

Kwetsbaar, en dan?

Hoe inwonende buitenlandse
zorgverleners en hun werkgevers
omgaan met preciaire arbeid

Marianne van Bochove
Duco zur Kleinsmiede
Sarah Ashu

Kwetsbaar, en dan?

Hoe inwonende buitenlandse
zorgverleners en hun werkgevers
omgaan met preciaire arbeid

Juni 2017

Marianne van Bochove
Duco zur Kleinsmiede
Sarah Ashu

Colofon

Kwetsbaar, en dan?
Hoe inwonende buitenlandse zorgverleners en
hun werkgevers omgaan met preciaire arbeid
Marianne van Bochove
Duco zur Kleinsmiede
Sarah Ashu

Uitgever

Marketing & Communicatie iBMG

Vormgeving

www.panart.nl

Publicatiedatum

Rotterdam, juni 2017

www.eur.nl/bmg

Inhoudsopgave

1. Inleiding	
Inwonende buitenlandse zorgverleners in Nederland	6
2. Hoe organisaties omgaan met kwetsbaarheid	
Risicoselectie, monitoring en stimuleren van pendelmigratie	12
3. Hoe inwonende zorgverleners omgaan met kwetsbaarheid	
Creëren van ontspanning en het zoeken naar of uitsluiten van thuisgevoel	18
4. Conclusie	
Hoe om te gaan met kwetsbaarheid rond inwonende buitenlandse zorg?	23
Literatuur	26

1. Inleiding

Inwonende buitenlandse zorgverleners in Nederland

Inwonende buitenlandse zorgverleners zijn in verschillende Europese landen al jaren een bekend fenomeen. In Italië, Duitsland en Oostenrijk is het niet ongebruikelijk dat ouderen met een zware zorgbehoefte 24 uur per dag vergezeld en verzorgd worden door een migrant uit bijvoorbeeld Polen, Slowakije, Hongarije of Roemenië. Ook in Nederland bestaan al meer dan tien jaar organisaties die 24-uurszorg door buitenlandse zorgverleners aanbieden, al gaat het hier nog steeds om een nichemarkt. Volgens een eerdere schatting waren er in 2014 slechts enkele honderden inwonende buitenlandse zorgverleners in Nederland (Da Roit en Van Bochove 2015), vergeleken met naar schatting een miljoen in Italië en rond de 250 duizend in Duitsland (Da Roit en Weicht 2013). Ondanks de (nog) geringe omvang is het interessant om inwonende buitenlandse zorgverlening in Nederland nader te onderzoeken, aangezien deze vorm van dienstverlening een potentiële oplossing biedt voor de met vergrijzing samenhangende toenemende zorgbehoefte, in de context van groeiende zorgen over overbelaste mantelzorgers en een overheidsbeleid dat langer thuis wonen stimuleert.

Eerder onderzoek (Van Grafhorst 2014, Da Roit en Van Bochove 2015, Davies en Mans 2015) heeft het thema van inwonende zorg in Nederland verkend: hoe kunnen we het ontstaan ervan verklaren, wie zijn de buitenlandse zorgverleners en wat doen zij? Net als internationaal onderzoek concluderen deze Nederlandse studies veelal dat we hier te maken hebben met 'precair werk'. Precair voor zowel de buitenlandse zorgverleners (die onzekere contracten hebben en het risico lopen uitgebuit te worden) als de cliënten (die weinig weerbaar zijn en slachtoffer van verschillende vormen van mishandeling kunnen worden). Vergeleken met eerder onderzoek gaat deze studie een stap verder, door de kwetsbaarheid en onzekerheid van deze vorm van dienstverlening als uitgangspunt te nemen en de vraag te stellen:

Hoe gaan inwonende buitenlandse zorgverleners in Nederland en de organisaties waarvoor zij werken om met kwetsbaarheden die verbonden zijn aan deze vorm van arbeid?

We beantwoorden deze vraag op basis van interviews met managers en andere medewerkers van organisaties die inwonende zorg aanbieden, buitenlandse zorgverleners, en andere personen in het zorgnetwerk van de cliënt (zoals mantelzorgers en reguliere zorgverleners).¹ In dit inleidende hoofdstuk introduceren we de achtergrond van inwonende zorgverlening in Nederland en de 'precariousness' (in dit rapport meestal vertaald als 'kwetsbaarheid') die vooral in buitenlandse literatuur gesignaleerd wordt en waarover de angst bestaat dat die zich ook in Nederland voordoet.

1 We bedanken alle respondenten voor hun bereidheid om mee te werken aan dit onderzoek en hun opvattingen en ervaringen met ons te delen. Daarnaast gaat dank uit naar de sectie Health Care Governance van iBMG, en in het bijzonder naar Dara Ivanova, voor commentaar en suggesties bij een eerdere versie van dit rapport. Eventuele onjuistheden zijn voor rekening van de auteurs.

Stimulerende en belemmerende factoren

Rond 2005 kwamen in Nederland de eerste bureaus op die inwonende buitenlandse zorgverleners aanbieden. Op dit moment zijn er naar schatting tussen de tien en vijftien van dergelijke organisaties in Nederland actief. Voorbeelden zijn *SeniorCare24*, *Happy HomeCare*, *Au Care*, *Stichting de Zorghulp* en *Zuster in Huis*. Deze particuliere organisaties koppelen buitenlandse (meestal Oost- en Midden-Europese) zorgverleners (voor het overgrote deel vrouwen) aan hulpbehoevende ouderen en chronisch zieken in Nederland.

Da Roit en Van Bochove (2015) hebben verkennend onderzoek gedaan naar inwonende zorgverlening in Nederland. Ze hebben websites van organisaties die inwonende zorg aanbieden geanalyseerd en interviews gehouden met vijf managers van dergelijke organisaties. Het onderzoek had tot doel de opkomst van dit fenomeen in Nederland te verklaren en de groeimogelijkheden te verkennen. Op de websites en in de interviews werden de volgende verklaringen voor de opkomst van inwonende buitenlandse zorgverlening meerdere keren genoemd:

- Thuis blijven wonen – ook als de zorgbehoefte groot is – wordt door ouderen (en hun kinderen) steeds meer als ideaal gezien;
- Door veranderingen in het overheidsbeleid is de drempel tot intramurale zorg (zoals een verzorgings- of verpleeghuis) hoger geworden;
- Inwonende zorg betekent een vast gezicht in huis en persoonlijke aandacht, terwijl reguliere thuiszorgmedewerkers steeds wisselen en onder grote tijdsdruk staan;
- Buitenlandse zorgverleners zijn vele malen goedkoper dan andere aanbieders van 24-uurszorg en kunnen vaak volledig uit het persoonsgebonden budget (pgb) worden betaald.

De geïnterviewde managers noemden ook diverse obstakels die kunnen verklaren waarom inwonende zorg in Nederland nog geen wijdverbreid verschijnsel is:

- Onduidelijkheden in regelgeving, bijvoorbeeld of het pgb wel of niet gebruikt mag worden voor een buitenlandse zorgverlener die in het herkomstland onder contract staat (wat bij sommige organisaties het geval is);
- Gevreesde taal- en cultuurbarrière onder potentiële cliënten;
- Negatieve stereotype beelden over Oost-Europese arbeidsmigranten onder potentiële cliënten;
- Angst voor misstanden en oneerlijke concurrentie onder reguliere zorgaanbieders, die cliënten daarom niet wijzen op de mogelijkheden van inwonende buitenlandse zorgverlening;
- Relatief hoge investeringskosten voor organisaties die inwonende zorg aanbieden, omdat het verloop van cliënten hoog is (zij bevinden zich vaak in hun laatste levensfase) en het tot stand brengen van een nieuwe *match* tussen zorgverlener en cliënt tijd en geld kost.

Toch verwachten veel managers dat de markt voor inwonende buitenlandse zorgverleners in Nederland de komende jaren zal groeien, omdat de behoefte aan alternatieve vormen van langdurige zorg verder zal toenemen, terwijl bepaalde obstakels (zoals onduidelijkheden in regelgeving en vooroordelen over arbeidsmigranten) zullen verdwijnen.

Kenmerken organisaties, zorgverleners en cliënten

We vatten de kenmerken van inwonende zorgverlening in Nederland hieronder kort samen op basis van het eerdere onderzoek van Da Roit en Van Bochove (2015).

De **organisaties** die inwonende buitenlandse zorgverleners aanbieden hebben verschillende achtergronden. Sommige organisaties boden eerst reguliere particuliere thuiszorg aan en signaleerden onder (familieleden van) cliënten een behoefte aan inwonende 24-uurszorg. Andere organisaties werkten al met buitenlandse krachten, maar dan als au-pair-bureau (inwonende zorgverleners worden ook wel 'zorg au-pairs' genoemd, al vallen ze niet onder de au-pair-regeling) of als uitzendbureau voor Oost-Europese seizoenswerkers. De meeste organisaties werken samen met lokale organisaties in de herkomstlanden, die de zorgverleners werven. Hoe de zorgverleners betaald worden verschilt per organisatie. Sommige zorgverleners worden betaald door de lokale organisatie uit het herkomstland. De cliënten betalen dan in sommige gevallen direct de buitenlandse organisatie die het salaris overmaakt naar de zorgverleners; in andere gevallen betalen ze de

Nederlandse organisatie, die vervolgens weer een deel van het geld overmaakt naar de buitenlandse organisatie. In andere gevallen staan de zorgverleners op de loonlijst van de Nederlandse organisatie.

De **inwonende buitenlandse zorgverleners** zijn bijna allemaal vrouw – naar mannen is alleen in specifieke situaties vraag, bijvoorbeeld wanneer de zorg voor een cliënt veel fysieke kracht vergt – en in meerderheid afkomstig uit Slowakije, Hongarije en Polen. Sinds de opening van de Nederlandse arbeidsmarkt in 2014 werven sommige organisaties ook in Roemenië. De leeftijd van de zorgverleners varieert tussen begin twintig en midden zestig, maar de meeste vrouwen zijn in de veertig. Ze hebben vaak een opleiding gevolgd tot verpleegkundige of assistent-verpleegkundige, maar zijn in Nederland (meestal) niet BIG-geregistreerd, wat betekent dat ze hier geen verpleegkundige handelingen mogen verrichten. De meeste zorgverleners spreken in enige mate Nederlands; zij hebben dit tijdens hun verblijf in Nederland geleerd of hebben al voor hun komst les gehad in het herkomstland. Sommige zorgverleners pendelen tussen Nederland en het herkomstland, andere verblijven voor een langere aaneengesloten periode in Nederland. De meeste vrouwen zien hun verblijf in Nederland als een financiële investering voor een toekomst in het herkomstland; een enkeling zou zich permanent in Nederland willen vestigen.

De **cliënten** die verzorgd worden door een inwonende buitenlandse zorgverlener hebben meestal 24 uur per dag zorg nodig. De meeste cliënten zijn ouderen met vergevorderde dementie of Parkinson. Er zijn ook jongere cliënten, die bijvoorbeeld MS hebben. In het geval van oudere cliënten zijn het vaak de kinderen die kiezen voor de diensten van inwonende zorgverleners. Zij willen dat hun ouders zo lang mogelijk in hun vertrouwde omgeving kunnen blijven wonen en zien inwonende zorg als een betaalbaar alternatief voor een verpleeghuis. De meeste oudere cliënten zijn vrouw en wonen alleen, maar het komt ook voor dat de zorgverleners in een huishouden van twee personen terechtkomen.

Takenpakket van inwonende zorgverleners

Inwonende buitenlandse zorgverleners zijn (bijna) continu bij de cliënt aanwezig. Ze houden de cliënt gezelschap, doen boodschappen, koken, helpen bij de persoonlijke verzorging en gaan mee naar een doktersbezoek. In principe voeren de inwonende zorgverleners geen verpleegkundige handelingen uit, zoals het toedienen van medicijnen; hiervoor is meestal reguliere zorg aanwezig, zoals een wijkverpleegkundige die wel BIG-geregistreerd is. Sommige organisaties zien het als de verantwoordelijkheid van de (familie van de) cliënt wat de inwonende zorgverlener wel en niet mag doen. Zo vertelde een manager in het onderzoek van Da Roit en Van Bochove dat een zorgverlener het beademingsapparaat van een cliënt mocht aansluiten omdat daar toestemming voor was gegeven door de familie, hoewel dit officieel niet tot de taken van een 'zorg-au-pair' behoort (2015: 86). Inwonende buitenlandse zorgverleners lijken aan de ene kant op mantelzorgers, die een persoonlijke band hebben met de zorgbehoevende en vooral praktische en emotionele steun bieden; aan de andere kant lijken zij op beroepskrachten, die betaald worden door een organisatie en die een opleiding tot (assistent-)verpleegkundige hebben gevolgd. Volgens Davies en Mans (2015: 25) is er mede door deze tussenpositie sprake van een 'semi-officiële werkwijze' die risico's met zich meebrengt voor de kwaliteit van zorg. Dit brengt ons bij een dominant beeld in bestaand onderzoek over buitenlandse inwonende zorgverlening: dat het precaire arbeid is die omgeven is door risico's en kwetsbaarheid voor zowel zorgontvangers als zorgverleners.

Inwonende zorgverlening is omgeven door 'kwetsbaarheid'

Uit internationaal onderzoek komt het beeld naar voren dat de gemiddelde inwonende buitenlandse zorgverlener op z'n zachtst gezegd niet te benijden is: ze krijgt weinig betaald, maakt lange werkdagen en heeft nauwelijks vrije tijd, leeft met grote baanonzekerheid, krijgt te maken met racistische en seksistische opmerkingen en soms zelfs met fysiek en seksueel geweld (Muehlebach 2012, Salami e.a. 2016, Elrick en Lewandowska 2008). Diverse onderzoekers spreken de zorg uit dat dergelijke situaties zich ook voordoen in Nederland, of dat dit in de (nabije) toekomst het geval zal zijn (Tonkens 2011, Davies en Mans 2015). Uit onderzoek van Stichting Wemos blijkt dat

inwonende zorgverleners in Nederland vaak meer dan 40 uur per week werken en dat de lengte van de werkdag en het recht op vakantie niet goed zijn vastgelegd (Van Grafhorst 2014). De in het onderzoek van Da Roit en Van Bochove (2015) geïnterviewde managers noemden bovendien voorbeelden van ongewenste intimiteit en seksuele intimidatie. Ook in ons land lijkt er dus sprake te zijn van *'precarious work'*, door Kalleberg (2009: 2) omschreven als *'employment that is uncertain, unpredictable, and risky from the point of view of the worker'*.

Hellgren, die in Spanje en Zweden onderzoek deed naar migranten in zorgverlening en huishoudelijk werk, stelt dat hoewel deze landen verschillende typen verzorgingsstaten zijn en een heel ander beleid voeren ten aanzien van migratie en arbeidsmarkt, de condities van de onderzochte migranten grotendeels overeenkomen: zij ervaren *'similarly precarious job conditions'* (2015: 211). De term *'precarious'* valt niet alleen veelvuldig als gewezen wordt op de positie van de migranten; ook de situatie van zorgbehoevenden die een migrant in huis nemen wordt vaak omschreven als onzeker en kwetsbaar. Zo kunnen zij emotioneel en financieel mishandeld worden door de zorgverlener, of zonder kennisgeving worden verlaten (Salami e.a. 2016). Zowel zorgverleners als cliënten krijgen te maken met een *'chain of precariousness'* (Hellgren 2015: 232): een aaneenschakeling van neteligheid. Als de buitenlandse zorgverleners persoonlijke problemen hebben (zoals psychische klachten door hoge werkdruk of eenzaamheid), dan kunnen de cliënten daar uiteindelijk ook het slachtoffer van worden.

In dit onderzoek willen wij de kwetsbaarheid van inwonende zorgverlening niet ontkennen of weerleggen, maar voor de Nederlandse situatie wel enigszins nuanceren. Uit het verkennende onderzoek van Da Roit en Van Bochove (2015) blijkt dat inwonende zorg door migranten in Nederland meer gereguleerd is dan in veel andere landen. De managers gaven in de eerdere interviews aan dat de inwonende zorgverleners het Nederlandse minimumloon ontvangen (soms was dat eerst niet zo, maar is het loon na problemen met instanties aangepast) en dat ze werken met roosters die vrije tijd garanderen. Uit deze gesprekken kwam ook een wat ander beeld naar voren dan de kwetsbare buitenlandse zorgverlener: deze vrouwen hebben er bewust voor gekozen om naar Nederland te komen omdat ze hier meer kunnen verdienen dan in het herkomstland en het zijn meestal ervaren zorgverleners die al eerder in het buitenland gewerkt hebben. De vrouwen zijn geen willoze slachtoffers, maar *'active agents in shaping their world'*, zoals Ivanova (2013: 21) al schreef over Bulgaarse zorgverleners in Italië.

Het doel van deze studie is een stap verder te gaan dan onderzoek dat kwetsbaarheid heeft vastgesteld. Wij onderzoeken hoe verschillende betrokken partijen omgaan met de precaire aard van inwonende zorgverlening.

Vraagstelling

De centrale vraag van dit onderzoek – *Hoe gaan inwonende buitenlandse zorgverleners in Nederland en de organisaties waarvoor zij werken om met kwetsbaarheden die verbonden zijn aan deze vorm van arbeid?* – is opgesplitst in drie deelvragen:

- a. Hoe gaan organisaties die inwonende buitenlandse zorgverleners aanbieden om met de potentiële kwetsbaarheid van cliënten en zorgverleners? Proberen zij deze kwetsbaarheid te verminderen, en zo ja, hoe en met welk resultaat? (hoofdstuk 2)
- b. Hoe gaan inwonende buitenlandse zorgverleners om met hun potentiële kwetsbaarheid? Proberen zij deze kwetsbaarheid te verminderen, en zo ja, hoe en met welk resultaat? (hoofdstuk 3)
- c. Wat zijn succesvolle en minder succesvolle manieren om met de potentiële kwetsbaarheid van inwonende buitenlandse zorgverleners en cliënten om te gaan, en wat kunnen organisaties die deze diensten aanbieden hiervan leren? (hoofdstuk 4)

Onderzoeksoopzet

Dit rapport is een vervolg op het verkennende onderzoek van Da Roit en Van Bochove (2015). In het kader van de Masteropleiding *Health Care Management* aan het instituut *Beleid & Management Gezondheidszorg (iBMG)* van de Erasmus Universiteit Rotterdam hebben Duco zur Kleinsmiede en Sarah Ashu onder leiding van docent en onderzoeker Marianne van Bochove hun Masterscripties gewijd aan het thema inwonende buitenlandse zorgverlening. Door de eerder gelegde contacten konden managers eenvoudig opnieuw benaderd worden. Ook werden enkele nieuwe organisaties benaderd, net als een organisatie die eerder niet bereid was om mee te werken.

In tegenstelling tot het eerdere onderzoek zijn er ditmaal niet alleen managers geïnterviewd (vier in totaal), maar ook andere betrokken partijen, in het bijzonder de inwonende buitenlandse zorgverleners zelf. De managers van twee organisaties waren bereid toegang te verlenen tot hun zorgverleners. Eén van deze organisaties benaderde de zorgverleners zelf: medewerkers maakten een inschatting van welke zorgverleners bereid zouden zijn mee te werken en benaderden hen. Dit leverde zes respondenten op. Later kwam er via de sneeuwbalmethode nog één respondent van deze organisatie bij. In het geval van de andere organisatie werd ons gevraagd een brief op te stellen die naar alle inwonende zorgverleners verstuurd zou worden, waarna zij zelf contact met ons zouden kunnen opnemen. Dat gebeurde helaas maar in beperkte mate: twee inwonende zorgverleners reageerden op deze oproep. In totaal zijn er dus negen inwonende zorgverleners geïnterviewd.

De geïnterviewde inwonende zorgverleners waren allen vrouw en tussen de 26 en 51 jaar oud. Hun herkomstlanden waren Hongarije en Roemenië. Vier vrouwen werden via Skype geïnterviewd, omdat de (familie van de) cliënt dan niet om toestemming gevraagd hoefde te worden en het interview beperkte tijd in beslag zou nemen. Vijf vrouwen werden *face-to-face* geïnterviewd bij de cliënt thuis. Eenmaal konden zo twee zorgverleners tegelijk geïnterviewd worden, omdat ze elkaar net afwisselden. Dit waren zogenaamde 'duo-werkers', die allebei voor dezelfde cliënt zorgen en steeds twee weken in Nederland werken en dan weer twee weken naar het herkomstland gaan. Het merendeel van de geïnterviewde zorgverleners was duo-werker, maar er zijn ook 'solo-werkers' geïnterviewd die voor een langere aaneengesloten periode bij de cliënt verblijven (in de volgende hoofdstukken gaan we hier verder op in). Zes interviews met inwonende zorgverleners werden in het Nederlands gehouden, twee in het Engels, en in één interview fungeerde een (Hongaars-Nederlandse) medewerker van de organisatie als tolk.

Naast de managers en inwonende zorgverleners zijn ook nog andere betrokkenen geïnterviewd. Van twee organisaties zijn andere medewerkers (telefonisch) geïnterviewd: in het ene geval de zorgcoördinator (die in dienst van de organisatie het zorgnetwerk van de cliënt coördineert) en in het andere geval twee zorgmanagers (die op contractbasis werken voor een organisatie en onder andere verantwoordelijk zijn voor het inwerken van zorgverleners bij nieuwe cliënten). Tijdens een *face-to-face* interview met een inwonende zorgverlener kwam er toevallig een wijkverpleegkundige langs, die een vervanger bleek te zijn van de vaste wijkverpleegkundige. Via de organisatie waarvoor beide wijkverpleegkundigen werken is contact gelegd met de vaste wijkverpleegkundige, met wie vervolgens een telefonisch interview is afgenomen. Tot slot zijn ook drie mantelzorgers geïnterviewd, met wie we in contact kwamen via een van de organisaties.

In totaal zijn er voor dit onderzoek dus 20 personen geïnterviewd:

- 9 inwonende buitenlandse zorgverleners met een Hongaarse of Roemeense achtergrond;
- 4 managers van organisaties die inwonende buitenlandse zorg aanbieden;
- 3 overige medewerkers van deze organisaties;
- 3 mantelzorgers;
- 1 wijkverpleegkundige.

In de interviews werden algemene onderwerpen besproken als de aard van het werk, de arbeidsomstandigheden en kenmerken van zorgverleners en cliënten, maar ook specifiekere onderwerpen die in de twee scripties centraal stonden: (1) het afbakenen van grenzen tussen werk en privé en het leven in Nederland en het herkomstland en (2) de betrokkenheid van en taakverdeling tussen verschillende personen in het zorgnetwerk van de cliënt. In dit rapport worden de verschillende onderwerpen samengebracht onder het overkoepelende thema 'omgaan met

kwetsbaarheid'. We richten ons vooral op het perspectief van de managers van de organisaties en dat van de inwonende buitenlandse zorgverleners. Eventuele kwetsbaarheid van cliënten kwam in de interviews wel ter sprake, maar cliënten zelf zijn niet geïnterviewd en slechts enkele van hun familieleden. Dit had te maken met de gezondheidstoestand van de cliënten en met het feit dat de managers van de organisaties hun klanten niet wilden belasten met een onderzoek.

Waarom inwonende buitenlandse zorg lastig te onderzoeken is

Dit onderzoek geeft vanuit verschillende perspectieven een inkijk in de Nederlandse praktijk van inwonende zorgverlening. Het onderzoek biedt een belangrijke aanvulling op de studie van Da Roit en Van Bochove (2015), waarin de ervaringen van inwonende zorgverleners en andere personen in het zorgnetwerk niet waren meegenomen. Er moeten echter wel enkele kanttekeningen bij de onderzoekopzet geplaatst worden:

1. Om een volledig beeld te krijgen van de dagelijkse werkzaamheden en arbeidsomstandigheden van inwonende zorgverleners, zou een langere onderzoeksperiode nodig zijn met naast interviews ook observaties. Dit was helaas niet mogelijk vanwege de beperkte onderzoekstijd die beschikbaar is voor Masterscripties en door beperkingen die organisaties en familieleden oplegden in het betreden van de woning van cliënten.
2. Een meerderheid van de geïnterviewde zorgverleners is voor een interview 'geselecteerd' door de organisatie waarvoor zij werken; het zou zo kunnen zijn dat de organisaties zorgverleners hebben gekozen van wie zij weten dat zij positief over het werk en de organisatie denken.
3. Hoewel de respondenten niet alleen maar een 'mooi-weer-verhaal' vertelden – zij wezen ook op wat er mis gaat of in het verleden misging en op de moeilijke kanten van dit type zorgverlening – is het waarschijnlijk dat zij zeer gevoelige informatie niet hebben gedeeld. Bijvoorbeeld om imagoschade te voorkomen (managers) of uit angst om aangesproken te worden door de werkgever (inwonende zorgverleners). We hebben van tevoren aangegeven dat de resultaten anoniem verwerkt zouden worden, maar ondanks dat was er waarschijnlijk toch sprake van enige terughoudendheid in het delen van informatie.
4. Hoewel de inwonende zorgverleners over het algemeen begrijpelijk Nederlands of Engels spraken, gaat het interviewen van mensen in hun tweede taal bijna altijd gepaard met enig verlies aan nuance en detail.
5. Om de '*chain of precariousness*' echt te kunnen doorgronden, zou niet alleen de situatie in Nederland vanuit verschillende perspectieven moeten worden onderzocht (inclusief het in dit onderzoek ontbrekende cliëntperspectief), maar ook de situatie in het herkomstland van de inwonende zorgverleners: wie laten zij achter en welke zorg ontbreekt 'daar' omdat zij 'hier' zijn?

Dit onderzoek biedt een eerste verkenning van hoe organisaties en inwonende zorgverleners omgaan met kwetsbaarheid. Vervolgonderzoek is nodig om zowel een breder als diepgaander beeld hiervan te krijgen.

2. Hoe organisaties omgaan met kwetsbaarheid

Risicoselectie, monitoring en stimuleren van pendelmigratie

Organisaties die inwonende buitenlandse zorgverlening aanbieden oefenen op verschillende manieren invloed uit op het precaire karakter van inwonende zorg en op de kwetsbaarheid van zorgverleners en cliënten. In dit hoofdstuk bespreken we hoe zij dat doen. Uit de interviews met diverse betrokkenen blijkt dat de strategieën van de organisaties deels bijdragen aan het verminderen van risico's, maar dat ze ook onbedoelde (negatieve) gevolgen kunnen hebben.

Risicovolle cliënten en zorgverleners weren

Een eerste strategie om onwenselijke situaties te voorkomen vindt plaats nog voor de zorgverlening aan huis begint. Sommige managers geven aan dat zij risicovolle cliënten en zorgverleners proberen uit te sluiten. Bij deze selectie wordt naar verschillende achtergrondkenmerken gekeken.

Risicovolle cliënten: degenen zonder vangnet en met verkeerde motieven

Sommige managers zeggen dat zij geen cliënten aannemen die in een sociaal isolement leven en die niet terug kunnen vallen op een informeel zorgnetwerk. Eén van de managers zegt:

Ik heb ook weleens een klant gehad, dat was een meneer en die had geen kinderen en die had helemaal niemand en die had op z'n achttiende al een dwarslaesie gehad door een auto-ongeluk en ja, dan is hij het aanspreekpunt en hij is de patiënt. Nou dat soort klanten nemen wij niet aan. (Manager 1)

Het uitsluiten van dergelijke cliënten heeft vooral te maken met het risico op overbelasting van de inwonende zorgverlener. Zorgverleners hebben recht op vrije dagen of uren en tijdens die vrije tijd dient (de familie van) de cliënt voor een andere oplossing te zorgen, wat meestal inhoudt dat kinderen of andere mantelzorgers aanwezig zijn. Als de cliënt niet over een dergelijk vangnet beschikt, wordt dat gezien als te risicovol. Hoe de vrije tijd van inwonende zorgverleners is geregeld verschilt zowel tussen als binnen organisaties. In sommige gevallen hebben de zorgverleners recht op twee vrije dagen per week; deze vrouwen werken voor een langere aaneengesloten periode in Nederland. In andere gevallen werken de zorgverleners twee weken in Nederland en worden ze daarna afgelost door een andere inwonende zorgverlener, dit worden duo-werkers genoemd. Zij kunnen dan om de twee weken 'op adem komen' in het herkomstland, maar gedurende de twee weken in Nederland zijn vrije uren lastiger in te plannen. Bij sommige organisaties blijken er toch cliënten te zijn die volledig afhankelijk zijn van de inwonende zorgverlener en geen beroep (kunnen of willen) doen op een informeel netwerk. Als de organisatie niet slaagt in risicoselectie, kan dat tot mentale en fysieke overbelasting leiden bij de zorgverlener.

Als ik veertien dagen alleen ben met mijn cliënt is dat heel moeilijk voor mij. Rond de tiende of elfde dag krijg ik hoofdpijn. Ik heb echt een paar uren per week nodig voor mijzelf. (Inwonende zorgverlener 1)

Deze zorgverlener geeft aan dat ze zich opgesloten voelt; ze mag de cliënt niet alleen laten en er is niemand die haar gedurende haar twee werkweken even kan ontlasten. Als hier van tevoren

was vastgesteld dat de situatie van de cliënt te risicovol was voor de zorgverlener, dan hadden er maatregelen getroffen kunnen worden of was de cliënt geweigerd. Nu zijn de cliënt en de zorgverlener compleet op elkaar aangewezen, waardoor de kans op overbelasting van de zorgverlener groot is.

Het tegengaan van een situatie waarin de cliënt en de inwonende zorgverlener geïsoleerd zijn is in het belang van de zorgverlener, maar ook in het belang van de cliënt, vindt een van de managers. Dit heeft te maken met de 'chain of precariousness' die in eerder onderzoek beschreven is (Hellgren 2015). Een groter zorgnetwerk rondom de cliënt betekent meer toezicht op de situatie. De manager beschrijft het risico van een situatie waarin er naast de cliënt en de zorgverlener geen andere betrokkenen zijn:

Ze [cliënt en inwonende zorgverlener] zijn te afhankelijk van elkaar. Er is dan geen toezicht op elkaar. Er is geen controle van iemand anders. (...) We willen graag dat de familie daarbij betrokken is, of een buurman, een casemanager of iemand anders. (...) Er kan enerzijds misbruik worden gemaakt van de inwonende zorgverlener als diegene [de cliënt] continu om hulp vraagt. Maar er moet anderzijds ook iemand zijn die controleert op smetplekjes [bij de cliënt] of de medicatie. (Manager 1)

Toch kunnen er ook bij cliënten die wel een (potentieel) ondersteunend netwerk hebben in de praktijk problemen ontstaan. Een wijkverpleegkundige die eens per week een half uur bij een cliënt en inwonende zorgverlener langskomt, zegt:

We hadden eerst een meisje [inwonende zorgverlener] dat in eerste instantie van maandag tot en met vrijdag zou werken en in het weekend zouden de kinderen van de cliënt de zorgtaak overnemen. Maar die kinderen hadden zoiets van: 'Dat meisje is er toch dus we hoeven niet zo vaak te gaan.' Dus zij [inwonende zorgmigrant] verzorgde 24/7 de cliënt. Ze heeft toen bij die cliënt ontslag genomen. (Wijkverpleegkundige)

Organisaties zien het als een risico als cliënten geen kinderen hebben die kunnen bijspringen. Uit het bovenstaande citaat blijkt dat de potentiële beschikbaarheid van kinderen niet betekent dat zij ook daadwerkelijk aanwezig zijn. Een ander (door organisaties onvoorzien) risico wordt gevormd door familieleden van cliënten die wél veelvuldig bij de cliënt aanwezig zijn. Een van de geïnterviewde zorgverleners raakte juist mede door de aanwezigheid van de familie van de cliënt overbelast. De jonge cliënt, die bijna geheel verlamd was, was alleenstaand, maar werd dagelijks bezocht door zijn ouders, die zelf ook hulpbehoevend waren en verwachtten dat de inwonende zorgverlener ook voor hen zou zorgen.

Organisaties proberen niet alleen een inschatting te maken van het sociale netwerk van cliënten, maar ook van hun motieven om voor deze vorm van zorgverlening te kiezen. Verschillende managers zeggen dat zij weleens te maken hebben gekregen met geïnteresseerde mannen die op zoek leken te zijn naar een (seksuele) partner. Een van de managers denkt dat andere organisaties dergelijke klanten toestaat, maar zegt ze er zelf zo uit te pikken en te weigeren:

Ik weet dat er organisaties zijn die dan ook verkeerde klanten aannemen. Ik krijg natuurlijk ook wel eens klanten, 'Hallo, ik ben zo eenzaam', ja... (...) Ik neem niet elke klant aan. (Manager 1)

Ook andere managers zeggen dat ze soms potentiële cliënten weigeren als ze het vermoeden hebben dat het hen om een relatie gaat, bijvoorbeeld als een man vraagt of hij foto's van vrouwen

kan ontvangen waaruit hij kan kiezen. Maar verschillende managers geven aan dat het niet altijd van tevoren is vast te stellen hoe de cliënt zich tegenover de zorgverlener zal gedragen. De motieven en gevoelens van cliënten kunnen gaandeweg veranderen, en door hun ziektebeeld kunnen hun remmingen verminderen, waardoor ze zich opdringerig kunnen gaan gedragen tegenover de zorgverlener (zie ook Da Roit en Van Bochove 2015). In zulke gevallen is het monitoren van de situatie volgens de managers de enige optie.

Risicovolle zorgverleners: degenen zonder ervaring en met jonge kinderen

Organisaties kijken ook naar de persoonlijke situatie van de inwonende zorgverleners. Verschillende managers geven de voorkeur aan vrouwen die een relevante opleiding hebben gevolgd en werker-ervaring in de zorg hebben. Dankzij deze zorgachtergrond kunnen zij eerder bepaalde symptomen signaleren en als het nodig is medische zorg inschakelen. Daarnaast werken sommige managers liever met zorgverleners die al eerder in het buitenland hebben gewerkt. Een van managers heeft bij het bemiddelingsbureau in het herkomstland aangegeven dat de organisatie alleen zorgverleners wil ontvangen die eerder minimaal een half jaar in een ander (Westers) land hebben gewerkt.

Ze moeten echt ervaring hebben in het buitenland zodat ze ook weten wat het betekent om zo lang weg te zijn van huis. Dan weet je ook hoe het is om met Skype contact te houden met je familie en hoe het is om in een andere cultuur te wonen waar soms ook de taal lastig is, etc. Dus dat betekent dat je selectie ingewikkelder is omdat je nog wat eisen stelt aan de mensen die je wilt. (Manager 2)

Verschillende managers geven daarnaast de voorkeur aan inwonende zorgverleners met oudere kinderen in plaats van vrouwen die jonge kinderen hebben die nog afhankelijk van hen zijn. Dit wordt gezien als een dubbel risico, opnieuw verbonden aan de *'chain of precariousness'*: als een zorgverlener in gedachten steeds bij haar kind(eren) is, hen mist, of onverwachts terug moet naar het herkomstland omdat er iets aan de hand is, dan is dat niet alleen nadelig voor het welzijn van de zorgverlener, maar ook voor dat van de cliënt. Een manager zegt:

Het is toch vervelend als je je kinderen in je thuisland hebt en je daar niet goed mee om kunt gaan. Dan straalt dat ook door in de zorg en kan ook de kwaliteit van de zorg in gevaar komen. Dus het is aan meerdere kanten niet heel wenselijk. (Manager 2)

Selectie van cliënten, waarbij cliënten in een sociaal isolement en met ongewenste motieven worden gemeden, en selectie van zorgverleners, waarbij zorgverleners zonder ervaring en met jonge kinderen als onwenselijk worden gezien, kan bijdragen aan het verminderen van de kwetsbaarheid van zowel zorgverlener als cliënt. Toch blijkt uit onze interviews dat overbelasting van zorgverleners ook kan ontstaan in het geval van cliënten die wél een sociaal netwerk hebben: hun familieleden dragen niet altijd bij aan de zorg en kunnen zelfs een extra belasting vormen voor de zorgverlener, als zij zelf willen profiteren van haar hulp. Het hebben van (bijna) volwassen kinderen is ook geen garantie voor geringe gevoelens van heimwee of voor het ontbreken van psychische problemen onder zorgverleners. Op dat laatste gaan we in hoofdstuk 3 verder in.

Monitoren van de zorgverlening

Organisaties die inwonende buitenlandse zorg aanbieden proberen invloed uit te oefenen op de potentiële kwetsbaarheid van dit type dienstverlening door het selecteren van relatief 'risicooloze' cliënten en zorgverleners. Ook bij het koppelen van cliënten aan zorgverleners proberen organisaties problemen voor te zijn, door tijdig te kijken of er een goede 'klik' is tussen de cliënt en de inwonende zorgverlener. Op basis van de behoeften van de cliënt zoeken de organisaties (of de partnerorganisaties in het herkomstland) een geschikte zorgverlener in hun bestand, waarna er

telefonisch of via Skype contact gelegd wordt tussen (de familie van) de cliënt en de zorgverlener. Als de *match* eenmaal gemaakt is, zijn er verschillende manieren waarop organisaties ervoor proberen te zorgen dat de zorgverlening zo soepel mogelijk verloopt en dat als er problemen zijn, deze zo snel en goed mogelijk worden opgelost: (1) het opstellen van een zorgplan, (2) tussentijds evalueren en (3) het aanstellen van een zorgcoördinator.

Het opstellen van een zorgplan

In alle organisaties wordt een zorgplan opgesteld: een overzicht van alle bijzonderheden rond de zorgbehoefte en thuissituatie van de cliënt, de taken die verricht moeten worden en de afspraken die hierover nodig zijn. Een van de managers vertelt:

Eerst gaan we door het hele plan. Dat alles wat we besproken hebben correct is, of ze [inwonende zorgverlener] aardappelen moet koken, of er een stoma is die gelegegd moet worden, is er een hond, een kat? Alles wordt opgeschreven. Is roken toegestaan, is er een rijbewijs? (Manager 4)

Het zorgplan is bedoeld om de onderlinge verwachtingen duidelijk te maken: als de cliënt van stampot houdt, moet de zorgverlener weten hoe ze dit naar de wensen van de cliënt kan klaar maken. Ook wordt met het zorgplan geprobeerd te voorkomen dat zorgverlener en cliënt voor onverwachte situaties komen te staan, bijvoorbeeld wat betreft het ziektebeeld van de cliënt.

Tussentijds evalueren

Tussentijds evalueren gebeurt bij alle organisaties, maar wel op verschillende manieren. Sommige organisaties hebben vaste evaluatiemomenten, andere organisaties evalueren wanneer er signalen zijn dat de zorgbehoefte veranderd is en/of de zorg te zwaar wordt voor de zorgverlener. Een manager zegt dat 'elke keer wordt getest of de zorg nog steeds de juiste zorg is voor de cliënt' en dat als de cliënt intensieve zorg nodig heeft die de inwonende zorgverlener niet kan bieden, er een gesprek is met de familie over alternatieve opties, zoals een verpleeghuis (Manager 2).

Het aanstellen van een zorgcoördinator

Eén van de onderzochte organisaties gaat een stap verder, met het aanstellen van een zorgcoördinator die intensiever contact heeft met inwonende zorgverleners, cliënten en familieleden. Deze zorgcoördinator komt één keer per vier of zes weken langs en coördineert welke taken door wie worden uitgevoerd. Ook treedt de coördinator op als mediator als er spanningen zijn die de betrokkenen onderling niet kunnen oplossen, zodat iedereen weer door één deur kan. Het is volgens de coördinator van belang dat er regelmatig contact is met alle betrokkenen, ook als het goed gaat.

Waar uit onderzoek in bijvoorbeeld Italië blijkt dat inwonende zorgverleners in een kwetsbare situatie verkeren omdat er weinig toezicht is, lijkt de situatie in Nederland beter gemonitord te worden en zullen misstanden hier waarschijnlijk eerder aan het licht komen. Toch is deze strategie – net als risicoselectie – niet waterdicht. Uit de gesprekken met verschillende managers blijkt dat de inwonende zorgverleners het niet snel melden als de zorgverlening niet naar hun wens verloopt. Eén van de managers zegt dat de vrouwen zeer mondig zijn als het gaat om financiële zaken – bijvoorbeeld het vergoeden van reiskosten – maar dat ze zich schamen als de zorg fysiek of mentaal te zwaar wordt. Net als sommige andere managers ziet deze manager dit als een cultuurverschil: in Midden- en Oost-Europa zou het gebruikelijk zijn om persoonlijke problemen voor jezelf te houden. De manager beschrijft een situatie waarin hij aan een jonge zorgverlener vroeg hoe het met haar ging en dat zij met tranen in haar ogen zei dat het goed ging. Pas toen er een andere medewerker van de organisatie bijkwam die niet haar 'baas' was, vertelde ze dat ze liever wilde pendelen tussen Nederland en het herkomstland, in plaats van aan één stuk door in Nederland te zijn, omdat ze haar vriend en familie miste. De organisatie heeft haar toen als duo-werker ingezet in plaats van solo-werker, zodat ze vaker naar huis kon. Het frustreert de manager dat ze hier niet eerder achter zijn gekomen. Hij zegt: '*Dat geeft wel die cultuur aan: ze zullen eerder pijn lijden dan dat ze het aangeven*' (Manager 3). Of het nu met cultuur te maken

heeft of niet², het signaleren van ongewenste situaties vereist meer dan de vraag stellen 'hoe gaat het?'. Het aanstellen van een mediator, zoals een zorgcoördinator, kan voorkomen dat zorgverleners zich groot houden omdat ze niet kwetsbaar over willen komen tegenover hun leidinggevende.

Binding met herkomstland stimuleren door pendelmigratie

Zoals eerder besproken bieden de organisaties verschillende typen inwonende zorg aan. Ten eerste inwonende zorgverleners die pendelen tussen Nederland en het herkomstland en in teams van twee werken, die elkaar om de zes of zelfs om de twee weken afwisselen. In één van de onderzochte organisatie worden zij duo-werkers genoemd. Daarnaast zijn er de solo-werkers, die voor langere tijd in Nederland verblijven: zij werken langer dan twee maanden en soms wel enkele jaren onafgebroken voor dezelfde cliënt. In termen van type migratiepatronen uit Midden- en Oost-Europa is er dus zowel sprake van pendelmigratie als van (semi-)permanente vestiging (Engbersen e.a. 2011).

Volgens de organisaties die duo-zorg aanbieden heeft dit niet alleen voordelen voor cliënten en hun familie (die altijd een beroep kunnen doen op één van de twee zorgverleners), maar ook voor de inwonende zorgverleners zelf.³ Zij kunnen de weken in het herkomstland gebruiken om zich fysiek en mentaal op te laden voor hun werk in Nederland. Tijdens het verblijf in het herkomstland kunnen ze hun moedertaal spreken, veel tijd doorbrengen met familie en vrienden en tot rust komen. Volgens de managers kunnen de vrouwen hun 'hoofd leegmaken' en 'komen ze helemaal fris terug' (Manager 4) en heeft het 'natuurlijk enorme voordelen' om regelmatig terug te kunnen naar je eigen omgeving (Manager 3).⁴ Volgens een van de managers kiest de meerderheid van zijn zorgverleners (zo'n negentig procent) voor duo-werk, om in het herkomstland 'hun sociale leven overeind te houden'; de overige tien procent heeft het voordeel dat ze twee dagen in de week vrij zijn, maar dat biedt weinig mogelijkheden om het herkomstland te bezoeken en 'eist nogal z'n tol op je privéleven' (Manager 3).

Volgens organisaties die duo-zorg aanbieden is het pendelen dus in het voordeel van de inwonende zorgverleners. Het eerder genoemde voorbeeld van de solo-werker die lange tijd niet durfde te zeggen dat ze liever als duo-werker verder zou gaan omdat ze haar familie in het herkomstland miste, ondersteunt dit. Maar de zorgverleners benoemen ook nadelen van duo-werken. Zo is de uitspraak dat solo-werken een 'tol eist op je privéleven' net zo goed van toepassing op duo-werken. Een duo-werker vertelt hierover:

Ik ben twee weken hier en daarna ben ik twee weken in [het herkomstland]. Ik kan daardoor geen relatie aangaan. Daarom is het een beetje een probleem. (...) Ik wil namelijk kinderen en ook een relatie, maar als ik hier twee weken ben en daarna daar, is dat een beetje moeilijk.

(Inwonende zorgverlener 2)

En er mag dan tussendoor een langere periode van vrije tijd zijn, tijdens de werkweken in Nederland hebben de inwonende zorgverleners geen vrije dagen (alleen onregelmatige vrije tijd

2 Volgens het Arboportaal van het Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid heeft ongeveer één op de drie werknemers in Nederland last van werkdruk en is een van de oplossingen voor overbelasting het vaker 'nee' durven zeggen tegen de leidinggevende. Het bespreken van werkdruk gerelateerde problemen met de werkgever is kennelijk ook onder Nederlandse werknemers niet vanzelfsprekend.

3 Voor de organisatie heeft duo-werken een financieel voordeel. Zorgverleners die steeds twee weken in Nederland verblijven en dan weer twee weken in het herkomstland, werken per jaar in totaal 26 weken in Nederland, wat gelijkstaat aan 182 dagen. Volgens de zogenoemde '183-dagenregeling' heeft het werkland (Nederland) het recht om loonbelasting te heffen wanneer de buitenlandse werknemer (de inwonende zorgverlener) meer dan 183 dagen per jaar in het werkland verblijft. Voor duo-werkers hoeft in Nederland dus geen loonbelasting te worden afgedragen.

4 Deze citaten zijn afkomstig uit eerdere interviews met deze managers, gehouden in 2014.

tussen werkzaamheden in), wat het werk erg intensief maakt.

**Van iedereen horen wij [de twee elkaar afwisselende duo-werkers]:
'Twee weken werken en twee weken vrij, dat is super'. Nou ja, super is anders, het is altijd een beetje moeilijk. Ik vind het moeilijke dat ik hier twee weken ben, maar geen vrije dag heb. Ik kan even boodschappen doen, maar dat is ook werken. (Inwonende zorgverlener 3)**

Duo-werk stimuleert een blijvende binding met het herkomstland en biedt de zorgverleners de mogelijkheid om zich opnieuw op te laden en op adem te komen. Maar als de zorgperiode in Nederland zonder vrije dagen zeer intensief is, dan is een bufferperiode tussendoor niet voldoende; op papier vastgelegde en met mantelzorgers afgestemde vrije tijd zou dan een betere oplossing bieden.

3. Hoe inwonende zorgverleners omgaan met kwetsbaarheid

Creëren van ontspanning en het zoeken naar of uitsluiten van thuisgevoel

In het vorige hoofdstuk is gebleken dat organisaties die inwonende buitenlandse zorg aanbieden de risico's die aan deze dienstverlening verbonden zijn proberen te verminderen, dat zij hier soms in slagen, maar dat hun strategieën niet alle problemen oplossen en dat hun beleid kwetsbaarheid soms juist versterkt. In dit hoofdstuk staan de strategieën van de inwonende zorgverleners zelf centraal: hoe gaan zij om met de precaire aspecten die aan hun werk verbonden zijn? Naast het beeld van de 'kwetsbare' inwonende zorgverlener laat ons onderzoek zien dat inwonende zorgverleners ook behoorlijk weerbaar zijn. De *coping-mechanismen* van de vrouwen hebben, net als die van de organisaties, soms echter ook ongewenste gevolgen.

Ruimte creëren voor ontspanning

De inwonende zorgverleners zoeken naar (enige) balans tussen werk en vrije tijd. Het vinden van die balans is lastig, omdat er vaak geen duidelijke scheidslijn is tussen beide. Er is geen sprake van 'thuiskomen' na een werkdag: de werkplek is ook (tijdelijk) het 'thuis'. Het vergt in deze situatie inspanning om ontspanning te vinden. Hoe vinden de vrouwen een balans tussen wat wel 'front stage' en 'back stage' (Goffman 1959, Lan 2003) wordt genoemd?

De mate waarin en de momenten waarop inwonende zorgverleners vrije tijd hebben hangt af van verschillende factoren:

- **Sociaal vangnet van de cliënt:** zijn er mantelzorgers die de inwonende zorgverlener op bepaalde momenten kan ontlasten, of moet de zorgverlener ook tijdens vrije dagen/uren aanwezig zijn?
- **Solo- of duo-werker:** is de zorgverlener voor langere tijd in Nederland en speelt de vrije tijd zich hier af (solo-werker), of maakt de zorgverlener lange werkweken in Nederland om vervolgens enkele weken vrij te zijn in het land van herkomst (duo-werker)?
- **Zorgbehoefte van de cliënt:** heeft de cliënt continu zorg en aandacht nodig, of kan de zorgverlener af en toe iets voor zichzelf doen?
- **Huisvesting van de cliënt:** biedt de woonsituatie van de cliënt ruimte voor privacy van de zorgverlener, of zitten ze continu op elkaars lip?

Het gaat vaak om een combinatie van factoren die bepaalt of de inwonende zorgverleners tijd en ruimte voor zichzelf hebben. Zo heeft de hieronder geciteerde zorgverlener het 'geluk' dat haar cliënt niet continu zorg en aandacht nodig heeft en dat de cliënt een ruime woning heeft, waarin de zorgverlener haar eigen domein heeft.

Ik heb ook een badkamer boven. Een gescheiden ruimte voor de kleren en alles. (...) En ik heb ook een grote ruimte, dat is de kunstruimte, het lijkt op een kantoor, maar het heeft alles om te schilderen, dus ik kan daar schilderen wanneer ik wil. (Inwonende zorgverlener 4)

Dit staat in schril contrast met een ervaring van een andere inwonende zorgverlener. Een van haar eerdere cliënten woonde in de zomermaanden in een klein vakantieverblijf op een camping. Hier kwamen allerlei vrije tijd beperkende factoren bij elkaar: een cliënt met een intensieve zorgbehoefte, familieleden die veel tijd en aandacht vragen en een (te) kleine eigen ruimte voor de inwonende zorgverlener.

**Er was een eigen kamer, maar heel erg klein. Alleen een bed en klaar. (...)
En geen raam, het was altijd heel donker en het stonk heel erg. (...)
Daar was het echt niet leuk, niet leuk. (...) Er was ook internet maar absoluut
geen goed internet. De ene keer was er verbinding, de andere keer niet.**

(Inwonende zorgverlener 1)

In zo'n situatie is het bijna onmogelijk om er nog 'het beste van te maken'. De zorgverlener is daar uiteindelijk weggegaan; ze vond dat ze te weinig betaald kreeg voor haar inspanningen voor meerdere personen. Met weemoed kijkt deze zorgverlener terug op haar eerste ervaring in Nederland, bij een vriendelijke dame met een dochter die regelmatig bijsprong en die ook haar, net aangekomen in een vreemd land, op sleeptouw nam.

Altijd, iedere twee of drie dagen bezochten we plekken. Zij [de dochter van de cliënt] was altijd [ondernemend], heel veel keer deden we dingen, altijd dingen samen met haar. Wij waren samen in de Keukenhof, naar de dierentuin, wij waren echt op heel veel verschillende plekken.

(Inwonende zorgverlener 1)

Uit de verhalen van de inwonende zorgverleners blijkt dat er grofweg vijf varianten bestaan ten aanzien van ruimte voor en invulling van vrije tijd:

1. **Inwonende zorgverleners die op hun vrije dagen of tijdens hun werk uitstapjes maken met de cliënt (en zijn of haar familie).** Het laatstgenoemde citaat is hier een voorbeeld van.
2. **Inwonende zorgverleners die op hun vrije dagen zelf op stap gaan, zonder de cliënt** (dit komt voor onder solo-werkers). Een inwonende zorgverlener die bijna drie jaar in Nederland werkt, zegt:

Ik ga bijvoorbeeld naar het Vondelpark en heel veel keer naar het museum aan de Amstel, ik ga gewoon met mijn eigen kennissen.

(Inwonende zorgverlener 5)

3. **Inwonende zorgverleners die ontspanning vinden tijdens hun werk bij de cliënt thuis.** Een zorgverlener zegt:

De vrouw [van de cliënt] houdt van lezen of van tv kijken en ik ben in de woonkamer met hen [de cliënt en zijn vrouw], of ik ben een boek aan het lezen of aan het breien. (Inwonende zorgverlener 4)

4. **Inwonende zorgverleners die alleen ruimte voor ontspanning hebben tijdens hun rustweken in het herkomstland** (dit komt voor onder duo-werkers). Verschillende zorgverleners geven aan dat ze tijdens hun werkweken in Nederland niet aan ontspanning toekomen, door de conditie van de cliënt, die bijvoorbeeld verlamd is of vergevorderde Alzheimer heeft. Een zorgverlener zegt:

Ik kan bijvoorbeeld niet alleen weggaan naar de stad op vrijdag of zondag. Alleen kan dat niet. Ik ben... ik ben hier op slot. Ik kan een beetje dingen doen hier in de omgeving maar dingen alleen doen in Nederland, een museum bekijken, dat kan niet. En met mevrouw [de cliënt] samen is een beetje moeilijk. (Inwonende zorgverlener 3)

5. **Inwonende zorgverleners die voor langere tijd niet of nauwelijks aan ontspanning toekomen** (dit komt voor onder enkele solo-werkers). De inwonende zorgverlener die bij de cliënt op een camping woonde en te maken kreeg met een intensieve zorgvraag en veeleisende hulpbehoevende familieleden is hier een voorbeeld van.

De vijfde situatie is het meest risicovol voor het welzijn van de inwonende zorgverlener, maar ook de vierde kan tot overbelasting leiden. De meeste inwonende zorgverleners geven echter aan dat er tijdens hun verblijf in Nederland mogelijkheden zijn voor (het creëren van ruimte voor) ontspanning. Degenen die buitenshuis activiteiten kunnen ondernemen stellen dat zeer op prijs, maar als dit door de gezondheidssituatie van de cliënt niet mogelijk is, weten de meeste vrouwen tussen de werkzaamheden door rust te vinden bij de cliënt thuis.

Zoeken naar thuisgevoel in Nederland

Of ze nu voor een langere aaneengesloten periode in Nederland zijn of pendelen tussen Nederland en het herkomstland: inwonende buitenlandse zorgverleners moeten het een groot deel van de tijd stellen zonder hun familie en vrienden 'thuis'. De vrouwen komen naar Nederland om zorg en steun te bieden aan een hulpbehoevende, maar staan daarmee op afstand van hun eigen ondersteunende netwerk (Boccagni 2014). Uit de interviews blijkt dat veel van de inwonende zorgverleners tijdens hun verblijf in Nederland behoefte hebben aan een 'thuisgevoel' en blij zijn als ze hier worden opgenomen in de familie van de cliënt. Zo vergelijkt een inwonende zorgverlener de band die ze heeft met de cliënt en zijn vrouw met een familieband:

Ik heb veel geluk. In de ochtend krijg ik een ochtendkuss en 's nachts een avondkuss. Het is net zoals bij mijn grootouders. (Inwonende zorgverlener 4)

Ook een geïnterviewde mantelzorger beschrijft de bijzondere band tussen haar moeder, die inmiddels is overleden, en de inwonende zorgverlener. Ze vertelt dat ze samen met de zorgverlener aan het bed van haar moeder heeft gewaakt tijdens haar laatste dagen.

Daar had ik zo'n goede band mee en zij [de inwonende zorgverlener] had ook echt een band met mijn moeder. Ze zat ook bij de familie op de eerste rij bij de crematie. (Mantelzorger 1)

Een van de managers vertelt dat het soms voorkomt dat de familie na het overlijden van de cliënt aan de zorgverlener vraagt om nog een week te blijven, om een deel van het rouwproces samen door te maken. Voor zorgverleners kan het werk emotioneel zwaar zijn, omdat afscheid nemen van mensen met wie zij een (familie)band hebben opgebouwd een terugkerend verschijnsel is.

In sommige gevallen halen de zorgverleners een deel van hun 'thuis' uit het herkomstland naar Nederland. Zo heeft een van de organisaties meerdere moeders en dochters in dienst, die allebei in Nederland werken en steun aan elkaar hebben. De zorgverlener die de cliënt en zijn vrouw vergelijkt met haar grootouders heeft een partner uit het herkomstland die voor zijn werk ook regelmatig in Nederland is. Ook hij is opgenomen in de familie.

De familie houdt ook van hem. (...) De eerste keer dat hij hier kwam huurde hij een hotelkamer en de familie vroeg mij: 'Waarom zit hij in een hotel terwijl we genoeg ruimte hebben hier?' (...) En ze zeiden: 'Hij kan natuurlijk blijven, hij is jouw vriend en hij is lief en aardig.' En de vrouw [de partner van de cliënt] houdt ook van hem, ze kust hem ook. (Inwonende zorgverlener 4)

Sommige inwonende zorgverleners, vooral degenen die als solo-werker langere tijd in Nederland verblijven, bouwen in Nederland een sociaal leven op los van de cliënt en het herkomstland. Een van de zorgverleners zegt dat ze zich hier meer thuis voelt dan in het herkomstland en dat ze zich permanent zou willen vestigen: *'Het is hier goed leven, met veel mensen van verschillende culturen'* (Inwonende zorgverlener 6). Een andere solo-werker heeft een relatie gekregen met een Nederlander.

Ik kan zo lang blijven als noodzakelijk is omdat ik nu meer affiniteit heb met Nederland, en een relatie heb met een Nederlandse man. En ik ben echt van plan om te blijven omdat het echt aanvoelt als thuis. (Inwonende zorgverlener 7)

Tot slot komt het in een enkel geval voor dat de zorgverlener een relatie krijgt met de cliënt. Verschillende managers geven aan dat zij via risicoselectie proberen te voorkomen dat mannelijke cliënten zich aanmelden voor een inwonende zorgverlener, terwijl ze eigenlijk op zoek zijn naar een partner. Zo proberen de managers ongewenste intimiteit te voorkomen (zie hoofdstuk 2). Maar er zijn verschillende gevallen bekend waarin de relatie tussen de cliënt en de zorgverlener geleidelijk meer werd dan een zorgrelatie. Zo vertelt een van de managers:

Na drie maanden belde die zoon mij op: 'Mijn vader is zo gek van haar dat ze [permanent] bij hem komt wonen.' Ik zeg: 'Nou, meestal gebeurt dat stiekem, het is zo eerlijk, ik houd je niet aan de opzegtermijn. Hij zegt: 'Dan betaal ik je een maand extra.' Dus het komt voor. (Manager 4)

De behoefte aan geborgenheid en een thuisgevoel die veel inwonende zorgverleners hebben wordt in de praktijk dus op verschillende manieren ingevuld: de (familie van de) cliënt dient als plaatsvervangende familie (met als mogelijk nadeel dat het overlijden van een cliënt – wat regelmatig voorkomt – een grote emotionele impact heeft op de zorgverlener), geliefden uit het herkomstland komen naar Nederland, of er wordt een eigen sociaal netwerk opgebouwd in Nederland. Dat laatste is echter lastig voor zorgverleners die pendelen tussen Nederland en het herkomstland, omdat zij tijdens het verblijf in Nederland weinig vrije tijd hebben. Onder de duo-werkers vinden we vaak een heel andere strategie van omgaan met het bestaan als inwonende zorgverlener: zich afsluiten van een sociaal leven in Nederland.

Uitsluiten van thuisgevoel in Nederland

Sommige inwonende zorgverleners maken een duidelijk onderscheid tussen werk/Nederland en privéleven/herkomstland. Ze sluiten zich mentaal af voor Nederland en laten gevoelens van heimwee, gemis van geborgenheid en behoefte aan ontspanning hier niet toe. Ze zien het werk in Nederland als een investering in hun sociale leven in het herkomstland: dankzij hun harde werken hier, zijn ze daar vrij en kunnen ze hun tijd en geld aan hun kinderen en andere naasten besteden. Een van de zorgverleners zegt:

Wanneer ik thuis ben, kan ik 24 uur per dag samen met mijn kinderen zijn. Ja echt, ik kan mijn kinderen helpen studeren, ik kan wandelen en heel veel andere activiteiten [ondernemen]. Echt, heel leuk. Dat vind ik zo het beste, nu op dit moment. (Inwonende zorgverlener 1)

Een ander zegt: *'Mijn leven is daar, ik werk hier alleen en heb geen privéleven hier'* (Inwonende zorgverlener 3). Hoewel het soms een bewuste keuze lijkt, kunnen dergelijke uitspraken niet los gezien worden van de werkomstandigheden in Nederland. Het strakke onderscheid tussen werk 'hier' en privéleven 'daar' is een coping-mechanisme: de gedachte 'na het zuur komt het zoet' houdt hen tijdens hun intensieve werkperiode in Nederland op de been. Verschillende geïnterviewde zorgverleners hanteren dit coping-mechanisme en ook diverse managers signaleerden dit onder de zorgverleners in hun organisatie. Inwonende zorgverleners benoemden soms dat de intensieve werkperiode in Nederland tot hoofdpijn of stress kan leiden, maar ze spraken niet uitgebreid over dergelijke problemen. Het waren vooral de managers die negatieve gevolgen signaleerden van een sterke scheiding tussen werk in Nederland en privéleven in het herkomstland. Verschillende managers gaven voorbeelden van zorgverleners die het door een combinatie van factoren niet meer aankonden en met (incidenteel of structureel) overmatig alcoholgebruik de pijn probeerden te verzachten. In één geval stuurde de cliënt een rekening door voor het laten verwijderen van wijnvlekken uit het tapijt en liet direct de dienstverlening stopzetten (Manager 3). In een ander geval kreeg de manager een bericht van de cliënt dat de zorgverlener dronken in een hoek lag, nadat haar vriend in het herkomstland het per sms had uitgemaakt (Manager 4). Er hoeft geen directe aanleiding voor dergelijk gedrag te zijn; het kan ook een kwestie zijn van opgekropte frustratie.

Of ze gaan drinken omdat ze zich ongelukkig voelen. Want je komt natuurlijk niet altijd te wonen in die mooie villa op die mooie plek bij die mevrouw die alleen maar last van dit en dat heeft, waar je prima een gesprekje mee kan voeren. Je komt ook in situatie waarbij iemand last heeft van Alzheimer waar niet echt heel makkelijk mee te communiceren is. En als je daar dan in huis woont, moet je het wel aankunnen. (Manager 2)

Als een inwonende zorgverlener overbelast of sociaal geïsoleerd is, dan zijn veertien werkdagen een lange tijd. Het gebrek aan sociaal netwerk in Nederland en het niet in vertrouwen (kunnen of willen) nemen van medewerkers van de organisatie kunnen dan leiden tot symptoombestrijding, zoals drankmisbruik, met negatieve gevolgen voor het welzijn van de zorgverlener en mogelijk ook voor de cliënt. Om een *'chain of precariousness'* (Hellgren 2015) te voorkomen, is het belangrijk dat organisaties de fysieke maar ook de mentale belasting van de zorgverleners goed in de gaten houden en dat ze een medewerker in de organisatie hebben die als vertrouwenspersoon fungeert. Daarnaast is het van belang dat de zorgverleners die als duo-werker tussen Nederland en het herkomstland pendelen ook in Nederland vrije tijd hebben, om momenten van rust, bezinning en sociaal contact buiten het huis van de cliënt te garanderen.

4. Conclusie

Hoe om te gaan met kwetsbaarheid rond inwonende buitenlandse zorg?

In dit laatste hoofdstuk vatten we de bevindingen van de voorgaande hoofdstukken samen en doen we aanbevelingen voor organisaties die inwonende buitenlandse zorg aanbieden.

Hoe organisaties omgaan met kwetsbaarheid

In hoofdstuk 2 hebben we laten zien dat organisaties in verschillende fasen van de dienstverlening en op verschillende manieren de kwetsbaarheid van inwonende zorg voor zowel cliënten als buitenlandse zorgverleners proberen te verminderen. Voorafgaand aan de zorgverlening worden cliënten en zorgverleners geselecteerd die geen onnodige risico's met zich meebrengen (zoals een gebrek aan sociaal vangnet bij cliënten of zorg voor kleine kinderen in het herkomstland bij zorgverleners). Ook wordt er gezocht naar een goede 'klik' tussen cliënt en zorgverlener en wordt een zorgplan opgesteld waarin de onderlinge verwachtingen op elkaar worden afgestemd. Tijdens de zorgverlening wordt de situatie periodiek geëvalueerd en in een enkel geval treedt een zorgcoördinator op als tussenpersoon tussen zorgverleners, cliënten en hun familieleden. Daarnaast stimuleren sommige organisaties dat inwonende zorgverleners regelmatig naar hun herkomstland teruggaan, zodat ze zich daar in hun vertrouwde omgeving kunnen opladen voor een volgende periode van zorgverlening in Nederland. Deze strategieën tonen aan dat de organisaties die inwonende buitenlandse zorg aanbieden stilstaan bij de precaire aard van deze dienstverlening. Ook worden er door managers voorbeelden genoemd van situaties waarin hun aanpak succesvol was in het tegengaan van ongewenste situaties, zoals een te zware werklast of gevoelens van heimwee.

Toch zijn de strategieën niet altijd doeltreffend en soms hebben ze zelfs onbedoelde negatieve effecten. Niet altijd doeltreffend is bijvoorbeeld de strategie van het selecteren van cliënten met kinderen die een vangnet kunnen bieden op de momenten dat de inwonende zorgverlener vrij is: kinderen kunnen vooraf beloven bij te springen, maar dat in de praktijk toch niet doen. Ook het evalueren van de zorgsituatie is niet altijd doeltreffend: sommige zorgverleners houden onwenselijke situaties voor zich – uit schaamte of onzekerheid over hun baan – ook als daar naar gevraagd wordt. Het kiezen van cliënten met een uitgebreid sociaal netwerk kan ook ongewenste effecten hebben, bijvoorbeeld als familieleden van een cliënt denken dat de zorgverlener een hulp voor de hele familie is, wat tot zwaardere belasting kan leiden. Tot slot kan het werken in duo's die pendelen tussen Nederland en het herkomstland ervoor zorgen dat de werkperiode in Nederland zó intensief is, dat een aantal weken vrije tijd in het herkomstland geen voldoende remedie is.

Hoe inwonende zorgverleners omgaan met kwetsbaarheid

In hoofdstuk 3 stonden de *coping-mechanismen* van de inwonende buitenlandse zorgverleners zelf centraal. We hebben vooral gekeken naar hoe zij tijd voor ontspanning creëren en hoe zij omgaan met het leven in een ander land. Een combinatie van factoren bepaalt of de inwonende zorgverleners relatief veel of weinig ruimte hebben voor ontspanning. De gezondheidssituatie, het sociale netwerk en de woonsituatie van de cliënt spelen hierbij een belangrijke rol, maar ook het type contract dat de zorgverleners hebben (als solo- of duo-werker). Ontspanning wordt gevonden tijdens uitstapjes met de cliënt (en zijn/haar familie), in het huis van de cliënt tussen de werkzaamheden door, of op vrije dagen buitenshuis met de eigen vriendenkring die zorgverleners hebben opgebouwd. Sommige zorgverleners hebben alleen vrije tijd wanneer ze na twee weken werken in Nederland weer in het herkomstland zijn. Dit kan zowel fysiek als mentaal een zware

belasting vormen. Enkele zorgverleners hebben in het verleden langere perioden meegemaakt waarin ze helemaal geen tijd voor zichzelf hadden; ze hebben toen bij de organisatie aangegeven dat ze overgeplaatst wilden worden.

De solo-werkers, die voor een langere aaneengesloten periode in Nederland verblijven, zijn meer op zoek naar een thuisgevoel in Nederland dan degenen die continu pendelen tussen Nederland en het herkomstland. Het gevoel 'thuis' te zijn vinden zij bijvoorbeeld in de band met de (familie van de) cliënt, die zo vertrouwd kan zijn dat het op een familieband lijkt. Sommige zorgverleners hebben ook in Nederland hun 'echte' familie dichtbij, bijvoorbeeld als hun moeder of dochter hier ook inwonende zorgverlener is. Daarnaast bouwen sommige zorgverleners zelf een sociaal netwerk op in Nederland, los van de cliënt en de eigen familie. Onder duo-werkers zien we vaker dat zij zich juist afsluiten voor een thuisgevoel in Nederland. Zij hebben geen vrije dagen in Nederland en daarmee ook niet de mogelijkheid om hier activiteiten buiten werktijd te ondernemen en een netwerk los van de cliënt en het herkomstland op te bouwen. Verschillende zorgverleners stellen Nederland gelijk aan 'werk' en het herkomstland aan '(privé)leven'.

De coping-mechanismen van inwonende zorgverleners dragen soms bij aan het verminderen van hun kwetsbaarheid (bijvoorbeeld door ontspanning te vinden tussen de werkzaamheden door, of door in Nederland een sociaal netwerk op te bouwen), maar sommige manieren van omgaan met de situatie vergroten hun kwetsbaarheid juist. Zorgverleners die tussen de werkzaamheden door niet of nauwelijks tijd hebben voor zichzelf en hun verhaal bij niemand kwijt kunnen, zoeken volgens verschillende managers soms verlichting in alcoholgebruik. Overmatig alcoholgebruik door de zorgverlener is echter schadelijk voor zowel de zorgverlener als de cliënt en biedt geen oplossing voor het probleem van de (te) hoge werkdruk. Hieronder doen we aanbevelingen voor organisaties om dergelijke situaties zo veel mogelijk te voorkomen.

Aanbevelingen voor aanbieders van inwonende buitenlandse zorgverlening

- 1. Garandeer (meer) vrije tijd:** Uit dit onderzoek blijkt dat inwonende buitenlandse zorgverleners niet altijd de vrije uren of vrije dagen kunnen benutten die zij op papier wel hebben. De familieleden van de cliënt (of andere informele zorgverleners) moeten de taken tijdens de vrije tijd van de inwonende zorgverlener waarnemen of voor een alternatief zorgen, maar doen dat niet altijd. Dit kan leiden tot fysieke en mentale klachten bij de zorgverlener en een sociaal isolement van zowel de zorgverlener als de cliënt. De organisaties wordt geadviseerd ruimte te garanderen voor de inwonende zorgverleners om zich te ontspannen. Als is afgesproken met familie dat zij de zorgverlener op bepaalde momenten ontlasten, moet de organisatie controleren of dit ook daadwerkelijk gebeurt.
- 2. Stimuleer het opbouwen van een sociaal leven en netwerk in Nederland:** In het buitenland wonen en werken is ingrijpend, ook voor ervaren zorgverleners die dat al eerder hebben gedaan. Organisaties dienen hier oog voor te hebben en een luisterend oor voor te bieden. Uit dit onderzoek blijkt dat het hebben van een sociaal leven in Nederland belangrijk is, ook voor zorgverleners die niet de wens hebben zich voor langere tijd in Nederland te vestigen. Door zorgverleners de mogelijkheid te geven niet alleen in Nederland te werken maar ook een sociaal leven op te bouwen, kunnen zij tijdens hun werkperiode in Nederland tussendoor op adem komen en zich even losmaken van de allesoverheersende identiteit als zorgverlener. Dit kan ook overbelasting, die door verschillende zorgverleners ervaren wordt, verminderen. Deze aanbeveling hangt samen met de eerste en vraagt dus ook om het garanderen van tijdelijke vervanging op de momenten dat de zorgverlener afwezig is.
- 3. Stel een vertrouwenspersoon in:** Hoewel de organisaties de zorgverlening al op verschillende manieren monitoren, komen ze er soms pas laat achter dat er problemen zijn. Dit heeft volgens de managers te maken met gevoelens van eer en schaamte bij de zorgverleners. Het kan echter ook zijn dat zij bang zijn om binnen de organisatie als 'lastig' bekend te staan en daarom liever hun mond houden. Het zou daarom goed zijn als er in elke organisatie een medewerker is die als vertrouwenspersoon kan dienen (niet de leidinggevende), waarbij de zorgverleners terecht kunnen met eventuele problemen voordat deze zijn geëscaleerd.

Het is belangrijk dat een dergelijke vertrouwenspersoon 'cultureel sensitief' is en in staat is verschillende uitingen van onvrede of overbelasting te herkennen, dus ook als de zorgverlener dit niet expliciet benoemt.

4. **Evalueer ook als het goed gaat:** Niet alle organisaties hebben een vast evaluatiemoment, terwijl dit wel aan te bevelen is. Ook als er geen signalen zijn dat er zich problemen voordoen, is het goed om de situatie rond elke cliënt periodiek in kaart te brengen. Er treden continu veranderingen op in de gezondheidstoestand van de cliënt, het welbevinden van de zorgverlener en het ondersteunende informele netwerk rondom de cliënt. Door regelmatig met de verschillende betrokkenen te spreken, zoals de zorgcoördinator in een van de onderzochte organisaties doet, kan tijdig ingespeeld worden op deze veranderingen. Dit kost de organisaties op korte termijn tijd en geld, maar het betaalt zich op de langere termijn terug doordat problemen – en daarmee het risico van voortijdige stopzetting van de dienstverlening – voorkomen kunnen worden.

Literatuur

- Boccagni, P. (2014) Caring about migrant care workers: From private obligations to transnational social welfare? *Critical Social Policy* 34(2): 221-240.
- Da Roit, B. en M. van Bochove (2015) Migrant care work going Dutch? The emergence of a live-in migrant care market and the restructuring of the Dutch long-term care system. *Social Policy & Administration*, Early View Online, DOI: 10.1111/spol.12174.
- Da Roit, B. en Weicht, B. (2013) Migrant care work and care, migration and employment regimes: A fuzzy-set analysis. *Journal of European Social Policy* 23(5): 469-486.
- Davies, A. en L. Mans (2015) Thuisbezorgd – Inwonende buitenlandse zorgverleners als oplossing? *Podium voor Bio-ethiek* 22(2): 23-26.
- Elrick, T. en E. Lewandowska (2008) Matching and making labour demand and supply: Agents in Polish migrant networks of domestic elderly care in Germany and Italy. *Journal of Ethnic and Migration Studies* 34(5): 717-734.
- Engbersen, G., Iliès, M., Leerkes, A.S., Snel, E., en Van der Meij, R. (2011) *Arbeidsmigratie in vierën: Bulgaren en Roemenen vergeleken met Polen*. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Goffman, E. (1959) *The Presentation of Self in Everyday Life*. New York: Doubleday.
- Grafhorst, A. van (2014) *Verantwoorde buitenlandse zorg aan huis: Een verkennend onderzoek naar inwonende buitenlandse zorgverleners in Nederland*. Amsterdam: Stichting Wemos.
- Hellgren, Z. (2015) Markets, regimes, and the role of stakeholders: Explaining precariousness of migrant domestic/care workers in different institutional frameworks. *Social Politics: International Studies in Gender, State & Society* 20(2): 220-241.
- Kalleberg, A.L. (2009) Precarious work, insecure workers: Employment relations in transition. *American Sociological Review* 74(1): 1-22.
- Ivanova, D.V. (2013) *Agency at work: Bulgarian badanti migrant women in Italy*. Masterscriptie Universiteit Utrecht.
- Lan, P.C. (2003) Negotiating social boundaries and private zones: The micropolitics of employing migrant domestic workers. *Social Problems* 50(4): 525-549.
- Muehlebach, A. (2012) *The Moral Neoliberal: Welfare and Citizenship in Italy*. Chicago: University of Chicago Press.
- Salami, B., Duggleby, W. en Rajani, F. (2016) The perspective of employers/families and care recipients of migrant live in caregivers: A scoping review. *Health & Social Care in the Community*, Early View Online, DOI: 10.1111/hsc.12330.
- Tonkens, E. (2011) Binnenkort in Nederland: Migrantenzorgwerkers. *Sociale Vraagstukken*, 5 mei 2011, <http://www.socialevraagstukken.nl/binnenkort-in-nederland-migrantenzorgwerkers/>.

Erasmus University Rotterdam (EUR)
Institute of Health Policy & Management

Bayle (J) Building

Burgemeester Oudlaan 50

3062 PA Rotterdam, The Netherlands

T +31 10 408 8555

E info@bmg.eur.nl

W www.bmg.eur.nl