

Januari 2026

Arbeidsmigranten veilig en gezond

*Wat werkt in de praktijk – en wat dat vraagt van
professionals, beleid en organisaties*

Rapport Werkgroep
Arbeidsmigranten Veilig
en Gezond (WAVG)



Voorwoord



Managementsamenvatting

De Werkgroep Arbeidsmigranten Veilig en Gezond (WAVG) is opgericht om vanuit de sociale geneeskunde bij te dragen aan gezond leven en werken van arbeidsmigranten in Nederland. De werkgroep is een initiatief van drie sociaalgeneeskundige beroepsverenigingen (NVAB, NVVG en KAMG) en richt zich met dit rapport nadrukkelijk op werkgevers, beleidsmakers en andere beslissers. Met subsidie van het ministerie van SZW (2025) en ondersteuning vanuit Pharos is een interviewproject uitgevoerd en een symposium georganiseerd waarop de bevindingen worden gedeeld.

Aanleiding en doel

Arbeidsmigranten werken vaak in sectoren met verhoogde risico's (zoals logistiek, bouw, land- en tuinbouw en voedselverwerking) en hun toegang tot preventie, zorg en bescherming wordt sterk bepaald door de combinatie van werk, wonen en positie in wettelijke systemen. In de praktijk blijven arbeidsmigranten bovendien geregeld buiten het zicht van professionals, onder andere door taalbarrières, tijdelijke contracten, wisselende woonplekken en versnipperde verantwoordelijkheden tussen partijen. Dit rapport brengt die praktijk in kaart: waar sociaalgeneeskundigen al veel betekenen, waar zij belemmeringen ervaren, en wat volgens hen helpt.

Aanpak

In totaal zijn 16 semigestructureerde interviews afgenomen met professionals uit verschillende onderdelen van de sociale geneeskunde (o.a. bedrijfsartsen, verzekeringsartsen, jeugdartsen, artsen infectieziektebestrijding, tuberculosebestrijding en seksuele gezondheid). De interviews zijn thematisch geanalyseerd; parafrasen die uit schriftelijke samenvattingen zijn omgezet naar citaten zijn herkenbaar aan een *.

Inhoudsopgave

1. <u>Inleiding</u>	8
2. <u>Methode</u>	9
2.1 Opzet en deelnemers	9
2.2 Gespreksprotocol en dataverzameling	9
2.3 Analyse en terugkoppeling	9
3. <u>Arbeidsmigranten in beeld? Achtergrond en zichtbaarheid</u>	10
3.1 Achtergrond en uitdagingen	10
3.2 In beeld in de dagelijkse praktijk	11
3.3 Vooral somatische klachten	11
3.4 Onzichtbaar in registraties en systemen	12
3.5 Slot	13
4. <u>Blik op arbeidsmigranten: kwetsbaarheid in werk, wonen en leven</u>	14
4.1 Werkrisico's: overbelasting en arbeidsongevallen	14
4.2 Infectieziekten en preventie: bereik, toegang en kansen via de werkplek	14
4.3 Wonen, netwerk en bestaanszekerheid: draagkracht onder druk	15
4.4 Kinderen en preventie	16
4.5 Slot	17
5. <u>Kennis van systemen en rechten</u>	18
5.1 Afhankelijkheid van werk en beperkte kennis van rechten	18
5.2 Onbekendheid met rollen en routes in het zorgsysteem	18
5.3 Wat volgens professionals kan helpen	19
5.4 Slot	20
6. <u>Taalbarrière, digitale drempels en inzet van tolken</u>	21
6.1 Barrières in de toegang tot zorg: taal en digitale routes	21
6.2 Taalbarrières in het consult	21
6.3 Extra ondersteuning?	22
6.4 Wat volgens professionals kan helpen	23
6.5 Slot	24
7. <u>Bereikbaarheid en toegankelijkheid</u>	25
7.1 Adresproblemen: mensen raken uit beeld	25
7.2 Opvolging binnen organisaties	26
7.3 Curatieve keten: toegang, wachttijden en vervolgzorg	26
7.4 Outreachend werken: drempels verlagen door actief contact en begeleiding	27
7.5 Slot	28
8. <u>Samenwerken rond arbeidsmigranten</u>	29
8.1 "Weinig contact" en behoefte aan lijntjes	29
8.2 Privacy en initiatief	29
8.3 Publieke gezondheid: mooie ideeën, taai uitvoering	30
8.4 Slot	30
9. <u>Spanningsveld tussen economie en volksgezondheid</u>	31
9.1 "Goedkope arbeid" en de rekening van ziek worden	31
9.2 Werkgevers meekrijgen zonder naïef te worden	32
9.3 Slot	32

10. <u>Professionele kracht en gezamenlijkheid</u>	33
10.1 Autonomie en elkaar opzoeken: "supergave dingen"	33
10.2 Risico's benoemen zonder te stigmatiseren	33
10.3 Beroepsverenigingen	34
10.4 Slot	34
11. <u>Aanbevelingen</u>	35
11.1 Slot	36
12. <u>Meer weten en referenties</u>	38
12.1 Werkgroep Arbeidsmigranten Veilig en Gezond (WAVG)	38
12.2 Onderzoeken	38
12.3 Handreikingen	38
12.4 Informatiematerialen voor arbeidsmigranten	39
12.5 Omgaan met taalbarrières	39

Belangrijkste bevindingen – wat professionals zien

1. **Niet in beeld is een kernprobleem.** Sommige sociaalgeneeskundigen zien arbeidsmigranten geregeld, anderen zelden. Maar geen enkele professional weet wie *niet* gezien wordt. Professionals benadrukken dat “niet zien” niet betekent dat de doelgroep er niet is. Registraties en systemen maken arbeidsmigranten bovendien lastig herkenbaar, waardoor trends en omvang moeilijk te onderbouwen zijn.
2. **Kwetsbaarheid is vaak een stapeling van factoren rond werk, wonen en bestaanszekerheid.** Professionals zien veel gezondheidsrisico's door zwaar en repeterend werk en relatief veel ernstige arbeidsongevallen, terwijl afhankelijkheid van inkomen en werkgever kan leiden tot uitstel van zorg en vertraagde diagnostiek, onder andere bij infectieziekten zoals tuberculose. Daarnaast ondermijnen instabiele huisvesting, beperkte sociale steun en soms dakloosheid of onverzekerde het herstel en de toegang tot zorg. Bij gezinnen en kinderen zien jeugdartsen vooral risico's door lange en wisselende werktijden van ouders, het missen van preventieve contactmomenten en beperkingen in leefstijl, mondgezondheid en ontwikkeling.
3. **Systeemkennis, rechten en routes zijn bepalend voor bescherming.** Professionals zien dat afhankelijkheid van werk en werkgever, en onbekendheid met routes en regels, ertoe kan leiden dat mensen te lang doorwerken, te vroeg hervatten of ondersteuning missen. Dit vraagt om begrijpelijke informatie én houvast voor professionals (bijv. via protocollen en checklists).
4. **Taal is een structurele drempel; tolken zijn cruciaal.** De interviews laten zien dat zorgvuldig contact vaak valt of staat met tijdige inzet van een professionele (beëdigde) tolk. Als professionals improviseren, is er risico op miscommunicatie en gemiste signalen. Daarom wordt normalisering en logistieke borging van tolkinzet als randvoorwaarde gezien.
5. **Bereikbaarheid en toegankelijkheid zijn vaak al moeizaam vóórdat zorg begint.** Organisatieprocessen gaan vaak uit van een stabiel adres en digitale handigheid, terwijl frequent verhuizen, wisselende adressen en taal dit doorkruisen. Professionals beschrijven dat uitnodigen uitsluitend via standaardbrieven in het Nederlands onvoldoende werkt, en dat in de jeugdgezondheidszorg expliciet prioriteit nodig is voor het opsporen van kinderen die buiten beeld blijven.
6. **Samenwerking wordt breed gewenst, maar botst vaak op structuur.** In meerdere domeinen blijkt samenwerking kwetsbaar wanneer zij leunt op individuele motivatie: mooie ideeën (zoals samenwerking met de brandweer rond woningrisico's) kunnen 'doodbloeden' zonder borging, tijd, juridische helderheid en interne afstemming. Tegelijk ontstaan er aanknopingspunten wanneer professionals initiatief nemen (“gewoon contact opnemen”), natuurlijke partners benutten (zoals de huisarts) en samenwerking als terugkerend werkproces organiseren.
7. **Achter veel knelpunten zit een spanningsveld tussen economie en volksgezondheid.** Respondenten beschrijven frictie doordat arbeidsmigranten economisch hard nodig zijn, maar hun positie in wonen, werk en zorg niet altijd structureel beschermd is. Juist in dat spanningsveld wordt zichtbaar wat sociale geneeskunde in de kern doet: gezondheid bevorderen in een veld waar belangen niet vanzelf parallel lopen.

Aanbevelingen

Het rapport formuleert tien samenhangende aanbevelingen, waarvan de kern is: randvoorwaarden organiseren zodat professionals zorgvuldig kunnen werken, mensen werkelijk bereikt worden en samenwerking uitvoerbaar wordt.

1. Geef professionals ruimte om goed en zorgvuldig te werken.
2. Normaliseer tijdige inzet van professionele tolken.
3. Borg basisvoorwaarden voor toegang tot zorg en begeleiding.
4. Versterk kennis en handelingsperspectief over rechten, routes en procedures.
5. Ontwerp bereik en uitnodigingen specifiek voor deze doelgroep.
6. Houd ondersteunende functies en schakels in stand.
7. Versterk vroegsignalering en aandacht voor psychische problematiek.
8. Versterk domeinoverstijgende samenwerking en maak die uitvoerbaar.
9. Doorbreek versnippering met gezamenlijke regie en financiering.
10. Benut de professionele kracht van de sociale geneeskunde.

Slotboodschap

De interviews laten zien dat energie en creativiteit bij sociaalgeneeskundige professionals ruim aanwezig zijn: zij herkennen de puzzels, vinden praktische oplossingen en zien waar het beter kan. De uitdaging zit in het opbouwen en borgen: van samenwerking die gaat bloeien, van beleid dat domeinen effectief verbindt, en van een stevige professionele infrastructuur die zorgvuldig werken mogelijk maakt én stigmatisering helpt vermijden. Sociale geneeskunde laat hier haar waarde zien: medische expertise verbinden met 'getting things done' in een complex veld—gesteund door netwerken en beroepsverenigingen.

1. Inleiding

In Nederland leven, wonen en werken veel arbeidsmigranten. Het gaat om een diverse groep, vaak actief in sectoren met verhoogde risico's voor gezondheid en veiligheid, zoals logistiek, bouw, land- en tuinbouw en voedselverwerking. De combinatie van werk, wonen en positie in de wettelijke systemen bepaalt vaak hoe goed iemand toegang heeft tot preventie, zorg en bescherming bij ziekte of ongeval.

De Werkgroep Arbeidsmigranten Veilig en Gezond (WAVG) is opgericht om vanuit de sociale geneeskunde bij te dragen aan gezond leven en werken van arbeidsmigranten in Nederland. De werkgroep is een initiatief van drie sociaalgeneeskundige beroepsverenigingen. De Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (NVAB) is de wetenschappelijke beroepsvereniging van bedrijfsartsen. Als experts in gezond, veilig werk en duurzame inzetbaarheid kennen zij de impact van werk op gezondheid en het belang van preventie. Zij zetten zich in om ziekte door en voor werk te voorkomen, adviseren werkgevers en begeleiden werkenden zo nodig bij ziekte en re-integratie. De Nederlandse Vereniging voor Verzekeringsgeneeskunde (NVVG) is de beroepsvereniging van verzekeringsartsen, vaak werkzaam bij het UWV. De NVVG zorgt voor kwaliteit en onafhankelijkheid van de verzekeringsgeneeskundige beoordeling, waarbij de belastbaarheid van de cliënt vastgesteld wordt. Hierbij staat o.a. het toekennen van inkomensondersteuning, bevordering van participatie en preventie van maatschappelijke uitval centraal. De Koepel Artsen Maatschappij + Gezondheid (KAMG) is de koepelvereniging voor (profiel)artsen maatschappij en gezondheid. Zij werken domeinoverstijgend aan gezonde populaties in een gezonde samenleving. Dit kan breed zijn, of vanuit een profiel, zoals jeugdarts, arts tuberculosebestrijding of arts infectieziektebestrijding.

In 2025 ontving de WAVG onder andere een subsidie van het ministerie van SZW. Daarmee is ondersteuning door expert Elize Smal (Pharos, expertisecentrum gezondheidsverschillen) mogelijk gemaakt. Met die steun heeft de WAVG een interviewproject opgezet en een symposium georganiseerd. Op het symposium worden de uitkomsten uit dit rapport gepresenteerd.

Dit interviewproject had drie doelen. Ten eerste wilden we inzicht krijgen in hoe sociaalgeneeskundigen bijdragen aan gezondheid, veiligheid en ontwikkeling van arbeidsmigranten en hun gezinnen. Ten tweede wilden we knelpunten en verbeterpunten zichtbaar maken in samenwerking, kennis en preventie, met aandacht voor arbeid en gezondheid en maatschappij en gezondheid. Ten derde wilden we komen tot concrete aanbevelingen voor beroepsgroepen, beleidsmakers en maatschappelijke partners.

Dit rapport brengt de huidige praktijk in kaart. We laten zien waar sociaalgeneeskundigen al veel betekenen, en waar zij belemmeringen ervaren. We beschrijven ook situaties waarin arbeidsmigranten buiten bereik raken, bijvoorbeeld door taalbarrières, tijdelijke contracten, wisselende woonplekken of doordat verantwoordelijkheden tussen partijen versnipperd zijn. De WAVG wil de uitkomsten gebruiken om samen met de beroepsverenigingen praktijkgerichte handreikingen/richtlijnen en scholing te ontwikkelen, en om samenwerkingsafspraken met partners zoals gemeenten, werkgevers en huisvesters vorm te geven en te helpen verankeren.

2. Methode

2.1 Opzet en deelnemers

De leden van de Werkgroep Arbeidsmigranten Veilig en Gezond (WAVG) namen in totaal 16 semigestructureerde interviews af bij collega's uit de sociale geneeskunde. Het ging om 4 bedrijfsartsen, 3 verzekeringsartsen, 3 jeugdartsen, 3 artsen infectieziektebestrijding (van wie twee werkzaam in de seksuele gezondheid), 1 verpleegkundige seksuele gezondheid, 1 arts tuberculosebestrijding en 1 algemeen arts maatschappij en gezondheid. Interviewdeelnemers zijn geworven via het eigen netwerk. Daarbij is bewust gezocht naar een mix: professionals met duidelijke affiniteit en ervaring met arbeidsmigranten, en professionals die in hun dagelijkse praktijk minder direct met deze doelgroep te maken hebben.

2.2 Gespreksprotocol en dataverzameling

De interviews volgden een gespreksprotocol met vaste onderdelen en ruimte voor doorvragen. Eerst is kort stilgestaan bij functie en werkzaamheden en bij de mate waarin arbeidsmigranten in de praktijk van de geïnterviewde in beeld zijn. Daarna is, afhankelijk van ervaring met de doelgroep, doorgevraagd op bereik en toegankelijkheid, ervaren drempels, typen gezondheids- en veiligheidsproblemen (waaronder arbeid, wonen, gezin en infectieziekten) en samenwerking met andere professionals en instanties. Bij beperkte ervaring is verkend waarom arbeidsmigranten weinig in beeld komen en welke verbeteringen nodig zijn. Afsluitend is gevraagd welke boodschap de geïnterviewde wil meegeven aan beroepsverenigingen en beleidsmakers.

De interviews duurden ongeveer een uur en vonden 'face to face' of online plaats (onder meer via MS Teams). Vooraf is 'informed consent' verkregen. De verslaglegging gebeurde via transcriptie op basis van een opname in MS Teams, of via een schriftelijke samenvatting op basis van aantekeningen. Parafrasen uit deze samenvattingen zijn omgezet tot citaten; dit is aangegeven met een *. Om de anonimiteit van de geïnterviewden te beschermen zijn zij willekeurig als 'zij' of 'hij' aangeduid.

2.3 Analyse en terugkoppeling

De interviews zijn thematisch geanalyseerd door één onderzoeker. Op basis van de eerste analyse is een conceptrapport opgesteld. Dit concept is gelezen door de interviewers en adviseurs. Hun opmerkingen zijn verwerkt in de definitieve tekst.

3. Arbeidsmigranten in beeld?

Achtergrond en zichtbaarheid

Hoe is de positie van arbeidsmigranten in Nederland, gezien door de bril van de sociale geneeskunde? Juist omdat werk, wonen en bestaanszekerheid zo direct doorwerken in gezondheid, ligt hier een duidelijke preventieve opdracht: schade voorkómen en beperken. Tegelijk zien professionals niet iedereen. Veel arbeidsmigranten blijven buiten bereik van bedrijfsartsen, verzekeringsartsen en professionals in de publieke gezondheid. Daarom gaat het hier over achtergronden, over wie en wat wel of juist niet in beeld komen, en hoe registraties en digitale systemen die zichtbaarheid mede bepalen.

3.1 Achtergrond en uitdagingen

In Nederland leven, wonen en werken honderdduizenden arbeidsmigranten. Elk jaar stijgt het aantal arbeidsmigranten fors en naar verwachting zal het aantal ook de komende jaren blijven groeien. De grootste groep arbeidsmigranten komt uit de MOE-landen (Midden- en Oost-Europa) waarbij Polen de lijst aanvoert. Arbeidsmigranten verrichten vaak laaggeschoolde en laagbetaalde arbeid in de logistiek, bouw, voedsel- en vleesverwerkingsindustrie, land- en tuinbouw en transportsector.

Arbeidsmigranten laten vaak veel veerkracht zien. Ze zijn gemotiveerd om te werken en een goed bestaan voor zichzelf op te bouwen. Veel arbeidsmigranten voelen zich thuis in Nederland. Toch wordt hun gezondheid vaak bedreigd. Velen van hen verrichten zogenaamd DDD werk – *dirty, dangerous and demeaning*. Lange werkdagen, ploegendiensten, blootstelling aan chemische stoffen of fijnstof, wonen in overvolle huizen van lage kwaliteit: het zijn slechts enkele factoren die kunnen leiden tot fysieke en mentale problemen. Steeds meer arbeidsmigranten belanden zelfs op straat, onverzekerd en zonder werk en woning.

Geregeld hebben arbeidsmigranten minder goede toegang tot bedrijfsgeneeskundige en verzekeringsgeneeskundige zorg. Veel arbeidsmigranten die vanuit een uitzendbureau werken, komen niet bij de bedrijfsarts in beeld. Zij vallen niet onder het contract van de bedrijfsarts en het bedrijf waar zij gaan werken (de inlener), terwijl de werkgever (het uitzendbureau) niet altijd werkt met een bedrijfsarts. Juist bij de vaak door arbeidsmigranten uitgevoerde werkzaamheden met aantoonbaar meer arbeidsrisico's ontbreekt vaak een goed arbobeleid. Regelmatig ontbreekt de wettelijk verplichte Risico- Inventarisatie en Evaluatie (RI&E) en vinden er geen onderricht en instructie plaats over veilig en gezond werken.

Een deel van de arbeidsmigranten die arbeidsongeschikt raken door ziekte of ongeval, komt niet in de vangnetregeling terecht. Daardoor blijven ze uit zicht van verzekeringsartsen en buiten bereik van arbeidsongeschiktheidsregelingen. Een duidelijke relatie met ongezonde of onveilige werkomstandigheden blijft dan ook buiten beeld, laat staan dat er beroepsziekten gemeld kunnen worden of verhaalszaken opgestart kunnen worden op de verantwoordelijke werkgevers.

De gezondheid en ontwikkeling van de inmiddels ongeveer 92.000 in Nederland woonachtige kinderen van arbeidsmigranten kunnen onder druk komen te staan wanneer hun ouders werken, wonen en leven onder deze moeilijke omstandigheden. Huisvesting van arbeidsmigranten vindt vaak plaats buiten woonwijken: vakantieparken, woonblokken in een weiland, tot tijdelijke huisvesting in schuren of op het industrieterrein aan toe. Het zal duidelijk zijn dat wonen op bijvoorbeeld een industrieterrein gezondheid en veiligheid kan bedreigen.

Verder vormen woonomstandigheden in kleine locaties met veel mensen tegelijk en slechte hygiëne een risico op het ontstaan en verspreiden van infectieziekten, zoals we tijdens de coronacrisis hebben gezien. In verschillende landen van herkomst is de vaccinatiegraad lager dan de toch al zorgelijk dalende vaccinatiegraad in Nederland. Artsen in de verschillende sociaalgeneeskundige disciplines hebben als taak om bij te dragen aan de oplossing van al deze vraagstukken. Het belang is groot: betere sociaalgeneeskundige zorg leidt uiteindelijk tot een hogere productiviteit van arbeidsmigranten en verminderde kosten door bijvoorbeeld ziekteverzuim en zorgconsumptie. In de praktijk zien we echter dat de potentie van de sociale geneeskunde slechts deels wordt benut. In deze paragraaf gaan we na of en in hoeverre de geïnterviewde sociaalgeneeskundig professionals arbeidsmigranten in beeld hebben tijdens hun werk.

3.2 In beeld in de dagelijkse praktijk?

Sociaalgeneeskundigen verschillen sterk in hoe vaak zij arbeidsmigranten tegenkomen in hun dagelijkse werk. Bij sommige professionals gaat het om incidenteel contact. Anderen zien arbeidsmigranten juist als een vaste en substantiële groep in hun praktijk. R8 (arts seksuele gezondheid) zegt: “Niet vaak, zelden. Ik denk dat deze doelgroep bij de dienst seksuele gezondheid niet echt in beeld is. We hebben wel besproken dat dit een groep is die nu te weinig wordt gezien, en waar waarschijnlijk nog gezondheidsbehoeften liggen.” R10 herkent dat beeld gedeeltelijk:

“Af en toe, gemiddeld één keer per week. Maar ik denk dat ik juist met het grootste deel niet in aanraking kom. Ik zie niet zo heel veel arbeidsmigranten.” – Bedrijfsarts

Tegelijkertijd zijn er ook professionals voor wie arbeidsmigranten een groot deel van de spreekuurpopulatie vormen. R12 (bedrijfsarts): “Ongeveer vijftig procent van mijn cliënten is arbeidsmigrant. Ze worden ingepland via de arbodienst en komen vaak op mijn fysieke spreekuur.” Jeugdartsen zien kinderen van arbeidsmigranten met enige regelmaat, afhankelijk van de wijk en populatie. R5 (jeugdarts): “Best wel regelmatig. Vooral Poolse mensen. Niet elke dag, maar wel een paar keer per week. Soms baby's, soms kinderen van vijf of zes.” Een bedrijfsarts wijst erop dat zichtbaarheid bovendien sterk kan verschillen per bedrijf. R13 (bedrijfsarts): “In sommige bedrijven vormen arbeidsmigranten een groot deel van de ‘workforce’, vaak via uitzendconstructies. Ik heb bijvoorbeeld ervaring met een groentekweker en een schoonmaakbedrijf in een slachterij.”* Hier past de kanttekening dat juist de arbeidsmigranten die vanuit uitzendbureaus werken, vaak geen toegang hebben tot een bedrijfsarts.

3.3 Vooral somatische klachten

Wanneer bedrijfs- en verzekeringsartsen arbeidsmigranten op hun spreekuur zien, is dat meestal vanwege duidelijke, somatische problematiek. Klachten van het bewegingsapparaat en ongevallen worden vaak genoemd. Psychische problematiek zien zij minder, of pas wanneer er sprake is van ernstige aandoeningen. R14 (verzekeringsarts): “Veel ziekmeldingen gaan over problemen van het bewegingsapparaat. Meestal zijn het duidelijke ziektebeelden. Psychische klachten zie ik heel weinig, of het gaat om ernstige aandoeningen.”* R10 (bedrijfsarts) koppelt dit aan een hoge drempel om zich te melden: “De mensen die ik zie zijn vaak de extreme gevallen. Er heeft echt iets medisch plaatsgevonden waar je niet omheen kan. Je hebt het over ernstige aandoeningen, kanker, ongevallen en klachten van het bewegingsapparaat.”

R13 (bedrijfsarts) schetst het beeld van zwaar fysiek werk met terugkerende blessures: “Ik zie de mensen die zwaar fysiek werk verrichten. In mijn spreekuur gaat het vaak om kleinere ongevallen en om rugklachten.”*

Een recent belevingsonderzoek van Risbo onder circa 3.000 respondenten laat zien dat de psychische gezondheid van arbeidsmigranten vaak onder druk staat. Bij EU-arbeidsmigranten met een inkomen tot maximaal 130% van het wettelijk minimumloon rapporteert 78% een slechte psychische gezondheid (MHI-5). Daarnaast geeft 33% aan in de afgelopen vier weken angst- of depressiegevoelens te hebben gehad. Slechts 23% rapporteert die gevoelens niet. Ter vergelijking: bij mensen zonder migratieachtergrond wordt door 17% slechte psychische gezondheid gerapporteerd (Risbo, 2024).

Dat beeld wijkt sterk af van de problematiek die de geïnterviewde bedrijfsartsen en verzekeringsartsen in de spreekkamer zien. Zij krijgen psychische klachten vaak niet als eerste hulpvraag op tafel, ook wanneer ze vermoedelijk wel meespelen. R10 (bedrijfsarts) verwijst naar het rapport en vertelt: “Wat opvalt is dat als je doorprikt, je denkt: er zit ook mentale problematiek onder. Alleen dat is naar mijn ervaring bij arbeidsmigranten niet de eerste reden waarom ze bij jou belanden. In recent onderzoek is gebleken dat ruim 75% last heeft van angst- en depressiegevoelens. Dat verbaast me niet. Het ligt wel gevoelig. Het is een andere cultuur. Als ik het woord ‘psycholoog’ noem bij iemand die in Nederland geboren is hoef ik daar niet omheen te praten. Bij een arbeidsmigrant moet ik daar voorzichtig mee zijn. Dat ligt veel gevoeliger bij de mensen in mijn schoonmaakbedrijf.”

3.4 Onzichtbaar in registraties en systemen

Vanuit de publieke gezondheid en ziekenhuiscontext noemen professionals bovendien dat arbeidsmigranten in registraties en digitale systemen lastig te herkennen zijn. Daardoor is het moeilijk om de omvang van problemen en de ontwikkeling in de tijd betrouwbaar te beschrijven, ook als er in de praktijk duidelijke signalen zijn. R2 (arts infectieziektebestrijding): “We kunnen het op geen enkele manier aantonen, omdat deze mensen niet gelabeld in onze systemen staan. Je kunt prevalentie of incidentie in deze groep niet meten of volgen, omdat je ze niet kunt identificeren. En eigenlijk zijn ze dus zelfs op die manier onzichtbaar.”

In een groot ziekenhuis gebeurt iets vergelijkbaars. R7 (arts maatschappij en gezondheid, groot ziekenhuis): “Ik wil de grootte van het probleem goed in kaart brengen, maar dat blijkt ingewikkeld. Het staat nergens goed geregistreerd. Iedereen noemt aantallen, maar niemand heeft precieze cijfers. Je kunt het niet makkelijk uitdraaien.” Zij voegt toe dat er soms wel financiële registraties bestaan, maar dat die niet eenvoudig te koppelen zijn aan zorginhoudelijke gegevens. R7 (arts maatschappij en gezondheid, groot ziekenhuis): “Financieel wordt wel geregistreerd hoe vaak bepaalde regelingen voor onverzekerden worden gebruikt, maar dat is niet direct gekoppeld aan een dossier of aan ligdagen.”

Ook in de jeugdgezondheidszorg werken de systemen soms tegen. Kinderen worden uitgenodigd vanuit de Basisregistratie Personen (BRP) van de gemeente. Arbeidsmigranten staan daarin soms niet ingeschreven. Hun kinderen zijn dan niet in beeld bij de jeugdgezondheidszorg. R7 (jeugdarts) vertelt: “Ik heb als jeugdarts op de Internationale schakelklas gewerkt. Waarbij ik in eerste instantie niet helemaal snapte, waarom kinderen van arbeidsmigranten soms geen BSN nummer hadden, tot ik erachter kwam in zo’n gesprek dat ouders ook niet zo geregistreerd waren. Er zullen vast kinderen van arbeidsmigranten zijn die niet bij de jeugdgezondheidszorg terecht komen. Maar ja, daar heb ik dus geen zicht op.”

Verderop in dit rapport komt nog aan de orde hoe oudere kinderen buiten beeld kunnen blijven bij de jeugdgezondheidszorg, wanneer zij niet naar school gaan. In sommige systemen is alleen een indirecte zoekroute mogelijk, bijvoorbeeld via geboorteland. R3 (arts seksuele gezondheid): "Ik kan wel zoeken op het land van geboorte. Als ik bijvoorbeeld als land van herkomst Polen neem: we hebben dit jaar al 54 cliënten gezien." Deze methode is uiteraard niet waterdicht: niet al deze mensen zullen behoren tot de groep arbeidsmigranten.

3.4 Slot

Samengevat laten de interviews een wisselend beeld zien van zichtbaarheid: sommige sociaalgeneeskundigen zien arbeidsmigranten geregeld, anderen zelden. Het is niet mogelijk om te bepalen hoe groot de groep is die buiten beeld blijft. Wat professionals benadrukken: "niet zien" betekent niet dat de doelgroep er niet is.

Waar arbeidsmigranten wél in beeld komen bij bedrijfsartsen en verzekeringsartsen gaat het vaak om duidelijke somatische problematiek, regelmatig pas als klachten ernstig zijn. Tegelijkertijd blijven arbeidsmigranten in registraties en systemen lastig te herkennen, waardoor trends en omvang moeilijk te onderbouwen zijn. Deze combinatie van beperkte zichtbaarheid en instroom pas bij ernstige lichamelijke klachten vormt de opmaat voor de volgende vraag: **welk beeld hebben professionals van arbeidsmigranten als groep, en welke kwetsbaarheden zien zij in relatie tot werk, wonen en leefomstandigheden?**



4. Blick op arbeidsmigranten: *Kwetsbaarheid in werk, wonen en leven*

Professionals in de sociale geneeskunde schetsen in de interviews een beeld van kwetsbaarheid. Hier beschrijven we welke patronen zij zien, en welke factoren volgens hen het risico op gezondheidsschade, vertraagd herstel of uitval vergroten.

4.1 Werkrisico's: overbelasting en arbeidsongevallen

Een eerste lijn in het beeld van kwetsbaarheid gaat over het werk zelf en de risico's die daarbij horen. Bedrijfsartsen zien veel klachten die passen bij klassiek zwaar en repeterend werk. R12 (bedrijfsarts) zegt: "Ik zie ontzettend veel beroepsaandoeningen. Allerlei overbelasting van spieren, weke delen en gewrichten. Het zijn vooral handarbeiders. Die doen veel herhaalde handelingen." Deze klachten sluiten aan bij het type werk dat veel arbeidsmigranten doen, waarin tempo en fysieke belasting vaak hoog zijn.

Naast overbelasting noemen professionals signalen van relatief veel arbeidstrauma's en ernstige ongevallen. In de ziekenhuiszorg wordt dit zichtbaar in de afdelingen waar arbeidsmigranten terechtkomen. R7 (arts maatschappij en gezondheid, groot ziekenhuis): "De afdelingen waar arbeidsmigranten vaak terechtkomen zijn traumatologie, neurologie en interne geneeskunde. Traumatologie en neurologie is vooral na arbeidstrauma, bijvoorbeeld val op hoofd of andere ongelukken. Dat komt vaak dus door de arbeidsomstandigheden." Ook buiten de spreekkamer hoort een bedrijfsarts vergelijkbare signalen via partners die letselschadedossiers behandelen. R12 (bedrijfsarts): "Het is schrikbarend om te horen hoe frequent en hoe ernstig die bedrijfsongevallen bij arbeidsmigranten zijn. Dat blijft een belangrijk aandachtspunt."

4.2 Infectieziekten en preventie: bereik, toegang en kansen via de werkplek

Artsen infectieziektebestrijding en tuberculosebestrijding noemen arbeidsmigranten een kwetsbare doelgroep, mede doordat drempels in informatie en zorgtoegang kunnen samenhangen met een groter transmissierisico en een grotere impact van infectieziekte. R2 (arts infectieziektebestrijding): "We moeten ons realiseren hoe kwetsbaar die groep is. Het transmissierisico is groter en de impact kan ook groter zijn." Daarbij gaat het ook om de vraag of informatie en voorzieningen aansluiten. R2 (arts infectieziektebestrijding): "Mensen hebben op een andere manier toegang tot informatie en tot de voorzieningen waar je vaccinatie kunt ontvangen." Hij wijst erop dat de groep in sommige regio's groot is: "Als je kijkt naar de aantallen arbeidsmigranten, dan zijn ze samen bijna een middelgrote gemeente." En de groep vraagt volgens hem om gerichte benadering: "Door minder taalvaardigheid en doordat mensen vaak praktisch geschoold zijn, zie je ook vaker minder digi-vaardigheid en gezondheidsvaardigheid. Dat maakt het een doelgroep waar wij ons als GGD op moeten richten."

Bij tuberculose leggen professionals vooral de link met late diagnostiek en met werk en afhankelijkheid. R6 (arts tuberculosebestrijding): "Wij zien een enorme patiënt-delay in de diagnose." Zij verbindt dit aan drempels om zorg te zoeken: "Dat komt door het werk dat ze hebben en de afhankelijkheidspositie. Mensen durven zich niet ziek te melden, omdat ze bang zijn hun baan kwijt te raken." Over de ontwikkeling van ziekte beschrijft zij een combinatie van

herkomst en omstandigheden. “We denken dat veel mensen al een tuberculose-infectie hebben in het land van herkomst, maar dat die infectie hier vaker actief wordt.” Als mogelijke verklaring noemt zij de belasting van woon- en werkomstandigheden, inclusief voeding: “Het is echt een aanslag op lichaam en geest, hard werken, slechte voeding, en daardoor kan de ziekte activeren.”

Tegelijkertijd noemen professionals ook aanknopingspunten voor preventie via de werkomgeving. R12 (bedrijfsarts) ziet dat arbeidsmigranten vaak openstaan voor preventieve vaccinaties die via het werk worden aangeboden: “Wat ik positief vind is dat men openstaat voor preventieve vaccinaties, zoals bedrijfsvaccinaties tegen griep, en tetanus en andere.” Hij noemt daarbij wel een belangrijke randvoorwaarde: “Ik heb lang meegemaakt dat het aan arbeidsmigranten niet werd aangeboden.” Volgens hem ontstaat ongelijkheid als tijdelijke krachten worden uitgesloten: “Dat kan niet zo zijn. Als het voor vaste medewerkers wordt aangeboden, moet dat ook voor tijdelijke arbeidsmigranten.” Hij merkt dat erkenning op de werkvloer effect kan hebben: “Ze zijn altijd heel positief over aandacht die ze krijgen voor hun werkomstandigheden.” Voor artsen infectieziektebestrijding is dit een interessante bevinding, en een kans om samen op te trekken met de collega’s in de bedrijfsgeneeskunde.

4.3 Wonen, netwerk en bestaanszekerheid: draagkracht onder druk

Naast werk noemen professionals woon- en leefsituatie als belangrijke bron van kwetsbaarheid. Zij zien uiteenlopende woonsituaties, van gezinnen met een eigen woning tot mensen die met veel anderen in één woonruimte zitten. R16 (verzekeringsarts): “Ik zie mensen, meestal mannen, die met erg veel in één gebouw of woonruimte zitten of hebben gezeten. Maar ik zie ook mensen en gezinnen met een eigen woonruimte.”* Zij beschrijft dat instabiliteit snel kan toenemen als relaties stuklopen: “Als de relatie uitgaat is het financieel vaak onmogelijk om ieder een eigen woonruimte te krijgen.”* Dat geeft volgens haar veel spanning en kan leiden tot psychische klachten. Ook het ontbreken van steun weegt mee, zeker bij ziekte. R16 (verzekeringsarts): “Als iemand een gezin heeft dat in het land van herkomst woont mist hij bij ziekte hulp en ondersteuning, wat nadelig kan zijn voor zijn herstel.”*

Meerdere respondenten benoemen sociaal isolement en het ontbreken van een steunend netwerk. R7 (arts maatschappij en gezondheid, groot ziekenhuis): “Vaak speelt mee dat ze geen steunend netwerk hebben in de omgeving. Dat ze vaak alleen hier zijn. Dus geen gezin, alleenstaand.” Zij noemt daarnaast dat terugkeer naar het land van herkomst niet altijd een reële of gewenste optie is. “Soms hebben ze al slechte omstandigheden in het land van herkomst en vinden het hier nog steeds beter dan daar.” En zij hoort ook over schaamte: “Wat ik hoor van een aantal partijen is dat ze schaamte hebben om terug te gaan, omdat ze dan niet het succes hebben behaald.”

Jeugdartsen koppelen deze context ook aan armoede en familieverantwoordelijkheden die meereizen, al is dat niet altijd zichtbaar in één consult. R9 (jeugdarts): “Sommige migranten komen uit dorpen waar veel armoede is, bijvoorbeeld in Roemenië of Moldavië.” Zij beschrijft dat familieproblemen en verplichtingen kunnen doorlopen: “Je neemt problemen van je moeder en je broer ook mee.” En ze noemt geldzorgen en geld sturen: “Wat ze hier verdienen, gaat soms ook weer een stuk terug.”

Een deel van de geïnterviewden wijst op een groep die in Nederland dakloos raakt, vaak na verlies van werk of na een ongeval. R7 (arts maatschappij en gezondheid, groot ziekenhuis): “Voor de groep die dakloos is... het leven op straat is niet gezond voor mensen.” Zij koppelt dit aan extra risico’s, bijvoorbeeld het risico op toename van middelengebruik, van verslaving en

van ongevallen. Over middelengebruik blijft zij voorzichtig en noemt dat vooral als indruk uit signalen van anderen: "Dat is meer van horen zeggen dan dat ik het zelf heb waargenomen, maar problemen met verslaving, alcohol, drugs." R10 (bedrijfsarts) formuleert het eveneens als een indruk: "Ik durf nog niet te zeggen hoe het zit met middelenmisbruik of alcohol. Maar ze zijn sociaal geïsoleerd en een aantal grijpt mogelijk wat sneller naar de fles." Zo schetsen professionals een beeld waarin wonen, netwerk, geld en familiecontext de draagkracht beïnvloeden en soms ook de route naar hulp bemoeilijken.

4.4 Kinderen en preventie

Als arbeidsmigranten een gezin hebben in Nederland, neemt de kans fors toe dat zij zich blijvend zullen vestigen. Van de Europese arbeidsmigranten zonder partner en kind heeft na 5 jaar meer dan 75% Nederland weer verlaten. Wanneer zij kinderen hebben in Nederland, is na 5 jaar nog meer dan 60% van deze gezinnen nog in Nederland. Zij en hun kinderen zullen vaak medelander worden. Ook vanuit dit perspectief is er dus alle reden om de gezonde ontwikkeling van de kinderen te bewaken en te bevorderen.

Jeugdartsen zien kwetsbaarheden bij kinderen van arbeidsmigranten. Zij beschrijven die vooral in relatie tot werkpatronen van ouders, tijdgebrek en het missen van preventieve contactmomenten. Als ouders fulltime werken en diensten afwisselen, kan de organisatie thuis wankel worden. R9 (jeugdarts): "Je ziet vaak dat beide ouders fulltime doorgaan met ploegendiensten. Dan passen mensen om en om op. Een buurvrouw haalt kinderen op. En er wordt ook in de avonden en in het weekend gewerkt." Zij beschrijft dat dit kan leiden tot vermoeidheid en weinig stabiele gezamenlijke tijd: "Het wisselt wie er is. Dan heb je ook wisselende opvoeding en veel vermoeidheid."

Jeugdartsen noemen daarnaast dat tijdgebrek kan doorwerken in taalstimulering en leefstijl. R9 (jeugdarts): "Je merkt veel schermtijd." Over taal zegt zij: "Je ziet kinderen die Engelse woorden gebruiken van de tablet, terwijl ze nog weinig woorden kennen in de moedertaal." Zij vat de spanning samen tussen advies en haalbaarheid: "Je kan wel adviseren, maar kunnen mensen het ook doen?" Ook leefstijl en preventieve gezondheid komen terug. R5 benoemt mondgezondheid:

"Ik vind de toestand van het gebit vaak slecht, vergeleken met kinderen met een Nederlandse achtergrond. Je ziet zwarte plekken op de tanden." – Jeugdarts

Zij noemt mogelijke verklaringen zoals weinig tandartsbezoek en gewoonten rond voeding en poetsen: "Misschien krijgen kinderen 's nachts langer een fles, en wordt er niet altijd twee keer per dag gepoetst." Daarnaast beschrijft zij dat overgewicht en weinig beweging al op jonge leeftijd voorkomen. Daarbij spelen volgens haar financiële en praktische belemmeringen mee: "Sport kost geld. En ouders werken lange dagen, dan worden kinderen eerder achter een scherm gezet. Maar ik denk dat het vooral een financiële kwestie is."

Ten slotte benadrukken jeugdartsen kwetsbaarheid door het missen van basiszorg en preventieve contactmomenten. R4 (jeugdarts): “Ik merk wel dat ze niet altijd een tandarts of een huisarts hebben.” Zij wijst erop dat kinderen rechten hebben, maar dat die niet vanzelf worden benut:

“Ze hebben recht op screenings, op goede adviezen, het recht om vaccinaties in te halen. Ik vind het belangrijk om ze in beeld te krijgen.” – Jeugdarts



4.5 Slot

Over de verschillende domeinen heen beschrijven professionals kwetsbaarheid vooral als een stapeling van factoren. Werkomstandigheden kunnen het beginpunt zijn, maar de gevolgen worden groter wanneer ook wonen, netwerk en toegang tot informatie en voorzieningen onder druk staan. Dat werkt door in preventie, in het moment waarop klachten worden gemeld en in de mogelijkheden om te herstellen. In de volgende paragrafen beschrijven we welke barrières professionals zien voor gezondheid, preventie en zorg voor arbeidsmigranten.

5. Kennis van systemen en rechten

Arbeidsmigranten moeten de weg vinden door systemen die complex zijn en niet altijd vanzelfsprekend aansluiten. De geïnterviewde professionals zien dat dit samenhangt met afhankelijkheid van werk en werkgever, en met beperkte kennis van routes, rechten en rollen. In deze paragraaf staan de belemmeringen centraal die daarmee samenhangen, gevolgd door factoren die volgens respondenten kunnen helpen.

5.1 Afhankelijkheid van werk en beperkte kennis van rechten

Bedrijfsartsen en verzekeringsartsen beschrijven dat arbeidsmigranten in een kwetsbare positie terecht kunnen komen door afhankelijkheid van werk en werkgever, en door onbekendheid met routes en regels. De vaak beperkte kennis van rechten en regels kan er bijvoorbeeld toe leiden dat mensen langer doorwerken dan goed voor hen is. R10 (bedrijfsarts) zegt: “Er is een grotere afhankelijkheid en plicht richting werkgevers. En ze kennen hun rechten niet. Dan gaan ze langer door dan gezond voor ze is.”

Ook in de verzekeringsgeneeskundige praktijk komt naar voren dat mensen zonder ondersteuning moeilijk hun weg vinden. R16 (verzekeringsarts) ziet bijvoorbeeld dat bezwaar maken soms pas in beeld komt als iemand hulp krijgt: “Als mensen met een gemachtigde komen, wordt nog wel eens duidelijk dat ze zonder hulp geen bezwaar hadden aangetekend. Ze begrijpen vaak niet wat de beoordeling betekent en wat de gevolgen zijn. Ze weten de weg niet goed te vinden. En ze weten bijvoorbeeld ook niet dat ze om een beëdigd tolk-vertaler kunnen vragen.”* Meerdere geïnterviewden leggen daarnaast een link met de verhoudingen rond werkhervatting. R15 (verzekeringsarts) verwoordt het als volgt:

“Migranten weten meestal niet hoe ze zich tegenover een werkgever sterk moeten maken. Ze zijn afhankelijk van de bedrijfsarts of anderen, waaronder tolken, die hen op het spoor zetten.” – Verzekeringsarts

Zij beschrijft dat zij in dossiers terugziet dat mensen soms te vroeg weer aan het werk gaan, met gevolgen voor het verdere verloop. “Achteraf zie je dat het nogal eens is gebeurd dat iemand te vroeg weer naar het werk is gestuurd. Op de achtergrond speelt de werkgever waarschijnlijk een rol.”* Ze schetst dat dit kan doorwerken richting het UWV en een mogelijke uitkering: “Je ziet dan dat mensen gaan hervatten terwijl dat niet kan. Ze vallen snel weer uit en de problemen worden groter.”* In deze voorbeelden werkt beperkte kennis van rechten dus direct door in keuzes rond ziekmelden, begeleiding en werkhervatting.

5.2 Onbekendheid met rollen en routes in het zorgsysteem

Onbekendheid met het Nederlandse zorgsysteem komt in meerdere interviews naar voren als barrière. R10 (bedrijfsarts) geeft daarbij een concreet voorbeeld uit eigen ervaring: “Ik moet denken aan mijn ouders. Die hebben jaren als gastarbeiders in een visfabriek gewerkt. Die wisten niet eens dat de bedrijfsarts bestond.” R8 (arts seksuele gezondheid) zegt: “Mensen weten soms ook gewoon niet dat we er zijn. Je moet het maar net weten.”

Professionals vertellen dat het uitleg kost om rollen en routes helder te krijgen. R4 (jeugdarts) zegt: "Ik merk dat het lastig is om uit te leggen wat de jeugdarts is, en wat het verschil is met een huisarts, en hoe het zorgsysteem in elkaar zit. Dat is best iets Nederlands." Zij ziet dat die verwarring ook verwachtingen oproept, bijvoorbeeld vragen om antibiotica bij de jeugdarts.

R5 (jeugdarts) herkent dit: "Vaak weten ze ook niet wat het verschil is tussen de jeugdgezondheidszorg en de huisarts. Wanneer je naar de huisarts moet en wanneer je bij ons moet komen." Zij beschrijft een situatie waarin een moeder met een ernstig ziek ogend kind zonder afspraak bij de jeugdgezondheidszorg aanklopte: "Ze kwam paniekerig: jullie moeten nu mijn zoon helpen." R5 (jeugdarts) legde uit dat dit soort zorg via de huisarts loopt: "Het kwam niet binnen dat wij die zorg niet leveren en geen medicijnen kunnen voorschrijven." Zij vertelt dat zij en een collega vervolgens veel tijd besteedden aan de zoektocht naar de huisarts van dit gezin: "We hebben een paar uur uitgezocht waar zij stond ingeschreven." Uiteindelijk hielp dat om de route duidelijk te maken: "Toen pas had ze door: dit is iets anders. Nu wist ze waar ze terecht kon." Tegelijkertijd beklijft de uitleg soms moeilijk. R5 (jeugdarts) zegt: "Ik leg altijd uit: wij zijn preventief bezig, vaccinaties, groei, meedenken en doorverwijzen. Als een kind echt ziek is, moet je naar de huisarts." Zij merkt dat het ook na uitleg vreemd kan blijven voelen: "Ze vinden het toch raar. Ze denken: jullie zijn artsen, hoezo kun je mijn kind dan niet helpen?"

Ook in de verzekeringsgeneeskundige praktijk speelt systeemkennis een rol. R16 (verzekeringsarts): "Ik probeer op een eenvoudige manier het Nederlandse systeem uit te leggen."* Zij noemt terugkerende verwarring over de rolverdeling: "Er is soms verwarring over huisarts en specialist, en dat zij in het Nederlandse stelsel zich niet mogen uitlaten over arbeidsongeschiktheid."* In het land van herkomst vindt vaak de beoordeling van arbeidsongeschiktheid plaats in de curatieve sector. Zij beschrijft dat samenwerking kan helpen om informatie goed over te brengen. "Ik werk goed samen met gemachtigden. Soms komt er een hulpverlener mee, bijvoorbeeld van Stichting MEE of uit de GGZ."*

R16 (verzekeringsarts) wijst ook op verschillen tussen adviezen uit het land van herkomst en wat hier gebruikelijk is: "Als migranten informatie meenemen van behandelaars uit het land van herkomst, krijgen ze soms adviezen die duidelijk anders zijn dan wat hier gebruikelijk is."* Zij noemt ook dat behandelaars zich daar soms uitlaten over arbeidsongeschiktheid: "Dat vergt extra uitleg."* Deze ervaringen laten zien dat uitleg over rollen en routes vaak een voorwaarde is om passende zorg of beoordeling op gang te brengen.

5.3 Wat volgens professionals kan helpen

Geïnterviewden noemen ook wat kan helpen om deze barrières te verkleinen. Een eerste maatregel zou zijn om meer voorlichting te geven over rechten en risico's, benoemd door R15 (verzekeringsarts). Zij noemt ook de behoefte aan meer houvast en toetsbaarheid rond arbeidsongevallen. R15 (verzekeringsarts): "Een protocol voor bedrijfsartsen over te nemen stappen bij (bedrijfs)ongevallen. Daar zou UWV dan op kunnen toetsen."* Zij verwacht dat dit kan bijdragen aan beter herstel en minder herhaald verzuim: "Door dit soort maatregelen kunnen arbeidsmigranten in een gezondere situatie terecht komen. Herhaald verzuim kan worden teruggedrongen. Ook zijn hun rechten beter gewaarborgd."*

Respondenten wijzen op het belang van sociale inbedding en ondersteuning die mensen helpt de weg te leren kennen. R15 (verzekeringsarts) zegt: "Arbeidsmigranten leven te veel met elkaar. Ze blijven binnen hun eigen groep. Daardoor leren ze hun rechten niet kennen en leren ze de taal niet."* Zij voegt toe dat het zou helpen als mensen meer gelegenheid krijgen om te socialiseren. In de praktijk zien professionals dat sommige groepen al sterker georganiseerd zijn en elkaar op weg helpen.

R14 (verzekeringsarts): "Arbeidsmigranten worden aangemeld via de vangnetpopulatie Zvw. Het helpt als werkgevers dat goed doen. Het gebeurt wel dat uitzendbureaus mensen niet aanmelden, maar dat zij dat zelf doen of met hulp van anderen of met juridische bijstand. Polen helpen elkaar, zij kennen inmiddels de weg."* Hij ziet dat minder bij andere groepen. R12 (bedrijfsarts) maakt een vergelijkbare opmerking: "Polen zijn daarin goed georganiseerd, met vakbonden en steunpunten. Roemenen en Bulgaren wat minder. Misschien moeten die ook het voorbeeld van die Poolse groep volgen."

In deze voorstellen ligt de nadruk op voorspelbaarheid en ondersteuning: duidelijke stappen in het proces, en praktijken die mensen helpen om hun positie en mogelijkheden beter te begrijpen.

5.4 Slot

Samengevat zien professionals dat afhankelijkheid van werk, beperkte kennis van rechten en verwarring over systeemroutes samen een stevige drempel kunnen vormen. Tegelijk noemen zij concrete verbeterpunten, zoals betere voorlichting, toetsbare werkprocessen rond arbeidsongevallen en ondersteuning die sociale inbedding en wegwijsheden bevordert. Deze combinatie van belemmeringen en aanknopingspunten vormt de basis voor de volgende paragrafen over andere typen barrières en over voorbeelden van wat in de praktijk werkt.

6. Taalbarrière

Digitale drempels en inzet van tolken

Taal en communicatie bepalen in veel situaties of een consult werkt, een beoordeling hout snijdt of advies echt landt. Respondenten beschrijven dat taalbarrières tijd kosten, extra organisatie vragen en soms leiden tot uitstel of misverstanden. De toegang tot zorg en informatie kan belemmerd worden door taalbarrières en de inzet op digitale routes. Professionals noemen wat kan helpen: eerder en makkelijker tolken inzetten, meer ruimte in planning van spreekuren, en betere mogelijkheden voor arbeidsmigranten om taal en systeemkennis op te bouwen.

6.1 Barrières in de toegang tot zorg: taal en digitale routes

Als arbeidsmigranten het aanbod van de publieke zorg weten te vinden, kan het maken van een afspraak al een drempel zijn. Voor sommige voorzieningen is de route vooral digitaal via een Nederlandstalige website. Dat sluit lang niet altijd aan. R3 (arts seksuele gezondheid) zegt: "Wat vaak al problematisch is, is überhaupt een afspraak kunnen maken, omdat ze de taal niet machtig zijn. We hebben de optie om online een afspraak te maken, maar dat is voor een arbeidsmigrant vaak een brug te ver." Hij beschrijft dat mensen dan vaak omwegen zoeken: "Ze sturen dan een mail naar het algemene mailadres dat ze een afspraak willen. Dat is al een eerste hobbel."

De digitale intake zelf kan eveneens ontmoedigen, zeker als taalopties beperkt zijn. R8 (arts seksuele gezondheid) beschrijft dat mensen naar een website moeten en veel vragen moeten invullen: "Die vragen zijn in het Nederlands. Je kan ze vertalen naar het Engels, maar niet naar alle andere talen." Ook de uitkomst kan frustreren: "Dan bestaat best een grote kans dat je te zien krijgt: er is geen plek voor je. Dan kun je het nog een keer doen, maar je bent al tijd kwijt. Dat kan frustrerend zijn." Zij licht toe dat dit samenhangt met triage: "Wij kunnen pas nadat we al die informatie hebben die triage doen."

Als informatie over zorg in het Nederlands wordt verstrekt, werkt dat vaak belemmerend. R1 (verpleegkundige seksuele gezondheid) beschrijft dat de informatie die arbeidsmigranten moet toeleiden naar zorg niet in de taal van de doelgroep beschikbaar is. "We hebben een ervaringsdeskundige, maar die is Nederlands sprekend. Die kent niet de taal van de doelgroep." De online communicatie die wordt verzonden, is vooral in het Nederlands en Engels: "En dan bereik je die groep minder." Zij ziet mogelijkheden om dat te verbeteren, bijvoorbeeld met een ervaringsdeskundige die de taal wél spreekt, of door materialen te vertalen. Tegelijk noemt zij de randvoorwaarde: "Maar het heeft toch wel ook met geld te maken." Over de website zegt zij: "We hebben gevraagd of onze site voor deze doelgroep vertaald kan worden naar hun eigen taal. Maar dat kon niet."

6.2 Taalbarrières in het consult

Taalbarrières komen in verschillende disciplines terug als een praktische drempel in het contact. Professionals koppelen die drempel aan de realiteit van veel arbeidsmigranten. R9 (jeugdarts) zegt: "Heel veel arbeidsmigranten vinden het moeilijk om de taal te leren, omdat je gewoon heel hard moet werken om hier te kunnen leven. Als je een huurwoning wilt of een huis wilt kopen, dan moeten ze vaak allebei vijf dagen werken. Dan is er weinig tijd om een taal te leren." Het consult wordt hierdoor langer. R9 (jeugdarts): "Je moet meer tijd nemen."

Taal kan een belemmering zijn om een eerste consult goed op te volgen. Ook daarna verloopt het vervolg wisselend. R3 (arts seksuele gezondheid) zegt: "Er zijn er die heel netjes komen als je een berichtje stuurt voor een vervolgconsult, maar er zijn er ook die niet komen. Of die komen terwijl ze geen afspraak hebben en dan staan ze bij de GGD op de stoep. Dan zijn wij er niet, dan houdt het op."

Meerdere respondenten benoemen dat een tolk vaak nodig is om het gesprek zorgvuldig te kunnen voeren.

"Als ze eenmaal bij ons binnen zijn, dan zit je nog met het stukje taal. Dat betekent dat je vaak een tolk moet regelen."

- Arts seksuele gezondheid

Soms kan communicatie via Engels of Duits, maar dat dekt niet alles. R3 (arts seksuele gezondheid): "Sommigen spreken wel redelijk Duits of Engels, dus dat kan. Maar als je het goed wilt doen, en het ligt ook aan waarvoor ze komen, dan is een tolk toch ook wel handig." Hij noemt daarbij het effect op de planning: "Je gaat dan wel uitlopen. In consulten moet je daar rekening mee houden."

Jeugdartsen beschrijven hoe zij in de praktijk soms improviseren als een tolk niet direct beschikbaar is. R5 (jeugdarts) licht toe: "Soms zet je een tolk in, maar daar heb je ook niet altijd de tijd voor. Dan gebruik je Google Translate en dat ze dingen inspreken. Soms spreken ze ook Engels. En met handen en voeten dingen proberen duidelijk te maken." Een consult uitvoeren terwijl de ander je maar deels begrijpt, levert suboptimale zorg op. R5 (jeugdarts) vertelt over een moeder die met een ziek kind in paniek het consultatiebureau bezocht, waarbij communicatie in het Engels onvoldoende bleek: "Het was voor haar onduidelijk. We praatten Engels met haar, maar dat kwam ook niet helemaal goed bij haar binnen."

In de bedrijfsgezondheidszorg wordt genoemd dat taal en context samen leiden tot langere consulten. R12 (bedrijfsarts) zegt: "Dit is best een bewerkelijke groep cliënten. Je kan hier nooit volstaan met 15 minuten of 20 minuten." Hij plant standaard al meer tijd: "Ik heb sowieso altijd 30 minuten tijd voor spreekuur, maar heel vaak kom ik niet uit." Hij beschrijft wat er gebeurt als het gesprek op gang komt: "Na 20 minuten ben ik aan het afronden en na 30 minuten zijn ze nog aan het praten." Volgens hem hangt dat samen met de gelaagdheid van klachten: "Er zitten zoveel lagen achter één klacht, met verwachtingen, intenties en ook privéproblematiek." Zijn conclusie is praktisch: "Je zou voor arbeidsmigranten verlengde spreekuurcontacten moeten plannen."

Te zeer bedacht zijn op taalbarrières kan ook risico's met zich meebrengen, zeker als bij twijfel geen tolk wordt ingezet. R4 (jeugdarts) vertelt over een casus van een kind van een statushouder, en benoemt dat dit ook bij kinderen van arbeidsmigranten had kunnen gebeuren. "Ik kreeg een brief van de oogarts: er was een amblyopie die niet meer kon worden afgeplakt, want het kind was 10. Dat oog functioneerde eigenlijk niet meer." R4 (jeugdarts) vroeg zich af waarom er pas laat was doorverwezen. In het dossier zag zij dat er herhaaldelijk was getest, maar dat de uitkomst steeds anders was geïnterpreteerd: "Er is zeven keer een oogtest gedaan, maar elke keer gedacht: taalbarrière, geen tolk ingezet, ze zal het wel niet begrijpen. Dan werd er opnieuw ingepland." Volgens R4 (jeugdarts): "Terwijl ze het prima begreep."

6.3 Extra ondersteuning?

De interviews bevatten voorbeelden van ondersteunende functies die eerder wél beschikbaar waren en door professionals als effectief worden gezien. R5 (jeugdarts) benoemt het belang van iemand die beter kan aansluiten bij belevingswereld en taal: “Misschien iemand die aansluit bij hun belevingswereld of waardes, die de adviezen beter kan overbrengen dan ik.” Zij koppelt dit aan Voorlichting in Eigen Taal en Cultuur (VETC): “We hadden vanuit de GGD een paar VETC-ers in dienst.” Die inzet noemt zij “echt ideaal”, juist omdat deze medewerkers voorlichting in eigen taal en cultuur konden geven en ook praktisch konden ondersteunen: “Iemand ging mee naar afspraken, maar werd ook thuis ingezet.” En: “Begeleiding naar het wijkteam. Heel vaak weten ze de weg niet daar naartoe. Zo’n persoon had daar echt de tijd en ruimte voor.” Haar conclusie is helder: “Dat is allemaal wegbezuinigd helaas. Ja jammer, heel jammer. Die waren echt een mooie toegevoegde waarde.”

Ook in het ziekenhuis noemt een respondent het belang van ondersteunende functies die tijdig worden ingezet. R7 (arts maatschappij en gezondheid, groot ziekenhuis) beschrijft dat medisch maatschappelijk werk (MMW) helpt bij het regelen van nazorg, verzekering en andere praktische randvoorwaarden. “Wat ondersteunend is, is het direct inzetten van medisch maatschappelijk werk.” Tegelijkertijd ziet zij dat dit niet altijd gebeurt: “Heel veel afdelingen hebben dat wegbezuinigd en zetten het dus niet in.” Het gevolg is volgens haar dat ondersteuning laat op gang komt of wegblijft: “MMW wordt pas laat betrokken, of helemaal niet. Dan kan er geen ondersteuning geregeld worden, geen verzekering geregeld worden.” Zij vat het kernachtig samen: “MMW wel inzetten werkt ondersteunend.”

Ook binnen het UWV spelen toegankelijkheidsvragen. In het UWV ziet R14 (verzekeringsarts) een duidelijke drempel voor mensen die digitaal niet meekomen: “De bereikbaarheid en toegankelijkheid van UWV kan een stuk beter. Er is een hele groep die digitaal niet meekan en voor hen is de toegankelijkheid slecht.”* Zij wijst ook op taal en representatie: “Je zou een grotere diversiteit aan medewerkers moeten hebben, die de talen van de verschillende nationaliteiten spreken en ook op plekken zitten waar zij direct kunnen worden ingeschakeld.”* R15 (verzekeringsarts) noemt daarnaast het belang van directe expertise: “Mensen inzetten met veel ervaring met arbeidsmigrantenproblematiek, die dan ook gemakkelijk te bereiken zijn.”*

6.4 Wat volgens professionals kan helpen

Voor taal en communicatie noemen professionals oplossingen die aan twee kanten aangrijpen. Het gaat om duidelijkheid en praktische steun voor professionals bij het omgaan met een taalbarrière en het inzetten van tolken. De nieuwe richtlijn Omgaan met taalbarrières in zorg en sociaal domein ondersteunt daarin. Laagdrempelige en adequate inzet van tolken is essentieel om goede zorg te kunnen leveren. Daarnaast is het van belang dat arbeidsmigranten reële mogelijkheden hebben om de taal te leren en wegwijs te worden in het Nederlandse systeem.

Meerdere respondenten wijzen erop dat arbeidsmigranten de optie van een professionele tolk niet altijd kennen. R16 (verzekeringsarts) zegt: “Ze weten bijvoorbeeld ook niet dat ze om een beëdigd tolk-vertaler kunnen vragen.”* Zij pleit voor meer informatie hierover: “Er moet veel meer voorlichting komen over de mogelijkheid van het inzetten van tolken-vertalers.”* Zij noemt ook het belang van begrijpelijke uitleg over het systeem: “Ook meer voorlichtingsmateriaal in meerdere talen, bijvoorbeeld over hoe het Nederlandse systeem werkt.”*

R16 (verzekeringsarts) benadrukt daarnaast wat helpt aan de kant van de professional: goede voorbereiding en tijdige organisatie. Zij zegt dat zij probeert “goed van alle relevante gegevens op de hoogte” te zijn om tot een goede beoordeling te kunnen komen.* Aan het begin van het bezwaartraject nemen betrokken professionals volgens haar samen de relevante informatie door, zodat de beoordeling beter kan worden ingericht. “Daardoor kunnen mensen tijdig worden uitgenodigd, kan op tijd een tolk worden gereserveerd, en dergelijke,” zegt zij.* Zij koppelt dit aan randvoorwaarden in de organisatie: “Er moet meer ruimte zijn om de beoordeling optimaal in te richten.”* Zij ervaart dat er soms weerstand is binnen de organisatie om extra tijd te plannen, ook wanneer dat professioneel nodig is.

Jeugdartsen leggen een duidelijke link met taalverwerving. R9 (jeugdarts) zegt: “Ik zou een betere manier willen om mensen te motiveren om een taal te leren. Ik denk dat dat het belangrijkste is.” Zij noemt als context dat er geen verplichting is: “Er is geen inburgering verplicht als je als arbeidsmigrant komt. Dus je hoeft het niet te leren. Het is echt je eigen initiatief.” Zij ziet dat het aanbod vanuit werkgevers wisselt: “Sommige bedrijven bieden het een klein beetje aan, maar de meeste niet.” En zij beschrijft haar frustratie wanneer taal jarenlang niet op gang komt: “Ik ben soms geïrriteerd als mensen hier tien jaar wonen en nog steeds geen Nederlands kennen.” R5 (jeugdarts) gaat een stap verder en benoemt taal als basisvoorwaarde om wegwijst te worden in zorg en opvoeding. “Ik denk dat dat gewoon verplicht moet zijn, en goed geregeld,” zegt zij. “Als je de taal niet kent, hoe kun je jezelf hier redden, laat staan je kinderen hier grootbrengen.”

Naast taal en tolken benoemt R16 (verzekeringsarts) dat arbeidsmigranten baat kunnen hebben bij ondersteuning die breder is dan één consult. Zij noemt “goede begeleiding”, zoals coaching, taalles en inburgering.* Daarmee plaatsen respondenten oplossingen op meerdere niveaus: beter organiseren van communicatie in het zorgproces, betere informatievoorziening, en structurele mogelijkheden om taal- en systeemkennis op te bouwen.

Wat helpt ligt volgens respondenten deels in het consult zelf, en deels in randvoorwaarden daaromheen:

tijd, tolken, uitleg en mogelijkheden om taal en wegwijst op te bouwen. Daarnaast is het nodig om communicatie en informatie zo in te richten dat deze mensen echt bereikt, met materialen en digitale routes in de relevante talen en met voldoende budget om dat te onderhouden. Het helpt om ondersteunende functies, zoals VETC-achtige inzet of medisch maatschappelijk werk, beschikbaar te houden en vroeg in te zetten, zodat praktische problemen rond bereik, nazorg en verzekering niet pas laat zichtbaar worden. Kortom: waar drempels nu ontstaan door gebrek aan tijd, taal en ondersteuning, helpt het om juist die drie randvoorwaarden structureel te organiseren.

6.5 Slot

Samengevat beschrijven professionals taalbarrières als een drempel die doorwerkt in bijna elk onderdeel van het zorg- en begeleidingsproces. Zij zien praktische gevolgen voor tijdsplanning en continuïteit, en benoemen ook risico's wanneer taal te snel als verklaring wordt aangenomen. Tegelijk wijzen respondenten op duidelijke aanknopingspunten: tolken laagdrempeliger en tijdiger inzetten, professionals daarbij beter ondersteunen, goede voorlichting over sociale zekerheid en rechten in de eigen taal, en arbeidsmigranten meer mogelijkheden geven om taal en systeemkennis op te bouwen. Ondersteunende functies kunnen van grote toegevoegde waarde zijn, en moeten beschermd worden.

7. Bereikbaarheid en toegankelijkheid

Bereikbaarheid en toegankelijkheid blijken voor arbeidsmigranten vaak al een uitdaging voordat er überhaupt zorg of begeleiding kan starten. Veel processen gaan uit van een stabiel adres en van bereik via standaardroutes, zoals uitnodigingen en afspraken. In de praktijk sluit dat niet altijd aan bij een groep die vaker verhuist of wisselend in beeld is, waardoor zorg soms laat op gang komt, uitnodigingen worden gemist en mensen niet verschijnen op afspraken, ook wanneer de behoefte aan zorg er wel is. Professionals beschrijven hierbij barrières die niet alleen op individueel niveau liggen, maar ook samenhangen met de inrichting van organisaties en systemen.

7.1 Adresproblemen: mensen raken uit beeld

Veel arbeidsmigranten verhuizen frequent, ook binnen Nederland. Onduidelijkheid over het adres kan barrières opleveren. Ook frequent verhuizen werkt belemmerend. R1 (verpleegkundige seksuele gezondheid) zegt: “De hoge mobiliteit vind ik een complicerende factor. Het is geen doelgroep die zich direct hier vestigt in de regio en waar je als GGD in kunt investeren qua relatie. Over drie dagen werken ze in Groningen, zogezegd. Je kunt geen ‘trusted advisor’ worden, omdat die mensen maar heel kort hier zijn en zich vaak verplaatsen door Nederland.”

In de jeugdgezondheidszorg wordt zichtbaar hoe snel gezinnen of kinderen uit beeld kunnen raken wanneer bereik vooral via brieven en registraties loopt. R4 (jeugdarts) zegt: “Als ze eenmaal komen en het is een jonge baby en je maakt gelijk een afspraak voor de volgende keer, dan gaat dat best goed. Maar om ze een eerste keer te bereiken is lastiger, zeker met gewone Nederlandse brieven.” Zij beschrijft hoe ouders soms pas zelf de route vinden, terwijl er eerder al pogingen zijn gedaan. “Ouders kwamen naar de JGZ en zeiden: ‘We hebben gehoord dat je hier vaccinaties kan krijgen.’ Toen dachten we: wat goed, maar hoezo moeten ze zelf komen?” In het dossier zag zij dat er eerder al een start was gemaakt: “Er is één keer een dossier aangemaakt en twee keer een Nederlandse brief gestuurd met een uitnodiging. Ze zijn twee keer niet verschenen en dit heeft geen vervolg gekregen.”

Adresregistratie kan bovendien sterk afwijken van de werkelijkheid. R4 (jeugdarts) noemt een voorbeeld van een kind dat formeel op een park stond ingeschreven, zonder ouders: “De verpleegkundige ging langs, maar daar zaten vakantiegangers. Die zeiden: ‘Wij huren dit via Airbnb.’ En er stond een brievenbus met heel veel post, onder andere onze uitnodigingen voor afspraken.”

Ook de koppeling aan school bepaalt soms of kinderen in beeld komen. R4 (jeugdarts) zegt: “Bij kinderen boven de vier wachten we met uitnodigen tot ze aan school gekoppeld zijn. We vroegen hoeveel kinderen in onze regio niet aan een school gekoppeld zijn. Dat waren er nog best een aantal. Natuurlijk niet allemaal kinderen van arbeidsmigranten, maar die zullen ook te vinden zijn in deze groep.” Daarbij speelt mee hoe intern naar opvolging wordt gekeken. R4 (jeugdarts) merkt dat niet iedereen het belang ziet van actief opvolgen: “Iemand van dossierbeheer zei: ‘Maar hoezo willen jullie weten welke kinderen er niet op een school staan? Er komt toch vanzelf wel een keer een school te staan?’”

Als kinderen buiten beeld zijn, is het van grote waarde als de jeugdverpleegkundige laagdrempelig op huisbezoek gaat. R4 (jeugdarts) ziet zeker de meerwaarde in huisbezoek,

maar noemt tegelijk de beperkingen. Er is al een hoge werkdruk, terwijl dit om tijdsintensief werk gaat. Zij zegt: “En ik denk ook wel dat het per verpleegkundige wisselt. Sommigen geven het echt prioriteit. Ze zoeken verschillende routes om in contact te komen. Die rijden er gewoon langs.”

7.2 Opvolging binnen organisaties

Binnen de organisaties waar respondenten werken, worden barrières benoemd die het bereik van arbeidsmigranten kunnen beperken. Het gaat bijvoorbeeld om prioritering in de werkprocessen.

In de arbozorg ziet R12 (bedrijfsarts) bijvoorbeeld verschillen in prioriteitstelling. Hij heeft de indruk dat arbeidsmigranten soms lager op de lijst staan: “Casemanagers van arbodiensten zijn minder geneigd om iets sneller of iets meer te doen voor arbeidsmigranten. Ik heb de indruk dat dat voor hen groep B of groep C is.” Hij ziet verschil in snelheid van afhandeling:

“Als ik iets vraag voor een manager die is uitgevallen, dan gaan ze snel aan het werk. Maar als ik daarna iets vraag voor een arbeidsmigrant, dan hoor ik: deze week gaat dat mij niet lukken.”
– Bedrijfsarts

Wanneer mensen eenmaal in begeleiding zijn, kan de continuïteit alsnog onder druk komen te staan door planning en opvolging. R12 (bedrijfsarts) noemt dat vervolgafspraken soms later worden gepland dan hij medisch wenselijk vindt: “Gelet op de problematiek wil ik voor zo’n cliënt eens in 4 weken een vervolgafspraak. Dat is ongebruikelijk vaak, maar ik vind het nodig. En dan wordt zo iemand niet over 4, maar over 8 weken uitgenodigd.” Hij zegt ook: “Ik heb meegemaakt dat er helemaal geen vervolgafspraak gemaakt wordt.” Omdat hij daar negatieve ervaringen mee heeft, bewaakt hij het extra: “Ik heb een soort lijst gemaakt met checkpunten. Die moet ik zelf bewaken.”

7.3 Curatieve keten: toegang, wachttijden en vervolgzorg

In de curatieve keten ervaren professionals knelpunten die zich al vroeg kunnen voordoen, bijvoorbeeld bij verwijzingen en wachttijden. Zo beschrijft R12 (bedrijfsarts) dat wachttijden belemmerend kunnen werken en tot spanningen kunnen leiden. Hij noemt situaties waarin doorlooptijden niet passen bij de ernst van de klachten: “Ik verwijs iemand naar de huisarts en dan kan pas na twee weken telefonisch een afspraak gemaakt worden. Terwijl dat wel symptomen van hernia zijn.” Hij ziet ook dat wachttijden mensen richting zorg in het land van herkomst duwen: “Mensen gaan liever naar Polen of naar Roemenië of Bulgarije dan hier in Nederland nog drie, vier maanden wachten op een neuroloog of een oogarts.” Dat levert vervolgens weer spanning op richting werkgever: “Dan heb ik discussie met de werkgever. ‘Hoezo zomaar naar Roemenië voor onderzoek?’” R12 (bedrijfsarts) voegt toe dat hij bij cliënten ook een gevoel van onvoldoende erkenning terughooft: “Het valt mij op dat ze ook wel het gevoel hebben dat ze niet serieus genomen worden door huisartsen. En specialisten ook trouwens.”

De barrières zijn nog hoger voor arbeidsmigranten die geen huis of andere stabiele verblijfplaats hebben. Deze groep heeft vaak complexe problematiek, zoals psychische problemen of verslavingen, en leeft vaak zonder zorgverzekering bij gebrek aan een adres.

Als deze mensen in het ziekenhuis belanden, verschuiven de knelpunten soms naar de fase erna: uitstroom, nazorg en vervolgplekken.

Vanuit het ziekenhuis beschrijft R7 (arts maatschappij en gezondheid, groot ziekenhuis) problemen na opname van dakloze arbeidsmigranten, bijvoorbeeld in een revalidatiecentrum of verpleeghuis. "Het revalidatiecentrum zegt: 'De patiënt heeft geen dak boven zijn hoofd. Dus we kunnen die na drie maanden niet ontslaan, dus we kunnen de patiënt niet opnemen.'"

Over verpleeghuiszorg zegt zij: "Er is eigenlijk niemand specifiek voor deze doelgroep en iedereen wijst een beetje naar elkaar." Binnen het ziekenhuis ziet zij vergelijkbare terughoudendheid: "Omdat er toch het imago heerst dat het moeilijke patiënten zijn." En er zijn ook duidelijke organisatorische gevolgen: "Niet kunnen uitplaatsen betekent verlies van inkomsten voor een afdeling. Plus een hele hoop regelwerk, wat veel tijd en energie kost."

Toegankelijkheid kan daarnaast worden beperkt door drempels in de eerste lijn. R6 (arts tuberculosebestrijding) legt de nadruk op het ontbreken van een huisarts: "Patiënten die geen huisarts hebben, dus geen toegang tot eerstelijnszorg." Zij ziet dat mensen zonder huisarts de spoedeisende hulp bezoeken met hun klachten, die niet is ingericht om huisartsenzorg te verlenen. Mensen lopen dan vast in het systeem: "Dan wordt gezegd: ga maar naar je huisarts, want we gaan hier op de spoed niks doen." R6 (arts tuberculosebestrijding) koppelt dit ook aan de praktijk van zorgverlening: "Mensen die de zorg wel proberen te vinden, wordt dan eigenlijk de toegang ontzegd."

Binnen het ziekenhuis noemt zij bovendien dat tuberculose niet altijd tijdig wordt herkend: "In het ziekenhuis wordt er vaak sowieso niet gedacht aan tuberculose. Ook niet bij de balie, niet op de spoed." En breder stelt zij dat zorg voor onverzekerden in de praktijk tot vermijding kan leiden: "Zorg voor onverzekerden kan ingewikkeld zijn omdat zorgverleners dat vaak niet willen. Het ontbreken van de zorgverzekering is een barrière."

In dit kader benoemt R6 (arts tuberculosebestrijding) twee concrete ingrepen die volgens haar veel drempels kunnen wegnemen. "Ik denk: zorgverzekering. En dat is dan inclusief het wegnemen van het eigen risico. Want een eigen risico is een ontzettende barrière." Daarnaast noemt zij een randvoorwaarde op het werk: "Mensen moeten tijd krijgen van de werkgever om zorg te zoeken en te krijgen." Daarmee zet zij twee knoppen neer die aan beide kanten werken: financiële toegankelijkheid van zorg en ruimte om daadwerkelijk naar zorg toe te kunnen.

7.4 *Outreaching* werken: drempels verlagen door actief contact en begeleiding

Tegenover deze drempels staan voorbeelden van *outreaching* werken, waarin professionals actief zorgen dat zij bereikbaar zijn én dat zij hun cliënten bereiken. Dat vraagt tijd en inzet, maar kan voorkomen dat mensen afhaken of pas laat in beeld komen.

In de bedrijfsgezondheidszorg beschrijft R12 (bedrijfsarts) hoe hij bereik vergroot door direct bereikbaar te zijn. "Ik vind het positief als mensen mij altijd kunnen benaderen." Daarom geeft hij soms zijn mailadres: "Om mij laagdrempelig te informeren over belangrijke zaken." Hij benoemt ook de keerzijde: "Ik krijg heel veel mailtjes per dag. Dat kost me minstens één uur per dag om ze te lezen en snel te beantwoorden." Tegelijk ziet hij het effect: "Mensen vinden dat ontzettend fijn. Ze stellen het zeer op prijs dat ze dan wel, zonder afspraken en zonder na zoveel weken, met je kunnen spreken." Deze werkwijze zou een oplossing kunnen zijn voor het probleem dat in sommige organisaties het vaste personeel wel toegang heeft tot de bedrijfsarts van de organisatie, terwijl er voor flexibel personeel vanuit het uitzendbureau geen toegang is geborgd.

Bij de tuberculosebestrijding is *outreaching* werken volgens R6 (arts tuberculosebestrijding) structureel onderdeel van de aanpak. Zij beschrijft hoe verpleegkundigen arbeidsmigranten begeleiden in het medische traject en daar omheen: "Onze verpleegkundigen begeleiden arbeidsmigranten en proberen bijvoorbeeld een huisarts en een zorgverzekering te regelen." Zij noemt ook bemiddeling met de werkgever: We proberen de werkgever aan boord te krijgen, om te voorkomen dat die zegt: je bent al drie weken niet geweest, dus ik ontsla je." Het doel is dat behandeling niet leidt tot verlies van werk en bestaanszekerheid: "We proberen iemands leven een beetje te settelen, zodat hij na herstel weer verder kan met zijn leven." Zij benoemt dat dit verder gaat dan medische zorg: "Daar zit een heel groot stuk sociaal maatschappelijk werk naast het medische werk. Dat pakken de verpleegkundigen met name op." In de uitvoering gaan zij ver om afspraken haalbaar te maken: "Verpleegkundigen rijden naar het huis van de arbeidsmigrant toe om hem op te halen voor controle bij de GGD of de longarts." R6 (arts tuberculosebestrijding) ziet hierin opbrengst, maar ook de intensiteit: "Het kan veel opleveren, maar het is wel veel individuele begeleiding." Tegelijk koppelt zij dit aan een breder belang: "Arbeidsmigranten moeten eerder in zorg komen. De barrières tot zorg moeten echt omlaag."

Ook in de jeugdgezondheidszorg beschrijft een respondent dat actief helpen soms nodig is om toegang praktisch te maken. R5 (jeugdarts) zegt: "Ik heb daar niet altijd de tijd voor, maar ik doe het uiteindelijk wel." Dat kan betekenen dat je heel concreet helpt: "Dat je een website laat zien en een adres opzoekt, en een nummer. Dat je zegt: op deze dag en dit tijdstip is het inloopsprekuur, hier moet je zijn." Soms volgt daarna nog een check: "En dan ga je daarna nog nabellen of het is gelukt." Zij herkent dit als stijl van haar hele team: "We zijn heel erg behulpzaam. We nemen de mensen echt bij de hand." Ze voegt toe: "Soms misschien nog te veel."

"Maar als je die mensen kunt helpen, dan doe je er alles aan."

- Jeugdarts

7.5 Slot

Bereikbaarheid en toegankelijkheid zijn het resultaat van talloze praktische schakels: uitnodigingen die aankomen en begrepen worden, contact dat wordt opgevolgd, ruimte om mensen vast te houden in een traject, en toegang tot passende zorg op het moment dat het nodig is. Waar die schakels niet aansluiten bij de realiteit van mobiliteit, wisselende adressen, onzeker werk en beperkte systeemkennis, raken mensen snel uit beeld — soms al vóórdat zorg kan starten, en soms juist in de overgang naar vervolgzorg of nazorg.

Tegelijk laten de beschreven vormen van *outreaching* werken zien dat uitval niet onvermijdelijk is. Wanneer professionals actief investeren in contact, begeleiding en continuïteit, kunnen zij drempels omzeilen en zorg eerder en beter laten landen. Dat vraagt wel om randvoorwaarden: tijd, mandaat en ondersteunende structuren die deze manier van werken mogelijk maken. Daarmee vormt bereikbaarheid niet alleen een praktisch thema, maar ook een organisatievraag: welke inspanning vinden we normaal om mensen die kwetsbaar zijn, daadwerkelijk in beeld te houden?

8. Samenwerken rond arbeidsmigranten

Samenwerking is in vrijwel alle interviews een terugkerend thema, juist omdat problemen rond arbeidsmigranten zelden in één domein blijven. Gezondheidsschade begint geregeld bij werk, maar werkt door in wonen, bestaanszekerheid, zorgtoegang en (bij ziekte) in het risico om uit beeld te raken. Tegelijk beschrijven respondenten dat hun werk in de praktijk vaak relatief geïsoleerd is georganiseerd. In de bedrijfs- en verzekeringsgeneeskunde speelt mee dat professionals moeten laveren tussen belangen en posities, met privacy als harde randvoorwaarde. Dat maakt de samenwerking niet minder gemotiveerd, maar wel complexer: je wilt snel schakelen, maar je hebt niet altijd de lijnen of toestemming om dat ook daadwerkelijk te doen.

8.1 “Weinig contact” en behoefte aan lijntjes

Verzekeringsartsen beschrijven dat samenwerking buiten de eigen organisatie beperkt is. R14 (verzekeringsarts): “Buiten de UWV-organisatie is er weinig contact met andere professionals.”* Tegelijkertijd komt bij bezwaarprocedures samenwerking juist wél nadrukkelijker op tafel te liggen. R15 (verzekeringsarts) is gespecialiseerd in medische advisering in bezwaarzaken. Zij typeert de samenwerking met UWV als bereidwillig maar traag: “UWV is wel medewerkzaam, maar heel log, het duurt vaak heel lang voor iets is gerealiseerd.”* Over andere partijen is zij wisselend: “De samenwerking met de rapporteurs van aansprakelijke verzekeraars is vaak moeizaam. Zij hebben er belang bij om de geleden schade zo klein mogelijk voor te stellen... Het kost vaak veel moeite om dat soort dingen recht te zetten.”* Met letselschadeadvocaten ervaart zij juist vaart: “Je merkt dat je samen verder komt, de krachten kunt bundelen.”* En met zorgprofessionals is er vaak informatiebereidheid: “Met huisartsen en medisch specialisten, en ook fysiotherapeuten geven vaak veel informatie.”*

Bij bedrijfsartsen klinkt een verwant beeld: intern zijn er meestal wel lijnen, extern voelt het soms “eenzaam”. R10 (bedrijfsarts) beschrijft dat hij binnen de arbodienst samenwerkt met onder meer maatschappelijk werk, coaches, psychologen, casemanagers en arbeidsdeskundigen, maar dat privacy soms directe afstemming bemoeilijkt: “Dat ligt soms moeilijk, want vanwege de privacy heb ik geen directe interactie met bijvoorbeeld de psycholoog, tenzij ik medische informatie opvraag.” R13 (bedrijfsarts) noemt het werk als bedrijfsarts soms “lonely”: hij adviseert bijvoorbeeld coaching of mediation, maar krijgt zelden terugkoppeling.* Juist omdat de problematiek bij arbeidsmigranten vaak stapelt, wordt het gemis aan structurele terugkoppeling en korte lijnen dan extra voelbaar.

8.2 Privacy en initiatief

Een concreet spanningsveld is er tussen privacywetgeving en de behoefte om breder samen te werken. R10 (bedrijfsarts) reflecteert op het verschil met zijn eerdere werk in het ziekenhuis: “Werk ik samen met professionals buiten de arbodienst, bijvoorbeeld met de GGD? Nee, eigenlijk niet. Zo heb je geen samenwerking, geen contacten meer. Gekke ervaring als ik het vergelijk met m’n leven in het ziekenhuis. Ja daar was samenwerking vanzelfsprekend. De privacywetgeving is belangrijk natuurlijk, maar maakt samenwerking wel moeilijker.” Tegelijkertijd wijst hij ook op handelingsruimte: “Ik denk dat het actiever moet zijn. In die zin dat jij bepaalt waar je terecht komt. Zoals de GGD, daar kan je zelf wel contact mee opnemen hè.”

Samenwerking hoeft niet altijd via formele, zware structuren te lopen; soms ontstaat beweging juist doordat professionals zélf de telefoon pakken en een lijn leggen die er nog niet was.

Dat verlangen naar betere verbinding wordt ook concreet richting de huisarts. R10 (bedrijfsarts) noemt de huisarts “een soort hoeksteen” en ziet veel meerwaarde als sparringpartner: “Als ik daarmee makkelijker zou kunnen sparren dan heb ik de arbeidsmigrant beter in beeld. De huisarts kent waarschijnlijk niet alleen een medische situatie maar ook de andere factoren iets beter dan wij... Ik verwacht dat zij waardevolle andere informatie hebben die ons ook kan helpen in de verdere begeleiding.” Anderzijds heeft de bedrijfsarts veel informatie die de huisarts mist: de huisarts weet vaak weinig over het werk, terwijl juist dáár veel risico's zitten.

8.3 Publieke gezondheid: mooie ideeën, taie uitvoering

In de publieke gezondheid komt samenwerking vaak als noodzaak naar voren, maar ook als iets dat snel kan doodbloeden als het te afhankelijk is van motivatie van de individuele medewerker. R2 (arts infectieziektebestrijding) noemt de brandweer een “interessante partner” omdat die al preventief werkt (brandveiligheid) en woningen inspecteert. Hij schetst een eerdere situatie waarin signalen over schimmel, vocht en te veel bewoners in één woning aanleiding waren om samen op te trekken: “Ook vanuit technische hygiënezorg en vanuit de dienst infectieziektebestrijding zijn we toen aangehaakt.” Tegelijk beschrijft hij hoe ingewikkeld de vervolgvraag is: wat is je formele positie, wat is de juridische grondslag, en wie doet er vervolgens iets met het gezondheidsadvies? “Het was toen vooral de goodwill... van de verhuurder of die inging op de adviezen.” En hij ziet hoe kwetsbaar zulke samenwerking is als het leunt op een paar mensen: “Het was toen afhankelijk van één collega van de brandweer... en toen bloedde het ook dood.”

Daar bovenop komen interne drempels. R2 (arts infectieziektebestrijding) signaleert dat er binnen de GGD te weinig uitwisseling is over wie waarmee bezig is: “En vooral alsmaar bij de werkgroep X geïnventariseerd wordt wat er allemaal gaande is, maar nooit eens naar buiten wordt gegaan.” Hij vat het samen als “veel gepraat, weinig actie”, en herkent hoe de waan van de dag het hogere doel wegdrukt. In die context wordt samenwerking niet alleen een kwestie van ‘willen’, maar ook van organiseren: wie maakt tijd, wie borgt continuïteit, en hoe voorkom je dat goede ideeën bij het eerste capaciteitsprobleem weer verdwijnen?

8.4 Slot

Samengevat laten de interviews zien dat samenwerking rond de zorg voor arbeidsmigranten breed wordt gewenst, maar vaak botst op structuur: beperkte lijnen buiten de eigen organisatie, starre formele rollen, versnipperde financiering, privacy als soms beknellende randvoorwaarde, gebrek aan capaciteit en het ontbreken van vaste overlegvormen. Tegelijk zijn er duidelijke aanknopingspunten: samenwerking ontstaat wanneer professionals initiatief nemen (“gewoon contact opnemen”), wanneer er een natuurlijke partner is (zoals de huisarts, of in de publieke gezondheid bijvoorbeeld de brandweer), en wanneer samenwerking niet als project maar als terugkerend werkproces wordt ingericht.

9. Spanningsveld tussen economie en volksgezondheid

Achter veel knelpunten in dit rapport ligt een bredere spanning: arbeidsmigranten zijn economisch van grote waarde, maar hun positie in wonen, werk en zorg is niet altijd structureel beschermd. Respondenten benoemen dat dit leidt tot frictie op meerdere niveaus: in individuele casuïstiek (wel of niet ziekmelden, wel of niet naar zorg), in uitvoeringspraktijken (wie betaalt, wie organiseert) en in beleid (welkom als arbeidskracht, maar niet altijd als inwoner met rechten en voorzieningen). Juist in die spanning wordt zichtbaar wat sociale geneeskunde in de kern is: werken aan gezondheid in een veld waar belangen niet vanzelf parallel lopen.

9.1 “Goedkope arbeid” en de rekening van ziek worden

R7 (arts maatschappij en gezondheid, groot ziekenhuis) verwoordt het scherp vanuit de praktijk van nazorg en bestaanszekerheid: “Het helpt zeker als überhaupt alle omstandigheden voor arbeidsmigranten beter geregeld worden. Dat ze niet direct dakloos worden als ze ziek zijn en daarmee dus ook hun zorgverzekering kwijtraken en meteen op straat belanden. Ik vind eigenlijk dat je niet zo met mensen om kunt gaan.” Zij benoemt het ongemak dat daaronder ligt: “Maar blijkbaar vinden wij in Nederland dat dat wel zo kan, want we hebben goedkope arbeid en daarna zijn ze niet meer nodig.” En ze voegt toe:

“Het zijn ook allemaal mensen, die heel hard werken... en wel zorgen dat wij een draaiende economie hebben. Dus daar mogen we best wel wat voor terug doen ook.”

- Arts maatschappij en gezondheid

R2 (arts infectieziektebestrijding) beschrijft hetzelfde spanningsveld op beleidsniveau: “Onze regio heeft een economisch belang bij het feit dat deze arbeidsmigranten vacatures invullen.” Tegelijk is de publieke gezondheidslogica helder: “Wij willen zorgen dat die mensen in veilige en gezonde omgevingen wonen en werken... Maar dat kost geld. Wat de gemeente niet zelf terugverdient.” Hij schetst hoe gemeenten hierin kunnen verschillen: sommige hebben “de sociale kant” op het vizier, andere stellen “vooral het economische belang” voorop. En zelfs wanneer het sociale aspect wél wordt gezien, blijft het lastig om middelen te mobiliseren, bijvoorbeeld wanneer iemand enkele dagen niet kan werken.

Het gesprek met R2 (arts infectieziektebestrijding) raakt aan een kernvraag die respondenten herkenbaar vinden: wat is Nederland eigenlijk van plan met arbeidsmigratie op de lange termijn? R2 (arts infectieziektebestrijding): “Ik denk dat consequent overheidsbeleid ook heel erg belangrijk is, hè. Nu hinken we op twee benen. Enerzijds zijn de arbeidsmigranten hartstikke welkom om de vacatures te vullen... En anderzijds zijn ze ook eigenlijk helemaal niet welkom.” Volgens hem zou het helpen als er nationaal een langdurige keuze wordt gemaakt: accepteer je arbeidsmigranten als structurele inzet, organiseer je dan ook hun plek in de samenleving en de toegang tot sociale voorzieningen; of kies je een andere koers. “Maar dat op twee benen hinken... ik vind echt dat op nationaal niveau iets nodig is om deze doelgroep minder kwetsbaar te maken.”

9.2 Werkgevers meekrijgen zonder naïef te worden

In de praktijk komt het spanningsveld vaak samen in de omgang met werkgevers en uitzendorganisaties. R2 (arts infectieziektebestrijding) benoemt daarbij een professionele strategie die hij tegelijk ongemakkelijk en noodzakelijk vindt: "Dus eigenlijk moet je 'trusted advisor' worden van de uitzendorganisaties." Het doel is dat adviezen over gezondheid en preventie ook landen in de dagelijkse organisatie van werk. Hij koppelt dit aan wat in de opleiding tot arts maatschappij en gezondheid nadrukkelijk terugkomt: "What's in it for them?" Je zoekt dan haakjes in belangen die niet primair gezondheidsgericht zijn, bijvoorbeeld continuïteit van productie en het voorkomen van uitval: "Dat je voorkomt dat zo'n infectie zich verder verspreidt en verdere uitval van werknemers veroorzaakt." En hij erkent het schuren daarvan: "Dat vind ik soms wat tegen je gevoel in gaan dat je haakjes moet zoeken in de belangen die zo'n werkgever heeft."

Bedrijfsartsen herkennen die spanning eveneens, maar dan vanuit preventie op de werkvloer. R10 (bedrijfsarts) ziet mogelijkheden om proactiever met werkgevers in gesprek te gaan, juist op plekken waar veel uitzendkrachten werken: "Dat je zelf als bedrijfsarts daarnaartoe gaat en echt op werkgeversniveau gaat kijken... wat doen jullie? Wat zouden jullie nog meer kunnen doen?" Tegelijk benoemt hij de realiteit van "andere belangen" in bedrijven: "Het moeilijke is dat de belangen die ze hebben toch het meeste baat hebben bij werknemers die goedkoop en onder soms niet altijd de beste arbeidsomstandigheden zwaar werk verrichten." R12 (bedrijfsarts) beschrijft hoe structurele overlegvormen met uitzendbureaus vaak ontbreken, en hoe voorstellen daartoe soms stranden op "geen tijd en geen geld" of op het actief blokkeren van overleg. In zijn woorden: "Daar ontbreekt vaak de motivatie om mee te denken aan arbeidsomstandigheden en aan preventieve maatregelen... financiën zijn een behoorlijk obstakel." En hij schetst de harde vervangingslogica: "Als iemand toch ziek blijft, nou, dan gaan ze hem vervangen door een nieuwe."

9.3 Slot

De spanning tussen economie en (volks)gezondheid bepaalt of mensen zich ziek durven melden, of preventie haalbaar is, en of de arbeidsmigrant bij uitval werk, woning of verzekering behoudt. Tegelijk beschrijven respondenten ook een professioneel handelingsrepertoire: strategisch verbinden door belangen te begrijpen, door "trusted advisor" te worden waar dat kan, en door beleid en uitvoering zo te organiseren dat gezondheid niet steeds het onderspit delft.

10. Professionele kracht en gezamenlijkheid

Ondanks alle drempels is er bij professionals veel vakmanschap, creativiteit en intrinsieke motivatie om wél beweging te organiseren. Respondenten benoemen dat sociale geneeskunde juist bestaat bij de gratie van werken in een politiek en maatschappelijk geladen veld, waar je met beperkte formele macht toch resultaten probeert te boeken. Dat vraagt om professionele autonomie, verbinding tussen professionals en een stevige rugdekking vanuit beroepsverenigingen. Beroepsverenigingen kunnen een actieve infrastructuur bieden voor kennis, normering en zichtbaarheid.

10.1 Autonomie en elkaar opzoeken: “supergave dingen”

R2 (arts infectieziektebestrijding) benoemt professionele vrijheid als een belangrijke randvoorwaarde: “die professionele vrijheid die we krijgen... stuk autonomie vind ik echt inderdaad een belangrijke kernwaarde hier.” Hij beschrijft ook hoe professionals elkaar kunnen vinden, soms ontstaan vanuit crisissituaties zoals COVID: “Dat was eigenlijk een gelegenheidsgezelschap... de collega’s die intrinsiek gemotiveerd waren om zich hard te maken voor deze groep.” Het groepje bestaat nog steeds en is vooral bedoeld om bij te praten en uit te wisselen. Juist in die uitwisseling komt energie vrij. In het gesprek klinkt enthousiasme wanneer het gaat over het herstarten van samenwerking of het opnieuw oppakken van ideeën: “Ja, misschien moeten we dat toch nog eens doen?” en even later: “Ja, dat zijn supergave dingen.”

Diezelfde beweging ziet R7 (arts maatschappij en gezondheid, groot ziekenhuis) in haar ziekenhuiscontext: zodra je het probleem zichtbaar maakt en actief verbinding zoekt, blijkt herkenning breed aanwezig. “De meeste mensen die ik tot nu toe gesproken heb, die herkennen het probleem, erkennen het en staan ook open om mee te denken.” Tegelijk benoemt zij de stap die daarna volgt: voor concrete stappen heb je partijen nodig die ook echt iets moeten inzetten—tijd, capaciteit, geld—en dát is het moment waarop weerstand kan ontstaan. Haar aanpak is daarom ook beleidsmatig: het probleem goed in kaart brengen, inclusief de organisatorische gevolgen (zoals ligduur en niet kunnen uitplaatsen), zodat het gesprek niet blijft hangen in goede bedoelingen, maar gaat over keuzes.

10.2 Risico’s benoemen zonder te stigmatiseren

Een terugkerende professionele spanning is hoe je problemen agendeert zonder groepen te stigmatiseren. In de tuberculosebestrijding wordt dat scherp. R6 (arts tuberculosebestrijding) benoemt de rol van “klokkenluider” en het risico dat dit polariseert: “Als je dus heel erg gaat klokkenluiden dat het zo’n probleem is, tuberculose onder arbeidsmigranten, dan werkt dat stigmatisering in de hand: we moeten geen mensen uit het buitenland meer naar Nederland laten komen.” Het dilemma is helder: je wilt zichtbaar maken dat slechte woon- en werkomstandigheden ziekterisico’s vergroten, maar je wilt niet dat “de ziekte” aan “de groep” wordt vastgeplakt.

Daarom benoemt R2 (arts infectieziektebestrijding) ook een tweede beweging: naast agenderen is er soms “acceptatie” van risico nodig, in de zin van realistisch anticiperen in draaiboeken en paraatheid. “Als hier de pleuris uitbreekt, breekt ook echt de pleuris uit... dan verspreidt een infectieziekte zich gewoon heel snel.”

En vervolgens: “Ik vind dat we die kennis binnen het team gewoon goed moeten delen. Dat als je in een dienst te maken krijgt met zo’n setting dat je even iets sneller aanslaat, en misschien ook wat sneller opschaalt.” Acceptatie betekent hier dus dat het team professioneel is voorbereid in een context waarvan je weet... dat die risico’s kent.”

10.3 Beroepsverenigingen

Meerdere respondenten koppelen hun handelingsruimte expliciet aan de rol van beroepsverenigingen: zij moeten problemen blijven signaleren, kennis ontwikkelen en de uitvoering “scherp houden”. R14 (verzekeringsarts) stelt dat beroepsverenigingen problemen moeten blijven agenderen bij beleidsmakers.* R15 (verzekeringsarts) noemt het belang van aandacht op congressen en via media.* R16 (verzekeringsarts) benadrukt dat meer aandacht nodig is om de uitvoering scherp te houden.*

R12 (bedrijfsarts) verbindt dit ook aan scholing en normalisering binnen de beroepsgroep: veel collega’s hebben “heel weinig kennis”, vinden het “eng en tijdrovend”, en schuiven de doelgroep daardoor liever door. Hij pleit voor meer aandacht in basis- en aanvullende opleidingen en voor het ontwikkelen van specifieke vaardigheden. Daarnaast benoemt hij ook de behoefte aan rugdekking wanneer beroepsethiek botst met organisatie- of werkgeverslogica: “Bij werkgevers ontmoet ik vaak onbegrip voor mijn initiatief en voor mijn beroepsethische kant.” Hij ziet juist daar een taak voor de beroepsvereniging, bijvoorbeeld door richting werkgevers normatief te zijn over het opvolgen van adviezen en over preventie.

10.4 Slot

Wat in deze interviews opvalt, is dat de energie niet ontbreekt: professionals zien het probleem, herkennen elkaars puzzels en noemen tal van praktische aangrijpingspunten. De uitdaging zit in het borgen: samenwerking die niet doodbloedt, beleid dat niet op twee benen blijft hinken, en een stevige professionele infrastructuur die ruimte geeft om zorgvuldig te werken, strategisch te verbinden en tegelijk stigmatisering te vermijden. Juist daar laat sociale geneeskunde haar waarde zien: medische expertise verbinden met ‘getting things done’ in een complex veld—gesteund door onderlinge netwerken én krachtige beroepsverenigingen.



11. Aanbevelingen

1. Geef professionals ruimte om goed en zorgvuldig te werken

Zorg dat sociaalgeneeskundigen voldoende tijd, capaciteit en organisatorische steun hebben om hun werk goed te doen: langere consulten waar nodig, tijd voor voorbereiding en follow-up, en ruimte om af te wijken van standaardprocessen als de situatie daarom vraagt. Dit gaat ook om het kunnen plannen van extra contactmomenten, het kunnen afstemmen met andere betrokkenen en het kunnen organiseren van passende ondersteuning rondom een consult. *Outreaching* werken is in bepaalde situaties een voorwaarde om reguliere zorg en preventie te laten landen.

2. Normaliseer tijdige inzet van professionele tolken

Maak de inzet van (beëdigde) tolken laagdrempelig en vanzelfsprekend wanneer dat nodig is. Zorg dat professionals weten hoe het werkt, dat het logistiek haalbaar is en dat consulttijd daarop is ingericht. Ondersteun dit met meertalige uitleg voor cliënten over het recht op een tolk, en voorkom dat 'improviseren' (bijvoorbeeld met vertaalapps) een structurele vervanging wordt voor zorgvuldig gesprek wanneer de inhoud of situatie daarom vraagt.

3. Borg basisvoorwaarden voor toegang tot zorg en begeleiding

Maak het voor arbeidsmigranten praktisch mogelijk om zorg te zoeken en te ontvangen. Verlaag financiële drempels waar die aantoonbaar toegang belemmeren. Zorg dat het preventief consult bij de bedrijfsarts bekend en toegankelijk is bij arbeidsmigranten. Borg dat werkenden zonder angst voor repercussies tijd kunnen nemen voor noodzakelijke zorg en preventie. Deze maatregelen versterken individuele gezondheid én volksgezondheid, en bevorderen vroegtijdige signalering en preventie.

4. Versterk kennis en handelingsperspectief over rechten, routes en procedures

Voor arbeidsmigranten:

Zorg voor heldere, leesbare en begrijpelijke informatie over rechten en stappen bij ziekte, arbeidsongeschiktheid en bedrijfsongevallen. Gebruik flyers en video's in de eigen taal, zet vertrouwenspersonen in, leg uit dat een beroep op je rechten geen gevolgen heeft voor het werk. Maak daarbij expliciet wat in het Nederlandse stelsel wel en niet kan (bijvoorbeeld rolverdeling huisarts–specialist–verzekeringsarts) en hoe mensen ondersteuning kunnen organiseren (zoals gemachtigde, juridische hulp of tolken).

Voor professionals:

Verspreid actief de reeds bestaande ondersteunende richtlijnen en factsheets voor professionals – zie bijvoorbeeld de lijst aan het eind van dit rapport. Werk aan herkenbare protocollen en checklists die professionals meer houvast geven, zoals rond arbeidsongevallen.

5. Ontwerp bereik en uitnodigingen rond mobiliteit en wisselende adressen

Pas uitnodigingen en eerste contactmomenten aan op een doelgroep die vaak verhuist, kort verblijft of digitaal minder makkelijk meekomt. Combineer digitale routes met alternatieven die werken: meertaligheid, eenvoudigere intake/triage, telefonisch contact, inloophmogelijkheden en actieve opvolging na no-shows. Uitnodigen uitsluitend via standaardbrieven in het Nederlands blijkt voor deze doelgroep onvoldoende effectief en vraagt om aanvullende, meer passende contactstrategieën. Maak het in de JGZ een expliciete prioriteit om kinderen die buiten beeld zijn of raken actief op te sporen (bijvoorbeeld door slimme koppelingen met school, wijkteams en andere vindplaatsen, en door proactieve opvolging wanneer contact herhaaldelijk niet lukt). Overweeg of het nog van deze tijd is om voorzieningen zoals de jeugdgezondheidszorg te koppelen aan inschrijving in de Basisregistratie Personen (BRP).

6. Houd ondersteunende functies en schakels in stand

Investeer in functies die drempels verlagen, zoals medisch maatschappelijk werk en bedrijfsmaatschappelijk werk, sleutelpersonen/voorlichting in eigen taal en cultuur, en medewerkers die taal en belevingswereld van de doelgroep kennen. Voorkom dat effectieve structuren wegvallen door bezuinigingen of projectmatige financiering. Juist deze schakels voorkomen dat de zorg uiteindelijk veel duurder uitvalt. Ze maken het verschil tussen 'uitleg geven' en 'toegang daadwerkelijk realiseren'.

7. Versterk vroegsignalering en aandacht voor psychische problematiek

Borg dat psychische klachten en stressgerelateerde problematiek (bijvoorbeeld door bestaansonzekerheid, werkdruk, isolement en woonomstandigheden) expliciet worden meegenomen in signalering en begeleiding. Dit vraagt om tijd, culturele sensitiviteit, passende uitleg (stigma/taal) en werkbare routes voor doorverwijzing. Wees er alert op dat mensen die in moeilijke omstandigheden leven mogelijk meer risico lopen om verslavingen te ontwikkelen. Zorg ervoor dat professionals handelingsopties hebben wanneer psychische problematiek niet de 'hulpvraag aan de voordeur' is, maar wél onderliggend meespeelt.

8. Versterk domeinoverstijgende samenwerking

Maak samenwerking tussen bedrijfsartsen, verzekeringsartsen, jeugdgezondheidszorg, infectieziektebestrijding, curatieve zorg, gemeenten en maatschappelijke partners concreet en uitvoerbaar: korte lijnen, vaste contactpunten en heldere werkafspraken die privacy beschermen én samenwerking mogelijk maken. Versterk de verbinding met de huisarts (waar die er is) en verken actief samenwerking tussen bedrijfsartsen, verzekeringsartsen, GGD en gemeenten waar die nu nog weinig vanzelfsprekend is. Houd er rekening mee dat bedrijfs- en verzekeringsartsen ook een beoordelende functie hebben, zodat gegevensdeling op casusniveau voor hen genuanceerd ligt. Zet in op 'lichte' samenwerkingsvormen die wél uitvoerbaar zijn: elkaar kunnen vinden, weten wie te bellen, en gezamenlijke probleemdefinitie op groepsniveau en wanneer casuïstiek over domeinen heen loopt.

9. Doorbreek versnippering met gezamenlijke regie en financiering

Zorg voor een structureel regiepunt en een financieringsbron die departementen en domeinen overstijgt, zodat preventie, zorg, arbeid en sociaal beleid rond arbeidsmigranten niet langs elkaar heen blijven lopen. Een gedeelde opdracht en budget maken het mogelijk om verantwoordelijkheid te bundelen, partners te verbinden en effectieve maatregelen (zoals bereik, taalondersteuning en nazorg) duurzaam te organiseren in plaats van projectmatig.

10. Benut de professionele kracht van de sociale geneeskunde

Investeer bewust in de kracht, creativiteit en intrinsieke motivatie van sociaalgeneeskundigen. Hun vak verbindt medische expertise met het vermogen om in een complex en soms politiek geladen veld stappen te zetten: belangen wegen, bruggen bouwen en oplossingen organiseren die werken. Dat vraagt om professionele autonomie, tijd om netwerken te bouwen en erkenning voor werk buiten het consult. Veranker de benodigde competenties in opleiding en ontwikkeling. Faciliteer het opstellen van een richtlijn over het thema arbeidsmigranten in de sociale geneeskunde. Ondersteun de professionals met krachtige beroepsverenigingen die kennis delen, agenderen en een gezamenlijke stem vormen richting beleid.

11.1 Slot

Deze aanbevelingen laten zien dat verbetering vraagt om randvoorwaarden die professionals in staat stellen hun werk goed te doen: voldoende tijd en ruimte voor zorgvuldig handelen, laagdrempelige inzet van tolken, en praktische toegankelijkheid van zorg zonder financiële of werkgerelateerde drempels. Daarnaast helpt het wanneer bereik en uitnodigingen aansluiten bij de realiteit van mobiliteit en taal—met in de jeugdgezondheidszorg expliciete prioriteit voor

het opsporen van kinderen die buiten beeld blijven—en wanneer *outreaching* begeleiding en ondersteunende schakels structureel beschikbaar zijn. Tot slot blijkt dat domeinoverstijgende samenwerking alleen van de grond komt als zij uitvoerbaar is georganiseerd (privacy-proof, met vaste contactpunten), wanneer versnippering wordt doorbroken door gezamenlijke regie en financiering én als de professionele kracht van de sociale geneeskunde wordt benut: de combinatie van medische expertise, beleidsgedreven handelen en het vermogen om in een veld met uiteenlopende belangen toch stappen te zetten, gesteund door sterke opleidingen en beroepsverenigingen.

12. Meer weten en referenties

Hieronder vind je informatie over de WAVG en links naar bestaande onderzoeken en handreikingen. Daaronder bestaande informatiematerialen voor arbeidsmigranten.

12.1 Werkgroep Arbeidsmigranten Veilig en Gezond (WAVG)

Position paper Werkgroep Arbeidsmigranten Veilig en Gezond (WAVG). Samen zorgen voor gezond leven en werk, December 2025.

Federatienieuws Medisch Contact. Arbeidsmigranten: hoe zorgen we samen voor gezond leven en werk? November 2023.

Van 't Land K. Kwetsbare groep: arbeidsmigranten. Tijdschrift voor Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde, Oktober 2024.

Klijn S. Arbeidsmigrant met infectieziekte. Tijdschrift voor Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde, Oktober 2025.

12.2 Onderzoeken

Zicht op arbeidsmigranten, Risbo, 2024

Veiligheid arbeidsmigranten. Onderzoek naar de werkgerelateerde veiligheid van arbeidsmigranten in Nederland. Onderzoeksraad voor de Veiligheid (OVV), 2025.

Arbeidsmigrant met werkende partner blijft steeds vaker in Nederland. CBS, Januari 2025.

Hoe denken arbeidsmigranten over gezondheid en zorg in Nederland? De resultaten van het 2e arbeidsmigrantenpanel. Kenniscentrum Arbeidsmigratie, 2021.

Zorg(en) voor arbeidsmigranten. Een verkennend onderzoek naar gezondheid en welzijn van arbeidsmigranten uit Midden- en Oost-Europa in Nederland en de toegang tot zorg. Pharos, 2022.

Beter in beeld. Zorgen en kansen voor Bulgaren en hun kinderen in kwetsbare positie. Pharos,

12.3 Handreikingen

Voor gemeenten:

VNG Handreiking zorg en welzijn arbeidsmigranten

En de Wegwijzer zorg en Welzijn:

<https://vng.nl/artikelen/handreiking-zorg-welzijn-eu-arbeidsmigranten>

Voor uitzendorganisaties:

Arbeidsmigranten gezond aan het werk: magazine voor uitzendorganisaties over wat zij kunnen doen rond preventie en gezondheid van arbeidsmigranten (AbU, NBBU, Pharos, Trimbos).

<https://www.pharos.nl/kennisbank/arbeidsmigranten-gezond-aan-het-werk/>

Wegwijzer zorg aan onverzekerden

<https://www.skgz.nl/vergoeding-van-zorg/vergoeding-van-zorg-voor-onverzekerdepatienten>

Infosheets Pharos over arbeidsmigranten en hun kinderen:

<https://www.pharos.nl/infosheets/gezondheid-en-zorg-voor-arbeidsmigranten/>

<https://www.pharos.nl/factsheets/kinderen-van-arbeidsmigranten/>

12.4 Informatiematerialen voor arbeidsmigranten

Voor arbeidsmigranten:

Uitleg over processen bij verzuim, bij het UWV en over Arboregelingen in bijvoorbeeld Pools en Roemeens, op B2-niveau: <https://arbotaal.nl/kennis/>

Overzicht vertaalde voorlichtingsmaterialen GGD GHOR en Pharos

<https://www.pharos.nl/kennisbank/overzicht-voorlichtingsmaterialen-in-diverse-talen/>

Infographic eerstelijnszorg voor arbeidsmigranten in 10 talen

<https://www.pharos.nl/kennisbank/infographic-eerstelijnszorg-versie-voor-arbeidsmigranten-nederlands/>

Wat is stress en wat kun je doen? Informatie over mentale gezondheid voor arbeidsmigranten

<https://www.pharos.nl/kennisbank/wat-is-stress-en-wat-kun-je-doen-informatie-over-mentale-gezondheid-voor-arbeidsmigranten-nederlands/>

Informatie over seksuele gezondheid in 16 talen:

<https://www.zanzu.nl/>

12.5 Omgaan met taalbarrières

De Richtlijn Omgaan met taalbarrières in zorg en sociaal domein (2025)

<https://www.pharos.nl/infosheets/taalbarrieres/>

Alle actuele informatie over het inzetten van tolken

<https://www.zoschakeltueentolkin.nl/>

Colofon

© Werkgroep Arbeidsmigranten Veilig en Gezond (WAVG)

Analyse en tekst:

Karine van 't Land, arts maatschappij en gezondheid, voorzitter KAMG

Interviews:

Laura Boogaard, arts maatschappij en gezondheid, infectieziektebestrijding, PhD onderzoeker

Hans Dam, bedrijfsarts

Ewa Dijkman, bedrijfsarts, consulent oncologie

Carla Hugén, arts maatschappij en gezondheid, Straatzorg en gezondheidsverschillen

Susanne Klijn, arts maatschappij en gezondheid, infectieziektebestrijding

Wim Otto, verzekeringsarts

Henk van Schie, bedrijfsarts

Paulien Tolsma, arts maatschappij en gezondheid, infectieziektebestrijding

Elza Zijlstra, jeugdarts KNMG

Allen lid van de Werkgroep Arbeidsmigranten Veilig en Gezond (WAVG)

Advies:

Elize Smal, adviseur gezondheid en migratie, Pharos

Birgit H.P.M. Donker-Cools, verzekeringsarts en voorzitter NVVG

Boyd Thijssens, bedrijfsarts en voorzitter NVAB

Gijsbert van Lomwel, directeur NVAB en KAMG

Ilse Nieuwenhuizen, verzekeringsarts, directeur NVVG

Opmaak:

Femke Boltjes, communicatiemedewerker NVAB

Contact:

bureau@kamg.nl

Hartelijk dank aan alle geïnterviewden.

nvab-online.nl



nvvg.nl



NVVG



kamg.nl

