknemers werkzaam zijn, hanteren verschillende ficties, met als gemeenschappelijke noemer dat er onderscheid wordt gemaakt tussen 'echte' werktijd, die betaald wordt, en 'aanwezigheidstijd' of 'mantelzorgtijd', waar gratis kost en inwoning tegenover staat.

'Wij betalen Nederlandse lonen, maar het verschil zit erin dat in de cao voor zorginstellingen staat dat als je wacht op werk, dat moet worden betaald. Wij proberen dat op een hele nette manier te compenseren met een stuk kost en inwoning. Die krijgen ze gratis, er wordt niets voor ingehouden. Ze werken acht uur voor [aanbieder], maar de werkzaamheden die ze daarna verrichten vallen onder de noemer mantelzorg. Daarbij is het zeker niet de bedoeling dat ze vervolgens nog zestien uur werken onder de noemer mantelzorg, absoluut niet.'

'Wij hebben zelf een verdeling gemaakt in functioneeringen, waarin iemand daadwerkelijk bezig is, aanwezigheidsuren en slaapuren. Maar dat onderscheid wordt in de wet niet gemaakt.'

'In principe werken ze zeven uur in een etmaal van 24 uur. [...] De rest houden ze toezicht omdat ze kost en inwoning hebben.'

Soms wordt in de zorgbeschrijving die voor het Zorgkantoor moet worden gemaakt vrij precies beschreven welke werkzaamheden op welke tijdstippen moeten worden uitgevoerd, maar dit is lang niet altijd mogelijk. Soms worden de zorgwerkers geïnstrueerd om op de urenbriefjes die ze (voor de SVB) moeten bijhouden, een bepaald aantal uren per dag te schrijven; die uren declareert de aanbieder dan bij de cliënt. Een van de geïnterviewde aanbieders lichtte toe dat dit vooral 'een administratieve exercitie' is:

'Wat wij nu declareren naar de klant is maximaal vijf en een half uur per dag. Maar dat is meer een administratieve exercitie, want, ja, die vijf en een half uur zitten natuurlijk niet aaneengesloten, soms kan het zeven uur zijn, maar soms kan het drie uur zijn. Ja, dat blijft lastig. En het is ook lastig voor sommige zorg-au-pairs, om dat uit te leggen. [...] Maar wij moeten de vertaling maken van uren naar het tarief.'

Bij één van de geïnterviewde aanbieders liep ten tijde van het interview een onderzoek van de Inspectie SZW. De Inspectie was dit onderzoek gestart naar aanleiding van klachten van enkele zorgwerkers dat ze minder uren uitbetaald kregen dan dat ze werkzaam waren. Deze aanbieder zei te hopen dat het onderzoek duidelijkheid zou brengen:



‘Wij wachten dat rapport af, want dit is een trend, die is niet te stoppen en wij voldoen op alle manieren [...] aan sociale lasten en dat soort dingen. Alleen dit stukje, daar is geen duidelijkheid over.’

Bij de meeste aanbieders werken de migrantenzorgwerkers vijf en een halve dag of zes dagen per week en hebben ze één of anderhalve dag per week vrij. Van de cliënt of diens mantelzorger wordt verwacht dat ze die vrije dag zelf invullen. Als die dat niet kunnen, verwijzen sommige aanbieders door naar bedrijven of organisaties die respijtzorg leveren. Daarnaast hanteren de aanbieders als stelregel dat de migrantenzorgwerkers ‘een fatsoenlijke nachtrust’ moeten kunnen genieten. Als de cliënt achteruit gaat en de inwonende zorgwerker ook ‘s nachts steeds vaker hulp moet verlenen, valt dat niet meer onder ‘mantelzorg’ en wordt er naar andere oplossingen gezocht. Die oplossingen kunnen bijvoorbeeld inhouden dat voor een aantal nachten per week slaapdiensten worden ingekocht en/of dat een familielid een aantal nachten per week bij de cliënt komt overnachten. Soms is het mogelijk om een hogere indicatie voor de cliënt aan te vragen en kan met het hogere pgb een tweede inwonende zorgwerker worden ingehuurd. Uit de interviews met mantelzorgers bleek overigens dat zorgwerkers niet altijd van harte akkoord gaan met deze laatste oplossing.

#### *Tekstkader 6: De Oostenrijkse regeling voor inwonende zorg*

Oostenrijk kent sinds 2007 een speciale regeling voor inwonende zorg. De Thuisverzorgingswet (*Hausbetreuungsgesetz*) introduceerde de functie van ‘persoonlijke verzorger’ (*Personenbetreuerin*) en regelt minimale opleidingseisen en arbeidsvoorwaarden voor de functie.<sup>19</sup> Persoonlijke verzorgers kunnen hun werk verrichten als zelfstandige of als werknemer (in dienst van de zorgontvanger, diens familie of een zorgaanbieder). In de regel wisselen twee verzorgers elkaar om de veertien dagen af. Zorgontvangers met een ‘pgb’ (*Pflegegeld*) kunnen een tegemoetkoming in de kosten aanvragen als ze verzorgers inhuren die aan de opleidingseisen voldoen. Deze tegemoetkoming bedraagt 550 euro voor twee zelfstandige verzorgers en 1.100 euro voor twee niet-zelfstandige verzorgers. De tegemoetkoming komt bovenop het pgb, dat bij de zwaarste zorgbehoefte 1.687 euro per maand bedraagt.<sup>20</sup> Behalve huishoudelijke taken, persoonlijke verzorging en begeleiding mag een persoonlijke verzorger ook verplegende taken uitvoeren, mits deze door een arts of verpleegkundige worden gedelegeerd. Hiertoe zijn de Gezondheids- en Verplegingswet (*Gesundheits- und Krankenpflegegesetz*) en de Artsenwet (*Ärztegesetz*) gewijzigd.

De Oostenrijkse regeling geeft ook regels voor werktijden, pauzes en rusttijden. Zo mag een persoonlijk verzorger die in dienst is bij een zorgontvanger of diens familie in twee opeenvolgende weken niet meer dan 128 uur werken (waarbij ook aanwezigheidsdiensten meetellen), moet de dagelijkse arbeidstijd door minstens drie uur aan rustpauzes worden onderbroken (waarin ook geen aanwezigheidsdienst mag worden opgelegd) en mag er per etmaal gedurende nog eens tien uur geen beroep op de persoonlijk verzorger worden gedaan. De regels voor arbeids- en rusttijden zijn echter alleen van toepassing op verzorgers met een arbeidsovereenkomst. Dat is meteen ook

---

19 Hausbetreuungsgesetz (HbeG), te vinden op: [ris.bka.gv.at](http://ris.bka.gv.at); zie ook: BMASGK 2019a.

20 BMASGK 2019b.

het belangrijkste punt van kritiek op de regeling. Het verschil in bescherming heeft ertoe geleid dat de meeste persoonlijke verzorgers in Oostenrijk als zelfstandige werkzaam zijn.

In Duitsland pleiten onder meer brancheorganisaties BHSB en VHBP voor een speciale wettelijke regeling voor inwonende zorg. Een speciale regeling zou alle betrokkenen grotere rechtszekerheid bieden, bijvoorbeeld door duidelijker, op de branche toegesneden regels te geven over wat als arbeidstijd telt. Daarmee zouden gebruikers volgens de brancheorganisaties ook minder reden hebben om voor informele tewerkstelling te kiezen.<sup>21</sup> De Duitse Arbeidstijdenwet bevat overigens een uitzondering voor verzorgers die ‘in häuslicher Gemeinschaft mit den ihr anvertrauten Personen zusammenleben und sie eigenverantwortlich erziehen, pflegen oder betreuen’. Deze uitzondering is met name bedoeld voor pleegouders in SOS Kinderdorpen. Het is juridisch onduidelijk of ze ook voor inwonende buitenlandse ouderenverzorgers geldt.<sup>22</sup>

## Rotatiesystemen

Alle aanbieders organiseren het inwonende-zorgarrangement zo, dat meerdere migrantenzorgwerkers bij toerbeurt voor een cliënt zorgen. Vaak hebben cliënten graag een vast team van twee of drie migrantenzorgwerkers die elkaar steeds afwisselen. Of ze hebben een favoriete zorgverlener die ze graag zo lang mogelijk achtereen zien blijven. Aanbieders die met gedetacheerde migrantenzorgwerkers werken, hanteren vaak een systeem van twee of drie maanden op, twee of drie maanden af. De migrantenzorgwerkers werken dan niet meer dan zes maanden in Nederland, wat als voordeel heeft dat hun inkomen niet in Nederland wordt belast. (In veel bilaterale belastingverdragen is vastgelegd dat de eerste 183 dagen niet het werkland, maar het herkomstland van de werknemer heffingsbevoegd is.) Bij een aanbieder die met zelfstandige zorgverleners werkt, werken de migrantenzorgwerkers soms langere tijd bij dezelfde cliënt, maar nooit meer dan elf maanden achtereen, omdat ze anders niet meer als zelfstandige worden gezien. Bij andere aanbieders is er veel variatie. Bij een van de geïnterviewde aanbieders werken de migrantenzorgwerkers werken minimaal één week en maximaal zes weken achter elkaar, afhankelijk van de zorgzwaarte van de cliënt en de voorkeur van de zorgwerker. Een andere aanbieder werkt met twee concepten: solozorg en duozorg. Bij solozorg werkt één zorgverlener een langere periode bij dezelfde cliënt. Zij werkt 40 uur per week en is de weekenden vrij. Bij duozorg wisselen twee zorgverleners elkaar elke twee weken af. Ze hebben in de twee weken dat ze werken geen vrije dag en werken 58 uur per week. (De Arbeidstijdenwet staat toe dat een werknemer in een periode van vier weken gemiddeld 55 uur per week werkt, maar per week nooit meer dan 60 uur.)

## Tewerkstellingsvormen

De geïnterviewde aanbieders werkten met verschillende tewerkstellingsvormen. Bij de helft van de aanbieders waren de zorgwerkers in dienst bij een detacheringsbureau in het buitenland. Bij de overige aanbieders werkten de zorgwerkers als zelfstandige, of waren ze in

---

21 BHSB, Positionspapier, 10 juli 2018, te vinden op: [www.bhsb.de](http://www.bhsb.de) (laatst geraadpleegd op 24 mei 2019).

22 Zie bijvoorbeeld Böning 2015; Emunds 2016, p. 64 e.v.

dienst bij de aanbieder zelf of bij de cliënt. Sinds april 2017 is in alle gevallen het gebruik van modelovereenkomsten van de SVB verplicht. Daarbij kan worden gekozen uit de volgende mogelijkheden:

- overeenkomst met een zorginstelling (indien de zorgverlener in dienst is van een (thuiszorg)instelling);
- overeenkomst met een partner of familielid;
- overeenkomst van opdracht (indien de zorgverlener een zelfstandig ondernemer, zzp'er of freelancer is);
- een arbeidsovereenkomst (de zorgverlener komt in dienst bij de budgethouder).

In het laatste geval (arbeidsovereenkomst) is het de SVB die de loonadministratie verzorgt, voor de afdracht van loonbelasting en premies zorgt en het netto salaris aan de zorgverlener uitbetaalt.

Verschillende aanbieders waren ten tijde van het interview bezig met of overwogen een omschakeling naar een andere tewerkstellingsvorm. Aan elke tewerkstellingsvorm kleven nadelen. Als nadeel van het werken met gedetacheerde zorgwerkers werd genoemd dat de buitenlandse detacheerders afspraken niet altijd nakomen en de zorgwerkers alleen op afstand kunnen begeleiden:

'Als je eigen medewerkers hebt, kun je zeggen van: ik wil dat je nu die en die instructie gaat lezen en dat je daar goed van op de hoogte bent. [...] Wij hebben wel regelmatig contact, eigenlijk wel dagelijks contact met de contactpersonen van die uitzendbureaus. Dus wij geven het ook wel aan als we ergens tegenaan lopen en dan zeggen we: wij vinden dat je daar en daar op moet letten en [...] zij luisteren daar ook wel naar. Maar er zitten verschillende schakels tussen, dus het is wat lastiger om iets voor elkaar te krijgen.'

Bovendien is de Nederlandse arbeidstijdenwetgeving ook op gedetacheerde werknemers van toepassing. Een van de geïnterviewde aanbieders vertelde mede om deze reden niet meer met gedetacheerde zorgwerkers, maar met 'zzp'ers' te werken. Een andere aanbieder overwoog dit eveneens, maar zag als nadeel dat de zorgwerkers veel begeleiding nodig zouden hebben om aan alle regels te voldoen en niet als schijnzelfstandige te worden aangemerkt.<sup>23</sup>

Een aanbieder die tot dan toe als zorgorganisatie geregistreerd stond en zelf als werkgever voor de zorgwerkers fungeerde, vertelde 'in een overgangssituatie' te zitten. De bedoeling was dat de zorgwerkers in dienst zouden komen van de cliënt.

'Ik zou bijna zeggen dat we daartoe verplicht worden. Op het moment dat ze niet meer bij ons in dienst zijn, dan heb je al die wet- en regelgeving niet meer, want dan zijn ze in dienst van de hulpbehoevende.'

Deze respondent vond het niet zozeer lastig om aan de regels over arbeids- en rusttijden te voldoen; hij had meer problemen met de wet- en regelgeving voor zorgaanbieders. Als de

---

23 Artikel 5.18 van de Regeling langdurige zorg bepaalt overigens dat bij de verlening van het pgb de verzekerde onder meer de volgende verplichting wordt opgelegd: 'd. de verzekerde draagt er zorg voor dat een zorgverlener op wie het Arbeidstijdenbesluit niet van toepassing is niet meer dan veertig uur in één week voor hem werkzaamheden verricht'. De Regeling langdurige zorg is te vinden op: [wetten.overheid.nl](http://wetten.overheid.nl).

cliënt zelf de zorgwerker in dienst neemt, kleeft daar voor de aanbieder weer een ander nadeel aan. Sinds de invoering van het trekkingsrecht, gebeurt de verloning van de zorgverleners door de SVB. De aanbieders kunnen dus niet meer als verlener fungeren. Ze kunnen wel bemiddelingskosten in rekening brengen aan de cliënt, maar deze mogen sinds 2015 niet meer uit het pgb worden betaald.

*Tekstkader 7: Vrij verkeer van diensten en de Detacheringsrichtlijn*

Binnen de EU geldt het vrij verkeer van personen, werknemers en diensten. Het vrij verkeer van personen houdt in dat burgers het recht hebben om binnen de EU vrij te reizen en elders te verblijven. Het vrij verkeer van werknemers houdt in dat elke burger van een EU-lidstaat het recht heeft om in een andere lidstaat in loondienst te gaan werken. Werknemers uit andere lidstaten moeten op gelijke wijze behandeld worden als werknemers uit de lidstaat waar ze werken (werklandbeginsel). Het arbeidsrecht van het werkland is op hen van toepassing. Ze vallen ook onder het sociale-zekerheidsstelsel van het werkland. Daarnaast is het belastingregime van het werkland van toepassing.

Het vrij verkeer van diensten houdt in dat bedrijven het recht hebben om in een andere EU-lidstaat tijdelijk een dienst aan te bieden met meenemen van eigen werknemers of om in een andere lidstaat tijdelijk werknemers ter beschikking te stellen. In de Detacheringsrichtlijn (Richtlijn 96/71/EG) is geregeld dat gedetacheerde werknemers aanspraak kunnen maken op een harde kern van arbeidsvoorwaarden van het werkland. Deze harde kern omvat o.a. arbeidsduur en werktijden, loon en loonstructuur, vakantiedagen en ARBO-regels. Voor overige arbeidsvoorwaarden blijven gedetacheerde werknemers onder het arbeidsrecht van het herkomstland (de lidstaat waar hun werkgever gevestigd is) vallen. Ze blijven ook onder het sociale-zekerheidsstelsel van het herkomstland vallen. Met name dit laatste (verschillen in premiedruk) maakt gedetacheerde werknemers goedkoper dan EU-werknemers. In veel gevallen vindt ook geen belastingheffing in het werkland plaats, omdat in bilaterale belastingverdragen is vastgelegd dat de eerste 183 dagen het herkomstland heffingsbevoegd is. Daardoor wordt het verschil in loonkosten verder vergroot.

Nederland en ook Duitsland maakten bij de toetreding van de MOE-landen tot de EU gebruik van een overgangsmaatregel voor het vrij verkeer van werknemers. Daardoor hadden werknemers uit de MOE-landen de eerste jaren nog een vergunning nodig om in Nederland of Duitsland te mogen werken. Voor het vrij verkeer van diensten werd geen overgangsmaatregelen toegepast. Dat heeft het gebruik van deze mogelijkheid bevorderd.

In juni 2018 is een voorstel voor herziening van de Detacheringsrichtlijn aangenomen.<sup>24</sup> Nederland en een aantal andere West-Europese lidstaten hadden op herziening aangedrongen. De lidstaten moeten hun nationale wetgeving uiterlijk 30 juli 2020 hebben aangepast aan de nieuwe Europese regels. Die nieuwe regels houden onder meer in dat werkgevers naast het minimumloon en de vakantietoeslag ook aanvullende toeslagen (zoals voor overwerk) moeten betalen die bij wettelijke regeling en/of

---

24 Richtlijn (EU) 2018/957 van het Europees Parlement en de Raad van 28 juni 2018 tot wijziging van Richtlijn 96/71/EG betreffende de terbeschikkingstelling van werknemers met het oog op het verrichten van diensten, te vinden op: [eur-lex.europa.eu](http://eur-lex.europa.eu).

een algemeen verbindend verklaarde cao zijn vastgelegd. De duur van de detachering wordt beperkt tot twaalf maanden, met een mogelijke verlenging van zes maanden. Daarna gaan voor de gedetacheerde werknemer alle arbeidswetten van het gastland gelden.

Een van de conclusies van het eerdergenoemde EuroAgencyCare project was dat onder meer het gebruik van de Detacheringsrichtlijn gepaard gaat met een hoge graad van rechtsonzekerheid. De onderzoekers constateerden dat er aan zowel Poolse als Duitse kant intermediairs zijn die naar kwaliteit en legitimiteit streven en initiatieven tot zelfregulering nemen. Maar ook bedrijven die tot deze groep van 'pioniers' behoren zeiden niet te kunnen controleren of hun samenwerkingspartner in het andere land de regels naleeft. Andere bedrijven ('minimale-inspanningsspelers') leken zich juist graag te verschuilen achter hun gebrek aan inzicht in wat hun partner in het andere land deed.

In Duitsland lobbyde brancheorganisatie VHBP tegen de herziening van de Detacheringsrichtlijn. Volgens de VHBP zullen de nieuwe regels Duitse aanbieders en gebruikers met sterke kostenstijgingen opzadelen en zullen gebruikers uitijken naar de informele markt.<sup>25</sup>

---

25 VHBP, *Stellungnahme des VHBP zur geplanten Reform der Entsenderichtlinie*, 24 februari 2017, te vinden op: [www.vhbp.de](http://www.vhbp.de) (laatst geraadpleegd op 24 mei 2019).

## 4. MOTIEVEN EN TEVREDENHEID GEBRUIKERS

In onze case studies spraken we met dertien mantelzorgers die deze vorm van zorg voor hun ouder(s) of partner (en in één geval voor een zoon) hadden geregeld. In vijf gevallen konden we ook met de zorgontvangers zelf spreken of bij hen thuis observeren hoe het contact met de migrantenzorgwerkers was. Daarnaast spraken we één jongere zorgontvanger die deze vorm van zorg voor zichzelf had geregeld. De meeste mantelzorgers waren hoogopgeleid en hadden een baan of eigen bedrijf en een gezin. De meesten woonden op relatief korte afstand van hun zorgbehoevende ouder(s) en bezochten die ouder(s) minstens één keer per week. De ouders leden in de meeste gevallen aan een vorm van dementie. De meesten waren weduwe of weduwnaar; in twee gevallen ging het om een echtpaar.

### Motieven voor de keuze voor deze vorm van zorg

Meestal zijn het kinderen die deze vorm van zorg voor hun zorgbehoevende ouders organiseren. Hun voornaamste motief is dat ze willen voorkomen dat hun ouder naar een verpleeghuis moet verhuizen. Als beide ouders nog leven, wordt met deze vorm van zorg ook voorkomen dat ze van elkaar worden gescheiden.

Soms is er een acute aanleiding voor de beslissing om een inwonende zorgverlener in te huren, zoals een val met ernstige verwondingen of het overlijden van de partner. In andere gevallen is aan de beslissing een jarenlang proces van afnemende gezondheid van de zorgbehoevende ouder voorafgegaan. Op een gegeven moment realiseren de mantelzorgers zich dat de zorgmix die ze tot dan toe hebben gebruikt niet meer voldoet. Soms is het de huisarts of een andere zorgprofessional die constateert dat het niet langer verantwoord is om de ouder thuis te laten wonen:

En toen was het in januari en de indicaties voor mijn moeder waren gewoon niet goed. En ze zeiden: ja ze kan eigenlijk niet thuis blijven wonen. En het beste is naar een verpleegtehuis.

De geïnterviewde mantelzorgers hadden niet per se een slecht beeld van de zorg in verpleeghuizen. Wel wezen ze er allemaal op dat hun ouder bij opname in een verpleeghuis veel zou moeten opgeven:

‘Eén: dat was letterlijk [...] de meters die mijn moeder zou krijgen als ze weg zou gaan uit haar huis [...] dat was drie bij drie meters. [...] Dus dat was [...] letterlijk het eerste wat we niet wilden. Twee: dat we zagen, ik ging naar die eetzaal, en ik dacht: en dan is dit dan haar sociaal contact [...] Dat kan niet, dat hoort niet bij mijn moeder.’

‘Ik had het gevoel dat zoals mijn ouders zaten in dat verzorgingstehuis, met alle goeie zorg en goeie bedoelingen van die mensen die ze verzorgden, daar waren ze behoorlijk depressief onder, en je moet je afvragen wat dan nog de waarde van het leven is, als je daar zo een beetje zit te vegeteren gewoon.’

‘Ja, dus op het moment als jij uit [...] je eigen huis gaat in een verzorgings- of een verpleegtehuis, ben je je thuis kwijt. Dan moet je je schikken naar de regels van een verpleegtehuis of van een verzorgingstehuis [...]. Hier is alles gebeven zoals hun het wilden hebben, het is hun huis, hun eigendom, hun bepalen wat er hier gebeurt.’

Het laatste citaat illustreert ook welke betekenissen de gebruikers aan thuisverzorging hechten: de eigen leefstijl en de regie over het eigen leven of in ieder geval een zekere mate van persoonlijke autonomie kunnen behouden.

Soms speelt mee dat de zorgbehoevende ouder zich (extreem) ongemakkelijk voelt in een groep. Verschillende mantelzorgers vertelden dat dagopvang daarom ook geen optie was gebleken:

'Als je goed met haar omgaat, er zit best nog wel muziek in. Als er maar rust is. Als ze stress krijgt, dan kan je het vergeten. En dat krijgt ze dus door de verkeerde benadering. Vreemde ogen. Daar is ze bang voor. Dat heeft ze eigenlijk altijd gehad. Nooit drukte opgezocht. In 2014 is ze bij de dagopvang geweest [...] maar dat is hem niet geworden. Het is meer mis gegaan als goed.'

De meeste mantelzorgers onderzoeken eerst de mogelijkheden van reguliere thuiszorg, om tot de ontdekking te komen dat 24-uurszorg of -toezicht thuis niet beschikbaar of onbetaalbaar is. Reguliere thuiszorgaanbieders kunnen geen 24-uurszorg leveren of rekenen tarieven die ook met een hoog pgb en een redelijk inkomen of vermogen niet te betalen zijn, zeker niet op de langere duur.

'Als je het via de gewone thuiszorg zou doen, dan kost 24-uurszorg je, nou, 365, 370 euro per dag. [...] En dan krijg je nog een keer toeslagen voor het weekend en voor bijzondere dagen. Dat is dus niet te betalen, dat kunnen mijn ouders zich absoluut niet veroorloven.'

De mantelzorgers in onze case studies hadden vaak eerst de mogelijkheden van zorg in natura (middels een vpt) onderzocht, om te constateren dat 24-uurszorg of toezicht thuis daarmee niet mogelijk was. In de interviews met cliëntondersteuners werd dit bevestigd. Zij vertelden dat een vpt in de praktijk niet te realiseren is als de zorgbehoevende min of meer permanent zorg of toezicht nodig heeft. Voor zorgaanbieders kan het financieel niet uit en ze dragen liever ook niet de verantwoordelijkheid voor de zorg voor iemand die thuis woont. Mantelzorgers die vervolgens de mogelijkheden van zelf zorg inkopen met een pgb onderzochten, constateerden dat het pgb bij lange na niet toereikend was om 24-uurszorg bij reguliere thuiszorgaanbieders in te kopen. De cliëntondersteuners bevestigden dat 24-uurszorg thuis 'alleen rond te breien is' als de zorgbehoevende over een sociaal netwerk beschikt dat heel veel mantelzorg kan leveren. Vaak moeten ze de verwachtingen van cliënten bijstellen en hen uitleggen dat ze met een pgb geen 24-uurszorg thuis kunnen financieren.

Daarop gaan de mantelzorgers op zoek naar alternatieve zorgarrangementen, die aansluiten bij hun (ouders') wensen en behoeften en bovendien betaalbaar zijn. De meeste mantelzorgers die wij interviewden ontdekten deze vorm van zorg doordat ze al googelend op zoektermen als '24-uurszorg', 'inwonende thuiszorg' en 'zorg-au-pair' op websites van aanbieders terechtkwamen. Sommigen vertelden hoe opgelucht ze waren om te ontdekken dat deze vorm van zorg aan beide eisen voldeed.

Sommigen kregen vervolgens te maken met weerstand in hun omgeving. De huisarts of een broer of zus had bedenkingen en vroeg zich af of deze vorm van zorg wel veilig was. Veel respondenten merkten op dat de druk om voor verpleeghuiszorg te kiezen groot is; ze hadden het gevoel tegen de stroom in te moeten roeien:

‘Als de huisarts daarin begeleidt, dan is het heel makkelijk voor de kinderen om te zeggen van ja, laten we dat maar doen. Want er is iemand met kennis en kunde die begeleidt je ouders om daarnaartoe te gaan, waarom zou je dat niet doen?’

Soms uitte de omgeving ook bedenkingen over de rechtmatigheid van deze vorm van zorg. Sommige mantelzorgers hadden zelf aanvankelijk ook twijfels daarover. Verschillende respondenten vertelden bewust voor een duurdere aanbieder te hebben gekozen, omdat ze bij goedkopere aanbieders een niet-pluisgevoel hadden. Ze wilden als gewaarborgde hulp geen problemen krijgen.

### **Tevredenheid over het zorgarrangement**

De meeste mantelzorgers zijn over het geheel genomen tevreden over het inwonende-zorgarrangement. Ze vinden dat hun ouders goed verzorgd worden, vrolijker of actiever zijn of meer buiten komen.

‘Het werkt heel goed dat, het loopt niet meer uit de hand met mijn vader. Mijn vader is veel minder onzeker, veel minder onrustig. Ik hoor hem vaak fluiten. Ik bel hem elke dag en, nou, dan zegt hij: ik heb net lekker gegeten, en nou, hij is vrolijk. Het werkt.’

Een andere zoon vertelt dat zijn inmiddels overleden vader dankzij het inwonende-zorgarrangement een paar mooie laatste jaren heeft gehad:

‘Hij heeft als een prins geleefd, met allemaal dames om zich heen die voor hem zorgden en hem gezelschap hielden.’

Een respondent van wie de ouders eerst tijdelijk in een verpleeghuis verbleven, vindt deze vorm van zorg ‘oneindig veel beter’ voor zijn ouders. Ze zijn erdoor opgebloeid. In het verpleeghuis waar ze tijdelijk verbleven zag hij hen snel achteruitgaan. Andere respondenten wijzen erop dat deze vorm van zorg meer rust en stabiliteit biedt dan reguliere thuiszorg:

‘Dan komt er iedere dag een ander. Wat hij niet fijn vindt. En dan wordt hij ook een beetje boos en opstandig. De solide factor van [zorgmigrant] die er iedere dag is, dat gaat goed. [...] Dus dat is dit ook, het is heel stabiel. Heel rustig, kalm, stabiel, in je eigen omgeving.’

Voor zichzelf zien de mantelzorgers als voordelen dat ze ‘veel meer contact en controle’ hebben dan bij verpleeghuiszorg het geval zou zijn, dat het ‘een veilig gevoel geeft dat er altijd iemand aanwezig is’ bij hun ouder, en dat ze er zelf door ontlast worden. ‘In dit concept hoef je geen schuldgevoel te hebben’, aldus een mantelzorger. Deze en andere mantelzorgers hadden het gevoel dat ze hun zorgplicht jegens hun ouders vervulden door deze vorm van zorg voor hen te regelen.

De meeste mantelzorgers zijn dus tevreden en zouden deze vorm van zorg ook aan anderen aanraden. Niettemin maken de meesten wel een of meer kanttekeningen.

Verschillende respondenten constateren dat niet alle migrantenzorgwerkers goed met dementie om kunnen gaan. Sommigen hebben daarom twijfels over de opleiding van de migrantenzorgwerkers en de screening en selectie door de bemiddelaars. Een van deze respondenten voegt daar overigens aan toe dat ze dezelfde ervaring had met reguliere thuiszorgmedewerkers: ook die konden niet allemaal even goed met haar moeders demen-



tie omgaan. Een andere respondent had heel wisselende ervaringen met de migrantenzorgwerkers die hij voor zijn zwaar demente moeder inhuurde. Enkelen van hen 'hadden het van nature in zich', terwijl een ander, die hij uitkoos omdat ze met demente patiënten in zorginstellingen had gewerkt, juist helemaal niet goed met zijn moeder om bleek te kunnen gaan. Achteraf denkt hij dat de migrantenzorgwerkers onvoldoende gescreend worden. Hij sprak zelf vooraf door de telefoon met elke nieuwe zorgwerker, maar kon dan niet veel meer dan hun taalvaardigheid beoordelen.

Veel mantelzorgers merken op dat er 'een klik' moet zijn tussen de migrantenzorgwerker en de zorgontvanger, wil het concept van inwonende zorg werken. Een van hen noemt die klik het 'allerbelangrijkst', belangrijker dan de opleiding en ervaring van de migrantenzorgwerker. Als het niet klikt, en de zorgontvanger de zorgwerker niet accepteert, leidt dat doorgaans tot een voortijdige aflossing van de zorgwerker.

De meeste respondenten relativeren het belang van formele kwalificaties. Velen vinden het belangrijker dat de migrantenzorgwerkers met hun ouders kunnen communiceren in het Nederlands – of eventueel in een andere taal die de ouders goed beheersen.

'Zij [de ouders] geven aan wat ze willen eten, wanneer ze willen eten, wat ze willen drinken, ja? [...] Dan is het belangrijk dat er een goede communicatie is, met de zorgverlener. [...] Ik denk dat het heel zwaar is om 24 uur bij oudere mensen te leven, denk ik. Maar dan is het ook belangrijk dat er een goede communicatie is, dat mensen elkaar begrijpen op het moment dat er iets, er speelt altijd een keer iets.'

Anderen, van wie de ouders niet meer in staat waren tot verbale communicatie, relativeren het belang van taal en wijzen weer op het belang van de 'klik'.

Vrijwel alle mantelzorgers zouden deze vorm van zorg ook aan anderen aanraden, maar wel met de kanttekening dat de mantelzorger de vinger aan de pols moet houden. 'Je moet niet denken dat je dan zelf van de zorg af bent', aldus een zoon die zelf jarenlang alleen voor zijn moeder had gezorgd. Niet alle inwonende zorgverleners benaderden zijn moeder zoals hij hen had geïnstrueerd; een paar vertrokken na een paar weken omdat zijn moeder extreem angstig op hen reageerde. Andere mantelzorgers vertelden wel eens te moeten bemiddelen tussen de migrantenzorgwerker en hun (demente en daardoor vaak onredelijke) ouder. Een mantelzorger die een tweede zorghulp voor zijn vader had ingehuurd om overbelasting van de eerste te voorkomen, vertelde:

'Het gekke is, de eerste dame wou dat niet. Want die wou gewoon zelf de controle. [...] Maar op een gegeven moment hebben we het toch maar gedaan, want ja, het was gewoon veel te zwaar. Maar toen kregen ze ook ruzie onderling. Dus het is een traject met heel veel monitoren, aanpassen, bijpassen en zo. [...] Het is zoals je een bedrijfje runt, het gaat soms goed, soms minder goed, en dan moet je dat weer gaan managen.'

In een paar gevallen werkte het concept niet voor de zorgbehoevende ouder of ontstonden er problemen tussen de mantelzorger en de migrantenzorgwerker. Toch waren ook deze mantelzorgers positief over het concept van inwonende zorg. De zoon van de extreem angstige moeder denkt achteraf dat het concept bij patiënten zoals zijn moeder misschien niet altijd werkt. Hij moest zijn moeder uiteindelijk toch in een verpleeghuis laten opnemen. In dat verpleeghuis was zijn moeder echter nog angstiger. Ze kon daar alleen worden verzorgd met inzet van zware kalmerende medicijnen. Ze overleed binnen enkele maanden. Een andere mantelzorger, die problemen had met een van de migrantenzorgwerkers die voor

haar man zorgden en niet tevreden was over de begeleiding door de aanbieder, vindt dat de migrantenzorgwerkers beter gescreend moeten worden en dat de aanbieders gecontroleerd moeten worden. Dan ziet ze grote voordelen aan het concept van inwonende zorg: 'Sterker nog, als ik oud word, dan wil ik ook zoiets.'

De meeste mantelzorgers hebben dus wel kanttekeningen, maar ze relativiseren die ook, omdat ze deze vorm van zorg toch nog altijd beter vinden dan verpleeghuiszorg en reguliere thuiszorg en ze de problemen oplosbaar achten.

## De relaties met de inwonende zorgverleners

Uit de buitenlandse literatuur over inwonende migrantenzorgwerkers blijkt dat de relatie tussen de migrantenzorgwerker en de zorgontvanger of diens mantelzorgers de trekken van een familierelatie kan gaan vertonen. Vaak spreken de betrokkenen ook in familietermen over elkaar; over de zorgmigrant wordt dan bijvoorbeeld gezegd dat ze '(bijna) als een dochter' van de zorgontvanger is. In de literatuur wordt dit gezien als een uitvloeisel van de situatie: de migrantenzorgwerker woont immers bij de zorgontvanger in en zorgt voor hem of haar zoals een familielid zou doen. Een andere verklaring is dat families zo het ideaalbeeld van de bejaarde die liefdevol door familieleden wordt verzorgd in stand houden. Dit ideaalbeeld bestaat in Nederland echter veel minder.<sup>26</sup> In de buitenlandse literatuur is verder beschreven dat migrantenzorgwerkers die in de familie worden opgenomen, zich hierdoor gewaardeerd kunnen voelen, maar dat het ook lastiger voor hen wordt om grenzen te stellen, zoals reguliere zorgverleners wel kunnen doen.

In onze case studies zijn we zowel dergelijke familieachtige relaties als meer afstandelijke relaties tegengekomen. Veel mantelzorgers vertelden dat hun relatie met de migrantenzorgwerker per zorgwerker verschilt. Met de ene inwonende zorgwerker is de relatie wat formeler of afstandelijker, met de andere is de relatie meer informeel en vriendschappelijk. Verschillende mantelzorgers vertelden over migrantenzorgwerkers met wie het contact ook na het overlijden van de zorgontvanger in stand was gebleven. Het hangt onder meer van de zorgwerker zelf af, haar persoonlijkheid, en hoe veel toenadering zij zoekt, of zich zo'n meer vriendschappelijke relatie ontwikkelt. De voorkeuren van de mantelzorgers verschillen ook. Sommigen vinden het prettig als de relatie informeel en vriendschappelijk is; als ze over de zorgwerkers vertellen, duiden ze die aan met hun voornamen of als 'de dames'. Anderen streven naar een vriendelijke, maar niet vriendschappelijke relatie en spreken over de migrantenzorgwerkers als 'de zorg-au-pair' of (als ze het over verschillende zorgulpen hebben) 'de Hongaarse'. Een van hen, die jarenlang in het buitenland werkte, vertelt dat het soms lastig balanceren is, ook omdat families in Nederland niet meer gewend zijn aan huispersoneel. Hij ziet de relatie met de inwonende zorgverlener als (ook) een arbeidsrelatie:

---

26 Zie Van den Broek 2016. Hij onderzocht hoe opvattingen onder de Nederlandse bevolking over hoe zorg voor hulpbehoevende ouderen dient te worden georganiseerd zijn veranderd. Tussen 2002 en 2011 bleek een verschuiving van het warm-moderne zorgideaal (waarin familie en de overheid een gezamenlijke verantwoordelijkheid dragen) naar het koud-moderne zorgideaal (waarin zorgverlening door familieleden als onwenselijk wordt gezien en van de overheid wordt verwacht dat ze het voor mannen en vrouwen mogelijk maakt om zich op betaald werk te richten door zorgtaken grotendeels op zich te nemen) te hebben plaatsgevonden.

‘Als de grens niet duidelijk is, is dat voor jezelf vervelend maar ook voor de persoon die jij betaalt, waarmee je een arbeidsrelatie hebt. [...] Wij zijn heel erg geneigd aardig te zijn en warm. Maar ja, het is ook, er moet gewoon werk gedaan worden. Dus dat is een balans. Nederlanders zijn daar slecht in.’

Ook de relatie van de zorgontvanger met de zorgmigrant verschilt. Soms is een wederzijdse relatie helemaal niet mogelijk door de voortgeschreden dementie van de zorgontvanger. Als een wederzijdse relatie wel mogelijk is, moet het nog ‘klikken’ met de migrantenzorgwerker. Meestal zijn er meerdere migrantenzorgwerkers die elkaar afwisselen; vaak heeft de zorgontvanger één favoriete migrantenzorgwerker. Er kan de mantelzorgers dan veel aan gelegen zijn om die zorgwerker voor de zorgontvanger te behouden. Verschillende mantelzorgers zeiden veel respect te hebben voor de zorgwerkers die voor hun (demente) ouder zorgen.

‘Mijn ouders zijn natuurlijk mensen van halverwege de tachtig. Die verander je niet meer. [...] Mijn moeder was altijd wel eisend ik heb het idee dat de rem daar steeds een beetje meer van af gaat [...]. Diegene die nu in huis is, dat gaat nu goed hoor, en dan zit [mijn moeder] aan iedereen te vertellen hoe goed de vorige was [...], continu. En dan spreek ik daar met mijn moeder over, ik zeg: dat is beledigend tegenover haar, zij doet haar best voor je, en dan ga je alleen maar zitten vertellen hoe goed [de vorige zorgmigrant] dingen deed. [...] En dan, weet je, dan zit ze me aan te kijken en dan doet ze het net zo hard weer. Dus ik heb grote bewondering voor die dames, echt waar [...]. Dat die relatie goed gaat, dat zegt heel veel over die dames.’

De meeste mantelzorgers hebben ook regelmatig contact met de migrantenzorgwerkers. Een mantelzorger vertelt via Whatsapp voortdurend contact te onderhouden met de migrantenzorgwerkers die voor zijn ouders zorgen. De omgang met zijn moeder vergt veel geduld en tact van de zorghulp, weet hij. Zo kunnen de zorgwerkers eventuele frustraties meteen uiten. Uit het verhaal van een andere mantelzorger blijkt dat dit niet altijd werkt. Deze mantelzorger weet dat haar moeder soms agressief is naar zorgverleners. Als dat bij de reguliere thuiszorg gebeurt, koppelt die dat naar haar terug via een speciale zorgapp, maar de migrantenzorgwerker gebruikt die app niet en de dochter is bang dat ze ook niet altijd belt:

‘Uiteindelijk hoor je het wel, dat soort dingen, maar [...] er zullen misschien ook wel dingen zijn die ik niet hoor. [...] Er zit dan bij hun [aanbieder] in ieder geval nog iemand [...] die regelmatig contact heeft met de zorg-au-pair, zo'n case manager. Ja, die kijkt in ieder geval mee. Maar ik zeg ook van, ja, weetje, is het voor die vrouwen ook niet vaak zo: als ik te veel aangeef dat er problemen zijn, ben ik dan niet straks ook mijn werk kwijt?’

In de buitenlandse literatuur is beschreven dat er rivaliteit tussen de belangrijkste mantelzorger en de migrantenzorgwerker kan ontstaan. In onze case studies kwamen we twee duidelijke voorbeelden daarvan tegen. Het is waarschijnlijk geen toeval dat de mantelzorger in beide gevallen deel uitmaakte van hetzelfde huishouden als de zorgontvanger. In het ene geval ontstond er rivaliteit over wie het beste kon bepalen wat goede zorg was voor de ouder. De migrantenzorgwerker vond dat zij daar als professional en met haar opleiding en jarenlange ervaring het beste toe in staat was. De mantelzorger vond dat hij dit het beste kon bepalen omdat hij zijn moeder het beste kende en jarenlang alleen voor haar had gezorgd. In het andere geval werd de relatie tussen de migrantenzorgwerker en de zorgontvanger zo persoonlijk en intens dat de partner van de zorgontvanger het niet meer gezond

vond. De zorgwerker had volgens haar geen professionele instelling, ze verloor de grens tussen werk en persoonlijk leven volledig uit het oog.

### Tevredenheid over de aanbieders

In onze case studies huurden op twee na alle mantelzorgers de migrantenzorgwerkers voor hun ouders of partner in via een Nederlands bureau. Eén mantelzorger had zelf via een Poolse bureau een zorghulp voor zijn vader geworven, hij betaalde het bureau daarvoor een eenmalige vergoeding en huurde de zorghulp vervolgens zelf in. Volgende zorghulpen wierf hij via de eerste en door advertenties in Poolse kranten te plaatsen. In het tweede geval wierven de zorgontvanger en zijn partner 'au pairs' via een internationale website waarop au pairs en gastgezinnen elkaar kunnen vinden. De aldus geworven zorghulpen maakten deel uit van een groter team van formele en informele zorgverleners. In beide gevallen werden zorgovereenkomsten met de zorghulpen gesloten en werden ze betaald uit het pgb van de zorgontvanger. Hieronder beperken we ons tot de ervaringen met de Nederlandse aanbieders.

De tevredenheid van de mantelzorgers over de aanbieders varieert enigszins. Over het algemeen zijn de mantelzorgers tevreden over de communicatie met het bureau. Vaak is er regelmatig contact met de casemanager en reageert die snel als er problemen zijn, bijvoorbeeld als de migrantenzorgwerker het werk niet (meer) aankan of als de zorgbehoevende de zorgwerker niet accepteert. Enkele mantelzorgers vertelden dat het bureau ook een dementie-expert liet meekijken, om de migrantenzorgwerkers beter te kunnen begeleiden of om te kijken of de Wlz-indicatie van de zorgbehoevende nog klopte.

Verschillende mantelzorgers vertelden bewust te hebben gekozen voor een van de duurdere bureaus. Ze wilden zeker weten dat 'het allemaal legaal is', wilden als gewaarborgde hulp geen problemen krijgen. Een mantelzorger vertelde te hebben gezocht naar een aanbieder die niet met (door een buitenlands bedrijf) gedetacheerde zorgwerkers werkt. Ook enkele andere mantelzorgers zeiden bij de keuze van een aanbieder mede te hebben gekeken naar hoe het bureau voor de migrantenzorgwerkers zorgt. Andere mantelzorgers vertelden dat voor hen de doorslag had gegeven dat het bureau goed naar de behoeften van de cliënt (de zorgbehoevende) keek. Een van hen vertelde over het eerste contact met de casemanager van de aanbieder:

'Hij zei: dan kom ik het liefst ook gelijk naar de plek waar je moeder zit [...], dan kan ik even met haar praten. En toen had ik gelijk een goed gevoel, want hij zei: kan ik met haar praten. Dus hij had niet het vooroordeel dat het alleen maar via de kinderen ging. [...] Dat is belangrijk, vind ik, dat-ie mijn moeder ook volledig als uitgangspunt nam.'

Weer andere mantelzorgers zaten zo omhoog, bijvoorbeeld doordat de toestand van hun ouder(s) plotseling verslechterd was, dat ze kozen voor een aanbieder die binnen enkele dagen een migrantenzorgwerker kon plaatsen.

'En op dat moment was het zo dat wij, hier lag een luchtbed en hier sliepen wij, mijn broer en ik en mijn vrouw om beurten. Daar lagen ze [de ouders] in de slaapkamer, want ze konden niet meer hun bed uit, ze konden niet meer alleen naar het toilet, dat was in een maand tijd, mijn moeder kon niet meer, die moest geholpen worden, die ging in een keer heel slecht. [...] En dat hebben we twee weken gedaan en toen zei die van: zaterdag kunnen we iemand hier hebben, en toen zei ik van: nou, dan gaan we ook niet verder zoeken.'

Sommige mantelzorgers zijn tevreden met kanttekeningen. Hierboven bleek al dat sommigen van mening zijn dat de screening en selectie van de migrantenzorgwerkers beter kan. Een mantelzorger vond de informatie die ze zelf vooraf over een nieuwe zorghulp krijgt ook 'heel summier, je weet nooit wat je in huis krijgt'. Meestal stelt het bureau ook maar één kandidaat aan haar voor; ze denkt dat het bureau zelf weinig keus heeft. Enkele andere mantelzorgers vonden dat het bureau voor meer scholing en training van de zorghulpen zou moeten zorgen.

Een andere vaker gemaakte kanttekening is dat het verschil tussen wat de familie aan de aanbieder betaalt en wat de migrantenzorgwerkers betaald krijgen erg groot is. De mantelzorgers vinden de overheadkosten erg hoog, ze zouden meer inzicht willen hebben in de onkostenstructuur van de aanbieder. Daarnaast blijven enkele mantelzorgers twijfels houden over 'of het allemaal wel klopt', of de zorghulpen voldoende betaald krijgen en het bureau zich aan de arbeidswetgeving houdt. Een mantelzorger zegt het minder prettig te vinden dat de arbeidstijden van de zorghulpen niet 'zwart op wit' staan: 'Het is een beetje geven en nemen en overleg.' Enkele anderen vinden de manier van werken van de aanbieder (die samenwerkt met een bureau in Slowakije dat de zorghulpen detacheert) 'ondoorzichtig'.

Er waren ook mantelzorgers met ronduit negatieve ervaringen, die daarom overstapten naar een andere aanbieder. Eén mantelzorger vertelde vier verschillende bureaus te hebben gehad. Dat had deels te maken met reorganisaties of sluitingen bij de bureaus zelf, maar ze wisselde ook zelf een keer van aanbieder, met medeneming van de zorghulp van haar partner, om ervoor te zorgen dat die zorghulp meer betaald kreeg.

Eén mantelzorger besloot de zorghulpen van zijn vader zelf in te gaan huren, toen hij erachter kwam dat ze bij het bureau minder dan het Nederlandse minimumloon betaald kregen. Enkele andere mantelzorgers vertelden dit ook te hebben overwogen. Ze hadden uitgerekend dat ze dan én de zorghulpen meer konden laten verdienen én zelf goedkoper uit konden zijn. Ze besloten toch bij het bureau te blijven, omdat het bureau hun continuïteit bood en hen administratieve rompslomp bespaarde. Of ze wilden per se geen werkgever worden.

'Je hebt natuurlijk ook de mogelijkheid om te zeggen van: ik ga zelf contracten afsluiten met mensen. En dan kun je natuurlijk gewoon wel beter gaan betalen, dan haal je dat hele stuk overhead er tussen uit. Maar dan zit je automatisch weer dat je op het moment dat iemand ziek wordt, moet je daar ook zelf iets voor gaan regelen. En dat is natuurlijk het grote voordeel van zo'n bedrijf: die hebben wel een pool van mensen waar ze uit kunnen tappen, zeg maar. [...] Mijn ouders kunnen geen dag zonder zorg.'

'De familie is zeg maar alleen, wij zijn een inkopende partij van zorg. Wij zijn geen inkopende partij om mensen in dienst te nemen. Je hebt gewoon een portemonnee, en met je portemonnee koop je wat. En wat je dan koopt is altijd in dienst bij een ander. Je neemt niemand in dienst.'

Verschillende mantelzorgers onderhandelden wel met de aanbieder over opslag voor de zorghulp.

'Zij wilde op een gegeven moment opslag en dat kreeg ze niet, dus dat vonden wij natuurlijk ook vervelend. Maar nu is het wel geregeld dat zij wel opslag krijgt. Omdat ze toch wel gewoon hard werkt en het erg goed doet, vinden we het niet meer dan normaal dat ze wat meer krijgt. Dus dat is in ieder geval wel geregeld.'

## Rechtvaardigingen voor het gebruik van inwonende zorg

Sommige mantelzorgers kregen aanvankelijk te maken met gereserveerde of afwijzende reacties uit hun omgeving. De huisarts of een broer of zus twijfelde aan de veiligheid van deze vorm van zorg en meende dat de zorgbehoevende beter verzorgd zou worden in een verpleeghuis, met professionele, gediplomeerde zorgverleners. De mantelzorgers zagen dat anders; velen meenden dat de kans op fouten juist kleiner is als één zorgverlener voor één patiënt of cliënt zorgt; in verpleeghuizen zou de kans op fouten groter zijn.

Soms wordt het inwonende-zorgarrangement door de omgeving met uitbuiting (van de zorgmigrant) of verdringing (van Nederlandse zorgwerkers) geassocieerd.

‘Ik was eigenlijk heel blij. Het was gelukt. We hadden iemand in huis, en het ging helemaal goed komen. En ik was op het werk, en ik vertelde een collega: ik heb het zo en zo geregeld. En mijn collega had haar moeder naar een verpleeghuis gebracht, ze zat in dezelfde situatie, en ze viel bijna uit: hoe kon ik dat doen, dat was uitbuiting, sociale uitbuiting.’

De mantelzorgers rechtvaardigen hun keuze voor het inwonende-zorgarrangement door te wijzen op het gebrek aan alternatieven. Hun ouder of partner heeft min of meer permant zorg of toezicht nodig, maar wil niet naar een verpleeghuis, en 24-uurszorg thuis is onbetaalbaar. Afgezien daarvan vinden ze dat er geen sprake is van verdringing of uitbuiting.

‘Ze komen hier geen werk stelen van Nederlanders, ze komen een behoefte invullen die niet ingevuld kan worden door Nederlanders of die Nederlanders niet in willen vullen. Dat is iets anders.’

Van uitbuiting hoeft volgens deze en andere mantelzorgers ook geen sprake te zijn, alhoewel ze erkennen dat het risico er is. Een mantelzorger die zelf zorgwerkers voor zijn vader had geworven, was zich ervan bewust dat hij profiteerde van het verschil in levensstandaard tussen Nederland en Polen:

‘Ik moet wel zeggen van ja, je maakt een beetje gebruik van de markt. [...] We hebben geprobeerd geen misbruik te maken van hun zwakke positie. Dus normaal salaris, ontlasten door spreiding van verantwoordelijkheden en rekening houden met hun thuisfront.’

‘Het risico van uitbuiting zit er zeker in en dat zal hier en daar ook gebeuren, daar ben ik van overtuigd, maar ik denk dat je het zo moet organiseren dat het [...] een win-winsituatie is voor beide partijen. De ene partij heeft het voordeel dat die zorg betaalbaar is, en de ander heeft het voordeel van dat hij zegt: nou ik heb werk waarbij ik inderdaad wel een offer moet brengen, in die zin dat ik veertien dagen bijvoorbeeld, van huis ben, en daarna wel weer veertien dagen thuis, en dat wil ik zo, dat wil ik ook echt zo. Dan is het goed.’

Ook anderen spreken van een ‘win-winsituatie’. De familie heeft een betaalbare oplossing en voor de zorgwerkers is het hier ‘heel lekker verdienen’, omdat in hun eigen land ‘alles veel goedkoper is’ en ze hier gratis kost en inwoning hebben. Sommigen merken op dat de vaste inwonende zorgverlener steeds graag terugkomt – en zich dus kennelijk niet uitgebuit voelt. Anderen stellen dat de migrantenzorgwerkers veel betere arbeidsvoorwaarden en -omstandigheden hebben dan aspergestekers of vrachtwagenchauffeurs uit dezelfde MOE-landen.

Typierend voor inwonende-zorgarrangementen is dat er geen duidelijke scheiding is tussen werk en vrije tijd of tussen werk en privéleven. De migrantenzorgwerkers worden betaald op basis van een 40- tot 48-urige werkweek, maar zijn wel bijna permanent aanwezig en in geval van nood beschikbaar. Sommige mantelzorgers erkennen dat dit het werk zwaar maakt; anderen denken dat het wel meevalt, in ieder geval bij hun ouder.

‘Ik heb zelf het idee dat die mensen vaak gewoon, gedurende de tijd dat zij dan bij iemand in huis zijn, dan zetten ze hun sociale leven even een beetje opzij haast. [...] Die mensen die doen dan vier weken werken en dan zijn ze twee weken vrij, en in die twee weken moet hun sociale leven zich weer afspelen, daar komt het eigenlijk een beetje op neer. Dus ik vind het heel wat hoor, wat die mensen doen.’

‘Mijn moeder wordt om elf uur wakker, boterhammetje maken, mijn moeder zeurt niet, samen kleren uitzoeken, sieraden uitzoeken, rolstoel naar de voorkamer, krantje. Dan geloof ik om drie uur thee en om half zes eten en om negen gaat ze naar bed. [...] Nou, daarom zeg ik: maak er dan wat van, van negen tot twaalf uur, en 's morgens, als je om acht uur opstaat, tot elf uur is er ook niks. Ga wat doen, ga dan lekker even fietsen of weet ik wat, of verzin dan wat. [...] Maar dat zit niet in hun systeem.’

Daarnaast zijn de mantelzorgers zich ervan bewust dat juist dit gebrek aan scheiding tussen werk en vrije tijd deze vorm van zorg betaalbaar maakt. De mantelzorger die zelf zorgwerkers voor zijn vader had geworven, legde uit:

‘Want weet je, als ik het met Nederlandse zorg had gedaan, had ik het nooit gekund. Want die moeten ook 's nachts worden doorbetaald. [...] De Poolse dames, die kon je betalen naar gelang ze echt werkten. [...] En 's nachts hoefden ze niks te doen. Ze waren wel aanwezig. [...] En bovendien, wat wel zo was, ze kregen wel gratis kost en inwoning. [...] Dankzij deze constructie was het nog betaalbaar.’

Net als de aanbieders maken mantelzorgers onderscheid tussen werktijd (die betaald moet worden) en aanwezigheidstijd (die gecompenseerd wordt in de vorm van kost en inwoning). De laatste mantelzorger liet de zorgwerkers overigens zelf hun werkuren bijhouden:

‘Ik zei van: als je meer uren maakt, dan moet je het zeggen, als je minder uren maakt dan mag je het ook zeggen, maar ik ga je niet minder betalen dan een bepaald minimum. Want ik vond dat ze recht hadden op een bepaald bedrag. Maar ja, hoe moet je in hemelsnaam voor een huisvrouw bepalen wat haar werktijden zijn, dat is niet te doen.’

Soms hebben mantelzorgers wel vragen over andere arbeidsrechtelijke aspecten. Velen weten niet precies wat voor contracten de migrantenzorgwerkers hebben. Een mantelzorger antwoordt op de vraag wat voor contract de zorgwerker heeft: ‘Daar staan wij helemaal buiten.’ Een ander antwoordt: ‘Volgens mij zijn ze zzp'ers, maar ik weet het niet, ze laten daar heel weinig over los eigenlijk.’ Weer een ander zegt niet te begrijpen dat niet alle migrantenzorgwerkers onder het Nederlandse arbeidsrecht vallen:

‘Maar dat is toch ook zoets [...], dan nemen ze zo iemand via een Slowaaks arbeidsbureau in dienst, en valt die dan ineens niet meer onder Nederlandse arbeidsrechten, terwijl die in Nederland werkt? Hoe zit dat nou, dat vraag ik me af. Dat kan toch eigenlijk niet als je in Nederland werkt, ik weet het niet, ik heb daar geen verstand van, maar ik vind het, het is allemaal raar.’

Mantelzorgers hebben soms twijfels over de rechtmatigheid van de wijze waarop de zorgwerkers te werk zijn gesteld, met name als de zorgwerkers gedetacheerd zijn door een buitenlands bureau, maar ook wel als ze een uitzendcontract hebben bij de Nederlandse aanbieder. Deze mantelzorgers vragen zich af 'het allemaal wel klopt' wat aanbieders doen, of ze hebben het idee dat aanbieders 'de mazen van de wet opzoeken'. Maar ze vinden ook dat zij zelf niet verantwoordelijk kunnen worden gehouden voor eventuele overtredingen. Als mantelzorgers hebben ze hun handen vol aan het organiseren van de zorg voor hun oude of partner; hun eerste prioriteit is dat hun ouder of partner goed wordt verzorgd. Ze vinden dat de bureaus verantwoordelijk zijn voor de naleving van de arbeids- en sociale wetgeving en dat de overheid verantwoordelijk is voor het toezicht daarop.

'Wie moet het anders doen? Als iemand die hulp vraagt kun je moeilijk zo'n bureau gaan controleren. Je bent zo afhankelijk.'



## 5. MOTIEVEN EN TEVREDENHEID ZORGWERKERS

In onze case studies spraken we met elf inwonende zorgverleners, tien vrouwen en één man. Tien van de elf respondenten waren afkomstig uit MOE-landen. De meesten waren ouder dan 40 of 50 jaar en ongehuwd of gescheiden.

De meeste respondenten werkten in hun herkomstland niet in de zorg. Een aantal volgde een korte cursus om als inwonend zorgverlener te kunnen worden uitgezonden door een uitzend- of detacheringsbureau in hun herkomstland. De meesten waren één tot drie jaar geleden begonnen met dit werk. Degenen die al langer als inwonend zorgverlener werkten, waren in Duitsland of Oostenrijk met dit werk begonnen. Enkelen deden dit werk al meer dan vijftien jaar, met langere tussenpozen die ze in hun herkomstland doorbrachten.

Veel respondenten vertelden in verschillende EU-landen te hebben gewerkt, het vaakst in Duitsland of Oostenrijk, maar ook België, Engeland en Ierland werden genoemd. Enkelen hadden ook buiten Europa gewerkt. Degenen die door bureaus in hun herkomstland werden gedetacheerd, werkten soms afwisselend in Nederland en andere EU-landen.

De meeste respondenten hadden buiten hun herkomstland alleen als inwonend zorgverlener gewerkt; een klein aantal had in Engeland of Nederland ook in de thuiszorg of een zorginstelling gewerkt of had in Nederland eerst als uitzendkracht in andere sectoren gewerkt.

### Motieven voor de keuze om inwonend zorgverlener te worden

De motieven voor de keuze om dit werk te gaan doen variëren. Voor sommige van de zorgverleners die wij spraken, leek voorop te staan dat het hun de mogelijkheid biedt om in het buitenland te werken. Andere zorgverleners benadrukten dat ze veel voldoening uit dit werk halen:

‘Voor mij is het mooi werk. Ik geef alles wat ik kan, ik wil dat mijn patiënten tevreden zijn, dat ze een mooie tijd met mij hebben.’

Een Slowaakse zorgverlener vertelde dat ze om privé redenen weg wilde uit Slowakije. Ze besloot dit werk te proberen omdat ze graag met oudere mensen werkt en het haar niet al te moeilijk leek. Ze nam een aanbod voor plaatsing bij een cliënt in Nederland aan omdat ze Engels spreekt; in Duitsland en Oostenrijk zou ze daarmee niet aan de slag kunnen. Een andere, al wat oudere Slowaakse wilde naar Nederland omdat haar dochter hier woont. Dit werk bleek een mogelijkheid om die wens te verwezenlijken; ze liet zich uitzenden door een uitzendbureau in haar herkomstland. Ze vertelde vervolgens ontdekt te hebben dat dit werk haar gelukkig maakt.

Financiële motieven spelen altijd ook een rol. Een Hongaarse zorgverlener vatte haar motieven als volgt samen:

‘I like to travel, I like to know more people. [...] It’s my job. I like to take care about other people and to know new country. And if I go abroad, I make more money.’

Alle zorgverleners die wij spraken, vertelden met dit werk meer te kunnen verdienen dan in hun herkomstland mogelijk zou zijn – als ze daar al betaald werk zouden kunnen vinden.

Enkelen hadden een bepaald financieel doel voor ogen. Zo vertelde een Poolse zorgverlener dat ze spaarde om een eigen woning te kunnen kopen in haar herkomstland. Een Hongaarse van middelbare leeftijd wilde vooral ook een hoger pensioen opbouwen. Verschillende respondenten merkten op dat ze bij dit werk een groot deel van hun inkomen kunnen sparen doordat ze gratis kost en inwoning hebben. Alhoewel financiële motieven dus altijd meespelen, tekenden verschillende respondenten daarbij aan dat je dit werk niet alleen voor het geld moet doen. 'Sommigen doen het alleen voor het geld, en ik heb ook vele gezien die drinken', aldus een Slowaakse die dit werk al vele jaren deed.

De meeste zorgverleners die wij spraken hadden geen vastomlijnde ideeën over hoe lang ze dit werk wilden blijven doen. De meesten verwachtten uiteindelijk weer permanent in hun herkomstland te gaan wonen. Enkelen sloten niet uit dat ze in Nederland zouden blijven, omdat ze de mentaliteit in hun herkomstland minder prettig vonden of omdat ze daar geen bestaanszekerheid hadden. 'I don't want to go back to my country, you don't live well there. No security. You work there your whole life for nothing', aldus een van deze migrantenzorgwerkers.

### Tevredenheid over het werk en de werkomstandigheden

De tevredenheid over het werk varieert en hangt onder meer af van de werkomstandigheden, die bij de ene cliënt veel zwaarder kunnen zijn dan bij de andere. De zorgverleners vertelden dat het van de cliënt en diens wensen en behoeften afhangt hoeveel vrije tijd ze hebben, of ze de cliënt even alleen kunnen laten en of ze 's nachts door kunnen slapen. Ook geven ze aan dat het afhangt van de ondersteuning die ze van de familie van de cliënt krijgen. Zorgverleners die dit werk al langer deden, vertelden over heel verschillende, positieve zowel als negatieve, ervaringen. Een van hen zei heel tevreden te zijn over de werkomstandigheden bij haar eerste cliënt in Nederland. Ze lichtte toe dat de mantelzorger zelf veel doet en ook nog aanvullende zorg heeft ingehuurd voor zijn zwaar demente moeder; ze vertelde eerder veel zwaardere jobs te hebben gehad. Een andere zorgverlener sprak van 'a big lottery, you can catch good clients, you can catch clients who ...', en slaakte een diepe zucht.

De tevredenheid met het werk hangt ook af van het referentiekader van de zorgverlener. Een Poolse die eerst jarenlang als uitzendkracht in andere sectoren werkte, zei het werk als inwonend zorgverlener lichter te vinden, ook al moet ze er bijna elke nacht een keer uit. Ze heeft bij dit werk een eigen kamer, in een mooi huis in een grote stad, terwijl ze eerder gewend was een kamer te moeten delen in een uitgeleefd huis in een minder aangename omgeving. Het werk wordt bovendien beter betaald.

Deze Poolse en verschillende andere zorgverleners noemden verder als voordeel van dit werk dat het flexibiliteit biedt. Ze kunnen min of meer zelf bepalen wanneer ze naar huis willen en voor hoe lang. Dit geldt met name voor zorgverleners die gedetacheerd worden door bureaus in hun herkomstland, maar ook zorgverleners die in dienst waren bij een (uitzend)bureau in Nederland vertelden dat ze in overleg met het bureau bepaalden hoe lang ze bij een cliënt wilden werken en hoe lang ze vervolgens naar huis wilden. Een van hen legde uit dat het voordeel van flexibiliteit voor haar opweegt tegen het nadeel van het gebrek aan scheiding tussen werk en vrije tijd:

'I am like another one from the family, like a friend. You are here and you help them doing everything. And then we are supposed to work for five and a half days, but how are you going to measure that? They need you and they call you and you come. You are not going to say no. You

are here, so you work many more hours. But then you have more vacations. For me the most convenient is to work one month and to have two weeks of holiday.'

Het pendelen maakt het mogelijk om het werk als inwonend zorgverlener te combineren met eigen projecten (bijvoorbeeld een eigen bedrijf opzetten, tijd met de kleinkinderen doorbrengen) thuis, zeker als de zorgwerker zelf kan bepalen wanneer en hoe lang ze naar huis wil.

Bij enkele zorgverleners die dit werk al langer deden, was wel een zekere vermoeidheid te bespeuren. Een van hen zei zich 'a kind of gypsy', toerend door heel Europa, te voelen. Een relatie opbouwen is bijvoorbeeld niet mogelijk. Ze zei niet te weten hoe lang ze dit leven nog vol zal houden, hoe fijn ze het werk ook vindt. Deze zorgverlener had geen partner of kinderen. Een andere respondent dacht juist dat het voor vrouwen met een gezin in het herkomstland moeilijker is om dit werk vol te houden.

Verschillende respondenten die zelf geen probleem zeiden te hebben met de werkomstandigheden, vertelden dat ze collega's wel hoorden klagen:

'Ik spreek met andere collega's en veel hebben problemen met de cliënten. Ze hebben meningsverschillen en conflicten. [...] Je bent veel uren alleen met iemand, dus dat kan. Ik heb geen problemen. Het is ook mijn karakter, ik ben makkelijk. Maar het is niet voor allemaal. Deze werk is niet voor allemaal.'

Later in het gesprek, nadat ze eerst nog eens had gevraagd of ze anoniem bleef, bleek deze zorgverlener zelf toch ook heel kritisch over het gebrek aan scheiding tussen werk en vrije tijd:

'Soms, ik moet 's nachts wakker worden omdat meneer is een hele slechte slaper en ik hoor hem beneden. En dan probeer ik hem boven te halen. Dus ik blijf doorwerken, ook al in principe slaap ik. Snapt u? [...] En wij krijgen geen toeslagen voor weekenden of feestdagen. [...] Natuurlijk is het wel mooi, dat ik heb hier geen andere kosten. Dus mijn ziektekosten is al afgehaald met de weksalaris. Ik heb hier geen woonkosten, omdat ik woon bij de cliënt. Ik krijg hier ook eten. Dus alle geld wat ik hier verdien, kan ik behouden. Maar toch.'

## Tevredenheid over de bureaus en de arbeidsvoorwaarden

De tevredenheid van de migrantenzorgwerkers over de bureaus die hen uitzenden, detacheren of bij cliënten plaatsen, varieert eveneens. Het is lastiger te bepalen welke factoren daarbij de doorslag geven. Vooral het referentiekader van de migrantenzorgwerker en de ervaren mate van autonomie of keuzevrijheid lijken van belang.

De zorgverleners die wij spraken, werkten hier op basis van verschillende contracten. De meesten waren aanvankelijk door een bureau in hun herkomstland naar Nederland gedetacheerd. Sommigen werkten hier nog steeds op die basis; anderen werkten ten tijde van het interview als zelfstandige of waren in dienst bij een Nederlands (uitzend)bureau of bij de cliënt zelf. Enigszins tegen onze verwachting in, bleken migrantenzorgwerkers die als zelfstandige of gedetacheerd door een bureau in hun herkomstland hier werkten, zeker niet minder tevreden over hun arbeidsvoorwaarden dan migrantenzorgwerkers met een Nederlands contract.

Een Slowaakse die dit werk met tussenpozen al meer dan vijftien jaar deed, vertelde dat ze ongeveer alle uitzend- en detacheringbureaus in haar herkomstland had uitgeprobeerd en zich nu alleen nog maar liet uitzenden door een paar bureaus die goed en eerlijk

werkten. Ze vertelde goed verzekerd te zijn in Slowakije, waar ze een eigen bedrijf had. Het werken op detachingsbasis bood haar de mogelijkheid om een klus in het buitenland te accepteren wanneer het haar uitkwam. Een andere Slowaakse, die als zelfstandige werd ingehuurd, vertelde dat ze vele jaren had gewerkt en pensioenrechten had opgebouwd in Slowakije. Ze vond het daarom logisch om daar verzekerd te blijven en belasting te betalen. Wat zeker ook meespeelt, is dat deze migrantenzorgwerkers in hun herkomstland minder belasting en premies hoefden te betalen dan in Nederland het geval zou zijn.

Daartegenover stond een Hongaarse die heel blij was met de pensioenrechten die ze in Nederland opbouwt dankzij haar Nederlandse contract:

‘Als ik nu met pensioen ga, zal ik meer pensioen vanuit Nederland krijgen dan vanuit Hongarije. Nu al. Dus dat is ook een van de redenen waarom blijf ik nog steeds hier. Vanwege de hoge pensioen wat ik nu heb opgebouwd met deze baan.’

Een Poolse vertelde dat ze bewust was overgestapt naar een Nederlands bureau vanwege de ziektekostenverzekering:

‘In the beginning I had a contract with Poland, with a Polish company. And I wanted a Dutch contract [...] for the healthcare insurance. If I get sick, then I don't have to go back to Poland. The taxes ... I don't care. But I want to stay, to settle in the Netherlands.’

Een andere zorgwerker, die eerst bij een Slowaaks bureau maar nu bij een Nederlands bureau in dienst was, noemde als voordelen dat ze Nederlandse les heeft gekregen en dat ze met het vliegtuig mag reizen en een Nederlandse ziektekostenverzekering heeft. In loon is ze er niet op vooruit gegaan, maar bij het Slowaakse bureau moest ze na thuiskomst wel langer wachten op de betaling.

Klachten over arbeidstijden werden vooral geuit door zorgwerkers met een Nederlands (uitzend)contract. Het kan toeval zijn, het kan ook zijn dat zorgwerkers met een Nederlands contract een ander (meer ‘Nederlands’) referentiekader hebben dan zorgwerkers met een buitenlands contract. Hoe dan ook, enkelen van hen vertelden dat ze op de urenbriefjes die ze moesten bijhouden een bepaald aantal uren, bijvoorbeeld vijf en een half uur of acht uur per dag moesten schrijven, terwijl ze in werkelijkheid meer uren werkten of in ieder geval op afroep beschikbaar waren. Deze zorgwerkers vonden ook het verschil tussen wat het bureau de cliënt in rekening bracht en wat zij zelf betaald kregen erg groot. Een van hen vond de goede secundaire arbeidsvoorwaarden die het bureau bood niet meer dan een doekje voor het bloeden:

‘En dan, zij zijn trots op hunzelf dat zij betalen onze vliegticket, sturen chauffeur naar ons om naar de vliegveld te brengen en dan weer terug wanneer wij terugkomen. Maar dat betalen wij eigenlijk ook van ons niet betaalde geld.’

Uit de interviews met deze en andere migrantenzorgwerkers bleek dat ze het moeilijk vinden om zelf met het uitzendbureau te onderhandelen over een betere betaling. Een andere optie is overstappen naar een ander bureau. Verschillende migrantenzorgwerkers kenden voorbeelden van collega's die dat hadden gedaan en nu meer verdienden. Anderen betwيفelden of ze bij een ander bureau beter af zouden zijn:

‘Als ik deze baan kwijt raak, kan ik bij een andere bedrijf terecht. Maar overal werken ze met hetzelfde systeem. Dus alles blijft hetzelfde. Alleen ja, werk ik bij een andere organisatie. Maar de situatie is niet verbeterd.’

(Met hetzelfde systeem bedoelde deze respondent dat inwonende zorgverleners niet alle uren die ze werken of aanwezig moeten zijn, betaald krijgen.)

Een derde optie is dat de migrantenzorgwerker de cliënt (diens mantelzorger) inschakelt. Als mantelzorgers tevreden zijn over een zorgverlener, willen ze die graag behouden en tevreden houden. De migrantenzorgwerkers weten dat. Als ze ontevreden zijn over de betaling, ligt het dan ook voor de hand dat ze dit bij de mantelzorger aankaarten. In hoofdstuk 4 zagen we al dat verschillende mantelzorgers pogingen ondernamen om een betere betaling te regelen voor de zorgverleners van hun ouders.

Overigens spraken we ook migrantenzorgwerkers die tevreden waren over hun Nederlandse contract en de primaire en secundaire arbeidsvoorwaarden.

De zorgverleners die wij spraken waren over het algemeen ook wel tevreden over de begeleiding door het Nederlandse bureau waarbij ze in dienst waren of dat hen had bemiddeld. Ze vertelden dat het bureau regelmatig contact opnam of langskwam om te kijken hoe het ging. Als zorgverleners niet zozeer moeite hebben met de betaling maar wel met de zwaarte van het werk, kaarten ze dat soms wel bij het bureau aan. Het bureau kan dan in overleg met de cliënt of diens mantelzorger zoeken naar mogelijkheden om de werklast van de migrantenzorgwerker te ontlasten.

## 6. RISICO'S EN TOEZICHT

In de buitenlandse literatuur over thuisverzorging van ouderen door inwonende migrantenzorgverleners wordt vaak gewezen op risico's voor de zorgwerkers enerzijds en de zorgontvangers anderzijds. Door een gebrek aan toezicht in de werksituatie en het ontbreken van een sociaal netwerk, kunnen de zorgwerkers overbelast raken. Mede daardoor en door een gebrek aan controle op de kwalificaties en de kwaliteit van het werk van de zorgwerkers, bestaat het risico van onveilige zorg voor de zorgontvangers.

Ook in eerdere onderzoeken in Nederland zijn deze risico's gesignaleerd. Enerzijds lijken de inwonende migrantenzorgwerkers op mantelzorgers, met wie de zorgbehoevende een persoonlijke band kan ontwikkelen; anderzijds hebben ze met (andere) zorgprofessionals gemeen dat ze worden betaald en vaak ook dat ze een opleiding tot verzorgende of verpleegkundige hebben gevolgd.<sup>27</sup> Mede door deze ambigue positie zou er sprake zijn van een 'semi-officiële werkwijze' die risico's met zich meebrengt voor de kwaliteit van zorg.<sup>28</sup> Familieleden van de cliënt kunnen de migrantenzorgwerker bijvoorbeeld vragen om verpleegkundige handelingen uit te voeren die zij zelf ook mogen uitvoeren – omdat ze als mantelzorgers niet onder de wet BIG vallen – maar die zorgprofessionals alleen mogen uitvoeren als ze bevoegd zijn.<sup>29</sup>

Medio 2018 berichtten *De Groene Amsterdammer* en *Knack* op basis van uitgebreid journalistiek onderzoek over malafide Bulgaarse bedrijven die inwonende thuiszorg aanbieden in België en Nederland. Twee Bulgaarse zussen bleken negen van dergelijke zorgbedrijven te runnen. De bedrijven werden allemaal in Bulgarije opgericht. Een in België geregistreerd bedrijf wierf de klanten. De klanten betaalden voor deze zorg maandelijks 2.500 euro, terwijl de Bulgaarse zorgwerkers maar 350 tot 700 euro betaald kregen.<sup>30</sup> De berichtgeving leidde tot Kamervragen en een verzoek aan de minister van VWS om een brief over het beleid in dergelijke situaties.<sup>31</sup>

Het was niet de eerste keer dat er Kamervragen werden gesteld over (aanbieders van) inwonende thuiszorg door migranten. In 2009 werden er al vragen gesteld over een bemiddelaar die Poolse 'gezelschapshulpen' plaatste bij Nederlandse cliënten.<sup>32</sup> Kamerlid Leijten (SP) vroeg onder meer of de minister het geen probleem vond dat de zorgverleners geen Nederlands spraken. In 2013 leidden berichten over een bemiddelaar die op zijn website had vermeld dat Nederlanders niet hoefden te solliciteren opnieuw tot vragen in de Kamer. Kamerlid Agema (PVV) stelde dat Nederlandse zorgwerkers werden ingeruild voor Oost-Europeanen en vroeg de minister om de (destijds naderende) openstelling van de arbeidsmarkt voor Roemenen en Bulgaren te stoppen.<sup>33</sup> In beide gevallen zag de minister geen aanleiding tot maatregelen. De berichtgeving en de Kamervragen in 2018 vormden voor de minister evenmin aanleiding om voor buitenlandse bedrijven of zorgverleners de regels die gelden als het gaat om arbeidsmarkt en zorg aan te passen. Wel wilde hij maatregelen ne-

27 Van Bochove, zur Kleinschmiede & Ashu 2017, p. 8.

28 Davies & Mans 2015, p. 25.

29 De Roit & Van Bochove 2015, p. 86.

30 Hofkens & Post 2018.

31 *Kamerstukken II 2017/18*, 23235, 176; *Aanhangsel Handelingen II 2017/18*, 2960.

32 *Aanhangsel Handelingen II 2008/09*, 3765; *Aanhangsel Handelingen II 2009/10*, 146.

33 *Handelingen II 2013/14*, 10, item 5. Het ging over dezelfde bemiddelaar als in 2009, die intussen echter onder een andere naam opereerde.

men om te voorkomen dat zorgaanbieders waarvan bekend is dat ze frauderen actief blijven en ook constateerde hij dat kennelijk niet iedere pgb-houder goed in staat is om de zorg te organiseren en het pgb te beheren.<sup>34</sup>

Misstanden zoals die waarover *De Groene Amsterdammer* berichtte, zijn we in ons onderzoek niet tegengekomen,<sup>35</sup> maar diverse respondenten wezen wel op risico's die aan inwonende thuiszorg kleven. De geïnterviewde cliëntondersteuners vroegen zich bijvoorbeeld af wie de kwaliteit van de zorg in de gaten houdt en hoe het met de professionaliteit en de scholing van de migrantenzorgwerkers is gesteld. Ook wezen ze erop dat cliënten zelf goed op de hoogte moeten zijn van wat juridisch kan en mag als ze een contract aangaan met een aanbieder van inwonende thuiszorg, omdat ze als pgb-houder of gewaarborgde hulp zelf verantwoordelijk zijn voor de rechtmatigheid van de met het pgb ingekochte zorg. Andere respondenten wezen erop dat gebruikers van deze vorm van zorg niet snel zullen klagen over de kwaliteit van de geleverde zorg en migrantenzorgwerkers niet over hun werksituatie; dat maakt het werk van de toezichhoudende inspectiediensten (Inspectie SZW en Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd) er niet makkelijker op.

In onze case studies zagen we dat de gebruikers van deze vorm van zorg het risico van onveilige zorg relativeren. Sommige mantelzorgers zijn zich wel bewust van het risico van overbelasting van de zorgwerker, anderen menen dat het in hun geval niet zo'n vaart loopt. Ook hebben mantelzorgers soms twijfels over de rechtmatigheid van de wijze waarop de zorgwerkers te werk zijn gesteld. Uit de case studies bleek verder dat de migrantenzorgwerkers over een zekere onderhandelingsmacht kunnen beschikken doordat mantelzorgers er belang bij hebben dat een zorgwerker die goed met hun ouder(s) kan omgaan zo lang mogelijk blijft en/of steeds weer terugkomt. Ook zeiden enkele van de geïnterviewde zorgwerkers makkelijk van werkgever of detacheerder te kunnen wisselen. Zowel 'exit' als 'voice' kunnen dus een optie zijn voor althans sommige migrantenzorgwerkers die ontevreden zijn over hun werksituatie of arbeidsvoorwaarden.

De geïnterviewde aanbieders meenden dat het risico van uitbuiting en ondermaatse zorg vooral bestaat als families zelf migrantenzorgwerkers inhuren en hen zwart betalen, bijvoorbeeld omdat ze niet in aanmerking komen voor een pgb op basis van de Wlz.

'Dan wordt er natuurlijk zwart betaald. Nou en dan vind ik gewoon dat we daarvoor moeten waken in Nederland, want dan is er geen toezicht meer op de arbeidsomstandigheden van de medewerker, is er geen toezicht meer op de veiligheid van de klant, en daar komen de rare verhalen vandaan.'

## Mantelzorgers over risico's en risicobeheersing

De meeste mantelzorgers in onze case studies relativeerden het risico van onveilige of ondermaatse zorg. Verschillende mantelzorgers meenden dat de kwaliteit van de verpleegkundige zorg misschien beter gewaarborgd is in verpleeghuizen, maar de kwaliteit van de sociale en emotionele zorg woog voor hen zwaarder. Een voorbeeld:

Hij denkt dat het op een gegeven moment niet meer verantwoord zal zijn om zijn vader nog thuis te houden, maar is 'geneigd om het risico te nemen en te kijken waar het schip strandt.'

---

34 *Kamerstukken II 2017/18, 23235, 176; Aanhangsel Handelingen II 2017/18, 2960.*

35 Het betrokken bedrijf, dat aanvankelijk ook een vestiging in Nederland had, weigerde medewerking aan het onderzoek.



Zijn broers en zussen zijn wat meer bevreesd voor de risico's, ze zouden een verpleeghuis nu al veiliger vinden.

Andere mantelzorgers meenden dat de risico's juist kleiner zijn dan in verpleeghuizen. Enkele voorbeelden uit onze case studies:

De zorghulpen mochten van het bureau niet meer helpen bij de inname van medicijnen. De mantelzorger gelooft niet dat het risico op fouten groot was, denkt zelfs dat het risico groter is in het verpleeghuis waar zijn moeder nu is opgenomen, omdat haar tabletten daar niet in een medicijnenrol zitten.

De huisarts vroeg zich af of de buitenlandse zorgwerkers katheters konden spoelen en dergelijke. Ook de thuiszorg had bedenkingen. Later zei de huisarts: dit is het beste wat je ooit had kunnen doen. De mantelzorger zelf denkt niet dat de risico's groter zijn dan in zorginstellingen, ze zijn eerder kleiner omdat er minder verschillende zorgverleners zijn. De inwonende zorgverleners houden een map bij over de zorg. De huisarts schrijft daar ook in op wanneer zijn vaders kathether moet worden gewisseld en dergelijke.

Uit het laatste voorbeeld blijkt dat het risico van onveilige of ondermaatse zorg kan worden beperkt door de huisarts of andere reguliere zorgprofessionals te laten meekijken. In onze case studies bleek dat vaak te gebeuren. De helft van de zorgontvangers ontving aanvullende zorg van reguliere thuiszorgaanbieders. In andere gevallen was er bijvoorbeeld een arts in de familie die 'de vinger aan de pols' hield, of betaalde de mantelzorger een geriatrisch verpleegkundige om dit te doen. Bovendien hebben sommige aanbieders een verpleegkundig coördinator in dienst, die de zorgwerkers kan instrueren en begeleiden. Enkele mantelzorgers vertelden dat de aanbieder ook een dementie-expert had ingeschakeld om de toestand van hun ouder te beoordelen en advies te geven.

Als de reguliere thuiszorg of andere reguliere zorgprofessionals meekijken, kan dat ook helpen om de inwonende zorgwerker te beschermen, zo blijkt uit het volgende voorbeeld:

De mantelzorger vertelt dat haar moeder wel eens agressief is richting de zorghulp. De zorghulpen geven dat niet altijd direct aan haar door. Ze kan zich voorstellen dat ze misschien bang zijn om hun werk kwijt te raken als ze te vaak aangeven dat er problemen zijn. Daarom is ze ook blij dat er nog andere zorgverleners bij haar moeder over de vloer komen; die nemen wél contact met haar op als ze een probleem signaleren.

Andere mantelzorgers vertelden over migrantenzorgwerkers die nooit uitgingen, ook niet op hun vrije dag. Hun sociale leven speelde zich uitsluitend in het herkomstland af. Het gaf de mantelzorgers een ongemakkelijk gevoel, maar van uitbuiting was volgens hen geen sprake (zie ook hoofdstuk 4).

Alhoewel ze het risico van onveilige zorg relativeerden, constateerden verschillende mantelzorgers dat niet alle migrantenzorgwerkers goed met demente zorgbehoevenden om kunnen gaan. Sommigen hadden daarom twijfels over de scholing van de migrantenzorgwerkers en de screening en selectie door de aanbieders. Eén mantelzorger had ronduit slechte ervaringen. De migrantenzorgwerker die voor haar partner zorgde, had 'geen professionele instelling' en verloor de grens tussen werk en persoonlijk leven volledig uit het oog. De casemanager van de aanbieder bagatelliseerde het probleem; volgens hem waren de zorgontvanger en de migrantenzorgwerker tevreden.



## Aanbieders over risico's en risicobeheersing

In een eerdere studie over deze vorm van zorg werden verschillende strategieën beschreven die aanbieders hanteren om de risico's voor zowel de cliënten als de zorgwerkers te beperken.<sup>36</sup>

Een eerste strategie bestaat uit het weren van risicovolle cliënten en zorgverleners. Risicovolle cliënten zijn zorgbehoevenden die geen mantelzorgers hebben en cliënten met verkeerde motieven. Als mantelzorgers ontbreken, is er een (te) groot risico op overbelasting van de migrantenzorgwerker. Ook cliënten die op zoek lijken naar een (seksuele) partner worden geweerd. Bij de selectie van zorgverleners kijken de aanbieders naar werkervaring en gezinssituatie. Als risicovol worden zorgverleners zonder ervaring (in het buitenland) en zorgverleners met jonge kinderen gezien. Een tweede strategie bestaat uit het monitoren van de zorgverlening. Een derde strategie bestaat uit het faciliteren van pendelmigratie. Als twee of meer zorgverleners bij toerbeurt voor een cliënt zorgen, heeft dat volgens de aanbieders voordelen voor de cliënt zowel als voor de de zorgwerkers. De cliënt en diens mantelzorgers hebben de zekerheid van een vast team van migrantenzorgwerkers en de zorgwerkers kunnen tijdens hun verblijf in het herkomstland fysiek en mentaal 'bijtanken'.<sup>37</sup>

Al deze strategieën kwamen we ook bij de aanbieders in ons onderzoek tegen. Over de selectie van cliënten vertelden ze bijvoorbeeld dat er altijd een mantelzorger als aanspreekpunt moet zijn, dat de inwonende buitenlandse zorgwerker niet de enige zorgverlener mag zijn en dat er wordt samengewerkt met de reguliere thuiszorg:

'De mantelzorger is de coördinator, eigenlijk. De thuiszorg en onze medewerker schrijven samen in het zorgplan, die dragen aan elkaar over. Zo hebben we eigenlijk een zelfregulerend klein team. [...] Er wordt altijd in een team gewerkt. Dat beschermt onze medewerkers, de zorg die wij leveren en de cliënt.'

'Er zijn [...] eigenlijk altijd wel meerdere familieleden rondom die hulpbehoevende die voor die zorg willen zorgen. [...] Het is niet zo van: hier zijn de sleutels en daar zit mevrouw en zorg er maar voor. Het is iets dat je samen doet.'

Ook zeiden aanbieders alert te zijn op cliënten 'met verkeerde bedoelingen':

'Het komt voor dat mannen het bedrijf bellen met verkeerde bedoelingen; die vragen dan als eerste om foto's.'

Bij de selectie van zorgwerkers zeiden de geïnterviewde aanbieders behalve naar opleiding en taalkennis ook te kijken naar leeftijd, gezinssituatie en ervaring in het buitenland. Enkele voorbeelden:

Het bedrijf stelt onder meer als eis dat de zorgwerkers een basiscursus hebben gevolgd en ervaring hebben in het buitenland, kijkt verder naar leeftijd (tussen 30 en 60, liever niet jonger), en checkt de taalbeheersing (Duits of Engels op B1 niveau).

---

36 Van Bochove, zur Kleinschmiede & Ashu 2017, p. 12 e.v.

37 Van Bochove, zur Kleinschmiede & Ashu 2017, p. 16.

Het bedrijf werkt alleen met Poolse dames, tussen de 40 en 55 jaar, die geen jonge kinderen meer hebben. Ze moeten Engels of Duits spreken, of Nederlands op basisoniveau.

Het bedrijf werkt vooral met vrouwen van wie de kinderen uit huis zijn en daarnaast met jongere vrouwen die nog geen kinderen hebben. Velen hebben ervaring in verschillende landen.

De zorgwerkers zijn afkomstig uit Hongarije, de meesten hebben een opleiding en ervaring in de zorg. Voor hun komst naar Nederland krijgen ze in Hongarije Nederlandse les en worden ze voorbereid op het werken in Nederland.

De tweede strategie, het monitoren van de zorgverlening door en de werksituatie van de inwonende zorgverleners, werd eveneens door alle aanbieders met wie wij spraken genoemd. Veel aanbieders hebben een of meer zorgcoördinatoren met een verpleegkundige opleiding in dienst. Er zijn wel verschillen in de frequentie waarmee deze zorgcoördinatoren of de casemanagers op bezoek gaan bij cliënten, zo blijkt ook uit de volgende voorbeelden:

De cliënten hebben een vaste contactpersoon bij het bedrijf, die elke zes weken langsgaat. Het is voorgekomen dat vrouwelijke zorgwerkers werden lastiggevallen door mannelijke cliënten. De vrouwen zelf durven daar niet altijd direct iets van te zeggen. Daarom vindt het bedrijf het ook belangrijk dat de contactpersoon iedere zes weken langsgaat en dan apart met de zorgwerker en de cliënt praat.

Twee Nederlandse medewerksters van het bedrijf, verpleegkundigen, zijn 24/7 bereikbaar voor vragen van de zorgwerkers, 'omdat de meeste zorg-au-pairs onvoldoende zicht hebben op de context van de Nederlandse gezondheidszorg, en soms is dat essentieel'. Deze verpleegkundige coördinatoren instrueren de zorgwerkers ook, bijvoorbeeld over het gebruik van tilliften. Minimaal elke drie maanden gaan ze op huisbezoek om met de cliënt en de familie te evalueren hoe het gaat. Een zwak punt is dat de meeste zorgwerkers onvoldoende schrijfvaardigheid in het Nederlands hebben om de zorgdossiers bij te houden. Daarom is het bedrijf nu bezig de zorgdossiers te digitaliseren, zodat de verpleegkundige coördinatoren op afstand kunnen meekijken.

Het bedrijf heeft twee Pools-Nederlandse medewerksters die contact met de zorgwerkers onderhouden. De eigenaars van het bedrijf onderhouden contact met de cliënten. Bij problemen bellen de zorgwerkers eerder de Pools-Nederlandse dames dan het bureau in Polen waar ze in dienst zijn. Het bedrijf heeft een eigen gedragscode waarin precies staat beschreven 'hoe wij verwachten dat de verzorgende met de klant omgaat, maar andersom de klant ook met de verzorgende'. Deze code wordt bij iedere plaatsing getekend door de klant en de zorgwerker. Het bedrijf maakt ook nieuwsbrieven voor klanten en zorgwerkers.

Ook het laten roteren van de migrantenzorgwerkers werd door aanbieders in ons onderzoek genoemd als een manier om risico's voor zowel de zorgwerkers als de cliënten te beperken. Een van hen vertelde bijvoorbeeld dat het voor de zorgwerkers lastig kan zijn om professionele afstand te bewaren als cliënten nogal dwingend beslag op hen leggen. De cliënt zelf en de familie hebben vaak een voorkeur voor een bepaalde zorgwerker, die willen ze zo lang mogelijk houden en zo vaak mogelijk terug. Het bedrijf probeert dat soms te doorbreken door de zorgwerker bij een andere cliënt te plaatsen. Voor de zorgwerker kan afwisseling juist prettig zijn. En volgens deze aanbieder is het ook voor de cliënt goed als meerdere zorgwerkers elkaar afwisselen, omdat het dan geen probleem hoeft te zijn als een zorgwerker uitvalt. (Voor de aanbieder zelf heeft het uiteraard ook voordelen als het met zorgwerkers kan schuiven.)

Verscheidene aanbieders wezen er bovendien op dat de zorgwerkers die zij plaatsen geen verpleegkundige handelingen verrichten. Cliënten die verpleegkundige zorg nodig

hebben, moeten daarvoor de reguliere thuiszorg inschakelen. Ook dat kan een strategie zijn om risico's te beperken (waaronder aansprakelijkheidsrisico's voor het bedrijf zelf):

'Wij leveren de basis en mocht er een zorgvraag bij komen, dan proberen we ook altijd dat de thuiszorg daarbij komt of een zelfstandige zzp'er of de huisarts [...]. Ik denk dat je dan ook met zijn allen verantwoord bezig bent.'

## Opvattingen over het toezicht op aanbieders, zorgverlening en werksituatie zorgverleners

In hoofdstuk 4 kwam al aan de orde dat mantelzorgers soms twijfels hebben over de rechtmatigheid van de wijze waarop de zorgwerkers te werk zijn gesteld. Deze mantelzorgers vragen zich af 'het allemaal wel klopt' wat aanbieders doen, maar ze vinden ook dat zij zelf niet verantwoordelijk kunnen worden gehouden voor eventuele overtredingen. Als mantelzorgers hebben ze hun handen vol aan het organiseren van de zorg voor hun oude of partner; hun eerste prioriteit is dat hun ouder of partner goed wordt verzorgd. Ze vinden dat de aanbieders verantwoordelijk zijn voor de naleving van de arbeids- en sociale wetgeving en dat de overheid verantwoordelijk is voor het toezicht daarop.

De regionale zorgkantoren beslissen over de toekenning van persoonsgebonden budgetten voor Wlz-zorg en controleren de zorgovereenkomsten die budgethouders met zorgverleners sluiten en de bijbehorende zorgbeschrijvingen. Een van de geïnterviewde mantelzorgers verwachtte dat het Zorgkantoor dan ook controleert of de aanbieders zich aan alle relevante wet- en regelgeving en met name de arbeids- en sociale wetgeving houden. Hij vertelde over een telefoongesprek dat hij voerde met het Zorgkantoor:

'Dus ik heb het idee dat er dingen worden gedaan die ze eigenlijk niet zouden mogen doen, en de grap is dat als je het Zorgkantoor erover belt [...], dan zeggen zij: als er een zorgcontract is en een zorgplan, dan is het goed. Ik zeg: is er dan niemand die kijkt naar hoe dat bedrijf werkt. Nee, niemand. Ik zeg: wie moet dat doen. Dat moet u doen. Ik zeg: ja maar ik ben Sherlock Holmes niet. [...] Ik vind dat je als overheid [...] die dat geld toekent, dat je toch ergens een soort van controlerende instantie moet hebben en dat is er niet.'

Anders dan bij zorg in natura is bij een pgb de pgb-houder of diens 'gewaarborgde hulp' zelf verantwoordelijk voor de kwaliteit en rechtmatigheid van de met het pgb ingekochte zorg. De mantelzorgers in onze case studies voelden zich wel verantwoordelijk voor de kwaliteit van de zorg voor hun naaste, maar de meesten vonden dat ze niet verantwoordelijk kunnen worden gehouden voor eventuele overtredingen van arbeids- en sociale wetten. Gevraagd wie daar dan wel op zou moeten controleren, antwoordde een van hen:

'Dat is lastig. Ik denk de overheid. Als ze zo'n puinhoop van de zorg maken dat mensen gedwongen zijn om iets anders te gaan zoeken, dan vind ik dat ze daar wel een verantwoordelijkheid in hebben. Echt. Want wie moet het anders doen? Als iemand die hulp vraagt, kun je moeilijk zo'n bureau gaan controleren. Je bent zo afhankelijk, je hebt hulp nodig, en je laat je alles aansmeren.'

Tegelijkertijd vrezen sommigen dat meer overheidstoezicht ten koste zal gaan van de betaalbaarheid van deze vorm van zorg. Een van de geïnterviewde mantelzorgers zei daarom 'geen voorstander van heel strenge overheidscontrole' te zijn, ondanks de ethische bedenkingen die hij ook wel had:

‘Ik zit er zelf ook een beetje mee, want ik voel mij eerlijk gezegd verantwoordelijk richting die mensen die daar voor het minimumloon 24 uur per dag zitten en ze krijgen opdracht om vijf uur per dag te schrijven. [...] Uiteindelijk denk ik: deze mensen zijn dolblij met deze baan en ik ben dolblij dat zij hier zitten. Het is ook wel een ethische vraag: kun je dit mensen aandoen? Maar als dit het dubbele zou kosten dan zouden we het niet zo lang volhouden.’

Met betrekking tot de kwaliteit van de zorgverlening vinden lang niet alle mantelzorgers meer toezicht door overheidsinstanties nodig of wenselijk. Enkele voorbeelden uit onze case studies:

Het Zorgkantoor kwam één keer op huisbezoek, om te kijken of het pgb correct werd besteed en of zijn vader tevreden was over de zorg. Hij twijfelt of de overheid meer toezicht zou moeten uitoefenen. Hij heeft er niet veel vertrouwen in dat het zou werken.

Ze vindt dat de familie het beste zelf toezicht kan houden. Overheidsinstanties zijn daar minder goed toe in staat: ‘Dan komt er een mevrouw langs met een stapel formulieren en dan zit iedereen leuk met elkaar te kletsen en dan gaat die mevrouw weg, dan weet je toch nog niks?’ Ze vindt ook dat de familie er verantwoordelijk voor is dat hun familielid goed wordt verzorgd.

Terwijl veel mantelzorgers in ons onderzoek het beeld hadden dat overheidsinstanties weinig toezicht uitoefenen op de aanbieders, vertelden enkele aanbieders juist over de moeite die het hen kostte om aan eisen van de Inspectie SZW of de IGJ te voldoen:

‘[D]eze vorm van zorg [wordt] op dit moment eigenlijk onmogelijk gemaakt door de normen van IGZ<sup>38</sup> en Arbeidsinspectie. Deze normen zijn opgesteld voor andere vormen van zorg en mijns inziens daarom niet geschikt voor au-pair-zorg. Het zou mooi zijn wanneer we in de toekomst een eigen set normen krijgen waarop we getoetst worden.’

Volgens een aanbieder die ten tijde van het interview te maken had met een onderzoek van de Inspectie SZW lagen hijzelf en andere aanbieders op het punt van arbeidstijden ‘onder een vergrootglas’. Een andere aanbieder, die met gedetacheerde zorgwerkers werkte, zei het lastig te vinden om aan de eisen van beide toezichthouders te voldoen. De IGJ wil dat het bedrijf de migrantenzorgwerkers goed instrueert, om de veiligheid van de zorg te waarborgen – het bedrijf wil dat zelf ook. Maar de Inspectie SZW zou het bedrijf op grond daarvan als werkgever kunnen aanmerken – wat het bedrijf wil voorkomen. Overigens had slechts een minderheid van de geïnterviewde aanbieders daadwerkelijk met een van beide toezichthouders te maken gekregen. Beide inspectiediensten werken vooral met risicogestuurd toezicht en incidententoezicht. De laatste jaren streeft de IGJ er daarnaast naar om nieuwe zorgaanbieders (instellingen, geen solisten) binnen zes maanden na de start van de zorgverlening te bezoeken. Dit gebeurt op grond van vrijwillige melding bij het CIBG. Met de komst van de Wet toetreding zorgaanbieders wordt deze melding een verplichting.

#### *Tekstkader 8: Toezicht op nieuwe zorgaanbieders*

De Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi) bepaalt dat organisaties een WTZi-toelating moeten aanvragen als ze zorg leveren die valt binnen de Zorgverzekeringswet of de Wet Langdurige Zorg (Wlz), maar dit geldt niet als de zorg wordt betaald uit een pgb,

---

38 Ten tijde van het interview heette de IGJ nog IGZ.

of als de organisatie de zorg levert als onderaanneming.<sup>39</sup> Een WTZi-toelating is ook niet nodig als de zorgverlener de zorg levert als zelfstandige zonder personeel (zzp'er). Het wetsvoorstel Wet toetreding zorgaanbieders (Wtza), dat in september 2017 bij de Tweede Kamer is ingediend, voorziet in een meldplicht voor alle nieuwe aanbieders van zorg als bedoeld in de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz). Hieronder vallen ook aanbieders van zorg die uit pgb's wordt betaald en die valt binnen de Wlz of de Zorgverzekeringswet. Niet onder de Wkkgz vallen personen en organisaties die uitsluitend 'bemiddelen of coördineren, waarbij degene die bemiddelt of coördineert zelf geen zorg verleent of doet verlenen'.<sup>40</sup> De nieuwe wet, die op zijn vroegst in juli 2020 in werking zal treden, moet ertoe leiden dat nieuwe zorgaanbieders zich bewust zijn van de wettelijke eisen en het kwaliteitskader van de eigen sector, vóórdát ze met de zorgverlening beginnen.

De Inspectie voor Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) bezoekt sinds 2015 nieuwe zorgaanbieders in onder meer de ouderenzorg en de thuiszorg die bij haar in beeld komen. Vooruitlopend op de Wtza worden nieuwe zorgaanbieders sinds 2016 aangespoord om zich (vrijwillig) bij de Inspectie te melden en een vragenlijst in te vullen. De Inspectie beoordeelt dan of de zorgaanbieder onder haar toezicht valt.<sup>41</sup> Als dit het geval is en het een instelling betreft die onder de Wkkgz valt, wordt de aanbieder binnen zes maanden na de start van de zorgverlening bezocht en gaat de IGJ aan de hand van een checklist met vijftien onderwerpen na of de zorgaanbieder alles op orde heeft.<sup>42</sup>

Niet onder het toezicht van de IGJ vallen personen en organisaties die uitsluitend bemiddelen. Dit is overigens niet altijd makkelijk vast te stellen: 'Dat is echt maatwerk, dat is echt zoeken van: in welke mate is iemand [...] aanspreekbaar op de kwaliteit van de zorg, wat schrijft die voor, wat regelt die allemaal', aldus een van de door ons geïnterviewde IGJ-medewerkers. In de praktijk zullen aanbieders die zich in het Handelsregister als bemiddelaar inschrijven echter pas in beeld komen bij de IGJ 'bij of heel duidelijke signalen uit het veld of door calamiteiten', aldus dezelfde respondent.

## Toezicht in de praktijk

Er zijn veel verschillende instanties betrokken bij de uitvoering en handhaving van wet- en regelgeving op het gebied van de zorg enerzijds en arbeids- en sociale wetten anderzijds. Gebruikers van inwonende zorg krijgen (als pgb-houders) vooral met het Zorgkantoor in hun regio en de Sociale Verzekeringsbank te maken. Aanbieders van deze vorm van zorg kunnen onder meer met de Inspectie SZW en de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd te maken krijgen.

---

39 CIBG, *Toelating Zorginstellingen: Voor wie*, 14 mei 2019, te vinden op: [www.wtzi.nl/voor-wie](http://www.wtzi.nl/voor-wie) (laatst geraadpleegd op 24 mei 2019).

40 Ministerie van VWS 2017, p. 5.

41 CIBG, *Melden nieuwe zorgaanbieders: Voor welke zorgaanbieders?*, 10 januari 2019, te vinden op: [www.meldennieuwezorgaanbieders.nl](http://www.meldennieuwezorgaanbieders.nl) (laatst geraadpleegd op 24 mei 2019).

42 De checklist is te vinden op de website van de IGJ: [www.meldennieuwezorgaanbieders.nl](http://www.meldennieuwezorgaanbieders.nl) (laatst geraadpleegd op 24 mei 2019).

*Tekstkader 9: Instanties betrokken bij aanvraag en beheer van pgb's-Wlz*

Voor deze vorm van zorg wordt door vrijwel alle gebruikers een pgb uit de Wlz aangevraagd. Voorafgaand aan die aanvraag moet het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) vaststellen welke zorg nodig is. Het CIZ stuurt de indicatie naar het Zorgkantoor in de regio waar de verzekerde woont.

Het Zorgkantoor voert een 'bewuste-keuzegesprek' met de verzekerde of diens gewaarborgde hulp om te beoordelen of een pgb bij de verzekerde past. (Een 'gewaarborgde hulp' is nodig als het voor de verzekerde zelf lastig is om volledig regie te voeren over het pgb en is bij bepaalde zorgprofielen wettelijk verplicht.) Als het pgb wordt toegekend – het Zorgkantoor kan ook beslissen dat de verzekerde geen pgb, maar zorg in natura krijgt – moet de verzekerde of diens gewaarborgde hulp een zorgovereenkomst afsluiten met elke zorgverlener en bij elke overeenkomst een zorgbeschrijving maken. In de zorgbeschrijving moet worden vermeld welke zorg de zorgverlener precies gaat geven. Deze overeenkomsten en beschrijvingen moeten ook weer worden goedgekeurd. Het Zorgkantoor voert een zorginhoudelijke beoordeling uit (past de zorg die wordt ingekocht bij de indicatie) en stuurt de zorgovereenkomst na goedkeuring door naar de Sociale Verzekeringsbank (SVB), die een arbeidsrechtelijke beoordeling (onder meer op contracttype, minimumloon, familieverhoudingen) uitvoert.

Voor de zorgovereenkomsten moet (sinds april 2017) verplicht gebruik worden gemaakt van modelcontracten van de SVB. Daarbij kan uit vier mogelijkheden worden gekozen: overeenkomst van opdracht met zorginstelling; overeenkomst met partner of familielid; overeenkomst van opdracht; arbeidsovereenkomst. Het budget wordt (sinds 2015) ook door de SVB beheerd. De budgethouder kan vanuit dit budget betalingen laten doen aan zijn zorgverleners, maar moet hierover wel verantwoording afleggen aan het Zorgkantoor.

Voor de vergoeding of het loon dat aan de zorgverlener wordt betaald gelden maximumbedragen. Aan een professionele zorgverlener mag maximaal 63 euro per uur worden betaald, aan een niet-professionele zorgverlener of een familielid maximaal 20 euro per uur. Daarnaast geldt afhankelijk van het type overeenkomst dat ten minste het minimumloon moet worden betaald.

Het Zorgkantoor legt huisbezoeken bij pgb-houders af; elk jaar wordt een op de drie pgb-houders bezocht. Tijdens deze huisbezoeken kan informatie en advies worden gegeven en wordt gecontroleerd of het pgb daadwerkelijk wordt besteed aan zorg die de pgb-houder nodig heeft en of de administratie op orde is.

Pgb-houders betalen een eigen bijdrage, die afhankelijk is van hun inkomen en vermogen, huishouden en indicatie. Deze bijdrage wordt vastgesteld en geïnd door het Centraal Administratie Kantoor (CAK).

Zorgbehoevenden en hun mantelzorgers kunnen voor gratis onafhankelijke cliëntondersteuning bij de aanvraag van Wlz-zorg en bij het regelen van zorg terecht bij organisaties als Zorgbelang en MEE. Gemeenten en zorgkantoren zijn verplicht om ervoor te zorgen dat onafhankelijke ondersteuning gratis beschikbaar is. Daarnaast is er de landelijke belangenvereniging van pgb-houders Per Saldo, waarbij leden terecht kunnen voor informatie en advies en die zelfs cursussen over het aanvragen en beheeren van een pgb aanbiedt, en zijn er vele particuliere pgb-adviseurs, mantelzorgmakers, enzovoorts, die hun diensten aanbieden aan mantelzorgers en pgb-houders.

## Zorgkantoor en Sociale Verzekeringsbank

De regionale zorgkantoren en de Sociale Verzekeringsbank (SVB) controleren de zorgovereenkomsten die pgb-houders met hun zorgverleners sluiten. De taakverdeling is zo dat het Zorgkantoor de zorginhoudelijke en de SVB de arbeidsrechtelijke aspecten beoordeelt.

De zorgkantoren leggen ook huisbezoeken bij pgb-houders af, om te controleren of het pgb wordt besteed aan de zorg die de pgb-houder nodig heeft en of de administratie op orde is. Meestal worden de bewuste-keuzegesprekken die voorafgaan aan de toekenning van een pgb eveneens bij de zorgbehoevende thuis gevoerd. Medewerkers die deze gesprekken voeren en/of op huisbezoek gaan, vertelden bij inwonende 24-uurszorg speciaal te vragen naar hoe de kwaliteit van de zorg wordt gewaarborgd (wat voor opleiding hebben de zorgwerkers) en hoe de communicatie tussen cliënt en zorgwerker verloopt of zal gaan verlopen:

‘En ik vraag ook wel vaak door over de taal, over eventueel een taalbarrière die ze hebben. Want ik was laatst bij iemand en die au-pair sprak dus ook geen Engels of Duits. [...] En ja, dan denk ik wel van: is het dan wel kwalitatief goede zorg? Want als jij in een bepaalde situatie zit dat je zorg nodig hebt en je kan het niet duidelijk maken aan de zorgverlener ... is dat dan wel handig?’

Een van deze medewerkers vertelde bij deze vorm van zorg ook vragen te stellen over de arbeidstijden van de inwonende zorgwerker:

‘Ik vind het altijd wel heel bewonderenswaardig dat mensen dat willen doen en kunnen doen. Maar ik vraag altijd wel van: heeft de zorgverlener dan ook vrije tijd? [...] Het is lastig om te zeggen, want tussen de zorgmomenten ... Stel, je hebt iemand voor de tv gezet, alles is gedaan, gegeten, gedronken, wc, gedoucht, aangekleed, iemand gaat twee uur lang puzzelen, een boekje of tv kijken of wat dan ook. Op dat moment lever je geen zorg natuurlijk, maar ben je misschien wel even de keuken aan het opruimen en dat is dan ook niet echt vrije tijd.’

Medewerkers die de zorgovereenkomsten en zorgbeschrijvingen beoordelen, hebben soms dezelfde twijfels:

‘Je kunt [in de zorgovereenkomsten] kiezen voor variabele uren, met een uurloon, of een vast aantal uren per week met een maandloon daartegenover. En wat we het meeste zien bij deze constructie is dat iemand 40 uur per week werkt. Dan moet er ook worden aangegeven op wat voor tijden en dagen, en vaak is dat dan: van maandag 12 uur 's nachts tot zondag 12 uur 's nachts, ergens daartussen vinden die 40 uur plaats. Op papier. [...] Het zijn vaak Poolse dames, die hebben hier geen sociaal netwerk, geen sociale kring, geen vrienden, geen hobby's, helemaal niks, dus in de praktijk zijn die gewoon altijd aanwezig, bij de budgethouder, en leveren dus ook meer zorg [...]. Dus die 40 uren die worden wel overschreden, in de praktijk, maar op papier niet.’

Zij moeten echter vooral beoordelen of de zorg die wordt ingekocht (soort werkzaamheden en aantal uren) klopt met de indicatie, en dat is bij deze vorm van zorg in het algemeen wel het geval. Het Zorgkantoor kan pgb-aanvragen ook niet op deze grond (twijfels over de arbeidsomstandigheden van de zorgwerker) afwijzen:

‘Dat klinkt heel cru, maar de zorgverlener is in principe geen partij voor ons. Want wij hebben te maken met de budgethouder. Daar ligt de verantwoordelijkheid. [...] De stukken worden ook



aangeleverd door de budgethouder zelf of door de gewaarborgde hulp. Dus je komt ook niet zozeer met de zorgverlener in contact.'

'Het is geen afwijzingsgrond. [...] We kunnen dan wel om een huisbezoek vragen, maar in eerste instantie kunnen wij het daar niet op afkeuren.'

De afdeling Dienstverlening PGB van de SVB controleert of zorgovereenkomsten voldoen aan arbeidswetgeving en de wet- en regelgeving omtrent pgb's, maar voor deze instantie geldt meer nog dan voor het Zorgkantoor dat ze alleen kan afgaan op wat er in de zorgovereenkomst staat. Er bestaan wel eens twijfels over de daadwerkelijke naleving van de arbeidstijdenwetgeving, maar de handhaving daarvan is een taak van de Inspectie SZW, niet van de SVB, aldus de medewerker die onze vragen beantwoordde. Overigens zijn beide instanties, Zorgkantoor zowel als SVB, meer gespitst op pgb-fraude door middel van het declareren van niet-geleverde uren. Dat is bij inwonende 24-uurszorg niet aan de orde.

Eerder zagen we dat gebruikers van deze vorm van zorg weinig zicht hebben op de contractuele relaties tussen de buitenlandse zorgwerker, het bureau in Nederland dat de zorgwerker bij hen plaatst en het bureau in het buitenland waarmee wordt samengewerkt (zie hoofdstuk 4). Ook de medewerkers van de zorgkantoren en de SVB hebben hier niet echt zicht op, zij zien immers alleen de zorgovereenkomsten die de budgethouder sluit.

'En hoeveel moet-ie [buitenlandse zorgwerker] afstaan aan het bedrijf waar-ie voor werkt, hoeveel salaris krijgt-ie uiteindelijk op zijn rekening gestort. Daar hebben wij ook verder geen zicht op. Wij zien alleen [...] wat in rekening wordt gebracht, en niet wat zij krijgen. [...] Maar [...] de verantwoordelijkheid daarvoor ligt bij de budgethouder.

Meestal gaat het om een overeenkomst met ofwel het Nederlandse ofwel het buitenlandse bureau, maar ook een overeenkomst met de buitenlandse zorgverlener komt wel voor. In geval van een overeenkomst met een buitenlandse zorgverlener of zorginstelling is de administratieve verwerking iets lastiger; de beoordeling van deze overeenkomsten en de bijbehorende zorgbeschrijvingen wijkt verder niet af:

'Niet echt. Omdat ze het meestal wel goed neerzetten. Er staan meestal geen zaken in waarvan ik zoiets heb van: dat mag niet. Dus als er persoonlijke verzorging, aankleden, douchen staat ... Dat is voor mij meestal gewoon helemaal akkoord. Waar je meestal tegenaan loopt is: hoe ga je hem registreren in het systeem. Omdat het KvK-nummer niet overeenkomt met het Nederlandse KvK-nummer, of het BSN komt niet overeen met het Nederlandse BSN. Dus dan geeft het systeem daarvoor foutmeldingen.'

Voor de SVB geldt hetzelfde. Als op een overeenkomst met een buitenlandse zorgverlener het burgerservicenummer ontbreekt, moet de SVB eerst nadere informatie opvragen om te kunnen vaststellen of de zorgverlener in Nederland belastingplichtig is.

## **Inspectie SZW en Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd**

In antwoord op Kamervragen over de Bulgaarse bedrijven uit de inleiding van dit hoofdstuk liet de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport weten dat de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd tot dan toe geen signalen of meldingen over de bewuste bedrijven had



ontvangen, maar dat ze wel bekend waren bij de Inspectie SZW.<sup>43</sup> De laatstgenoemde inspectiedienst is de toezichthouder op het terrein van het ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid. Ze houdt toezicht op de naleving van de wet- en regelgeving over arbeidsomstandigheden, de arbeidsmarkt, arbeidsverhoudingen en het socialezekerheidsstelsel. Op het gebied van pgb- en declaratiefraude werkt ze ook als opsporingsorganisatie voor het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) houdt toezicht op de veiligheid en kwaliteit van de zorg die in Nederland wordt geleverd, waaronder zorg thuis. Beide toezichthouders werken met risicogestuurd toezicht en incidententoezicht. Beide zijn de afgelopen jaren meer aandacht aan de thuiszorg gaan besteden vanwege de vele nieuwe aanbieders en organisatievormen in deze zorgsector. Inwonende 24-uurszorg is voor beide inspectiediensten een relatief nieuw en complex fenomeen.

De Inspectie SZW besteedde de afgelopen jaren extra aandacht aan deze vorm van zorg in het kader van het programma 'Aanpak schijnconstructies en cao-naleving'. De Inspectie ziet inwonende 24-uurszorg als risicosector omdat inwonende zorgwerkers in een afhankelijke en geïsoleerde positie kunnen verkeren en mogelijk niet vrij over eigen tijd kunnen beschikken. 'Er zijn risico's op onderbetaling, te veel uren werken, te hoge werkdruk en psychosociale arbeidsbelasting. In extreme situaties kan zich ook arbeidsuitbuiting voordoen', aldus een van de geïnterviewde inspectiemedewerkers. Naar aanleiding van verschillende meldingen over buitenlandse inwonende zorgverleners die veel minder uren betaald kregen dan dat zij werkzaam waren, verrichtte de Inspectie enkele onderzoeken. In deze onderzoeken werden overtredingen van de Wet minimumloon en minimumvakantiebijslag, de Arbeidstijdenwet en de Wet allocatie arbeidskrachten door intermediairs geconstateerd. In één zaak hebben de betreffende werknemers na het onderzoek loon nabetaald gekregen. In andere zaken zijn de procedures nog niet afgerond.<sup>44</sup> Het bewijs in deze zaken is moeilijk rond te krijgen, zeker als de zorgwerkers in dienst zijn bij werkgevers in het buitenland. Enkele zaken lopen al jaren. Een andere complicerende factor is dat rekening moet worden gehouden met de privacy en de kwetsbaarheid van de cliënten/opdrachtgevers die door de zorgwerkers verzorgd worden.<sup>45</sup>

De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) besteedt in toenemende mate aandacht aan de thuiszorg.<sup>46</sup> Inwonende 24-uurszorg door migranten is echter geen onderwerp van specifieke aandacht voor de inspectie. Als bij reguliere toezichtbezoeken bij zorgaanbieders blijkt dat er sprake is van inwonende buitenlandse zorgverleners wordt dat in het kader van het reguliere bezoek meegenomen. Bij signalen of meldingen over de kwaliteit van de zorg door buitenlandse zorgverleners zal de Inspectie de Nederlandse zorgaanbieder die de zorgverleners inhuurt erop aanspreken. De Inspectie is het fenomeen nog maar weinig te-

---

43 *Kamerstukken II 2017/18, 23235, 176; Aanhangsel Handelingen II 2017/18, 2960.*

44 Inspectie SZW 2018; zie ook Inspectie SZW 2017.

45 In theorie kunnen zorgwerkers die te weinig uren betaald hebben gekregen zelf ook een civiele procedure aanspannen, maar de barrières zijn hoog. In 2018 hielp FairWork, een ngo die moderne slavernij in Nederland bestrijdt en opkomt voor de belangen van slachtoffers, twee migrantenzorgwerkers om een civiele procedure aan te spannen tegen hun voormalige (Nederlandse) werkgever. Hun vordering werd gedeeltelijk toegewezen. De rechter oordeelde dat een deel van de tijd dat ze ter beschikking van de cliënt moesten staan, niet als werktijd maar als wachttijd moest worden aangemerkt, zo blijkt uit het geanonimiseerde vonnis dat we van FairWork kregen toegestuurd.

46 Zie Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd 2019.

gegekomen. Het aantal meldingen is ook na de publiciteit over de Bulgaarse bedrijven niet toegenomen. De geïnterviewde inspectiemedewerkers vertelden dat ze bij dit type zorgarrangement wel als vraag en twijfel hebben of de personele inzet in verhouding is met de zwaarte van de doelgroep. Voor de Inspectie is het moeilijk vast te stellen of de migrantenzorgwerkers over de benodigde competenties beschikken:

‘Wat we in de praktijk zien, is dat de bemiddelingsbureaus vaak wel diploma’s of certificaten aanleveren, maar als je dan gaat kijken waar sommige [...] werknemers vandaan komen: uit Roemenië, Bulgarije of de Slavische landen. Ten eerste is het bijna niet te vertalen [...], ten tweede is het niet te verifiëren en er is ook nog geen regelgeving met betrekking tot het gelijkstellen van diploma’s [...]. Dus wij krijgen vaak iets te zien wat we niet kunnen staven. En wat ook nog een groot probleem is, is taal.’

De tweede twijfel van de inspectiemedewerkers betreft de communicatie tussen cliënt en zorgverlener, met name als de cliënt dement is:

‘Een groot deel van onze taal is non-verbaal, maar op een heel groot gedeelte van de verbale communicatie verstaan ze elkaar niet. [...] Is het evenwicht dan zo, dat er sprake is van veilige zorg?’

Bij een van de aanbieders waarmee ze ervaring opdeden, hadden deze inspectiemedewerkers bovendien vraagtekens over de arbeidsverhoudingen. In dergelijke situaties zoekt de IGJ de samenwerking met de Inspectie SZW. Door het verschil in doelstellingen, werkwijze en bevoegdheden zal die samenwerking echter niet altijd gemakkelijk verlopen. De respondenten gaven als voorbeeld dat de Inspectie SZW gewend is om werkplekken onaangekondigd te bezoeken en werknemers eventueel meteen te horen, terwijl de IGJ wil voorkomen dat de cliënt in verwarring of paniek raakt of dat de continuïteit van de zorg in gevaar komt.

## Tot besluit

Er kleven zeker risico’s aan dit type zorgarrangement, ook in Nederland, maar in vergelijking met sommige andere landen zijn die risico’s beperkter. Dat is vooral ook te danken aan de relatief genereuze pgb’s en de sterke regulering van het gebruik ervan. In Duitsland bijvoorbeeld werken de lagere en veel minder gereguleerde pgb’s irreguliere tewerkstelling in de hand. Dat is in Nederland niet het geval. Bovendien gaat het hier voornamelijk om een nichemarkt met een selectieve groep gebruikers. Die gebruikers zouden overigens wel gebaat kunnen zijn bij zoiets als een keurmerk voor bona fide aanbieders en bemiddelaars, omdat het voor hen vooraf vaak lastig te beoordelen is of het bureau waarmee ze in zee gaan de screening en selectie van de zorgwerkers goed op orde heeft, de zorgwerkers fatsoenlijke arbeidsvoorwaarden en -verhoudingen biedt en cliënten en zorgwerkers voldoende begeleidt.

Langdurige zorg wordt in Nederland méér dan in veel andere landen, waaronder Duitsland, primair als een verantwoordelijkheid van de overheid gezien. In Nederland bestaat bovendien grotere weerstand tegen ‘vreemde handen aan het bed’. Berichten in de media over buitenlandse zorgaanbieders of zorgwerkers leiden vaak tot Kamervragen. De roep om toezicht en controle door de overheid is dan ook sterk. Bij deze vorm van zorg en meer in het algemeen bij zorg thuis en zorg die uit pgb’s wordt betaald, spelen echter verschillende factoren die het toezicht nogal compliceren. Ten eerste zijn er veel verschillende instanties

betrokken bij de uitvoering en handhaving van wet- en regelgeving op het gebied van zorg, pgb's en arbeid, die allemaal hun eigen taken en bevoegdheden hebben. Ten tweede zijn controles in particuliere huishoudens lastig, helemaal als het om huishoudens van kwetsbare ouderen gaat. Bij 24-uurszorg door inwonende migrantenzorgwerkers speelt bovendien een rol dat het voor de uitvoerings- en handhavingsinstanties om een relatief nieuw fenomeen gaat waarmee ze relatief zelden te maken krijgen. Wat ook niet meehelpt is dat de zorgverleners vaak in dienst zijn van buitenlandse detacheringsbureaus.

## LITERATUUR

- Anderson, Alice. 2012. 'Europe's care regimes and the role of migrant care workers within them'. *Journal of Population Ageing* 5(2): 135-146.
- Arend, Stefan, en Thomas Klie. 2017. *Wer pflegt Deutschland? Transnationale Pflegekräfte – Analysen, Erfahrungen, Konzepte*. Hannover: Vincentz Network.
- Bauer, Gudrun, en August Österle. 2013. 'Migrant care labour: The commodification and redistribution of care and emotional work'. *Social Policy and Society* 12(03): 461-473.
- Bierlein, Hermann. 2013. *Pflege daheim: Planung, Finanzierung, Unterstützung aus Osteuropa; mit Musterbriefen und Checklisten*. Gütersloh: Gütersloher Verl.-Haus.
- BMASGK. 2019a. *24-Stunden-Betreuung zu Hause. Ein Überblick* (24. überarbeitete Auflage). Wien: Bundesministerium Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz.
- BMASGK. 2019b. *Informationen zum Pflegegeld. Erklärt in leichter Sprache*. Wien: Bundesministerium Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz.
- van Bochove, Marianne, Duco zur Kleinsmiede en Sarah Ashu. 2017. *Kwetsbaar, en dan? Hoe inwonende buitenlandse zorgverleners en hun werkgevers omgaan met precare arbeid*. Rotterdam: Erasmus University Rotterdam.
- Böcker, Anita, Vincent Horn en Cornelia Scheweppe. 2017. 'National old-age care regimes and the emergence of transnational long-term care arrangements for the elderly'. In *Transnational social policy – Social support in a world on the move*, red. Luann Good-Gingrich en Stefan Köngeter. London and New York: Taylor & Francis, 222-242.
- Böning, Marta. 2015. 'Arbeitsort Privathaushalt: eine arbeitsschutzfreie Zone?' *WSI Mitteilungen* 68(4): 309-312.
- van den Broek, Thijs. 2016. *Supporting ageing parents: Comparative analyses of upward intergenerational support*. Rotterdam.
- Da Roit, Barbara. 2010. *Strategies of care: Changing elderly care in Italy and the Netherlands*. Amsterdam: Amsterdam University Press.
- Da Roit, Barbara. 2012. 'The Netherlands: The struggle between universalism and cost containmen'. *Health & Social Care in the Community* 20(3): 228–37.
- Da Roit, Barbara, en Marianne van Bochove. 2015. 'Migrant care work going Dutch? The Emergence of a live-in migrant care market and the restructuring of the Dutch long-term care System'. *Social Policy & Administration* 51(1): 56-75.
- Da Roit, Barbara, en Blanche Le Bihan. 2010. 'Similar and yet so different: Cash-for-care in six European countries' long-term care policies'. *Milbank Quarterly* 88(3): 286-309.
- Da Roit, Barbara, en Bernhard Weicht. 2013. 'Migrant care work and care, migration and employment regimes: A fuzzy-set analysis'. *Journal of European Social Policy* 23(5): 469-486.
- Davies, Amy, en Linda Mans. 2015. 'Thuisbezorgd: inwonende buitenlandse zorgverleners als oplossing?' *Podium voor Bio-ethiek* 22(2): 23-26.
- Degiuli, Francesca. 2007. 'A job with no boundaries: Home eldercare work in Italy'. *European Journal of Women's Studies* 14(3): 193-207.
- Emunds, Bernhard. 2016. *Damit es Oma gutgeht. Pflege-Ausbeutung in den eigenen vier Wänden*. Frankfurt/Main: Westend Verlag.
- van Grafhorst, Arwen. 2014. *Verantwoorde buitenlandse zorg aan huis: Een verkennend onderzoek naar inwonende buitenlandse zorgverleners in Nederland*. Amsterdam: Stichting WEMOS.
- Hellgren, Zenia. 2015. 'Markets, regimes, and the role of stakeholders: Explaining precariousness of migrant domestic/care workers in different institutional frameworks'. *Social Politics: International Studies in Gender, State & Society* 22(2): 220-241.
- Hielscher, Volker, Sabine Kirchen-Peters, en Lukas Nock. 2017. *Pflege in den eigenen vier Wänden: Zeitaufwand und Kosten. Pflegebedürftige und ihre Angehörigen geben Auskunft*. Düsseldorf: Hans-Böckler-Stiftung.
- Hofkens, Anoek, en Jasmijn Post. 2018. 'Trillende handen aan het bed'. *De Groene Amsterdammer*, 13 juni 2018.
- van Hooren, Franca J. 2012. 'Varieties of migrant care work: Comparing patterns of migrant labour in social care'. *Journal of European Social Policy* 22(2): 133-147.
- van Hooren, Franca J. 2012. 'Weinig vreemde handen aan de Nederlandse bedden'. *Beleid en Maatschappij* 39(1): 43-58.
- van Hooren, Franca, en Uwe Becker. 2012. 'One welfare state, two care regimes: Understanding developments in child and elderly care Policies in the Netherlands'. *Social Policy & Administration* 46(1): 83-107.
- Horn, Vincent, Cornelia Scheweppe, Anita Böcker & María Bruquetas Callejo. 2019. 'Live-in migrant care worker arrangements in Germany and the Netherlands: Motivations and justifications in family decision-making'. *International Journal of Ageing and Later Life*, Advance access, doi: 10.3384/ijal.1652-8670.18410.

- Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd. 2019. *Stand van zaken toezicht op zorg thuis*. Den Haag: Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd.
- Inspectie SZW. 2017. *Aanpak schijnconstructies door de Inspectie SZW. Resultaten en achtergrondinformatie van het project Aanpak schijnconstructies 2016*. Den Haag: Inspectie SZW.
- Inspectie SZW. 2018. *Aanpak schijnconstructies en cao-naleving 2014-2018*. Den Haag: Inspectie SZW.
- Kniejska, Patrycja. 2016. *Migrant Care Workers aus Polen in der häuslichen Pflege*. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden.
- Krawietz, Johanna. 2014. *Pflege grenzüberschreitend organisieren. Eine Studie zur trans-nationalen Vermittlung von Care-Arbeit*. Frankfurt am Main: Mabuse.
- de Lange, Tesseltje. 2007. *Staat, markt en migrant: de regulering van arbeidsmigratie naar Nederland 1945-2006*. Den Haag: Boom Juridische Uitgeverij.
- de Lange, Tessel, en Cathelijne Pool. 2004. 'Vreemde handen aan het bed De werving van Poolse verpleegkundigen in Nederland'. *Migrantenstudies* (20)3: 130-144.
- Lutz, Helma, en Ewa Palenga-Möllnbeck. 2010. 'Care work migration in Germany: Semi-compliance and complicity'. *Social Policy and Society* 9(03): 419-430.
- Ministerie van VWS. 2017. *Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg. Val ik onder de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg?* Den Haag: Ministerie van VWS.
- Mosca, Ilaria, Philip van der Wees, Esther Mot, Joost Wammes en Patrick Jeurissen. 2016. 'Sustainability of long-term care: Puzzling tasks ahead for policy-makers'. *International Journal of Health Policy and Management* 6(4): 195-205.
- Neumann, Marlene, en Uwe Hunger. 2016. 'Circular migration of live-ins in Germany—Reinforcing the segmentation of the labor market?' *European Policy Analysis* 2(2): 120-135.
- Österle, August, en Gudrun Bauer. 2012. 'Home care in Austria: The interplay of family orientation, cash-for-care and migrant care'. *Health & Social Care in the Community* 20(3): 265-273.
- Petermann, Arne, e.a. 2016. *Zukunftsthemen und Herausforderungen für Unternehmen in der Betreuung in häuslicher Gemeinschaft*. Saarbrücken: Institut für Qualität und Management, Berufsakademie für Gesundheits- und Sozialwesen Saarland.
- Pool, Cathelijne. 2011. *Migratie van Polen naar Nederland. In een tijd van versoepeling van migratieregels*. Den Haag: Boom Juridische uitgevers.
- Sadiraj, Klarita, Debbie Oudijk, Hettie Van Kempen en John Stevens. 2011. *De opmars van het pgb. De ontwikkeling van het persoonsgebonden budget in nationaal en internationaal perspectief*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Salami, Bukola, Wendy Duggleby en Fahreen Rajani. 2017. 'The perspective of employers/families and care recipients of migrant live-in caregivers: A scoping review'. *Health & Social Care in the Community* 25(6): 1667-1678.
- Scheiwe, Kirsten, en Johanna Krawietz, red. 2010. *Transnationale Sorgearbeit: Rechtliche Rahmenbedingungen und gesellschaftliche Praxis*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Schulz, Erika. 2010. *The long-term care system for the elderly in Germany*. Brussels: ENPRI.
- Schwiter, Karin, Christian Berndt en Jasmine Truong. 2015. 'Neoliberal austerity and the marketisation of elderly care'. *Social & Cultural Geography*: 1-21.
- Sciortino, Guiseppe, en Claudia Finotelli. 2015. 'Closed memberships in a mobile world? Welfare states, welfare regimes and international migration'. In *Handbook of the international political economy of migration*, red. Leila Simona Talani en Simon McMahon. Cheltenham UK/Northampton, MA, USA: Edward Elgar, 185-208.
- Shutes, Isabel, en Carlos Chiatti. 2012. 'Migrant labour and the marketisation of care for older people: The employment of migrant care workers by families and service providers'. *Journal of European Social Policy* 22(4): 392-405.
- Stiftung Warentest. 2017. 'Pflege zu Hause. Die besten Vermittler für Betreuungskräfte aus Osteuropa.' *Test*, mei 2017: 86-95.
- Theobald, Hildegard. 2012. 'Home-Based Care Provision within the German Welfare Mix: Home-Based Care Provision'. *Health & Social Care in the Community* 20(3): 274-282.
- Tonkens, Evelien. 2011. 'Binnenkort in Nederland: Migrantenzorgwerkers'. *Sociale Vraagstukken*, 5 mei 2011.
- Weicht, Bernhard. 2015. 'Employment without employers. The public discourse on care during the regularisation reform in Austria'. In *Employers, agencies and immigration: Paying for care*, red. Anna Triandafyllidou en Sabrina Marchetti. Farnham, Surrey/Burlington: Ashgate, 113-130.
- Weicht, Bernhard. 2011. 'Embodying the ideal carer: The Austrian discourse on migrant carers'. *International Journal of Ageing and Later Life* 5(2): 17-52.
- Weicht, Bernhard, en August Österle, red. 2016. *Im Ausland zu Hause pflegen: die Beschäftigung von MigrantInnen in der 24-Stunden-Betreuung*. Wien: LIT.
- Williams, Fiona. 2012. 'Converging variations in migrant care work in Europe'. *Journal of European Social Policy* 22(4): 363-376.

## BIJLAGE 1: ORGANISATIES DIE MEEWERKTEN AAN HET ONDERZOEK

### **Aanbieders (bedrijven die buitenlandse zorgverleners bij Nederlandse cliënten plaatsen)**

- 24 Uurs Zorgloket
- Au Care
- Babs Aupair Agency
- De Wit Thuiszorg
- Happy Home Care
- Smiling Faces
- St. de Zorghulp
- Stichting Hulp en Zorg
- Uw Zorgcompaan
- World Wide Assistants and Nurses
- Zorggroep Zuidwest

### **Overige organisaties en personen**

- FairWork
- IDHEM (Stichting Integratie in Den Haag van Europese Migranten)
- Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd
- Inspectie SZW
- Mantelzorgmakelaar in de Randstad
- MEE Gelderse Poort
- Meltem Kaya, D66 gemeenteraadslid Amsterdam
- Ministerie SZW, directie Arbeidsverhoudingen, afdeling Sociale dialoog en arbeidsmigratie
- NOOM (Netwerk van Organisaties van Oudere Migranten)
- PGB-bureau in Brabant
- Sociale Verzekeringsbank
- Wemos (Werkgroep Medische Ontwikkelingssamenwerking)
- Zorgbelang Brabant
- Zorgkantoor VGZ
- Zorgkantoor Zilveren Kruis
- Zorgthuisnl (branchevereniging thuiszorgaanbieders)

## BIJLAGE 2: SAMENVATTING PANELDISCUSSIE

Op 22 maart 2019 is aan de rechtenfaculteit van de Radboud Universiteit een seminar over de resultaten van ESTRANCA gehouden met deelnemers vanuit de wetenschap, betrokken bedrijven en instanties en maatschappelijke organisaties. Na de presentatie van de onderzoeksresultaten door de onderzoekers boog een panel van deskundigen zich over een aantal vragen. De discussie werd geleid door Ashley Terlouw (hoogleraar rechtssociologie aan de rechtenfaculteit van de Radboud Universiteit). Het panel bestond uit Jan Cremers (arbeidssocioloog, als onderzoeker werkzaam aan Tilburg Law School, Universiteit van Tilburg), Nicole Giling (toegepast gerontoloog), Jacob van de Groep (mede-oprichter en directeur van Uw Zorgcompaan), en Corinne Hinlopen (beleidsonderzoeker bij werkgroep medische ontwikkelingssamenwerking WEMOS). In deze bijlage wordt de paneldiscussie beknopt samengevat.

### **1) Biedt deze vorm van zorg een oplossing voor het trilemma van kwaliteit, betaalbaarheid en beschikbaarheid van zorg? Waarom (niet)?**

Er wordt wel gesproken van een trilemma, omdat de drie genoemde aspecten moeilijk te verenigen zijn. Voor zorggebruikers betekent kwaliteit vooral dat de zorg aansluit bij hun wensen en behoeften. Voor ouderen die min of meer permanent zorg, hulp of begeleiding nodig hebben maar wel thuis willen blijven wonen, is zorg die bij hun wensen en behoeften aansluit in de praktijk niet beschikbaar of onbetaalbaar. De in ESTRANCA geïnterviewde gebruikers zagen deze vorm van zorg als een uitweg uit het trilemma, maar kijkend vanuit andere perspectieven is de vraag of deze oplossing niet juist nieuwe problemen creëert.

In de paneldiscussie wees Hinlopen op een aspect waaraan ESTRANCA geen aandacht heeft besteed: de mogelijke weerslag op de zorgstelsels in de herkomstlanden van de buitenlandse zorgverleners. Leidt het niet tot onaanvaardbare gevolgen als wij in de rijkere EU-lidstaten grotere aantallen zorgverleners uit minder welvarende lidstaten aantrekken? Hinlopen pleitte met het oog daarop voor regelmatige, EU-brede monitoring: om hoeveel zorgverleners gaat het, met wat voor kwalificaties, en waren ze voordat ze als inwonend zorgverlener elders in de EU gingen werken, werkzaam in de zorg in hun herkomstland? Ze wees er verder op dat de meningen over de aanvaardbaarheid van deze vorm van zorg in Nederland verschillen. Ze kan zich voorstellen dat gebruikers redeneren dat het schijnt te mogen – ook omdat ze geen andere uitweg zien – maar vindt dat we ons als samenleving en zeker als beleidsmakers moeten afvragen of deze vorm van zorg wel past bij onze waarden en normen.

Cremers stelde dat fatsoenlijk werk moet worden toegevoegd aan het trilemma. Hij benadrukte ook dat we veel meer moeten erkennen dat het bij dit type zorg – en meer algemeen bij werk in de ouderenzorg – echt om werk gaat, werk dat bepaalde kwalificaties en competenties vereist. Het is volgens hem te makkelijk om te zeggen dat dat niet betaalbaar is. We leven immers in een samenleving waarin we vinden dat een aantal basisvoorzieningen gewoon aanwezig moet zijn.

Van de Groep vond dat de beleving van de cliënt en diens omgeving voorop moet staan en dat vervolgens bekeken moet worden hoe we de arbeidsrechtelijke aspecten op fatsoenlijke wijze en met inachtneming van onze waarden en normen kunnen regelen. De grootste veranderingen komen volgens hem tot stand door ‘buiten de lijntjes’ te experimenteren. Dat is wat aanbieders in deze nichemarkt doen. De vraag is nu hoe we tot een



kader kunnen komen waarvan we zeggen: binnen deze lijnen is het acceptabel. Daarbij moeten volgens hem wel degelijk ook de beschikbaarheid en betaalbaarheid worden meegewogen.

**2) Voldoet het bestaande toezicht (op kwaliteit van de thuiszorg, op kwaliteit van arbeidsomstandigheden, op de besteding van pgb's) in Nederland voor deze vorm van zorg? Moet er meer of ander toezicht komen, en zo ja, door wie?**

Bij zorg die uit een pgb wordt betaald is de pgb-houder formeel verantwoordelijk voor de kwaliteit en rechtmatigheid van de ingekochte zorg. In ESTRANCA zeiden mantelzorgers die als gewaarborgde hulp deze vorm van zorg inkochten voor een naaste geen moeite te hebben met de verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van de zorg. De meesten vonden echter dat ze niet verantwoordelijk kunnen worden gehouden voor eventuele overtredingen van arbeids- en sociale wetten. Sommigen vonden dat de overheid daar toezicht op moet houden.

In de paneldiscussie werd gewezen op de bedoeling waarmee het pgb destijds is ingevoerd: de regie teruggeven aan mensen die zorg nodig hebben. Het vergt echter veel tijd en ook intellectuele vaardigheden om een pgb goed te beheren. Hinlopen stelde dat daardoor een tweedeling ontstaat, niet zozeer tussen *haves* and *havenots*, want die verschillen worden met een pgb juist tot op zekere hoogte opgeheven, maar wel tussen *cans* en *cannots*. Giling beaamde dit. Haar eigen ervaring als mantelzorger en gewaarborgde hulp was dat ze zich in allerlei zaken moest verdiepen en dat het haar veel tijd en moeite kostte om de zorg voor haar moeder met een pgb te regelen. 'Ik ken aardig wat mantelzorgers die daar niet toe in staat zouden zijn.'

Cremers merkte op dat bij deze vorm van zorg vaak sprake is van een driehoeksverhouding: tussen mantelzorger/familie, zorgaanbieder en zorgwerker. Een soortgelijke driehoeksverhouding (tussen opdrachtgever, werkgever en werknemer) komt ook in andere bedrijfstakken wel voor. Het mag dan zo zijn dat de gebruikers *de jure* niet de werkgever zijn, maar zij zijn wel degenen die *de facto* gebruik maken van de diensten van in dit geval de zorgwerker. Dat betekent volgens Cremers dat 'je niet zomaar alles over de schutting kunt gooien en zeggen van: dat is allemaal des zorgaanbieders.' In verschillende branches is afgesproken dat de opdrachtgever dan ten minste een vergewisplicht heeft.

Vanuit het publiek werd opgemerkt dat het idee achter het pgb inderdaad is dat de regie bij de zorgontvanger zelf wordt gelegd, maar dat dit niet betekent dat er geen toezicht is. Zorgbehoevenden die voor een pgb kiezen, moeten zorgovereenkomsten afsluiten met hun zorgverleners en bij elke zorgovereenkomst moet een zorgbeschrijving worden gemaakt. Deze overeenkomsten en beschrijvingen worden getoetst door het regionale Zorgkantoor. Daarnaast werd opgemerkt dat het toezicht op de zorg thuis (zorg via een pgb zowel als zorg in natura) voor de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) heel actueel is nu steeds meer mensen thuis worden verzorgd en er veel nieuwe aanbieders zijn. De IGJ kijkt daarbij ook naar de veldnormen die de sector zelf ontwikkelt. Het toezicht is geen zaak van de inspectie alleen, het is een wisselwerking. Brancheverenigingen in de thuiszorg staan voor de opgave het zelfreinigend vermogen van de sector verder op orde krijgen, daar hoort een kwaliteitskader bij.



**3) Is een speciale regeling wenselijk voor deze vorm van zorg, om de kwaliteit van de zorg en van de arbeidsomstandigheden van de zorgwerkers te bevorderen? Of is zelfregulering wenselijk? Zou de branche zelf regels moeten opstellen, een keurmerk moeten invoeren, naar een eigen cao moeten streven?**

Oostenrijk heeft een speciale regeling voor deze vorm van zorg, die minimale opleidingseisen en arbeidsvoorwaarden voor de zorgwerkers regelt en voorziet in een tegemoetkoming in de kosten voor gebruikers. In Duitsland vragen brancheorganisaties om een wettelijke regeling, met op de branche toegesneden regels voor arbeids- en rusttijden. Tegelijkertijd streven ze naar kwaliteitswaarborging en -verbetering door middel van zelfregulering.<sup>47</sup> In het verleden richtten uitzend- en detachingsbureaus voor Polen in Nederland een eigen branchevereniging op, de Vereniging van Internationale Arbeidsbemiddelaars (VIA), die de bonafide bemiddelaars moest vertegenwoordigen. De VIA ondernam onder meer pogingen om een eigen cao tot stand te brengen. Het idee daarachter was dat de reguliere (ABU) cao voor uitzendkrachten niet was toegesneden op internationale uitzendkrachten. Deze eigen cao strandde op verzet van de ABU, vakbonden en politieke partijen. Wel kwam er een keurmerk voor goed werkgeverschap en goede huisvesting, het SKIA-keurmerk, dat voor VIA-leden verplicht was. Ook zette de VIA een taal cursus voor Poolse uitzendkrachten en een meldpunt voor het melden van misstanden op.<sup>48</sup>

In de paneldiscussie riep Cremers de aanwezige aanbieders op tot zelfregulering: 'Waarom maken jullie niet een mooie gedragscode?' Het zou goed zijn als de branche zichzelf organiseert, kwaliteitsnormen formuleert (bijvoorbeeld over huisvesting, een duidelijke scheiding tussen privé en werk, verantwoordelijkheden over en weer), voor een goede borging daarvan zorgt en tegen 'rotte appels' optreedt. Hij raadde aan om te kijken naar hoe de uitzendbranche het heeft gedaan: beginnen met onderlinge afspraken maken, met certificatie als mogelijke volgende stap. Cremers was verder van mening dat het goed zou zijn als er een beroepsvereniging kwam. Hij wees daarbij op het voorbeeld van Nu'91, die als beroepsorganisatie heeft bijgedragen aan de verdere professionalisering van het verpleegkundige beroep.

Van de Groep reageerde positief op de oproep tot zelfregulering. Het leek hem een goed idee om de handen ineen te slaan en kwaliteitsafspraken te maken, liefst ook in afstemming met de inspecties, en zo wellicht ook tot certificatie te komen. Een van de belangrijkste punten om afspraken over te maken is volgens hem dat er een risicoanalyse moet plaatsvinden voordat bij een cliënt met deze vorm van zorg wordt gestart. Hij zou met andere aanbieders willen discussiëren over de criteria voor zo'n risicoanalyse. Hij noemde als voorbeelden dat gekeken moet worden of de familie meewerkt en dat moet worden uitgesloten dat er agressiviteit is.

Ook vanuit het publiek werd positief gereageerd. Zo'n initiatief zou goed passen in het streven van de IGJ naar vernieuwing en verdere ontwikkeling van het toezicht op de zorg thuis.

---

47 BHSB, *Positionspapier*, 10 juli 2018, te vinden op: [www.bhsb.de](http://www.bhsb.de) (laatst geraadpleegd op 24 mei 2019).

48 Wilma van Meteren, 'Zelfregulering van uitzendbureaus faalt', *Trouw*, 6 mei 2010; 'Polen krijgen taallessen van uitzendbureaus', *de Volkskrant*, 20 juli 2009. Zie ook: Cathelijne Pool, *Migratie van Polen naar Nederland in een tijd van versoepeling van migratieregels* (Den Haag: Boom Juridische uitgeverij 2011), p. 86 e.v.

Bij de volgende vraag kwam de discussie terug op de wenselijkheid van een speciale regeling en werd er specifiek over sectorale arbeidstijdenregels gesproken.

**4) Moet er Europese regelgeving komen voor deze vorm van zorg? Zou het wenselijk zijn, bijvoorbeeld uit het oogpunt van transparantie, controle of een gelijk speelveld, om het gebruik van de Detacheringsrichtlijn aan banden te leggen?**

Het Europees Economisch en Sociaal Comité bracht in september 2016 een initiatiefadvies uit over de rechten van inwonende zorgverleners. Het Comité pleitte voor invoering van een gemeenschappelijke definitie van door inwonende verzorgers verrichte zorgtaken, voor onderzoek door de Europese Commissie naar de situatie van deze zorgwerkers en voor soortgelijke bescherming als andere zorgverleners genieten, zoals beperking van de arbeidstijd (inclusief wachtdienst) en bescherming tegen schijnzelfstandigheid. De Europese Unie zou het detacheren van inwonende verzorgers moeten volgen en verbeteren door toepassing van het beginsel van gelijke beloning voor gelijk werk.<sup>49</sup>

Het laatste punt, gelijke beloning voor gedetacheerde zorgverleners, lijkt met de herziening van de Detacheringsrichtlijn te worden gerealiseerd.<sup>50</sup> In Duitsland lobbyde brancheorganisatie VHBP tegen deze herziening omdat de nieuwe regels tot kostenstijgingen voor Duitse aanbieders en gebruikers zouden leiden.<sup>51</sup> Uit het onderzoeksproject Euro-AgencyCare bleek echter dat het gebruik van de Detacheringsrichtlijn gepaard gaat met een hoge graad van rechtsonzekerheid.<sup>52</sup> In vergelijking met aanbieders in Duitsland lijken Nederlandse aanbieders overigens minder vaak gebruik te maken van de Detacheringsrichtlijn.

In de paneldiscussie zei Hinlopen het vooral van belang te vinden dat EU-breed in de gaten wordt gehouden hoe deze vorm van arbeidsmigratie zich ontwikkelt, niet alleen met het oog op de bescherming van de migranten, maar ook met het oog op de gevolgen voor de zorgstelsels in de herkomstlanden. Als blijkt dat de inzet van migrantenzorgverleners met structurele problemen gepaard gaat, zou dat inderdaad een reden kunnen zijn voor Europese regelgeving.

Cremers stelde dat het gebruik van de Detacheringsrichtlijn ‘volkomen oneigenlijk’ is. De Detacheringsrichtlijn is niet gemaakt voor dit type werk. Bij dit type zorgarrangement zou moeten worden uitgegaan van het werklandbeginsel. Het gaat immers om werk dat hier nodig is, dat hier wordt verricht. Het gaat ook eigenlijk niet om tijdelijk werk, maar om werk dat een permanent karakter heeft. Als je hier tijdelijke arbeidskrachten voor wilt inzetten, moet je niet de detachingsformule, maar de uitzendformule gebruiken, aldus Cremers. Van de Groep merkte op dat zijn bedrijf er bewust voor heeft gekozen om de buitenlandse zorgverleners in dienst te nemen bij het eigen uitzendbureau van het bedrijf, niet alleen omdat een Nederlandse arbeidsovereenkomst belangrijke voordelen voor de zorg-

---

49 EESC, De rechten van inwonende zorgverleners (initiatiefadvies), aangenomen op 21 september 2016, OJ C 487, 28.12.2016, p. 7-13.

50 Zie Tekstkader 7 in hoofdstuk 3. De herzieningsrichtlijn is in juni 2018 aangenomen. De lidstaten moeten hun nationale wetgeving uiterlijk 30 juli 2020 hebben aangepast aan de nieuwe Europese regels.

51 VHBP, *Stellungnahme des VHBP zur geplanten Reform der Entsenderichtlinie*, 24 februari 2017, te vinden op: [www.vhbp.de](http://www.vhbp.de) (laatst geraadpleegd op 24 mei 2019).

52 *Europäisierung der pflegerischen Versorgung: die Rolle von Vermittlungs- und Entsendeagenturen für migrantische Arbeitskräfte in Deutschland und Polen (EuroAgencyCare)*, te vinden op: [www.uni-due.de](http://www.uni-due.de) (laatst geraadpleegd op 24 mei 2019).

verleners biedt, maar ook omdat het bedrijf de zorgverleners die het bij kwetsbare oudere cliënten plaatst wil kunnen aansturen, om de kwaliteit van de zorg te kunnen borgen.

De discussie ging vervolgens over de arbeidstijdenwetgeving. Van de Groep merkte op – met bijval van een andere aanbieder in het publiek – dat daar voor zijn bedrijf de bottleneck zit. Welke uren moeten als arbeidsuren worden geteld? Zijn bedrijf wil fatsoenlijke werkomstandigheden bieden, maar als ieder uur dat een inwonend zorgverlener aanwezig en ‘oproepbaar’ is als arbeidstijd moet worden gezien, heeft dit type zorg geen toekomstkansen. Een (arbeidsrecht) advocaat in het publiek merkte op dat dit probleem evenzeer geldt voor aanbieders die gebruik maken van de Detacheringsrichtlijn. Ook voor gedetacheerde werknemers geldt immers de harde kern van het Nederlandse arbeidsrecht, waaronder de regels voor arbeids- en rusttijden. Als mogelijke oplossing suggereerde deze deelnemer om in het Arbeidstijdenbesluit speciale regels voor deze branche te formuleren, die bijvoorbeeld zouden kunnen inhouden dat inwonende zorgverleners gedurende twee weken meer uren mogen waken mits ze daarna twee weken rust krijgen.

Hierop reageerde een deelnemer van ngo FairWork dat het ook bij heldere regels de vraag blijft hoe die op de werkvloer worden toegepast. Wie bepaalt welke uren inwonende migrantenzorgwerkers mogen schrijven? De inschatting van het aantal uren dat een cliënt zorg nodig heeft en alle afspraken daarover worden door de aanbieder/bemiddelaar gemaakt. Wie komt er op voor de belangen van de zorgwerkers? Die zouden beter vertegenwoordigd moeten worden. Een aanbieder in het publiek stelde daarop dat de schaarste aan aanbod van zorgwerkers juist maakt dat zij een sterke onderhandelingspositie hebben: ‘Ik zou bijna zeggen dat onze ervaring is dat als wij niet doen wat zij vragen, zij dan vertrekken.’

**5) Wat zijn de perspectieven voor deze vorm van zorg op langere termijn? Zijn er ontwikkelingen die het gebruik of de groei van deze vorm van zorg kunnen belemmeren of juist bevorderen? Zal de vraag naar deze vorm van zorg toenemen? Zal er binnen de Europese Unie voldoende aanbod van zorgwerkers blijven?**

In vergelijking met Duitsland wordt in Nederland weinig gebruik gemaakt van deze vorm van zorg. Het aantal ouderen dat zelfstandig blijft wonen neemt echter snel toe. In 1995 woonde 25% van de 80-plussers in een instelling, in 2017 nog maar 12%, en in 2040 zal het volgens het CBS nog maar 8% zijn.<sup>53</sup> Zal de vraag naar inwonende zorg hierdoor toenemen, of past deze vorm van zorg niet goed bij de opvattingen in Nederland over hoe de zorg voor hulpbehoevende ouderen moet worden georganiseerd?

In Duitsland liet brancheorganisatie VHBP in 2016 onderzoek doen naar de toekomstverwachtingen van aanbieders van inwonende zorg. De Duitse aanbieders voorzagen vooral problemen met het werven van zorgverleners. In Oost-Europa zou in de toekomst mogelijk niet meer voldoende aanbod te vinden zijn. Andere veelgenoemde ‘uitdagingen’ waren de bestrijding van zwart werk (dat aanbod aan de reguliere markt zou onttrekken) en het betaalbaar houden van inwonende zorg.<sup>54</sup>

---

53 CBS, *Tot 2040 verdubbelt het aantal alleenwonende tachtigplussers*, 18 december 2015, te vinden op: [www.cbs.nl](http://www.cbs.nl) (laatst geraadpleegd op 29 april 2019).

54 Arne Petermann e.a., *Zukunftsthemen und Herausforderungen für Unternehmen in der Betreuung in häuslicher Gemeinschaft*, Saarbrücken: Institut für Qualität und Management, BAGGS, 2016, te vinden op: [www.vhbp.de](http://www.vhbp.de) (laatst geraadpleegd op 24 mei 2019).

In de paneldiscussie wees Giling op het toenemende aantal ouderen met dementie en de wens bij veel ouderen om zo lang mogelijk thuis te blijven wonen. Daardoor zal de vraag naar dit type zorgarrangement inderdaad toenemen. Ze kreeg bijval vanuit het publiek. De vraag naar ouderenzorg in het algemeen neemt toe. Het aanbod blijft daarbij achter: momenteel staan er in de ouderenzorg 50.000 vacatures open, in 2023 zullen dat er naar verwachting 150.000 zijn. De vraag zal de komende jaren heel sterk toenemen, dat betekent ook dat de positie van diegenen die die zorg kunnen bieden, heel sterk wordt, aldus een deelnemer uit de thuiszorgsector.

Cremers wees erop dat het arbeidsaanbod in de MOE-landen inderdaad afneemt. Ook in andere sectoren merkt men dat het lastiger wordt om arbeidskrachten uit die landen te rekruteren. Het verbaasde hem daarom niet dat aanbieders in Duitsland problemen met het werven van migrantenzorgwerkers voorzien. Hinlopen merkte op dat als dat is omdat de arbeidsvoorwaarden en -omstandigheden voor zorgwerkers in Oost-Europa beter worden en zij dus geen reden meer hebben om hier te komen werken, dat eigenlijk alleen maar positief is. Maar het betekent wel, nu we weten dat de zorgvraag zal blijven toenemen, dat wij veel meer moeten gaan investeren in opleiding en goede arbeidsvoorwaarden voor de zorgsector.