



Onderzoek naar internationale zorgmedewerkers in Den Haag

Voorbij de barrières: Thuis in de Haagse Zorg



Den Haag

DE HAAGSE
HOGESCHOOL

Inhoudsopgave

Samenvatting	3
Achtergrond	6
Resultaten	15
Barrière 1: Informatie is moeilijk vindbaar	15
Barrière 2: Problemen met het leren van de Nederlandse taal	20
Barrière 3: Regels, eisen en procedures zijn onbekend	25
Barrière 4: Onvoldoende zicht op eerder verworven competenties	29
Barrières 5 en 6: Registratie van beroepen is ingewikkeld en lange wachtlijsten	33
Barrière 7: Financiële Drempels	35
Barrière 8: Culturele Verschillen	37
Barrière 9: Geen scholing op maat	42
Barrière 10: Onvoldoende begeleiding in de zorgpraktijk	43
Conclusie	48
Referenties	51
Internationale Inspiratie: Best practices en leestips	53

Samenvatting

Barrières en kansen voor internationale zorgmedewerkers in de zorg in Den Haag

In de afgelopen jaren zijn veel vluchtelingen, ontheemden, (arbeids-) migranten, expats met een zorgachtergrond- in dit rapport internationale zorgmedewerkers genoemd- naar Nederland gekomen. Velen van hen hebben een educatieve achtergrond en/of werkervaring in de zorg en wonen in Den Haag. De meesten tonen een aanzienlijke motivatie en inzet in hun werk. Maar werken veelal niet in de zorg, maar in andere sectoren, zoals de retail, land-en tuinbouw of de schoonmaak. Dit wordt mede veroorzaakt door verschillende barrières die internationale zorgmedewerkers ervaren op de arbeidsmarkt. Deze barrières zijn:

1. **Informatie is moeilijk vindbaar**
2. **Problemen met het leren van de Nederlandse taal**
3. **Regels, eisen en procedures zijn onbekend**
4. **Onvoldoende zicht op eerder verworven competenties**
5. **Registraties van beroepen is ingewikkeld**
6. **Lange wachtlijsten voor taal en beroep registratie**
7. **Financiële drempels**
8. **Culturele verschillen**
9. **Geen scholing op maat**
10. **Onvoldoende begeleiding in de zorgpraktijk**

Om bovenstaande barrières tegen te gaan, speelt de Zorgpilot Haaglanden een cruciale rol. De Zorgpilot biedt oplossingsrichtingen in de regio Den

Haag met als doel een betere aansluiting tussen vraag en aanbod. De oplossingsrichtingen vanuit de Zorgpilot Haaglanden worden gevolgd met participatief actie onderzoek vanuit De Haagse Hogeschool. Dit rapport geeft inzicht in welke barrières worden aangepakt vanuit de Zorgpilot Haaglanden om kansen te creëren voor internationale zorgmedewerkers in de Haagse zorgsector. Successen en knelpunten van het gehele proces - van werving tot duurzame plaatsing - kunnen door evaluatie in kaart gebracht worden.

Barrière 1: Informatie is moeilijk vindbaar

Er is onder zowel Internationale zorgmedewerkers als werkgevers behoefte aan eenduidige informatie. Indien de taal niet goed wordt beheerst is de toegang tot informatie over taallessen moeilijk. Maar ook informatie over mogelijkheden om te werken in de zorg is moeilijk vindbaar, bijvoorbeeld over rechten, plichten, eisen en procedures.

Oplossingsrichting vanuit de Zorgpilot Haaglanden: studenten van De Haagse Hogeschool hebben door middel van design thinking een opzet voor een **website Zorg-pilot Haaglanden** gemaakt. Op deze website wordt informatie op maat aangeboden. Internationale zorgmedewerkers krijgen via de website gerichte informatie over regels, eisen, rechten en procedures voor het werken in de Nederlandse zorg sector.

Barrière 2: Problemen met het leren van de Nederlandse taal

De eisen aan internationale zorgmedewerkers om de Nederlandse taal te beheersen is van belang voor de patiënt/cliënt veiligheid. Maar het leren van de Nederlandse taal wordt door internationale zorgmedewerkers als moeilijk ervaren: het cursusaanbod is lastig vindbaar en duur, kent lange wachtlijsten en wordt niet structureel aangeboden. Het niet goed beheersen van de Nederlandse taal, belemmert het vinden van informatie over mogelijkheden naar ander werk. Werkgevers eisen

bovendien dat internationale zorgmedewerkers hun (vak)taal kennen, maar voor de (vak)taal hebben ze leerwerkplekken of banen in de zorg nodig. Dit creëert een paradoxale situatie: om de (vak)taalvaardigheid te verbeteren, is werkervaring nodig, maar om in de zorg te kunnen werken, is een bepaald taalniveau vereist. Ook lokale zorgmedewerkers geven aan dat de beheersing van de (vak)taal de meest prominente barrière is voor internationale zorgmedewerkers om te kunnen werken in de zorg.

Oplossingsrichting vanuit de zorgpilot Haaglanden: Gemeente Den Haag biedt internationale zorgmedewerkers een intensieve Nederlandse taaltrainingen aan (o.a. na werktijd en in weekenden).

Barrière 3: Regels, eisen en procedures zijn onbekend

De Nederlandse zorgsector stelt eisen aan mensen die buiten de EU zijn opgeleid. Deze eisen zijn aan veranderende wet- en regelgeving onderhevig. Er zijn veel procedures en regels waar zowel de internationale zorgmedewerkers als de lokale medewerkers niet van op de hoogte zijn. Daardoor is het onduidelijk welke stappen ondernomen moeten worden (BIG procedures, taaleisen, kennis- en vaardighedentoetsing, beroepsinhoudelijke toetsing, uitzonderingen, erkenning van beroepskwalificaties en verklaringen van vakbekwaamheid). Wat gedaan moet worden bij welk loket is onbekend.

Oplossingsrichting vanuit de zorgpilot Haaglanden: internationale zorgmedewerkers worden begeleid in het proces naar toeleiding naar de arbeidsmarkt; ze krijgen hierin duidelijkheid over hun rechten en plichten, eisen, procedures en regels en wat de doorlopen stappen zijn.

Barrière 4: Onvoldoende zicht op eerder verworven competenties

MBO- en HBO- opleidingen waarderen diploma's van internationale zorgmedewerkers. Instanties zoals het Centraal Individuele Beroepen Gezondheidszorg (CBIG) kunnen ook buitenlandse diploma's erkenning

geven. Het Nuffic waardeert ook buitenlandse diploma's van internationale zorgmedewerkers, maar eerder verworven competenties (EVC) worden in deze diplomawaarderingen niet altijd meegenomen.

Oplossingsrichting vanuit de zorgpilot Haaglanden: het Nuffic is een pilot gestart samen met Libereaux om de transversale skills van internationale zorgprofessionals inzichtelijk te maken. Hierdoor is er meer zicht op instroomprofielen voor werkgevers in de zorg.

Barrière 5: Registraties van beroepen is ingewikkeld

Veel beroepen in de gezondheidszorg vragen om een registratie in het kwaliteitsregister. Hiervoor bestaan taaleisen en een beroepsinhoudelijke toets. De regels, eisen en procedures zijn echter ingewikkeld. Voor elk beroep gelden ander eisen en zijn de eisen aan veranderingen onderhevig.

Oplossingsrichting vanuit de zorgpilot Haaglanden: Gemeente Den Haag probeert procedures te vereenvoudigen door knelpunten aan te kaarten bij o.a. het ministerie van VWS en het CBIG.

Barrière 6: Lange wachtlijsten voor taal en beroepsregistraties

Om een beroepsinhoudelijke toets te kunnen maken is een B1 taalniveau nodig. Zowel voor de taaltrainingen als voor de B1 toetsen bestaan lange wachtlijsten. Deze beperkte beschikbaarheid van Nederlandse taallessen en de beroepsinhoudelijke toetsmomenten voor de BIG-registratie, zorgen voor frustraties.

Oplossingsrichting vanuit de zorgpilot Haaglanden: er worden mogelijkheden gecreëerd om extra taal- en scholingsondersteuning aan te bieden binnen het ROC Mondriaan, zorginstellingen en De Haagse Hogeschool.

Barrière 7: Financiële drempels

Veel internationale zorgmedewerkers werken in laagbetaalde banen. Financiële barrières die internationale zorgmedewerkers ervaren zijn onder meer de dure particuliere taal- en vakgerichte cursussen en de hoge kosten voor diploma-erkenning via Nuffic en de verplichte beroepenregistraties. Om ervaring op te doen in de Nederlandse zorgsector bieden werkgevers in de zorg onbetaalde stages. Betaald werk inruilen voor onbetaalde stages geeft risico op verlies van inkomsten en toeslagen.

Oplossingsrichting vanuit de zorgpilot Haaglanden: Gemeente Den Haag wijst werkgevers op de urgentie van financiële ondersteuning. Bovendien zijn er subsidies en/of tegemoetkomingen in de kosten die werkgevers kunnen aanvragen, zoals financiering voor extra begeleiding van statushouders in de zorg.

Barrière 8: Culturele verschillen

Er is onderling contact tussen mensen met een gedeelde identiteit. Ook op de werkvloer. Het is dan ook belangrijk dat er verbindingen, sociale netwerken zijn tussen internationale zorgmedewerkers en de ontvangende samenleving. Hier ontbreekt het echter veelal aan waardoor er sprake is van onbegrip: onbekend maakt onbemind.

Oplossingsrichting vanuit de zorgpilot Haaglanden: er worden sociale ontmoetingen georganiseerd door Gemeente Den Haag, onder andere in het taal café en in theater Amare. Daarnaast worden er gezamenlijke activiteiten door deelnemers van de zorg-pilot ondernemen, zoals musea bezoek, wandelingen, etc.

Barrière 9: Geen scholing op maat

Er is een regulier scholingsaanbod op ROC Mondriaan, in zorginstellingen en binnen De Haagse Hogeschool. Een aanvullend hbo-scholingsaanbod op maat is er (nog) niet.

Oplossingsrichting vanuit de zorgpilot Haaglanden: Vanuit de subsidie-aanvraag *Kennis en Studentenstad* is er gestart met de ontwikkeling van een breder, vraaggestuurd en modulair opleidingsaanbod, gericht op de om- en bijscholing van zowel werkenden (lokaal personeel) als werkzoekenden (internationale zorgmedewerkers). Dit kan specifiek aangeboden worden vanaf studiejaar 2026-2027.

Barrière 10: Onvoldoende begeleiding in de zorgpraktijk

De verwachting is dat internationale zorgmedewerkers intensieve begeleiding nodig hebben, gezien hun beperkte beheersing van de Nederlandse taal en onbekendheid met het Nederlandse zorgstelsel. Deze begeleidingsbehoefte legt een extra belasting op een al krap bemeten personele formatie.

Oplossingsrichting vanuit de Zorgpilot Haaglanden: er wordt geïnvesteerd in participatief actie onderzoek: opgedane inzichten en ervaringen stellen de gemeente Den Haag in staat om lessen te trekken over het vormgeven van het arbeidsmarktbeleid. Zorginstellingen krijgen kennis en inzicht door (onderzoeks)begeleiding voor duurzame plaatsingen.

Achtergrond

In 2025 telt Nederland 18 miljoen inwoners. Daarvan zijn 3,2 miljoen mensen 65 jaar of ouder en 1,4 miljoen ouder dan 80. En die vergrijzing zet stevig door. Volgens het Nationaal Demografisch Onderzoeksinstituut (NIDI, 2025) en het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS, 2025) groeit de bevolking tegen 2050 naar 21,8 miljoen, met maar liefst 5,4 miljoen 65-plussers en 2,6 miljoen mensen boven de 80.

Die demografische verschuiving heeft ingrijpende gevolgen voor de zorg. Het Centraal Planbureau (CPB), Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) en Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP) waarschuwen voor een structureel toenemende zorgvraag in de komende decennia (Huijnk, Verbeek-Oudijk & Willems, 2023). Tegelijkertijd neemt het personeelstekort in de zorgsector explosief toe: volgens branchevereniging ActiZ stijgt het tekort van 26.000 in 2020 naar maar liefst 243.000 in 2050, vooral in de verpleging en verzorging (Gopal et al., 2022).

Die druk op de arbeidsmarkt wordt verder vergroot doordat een aanzienlijk deel van het huidige zorgpersoneel uitstroomt en met pensioen gaat. Het CBS verwacht dat in 2029 één op de zeven werkenden in de zorg actief zal zijn, mede als gevolg van deze demografische verschuiving (Zorg en welzijn, 2023). In het derde kwartaal van 2023 was 13% van de uitstroom in de sector te wijten aan pensionering (CBS, 2023). Het UWV (2020) wijst op de dubbele uitdaging van de vergrijzing: het aantal zorgafhankelijke ouderen groeit, terwijl tegelijkertijd veel zorgmedewerkers de pensioenleeftijd naderen. ActiZ verwacht dat deze uitstroom de komende jaren verder toeneemt, aangezien 15% van de zorgprofessionals in de verpleging, verzorging en thuiszorg binnenkort met pensioen gaat (ActiZ, 2020; Gopal et al., 2022).

In Den Haag, waar de zorg- en welzijnssector met meer dan 60.000 banen de op één na grootste werkgever is (Werf, 2023), lopen de tekorten inmiddels flink op. De werkgelegenheid is sinds 2000 gestaag gegroeid, maar recente cijfers van Arbeidsmarkt Zorg & Welzijn (AZW, 2024) tonen aan dat het aantal onvervulde vacatures toeneemt en de sector steeds kwetsbaarder wordt. Ondertussen neemt het aantal studenten dat kiest voor een zorgopleiding af: in 2024 was er sprake van een daling van 26% in het hbo en 20% in het mbo ten opzichte van 2022 (CBS, 2024). Beroepsopleidingen en de beroepsvereniging Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN) maken zich ernstige zorgen over deze ontwikkeling. V&VN vraagt nadrukkelijk aandacht van de ministeries van VWS en OCW voor deze afnemende instroom én de uitstroom van lokaal zorgpersoneel (V&VN, 2024). Tot nu toe blijven structurele oplossingen echter uit.



Kansen voor Internationale zorgmedewerkers

Nu de zorgsector onder steeds grotere druk komt te staan en het tekort aan personeel oploopt, groeit ook de noodzaak om het arbeidspotentieel van álle beschikbare groepen beter te benutten. Een krappe arbeidsmarkt dwingt tot actie, en biedt tegelijk kansen, ook voor mensen die nu nog niet actief zijn op de arbeidsmarkt of afkomstig zijn uit andere sectoren (SCP, 2023).

Onder de nieuwkomers die de afgelopen jaren naar Nederland kwamen, van vluchtelingen uit Syrië of Oekraïne tot (arbeids)migranten uit EU- en niet-EU-landen, bevinden zich tal van professionals met een zorgachtergrond. Denk aan artsen, verpleegkundigen, psychologen en pedagogische medewerkers die vaak bereid én gemotiveerd zijn om hun expertise in te zetten binnen de Nederlandse zorgpraktijk. Den Haag, als internationale stad met een diverse bevolking, huisvest veel van deze potentiële krachten. Juist hier liggen dus kansen. De arbeidsmarkt in de zorg kan toegankelijker



Lees ook het artikel in sociale vraagstukken:

Enorme personeelstekorten, en toch kunnen veel vluchtelingen met een zorgachtergrond niet in de zorg aan de slag. Gemiste kans, meent onderzoeker Anita Ham. Zij deed onderzoek in twee verpleeghuizen.

Benut vluchtelingen als oplossing voor personeelstekort in zorg Anita Ham (2025) Sociale Vraagstukken

worden voor vluchtelingen/ontheemden, statushouders en (arbeids)migranten, in dit rapport internationale zorgmedewerkers genoemd.

De inzet van internationale zorgmedewerkers is geen nieuw fenomeen. In 2015 startten enkele zorginstellingen bijvoorbeeld met het aannemen van buitenlands opgeleid zorgpersoneel (Ham, 2022; 2023). Dit verliep echter niet altijd zonder problemen wat te maken had met de heersende arbeidscultuur. Sommige zorgvragers wilden niet geholpen worden door Internationale zorgmedewerkers die het werk nog moesten leren en het lokale personeel wist niet altijd goed hoe ze hun nieuwe collega's het beste konden begeleiden. Lokale medewerkers werden hierin ook niet altijd ondersteund in de zorginstellingen.

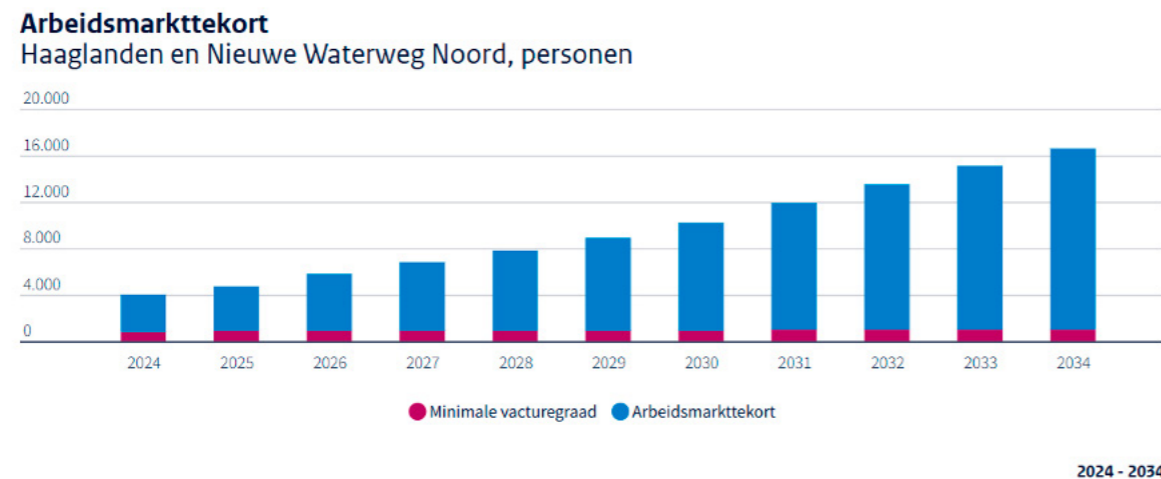
Probleemschets

De zorgsector in Den Haag staat onder toenemende druk. De arbeidsmarkttekorten lopen op en de vergrijzing zal de vraag naar zorgpersoneel de komende decennia verder vergroten. Tegelijkertijd neemt de instroom in zorgopleidingen af. Internationale zorgmedewerkers uit andere landen met een zorgachtergrond willen graag bijdragen aan de Nederlandse zorgsector, maar we weten uit eerder onderzoek dat ze tegen barrières aanlopen.

Cijfers over arbeidsmarkttekorten in regio Haaglanden

Voor de regio Haaglanden en de Nieuwe Waterweg Noord neemt het arbeidsmarkttekort voor zorg en welzijn toe van 3.200 personen in 2024 tot 15.600 personen in 2034. Bij de bepaling van dit tekort zijn de cijfers gecorrigeerd met de zogenoemde 'minimale vacaturegraad' van 1% van de arbeidsvraag. Dit percentage staat voor de tijd die nodig is om een vacature te vervullen en voor kwalitatieve mismatches op de arbeidsmarkt.

De aantallen zijn uitgedrukt in personen afgerond op 100-tallen. Totaal zijn er dus in 2034 naar verwachting 16.600 personen te weinig om het werk uit te voeren in regio Haaglanden (prognose-model zorg en welzijn, 2024). In de Verpleging en Verzorging wordt in 2034 de grootste arbeidsmarkttekort (4.500 personen) verwacht, een toename van ongeveer 3.800 personen ten opzichte van 2024 (**Prognose model Zorg en Welzijn, 2025**).



Het lukt internationale zorgmedewerkers woonachtig in Nederland echter nauwelijks om in de zorg aan de slag te gaan. Er werd bijvoorbeeld maar één persoon opgeroepen van de lijst met bijna tweehonderd in het buitenland opgeleide artsen, verpleegkundigen en paramedici die de Vereniging Buitenlands Gediplomeerde Artsen (VBGA) aanbod tijdens de Covid-19 crisis door het initiatief **Extra handen voor de zorg**. Ze hadden geen recente ervaring, hadden geen VOG en/of niet de juiste documenten (Adviesraad Migratie, 2024). **Internationale zorgmedewerkers** kunnen in Nederland niet makkelijk aan het werk, terwijl ze springen om personeel. In andere Europese landen werken echter meer internationale zorgmedewerkers dan in Nederland. De Adviesraad Migratie (2021) geeft de volgende cijfers:

Nederland vergeleken

In vergelijking met andere landen van de Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling (OESO) werken in Nederland relatief weinig mensen met een buitenlands diploma in de zorg. In Nederland is 2,2 procent van de artsen in het buitenland opgeleid, in België 12,3 procent en in Duitsland 11,9 procent. Het OESO-gemiddelde bedraagt 18,2 procent.

Ook het aantal verpleegkundigen met een buitenlands diploma ligt in Nederland laag. In Duitsland is 7,9 procent van de verpleegkundigen in het buitenland opgeleid, in België 3,5 procent, in Nederland heeft 0,5 procent van de verpleegkundigen een buitenlands diploma. Het OESO-gemiddelde bedraagt 7,4 procent.

Zorgpilot Haaglanden

Om de instroom van internationale zorgmedewerkers in de zorg te bewerkstelligen is in 2024 de Zorgpilot Haaglanden gestart waarin duurzaam wordt samengewerkt met verschillende stakeholders, respectievelijk Gemeente Den Haag, ROC Mondriaan, zorginstelling Respect Zorg (RZ) en De Haagse Hogeschool (HHS). De Zorgpilot Haaglanden valt onder het programma Aanpak Onderwijs-Arbeidsmarkt Bedrijfsleven (OAB) van de gemeente Den Haag en heeft als doel om arbeidsmarktkrapte tegen te gaan en arbeidsmarktparticipatie van het zogenoemd 'onbenut arbeidspotentieel' te verbeteren. De zorgpilot richt zich op het toeleiden en/of opleiden van internationale zorgmedewerkers naar een functie binnen de zorg. Deze aanpak is gestoeld op onderzoekend leren, waarbij de kracht ligt in de verbinding tussen onderzoek, beleid en praktijk. Om dit te realiseren, is het essentieel om kennis te delen, kansen te benutten en innovatieve oplossingen in te zetten. Zo werkt de Zorgpilot samen aan een duurzame, sectorale samenwerking tussen diverse betrokken partijen.

Met Internationale zorgmedewerkers bedoelen wij:

1. Oekraïense ontheemden en/of statushouders met een zorgachtergrond;
2. (Arbeids)migranten (EU/buiten de EU) met een zorgachtergrond;
3. Niet-uitkeringsgerechtigden (Nuggers) (EU/buiten de EU) met een zorgachtergrond.

Deze internationale medewerkers hebben de weg naar werken in de zorg niet of nog niet gevonden. Ze zijn via de georganiseerde banenmarkten geïnccludeerd in ons onderzoek.

In 2024 organiseerde Gemeente Den Haag een **banenmarkt** en wierf daaruit twintig internationale zorgmedewerkers voor deelname aan de

zorgpilot Haaglanden. Deze internationale zorgmedewerkers zijn migranten in de leeftijd van 35-45 jaar, komen uit bovenstaande doelgroepen en zijn woonachtig in Den Haag. Ze hebben een medische, verpleegkundige en/of sociaalpedagogische zorgachtergrond maar werken niet in de Nederlandse gezondheidszorg.



Zorgpilot Haaglanden Podcast

Hoe de Zorgpilot Haaglanden in co-creatie met de verschillende partners is vormgegeven is te beluisteren in de volgende podcast:

Radio Dalmar - Educatieve Radio
Anita Ham docente van Haagse Hogeschool en
Programmamanager arbeidsmarkt zorg - Karin van Poelgeest

Het lectoraat Grootstedelijke Ontwikkelingen (GSO) van De Haagse Hogeschool voert tijdens de zorgpilot kwalitatief onderzoek uit in de regio Haaglanden.

Het onderzoek is opgedeeld in twee fasen:

Fase 1. In het eerste deel (looptijd oktober 2024 – januari 2025) richt het onderzoek zich op de ervaringen, behoeften en verwachtingen van

zowel Internationale zorgmedewerkers als lokale (zorg)medewerkers bij het begeleiden van Internationale zorgmedewerkers naar werk in de zorg. Dit rapport brengt de barrières en kansen ten aanzien van het werken in de zorg in kaart en identificeert factoren die, volgens de betrokkenen, de arbeidsmarktparticipatie in de zorgsector beïnvloeden. Dit rapport geeft ook kennis en inzicht in de oplossingsrichtingen die de Zorgpilot Haaglanden beoogt, heeft geïnitieerd en/of geïmplementeerd voor een betere match op de arbeidsmarkt.

Fase 2. In het tweede deel (looptijd maart 2025 - december 2025) richt het onderzoek zich op alle stappen die de gemeente zet tijdens de Zorgpilot in co-creatie met de verschillende stakeholders. Dit deel van het onderzoek geeft kennis en inzicht in effectieve elementen voor een verbeterde toeleiding naar werk en/of scholing van internationale zorgmedewerkers. Het doel is een beter arbeidsmarktbeleid wat een betere balans tussen vraag en aanbod op de arbeidsmarkt en in het onderwijs kan betekenen. Het streven is dat werkgevers in de zorg voldoende personeel hebben met de juiste competenties en internationale zorgmedewerkers een betere match op de arbeidsmarkt ervaren.

Leeswijzer

In dit rapport zal eerst worden ingegaan op het doel en de onderzoeksvraag, de onderzoeksmethode en de onderzoekspopulatie. In de daaropvolgende hoofdstukken worden de bevindingen en de oplossingsrichtingen vanuit de zorgpilot Haaglanden gepresenteerd.



Onderzoeksdoel en centrale onderzoeksvraag

Het doel van het onderzoek is een verkenning van ervaringen, behoeften en verwachtingen van lokale (zorg)medewerkers en internationale zorgmedewerkers in Den Haag om barrières en kansen in kaart te brengen zodat vraag en aanbod beter op elkaar afgestemd kan worden. De uitkomsten van het onderzoek bieden input voor beleid gericht op de arbeidsmarktparticipatie voor deze doelgroepen. De volgende onderzoeksvraag is hiervoor opgesteld:

Wat zijn ervaringen, behoeften en verwachtingen van internationale zorgmedewerkers en lokale (zorg)medewerkers ten aanzien van arbeidsmarktparticipatie in de zorg?

Onderzoekend leren in de praktijk

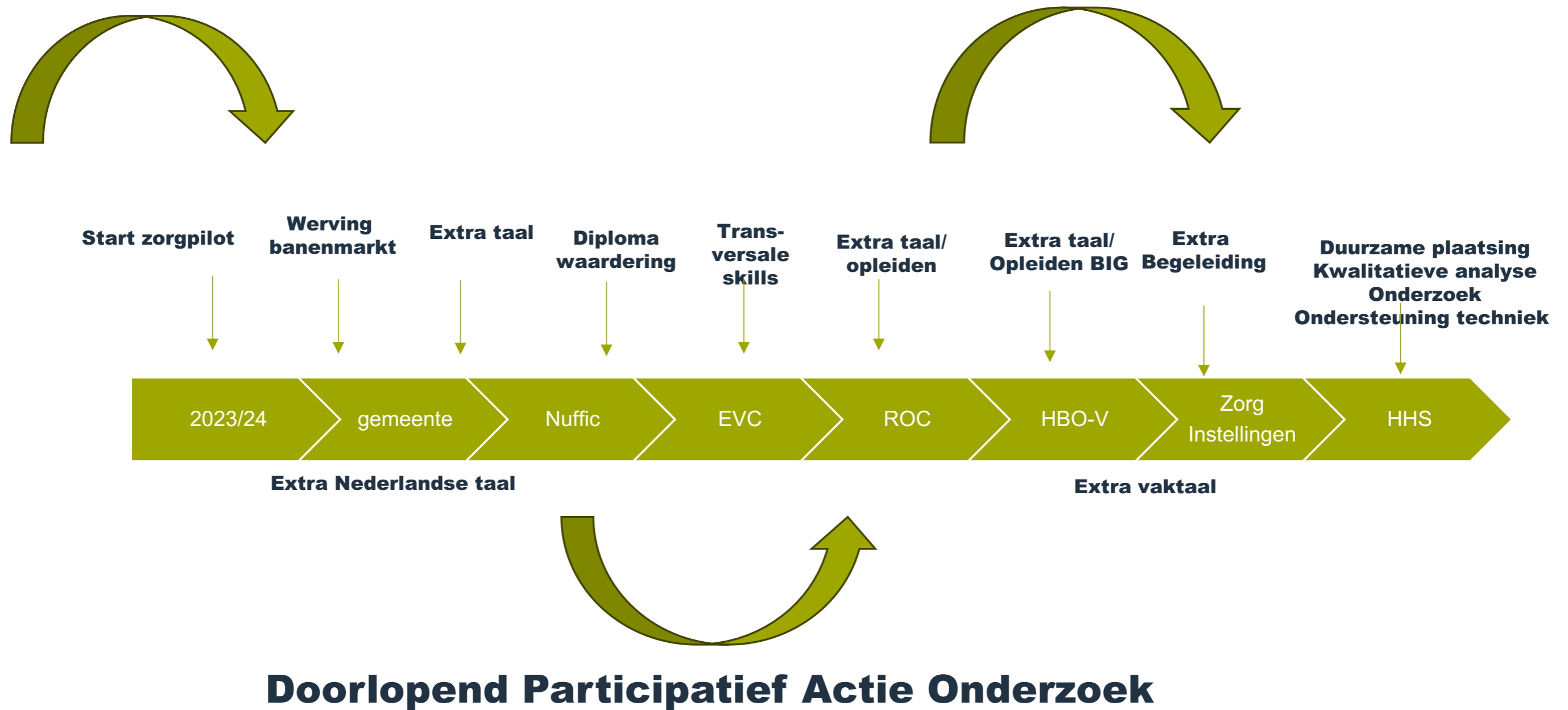
Het aanpakken van complexe processen en het ontwikkelen van oplossingsrichtingen binnen de zorgpilot Haaglanden vereisen een effectieve samenwerking tussen diverse partijen. Dit impliceert de toepassing van een relationele onderzoeksbenadering, waarbij partners in co-creatie samenwerkingsrelaties aangaan met relevante belanghebbenden in de praktijk. Deze aanpak bevordert participatie, wederzijds onderzoekend leren en duurzame transformaties binnen de praktijk (Van Lieshout et al., 2021). Om dit te realiseren, worden alle processen binnen de Zorgpilot nauwgezet gevolgd. Deelnemers fungeren als co-onderzoekers, terwijl onderzoekers optreden als co-veranderaars. Deze rolverdeling faciliteert de noodzakelijke transitie

voor een succesvolle toeleiding naar de arbeidsmarkt. Het systematisch monitoren van de stappen die de verschillende partijen binnen de zorgpilot ondernemen, draagt bij aan beleidscentralisatie. Dit houdt in dat beleid in co-creatie wordt ontwikkeld en vormgegeven, dicht bij de uitvoering georganiseerd (Duiveman, 2020). Deze benadering vereist een nauwe samenwerking tussen burgers (internationale zorgmedewerkers en lokale zorgmedewerkers), lokale overheid (gemeente), en diverse organisaties, waaronder non-profit instellingen (zoals Nuffic en zorginstellingen en ROC Mondriaan en De Haagse Hogeschool) en profit organisaties (zoals Liberaux). Door deze integrale samenwerking wordt beoogd de mismatch tussen vraag en aanbod in de zorgsector te verkleinen en de arbeidsmarktkrapte in zorg en welzijn te verminderen. De eerste stappen in het proces zijn:

1. Bereikbaarheid (vindbaar) door het aanbieden van banenmarkten in Haagse wijken;
2. Matching (inzicht in eerdere opgedane kwalificaties, competenties en transversale skills);
3. Plaatsing (als voorbereiding met aantal Haagse zorginstellingen);
4. Duurzame plaatsing (kennis en inzicht vergaren over knelpunten en kansen na plaatsing).

Het onderzoek volgt het gehele proces, respectievelijk de stappen die in co-creatie worden gezet door de verschillende stakeholders in de Zorgpilot Haaglanden (zie figuur 1). Met stakeholders bedoelen wij de partners die de intentieverklaring hebben getekend op 10 december 2024 (resp. Gemeente Den Haag, Respect zorg, De Haagse Hogeschool en ROC Mondriaan). Iedere partner heeft een taak en verantwoordelijkheid in de schakel. De taken vanuit de een worden opgevolgd door de andere. In fase 2 van het onderzoek (start maart 2025) wordt deze methodiek uit de zorgpilot nader in kaart gebracht en omgezet in een handreiking. Dit onderzoeksrapport geeft inzicht in de resultaten die zijn opgehaald in de eerste fase, in de periode van oktober 2024 – januari 2025.

Onderzoek Zorgpilot Haaglanden



Figuur 1

Samenwerking tussen betrokken stakeholders en deelnemers

Wil de zorgpilot Haaglanden slagen dan is het belangrijk dat er goed wordt samengewerkt met de verschillende stakeholders en de betrokken deelnemers (internationale en lokale zorgmedewerkers). Niet alleen is er bekendheid over de Zorgpilot nodig, maar ook een duidelijke projectstructuur, met informatie en heldere afspraken over het doorlopen traject, verantwoordelijkheden en werkwijzen. Dit geeft kennis en inzicht aan stakeholders en aan internationale zorgmedewerkers en lokale (zorg)medewerkers, maar ook binnen zorginstellingen, de gemeente (programma's en diensten) en onderwijsinstellingen (Universiteiten, HBO en MBO). Dit betekent een goede rolverdeling, een duidelijk aanspreekpunt vanuit de verschillende partijen zodat er heldere communicatielijnen zijn bij alle betrokken partijen. Dit komt overeen met best practices die al eerder zijn opgedaan (Ham, 2022; Verwey-Jonker, 2021).

Zie bijvoorbeeld **de handreiking** Anderstaligen leren en werken in de zorg (Verwey-Jonker, 2021).

Afbakening van de doelgroepen

Om de doelgroepen zo goed mogelijk te definiëren en af te bakenen binnen dit onderzoek, zijn de volgende inclusiecriteria gehanteerd:

Voor de lokale (zorg)medewerkers:

- Bestuur/directie en (HR) afdeling- en/of teammanagers);
 - Lokale (zorg)medewerkers (vast, flex en/of zzp), verzorgende, verpleegkundige en artsen in zorginstellingen in Den Haag (bijv. ziekenhuizen, wijkzorg, revalidatiezorg, VVT);
 - Ondersteunende diensten/ stichtingen (OBUA, Ithaka);
 - Nuffic (internationale diplomawaardering) en inventarisatie eerder verworven competenties/ transversale skills;
 - Onderwijs medewerkers van De Haagse Hogeschool;
 - Ziekenhuis en/of thuis zorgmedewerkers met internationale zorgmedewerkers samenwerkingservaring.

Voor de internationale zorgmedewerkers:

- Statushouders, ontheemden, (arbeids-)migranten, spouses, niet uitkeringsgerechtigden (nuggers) deelnemers aan de zorgpilot Haaglanden;
 - In bezit van diploma en/of heeft een medische, zorg en/of sociale pedagogische achtergrond;
 - (Tijdelijk of vaste) verblijfsstatus in Nederland;
 - Vallen onder de verantwoordelijkheid van de gemeente;
 - Woonachtig in Den Haag/ regio Haaglanden.

Verkenning door middel van interviews en informele gesprekken tijdens veldwerk

In dit kwalitatieve onderzoek zijn semigestructureerde interviews afgenomen om de ervaringen, behoeften en verwachtingen van internationale zorgmedewerkers (N=10) te verkennen. De interviews richtten zich op thema's zoals gevolgde opleidingen, werkervaring en taalvaardigheid, met als doel inzicht te verkrijgen in de kansen en knelpunten bij het vinden van een baan in de Haagse zorgsector. Daarnaast zijn lokale (zorg)medewerkers (N=10) uit de regio Haaglanden geïnterviewd. Deze professionals, werkzaam in ondersteunings-, onderwijs- en/of zorginstellingen, deelden hun ervaringen, knelpunten, behoeften en verwachtingen met betrekking tot het werken met internationale zorgmedewerkers. Ook zijn er informele gesprekken gevoerd met internationale zorgmedewerkers en lokale zorgmedewerkers. Deze gesprekken vonden plaats door het bijwonen van bijeenkomsten georganiseerd door Gemeente Den Haag en/of zorginstellingen/ zorgorganisaties.

De eerste tien internationale zorgmedewerkers werden benaderd die de gemeente had geworven. Daarnaast werden tien lokale (zorg)medewerkers benaderd via een gerichte sociale netwerkstrategie. Dit zijn lokale (zorg)medewerkers met werkervaringen met internationale zorgmedewerkers en/of betrokken zijn als partner bij de Zorgpilot. De respondenten werden

benaderd via e-mail en/of via WhatsApp en uitgenodigd voor een interview op een (gewenste) locatie of op De Haagse Hogeschool. Voorafgaand aan de interviews ontvingen de respondenten een toelichting op het onderzoeksdoel en ondertekenden zij een *informed consent* en/of gaven mondelinge toestemming. De interviews werden afgenomen door een senior- of docentonderzoeker, al dan niet in samenwerking met student-onderzoekers van De Haagse Hogeschool.

Data-analyse

De interviews duurden gemiddeld een uur, zijn opgenomen, letterlijk getranscribeerd en vervolgens thematisch geanalyseerd met behulp van het programma ATLAS-ti. De namen en citaten die opgenomen zijn in dit rapport zijn gefingeerd/geanonimiseerd. Om de anonimiteit van de respondenten te waarborgen zijn er kleine veranderingen aangebracht in persoonlijke gegevens zonder dat dit de inhoud schaadt, bijvoorbeeld gender en/of herkomstland.

MONOLOOG

Monologen

Op basis van kwalitatieve data uit de interviews met internationale zorgmedewerkers en lokale (zorg)medewerkers zijn aanvullend zes monologen opgesteld. Geïnspireerd door de werkwijze van Marjolijn Heerings (2022a; 2022b; 2022c), hebben wij op basis van de data geanonimiseerde theatrale monologen geschreven. Deze zijn vervolgens verfilmd met lokale amateur-acteurs. De monologen zijn bedoeld om op rakende en verhalende wijze ervaringen van internationale zorgmedewerkers en lokale (zorg)medewerkers tot leven te brengen. Deze monologen worden ter illustratie, en aanvullend op de resultaten, gedeeld in het hoofdstuk waarin de resultaten gepresenteerd worden. Eén van de verfilmingen is ook in dit verslag opgenomen.

Deze benadering is geïnspireerd op het werk van Heerings et al. (2022a; 2022b; 2022c), waarin op basis van etnografisch onderzoek in woon- en thuiszorgcontexten theatrale monologen zijn ontwikkeld en verfilmd, en die onder meer worden ingezet binnen de door Heerings ontwikkelde methode 'Als je het ons vraagt'. De tool 'Als je het ons vraagt' faciliteert reflectie op dilemma's in de zorgrelatie vanuit verschillende posities en draagt bij aan het verbeteren van de kwaliteit van zorg.

Ook binnen ons project onderzoeken wij de mogelijkheid om de filmpjes in de toekomst te gebruiken om gezamenlijk met internationale zorgmedewerkers en lokale (zorg)medewerkers te reflecteren op ervaringen vanuit verschillende perspectieven.

Barrière 1:
Informatie
is moeilijk
vindbaar

Barrière 2:
Problemen met
het leren van de
Nederlandse taal

Barrière 3:
Regels, eisen en
procedures zijn
onbekend

Barrière 4:
Onvoldoende
zicht op eerder
verworven
competenties

Barrières 5 en 6:
Registratie van
beroepen is
ingewikkeld en
lange wachtlijsten

Barrière 7:
Financiële
Drempels

Barrière 8:
Culturele
Verschillen

Barrière 9:
Geen scholing
op maat

Barrière 10:
Onvoldoende
begeleiding in
de zorgpraktijk

Resultaten

In dit hoofdstuk worden de belangrijkste bevindingen van fase 1 van het onderzoek gepresenteerd.

We gaan in op de motivatie en inzet van internationale zorgmedewerkers op werkgebied en de belangrijkste barrières die ze ervaren worden weergegeven: 1. informatie is moeilijk vindbaar, 2. problemen met het leren van de Nederlandse taal, 3. regels, eisen en procedures zijn onbekend, 4. onvoldoende zicht op eerder verworven competenties, 5. registraties van beroepen is ingewikkeld, 6. lange wachtlijsten voor taal en beroep registratie, 7. financiële drempels, 8. culturele verschillen, 9. Geen scholing op maat en 10. Onvoldoende begeleiding in de zorgpraktijk. Onder iedere barrière worden ook de oplossingsrichtingen vanuit de zorgpilot Haaglanden weergegeven.

Barrière 1: **Informatie is moeilijk vindbaar**

Uit de interviews blijkt dat internationale zorgmedewerkers die deelnemen aan de Zorgpilot een aanzienlijke motivatie en inzet op werkgebied tonen. Een aantal van deze deelnemers is momenteel werkzaam in sectoren die niet overeenkomen met hun oorspronkelijke opleiding, zoals in de

detailhandel, de tuinbouw of schoonmaak. Deelnemers gaven aan dat informatie over welke mogelijkheden er zijn voor ander werk veelal onbekend is. Door de banenmarkt, geïnitieerd door de gemeente Den Haag, zijn ze geattendeerd op baankansen in de Haagse zorgsector. Ondanks dat een directe aansluiting in de zorgsector ook niet altijd mogelijk is, zijn zij bereid om, als opstap naar een loopbaan in de zorg, op een lager niveau te starten en aanvullende cursussen en taallessen te volgen. Deze bereidheid is gebaseerd op de verwachting dat dergelijke inspanningen perspectief bieden op functies die beter aansluiten bij hun vaardigheden en opleidingsachtergrond. Zij realiseren zich dat directe plaatsing in het beroep waarvoor zij in hun land van herkomst zijn opgeleid wellicht niet (direct) haalbaar is, maar beschouwen aanverwante functies als een eerste stap in de juiste richting.

"Ik zeg niet dat we als artsen kunnen worden aangenomen, maar we kunnen als assistenten worden aangenomen. We kunnen worden aangenomen, nou, ik weet niet, als assistent-verpleegkundigen of... Omdat we weten hoe we dingen met onze handen moeten doen, en als we met de Nederlanders konden werken, zouden we de taal sneller leren, deze specifieke taal. En de meesten van ons gaan ermee akkoord om niet op hetzelfde financiële niveau te werken als de Nederlanders."

(Respondent 15, internationale zorgmedewerker).

Barrière 1:
Informatie
is moeilijk
vindbaar

Barrière 2:
Problemen met
het leren van de
Nederlandse taal

Barrière 3:
Regels, eisen en
procedures zijn
onbekend

Barrière 4:
Onvoldoende
zicht op eerder
verworven
competenties

Barrières 5 en 6:
Registratie van
beroepen is
ingewikkeld en
lange wachtlijsten

Barrière 7:
Financiële
Drempels

Barrière 8:
Culturele
Verschillen

Barrière 9:
Geen scholing
op maat

Barrière 10:
Onvoldoende
begeleiding in
de zorgpraktijk

"Ik zie op Facebook veel vacatures voor het zorgen voor oudere mensen of andere banen. Misschien kan ik zoiets doen. Ik wil niet per se teruggaan naar mijn vorige baan als pedagoog. Ik kan werken als doktersassistent... of ik kan mensen verzorgen...Ik denk dat ik een goed karakter heb voor de zorgsector - ik ben geduldig en ik ben niet nerveus."

(Respondent 11, internationale zorgmedewerker).

Om een indruk te krijgen van de deelnemers van de zorgpilot Den Haag, volgen hier enkele profielschetsen van de internationale zorgmedewerkers (gefingeerde namen), gemaakt door studenten van De Haagse Hogeschool

Oplossingsrichting vanuit de Zorgpilot Haaglanden:

De Zorgpilot Haaglanden benadrukt het belang van gerichte informatie, ondersteuning en begeleiding voor internationale zorgmedewerkers die een loopbaan in de zorg ambiëren. Er zijn banenmarkten georganiseerd in 2024 in Haagse wijken waar Gemeente Den Haag, zoals Den Haag werkt, stichtingen, zoals Polka en taalscholen, (vrouwen)buurtlabs, werkgevers en inwoners uit Den Haag (verschillende doelgroepen) samen komen. Daar wordt bijvoorbeeld informatie verstrekt over taalaanbod, aanbod werk voor alle niveaus, informatie over herwaardering diploma's uit eigen land, hulp bij financiële (werk)vragen en arbeidsmogelijkheden in de zorg. Hier wordt ook informatie gegeven over hoe internationale zorgmedewerkers kunnen instromen in de zorgsector en hoe ze een betere arbeidsmarktpositie kunnen krijgen.

De initiatieven vanuit de Zorgpilot Haaglanden sluiten ook aan bij andere praktijkgerichte initiatieven waarbij anderstaligen via voortrajecten en gerichte opleidingen succesvol worden geïntegreerd in de zorgsector. Een voorbeeld hiervan is het leerwerktraject van het Nova College Haarlem: 'Voortraject Leren en werken in de zorg', waarin internationale zorgmedewerkers gedurende twintig weken Nederlandse taallessen en een oriëntatie op het werken in de Nederlandse zorgsector ontvingen, inclusief stages om praktijkervaring op te doen. Dit traject heeft geleid tot verbeterde arbeidsmarktposities voor de deelnemers en draagt bij aan het verminderen van personeelstekorten in de zorg. Zie link: [Anderstaligen leren en werken succesvol in de zorg](#). Specifiek voor nieuwkomers met een verpleegkundige achtergrond (zonder BIG registratie) kunnen meedoen met het traject: nieuwkomers in hun kracht:

[Traject nieuwkomers - Zorg voor het Noorden](#)



Luisa Perez Nurse

Age: 45 years	Country: Spain
Sex: Female	Education: Nursing
Marital status: Married	Occupation: (current) unemployed

SITUATION

Luisa is a Spanish nurse who moved to the Netherlands for her husband's work. After 14 years of experience in nursing in Spain, she now faces challenges transitioning into the Dutch healthcare system. While she has successfully obtained her BIG registration, which is essential to work in the healthcare sector in the Netherlands, her journey to secure employment is hindered by language barriers, specifically with medical terminology.

SAYS

- The healthcare system in the Netherlands is different from Spain. Things move slower here.
- I have my BIG registration, but I'm struggling with the professional language.
- It's hard to find a healthcare-specific Dutch language course.

DOES

- Meets with language tutors regularly and continues to attend general Dutch classes.
- Feels capable and ready to work but is stalled by external factors like hospital hiring processes.

FEELS AND NEEDS

Luisa feels deeply frustrated because, despite her qualifications, she's stuck due to her language skills. She's eager to return to nursing, a role she's passionate about, but the challenges make her feel isolated from the local professional environment. Still, her determination drives her to keep pushing forward, working hard to improve her Dutch and adapt. Despite the setbacks, Luisa remains hopeful, taking every step she can to move closer to her goal. What Luisa needs most is healthcare-specific language training that focuses on medical terminology, helping her fully integrate. She would benefit from professional mentorship, someone who's navigated the same path, to offer guidance and advice. Most importantly, she needs employment opportunities—a hospital willing to give her a chance—and stronger support networks to ease her integration into Dutch life.

QUOTE

"I love helping people and caring for them. That's why I became a nurse."



Daria Mykhailenko

Former Associate
Professor and Psychiatrist

Age: 51 years	Country: Ukraine
Sex: Female	Education: Doctor of Philosophy in General Medicine, specializing in Human Anatomy
Marital status: Married	Occupation: Volunteer at Vorburg museum

SITUATION

Daria is a Ukrainian refugee who moved to the Netherlands due to the war in her home country. With extensive experience as an associate professor at a medical university and as a psychiatrist, she now faces challenges integrating into the Dutch healthcare system. Despite having her qualifications assessed, they don't fully correspond to Dutch standards. Her journey to secure employment in her field is primarily hindered by language barriers and differences in the healthcare systems.

SAYS

- "The language is difficult in terms of being a completely different language system."
- "I would like to have the opportunity to study, learn, to have a certificate already Dutch, so that I could clearly understand where to work, who to work as, how to work."
- "Learn the language, learn. Medicine, learn new medicine, you always need to learn."

DOES

- Participates in intensive language learning programs.
- Volunteers at a museum while seeking healthcare-related work.
- Actively seeks information about the Dutch healthcare system and qualification recognition process.
- Adapts to cultural differences in healthcare approaches.

FEELS AND NEEDS

Daria feels frustrated because, despite her extensive qualifications and experience, she's unable to work in her field due to language barriers and qualification differences. She's eager to return to medical work, a role she's passionate about, but the challenges make her feel somewhat isolated from the local professional environment. Despite the setbacks, Daria remains determined, working hard to improve her Dutch and adapt to the new system. She feels grateful for the support she's received but also overwhelmed by the differences in healthcare approaches.

What Daria needs most is healthcare-specific language training that focuses on medical terminology and report writing. She would benefit from a clear pathway to have her qualifications recognized or to understand what additional training she needs. She needs employment opportunities—preferably in the healthcare sector, even if not initially as a doctor. Most importantly, she needs stronger support networks and clearer information about the Dutch healthcare system to ease her integration.

QUOTE

"If you can't communicate, you can't work. Here it's important, besides language, to also understand which qualifications are accepted here."



CHF Group 4 - Bridge To Care
(N. Danylenko, N. Moekoet, R. Pellen, M. Öcal, A. Beligashkova)

Layla Al-Yamani

Doctor

Age: 34 years	Country: Yemen
Sex: Female	Education: General Practitioner
Marital status: Married	Occupation: (current) unemployed

SITUATION

Layla has been living in the Netherlands for nearly one year, residing in an asylum center in Gouda while awaiting a decision on her residency status. She has nine years of experience as a general practitioner in Yemen, but she is currently unable to work as a doctor in the Netherlands due to language barriers and the need for official recognition of her qualifications.

SAYS

She expresses frustration with the slow asylum process and emphasizes the importance of learning Dutch for her career. She points out the difficulties of navigating the Dutch healthcare system as an immigrant, highlighting the lack of intensive language training and her uncertainty about her future.

FEELS AND NEEDS

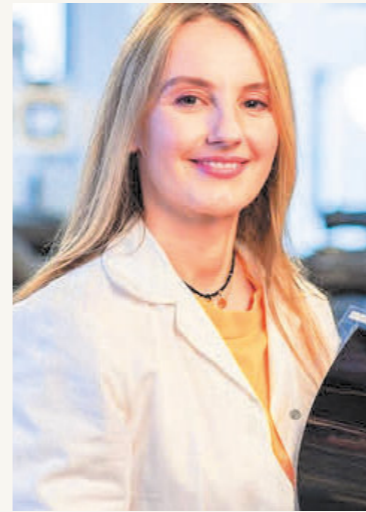
Layla feels a little anxious and depressed due to the uncertainty surrounding her asylum application and her inability to fully integrate into the Dutch healthcare system. She needs more structured support for learning Dutch and gaining formal recognition for her medical qualifications to continue her career as a doctor.

DOES

Layla is currently undergoing a training internship at a clinic in The Hague, where she observes and assists a doctor but cannot officially practice medicine yet. She also participates in Dutch language training and self-studies to improve her language skills.

QUOTE

"I want to serve people and save lives. It has been my passion since I was a child."



CHF Group 4 - Bridge To Care
(N. Danylenko, N. Moekoet, R. Pellen, M. Öcal, A. Beligashkova)

Mariah Norway

Home Care worker

Age: 45 years	Country: Poland
Sex: Female	Education: Pedagogue
Marital status: Single	Occupation: (current) employed

SITUATION

Mariah has been living in the Netherlands for eight years, residing in an apartment in the Hague rented out from the Hague Municipality together with her friend. She has 15 years of experience as a home caregiver in Poland, but she is currently unable to work in the Dutch healthcare sector due to language barriers and the need for official recognition of her qualifications.

SAYS

Mariah worked for eight years in a greenhouse, but the physically demanding nature of the job has become too heavy for her, leading to health problems. Her current role feels boring and unfulfilling. She is determined to stay and develop her career in the Netherlands long-term and contribute to the country's development.

QUOTE

"I like the Netherlands, I like Dutch people, and I want to give something to this country.."

FEELS AND NEEDS

Witnessing her friend's success in returning to her job motivated Mariah to make a change in her life. She aspires to work in the elderly care sector and would like to follow an intensive Dutch course along with potential training for basic care.

DOES

Mariah is a part of a large Polish community on Facebook, where she finds support and information. She has attempted to take Dutch language courses at ROC Mondriaan but struggled to continue due to her work schedule. Currently, she is waiting for her university in Poland to send her official degree, which she needs to translate and submit to Nuffic for recognition of her qualifications. Additionally, she seeks support from organizations like Polka and the Hague Municipality to aid her integration.

Barrière 1:
**Informatie
is moeilijk
vindbaar**

Barrière 2:
**Problemen met
het leren van de
Nederlandse taal**

Barrière 3:
**Regels, eisen en
procedures zijn
onbekend**

Barrière 4:
**Onvoldoende
zicht op eerder
verworven
competenties**

Barrières 5 en 6:
**Registratie van
beroepen is
ingewikkeld en
lange wachtlijsten**

Barrière 7:
**Financiële
Drempels**

Barrière 8:
**Culturele
Verschillen**

Barrière 9:
**Geen scholing
op maat**

Barrière 10:
**Onvoldoende
begeleiding in
de zorgpraktijk**

De zoektocht van Anna naar een passende functie in de Nederlandse zorgsector

Anna, een Poolse vrouw met een universitaire master en ervaring in het werken met kinderen met epilepsie en autisme, besloot tien jaar geleden naar Nederland te verhuizen voor betere carrièrekansen. Via een Pools uitzendbureau vond ze werk in de kassen van het Westland. De eerste drie maanden verbleef ze in een zogenaamd 'Polenhotel', waarna ze bij elke verandering van baan ook van woonadres wisselde binnen de regio. Haar collega's waren voornamelijk andere arbeidsmigranten, en Nederlands werd zelden gesproken op de werkvloer. Hierdoor heeft Anna nooit de Nederlandse taal geleerd, wat haar toegang tot informatie over wonen, werk en taal aanzienlijk bemoeilijkte.

Het idee om in Nederland op haar opleidingsniveau te werken, kwam niet bij haar op totdat ze een Poolse ontmoette die in Polen als tandartsassistente had gewerkt en dit beroep ook in Nederland uitoefende. Geïnspireerd begon Anna vacatures in de zorg te zoeken via een Poolse Facebookgroep voor Polen in Nederland. Zo kwam ze in contact met Polka – Centrum voor Poolse Vrouwen in Den Haag, een stichting die Poolse vrouwen ondersteunt bij hun integratie en professionele ontwikkeling.

Polka organiseert diverse activiteiten, waaronder informatiebijeenkomsten over het Nederlandse zorgsysteem, workshops over culturele verschillen op de werkvloer en Nederlandse conversatielessen tijdens het Taalcafé.

Via Polka werd Anna gewezen op een banenmarkt in haar wijk, georganiseerd door de gemeente. Ze woonde het evenement bij en schreef zich in op een lijst voor geïnteresseerden in de zorgsector. Dit bleek een keerpunt: Anna kreeg de mogelijkheid deel te nemen aan een intensieve Nederlandse taaltraining in de weekenden, gefaciliteerd door de gemeente. Daarnaast volgt ze nu intensieve taallessen bij ROC Mondriaan's Taal+ school, die cursussen aanbiedt voor volwassenen die de Nederlandse taal willen leren lezen, schrijven en spreken.

Anna beschouwt deze kans als een nieuwe start. Ze is vastbesloten om haar taalvaardigheid te verbeteren en uiteindelijk weer in de zorg te werken, haar oorspronkelijke passie. Terugkeren naar Polen is voor haar geen optie; ze wil haar toekomst in Nederland opbouwen en haar professionele vaardigheden inzetten om bij te dragen aan de Nederlandse samenleving.

Naam gefingeerd

Barrière 1:
Informatie
is moeilijk
vindbaar

Barrière 2:
Problemen met
het leren van de
Nederlandse taal

Barrière 3:
Regels, eisen en
procedures zijn
onbekend

Barrière 4:
Onvoldoende
zicht op eerder
verworven
competenties

Barrières 5 en 6:
Registratie van
beroepen is
ingewikkeld en
lange wachtlijsten

Barrière 7:
Financiële
Drempels

Barrière 8:
Culturele
Verschillen

Barrière 9:
Geen scholing
op maat

Barrière 10:
Onvoldoende
begeleiding in
de zorgpraktijk

Barrière 2: **Problemen met het leren van de Nederlandse taal**

Taalbarrière

Om ervoor te zorgen dat zorgverleners effectief kunnen communiceren binnen de Nederlandse gezondheidszorg zijn verplichte taalniveaus vastgesteld door het CBGV. Voorheen werd de Algemene Kennis- en Vaardighedentoets (AKV-toets) gebruikt om taalvaardigheid te beoordelen, maar sinds 1 januari 2024 is deze vervangen door het aanleveren van taalcertificaten op het vereiste niveau (CIBG, 2025). Internationale zorgmedewerkers geven aan behoefte te hebben aan het gestructureerd leren van de Nederlandse taal, met een focus op de vaktaal die zij nodig hebben tijdens het werken in de zorg. Veel van hen gaven aan dat ze de algemene Nederlandse taal redelijk beheersen (B1/B2-niveau), maar dat ze zich bewust zijn dat dit onvoldoende is om effectief te kunnen functioneren in een medische setting.

“Het belangrijkste en het moeilijkste is de taalbarrière. En ik begrijp dat als je in de geneeskunde wilt werken, de taal op een zeer hoog niveau moet zijn. Omdat je met mensen werkt, en deze mensen zullen je niet altijd begrijpen. Dat wil zeggen, je moet op hetzelfde niveau zijn als zij.”

(Respondent 15, internationale zorgmedewerker)

“De taal is het grootste probleem, want ik heb alle cursussen en registraties behaald, maar alleen omdat ik de vaktaal nog niet voldoende spreek, kan ik momenteel niet beginnen.”

(Respondent 01, Internationale zorgmedewerker).

Ook lokale (zorg)medewerkers benadrukken het belang van vaktaal. Zij geven aan dat beheersing van vaktaal cruciaal is voor werkzaamheden in de zorg. Dit geldt helemaal wanneer een internationale zorgmedewerker snel moet kunnen handelen in acute situaties die zich opeens kunnen voordoen in het ziekenhuis:

“Taal is belangrijk in de zorg. Je kunt een dwarsleasie niet verwarren met een dwarsligging en ook een stemstoornis is wat anders dan een stemmingsstoornis.”

(informeel gesprek met lokale (zorg)medewerker).

Tegelijkertijd werd door enkele lokale zorgmedewerkers aangegeven dat het spreken van verschillende talen ook een meerwaarde kan zijn, bijvoorbeeld voor anderstalige patiënten, wanneer de zorgverlener en de patiënt dezelfde (voorkeurs)taal met elkaar kunnen spreken.

Barrière 1:
Informatie
is moeilijk
vindbaar

Barrière 2:
Problemen met
het leren van de
Nederlandse taal

Barrière 3:
Regels, eisen en
procedures zijn
onbekend

Barrière 4:
Onvoldoende
zicht op eerder
verworven
competenties

Barrières 5 en 6:
Registratie van
beroepen is
ingewikkeld en
lange wachtlijsten

Barrière 7:
Financiële
Drempels

Barrière 8:
Culturele
Verschillen

Barrière 9:
Geen scholing
op maat

Barrière 10:
Onvoldoende
begeleiding in
de zorgpraktijk

“En het is ook nog eens op de werkvloer vaak best handig omdat we af en toe patiënten hebben die bijvoorbeeld alleen maar Franstalig zijn. Nou, dat is heel erg fijn om dan iemand te hebben die die taal spreekt. En dat geldt ook voor Arabisch. We hebben een collega die Arabisch spreekt en dat is ontzettend prettig voor patiënten die alleen Arabisch spreken en verstaan.”

(Respondent 07, Lokale (zorg)medewerker).

Hoewel lokale zorgmedewerkers erkennen dat taalvaardigheid voor internationale zorgmedewerkers die willen werken in de zorg essentieel is, merken zij ook op dat taalbeheersing vaak verbetert naarmate medewerkers in de praktijk aan de slag gaan. Toch blijft een basisniveau van de Nederlandse taal onmisbaar. Een onvoldoende taalbeheersing kan niet alleen het werk bemoeilijken, maar ook leiden tot miscommunicatie, frustratie en verminderde samenwerking binnen het team. Om dergelijke negatieve ervaringen te voorkomen, adviseerden medewerkers in ziekenhuizen om internationale zorgmedewerkers hun loopbaan te laten starten binnen de VVT-sector (verpleging, verzorging en thuiszorg). Deze setting wordt als minder complex beschouwd dan het ziekenhuis, en biedt ruimte voor verdere ontwikkeling van zowel taal- als vakinhoudelijke competenties.

Desondanks benadrukken ook VVT-zorgmedewerkers het belang van taalprecisie, aangezien onduidelijkheid over medische terminologie

directe risico's kan vormen voor de patiëntveiligheid. Internationale zorgmedewerkers werden dan ook aangeraden om voorafgaand aan hun instroom in de zorg substantieel te investeren in het verwerven van de Nederlandse (vak)taal. Het is daarbij van belang te onderstrepen dat sommige geïnterviewde medewerkers vinden dat de verantwoordelijkheid voor deze taalintegratie niet uitsluitend bij de internationale medewerker zelf ligt en/of volledig bij de (lokale) overheid. Werkgevers, zo werd gezegd, spelen ook een cruciale rol in het faciliteren van taalondersteuning en het creëren van leerrijke werkplekken, maar zij zijn zich daar nog niet altijd voldoende van bewust volgens een van de stakeholders uit de zorg-pilot. Dit komt overeen met de resultaten uit het rapport van de Adviesraad migratie (2025).

Belemmering taal in zoektocht naar werk

Taal kan een belemmering vormen in de zoektocht naar werk. Een geïnterviewde beschreef hoe zij na 14 jaar ervaring in haar thuisland werd afgewezen voor een functie omdat haar vaktaal niet op niveau zou zijn, zonder dat er een daadwerkelijke beoordeling van haar vaktaalvaardigheid plaatsvond.

“Ik gaf aan dat ik niet precies weet hoe mijn vaktaal is, omdat ik nooit heb gewerkt hier.....En er werd tegen mij gezegd dat het voor mij te vroeg is om in een ziekenhuis te kunnen werken en dat ik vaktaal nodig heb. Maar welke vaktaal? Voor het hele ziekenhuis? Vaktaal is toch niet overal hetzelfde, voor neurologie is dat anders dan voor

Barrière 1:
Informatie
is moeilijk
vindbaar

Barrière 2:
Problemen met
het leren van de
Nederlandse taal

Barrière 3:
Regels, eisen en
procedures zijn
onbekend

Barrière 4:
Onvoldoende
zicht op eerder
verworven
competenties

Barrières 5 en 6:
Registratie van
beroepen is
ingewikkeld en
lange wachtlijsten

Barrière 7:
Financiële
Drempels

Barrière 8:
Culturele
Verschillen

Barrière 9:
Geen scholing
op maat

Barrière 10:
Onvoldoende
begeleiding in
de zorgpraktijk

geriatrie. En dat is weer niet hetzelfde als psychologie. Ik heb hier nog niet op een afdeling gewerkt, dus dan denk ik, welke vaktaal wil jij dat ik heb?"

(Respondent 02, Internationale zorgmedewerker).

"Mijn man en kinderen spreken geen Nederlands, dus thuis kan ik geen Nederlands praten. Ik heb geen cursus over de zorgtaal gevonden, geen gerichte cursus en ja, ik kan boeken lezen, maar ik moet het praten. Ik heb geen contact met Nederlanders en ik snap het. Ja, ja, ja, ja, dat is moeilijk en de taal leer je wanneer je gaat werken en je kunt niet werken omdat je de taal niet spreekt."

(Respondent 02, Internationale zorgmedewerker).

Dit leidt tot een paradoxale situatie waardoor Internationale zorgmedewerkers niet snel kunnen doorstromen naar een baan in de zorg: enerzijds kunnen zij moeilijk werk vinden in de zorg door een gebrek aan beheersing van de taal en anderzijds missen ze praktijkervaring wat juist van groot belang is voor het leren van de taal.

Ook kan een taalbarrière een belemmering vormen in het sollicitatieproces zelf, wanneer mensen bijvoorbeeld niet uit hun woorden kunnen komen tijdens een sollicitatie, hetgeen in de monoloog (box 1) is te lezen.

MONOLOOG

Onvoldoende

En dan ben ik er bijna.
Eindelijk dichtbij mijn droom, mijn toekomst.
Zes jaar in Nederland.
Nu heb ik de papieren, de diploma's, mijn BIG-registratie.
Alles wat ze vroegen.
En het was moeilijk.
En ik heb volgehouden.
En nu ben ik er klaar voor.

En dan bellen ze.
De zorginstelling. De HR-manager.
Het moment waarop ik alles kan laten zien.
Maar mijn stem slaat dicht.
De woorden zitten vast.
Alle Nederlandse lessen,
alle grammatica en oefeningen...
en ze glijden weg.
En ik hoor hoe het stil blijft aan de
andere kant.

Dan hoor ik de twijfel.
Het ongemak.
Het: "Dank je wel, we laten het je weten."

En ik weet wat die woorden betekenen.
Het betekent dat ik niet ben geslaagd.

Box 1 - vervolg pagina 23

Barrière 1:
Informatie
is moeilijk
vindbaar

Barrière 2:
Problemen met
het leren van de
Nederlandse taal

Barrière 3:
Regels, eisen en
procedures zijn
onbekend

Barrière 4:
Onvoldoende
zicht op eerder
verworven
competenties

Barrières 5 en 6:
Registratie van
beroepen is
ingewikkeld en
lange wachtlijsten

Barrière 7:
Financiële
Drempels

Barrière 8:
Culturele
Verschillen

Barrière 9:
Geen scholing
op maat

Barrière 10:
Onvoldoende
begeleiding in
de zorgpraktijk

Box 1 - vervolg van pagina 22

Dat ik hier nog steeds niet hoor.
En het doet pijn.

Pijn omdat ik wéét wat ik kan.
Veertien jaar ervaring in een ziekenhuis.
Ik heb bloed gezien, wanhoop, ziekte.
Gesignaleerd en goed gehandeld in
acute situaties.
Handen vastgehouden.

Maar dat zeggen ze niet.
Ze zeggen niets over die ervaring.
Ze zeggen: "De taal is onvoldoende."
Onvoldoende.
On...vol...doende.

Ik kijk naar mijn kinderen.
Ik werk hard voor hen, voor ons.
Ik leer, ik oefen, ik herhaal – en vooral:
ik hou vol.
Ik wil hen trots maken.
Maar nu moet ik opnieuw beginnen.
Weer opnieuw. Opnieuw beginnen.

Ik was er klaar voor.
Ik stond op de drempel.
En ik hoorde alleen:
onvoldoende.

Lokale medewerkers erkennen deze barrières. Sommigen geven aan het belangrijk te vinden om te kijken naar kansen en mogelijkheden voor Internationale zorgmedewerkers:

"Wanneer iemand uit het voorgesprek niet uit haar woorden kan komen en google translate gebruikt moet gaan worden, dan kan dat natuurlijk ook een momentopname zijn. Dus dan geven we iemand de mogelijkheid om een dagje mee te lopen en kijken wij hoe het in de praktijk gaat. Misschien dat als ze in de praktijk werken dat meer rust en ontspanning geeft."

(Respondent informeel gesprek met lokale (zorg)medewerker tijdens veldwerk).

Volgens het Centraal Informatiepunt Beroepen Gezondheidszorg (CIBG) zijn de taalniveaus voor beroepen in de zorg vastgesteld door de Commissie Buitenslands Gediplomeerden Volksgezondheid (CBGV). Deze taaleisen zijn nodig om ervoor te zorgen dat zorgverleners effectief kunnen communiceren binnen de Nederlandse gezondheidszorg. Willen mensen werken in de zorg dan is een registratie verplicht in de Beroepen Individuele Gezondheidszorg (BIG-register). Voorheen werd voor deze registratie de Algemene Kennis- en Vaardighedentoets (AKV-toets) gebruikt om taalvaardigheid te beoordelen, maar sinds 1 januari 2024 is deze vervangen door het aanleveren van taalcertificaten op het vereiste niveau (B2+ voor wo, B2 voor hbo, en B1 voor mbo).

Barrière 1:
Informatie
is moeilijk
vindbaar

Barrière 2:
Problemen met
het leren van de
Nederlandse taal

Barrière 3:
Regels, eisen en
procedures zijn
onbekend

Barrière 4:
Onvoldoende
zicht op eerder
verworven
competenties

Barrières 5 en 6:
Registratie van
beroepen is
ingewikkeld en
lange wachtlijsten

Barrière 7:
Financiële
Drempels

Barrière 8:
Culturele
Verschillen

Barrière 9:
Geen scholing
op maat

Barrière 10:
Onvoldoende
begeleiding in
de zorgpraktijk

(Vak)taalcursussen

De vaktaal wordt nauwelijks onderwezen in reguliere taalcursussen en is vaak alleen te verwerven door specifieke training gecombineerd met praktijkervaring. Respondenten benoemen dat zij de specifieke vaktaalcursussen niet kunnen vinden op gewenst hbo of universitairniveau.

“Het vinden van een taalcursus die specifiek gericht is op de gezondheidszorg is erg lastig. Ik studeer momenteel aan het Mondriaan, maar de taal die ik daar leer, is ‘gewone’ taal en niet de vaktaal die ik nodig heb.”

(Respondent 01, internationale zorgmedewerker).

Het volgen van taalcursussen levert daarnaast extra uitdagingen op voor internationale zorgmedewerkers. Internationale zorgmedewerkers ervaren dat taalcursussen moeilijk te vinden zijn en dat er vaak lange wachtlijsten bestaan. Ook werden financiële lasten als drempels genoemd. Zo zijn de meeste internationale zorgmedewerkers wel bekend met de taaltrainingen van het ROC Mondriaan en staan daarvoor ingeschreven. Maar ROC Mondriaan kampt met lange wachtlijsten en daardoor moeten de internationale zorgmedewerkers soms wel 8 maanden tot 1 jaar wachten voordat ze kunnen starten met de lessen. Noodgedwongen volgen sommige internationale zorgmedewerkers daarom soms dure, particuliere taallessen. Sommige taalcursussen zijn prijzig en daardoor niet altijd toegankelijk voor mensen met een laag inkomen. Daarbij worden cursussen vaak tijdens kantooruren aangeboden, terwijl veel internationale zorgmedewerkers op die momenten werkzaam zijn. Bovendien kost het

leren van de Nederlandse taal na een lange werkdag veel energie en vergt het veel zelfdiscipline, vooral voor trainingen op C1- en C2-niveau. Een van de deelnemers vertelt hierover:

“Maar waar? Ik weet dat er een taalcafé in Den Haag is, maar ze houden hun evenementen tijdens mijn werktijd, dus ik heb geen kans om te gaan. Soms heb ik tijd, maar ben ik moe van het werk.”

(Respondent 11, Internationale zorgmedewerker).

Daarnaast kunnen lokale toegankelijkheidscriteria waarbij sommige gemeenten taalcursussen alleen voor eigen inwoners aanbieden, extra drempels vormen. Sommige Internationale zorgmedewerkers geven aan een gebrek aan structurele wekelijkse taalcursussen op C1-C2 niveau te ervaren:

“Omdat je elke taal moet oefenen, oefenen, oefenen. Oefening baart kunst. Dus ik zou het prettiger vinden als ik bijvoorbeeld wekelijks moet gaan, of drie dagen per week moet studeren gedurende drie maanden. Dat lijkt me nuttig. Niet eens in de twee maanden vier dagen les en dan weer stoppen. En dan zelfstudie. Voor mij is dat niet efficiënt genoeg.”

(Respondent 16, Internationale zorgmedewerker).

Barrière 1:
Informatie
is moeilijk
vindbaar

Barrière 2:
Problemen met
het leren van de
Nederlandse taal

Barrière 3:
Regels, eisen en
procedures zijn
onbekend

Barrière 4:
Onvoldoende
zicht op eerder
verworven
competenties

Barrières 5 en 6:
Registratie van
beroepen is
ingewikkeld en
lange wachtlijsten

Barrière 7:
Financiële
Drempels

Barrière 8:
Culturele
Verschillen

Barrière 9:
Geen scholing
op maat

Barrière 10:
Onvoldoende
begeleiding in
de zorgpraktijk

Oplossingsrichtingen vanuit de Zorgpilot

Binnen de Zorgpilot worden diverse initiatieven ondernomen om deze taalbarrières en belemmeringen in het volgen van taalcursussen te verkleinen. Zo worden deelnemers gestimuleerd om in het weekend naar een taalcafé te gaan en worden er bijeenkomsten georganiseerd buiten de reguliere cursussen, zoals groepsuitstapjes naar musea. Wanneer de deelnemers gaan starten met het werk zijn er naast extra Nederlandse lessen bij het ROC Mondriaan ook ondersteunende middelen zoals vertaaltools; dit zijn audio technologische middelen voor een betere communicatie tussen zorgverleners onderling en zorgverleners en cliënten. Desondanks blijft er een wens bestaan onder sommige internationale zorgmedewerkers om in het voortraject structurele, langdurige, wekelijkse taalscholingen te kunnen volgen op C1 en C2 niveau, waarbij ook vaktaal een prominente rol speelt. ROC Mondriaan biedt bijvoorbeeld ondersteuning door het aanbieden van taalstages op mbo-niveau. Ook worden er initiatieven genomen om zowel binnen het mbo als ook binnen het hbo de (Nederlandse) vaktaal te integreren in bestaande scholingstrajecten voor de zorg.



Barrière 1:
Informatie
is moeilijk
vindbaar

Barrière 2:
Problemen met
het leren van de
Nederlandse taal

Barrière 3:
Regels, eisen en
procedures zijn
onbekend

Barrière 4:
Onvoldoende
zicht op eerder
verworven
competenties

Barrières 5 en 6:
Registratie van
beroepen is
ingewikkeld en
lange wachtlijsten

Barrière 7:
Financiële
Drempels

Barrière 8:
Culturele
Verschillen

Barrière 9:
Geen scholing
op maat

Barrière 10:
Onvoldoende
begeleiding in
de zorgpraktijk

Barrière 3: **Regels, eisen en procedures zijn onbekend**

Diploma-erkenning gaat gepaard met veel regelgeving, eisen en langdurige procedures. De Netherlands Universities Foundation For International Cooperation (**Nuffic**) fungeert als toetsingsorgaan voor buitenlandse scholing. Opleidingen en diploma's die internationale zorgmedewerkers in hun herkomstland hebben gevolgd, worden door Nuffic vergeleken met de opleidingen in Nederland. Dit proces vereist dat ze beschikken over alle benodigde diploma's en certificaten. Maar door uiteenlopende omstandigheden, zoals onder statushouders uit oorlogsgebieden met bombardementen op universiteiten kan dit bewijs niet altijd worden geleverd. Ook wanneer de documenten wel beschikbaar zijn, vormt de erkenning van buitenlandse diploma's een tweede grote uitdaging voor Internationale zorgmedewerkers, certificaten moeten worden vertaald en er worden eisen gesteld aan de buitenlandse universiteiten:

"Ik wacht eerst op mijn universiteit [in Polen]. Ze moeten mij dan alle vakken met het bijbehorende cijfer sturen. En dan moet ik het laten vertalen omdat alle vakken in het Pools worden weergegeven. Ik moet dan naar een vertaler om de documenten te laten vertalen [naar het Nederlands] en dan kan ik het [alle documenten] daarna naar het Nuffic sturen. Dit proces duurt lang."

(Respondent 11, Internationale zorgmedewerker).

Bovendien benoemen meerdere respondenten ook het gebrek aan transparantie binnen het beoordelingssysteem en zijn regels, eisen en procedures onbekend: het is voor hen niet altijd duidelijk welke criteria precies worden gehanteerd en hoe het Nederlandse onderwijssysteem werkt en wordt vergeleken:

"Omdat onze diploma's behaald in Oekraïne verschillen van de diploma's die hier worden behaald, begrijpen de meesten van ons niet op welk niveau we overeenkomen. Dat wil zeggen, dat ons onderwijssysteem een beetje anders is, maar niet heel anders."

(Respondent 15, Internationale zorgmedewerker)

Navigeren in een doolhof van regelgeving, organisaties en informatie

Internationale zorgmedewerkers in de Nederlandse zorgsector ervaren dat zij te maken krijgen met een uiterst complex en voortdurend veranderend landschap van wet- en regelgeving en ingewikkelde procedures, waardoor informatie versnipperd en niet eenduidig is. Mensen weten vaak niet wat de kansen en mogelijkheden zijn. Deze versnipperde informatie zorgt ervoor dat internationale zorgmedewerkers moeite hebben om een helder overzicht te krijgen van wat er van hen wordt verwacht en welke ondersteuning er beschikbaar is.

Barrière 1:
Informatie
is moeilijk
vindbaar

Barrière 2:
Problemen met
het leren van de
Nederlandse taal

Barrière 3:
Regels, eisen en
procedures zijn
onbekend

Barrière 4:
Onvoldoende
zicht op eerder
verworven
competenties

Barrières 5 en 6:
Registratie van
beroepen is
ingewikkeld en
lange wachtlijsten

Barrière 7:
Financiële
Drempels

Barrière 8:
Culturele
Verschillen

Barrière 9:
Geen scholing
op maat

Barrière 10:
Onvoldoende
begeleiding in
de zorgpraktijk

“Het eerste probleem dat ik tegenkwam, is dat het erg moeilijk is om consistent gepresenteerde informatie te vinden over hoe je deze zoektocht goed moet doen.”

(Respondent 15, Internationale zorgmedewerker).

Internationale zorgmedewerkers ervaren in de praktijk dat zij te maken krijgen met een wirwar aan instanties en regels. Naast landelijke organisaties zoals het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), de Commissie Buitenslands Gediplomeerden Volksgezondheid (CBGV), de Vereniging Buitenslands Gediplomeerde Artsen (VBGA) en Nuffic, komen daar talloze lokale diensten bij. Denk aan gemeentelijke instanties die opereren vanuit de domeinen van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap (OCW) of Sociale Zaken en Werkgelegenheid (SZW), maar ook aan marktpartijen, stichtingen en werkgeversorganisaties zoals ActiZ en VGN. Deze veelheid aan betrokken actoren maakt het lastig om overzicht te houden: het is soms onduidelijk wie welke verantwoordelijkheden heeft, en wat nu de eisen en regels zijn waar ze aan moeten voldoen. Die verwarring wordt versterkt door de overvloed aan afkortingen die worden gebruikt. Van beroepsorganisaties als KNMG, KNMT en Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN), tot uitvoeringsinstanties als CIBG en maatschappelijke organisaties als UAF: de afkortingen zijn talrijk en voor nieuwkomers lang niet altijd begrijpelijk. Deze ondoorzichtige structuur leidt bij internationale zorgprofessionals tot onzekerheid en vertraging in hun weg naar de werkvloer. Het belemmert hun integratie in de zorg. Dit is weergegeven in de monoloog en video in Box 2.

MONOLOOG

Doolhof

Regels voor de BIG,
procedures voor taal,
loketten voor werk,
adviseurs voor instanties,

Coaches voor “the job,”
begeleiders in het veld,
ambtenaren voor regels,
docenten voor school
en maatjes voor taal.

En ondertussen puilt mijn tas uit.
Vol papieren, certificaten en portfolio's.

CBGV, CIBG, VBGA, Nuffic en UAF. Ze zijn er om me te helpen.
Daar ben ik dankbaar voor. Echt waar.
Maar soms voelt het alsof ik verdwaal in een doolhof.

A2, B1, B2, C1.
Het klinkt als een wegwijzer.
Maar de weg wijst het niet.

Ondertussen doe ik alles wat ze vragen.
“Vul dit formulier in”, vragen ze.

Box 2 - vervolg pagina 28

Barrière 1:
Informatie
is moeilijk
vindbaar

Barrière 2:
Problemen met
het leren van de
Nederlandse taal

Barrière 3:
Regels, eisen en
procedures zijn
onbekend

Barrière 4:
Onvoldoende
zicht op eerder
verworven
competenties

Barrières 5 en 6:
Registratie van
beroepen is
ingewikkeld en
lange wachtlijsten

Barrière 7:
Financiële
Drempels

Barrière 8:
Culturele
Verschillen

Barrière 9:
Geen scholing
op maat

Barrière 10:
Onvoldoende
begeleiding in
de zorgpraktijk

Box 2 - vervolg van pagina 27

Dus ik vul het in.

Het is wéér een formulier over formulieren.

Ze willen een bewijs van alles wat ik ben, kan en weet. Dat begrijp ik.

Maar wat ik niet meer weet,
is waar ik naartoe moet met dit formulier
Organisatie A, B, Z, procedure 1, 8, 12.

Ik loop tegen de muur.

Van het kastje naar de muur,
en keer op keer weer terug.

In een doolhof van afkortingen, organisaties,
regels, en documenten.

Wie weet hier nog de weg?



Bekijk ook het filmpje.

De monoloog wordt hier vertolkt door amateuracteur Bartosz Wieczorek. Klik op het filmpje of scan de QR code.



Oplossingsrichting vanuit de Zorgpilot Haaglanden:

Door de samenwerking tussen Gemeente Den Haag (Den Haag werkt, jobcoaches) en het ROC Mondriaan en De Haagse Hogeschool wordt er gerichte informatie verstrekt aan deelnemers op verschillende niveaus en instroommogelijkheden opleidingen. De gemeente probeert procedures te vereenvoudigen door knelpunten aan te kaarten bij o.a. ministerie van VWS en CBIG. Ook over regels, eisen en procedures en over registraties van beroepen en is er een gericht website gemaakt door studenten van de Haagse Hogeschool, zie ook de oplossingsrichting onder barrière 3. Daarnaast worden er extra taallessen aangeboden door Gemeente Den Haag voor deelnemers aan de zorgpilot. Ook kunnen deelnemers onderwijs volgen binnen het ROC Mondriaan en De Haagse Hogeschool als voorbereiding op BIG registraties.

Een website voor inzicht in eisen, regels en procedures

Vijf internationale studenten van De Haagse Hogeschool (HHS) volgden een minor 'Creating a Healthy Future' en hebben internationale zorgmedewerkers en lokale medewerkers (N = 6) geïnterviewd. Sommige studenten spraken dezelfde taal als de internationale zorgmedewerkers. Volgens van Lieshout, Jacobs en Cardiff (2021) kan dit het onderlinge vertrouwen versterken, een inclusieve aanpak creëren en zorgen voor een evenwichtige verdeling van kennis en macht. De HHS studenten deden onderzoek aan de hand van de 'design thinking methode' dit is een methode waarbij diepgaand inzicht werd verkregen in de knelpunten die internationale zorgmedewerkers ervoeren. De minor had een looptijd van september 2024 tot februari 2025 en de studenten leverden de volgende oplossingen:

- Een **website** voor gerichte informatie voor deelnemers van de zorgpilot;
- **def. Ideation Phase - Group 4 (12.12).pdf**
- **Zorg-pilot Haaglanden - Getting Started**

Barrière 1:
Informatie
is moeilijk
vindbaar

Barrière 2:
Problemen met
het leren van de
Nederlandse taal

Barrière 3:
Regels, eisen en
procedures zijn
onbekend

Barrière 4:
Onvoldoende
zicht op eerder
verworven
competenties

Barrières 5 en 6:
Registratie van
beroepen is
ingewikkeld en
lange wachtlijsten

Barrière 7:
Financiële
Drempels

Barrière 8:
Culturele
Verschillen

Barrière 9:
Geen scholing
op maat

Barrière 10:
Onvoldoende
begeleiding in
de zorgpraktijk

Barrière 4: **Onvoldoende zicht op eerder verworven competenties**

Het proces van erkenning van Eerder Verworven Competenties (EVC), wordt door zowel internationale zorgmedewerkers als lokale (zorg) medewerkers als niet transparant ervaren. Lokale (zorg)medewerkers geven ook aan dat bij de beoordeling en toetsing van buitenlandse diploma's vaak onvoldoende rekening wordt gehouden met eerder verworven competenties. Dit leidt ertoe dat er geen helder beeld ontstaat van de (werk)ervaring die internationale zorgmedewerkers daadwerkelijk meebrengen. Een medewerker merkt hierover op:

"Ik had het net over de BIG, daarvoor moet je de toets doen en het kwalificatiedossier aanleveren. Op de werkplek zou je ook moeten kunnen laten zien wat je kan.....Ze zeggen dat ze het meenemen, maar we kunnen het niet zien. Wij willen graag dat dat echt ook gevalideerd gaat worden, dus daar probeer ik nu ruimte te creëren om die werkgever, die zover weg is georganiseerd, dichterbij te halen. Ik zeg: 'Nou, kunnen we nu niet zeggen van degene die de verpleegkundige opleiding heeft gedaan, die graag hier in het ziekenhuis wil gaan werken, kan hij niet in het ziekenhuis laten zien wat hij kan?'

Dat iemand dan meekijkt en dan afvinkt en zegt: 'Ja, dat hebben we allemaal al teruggezien, dus dat hoef je niet nog een keer te laten zien dat je het kan.' Waarom mag de werkgever dat nou niet doen? Want nu is de werkgever helemaal op afstand en gaat het dus allemaal om een toetsmoment en dan is het erop of eronder. En dat is natuurlijk hartstikke zonde. Dus, ja, zo probeer ik dat soort bureaucratische processen opnieuw in te richten."

(Respondent 05, Lokale (zorg)medewerker).

Er wordt vanuit een lokale (zorg)medewerker benadrukt dat er in het huidige systeem onvoldoende ruimte is voor een praktische beoordeling van eerder verworven competenties en soft skills, ondanks de werkelijke capaciteiten die internationale zorgmedewerkers in de praktijk al aantonen. Hierin hebben werkgevers te weinig zeggenschap. Er wordt door lokale (zorg) medewerkers daarom ook voorgesteld om naast de diplomawaardering van het Nuffic ook het EVC-proces te verbeteren door een portfolio-systeem in te voeren waarin ook informele werkervaring systematisch wordt vastgelegd en beoordeeld.

Barrière 1:
Informatie
is moeilijk
vindbaar

Barrière 2:
Problemen met
het leren van de
Nederlandse taal

Barrière 3:
Regels, eisen en
procedures zijn
onbekend

Barrière 4:
Onvoldoende
zicht op eerder
verworven
competenties

Barrières 5 en 6:
Registratie van
beroepen is
ingewikkeld en
lange wachtlijsten

Barrière 7:
Financiële
Drempels

Barrière 8:
Culturele
Verschillen

Barrière 9:
Geen scholing
op maat

Barrière 10:
Onvoldoende
begeleiding in
de zorgpraktijk

De uitdagingen van een Indonesische verpleegkundige

Maria, een ervaren verpleegkundige uit Indonesië, had zich goed voorbereid op haar overstap naar Nederland. Ze had haar diploma laten erkennen door Nuffic en was enthousiast om haar carrière voort te zetten in de Nederlandse zorgsector. Ze wist dat er aanvullende eisen waren, zoals de Nederlandse BIG-registratie, waarvoor een taalniveau van B1 vereist is. Vastbesloten om aan de slag te gaan, begon ze aan haar integratieproces.

Echter, Maria stuitte al snel op onverwachte obstakels. In de gemeente waar zij woonde, werden taallessen slechts tot niveau A2 aangeboden. Toen ze probeerde een cursus op een hoger niveau in een andere gemeente te volgen, werd haar inschrijving geweigerd omdat ze daar niet woonde. Verhuizen naar een plaats waar wél geschikte taallessen beschikbaar waren, bleek onmogelijk door het woningtekort, vooral in steden zoals Den Haag.

Ondertussen kreeg Maria werk in een verzorgingshuis, maar slechts op niveau 2; een functie die onder haar kwalificaties lag. Hoewel ze de kennis en ervaring had om verpleegtechnische handelingen uit te voeren, was ze hier officieel niet voor bevoegd. Haar collega's herkenden haar vaardigheden en vroegen haar vaak om hulp en om complexe handelingen zoals katheteriseren uit te voeren, terwijl zij daar niet voor werd betaald of officieel erkend.

In Engeland had ze direct als verpleegkundige kunnen werken, terwijl ze in Nederland werd gedwongen om een aanvullende opleiding van twee jaar te volgen. Dit was extra wrang, omdat haar diploma al was erkend door Nuffic, maar zij zonder BIG-registratie haar beroep niet mocht uitoefenen. Maria's situatie illustreert de structurele uitdagingen waarmee nieuwkomers te maken krijgen in Nederland: onvoldoende toegang tot taalcursussen, strikte regelgeving en een gebrek aan erkenning van eerder verworven competenties. Deze barrières zorgen ervoor dat gekwalificeerde zorgprofessionals hun potentieel niet volledig kunnen benutten, terwijl de zorgsector kampt met een personeelstekort.

Naam gefingeerd.

Gebrek aan transparantie in erkenningsprocedures

Internationale zorgmedewerkers ervaren dat hun verkregen diploma's in het buitenland niet gelijkwaardig worden gewaardeerd ten opzichte van Nederlandse zorgdiploma's. Bovendien worden, zo is de ervaring van internationale zorgmedewerkers, niet-Europese diploma's door toetsende instanties vaker lager gewaardeerd. Dit impliceert dat de gearriveerde zorgprofessionals opnieuw kwalificaties moeten behalen in Nederland die zij in hun thuisland al hebben verworven:

"Als ik als Indonesische verpleegkundige aan het werk wil in de UK of USA dan kan ik zo starten, terwijl in Nederland moet ik weer opnieuw de verpleegkundige opleiding volgen."

(Respondent 17, internationale zorgmedewerker).

Ook een geïnterviewde docent in een onderwijsinstelling in Den Haag noemde dit:

"Iemand uit het buitenland krijgt te maken met de BIG-registratie en hun diploma wordt niet erkend. Ze moeten in Nederland opnieuw bepaalde kwalificaties halen om hieraan te

Barrière 1:
Informatie
is moeilijk
vindbaar

Barrière 2:
Problemen met
het leren van de
Nederlandse taal

Barrière 3:
Regels, eisen en
procedures zijn
onbekend

Barrière 4:
Onvoldoende
zicht op eerder
verworven
competenties

Barrières 5 en 6:
Registratie van
beroepen is
ingewikkeld en
lange wachtlijsten

Barrière 7:
Financiële
Drempels

Barrière 8:
Culturele
Verschillen

Barrière 9:
Geen scholing
op maat

Barrière 10:
Onvoldoende
begeleiding in
de zorgpraktijk

voldoen terwijl in sommige landen deze kwalificaties gelijk worden gesteld.”

(Respondent 10, lokale (zorg)medewerker).

Daarnaast is de ervaring onder zowel internationale zorgmedewerkers als onder lokale medewerkers dat er in de erkenning van procedures soms door toetsende instanties met twee maten wordt gemeten (zie de monoloog in Box 3):

“De procedure is helemaal niet meer passend bij de huidige tijd. Als er iemand uit het buitenland komt met een verpleegkundig diploma, dan wordt er gezegd dat het diploma niet hetzelfde waard is. Terwijl een social worker (uit NL) wel een baan als verpleegkundige kan krijgen, maar een social worker (opgeleid in Nederland) weet ook helemaal niets over klinische redeneren, medische biologie, dus het klopt niet.”

(Respondent 10, lokale (zorg)medewerker).

MONOLOOG

Twee maten

Waarom kunnen wij niet gewoon zeggen: ze zijn bekwaam?

Ik zie het toch.

Vier maanden al, werkt ze hier.

Elke dag. Onder onze supervisie.

En ik zie het. Ze kan dit. Ze doet het al.

En ze is goed, je ziet het aan alles.

Maar dan zeggen zij: “Ja, maar ze is niet opgeleid in andere settings, de GGZ, niet in de gehandicaptenzorg.”

Maar ze werkt hier, in dit ziekenhuis.

Ze werkt hier.

Dit kan ze.

En toch, moet ze wéér een toets doen.

En op het moment dat ze die toets moet doen, begint ze opnieuw.

Opnieuw drie maanden wachten,

opnieuw onder toezicht.

En wij? Wéér supervisie.

Ik ben het zat om te horen dat dat de regels zijn.

Dat is de bureaucratie.

Dat is het systeem.

Maar wie helpt dat systeem nou eigenlijk?

Box 3 - vervolg pagina 32

Barrière 1:
Informatie
is moeilijk
vindbaar

Barrière 2:
Problemen met
het leren van de
Nederlandse taal

Barrière 3:
Regels, eisen en
procedures zijn
onbekend

Barrière 4:
Onvoldoende
zicht op eerder
verworven
competenties

Barrières 5 en 6:
Registratie van
beroepen is
ingewikkeld en
lange wachtlijsten

Barrière 7:
Financiële
Drempels

Barrière 8:
Culturele
Verschillen

Barrière 9:
Geen scholing
op maat

Barrière 10:
Onvoldoende
begeleiding in
de zorgpraktijk

Box 3 - vervolg van pagina 31

Ons helpt het niet. Hen helpt het niet.

En dan denk ik: ik ben ook hier opgeleid, als BBL'er.
Ik ben ook niet opgeleid in elke setting, en toch,
dat was wel goed genoeg.
Maar omdat zij uit het buitenland komt,
gelden er ineens andere eisen.

Twee maten, twee regels, geen begrip.

Oplossingsrichting vanuit de Zorgpilot Haaglanden

In de Zorgpilot Haaglanden is in 2025 door het Nuffic ook een pilot gestart om van twintig internationale deelnemers de Eerder Verworven Competenties (EVC) -ook wel transversale skills genoemd- in kaart te brengen. Nuffic trekt hier samen op met Libereaux, en een kwaliteitscontrole wordt door beiden geborgd. Door transversale skills inzichtelijk te maken kan aan de diplomawaardering ook een skills-certificaat worden toegekend, waardoor diploma's en vaardigheden explicieter gekoppeld kunnen worden aan specifieke beroepsprofielen in de zorg. Dit biedt werkgevers meer kennis en inzicht in de inzetbaarheid van geworven kandidaten.



Barrière 1:
Informatie
is moeilijk
vindbaar

Barrière 2:
Problemen met
het leren van de
Nederlandse taal

Barrière 3:
Regels, eisen en
procedures zijn
onbekend

Barrière 4:
Onvoldoende
zicht op eerder
verworven
competenties

Barrières 5 en 6:
Registratie van
beroepen is
ingewikkeld en
lange wachtlijsten

Barrière 7:
Financiële
Drempels

Barrière 8:
Culturele
Verschillen

Barrière 9:
Geen scholing
op maat

Barrière 10:
Onvoldoende
begeleiding in
de zorgpraktijk

Barrière 5 en 6: **Registratie van beroepen is ingewikkeld en lange wachtlijsten**

Onder de geïnterviewde internationale zorgmedewerkers is bekend dat voor veel beroepen in de Nederlandse gezondheidszorg een registratieplicht geldt, zoals de inschrijving in het BIG-register (Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg). Voordat deze registratie kan plaatsvinden, moeten zorgprofessionals met een buitenlands diploma doorgaans een Beroepsinhoudelijke Toets (BI-toets) afleggen. Deze toets wordt uitgevoerd door de Commissie Buitenlands Gediplomeerden Volksgezondheid (CBGV) en dient om te bepalen of de aanvrager voldoet aan het Nederlandse eindniveau van het betreffende beroep.

De BI-toets bestaat uit meerdere onderdelen, waaronder kennistoetsen en praktische toetsen, afhankelijk van het beroep. Het resultaat van de toets wordt door de CBGV gebruikt om te beoordelen of de kandidaat voldoet aan het Nederlandse eindniveau voor het betreffende beroep. Afhankelijk van de beoordeling kan de kandidaat geclausuleerd worden ingeschreven in het BIG-register, de aanvraag kan worden afgewezen (zie ook Beroepsinhoudelijke toets | Buitenlands diploma | BIG-register), of indien er uit de toets hiaten naar voren komen, kan aanvullende scholing, een aanpassingsstage of een proeve van bekwaamheid worden gevraagd. Een stageplek moet de kandidaat in dat geval zelf zien te regelen. Het slagingspercentage van de toets wordt niet publiek gedeeld, wat bijdraagt

aan gevoelens van onzekerheid onder kandidaten.

Veel internationale zorgmedewerkers ervaren het traject als kostbaar en ondoorzichtig. De toets wordt als duur ervaren (voor artsen circa €1.700, voor verpleegkundigen circa €400), terwijl tegelijkertijd onvoldoende informatie beschikbaar is over inhoud, voorbereiding en beoordelingscriteria. Ook de lange wachtlijsten vormen een knelpunt: er zijn slechts enkele toetsmomenten per jaar, die snel volgeboekt raken. Dit zorgt ervoor dat kandidaten vaak maanden moeten wachten voordat zij kunnen deelnemen aan deze verplichte toets.

“Dan moet je je aanmelden en inschrijven. Maar bijvoorbeeld, een van mijn deelnemers die graag zo snel mogelijk wil starten, zei: ‘Nu al zijn alle toetsmomenten tot en met oktober helemaal vol.’ Dus dat betekent dat ze waarschijnlijk op zijn vroegst, misschien november, december, januari van het jaar daarop pas aan haar BIG-toets kan beginnen. Nou, dan heb je dus die BIG-toets, en dan is het maar weer de vraag: ga je die BIG-toets halen? Want je weet vaak niet wat er gevraagd wordt. De toets is voor een groot gedeelte eigenlijk een soort black box, en op het moment dat je die niet haalt, wordt er per individu, zonder dat er inzicht is voor de werkgever of de deelnemers zelf, bepaald wat je dan nog allemaal

Barrière 1:
Informatie
is moeilijk
vindbaar

Barrière 2:
Problemen met
het leren van de
Nederlandse taal

Barrière 3:
Regels, eisen en
procedures zijn
onbekend

Barrière 4:
Onvoldoende
zicht op eerder
verworven
competenties

Barrières 5 en 6:
Registratie van
beroepen is
ingewikkeld en
lange wachtlijsten

Barrière 7:
Financiële
Drempels

Barrière 8:
Culturele
Verschillen

Barrière 9:
Geen scholing
op maat

Barrière 10:
Onvoldoende
begeleiding in
de zorgpraktijk

moet doen. En ook daar is geen lijn in gebracht. Oftewel, het voelt als willekeur. Dus het kan bijvoorbeeld zijn dat wanneer jij je BIG-toets uiteindelijk kunt doen, je bijvoorbeeld twee jaar verder bent."

(Respondent 05, lokale (zorg)medewerker).

Daarnaast geldt voor deelname aan de BI-toets een vereiste beheersing van de Nederlandse taal op B1-niveau. Echter ook de toegang tot taaltrainingen is beperkt, met wachtlijsten en beperkte beschikbaarheid als gevolg. Dit vertraagt het gehele registratieproces en frustreert kandidaten die gemotiveerd zijn om aan de slag te gaan (zie ook de monoloog in Box 4).

Voor zorgprofessionals uit landen binnen de Europese Economische Ruimte (EER) en Zwitserland gelden andere, meer gestroomlijnde procedures met automatische erkenning van het diploma. Toch kunnen ook deze professionals tegen aanvullende eisen aanlopen, met name op het gebied van taalvaardigheid. Als het taalniveau niet op orde is, kunnen ook zij niet direct aan het werk.

Meerdere geïnterviewden stelden daarom dan ook voor om het toelatingsproces in de BIG-register te vereenvoudigen, informatie op één punt aan te bieden en procedures (nog meer) te versoepelen.

MONOLOOG

Wachten

Ik wacht.

Al twee jaar wacht ik. In een kamer hier in het azielzoekerscentrum een kamer die ik deel met twee anderen.

Twee middagen per week werk ik als vrijwilliger.

Er zijn mensen die ik kan helpen

die het fijn vinden hun eigen taal te kunnen spreken.

Als vrijwilliger in een organisatie voor vluchtelingen.

Twee middagen... voel ik me weer mezelf.

Weer verpleegkundige, niet het nummer op mijn dossier.

En de rest van de week, wacht ik.

Een wachtlijst voor de IND.

Een wachtlijst voor de taallessen.

Een wachtlijst voor mijn burgerservicenummer.

Een wachtlijst voor de cursus medische terminologie.

de erkenning van mijn diploma. Een toets. De BIG-registratie.

Nog meer wachten. En ik wil werken.

Maar ik wacht. En ik zit hier in mijn kamer.

Een wachtkamer. Alles is één grote wachtkamer.

Hoe lang moet ik nog wachten?

Box 4

Barrière 1:
Informatie
is moeilijk
vindbaar

Barrière 2:
Problemen met
het leren van de
Nederlandse taal

Barrière 3:
Regels, eisen en
procedures zijn
onbekend

Barrière 4:
Onvoldoende
zicht op eerder
verworven
competenties

Barrières 5 en 6:
Registratie van
beroepen is
ingewikkeld en
lange wachtlijsten

Barrière 7:
Financiële
Drempels

Barrière 8:
Culturele
Verschillen

Barrière 9:
Geen scholing
op maat

Barrière 10:
Onvoldoende
begeleiding in
de zorgpraktijk

Barrière 7: Financiële Drempels

Een aanzienlijke belemmering voor internationale zorgmedewerkers in de zorgsector is de financiële last die gepaard gaat met het verkrijgen van de benodigde kwalificaties en registraties. De kostenposten die hierbij een cruciale rol spelen, zijn onder andere taal- en vakgerichte cursussen, de waardering van diploma's via Nuffic en de kosten voor BIG-registratie en het afleggen van de BI-toets. en ondoorzichtig. De toets wordt als duur ervaren (voor artsen circa €1.700, voor verpleegkundigen circa €400), terwijl tegelijkertijd onvoldoende informatie beschikbaar is over inhoud, voorbereiding en beoordelingscriteria. Ook de lange wachtlijsten vormen een knelpunt: er zijn slechts enkele toetsmomenten per jaar, die snel volgeboekt raken. Dit zorgt ervoor dat kandidaten vaak maanden moeten wachten voordat zij kunnen deelnemen aan deze verplichte toets.

"Ik ga naar een privé cursus, dat is 90 euro of 70 euro per uur, ik kan het niet betalen... zonder te weten of ik een baan ga krijgen...."

(Respondent 02, internationale zorgmedewerker).

Veel migranten werken in laagbetaalde sectoren terwijl zij wachten op hun zorgregistratie, wat het betalen van deze kosten bijzonder uitdagend maakt. Een lokale (zorg)medewerker verwoordt de situatie als volgt:

"En als je je voorstelt: de meeste mensen zijn werkende armen, die werken bijvoorbeeld als tomatenplukker of bij de Jumbo, omdat ze niet in de gezondheidszorg kunnen werken, als arts of tandarts. Ja, daar kunnen ze ook niet een paar honderd euro betalen voor het vertalen van je diploma's, of 900 euro betalen voor je BIG of voor een taaltraining. Dus het is verbazingwekkend dat er überhaupt mensen doorgestroomd zijn in de zorg eigenlijk."

(Respondent 05, lokale (zorg)medewerker).

Daarnaast wordt soms van internationale medewerkers verwacht dat zij een half jaar tot een jaar stagelopen, onbetaald of tegen een lage vergoeding, om de nodige werkervaring op te doen. Voor sommige internationale zorgmedewerkers kan het opgeven van hun bestaande (meestal laagbetaalde) baan een grote financiële drempel vormen, omdat zij dan risico lopen op inkomstenverlies of het wegvallen van subsidies en toeslagen:

"Dan heb je je Nederlands helemaal opgeschroefd, al die documenten laten vertalen, ook allemaal op eigen kosten by the way. En dan heb je de BIG-toets gedaan, en dan zeggen ze: 'Ja, sorry, dan moet je nog vervolgens

Barrière 1:
Informatie
is moeilijk
vindbaar

Barrière 2:
Problemen met
het leren van de
Nederlandse taal

Barrière 3:
Regels, eisen en
procedures zijn
onbekend

Barrière 4:
Onvoldoende
zicht op eerder
verworven
competenties

Barrières 5 en 6:
Registratie van
beroepen is
ingewikkeld en
lange wachtlijsten

Barrière 7:
Financiële
Drempels

Barrière 8:
Culturele
Verschillen

Barrière 9:
Geen scholing
op maat

Barrière 10:
Onvoldoende
begeleiding in
de zorgpraktijk



een half jaar ergens gratis gaan werken.' Gratis hè, want ja, een stage krijg je niet voor betaald. Moet je ook maar weer kunnen financieren, terwijl mensen hier, ja, ik bedoel, vaak ook werkende armen zijn. Dus je moet door zoveel hoepels heen voordat je uiteindelijk wordt toegelaten.'

(Respondent 05, lokale (zorg)medewerker)

Sommige lokale (zorg)medewerkers pleiten voor de beschikbaarheid van subsidies en fondsen die de financiële druk op internationale zorgmedewerkers zouden kunnen verlichten, zodat zij minder snel in financiële problemen terechtkomen en de noodzakelijke scholing en registratiestappen kunnen afronden.

Oplossingsrichting vanuit de Zorgpilot Haaglanden

De gemeente wijst werkgevers op de urgentie van financiële ondersteuning. Bovendien zijn er subsidies en/of tegemoetkomingen in de kosten wat werkgevers kunnen aanvragen, zoals financiering voor extra begeleiding van statushouders in de zorg. Zie ook: [Over Subsidieregeling Ondersteuning Werkgevers Inzet Statushouders | Subsidieregeling Ondersteuning Werkgevers Inzet Statushouders \(SOWIS\) | Uitvoering van Beleid](#)

Barrière 1:
Informatie
is moeilijk
vindbaar

Barrière 2:
Problemen met
het leren van de
Nederlandse taal

Barrière 3:
Regels, eisen en
procedures zijn
onbekend

Barrière 4:
Onvoldoende
zicht op eerder
verworven
competenties

Barrières 5 en 6:
Registratie van
beroepen is
ingewikkeld en
lange wachtlijsten

Barrière 7:
Financiële
Drempels

Barrière 8:
Culturele
Verschillen

Barrière 9:
Geen scholing
op maat

Barrière 10:
Onvoldoende
begeleiding in
de zorgpraktijk

Barrière 8: **Culturele Verschillen**

Een lokale medewerker noemde dat diversiteit in de zorg van meerwaarde kan zijn voor de (zorg) praktijk:

"Ik denk juist ook dat mensen veel van elkaar kunnen leren omdat diversiteit in de zorg juist ook voor verbreding van de kennis in de zorg zorgt."

(Respondent 07, lokale (zorg)medewerker).

Tegelijkertijd worden er in de praktijk ook culturele verschillen ervaren, bijvoorbeeld in de aanpak van ziekte en behandeling. Een internationale zorgmedewerker benoemde verschillen in hoe men in Nederland omgaat met eenvoudige ziekten:

"Het probleem voor alle Oekraïners is dat er hier een compleet andere aanpak is voor het behandelen van eenvoudige ziekten. Ik heb het niet over complexe, maar eenvoudige ziekten, dit zijn banale verkoudheden en zo. Bijvoorbeeld, koorts moet 3 dagen zijn, op de 4-5e dag schrijven we antibiotica voor en we zijn gewend dat onze apotheken toegankelijker zijn, we kunnen alle medicijnen kopen."

(Respondent 15, internationale zorgmedewerker).

Ook op het gebied van ethiek en zorgbesluiten kunnen culturele verschillen zichtbaar zijn. Zo ervoer een internationale zorgmedewerker die in een Nederlands verzorgingshuis werkte, het dragen van een niet-reanimeren-ketting als een cultuurshock:

"Wat mij echt schokte was de weigering van reanimatie. Dat wil zeggen, een persoon van een bepaalde leeftijd met een bepaalde ziekte kan hier dus officieel reanimatie weigeren. Voor mij is dit een complete schok. Want in [.....] werkt het niet zo."

(Respondent 15, internationale zorgmedewerker).





Een lokale (zorg)medewerker vertelde dat Nederlanders over het algemeen heel direct communiceren en een proactieve werkhouding hebben, terwijl internationale zorgmedewerkers daarmee niet altijd vertrouwd zijn. Dit kan leiden tot wederzijdse misverstanden en onterechte aannames over inzet of competenties. Een lokale (zorg)medewerker vertelde:

“Mensen veronderstellen vaak, en vooral Nederlanders, dat iedereen lekker direct is en dat ze de weg wel weten te vinden, en bij problemen kunnen ze zich toch gewoon melden? Dus, wat is het probleem? Terwijl voor ons is het normaal om ons uit te spreken, terwijl voor mensen vanuit een andere cultuur is het bijvoorbeeld onbeleefd is om nee te zeggen, of om ergens iets van te zeggen. Dus, als het alleen maar inricht is voor de eigen cultuur, dan weet je wel.”

(Respondent 05, lokale (zorg)medewerker)

Daarnaast merkte dezelfde medewerker op dat er in Nederland wordt uitgegaan van een hoge mate van zelfredzaamheid – ook bij mensen in kwetsbare posities, zoals arbeidsmigranten op de Nederlandse arbeidsmarkt. In werkelijkheid kan deze doelgroep juist behoefte hebben aan meer begeleiding. Volgens haar is er een actieve, begeleidende rol vanuit de ontvangende partij wenselijk.

Interacties tussen lokale - en internationale (zorg)medewerkers kunnen worden verklaard vanuit culturele verschillen. Dit is echter niet altijd de enige verklaring. Een culturele bril kan helpen om verschillen te begrijpen, maar kan ook leiden tot overgeneralisatie of het missen van andere factoren (Hofmann & Verdooren, 2018), zoals persoonlijkheid, hiërarchische verhoudingen of taalonzekerheid. Een lokale medewerker licht dit toe aan de hand van ervaringen met internationale zorgmedewerkers in opleiding:

“Wat ook opgemerkt moet worden, is dat het niet alleen gaat over gebrek aan taal, maar het gaat ook over onbegrip. Vaak als de docent met een internationale zorgmedewerker in opleiding (i.o) in gesprek gaat, wordt aangegeven dat ze [internationale zorgmedewerker i.o] vaak niets durven te zeggen of te vragen in de praktijk, omdat ze vrezen iets niet goed te zeggen. In de praktijk wordt met name het gebrek aan taal benadrukt. Ze zien dus niet dat het ook kan gaan over motivatie of dat ze het eng vinden en introvert zijn; dat kan te maken hebben met cultuur, maar dat kan ook te maken hebben met autoriteit.”

(Respondent 04, lokale (zorg)medewerker)

Barrière 1:
Informatie
is moeilijk
vindbaar

Barrière 2:
Problemen met
het leren van de
Nederlandse taal

Barrière 3:
Regels, eisen en
procedures zijn
onbekend

Barrière 4:
Onvoldoende
zicht op eerder
verworven
competenties

Barrières 5 en 6:
Registratie van
beroepen is
ingewikkeld en
lange wachtlijsten

Barrière 7:
Financiële
Drempels

Barrière 8:
Culturele
Verschillen

Barrière 9:
Geen scholing
op maat

Barrière 10:
Onvoldoende
begeleiding in
de zorgpraktijk

Sociale aansluiting bij Nederlandstalige collega's en gemeenschappen

Uit ons onderzoek blijkt dat veel internationaal opgeleide zorgmedewerkers werkzaam zijn in functies buiten de zorg en onder hun opleidingsniveau, veelal in laagbetaalde sectoren. In deze werkomgevingen zijn collega's vaak eveneens personen met een migratieachtergrond die de Nederlandse taal beperkt of helemaal niet beheersen. Hierdoor ontstaat er nauwelijks gelegenheid om de Nederlandse taal actief te oefenen of om vertrouwd te raken met sociale en culturele gebruiken in Nederland. Taalvaardigheid en deelname aan sociale activiteiten zijn echter cruciale factoren voor zowel de maatschappelijke inbedding van internationale werknemers (Seidler et al., 2022) als voor hun opwaartse sociale mobiliteit. Het beheersen van de taal en het begrijpen van sociaal-culturele codes vergroten immers de kansen op een betere positie op de arbeidsmarkt en een bredere maatschappelijke participatie. Internationale zorgmedewerkers gaven in interviews en informele gesprekken ook aan dat zij weinig tot geen sociale contacten hebben met Nederlandse inwoners. Deze bevinding sluit aan bij het onderzoek van Seidler et al. (2024), waarin wordt vastgesteld dat mensen met een migratieachtergrond zelden intensieve sociale contacten ontwikkelen met mensen zonder migratieachtergrond (Seidler et al., 2024, p. 146). Ook in het adviesrapport Migratie (2025) blijkt dat praktijkopgeleide, niet Nederlandssprekende migranten weinig contact hebben met (theoriegeschoolde) Nederlandstalige inwoners (zie ook : **Investeren in samenleven | Advies | Adviesraad Migratie** rapport adviesraad migratie 2025, p. 39).

De adviesraad Migratie komt ook met het advies om sociale ontmoetingen tussen arbeidsmigranten en Nederlanders te stimuleren om parallelle werelden te voorkomen:

“Investerings in samenleven met arbeidsmigranten komen ten goede aan de arbeidsmigranten en aan de samenleving als geheel. Voor de arbeidsmigranten geldt dat zij dan beter hun weg in Nederland kunnen vinden en hun rechten en plichten kennen en kunnen uitoefenen. Voor het functioneren van een samenleving is elkaar kunnen ontmoeten, verstaan en begrijpen essentieel. Bovendien helpen de investeringen om het volle potentieel te benutten van de bijdrage die (arbeids) migranten kunnen leveren aan onze welvaart.”

(Adviesraad Migratie 2025, pag. 3).

In dit kader organiseerde Polka – een centrum voor Poolse vrouwen in Den Haag – in 2025 een training getiteld ‘Welkom op de Nederlandse arbeidsmarkt’, gericht op het versterken van de arbeidsmarktpositie van Poolse vrouwen in de regio. Tijdens deze training leerden deelnemers praktische vaardigheden zoals het opstellen van een motivatiebrief, curriculum vitae en een elevator pitch. Ondanks dat veel deelnemers al geruime tijd in Nederland woonden, gaven zij aan veel nieuwe inzichten en vaardigheden te hebben opgedaan (**Nederlands - Polka**).

Barrière 1:
Informatie
is moeilijk
vindbaar

Barrière 2:
Problemen met
het leren van de
Nederlandse taal

Barrière 3:
Regels, eisen en
procedures zijn
onbekend

Barrière 4:
Onvoldoende
zicht op eerder
verworven
competenties

Barrières 5 en 6:
Registratie van
beroepen is
ingewikkeld en
lange wachtlijsten

Barrière 7:
Financiële
Drempels

Barrière 8:
Culturele
Verschillen

Barrière 9:
Geen scholing
op maat

Barrière 10:
Onvoldoende
begeleiding in
de zorgpraktijk

De heersende arbeidscultuur

De arbeidscultuur binnen zorginstellingen vormt ook een barrière voor de instroom van internationale zorgmedewerkers. Uit onderzoek blijkt dat internationale zorgmedewerkers geconfronteerd kunnen worden met discriminatie en racisme (Ham, 2020). Zo weigeren sommige bewoners zorg van medewerkers met een donkere huidskleur, en tonen collega's vaak handelingsverlegenheid wanneer zij racisme van andere collega's signaleren. Om dit tegen te gaan en cultuurverschillen te overbruggen, is structurele scholing in culturele competenties noodzakelijk. Daarmee leren zowel internationale als lokale zorgmedewerkers – en ook leidinggevenden – discriminatie en racisme te herkennen en wordt er geleerd hoe beter om te gaan met verschillen.



Barrière 1:
Informatie
is moeilijk
vindbaar

Barrière 2:
Problemen met
het leren van de
Nederlandse taal

Barrière 3:
Regels, eisen en
procedures zijn
onbekend

Barrière 4:
Onvoldoende
zicht op eerder
verworven
competenties

Barrières 5 en 6:
Registratie van
beroepen is
ingewikkeld en
lange wachtlijsten

Barrière 7:
Financiële
Drempels

Barrière 8:
Culturele
Verschillen

Barrière 9:
Geen scholing
op maat

Barrière 10:
Onvoldoende
begeleiding in
de zorgpraktijk

Oplossingsrichting vanuit de Zorgpilot Haaglanden

Den Haag Werkt is het werk- en ontwikkelbedrijf van Gemeente Den Haag en betrokken bij de zorg-pilot Haaglanden. Zij ondersteunt internationale zorgmedewerkers bij het vinden van een duurzame en passende baan en geeft advies aan werkgevers in de zorg, zie ook: [Over Den Haag Werkt - Den Haag](#). Ook is er een groepsapp aangemaakt op Whatsapp onder de naam 'community'. Hier komen zowel internationale zorgmedewerkers als ook Nederlandssprekenden en betrokkenen vanuit de Zorgpilot samen. Er wordt online informatie uitgewisseld en er worden activiteiten georganiseerd. Deze initiatieven dragen bij aan sociale cohesie en onderlinge ondersteuning volgens een lokale medewerker: "dat is goed voor de sociale cohesie en mensen kunnen zo ook elkaar ondersteunen!". Daarnaast heeft Gemeente Den Haag voor de eerste 20 deelnemers van de Zorgpilot extra geïnvesteerd in intensieve taalcursussen in weekenden. Ook Ithaka en TalentPerspectief zijn betrokken bij de zorg-pilot. Ithaka en TalentPerspectief investeren in mensen zodat de zelfredzaamheid op gebied van emancipatie en participatie van mensen worden vergroot. Ithaka en Talentperspectief organiseren sociale ontmoetingen in Amare. Er zijn taal tafels sessie in Amare, zodat mensen mogelijkheden hebben om elkaar te ontmoeten, de Nederlandse taal te kunnen oefenen en samen activiteiten kunnen ondernemen. Vanuit het Haagse taal café vinden er in de weekenden soms ook wandelingen plaats op zaterdagen en/of zondagen waar mensen vrijblijvend aan kunnen deelnemen



Barrière 1:
Informatie
is moeilijk
vindbaar

Barrière 2:
Problemen met
het leren van de
Nederlandse taal

Barrière 3:
Regels, eisen en
procedures zijn
onbekend

Barrière 4:
Onvoldoende
zicht op eerder
verworven
competenties

Barrières 5 en 6:
Registratie van
beroepen is
ingewikkeld en
lange wachtlijsten

Barrière 7:
Financiële
Drempels

Barrière 8:
Culturele
Verschillen

Barrière 9:
Geen scholing
op maat

Barrière 10:
Onvoldoende
begeleiding in
de zorgpraktijk

Barrière 9: **Geen scholing op maat**

In dit onderzoek werd ook onderzocht wat lokale zorgmedewerkers in zorginstellingen nodig hebben aan informatie en/of scholing. Uit informele gesprekken en tijdens bijeenkomsten zoals bij Zorgscala blijkt dat bestuur, de directie/management, HR-afdelingen en zorgmedewerkers in zorginstellingen de werving, plaatsing en begeleiding van internationale zorgmedewerkers ingewikkeld vinden. Ze weten niet waar ze informatie kunnen vinden over wetgeving en juridische procedures en stuiten op niet erkende buitenlandse diploma's van internationale zorgmedewerkers. Bovendien gaven sommige werkgevers aan, cultuursensitieve bijscholingen te willen voor lokale zorgmedewerkers voor de begeleiding van de internationale zorgmedewerkers op de werkvloer. Dit komt overeen met bevindingen uit het promotieonderzoek van Ham (2022). Daarin kwam naar voren dat het personeel in zorginstellingen niet altijd weet hoe ze hun nieuwe internationale collega's het beste kunnen begeleiden of weten hoe ze moeten handelen wanneer ze stuiten op discriminatie, bijvoorbeeld wanneer een patiënt de zorg van een internationale zorgmedewerker weigert (Cottingham & Andringa, 2020; Ham, 2022).

Uit informele gesprekken kwam ook naar voren dat er onder werkgevers en internationale zorgmedewerkers behoefte is aan extra scholing over het Nederlandse zorgsysteem, over het vakjargon (medische/verpleegkundige terminologie) in de Nederlandse taal en/of idioomlessen. Het ROC Mondriaan biedt beroepsgerichte modules aan voor de kwalificatie Dienstverlening, Maatschappelijke zorg mbo Verpleegkunde en Verzorgende Individuele Gezondheidszorg (VIG). Voordat hiermee gestart

kan worden is er een vooropleiding of voortraject verplicht en vindt de examinering in de praktijk plaatst. Om dit te kunnen realiseren is er dus voor aanvang een stage –werkovereenkomst nodig van een erkend leerbedrijf (ROC Mondriaan, 2025). De hbo-opleiding Verpleegkunde in Den Haag bieden ook modules en flexibel/duaal/deeltijd onderwijs aan.

Scholing op maat als oplossingsrichting vanuit de Zorgpilot Haaglanden

Binnen zowel het hbo- als mbo-onderwijs wordt momenteel ingezet op flexibel, modulair, duaal en/of deeltijdonderwijs. In het kader van de subsidieaanvraag Kennis en Studentenstad is er gestart met de ontwikkeling van een breder, vraaggestuurd en modulair opleidingsaanbod, gericht op de om- en bijscholing van zowel werkenden (lokaal personeel) als werkzoekenden (internationale zorgmedewerkers). Dit initiatief sluit aan bij de maatschappelijke opgave rondom arbeidstekorten in essentiële sectoren, en draagt bij aan het bevorderen van een leven lang ontwikkelen. Concreet betekent dit dat er op maat gemaakte, domein overstijgende modules worden ontwikkeld waarin kennis en vaardigheden centraal staan die direct toepasbaar zijn in de praktijk. Denk hierbij aan voorbereidende modules voor de Beroepsinhoudelijke (BI) toets, een vereiste voor de BIG-registratie in diverse zorgberoepen. Aangezien er ook sprake is van lange wachtlijsten voor zowel taal als de BI toets, kan regulier en/of modulair onderwijs ook een waardevolle oplossing bieden.

Barrière 1:
Informatie
is moeilijk
vindbaar

Barrière 2:
Problemen met
het leren van de
Nederlandse taal

Barrière 3:
Regels, eisen en
procedures zijn
onbekend

Barrière 4:
Onvoldoende
zicht op eerder
verworven
competenties

Barrières 5 en 6:
Registratie van
beroepen is
ingewikkeld en
lange wachtlijsten

Barrière 7:
Financiële
Drempels

Barrière 8:
Culturele
Verschillen

Barrière 9:
Geen scholing
op maat

Barrière 10:
Onvoldoende
begeleiding in
de zorgpraktijk

Barrière 10: **Onvoldoende begeleiding in de zorgpraktijk**

Hoewel een aanzienlijk deel van de lokale zorgmedewerkers positief staat tegenover het aantrekken en opleiden van extra zorgpersoneel – zowel artsen als verpleegkundigen – bestaan er tegelijkertijd zorgen over de toenemende werkdruk en de wijze waarop internationale zorgmedewerkers momenteel worden geïntegreerd in de praktijk.

Lokale medewerkers voorzien bovendien een verergering van de arbeidsmarktkrapte, mede door de verwachte uitstroom van zzp'ers uit de zorg als gevolg van aanpassingen in het overheidsbeleid. In sommige zorginstellingen bestaat momenteel ongeveer 10 procent van het personeelsbestand uit zelfstandigen, van wie niet iedereen bereid lijkt over te stappen naar een dienstverband. Dit kan resulteren in een verdere verslechtering van de personele bezetting, met directe gevolgen voor de werkdruk op de werkvloer. Daarbij komt dat veel zorginstellingen afhankelijk zijn van stagiaires en leerlingen, wat de begeleidingscapaciteit van vast personeel onder druk zet. De verwachting is dat internationale zorgmedewerkers in de beginfase een nog intensievere begeleiding nodig hebben, gezien hun beperkte beheersing van de Nederlandse taal en hun beperkte vertrouwdheid met het Nederlandse zorgstelsel. Deze begeleidingsbehoefte legt een extra belasting op een al krap bemeten personele formatie:

“En als je kijkt binnen ons werk (...), dan zijn er vaak wel roosterproblemen vanwege tekorten. Dus wij staan vaak onderbezet, wat betekent dat je meer werk op je bord krijgt en daardoor ook minder goede begeleiding en patiëntenzorg kan leveren.”

(Respondent 08, lokale (zorg)medewerker).

“Nou, ik denk inderdaad dat het de werkdruk wel zal verhogen. Ik ben zelf heel erg voor het mee lopen met andere mensen. Ik weet dat bij iedereen bij wie ik dit voorstel op de afdeling is de eerste reactie: 'maar we hebben het al zo druk, daar hebben we eigenlijk geen tijd voor'.”

(Respondent 07, lokale (zorg)medewerker).

Barrière 1:
Informatie
is moeilijk
vindbaar

Barrière 2:
Problemen met
het leren van de
Nederlandse taal

Barrière 3:
Regels, eisen en
procedures zijn
onbekend

Barrière 4:
Onvoldoende
zicht op eerder
verworven
competenties

Barrières 5 en 6:
Registratie van
beroepen is
ingewikkeld en
lange wachtlijsten

Barrière 7:
Financiële
Drempels

Barrière 8:
Culturele
Verschillen

Barrière 9:
Geen scholing
op maat

Barrière 10:
Onvoldoende
begeleiding in
de zorgpraktijk

Volgens lokaal zorgmedewerkers is het belangrijk om internationale zorgmedewerkers goed te begeleiden op de werkvloer, zeker in het begin is die gevraagde noodzakelijke begeleiding een knelpunt:

"Ik vind dat welke doelgroep je ook aantrekt dat je daar goed voor moet zorgen, dus dat je zorgvuldig moet zijn. En ik weet niet hoe ik zorgvuldig moet zijn met deze doelgroep. Het gaat over mensen, voor mensen moet je goed zorgen, dus dat. En als wij het niet weten, kunnen we ook geen zekerheid uitstralen richting die kandidaat."

(Respondent 18, lokale (zorg)medewerker).

Sommige lokale medewerkers gaven aan dat er goed nagedacht moet worden hoe de begeleiding van deze nieuwe medewerkers eruit moet gaan zien zodra ze gaan starten met (leren en) werken (zie ook de monoloog in Box 5).

Daarnaast geven sommige lokale zorgmedewerkers aan dat zij graag actief betrokken willen worden bij de beleidsvorming en implementatie rondom de arbeidsmarktparticipatie van internationale zorgmedewerkers. Zij signaleren dat besluiten hierover vaak top-down worden genomen en dat door het management, taken worden opgelegd zonder dat uitvoerend personeel hierin voldoende wordt meegenomen. Deze medewerkers ervaren een gebrek aan inspraak, terwijl juist hun praktijkervaring en directe betrokkenheid cruciaal kan zijn voor een duurzame plaatsing van internationale collega's in het zorgteam:

MONOLOOG

Een kans

Hoe geef je iemand een kans,
als je bang bent voor de gevolgen?

Onze nieuwe collega Tara uit Syrië.
Ik wil haar dit niet afnemen.
En ik wil haar ook beschermen.
Haar, de patiënt, ons team.

Tara. Ze heeft zoveel te bieden.
Collega's waarderen haar.
Patiënten lopen met haar weg.
Elke dag, met elke patiënt,

groeit ze een beetje.
Maar de zorg, onze zorg,
heeft geen ruimte voor "een beetje"

Vaktaal, termen, verdieping van woorden
Doorvragen, begrijpen en snel schakelen.
In acute situaties is er geen tijd voor fouten.

Niet een dwarslaesie en een dwarsligging door elkaar halen.
Niet een stemmingsstoornis

Box 5 - vervolg pagina 45

Barrière 1:
Informatie
is moeilijk
vindbaar

Barrière 2:
Problemen met
het leren van de
Nederlandse taal

Barrière 3:
Regels, eisen en
procedures zijn
onbekend

Barrière 4:
Onvoldoende
zicht op eerder
verworven
competenties

Barrières 5 en 6:
Registratie van
beroepen is
ingewikkeld en
lange wachtlijsten

Barrière 7:
Financiële
Drempels

Barrière 8:
Culturele
Verschillen

Barrière 9:
Geen scholing
op maat

Barrière 10:
Onvoldoende
begeleiding in
de zorgpraktijk

Box 5 - vervolg van pagina 44

met een stem-stoornis verwarren.

Geen ruimte om te aarzelen,
te struikelen over woorden

Als de patiënt gevallen is en je de arts belt.

En toch wil ik haar niet kwijt.

Ik zie haar potentieel.

Ik zie wat ze kan betekenen.

Tara... ze wil leren, ze wil werken, ze wil meer dan wie dan ook.

En wat geef ik haar dan?

Een lijst met woorden?

Een training?

Een kans?

En als ik die kans geef,

wat geef ik de patiënt dan?

Soms vraag ik me af of ik zelf tekortschiet.

Ik sta naast haar, ik begeleid haar,
maar doe ik het goed?

Want hoe leer je iemand iets

wat zo vanzelfsprekend lijkt?

"Kijk dit is natuurlijk anders. Dit is gewoon door het bestuur bedacht, hè? Dus dat maakt het lastig in de organisatie. Het is niet echt goed gedragen, dus je merkt dat daar wat weerstand is. Zij heeft de deur opengezet, maar ja, zij hoeft er niet eens mee te werken."

(Respondent 18, lokale zorgmedewerker).

Dit is ook terug te zien in de monoloog in Box 6 (pagina 46).

Bovendien vraagt de instroom van internationale zorgmedewerkers om aanvullende inzet van lokale medewerkers, zowel in tijd als in energie. Van hen wordt verwacht dat zij extra bereidheid en capaciteit tonen om te investeren in begeleiding, overdracht van kennis en het creëren van een inclusieve werkomgeving. Dit vergt niet alleen professionele betrokkenheid, maar ook structurele ondersteuning vanuit de organisatie om overbelasting van het zittend personeel te voorkomen. Eén van de lokale medewerkers gaf aan:

"Ik weet niet zo goed waar wij dan formatie hebben, dus ze zitten heel veel praktische dingen aan vast die nu niet het enthousiasme helpen, zeg maar. Zij moeten toch letterlijk een plekje krijgen in de organisatie. En ik denk gewoon niet dat dat van vanuit management omarmd moet worden. Dat zijn gewoon van die passanten die op kantoortjes zitten, weet je wel, en op die werkvloer gaat het gebeuren. Dus je ziet dat daar gewoon heel veel

Barrière 1:
Informatie
is moeilijk
vindbaar

Barrière 2:
Problemen met
het leren van de
Nederlandse taal

Barrière 3:
Regels, eisen en
procedures zijn
onbekend

Barrière 4:
Onvoldoende
zicht op eerder
verworven
competenties

Barrières 5 en 6:
Registratie van
beroepen is
ingewikkeld en
lange wachtlijsten

Barrière 7:
Financiële
Drempels

Barrière 8:
Culturele
Verschillen

Barrière 9:
Geen scholing
op maat

Barrière 10:
Onvoldoende
begeleiding in
de zorgpraktijk

MONOLOOG

Meebeslissen

Ik moet het omarmen. Ik moet enthousiast zijn. Maar ik weet niet hoe.

Het is besloten. Van bovenaf. Niet besproken met ons. Niet afgestemd. Gewoon besloten. En straks zitten wij ermee.

Geen plan. Geen duidelijkheid. Maar wel veel vragen.

Waar gaan ze werken? Wie vangt ze op? Hoe begeleiden we ze op een goede manier? Wat mogen zij verwachten? Wat mogen wij verwachten?

Het is niet geregeld. Niet doordacht. Het is gewoon geduwd. Geduwd. Geduwd. En nu moeten wij het dragen.

Maar wij zitten met de praktijk. Wij kennen de mensen. De werkelijkheid van elke dag.

Laat ons dan ook meedenken, meepraten, meebeslissen.

Want wij weten wat werkt. Wat nodig is.

Box 6

gezeik ontstaat. Die gaan op de rem trappen. Dat moet echt door de zorg zelf ook omarmd worden, want anders gaat het hem niet worden. Als ik het voor het zeggen had, dan zou ik het niet nu doen en zou ik niet gaan rammen en rammen [.....] want ik vind het gewoon niet goed geregeld."

(Respondent 18, lokale zorgmedewerker).

Stilstaan bij randvoorwaarden, bijvoorbeeld zorgen voor betrokken medewerkers met affiniteit voor deze doelgroepen en lokale medewerkers extra tijd en begeleiding geven, kan ook zorgen voor draagvlak op de werkvloer. Dit komt overeen met resultaten uit het proefschrift Ham (2022) en de handreiking van het Verweij Jonker Instituut (2021).

Verschillende zorginstellingen tonen bereidheid om extra te willen investeren in scholing, waaronder vaktaaltraining, begeleiding en cursussen, om internationale zorgmedewerkers optimaal te kunnen ondersteunen in de werkomgeving. Hoewel deze investering de arbeidsmarktpositie van internationale zorgmedewerkers in de ouderenzorg versterkt, twijfelen sommige lokale medewerkers of internationale zorgmedewerkers wel in de ouderensector *willen* werken: "Als ze hier hadden willen werken, dan hadden ze ons toch al lang gevonden?" (Respondent 18, lokale zorgmedewerker). Anderen verwachtten dat deze nieuwe medewerkers wellicht slechts tijdelijk in deze sector blijven en vragen zich af, of het de investering waard is:

Barrière 1:
Informatie
is moeilijk
vindbaar

Barrière 2:
Problemen met
het leren van de
Nederlandse taal

Barrière 3:
Regels, eisen en
procedures zijn
onbekend

Barrière 4:
Onvoldoende
zicht op eerder
verworven
competenties

Barrières 5 en 6:
Registratie van
beroepen is
ingewikkeld en
lange wachtlijsten

Barrière 7:
Financiële
Drempels

Barrière 8:
Culturele
Verschillen

Barrière 9:
Geen scholing
op maat

Barrière 10:
Onvoldoende
begeleiding in
de zorgpraktijk

“Een arts die wacht op haar BIG registratie, vertrekt misschien naar het ziekenhuis zodra ze haar registratie heeft, daar gaan wij niet extra intensief in investeren, maar ze kan als overbrugging natuurlijk wel in onze instelling ervaring opdoen.”

(Informeel gesprek met zorgmedewerker).

Ook sommige bestuurders van ouderenzorginstellingen vrezen dat ze het risico lopen dat de nieuwe medewerkers na een periode van intensieve scholing en inwerken, overstappen naar ziekenhuizen of andere sectoren binnen de gezondheidszorg. Een verhoogde instroom betekent dus niet automatisch dat ze langdurig in de ouderen sector willen werken, ook al zijn ze daar gestart. Het kan ook zorgen voor een verhoogde doorstroom en/of continue uitstroom, waardoor de oorspronkelijke tekorten in de ouderenzorg blijven bestaan en daarom zijn er dus blijvende investeringen nodig in de ouderensector.

Oplossingsrichting vanuit Zorgpilot Haaglanden: het begeleiden van organisaties

De zorgpilot Haaglanden investeert in participatief actie onderzoek om ervoor te zorgen dat internationale zorgmedewerkers een duurzame arbeidsplaats krijgen in Haagse zorginstellingen. Enerzijds is er een goede voorbereiding en afstemming nodig met de internationale zorgmedewerkers en anderzijds is er stimulering en ondersteuning nodig van de ontvangende partijen in zorginstellingen in Den Haag. In de uitvoeringspraktijk blijkt het vinden van de juiste balans hiertussen nog moeizaam. Dit probleem wordt breed onderkend maar het oplossen is lastig. Dat komt omdat het een meervoudig probleem is waarbij verschillende partijen andere opvattingen hebben over wat er aan de hand is en wat telt als juiste oplossingen. De uit het participatief actie onderzoek opgedane inzichten en ervaringen stellen de gemeente De Haag in staat om lessen te trekken over het vormgeven van het arbeidsmarktbeleid en zorginstellingen (onderzoeks)begeleiding voor duurzame plaatsingen. Met als overstijgende doelen dat meer mensen zich een leven lang blijven ontwikkelen, een betere wisselwerking ontstaat tussen onderwijs en arbeidsmarkt, er minder barrières worden ervaren op de arbeidsmarkt en dat de arbeidsmarktkrapte hoger op de agenda komt te staan, zodat werkgevers duurzaam investeren in onbenut arbeidstalant.

Conclusie

De ervaringen, behoeften en verwachtingen van internationale zorgmedewerkers én lokale zorgmedewerkers laten zien dat de potentie van internationale zorgmedewerkers in de Haagse zorgsector momenteel onvoldoende wordt benut. Ondanks hun motivatie en vaak relevante achtergrond, worden zij geconfronteerd met hardnekkige barrières zoals informatie die moeilijk te vinden is, taalproblemen, complexe regelgeving, eisen en procedures, lange wachtlijsten, financiële drempels en een gebrek aan maatwerk in scholing en begeleiding. Dit leidt tot een structurele mismatch tussen arbeidsaanbod en -vraag in de zorg.

Lokale zorgmedewerkers herkennen deze knelpunten en bevestigen dat juist taalvaardigheid en bekendheid met het Nederlandse zorgsysteem cruciaal zijn voor succesvolle integratie op de werkvloer. Tegelijkertijd geven zij aan dat de begeleiding van internationale collega's vaak ontbreekt of onvoldoende is, mede vanwege tijdsdruk en personeelskrapte.

De Zorgpilot Haaglanden biedt veelbelovende oplossingsrichtingen door praktische ondersteuning te bieden op het gebied van informatievoorziening, taaltraining, erkenning van diploma's, begeleiding en sociale integratie. Deze initiatieven zijn waardevol, maar vragen om duurzame verankering binnen het zorgbeleid en structurele samenwerking tussen onderwijs, (lokale)overheid en zorginstellingen. Daarom worden deze oplossingsrichtingen vanuit de Zorgpilot Haaglanden gevolgd met participatief actie onderzoek vanuit De Haagse Hogeschool. Successen en knelpunten van het gehele proces - van werving tot duurzame plaatsing - kunnen door evaluatie in kaart gebracht worden.

Kortom: de ambitie om internationale zorgmedewerkers succesvol te laten participeren op de arbeidsmarkt vereist niet alleen individuele inzet, maar bovenal een systeemverandering. Alleen dan kunnen internationale zorgmedewerkers hun potentieel daadwerkelijk inzetten en bijdragen aan het verlichten van de personeelstekorten in de zorg.

Samen bouwen aan een rechtvaardige samenleving

De Haagse zorgsector kent grote tekorten. Daarnaast zijn er veel internationale zorgmedewerkers die wonen in Den Haag, maar velen werken buiten de zorgsector (bijv. retail, landbouw of schoonmaak). Verschillende barrières bemoeilijken de instroom in de zorg wat zorgt voor structurele ongelijkheid. Voor een rechtvaardige samenleving zijn er daarom investeringen nodig van alle betrokkenen: Rijksoverheid, gemeente, werkgevers, lokale- en internationale zorgmedewerkers, kennisinstellingen. Het gaat om vijf investeringen:

- 1. Het leren van de Nederlandse (vak)taal**
- 2. Kennis en inzicht in Nederlandse regelgeving en procedures**
- 3. Instroom in de zorgsector vergemakkelijken**
- 4. Scholing op maat faciliteren**
- 5. Monitor inhoud en proces met onderzoek**

1. Het leren van de Nederlandse (Vak)taal: het begrijpen van de Nederlandse taal is een eerste stap voor internationale zorgmedewerkers om hun weg te vinden in mogelijkheden op de Nederlandse arbeidsmarkt. Tegelijkertijd is het kennen van de vaktaal essentieel voor de patiëntveiligheid. Dit betekent een gezamenlijke verantwoordelijkheid voor zowel de gemeente, internationale zorgmedewerkers als ook werkgevers in zorginstellingen.

2. Kennis en inzicht in Nederlandse regelgeving en procedures:

Goede informatievoorziening en heldere voorlichting over regels en procedures is onmisbaar. Denk aan ondersteuning in zaken als beroepenregistraties en de wet Beroepen Individuele Gezondheidszorg (BIG). Bovendien zijn er subsidie- en financiële ondersteuningsmogelijkheden die in kaart gebracht kunnen worden zodat kosten en baten inzichtelijker worden voor zowel de internationale zorgmedewerkers als voor zorginstellingen.

3. Instroom in de zorgsector vergemakkelijken: Onbekend maakt onbemind. Maak eerder verworven competenties inzichtelijk van internationale medewerkers met kwaliteitscontrole voor zorginstellingen. Betrek lokaal personeel vanaf de start in zorginstellingen die deuren openen voor nieuwkomers en organiseer een 'meet & greet' voor kennismaking tussen internationale zorgmedewerkers en het lokaal personeel in zorginstellingen.

4. Scholing op maat faciliteren: het is belangrijk dat en dat mensen zich een leven lang kunnen ontwikkelen zodat werkgevers voldoende personeel hebben met de juiste competenties en vaardigheden. Denk aan culturele competenties, maar ook kennis en inzicht in hoe de Nederlandse gezondheidszorgsysteem functioneert en de Nederlandse wet- en regelgeving.

5. Monitor inhoud en proces met onderzoek: investeer structureel en duurzaam in onderzoek zodat barrières inzichtelijk worden om deze in gezamenlijkheid aan te pakken. Rijksoverheid, gemeenten, werkgevers, lokale- en internationale zorgmedewerkers en kennisinstellingen hebben hierin een maatschappelijke verantwoordelijkheid. Investeren betekent samen bouwen aan een rechtvaardige samenleving met een inclusieve arbeidsmarkt in zorg en welzijn.

Internationale samenwerking om statushouders te begeleiden naar werk in de zorg

Het project **In de Zorg - Uit de Zorgen** is een voorbeeld van een 'good practice' gericht op statushouders. Dit project werd in 2019 ondersteund door vluchtelingen-, zorg- en arbeidsmarktorganisaties in België, Nederland en Duitsland. Ze werkten samen om, met name statushouders te begeleiden naar werk of naar een stage in de zorg. Deelnemers werden eerst geselecteerd op geschiktheid. Daarna volgden ze een traject waarin ze taallessen kregen en vaardigheden leerden en waarin hun diploma's werden erkend. Vervolgens kregen ze onderwijs op maat en een oriënterende stage. De deelnemers leerden in een aantal maanden de Nederlandse taal, inclusief de vaktaal voor de zorg en ze deden werkervaringen op in de zorg. Tot slot volgden de deelnemers een opleiding via een beroepsbegeleidende leerweg (BBL). Van de 22 statushouders die in september 2019 met dit traject waren begonnen, waren er 18 in februari 2020 met een BBL-opleiding gestart. Of ze anno 2025 nog steeds in de zorg werken, is onbekend.

Zorgpilot Haaglanden

Bovenstaand project **In de Zorg - Uit de Zorgen** heeft raakvlakken met de Zorgpilot Haaglanden. De Zorg-pilot Haaglanden richt zich op een bredere doelgroep en wordt er intensief samen gewerkt met verschillende partners in regio Haaglanden. Vier factoren maken de Zorg-pilot Haaglanden tot een succes: 1. de intensieve onderlinge samenwerking met betrokken geëncanceerde partners en de verantwoordelijkheid die wordt genomen door de verschillende partijen; 2. de persoonlijke begeleiding die wordt geboden in het traject, bijv. door jobcoaches; 3. het maatwerk tijdens het voortraject door het inzichtelijk maken van transversale skills; 4. Werken met zorginstellingen die zijn deuren open voor deze internationale talenten.

De eerste succesfactor van de Zorgpilot Haaglanden is de intensieve samenwerking tussen de verschillende partijen: de gemeente Den Haag werkt intensief samen met kennis- en onderwijsinstellingen (HHS en ROC Mondriaan) en welwillende zorgorganisaties, waaronder Respectzorg in Den Haag. Deze verschillende partijen hebben de intentieverklaring getekend en nemen hun verantwoordelijkheid. De tweede en derde succesfactoren sluiten goed aan bij het wegnemen van de barrières en de oplossingsrichtingen die de Zorgpilot Haaglanden biedt. Internationale zorgmedewerkers die aan de slag willen in de zorg worden zoveel mogelijk ondersteund en begeleid in het gehele proces. Deelnemers worden gevonden (via banenmarkten), intensief begeleid (Den Haag Werkt) en transversale skills worden inzichtelijk gemaakt (Nuffic en Liberaux). De vierde succesfactor is dat verschillende zorginstellingen in regio Haaglanden hun deuren hebben geopend voor deze internationale zorgmedewerkers, zodat IZM mee kunnen doen op de arbeidsmarkt.

Dankwoord

Wij willen graag Gemeente Den Haag, in het bijzonder Karin van Poelgeest, Respect Zorg, Klaas Smilde en ROC Mondriaan, Flora van Eck en het bestuur van De Haagse Hogeschool, Elisabeth Minnemann, de opleiding HBO-V van de Haagse Hogeschool en Son Burgers-Geerinckx bedanken voor de prettige samenwerking. Daarnaast ook een woord van dank voor de respondenten die bereid waren om hun persoonlijk verhaal te delen. Tot slot willen wij ook de amateur-acteurs bedanken die deze verhalen hebben willen vertolken in reflecterend beeldmateriaal en de studenten van De Haagse Hogeschool, Nikita Danylenko, Rosanne Pellen, Mohammed Ocal, Antoaneta Beligashkova en Nandita Moekoet.

Referenties

- ActiZ. (2023). 'Uitstroom zorgpersoneel neemt komende jaren alleen maar meer toe'. <https://www.actiz.nl/uitstroom-zorgpersoneel-neemt-komende-jaren-alleen-maar-meer-toe>
- Adviesraad Migratie. (2025). Investeren in samenleven. Hoe arbeidsmigranten beter ingebed kunnen worden in de Nederlandse samenleving. Den Haag. [Investeren in samenleven | Nieuwsbericht | Adviesraad Migratie](#)
- Alves Luciano, S., & Schimpf, M. (2021). *Triple Win Programme*. Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) GmbH. <https://www.triple-win-pflegekraefte.de>
- ArbeidsmarktInZicht. (2023). *Arbeidsmarktscan Haaglanden, 2023 #2*. <https://arbeidsmarktinzicht.nl/arbeidsmarktscan-haaglanden-2023-2>
- Beroepsinhoudelijke toets (2025). [Beroepsinhoudelijke toets | Buitenlands diploma | BIG-register](#)
- Bundesagentur für Arbeit. (z.d.). *Triple Win programme*. <https://www.arbeitsagentur.de/vor-ort/zav/projects-programs/health-and-care/triple-win>
- Centraal Bureau voor de Statistiek. (2023). CBS: *In 2029 werkt 1 op de 7 in de zorg. PFZW*. <https://www.pfzw.nl/over-pfzw/nieuws/14-11-2023-cbs-in-2029-werkt-1-op-de-7-in-de-zorg.html>
- Centraal Bureau voor de Statistiek. (2024). *Uitstroom zorg en welzijn is klein, wel veel wisselingen binnen bedrijfstak*. <https://www.cbs.nl/nl-nl/longread/rapportages/2024/uitstroom-zorg-en-welzijn-is-klein-wel-veel-wisselingen-binnen-bedrijfstak>
- Centraal Bureau voor de Statistiek. (z.d.). *Bevolking in de toekomst*. <https://www.cbs.nl/nl-nl/visualisaties/dashboard-bevolking/bevolkingsgroei/toekomst/>
- Centraal Bureau voor de Statistiek. (2021). *In 2050 zijn er twee tot drie keer zoveel 80-plussers als nu*. <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2021/15/in-2050-zijn-er-twee-tot-drie-keer-zoveel-80-plussers-als-nu>
- Duiveman, R. in Bihari-Elahi, J. & Burggraaff, W. (Ed.) (2020). *Verandering door actieonderzoek: In stadslabs werken aan nieuwe sociale praktijken*. Uitgeverij Koninklijke Van Gorcum.
- Gopal, K., de Kort, J., Lickens, D., Marchal, B., & Veen, A. (2022). *Houdbaarheid ouderenzorg tot 2050*. Delft: AZW.
- Ham, A. (2022). *Who cares? An ethnographic research on the workforce integration of first-generation immigrants in geriatric care in the Netherlands and Germany*. Dissertation, Leiden University.
- Ham, A. (2023). *Who cares? Tinkering with values in geriatric care by first-generation immigrant newcomers and established caregivers in a German residential home*. *Humanities and Social Sciences Communications*, 10(1), 1-10.
- Heerings, M., van de Bovenkamp, H., Cardol, M., & Bal, R. (2022a). *Burden of support: a counter narrative of service users' experiences with community housing services*. *Disability & Society*.
- Heerings, M., van de Bovenkamp, H., Cardol, M., & Bal, R. (2022b). *Tinkering as Collective Practice: A Qualitative Study on Handling Ethical Tensions in Supporting People with Intellectual or Psychiatric Disabilities*. *Ethics and Social Welfare*, 16(1), 36-53.
- Heerings, M., van de Bovenkamp, H., Cardol, M., & Bal, R. (2022c). *Ask us! Adjusting experience-based codesign to be responsive to people with intellectual disabilities, serious mental illness, or older persons receiving support with independent living*. *Health Expectations*, 25, 2246-2254.
- Hoffman, E. M., & Verdooren, A. (2018). *Diversiteitscompetentie: niet culturen, maar mensen ontmoeten elkaar*. Coutinho.
- Huijnk, W., Verbeek-Oudijk, D., & Willems, R. (2023). *Kwesties voor het kiezen 2023*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

- Horn, V., Schweppe, C., Böcker, A., & Bruquetas-Callejo, M. (Eds.). (2021). *The global old age care industry: tapping into migrants for tackling the old age care crisis*. Springer Nature.
- Horn, V., Schweppe, C., Böcker, A., & Bruquetas-Callejo, M. (2021). Family carers' expectations and strategies in shaping live-in migrant carer arrangements: A comparison between Germany and the Netherlands. In V. Horn, C. Schweppe, A. Böcker, & M. Bruquetas-Callejo (Eds.), *The global old age care industry: Tapping into migrants for tackling the old age care crisis* (pp. 57–79). Springer Nature.
- Jacobs, G., van F, L., & Cardiff, S. (2021). *Actieonderzoek.: Principes en onderzoeksmethoden voor participatief veranderen*. Assen: Koninklijke Van Gorcum.
- UWV. (z.d.). *Grote personeelstekorten voor veel zorgberoepen*. <https://www.uwv.nl/nl/nieuws/grote-personeelstekorten-voor-veel-zorgberoepen>
- Roeters, A., Olsthoorn, M., & Van Campen, C. (z.d.). *Krapte op de arbeidsmarkt*.
- Seidler, Y., Van der Schans, K. & Van San, M. (2022). *Gescheiden wereld. Een fenomeenonderzoek naar EU-arbeidsuitbuiting, veiligheidsbeleving en sociale cohesie in Carnisse, Oud Charlois en de Tarwewijk*. Rotterdam: Risbo.
- Seidler, Y. et al. (2024). *Zicht op arbeidsmigranten. Een belevingsonderzoek naar de positie van EU-arbeidsmigranten, derdelanders en ontheemde Oekraïners in Nederland*. Rotterdam: Risbo.
- van Bochove, M., & zur Kleinsmiede, D. (2021). Social support within and outside care networks: Experiences of live-in migrant care workers in the Netherlands. In V. Horn, C. Schweppe, A. Böcker, & M. Bruquetas-Callejo (Eds.), *The global old age care industry: Tapping into migrants for tackling the old age care crisis* (pp. 267–291). Springer Nature.
- V&VN. (2023). *Capaciteitsorgaan bevestigt: personeelstekorten in de zorg lopen verder op*. <https://www.venvn.nl/nieuws/capaciteitsorgaan-bevestigt-personeelstekorten-in-de-zorg-lopen-verder-op/>

Internationale Inspiratie: Best practices en leestips

Duitsland: Het Triple Win-programma voor internationale verpleegkundigen

Om het groeiende tekort aan gekwalificeerde verpleegkundigen op te vangen, lanceerden de Duitse Bundesagentur für Arbeit (ZAV) en de Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) in 2013 het Triple Win-programma. Via dit initiatief worden verpleegkundigen uit landen met een overschot aan zorgpersoneel, zoals Bosnië en Herzegovina, de Filipijnen en Tunesië, bemiddeld naar zorginstellingen in Duitsland.

Het programma omvat een volledig georganiseerde keten van werving, voorbereiding, plaatsing en begeleiding:

- Werving & selectie gebeurt in samenwerking met overheidsinstanties in de herkomstlanden. Alleen landen met een surplus aan verpleegkundigen worden betrokken, om 'brain drain' te voorkomen.
- Voorbereiding in het land van herkomst bestaat uit intensieve taaltraining, oriëntatie op de Duitse zorgpraktijk en vakspecifieke cursussen.
- Werkgeversparticipatie: Duitse zorginstellingen voeren sollicitatiegesprekken met vooraf geselecteerde kandidaten en nemen, bij plaatsing, verantwoordelijkheid voor een goed integratieproces.

- Begeleiding bij integratie: GIZ biedt zowel de werknemer als de werkgever ondersteuning bij huisvesting, sociale integratie en het erkenningsproces van diploma's (binnen 12 maanden).
- Financiering: Werkgevers betalen een vaste bijdrage voor de voorbereidings- en plaatsingskosten. Daarbovenop komen kosten voor reis, erkenning van diploma's en taalonderwijs tot CEFR B2-niveau.

Triple Win combineert eerlijke werving, goede voorbereiding en structurele begeleiding tot een duurzaam model dat zowel landen van herkomst, zorginstellingen als de internationale zorgmedewerkers zelf ten goede komt. De aanpak is zorgvuldig afgestemd op internationale standaarden voor fair recruitment en voorkomt overbelasting van het zorgsysteem in het herkomstland. Sinds 2013 zijn meer dan 4.700 verpleegkundigen via Triple Win in Duitsland geplaatst. Een evaluatie uit 2021 laat zien dat 95,4% van de deelnemers (na zes maanden in dienst) positief was over het programma. Ruim 84% werkte op dat moment nog steeds bij hun oorspronkelijke werkgever, wat duidt op succesvolle en duurzame plaatsingen (Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit, 2021).

Meer lezen:

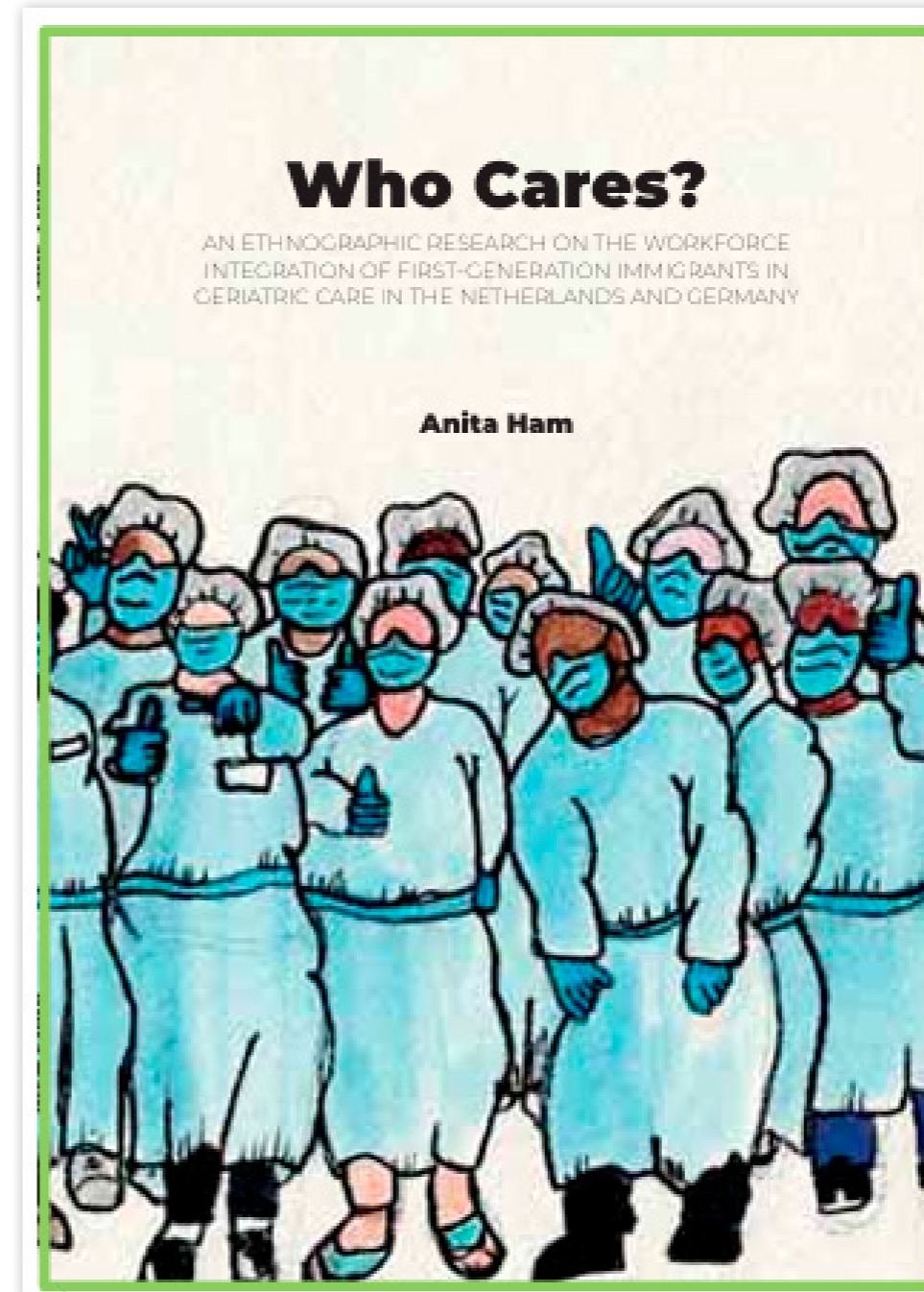
<https://www.arbeitsagentur.de/vor-ort/zav/projects-programs/health-and-care/triple-win>

Who Cares?

Een etnografisch onderzoek naar de arbeidsmarktintegratie van eerste generatie immigranten in de geriatrische zorg in Nederland en Duitsland.

In het proefschrift van Anita Ham worden processen onderzocht die van invloed zijn op de arbeidsmarkt integratie van eerste generatie immigrant zorgverleners in de ouderenzorg en de uitvoering van goede zorg in twee verpleeghuizen, in Nederland en in Duitsland (Ham, 2015). Lees hier meer over:

Nederlands-Vlaams wetenschappelijk tijdschrift voor verpleegkundigen



The Global Old Age Care Industry: Tapping into Migrants for Tackling the Old Age Care Crisis

The Global Old Age Care Industry: Tapping into Migrants for Tackling the Old Age Care Crisis, onder redactie van Vincent Horn, Cornelia Schweppe, Anita Böcker en María Bruquetas-Callejo (2021), onderzoekt de opkomende wereldwijde industrie die inspeelt op de groeiende vraag naar ouderenzorg in welvarende landen door de inzet van migrantenarbeid. Het boek biedt een diepgaande analyse van de diverse actoren die betrokken zijn bij het werven, trainen en plaatsen van migrerende zorgverleners binnen de ouderenzorgsystemen van gastlanden.

Opgedeeld in drie hoofdsecties—Beleid en Regimes, Promotors en Intermediairs, en Risico's en Sociale Bescherming—verkent het boek:

- **Beleid en Regimes:** Onderzoekt hoe verschillende landenbeleid en zorgregimes de integratie van migrantenarbeid in de ouderenzorg beïnvloeden. Bijvoorbeeld, het vergelijkt de strategieën van familieverzorgers in Duitsland en Nederland en bekijkt de veranderende dynamiek van ouderenzorg in Japan.
- **Promotors en Intermediairs:** Richt zich op de rol van organisaties

en agentschappen die de tewerkstelling van migrerende zorgverleners faciliteren, inclusief analyses van live-in zorgbemiddeling tussen Polen en Duitsland en de inzet van organisaties zoals Caritas voor eerlijke arbeidspraktijken in Duitsland.

- **Risico's en Sociale Bescherming:** Belicht de kwetsbaarheden en uitdagingen waarmee migrerende zorgverleners worden geconfronteerd, zoals gezondheidsrisico's, sociale ondersteuningsstructuren en gevallen van ouderenmishandeling binnen live-in zorgarrangementen.

Door een mondiale perspectief te hanteren, benadrukt het boek de complexiteit en onderlinge verbanden tussen migratie en ouderenzorg, en biedt het inzicht in de implicaties voor zowel zorgontvangers als -verleners in diverse regio's.

Hoofdstuk 3 en hoofdstuk 12 worden hieronder uitgelicht: Internationale liv-in zorgverleners in Duitsland en Nederland:

In **hoofdstuk 3** onderzoeken Horn, Schweppe, Böcker en Bruquetas-Callejo (2021) de inzet van internationale live-in zorgverleners in Duitsland en Nederland. In Duitsland is de markt voor live-in zorgverleners veel groter dan in Nederland. Hetgeen niet vreemd is, daar in Duitsland in grotere mate dan in Nederland familieleden verantwoordelijk geacht worden voor de zorg voor hun naasten. De auteurs gaan na in hoeverre deze verschillen ook

Vervolg pagina 52

leiden tot uiteenlopende verwachtingen van familieleden jegens de internationale zorgverleners. Terwijl eerdere studies laten zien dat internationale live-in zorgverleners vaak als 'quasi-familie' worden beschouwd, wijst dit onderzoek uit dat Nederlandse familieleden hen eerder benaderen als reguliere zorgprofessionals dan familieleden zoals in Duitsland. Tegelijkertijd zijn er ook overeenkomsten: in beide landen blijken verwachtingen afhankelijk van persoonlijke kenmerken van zowel de zorgvrager als de betrokken mantelzorger.

In **hoofdstuk 12** richten Van Bochove en zur Kleinsmiede (2021) zich op de rol van sociale steunstructuren in het werk en welzijn van internationale live-in zorgverleners in Nederland. Ze laat zien dat zowel hulp van mensen binnen de zorgsituatie, zoals familieleden van de cliënt en professionele zorgverleners, als contacten buiten deze context bepalend zijn voor hoe internationale zorgverleners hun werk ervaren. Sommige zorgverleners maken deel uit van ondersteunende netwerken waarin hun inzet wordt afgewisseld of aangevuld, wat ruimte biedt voor rust. Anderen krijgen weinig tot geen hulp van de omgeving van de cliënt, en worden juist geconfronteerd met extra druk of onredelijke verwachtingen. Voor deze groep is het des te belangrijker dat er een sociaal netwerk buiten het werk beschikbaar is. Hoewel vrijwel alle zorgverleners dagelijks contact onderhouden met familie of vrienden in hun land van herkomst, is het vooral voor degenen die langere tijd achtereen in Nederland verblijven mogelijk om ook hier persoonlijke banden op te bouwen. Zorgverleners met een rotatieschema van twee weken (waarbij zij deels in Nederland en

deels in hun thuisland verblijven) hebben daarentegen weliswaar veel contact 'thuis', maar voelen zich in Nederland vaker alleen, zeker als er geen steun is vanuit het zorgnetwerk rondom de cliënt. Het onderzoek bevestigt daarmee eerdere inzichten dat de mate van sociale inbedding en ondersteuning nauw samenhangt met de ervaren werkzekerheid en het gevoel van welzijn.



Onderzoek naar internationale zorgmedewerkers in Den Haag

Voorbij de barrières: Thuis in de Haagse Zorg

ISBN: 9789083447476

Auteurs:

Anita Ham, Zsuzsu Tavy,
Olivier Oele, Rintje Wijngaard
en Katja Rusinovic

Afdeling:

Centre of Expertise Governance
of Urban Transitions
Lectoraat Grootstedelijke
Ontwikkelingen

Datum:

30 april 2025



Den Haag

DE HAAGSE
HOGESCHOOL